



L.A. Care
*Medicare Plus*TM
(HMO D-SNP)

کتابچه راهنمای اعضا 2023

1 ژانویه - 31 دسامبر 2023





L.A. Care
Medicare PlusTM
(HMO D-SNP)

تغییرات L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) کتابچه راهنمای اعضاء 2023، اعلامیه سالیانه تغییرات و خلاصه مزایا

عضو گرامی،

این اطلاعات مهمی درباره تغییرات پوشش L.A. Care Medicare Plus شما است.

تغییراتی در کتابچه راهنمای اعضاء L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) 2023، اعلامیه سالیانه تغییرات و خلاصه مزایا ایجاد شده است. این روزآمدها به علت قانون کاهش تورم مصوب 2022 ایجاد شده است. در زیر شما اطلاعاتی در تشریح روزآمدها می‌یابید. لطفاً این اطلاعات را برای مراجعه بعدی نگه دارید. مطالب به روز شده را می‌توانید در تارنمای ما به آدرس [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) بیابید.

نیاز نیست شما در پاسخ به این سند، اقدامی انجام دهید، اما توصیه می‌شود این اطلاعات را برای ارجاع در آینده نگهداری کنید. اگر سوالی دارید لطفاً با ما با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید.

تغییرات کتابچه راهنمای اعضاء، اعلامیه سالیانه تغییرات و خلاصه مزایا شما

اطلاعات اولیه	اطلاعات به روز	در کدام قسمت کتابچه راهنمای اعضاء، اعلامیه سالیانه تغییرات و خلاصه مزایای خود می‌توانید تغییرات را بیابید
مبلغی که شما باید پرداخت کنید: ۸ شما \$0 حق السهم ثابت و 20% حق السهم متغیر بابت هر سرویس تحت پوشش Medicare می‌پردازید. ♦ از 1 آوریل 2023، اگر افزایش قیمت یک دارو بیش از نرخ تورم در فصل معیار بوده باشد، شما ممکن است شما حق السهم درصدی پایین‌تری را بابت بعضی داروهای Part B بپردازید. از 1 جولای 2023، شما بیش از \$35 بابت انسولین مصرفی یک‌ماه از انسولین تحت پوشش داروهای تجویزی Medicare Part B نخواهید پرداخت، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید. ۸ بسته به احراز شرایط شما Medi-Cal	مبلغی که شما باید پرداخت کنید: ۸ شما \$0 حق السهم ثابت و 20% حق السهم درصدی بابت هر سرویس تحت پوشش Medicare می‌پردازید. ♦ از 1 آوریل 2023، اگر افزایش قیمت یک دارو بیش از نرخ تورم در فصل معیار بوده باشد، شما ممکن است شما حق السهم درصدی پایین‌تری را بابت بعضی داروهای Part B بپردازید. از 1 جولای 2023، شما بیش از \$35 بابت انسولین مصرفی یک‌ماه از انسولین تحت پوشش داروهای تجویزی Medicare Part B نخواهید پرداخت، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید. ۸ بسته به احراز شرایط شما Medi-Cal	کتابچه راهنمای اعضاء: فصل 4 ذیل «بخش د. جدول مزایای برنامه ما: داروهای تجویزی Medicare Part B»

ML2915 0223_FA

اطلاعات به روز	اطلاعات اولیه	در کدام قسمت کتابچه راهنمای اعضاء، اعلامیه سالیانه تغییرات و خلاصه مزایای خود می‌توانید تغییرات را بیابید
ستون 2023 (سال آینده) ♦ داروهای Medicare Part B Rx شما مبلغ 0-20% حق سهم درصدی می‌پردازید♦. مبلغ بیمه مشترک شما بستگی به نوع مزایای Medi-Cal دارد که دریافت می‌کنید. ♦ از 1 آوریل 2023، اگر افزایش قیمت یک دارو بیش از نرخ تورم در فصل معیار بوده باشد، شما ممکن است شما حق سهم درصدی پایین‌تری را بابت بعضی داروهای Part B بپردازید. از 1 جولای 2023، شما بیش از \$35 بابت انسولین مصرفی یک-ماه از انسولین تحت پوشش داروهای تجویزی Medicare Part B نخواهید پرداخت، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید.	ستون 2023 (سال آینده) داروهای Medicare Part B Rx شما 0 - 20% برای بیمه مشترک پرداخت می‌کنید. مبلغ بیمه مشترک شما بستگی به نوع مزایای Medi-Cal دارد که دریافت می‌کنید.	اعلامیه سالیانه تغییرات: «بخش ه. تغییرات مزایا و هزینه‌ها در سال آینده - جدول مزایای تحت پوشش Medicare
داروهای Part B شامل داروهایی که توسط پزشک شما در مطب آنها به شما داده شده است، بعضی داروهای خوراکی سرطان و بعضی داروهای مورد استفاده در تجهیزات پزشکی خاص است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این داروها دفترچه اطلاعاتی اعضا را مطالعه کنید. از 1 آوریل 2023، اگر افزایش قیمت دارو بیشتر از نرخ تورم در فصل معیار باشد، شما ممکن است برای بعضی داروهای Part B حق سهم درصدی کمتری بپردازید. از 1 جولای 2023، شما بیش از \$35 بابت انسولین مصرفی یک-ماه از انسولین تحت پوشش داروهای تجویزی Medicare Part B نخواهید پرداخت، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید. ممکن است مقررات مجوز قبلی اعمال شود.	داروهای Part B شامل داروهایی که توسط پزشک شما در مطب آنها به شما داده شده است، بعضی داروهای خوراکی سرطان و بعضی داروهای مورد استفاده در تجهیزات پزشکی خاص است. مدرک پوشش را برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این داروها بخوانید. ممکن است مقررات مجوز قبلی اعمال شود. ممکن است مقررات مجوز قبلی اعمال شود.	خلاصه مزایا: «بخش ج. فهرست خدمات تحت پوشش: داروهای تجویزی Medicare «Part B

کتابچه راهنمای اعضاء L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP)

1 ژانویه 2023 - 31 دسامبر 2023

پوشش سلامت و داروی شما تحت L.A. Care Medicare Plus

کتابچه راهنمای اعضاء مقدمه

این کتابچه راهنمای اعضاء که با عنوان مدارک بیمه نیز شناخته می‌شود، در خصوص پوشش شما تحت طرح ما تا 31 دسامبر 2023 توضیح می‌دهد. در این کتابچه در مورد خدمات مراقبت درمانی، بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و سوء مصرف مواد)، پوشش داروهای نسخه دار و خدمات و حمایت‌های درازمدت صحبت شده است. خدمات و حمایت درازمدت به شما کمک می‌کنند تا به جای مراجعه به آسایشگاه یا بیمارستان در منزل خود بمانید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضاء آمده است.

این یک سند حقوقی مهم است. لطفاً آن را در جای امنی نگه دارید.

در این کتابچه راهنمای اعضاء منظور از «ما» همان L.A. Care Medicare Plus است.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.

ATENCIÓN: Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.

ध्यान दें: अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए उपलब्ध हैं। अवकाश के दिनों समेत, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन 1-833-522-3767 (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल निःशुल्क है।

LUS TSHAJ TAWM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, hu rau 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib asthiv, suav nrog cov hnuv so tib si. Qhov hu no yog hu dawb xwb.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ.Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Զեզ անվճար: Զանգահարեք 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:

ចំណាំ: បើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា គ្មានបង់ថ្លៃ គឺមានសម្រាប់ជួយអ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅ 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

안내: 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 연중무휴로 이용할 수 있는 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.



ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਛੁੱਟੀ ਵਾਲੇ ਦਿਨਾਂ ਸਮੇਤ 24 ਘੰਟੇ, 7 ਦਿਨ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕਾਲ ਮੁਫਤ ਹੈ।

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ໂທ 1-833-522-3767 (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກ ຕ່າງໆ. ເບີໂທນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຽຄ່າ.

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону 1-833-522-3767 (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.

โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข 1-833-522-3767 (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi là miễn phí.

注意：如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 1-833-522-3767 (TTY: 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。這是免費電話。

عناية: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.

می توانید این سند را به طور رایگان در سایر قالب ها، از قبیل چاپ درشت، خط بریل و/یا صوتی دریافت کنید. با شماره 1-888-522-1298 (TTY: 711) 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته از جمله روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس، رایگان است.

اگر می خواهید، هم اکنون و در آینده، مطالب را به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالب دیگری دریافت کنید، می توانید با «خدمات اعضاء» به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل تماس بگیرید. این تماس، رایگان است.



فهرست مطالب

فصل 1.	شروع به عنوان عضو	4.....
فصل 2.	شماره تلفن ها و منابع مهم	14.....
فصل 3.	استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش	33.....
فصل 4.	نمودار مزایا	53.....
فصل 5.	دریافت داروهای نسخه ای سرپایی خود	104.....
فصل 6.	چه هزینه ای برای داروهای نسخه ای Medicare و Medi-Cal پرداخت می کنید	120.....
فصل 7.	درخواست پرداخت تعرفه ما از صورت حساب خدمات یا داروهایی که تحت پوشش هستند	130.....
فصل 8.	حقوق و مسئولیت های شما	135.....
فصل 9.	در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات)	155... ..
فصل 10.	انصراف از عضویت در طرح ما	203.....
فصل 11.	اطلاعیه های قانونی	211
فصل 12.	تعاریف واژه های مهم	216.....

اعلامیه های سلب مسئولیت

❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) یک طرح بهداشتی است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد می بندد تا مزایای هر دو برنامه را برای ثبت نام کنندگان فراهم کند. ثبت نام در L.A. Care Medicare Plus به تمدید قرارداد بستگی دارد.

❖ پوشش L.A. Care Medicare Plus یک پوشش درمانی واجد شرایط می باشد که "حداقل پوشش ضروری" خوانده می شود. این طرح، الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (Affordable Care Act's, ACA) را برآورده می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مسئولیت مشترک شخص از وب سایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.



فصل 1: شروع به عنوان عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره L.A. Care Medicare Plus است، یک طرح بهداشتی که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات شما و Medi-Cal را هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاراتی داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید.	5
B. اطلاعاتی در مورد Medicare و Medi-Cal	5
B1. Medicare	5
B2. Medi-Cal	5
C. مزایای طرح ما	6
D. منطقه خدمات طرح ما	7
E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند.	7
F. در شروع عضویت در طرح درمانی ما چه انتظاراتی می‌توان داشت	7
G. تیم مراقبت شما و طرح مراقبتی.	8
G1. تیم مراقبت	8
G2. طرح مراقبت	9
H. حق بیمه ماهانه طرح	9
H1. حق بیمه طرح	9
I. کتابچه راهنمای اعضاء	9
J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید	10
J1. کارت شناسایی طرح شما	10
J2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه	10
J3. فهرست داروهای تحت پوشش	11
J4. شرح مزایا	12
K. بهروز نگه داشتن سوابق عضویت‌تان	12
K1. حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI).	13



A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما، خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می‌دهد. طرح ما متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و پشتیبانی طولانی مدت، ارائه‌دهندگان سلامت رفتاری و دیگر ارائه‌دهندگان است. ما همچنین مدیران مراقبت و تیم‌های مراقبتی داریم تا به شما در مدیریت ارائه‌دهندگان و خدمات خود کمک کنند. همه آن‌ها برای ارائه خدمات مراقبتی مورد نیاز شما با هم همکاری می‌کنند.

L.A. Care Medicare Plus یک طرح Medicare Medi-Cal (یا MMP یا Medi-Medi) است. این طرح یک برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه ثبت‌نام انحصاری محسوب می‌شود که توسط L.A. Care Health Plan ارائه می‌گردد.

L.A. Care Health Plan یک نهاد دولتی بوده که نام رسمی آن Local Initiative Health Authority for Los Angeles County می‌باشد. L.A. Care Health Plan یک برنامه درمانی مستقل با مدیریت عمومی است که دارای مجوز از ایالت کالیفرنیا می‌باشد. L.A. Care Health Plan با پزشکان، کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان همکاری می‌کند تا خدمات مراقبت بهداشتی با کیفیتی را به شما ارائه دهد.

B. اطلاعاتی در مورد Medicare و Medi-Cal

Medicare .B1

Medicare یک بیمه درمانی فدرال است برای افراد زیر است:

- افراد 65 سال یا بالاتر،
- برخی از افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص، و
- افراد مبتلا به نارسایی مزمن و انتهای کلیه (نارسایی کلیه).

Medi-Cal .B2

Medi-Cal نام برنامه بیمه Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت اداره می‌شود و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال پرداخت می‌گردد. Medi-Cal به افراد کم درآمد و با امکانات کم کمک می‌کند تا بتوانند هزینه خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Managed Long-Term Services and Support, MLTSS) و پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه، خدمات و داروهای اضافی که Medicare پوشش نمی‌دهد را پوشش می‌دهد.

هر ایالت در خصوص موارد زیر تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزی جزو درآمد و منابع محسوب می‌شود،
- چه کسی واجد شرایط است،
- کدام خدمات تحت پوشش هستند، و
- هزینه خدمات.

ایالت‌ها تا زمانی که از قوانین فدرال پیروی کنند، می‌توانند تصمیم بگیرند که چگونه برنامه‌های خود را اجرا کنند.

Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تأیید کردند. شما می‌توانید با توجه به شرایط زیر از خدمات Medicare و Medi-Cal استفاده کنید تا زمانی که:

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- ما قصد ارائه این طرح را داریم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه ادامه این طرح را می‌دهند.
- حتی اگر در آینده طرح ما متوقف شود، شما همچنان واجد شرایط دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

C. مزایای طرح ما

- شما اکنون تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود را از طرح ما دریافت خواهید کرد، از جمله داروهای نسخه دار. برای ملحق شدن به این برنامه درمانی، هزینه اضافی پرداخت نخواهید کرد.
- ما کمک می‌کنیم تا مزایای Medicare و Medi-Cal شما در کنار یکدیگر بهتر ارائه شوند و عملکرد بهتری نیز برای شما داشته باشند. برخی از این مزایا عبارتند از:
- شما می‌توانید برای تمام نیازهای مراقبت‌های بهداشتی خود با ما همکاری کنید.
 - شما یک تیم مراقبت دارید که در تشکیل آن نقش خواهید داشت. تیم مراقبت شما می‌تواند شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران یا دیگر متخصصین امور درمانی باشد.
 - شما به مدیر مراقبتی دسترسی خواهید داشت. مدیر مراقبت با شما، طرح ما و تیم مراقبت‌تان در زمینه تدوین برنامه مراقبت همکاری می‌کند.
 - شما می‌توانید تا با کمک تیم مراقبتی و مدیر مراقبت خود، برنامه مراقبت از خود را مدیریت کنید.
 - تیم مراقبتی شما و مدیر مراقبت برای تهیه یک برنامه مراقبت که جوابگوی نیازهای پزشکی شما باشد با شما همکاری می‌کنند. تیم مراقبتی به شما در هماهنگ کردن خدمات مورد نیازتان کمک خواهد کرد. به عنوان مثال، این بدان معنی است که تیم مراقبت شما از موارد زیر اطمینان حاصل می‌کند:
 - پزشکان شما از کلیه داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع هستند. آنها مطمئن می‌شوند که داروهای مناسبی مصرف می‌کنید تا بتوانند اثرات جانبی احتمالی مصرف آن‌ها را کاهش دهند.
 - نتیجه آزمایشات شما در اختیار همه پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات گذاشته می‌شود.
- اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus:** در بیشتر موارد شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در L.A. Care Medicare Plus در L.A. Care Medicare Plus برای مزایای Medicare خود ثبت‌نام می‌شوید. همچنین ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه بعد دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق L.A. Care Medicare Plus دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با ما از طریق شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته از جمله تعطیلات تماس بگیرید.



D. منطقه خدمات طرح ما

منطقه خدمات ما شامل تمام نقاط لس آنجلس است.

فقط افرادی که در منطقه خدمات ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما ملحق شوند.

در صورت خارج شدن از محدوده تحت پوشش خدمات ما، دیگر نمی‌توانید در طرح ما باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تأثیر نقل مکان کردن به خارج از منطقه خدماتی به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

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

شما واجد شرایط طرح ما هستید تا زمانی که:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات جغرافیایی باشند به منزله زندگی کردن در این منطقه نیست)، و
- در هنگام ثبت‌نام 21 سال یا بیشتر داشته باشید، و
- عضو بخش A Medicare و بخش B Medicare باشید، و
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و
- شهروند آمریکا بوده یا به طور قانونی مقیم آمریکا باشید.
- برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

لطفاً توجه داشته باشید: اگر واجد شرایط بودن خود را از دست بدهید اما به طور منطقی بتوان انتظار داشت که ظرف 3 ماه مجدداً واجد شرایط شوید، همچنان واجد شرایط عضویت در طرح ما هستید (فصل 4، بخش A به شما در مورد پوشش و اشتراک هزینه در این دوره می‌گوید که واجد شرایط بودن ادامه دار نامیده می‌شود).

F. در شروع عضویت در طرح درمانی ما چه انتظاراتی می‌توان داشت

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 مؤثر خود دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنایی برای توسعه برنامه مراقبت شما است. این HRA شامل سؤال‌هایی برای شناسایی نیازهای پزشکی، خدمات پشتیبانی بلندمدت خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS) و بهداشت رفتاری و عملکردی شما خواهد بود.

برای انجام HRA ما با شما تماس خواهیم گرفت. ما می‌توانیم HRA را از طریق ملاقات فردی، تماس تلفنی یا نامه پستی تکمیل کنیم.

اطلاعات بیشتری را در رابطه با این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد.



اگر طرح ما برایتان جدید است، می‌توانید برای مدت معینی به پزشکان فعلی خود، چنانچه در شبکه ما نیستند، مراجعه کنید. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می‌توانید در صورت برآوردن همه شرایط زیر، ارائه کنندگان و مجوزهای خدماتی کنونی خود را برای حداکثر 12 ماه از تاریخ نام نویسی حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه‌دهندگان از ما می‌خواهید که به شما اجازه دهیم از ارائه دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- به استثنای برخی موارد، ما ثابت می‌کنیم که شما تحت نظر یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی بوده‌اید. هنگامی که به رابطه موجود اشاره می‌کنیم، منظور این است که حداقل یک بار برای معاینه غیر اضطراری و در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه در طرح ما به ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
 - o ما این رابطه موجود را با بررسی اطلاعات بهداشتی که از شما در اختیار داریم یا اطلاعاتی که به ما می‌دهید مشخص می‌کنیم.
 - o ما برای جواب دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. می‌توانید از ما بخواهید که سریع‌تر تصمیم‌گیری کنیم و در آن صورت ما باید طی 15 روز جواب دهیم.
 - o شما یا ارائه دهنده شما باید اسناد رابطه موجود را نشان داده و با برخی شرایط در هنگام ارائه درخواست موافقت کنید.

توجه: شما فقط می‌توانید این درخواست را برای خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME)، حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده است، ارائه دهید. شما نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان DME، حمل و نقل یا سایر ارائه‌دهندگان فرعی انجام دهید.

پس از پایان دوره تداوم مراقبت، باید از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه L.A. Care Medicare Plus که به گروه پزشکی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما وابسته هستند، استفاده کنید، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما توافق کنیم. یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه با طرح درمانی همکاری می‌کند. زمانی که یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه (Primary Care Provider, PCP) را انتخاب می‌کنید، یک گروه پزشکی وابسته به آن ارائه‌دهنده خدمات نیز برای شما مشخص می‌شود. ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما پزشک یا ارائه‌کننده دیگری است که برای بیشتر مشکلات بهداشتی ابتدا نزد وی می‌روید. یک گروه پزشکی جمعی متشکل از PCP ها و متخصصین برای ارائه خدمات درمانی هماهنگ شده است. برای اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت به فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

G. تیم مراقبت شما و طرح مراقبتی

G1. تیم مراقبت

یک تیم مراقبت می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنید. یک تیم مراقبتی می‌تواند شامل پزشک، مدیر مراقبت یا سایر افراد مرتبط با امور بهداشتی باشد که شما انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کننده امور مراقبتی شخصی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی موردنیازتان آموزش دیده است. هنگامی که در طرح ما ثبت نام می‌کنید، یک مدیر مراقبت به شما اختصاص داده می‌شود. این شخص همچنین شما را به سایر منابع اجتماعی که ممکن است طرح ما ارائه نکند ارجاع می‌دهد و با تیم مراقبت شما برای هماهنگی مراقبت‌های شما همکاری خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مدیر مراقبت و تیم مراقبت خود با شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.



G2. طرح مراقبت

تیم مراقبتی شما همچنین با شما همکاری خواهد کرد که برای خودتان یک طرح مراقبتی تهیه کنید. یک طرح مراقبتی به شما و پزشکانتان می‌گوید که به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آنها را دریافت کنید. این طرح شامل نیازهای پزشکی، بهداشت رفتاری، و MLTSS شما می‌شود.

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت درمانی شما.
- چارچوب زمانی برای دریافت خدماتی که نیاز دارید.

پس از ارزیابی خطرات سلامت شما، تیم مراقبتی شما با شما ملاقات خواهد کرد. آنها با شما درباره خدمات مورد نیازتان صحبت می‌کنند. آنها همچنین درباره خدماتی که ممکن است بخواهید درباره دریافت آنها فکر کنید صحبت خواهند کرد. طرح مراقبتی شما بر اساس نیازهای شما تنظیم می‌شود. تیم مراقبت شما در به روز رسانی طرح مراقبتی‌تان حداقل سالی یکبار با شما همکاری می‌کند.

H. حق بیمه ماهانه طرح**H1. حق بیمه طرح**

به عنوان عضوی از طرح خود، حق بیمه ماهانه طرح را پرداخت می‌کنید. در سال 2023، حق بیمه ماهانه L.A. Care Medicare Plus معادل \$38.90 است.

برنامه "کمک اضافی" به افراد با منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای خود را پرداخت کنند. اگر واجد شرایط هستید، ثبت نام در برنامه ممکن است حق بیمه طرح ماهانه شما را کاهش دهد. اگر قبلاً ثبت نام کرده‌اید و از یکی از این برنامه‌ها کمک می‌گیرید، ممکن است مشمول اطلاعات مربوط به حق بیمه‌ها در این شواهد پوشش بیمه نباشید. ما برای شما یک الحاقیه جداگانه به نام «الحاقیه شواهد پوشش بیمه برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت داروهای تجویزی دریافت می‌کنند» (که با عنوان الحاقیه یارانه افراد کم درآمد [Low Income Subsidy Rider, LIS Rider] نیز شناخته می‌شود) ارسال کردیم که به شما درباره پوشش داروی شما می‌گوید. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید.

ا. کتابچه راهنمای اعضای شما

کتابچه راهنمای اعضای شما بخشی از قرارداد ما با شما است. بدین معنی که ما باید همه مقررات ذکر شده در این قرارداد را رعایت کنیم. اگر فکر می‌کنید که کاری برخلاف این مقررات انجام داده‌ایم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید و یا تصمیم ما را به چالش بکشید. برای اطلاعات درباره تجدیدنظرها، به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کرده و یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس حاصل فرمایید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه، یک دفترچه راهنمای اعضا درخواست کنید. همچنین می‌توانید به دفترچه راهنمای اعضا در وب سایت ما در آدرس اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید یا آن را دانلود کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت نام کرده‌اید بین 1 ژانویه 2023 تا 31 دسامبر 2023 معتبر است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.

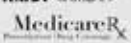


J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضویت، اطلاعات نحوه دسترسی به فهرست ارائه دهنده و داروخانه و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش است.

J1. کارت شناسایی طرح شما

در بیمه ما، شما یک کارت برای استفاده از خدمات Medicare و Medi-Cal تحت پوشش طرح ما خواهید داشت، که شامل خدمات و حمایت طولانی مدت، برخی خدمات بهداشت روان و دریافت نسخه می‌شود. شما این کارت را به هنگام دریافت هر یک از خدمات یا داروهای نسخه دار بخش D نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضویت است:

	
Member Name: <Cardholder Name> Member ID: <Cardholder ID#>	
Care Manager Phone: 1-833-522-3767 PCP Group/Name: <PCP/Group name line 1> <PCP/Group name line 2> PCP Phone: <PCP Phone> Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 HI224-001	RxBIN: <RxBIN#> RxPCN: <RxPCN#> RxGRP: <RxGRP#> RxD: <RxD#> 
Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785 Dental Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) 24 Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711) Website: medicare.lacare.org	
Send claims to: L.A. Care Health Plan Attn: Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081 Claim Inquiry: 1-866-522-2736	

اگر کارت شناسایی عضویت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً از طریق شماره پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما یک کارت جدید برای شما ارسال می‌کنیم.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، نیازی به استفاده از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی خود ندارید. این کارت را برای استفاده احتمالی در آینده، در جای امنی نگه دارید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت شناسایی عضویت نشان دهید، ممکن است ارائه‌دهنده صورتحساب را بنام Medicare صادر کند و در این صورت احتمال آن می‌رود که شما صورتحساب دریافت کنید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورتحساب از ارائه‌دهنده باید چه کاری انجام دهید به **فصل 7** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

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

- خدمات بهداشت روان تخصصی
- اختلال مصرف مواد
- خدمات دندانپزشکی
- Medical-Cal Rx

J2. فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها

فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌های شبکه بیمه درمانی طرح ما. تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه استفاده کنید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه، یک فهرست داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان درخواست کنید. همچنین می‌توانید به فهرست ارائه دهنده و داروخانه در آدرس اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



این فهرست راهنما متخصصین امور پزشکی (مانند پزشکان، کاروان پرستاری و روانشناس‌ها)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، و ارائه‌دهندگان خدمات حمایتی (مانند مراقبت از سلامت بزرگسالان طی روز و ارائه دهندگان خدمات مراقبت درمانی در منزل) که ممکن است به عنوان عضوی از بیمه درمانی L.A. Care Medicare Plus به آنها مراجعه کنید را در اختیار شما قرار می‌دهد. ما همچنین فهرست داروخانه‌هایی که می‌توانید برای تهیه داروهای نسخه‌ای خود به آنها مراجعه کنید را ارائه کرده‌ایم. برای کسب اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان، مثل نام، آدرس، شماره تلفن، صلاحیت‌های حرفه‌ای، تخصص، نام دانشکده پزشکی، اتمام دوره دستیاری و وضعیت گواهی هیئت علمی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

تعریف شبکه ارائه‌دهندگان

- ارائه دهندگان شبکه ما عبارتند از:
 - پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصین مراقبت درمانی که شما به عنوان عضوی از طرح ما می‌توانید از آنها استفاده کنید؛
 - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و دیگر اماکنی که تحت طرح ما خدمات درمانی ارائه می‌دهند؛ و
 - MLTSS، خدمات بهداشت رفتاری، ارائه خدمات درمانی در منزل، فروشندگان تجهیزات پزشکی بادوام و سایر افرادی که خدمات و کالاهایی را ارائه می‌کنند که شما آنها را از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.

ارائه‌دهندگان خدمات توافق می‌کنند که هزینه کامل خدمات را از طرح ما دریافت کنند.

تعریف داروخانه‌های شبکه

- منظور از داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که پذیرفته‌اند نسخه‌های اعضاء طرح ما را تکمیل کنند. از فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها برای پیدا کردن داروخانه مورد نظر خود در شبکه استفاده کنید.
- به غیر از مواقع اورژانس، باید برای دریافت داروهای نسخه‌ای خود به یکی از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید تا طرح ما در پرداخت هزینه آن به شما کمک کند.
- برای اطلاعات بیشتر از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. هم خدمات اعضا و هم وب سایت هر دو می‌توانند جدیدترین اطلاعات را درباره تغییرات ایجاد شده در شبکه ما را به اطلاع شما برسانند.

3J. فهرست داروهای تحت پوشش

- این طرح فهرستی از داروهای تحت پوشش را ارائه می‌دهد. ما به‌طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید که طرح ما کدام داروهای تجویزی را پوشش می‌دهد.
- این فهرست دارویی همچنین مقررات و محدودیت‌های هر دارو، مثل محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید، را مشخص می‌کند. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.
- هر سال، اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست داروها را برای شما ارسال می‌کنیم، اما ممکن است در طول سال تغییراتی در آن صورت بگیرد. برای دریافت به روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما دیدن کنید (به اطلاعات پایین صفحه مراجعه کنید).



J4. شرح مزایا

وقتی از مزایای داروهای نسخه‌ای قسمت D خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم تا به شما در درک و پیگیری پرداخت‌های مربوط به داروهای نسخه‌ای قسمت D کمک کنیم. این خلاصه شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) نامیده می‌شود.

EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهای نسخه‌ای قسمت D هزینه کرده‌اید و کل مبلغی را که ما برای هر یک از داروهای نسخه‌ای قسمت D شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم نشان می‌دهد. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما، مانند افزایش قیمت و دیگر داروهای دارای سهم هزینه کمتر، ارائه می‌کند. درباره گزینه‌های ارزان‌تر با تجویزکننده دارو مشورت کنید. **فصل 6** کتاب راهنمای اعضاء در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در ردیابی پوشش دارویی‌تان اطلاعات بیشتری می‌دهد.

شما همچنین می‌توانید برای EOB درخواست کنید. برای دریافت کپی، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

K. به‌روز نگه داشتن سوابق عضویت‌تان

شما می‌توانید با آگاه کردن ما از تغییرات، سوابق عضویت خود را به‌روز نگه دارید.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم که اطلاعات صحیح شما را در سوابق خود داریم. ارائه دهندگان شبکه و داروخانه‌های ما نیز به اطلاعات صحیح در مورد شما نیاز دارند. **آنها از سوابق شما برای اطلاع از اینکه چه نوع خدمات و داروهایی مصرف می‌کنید و چه هزینه‌ای بابت آنها پرداخت می‌کنید، استفاده می‌کنند.**

فوراً در خصوص موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما.
 - تغییراتی که در پوشش سایر بیمه‌های درمانی، مانند بیمه از جانب کارفرمای خود، کارفرمای همسران یا کارفرمای همخانه قانونی‌تان یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان ایجاد شده است.
 - هرگونه دعوی مسئولیت، مانند دعاوی تصادف خودرو.
 - پذیرش در آسایشگاه یا بیمارستان.
 - مراقبت در بیمارستان یا اورژانس.
 - چنانچه مراقب شما (یا شخصی که مسئول شما است) تغییر کرده باشد.
 - شما در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. **(توجه: ضروری نیست در مورد یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که در آن شرکت می‌کنید یا بخشی از آن هستید به ما بگویید، اما بهتر است که این کار را انجام دهید.)**
- در صورت تغییر هر گونه اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید با استفاده از حساب آنلاین L.A. Care Connect خود تغییراتی را ایجاد کنید. L.A. Care Connect یک حساب آنلاین برای اعضاء L.A. Care Medicare Plus است که ثبت‌نام می‌کنند. برای ثبت‌نام و دسترسی به حساب L.A. Care Connect به www.medicare.lacare.org مراجعه کنید. پس از ثبت‌نام می‌توانید برای انجام کارهای زیر وارد شوید:

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- مشاهده واجد شرایط بودن و مزایای خودتان
- درخواست، مشاهده و/یا چاپ کارت شناسایی عضویت شما
- تغییر دادن پزشک یا گروه پزشکی
- مدیریت داروها، مشاهده سوابق دارویی، پیدا کردن یک داروخانه و دسترسی به تمام مزایای داروخانه
- شرکت در برنامه‌های تندرستی موجود

K1. حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI)

اطلاعاتی که در سوابق عضویت شما وجود دارد ممکن است شامل اطلاعات بهداشتی شخصی (personal health information, PHI) شما باشد. قوانین فدرال و ایالتی ما را ملزم می‌کنند PHI شما را محرمانه نگه داریم. نحوه محافظت از PHI شما. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد PHI خودتان، به **فصل 8** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



فصل 2: شماره تلفن ها و منابعمهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس مربوط به منابع مهمی را در اختیارتان قرار می‌دهد که می‌توانند به شما در یافتن پاسخ سؤالاتتان درباره طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی کمک کنند. همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات درباره نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت و سایر افرادی استفاده کنید که می‌توانند به عنوان نماینده شما باشند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضاء آمده است.

فهرست مطالب

A. خدمات اعضا	15
B. مدیر امور مراقبتی شما	17
C. خط تلفن مشاوره پرستار	19
D. تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری	20
E. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP)	21
F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)	22
G. Medicare	23
H. Medi-Cal	24
I. دفتر بازرس کل	25
J. خدمات اجتماعی شهر (شهر)	26
K. طرح تخصصی سلامت رفتار در شهر	27
L. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا	28
M. سایر منابع	29



A. خدمات اعضا

تماس بگیرید	1-833-522-3767 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می‌دهیم.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل.
فکس	1-213-438-5712
مکاتبه	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department West 7th Street 10th Floor 1055 Los Angeles, CA 90017
وبسایت	medicare.lacare.org/

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

- سوالات درباره طرح
- پرسش درباره مطالبات یا صورتحساب
- تصمیمات درباره پوشش مراقبت‌های بهداشتی شما
 - منظور از تصمیم درباره مراقبت درمانی شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
 - در صورت داشتن پرسش درباره تصمیم پوشش در مورد مراقبت درمانی خود با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.



- تجدیدنظر درباره مراقبت‌های سلامت شما
 - تجدیدنظر روش رسمی برای این است که از ما درخواست کنید تا تصمیمی را که درباره پوشش بیمه شما گرفته‌ایم بازنگری کنیم و اگر فکر می‌کنید که ما اشتباهی کرده ایم یا با تصمیم مخالف هستید، از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- شکایات درباره مراقبت‌های سلامت شما
 - شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده خدمات (ارائه کننده داخل شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه، ارائه‌کننده خدماتی است که با طرح ما همکاری می‌کند. شما همچنین می‌توانید در رابطه با کیفیت خدمات درمانی که از ما دریافت کرده‌اید به سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید (به بخش **F** در زیر مراجعه کنید).
 - می‌توانید با ما به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش در مورد مراقبت‌های بهداشتی شما است، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
 - همچنین می‌توانید شکایت خود را از طرح ما برای Medicare ارسال کنید. فرم آنلاین را می‌توانید در نشانی www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بیابید. یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و کمک بخواهید.
 - شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، (TTY: 711)، دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، در مورد طرح ما به برنامه بازرس کل شکایت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت بهداشتی خود، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- تصمیمات درباره داروهای تحت پوشش Medicare شما
 - منظور از تصمیم پوشش بیمه درباره داروهای Medicare شما تصمیمی است در مورد:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش Medicare شما، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای Medicare شما پرداخت می‌کنیم.
 - داروهای غیر تحت پوشش Medicare، مانند داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش داروهای نسخه‌ای Medicare به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.



- درخواست تجدیدنظر برای داروهای Medicare تان
 - تجدیدنظر روشی است برای اینکه از ما بخواهید تصمیم تعیین پوشش را تغییر دهیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای نسخه‌ای Medicare به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به داروهای Medicare شما
 - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای نسخه دار Medicare شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما درباره تصمیمی در مورد پوشش بیمه داروهای نسخه دار Medicare شما باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش فوق مراجعه کنید).
 - همچنین می‌توانید شکایت خود را از طرح ما برای Medicare ارسال کنید. فرم آنلاین را می‌توانید در نشانی www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بیابید. یا با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و کمک بخواهید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت درخصوص داروهای نسخه‌ای Medicare به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه برای مراقبت‌های درمانی یا داروهای Medicare که برای آنها از پیش پرداخت کرده‌اید
 - برای اطلاع بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت از ما، یا پرداخت صورت حسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** از دفترچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
 - اگر از ما درخواست پرداخت صورت حساب را دارید و ما هر بخشی از درخواست شما را رد می‌کنیم، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید.

B. مدیر امور مراقبتی شما

مدیر مراقبت چه کسی است؟

- مدیر مراقبت، پرستار یا متخصص بهداشت است که با شما آشنا می‌شود و نیازهای بهداشتی شما را بررسی خواهد کرد. مدیر مراقبتی در یک تیم با شما، پزشکان شما، مراقبان و سایر افراد دخیل در مراقبت‌های بهداشتی‌تان همکاری خواهد کرد. مدیر مراقبت به ارزیابی این مسئله می‌پردازد که به چه خدماتی نیاز دارید، برنامه مراقبتی را همراه با شما تهیه می‌کند تا خدمات مورد نیازتان را شناسایی نماید، خدمات شما را هماهنگ کرده و برای اطلاع از نحوه انجام کارها، پیگیری را انجام می‌دهد.
- می‌توانید برای دریافت پاسخ پرسش‌ها و پیدا کردن منابع صحیح و اطمینان از حفظ سلامت، با مدیر مراقبت تماس بگیرید.
- چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید؟
- می‌توانید با استفاده از شماره‌های درج‌شده در زیر با خدمات اعضاء تماس بگیرید. آنها ارتباط شما را با بخش "هماهنگی مراقبت/مدیریت مراقبت" برقرار می‌کنند.



چگونه می‌توانید مدیر مراقبت خود را تغییر دهید؟

- با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

تماس بگیرید	1-833-522-3767 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می‌دهیم.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل.
فکس	1-213-438-5712
مکاتبه	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department West 7 th Street 1055 Los Angeles, CA 90017
وبسایت	medicare.lacare.org/

برای دریافت کمک در موارد زیر با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید:

- سوالات درباره مراقبت‌های سلامت خود
- پرسش درباره به‌رهمند شدن از خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال مصرف مواد)
- سوالاتی در مورد خدمات و پشتیبانی‌هایی که به شما کمک می‌کند سالم بمانید

خدمات و پشتیبانی طولانی مدت مدیریت شده (Managed Long Term Services and Supports, MLTSS) شامل خدمات جامعه-محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، مراقبت طولانی مدت (Long Term Care, LTC)، خدمات حمایتی درون منزل و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) است.

اعضاء باید برای برخورداری از این برنامه‌ها واجد شرایط خاصی باشند. با بیمه L.A. Care Medicare Plus از طریق «بخش MLTSS» خود با شماره 1-855-427-1223 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر دوشنبه تا جمعه، به استثنای تعطیلات رسمی، آماده ارائه اطلاعات تکمیلی درباره الزامات واجد شرایط بودن است. گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های درمانی روزانه و نیازمندی‌های زندگی کمک دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)،
- مراقبت‌های طولانی مدت (LTC) در آسایشگاه،
- خدمات حمایتی در محیط خانه (In-Home Supportive Services, IHSS)،
- خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری،
- مراقبت آسایشگاهی،
- اصلاحات مربوط به منزل

C. خط تلفن مشاوره پرستار

برای هر گونه سوال مرتبط با سلامت می‌توانید با خط مشاوره پرستار 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. پرستاران ما کارشناسان ورزیده‌ای هستند که می‌توانند به ارائه اطلاعات بهداشتی معتبر، آموزش و مشاوره بپردازند و شما را در زمینه دسترسی به مراکز مراقبت فوری یا اضطراری یاری کنند. اگر درباره درمان مستمر پریشی داشته باشید، باید با مطب پزشک خود تماس بگیرید. تلفن خط مشاوره پرستاری جایگزین مطب پزشک شما نیست. شما می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری در مورد سوالات مربوط به سلامتی یا مراقبت‌های بهداشتی خود تماس بگیرید.

تماس بگیرید 1-800-249-3619 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می‌دهیم.	
TTY 711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل	



D. تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری

L.A. Care Medicare Plus به ارائه دسترسی به اطلاعات و مشاوره پزشکی می‌پردازد و این کار را در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، حتی در روزهای تعطیل انجام می‌دهد. هنگامی که تماس می‌گیرید، متخصصین بهداشت رفتاری ما به سؤالات مربوط به سلامت شما پاسخ خواهند داد. اگر نیاز بهداشتی فوری ولی غیر اضطراری داشته باشید، می‌توانید با تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید پرسش‌های بالینی بهداشت رفتاری خود را از طریق این شماره مطرح کنید.

تماس بگیرید 1-877-344-2858 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می‌دهیم.	
TTY 711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل	

برای دریافت کمک با تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری تماس بگیرید:

- پرسش درباره خدمات بهداشت رفتاری و مشکل سوء مصرف مواد

برای پرسش‌های خود درباره خدمات بهداشت روانی تخصصی در شهر خود، به **بخش K** مراجعه کنید.



E. برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (HICAP)

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به اعضاء Medicare مشاوره رایگان درباره بیمه درمانی می‌دهد. مشاوران HICAP همچنین می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ داده و در درک آنچه باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک می‌کنند. HICAP در همه شهرها مشاورین حرفه‌ای دارد و این خدمات رایگان است.

HICAP ارتباطی با هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی ندارد.

تماس بگیرید	1-800-434-0222 یک قرار ملاقات برای دیدن یک مشاور در دفتر HICAP محلی خود تعیین کنید
TTY	711 تماس با این شماره‌ها رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
مکاتبه	California Health Advocates Elvas Avenue, Suite 221 5380 Sacramento, CA 95819
وبسایت	www.cahealthadvocates.org/HICAP

برای کمک با HICAP تماس بگیرید:

- سوالاتی در مورد طرح ما یا Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند به سوالات شما در مورد تغییر به یک طرح جدید پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا:
 - از حقوقتان آگاه شوید،
 - از گزینه‌های برنامه خود آگاه شوید،
 - شکایت خود را در مورد مراقبت سلامتی یا درمانتان مطرح کنید، و
 - مشکلات مربوط به صورت حساب‌ها را برطرف کنید.



F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام ذینفع لیوانتا مدیکر و سازمان بهبود کیفیت مراقبت خانواده محور (Livanta Medicare Beneficiary and Family Center Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) است. این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Livanta Medicare ذینفع لیوانتا مدیکر و سازمان بهبود کیفیت مراقبت خانواده محور با طرح ما مرتبط نیست.

تماس بگیرید	1-877-588-1123 دوشنبه تا جمعه، از ساعت 9 صبح تا 5 بعدازظهر شنبه، یکشنبه و تعطیلات، 11 صبح – 3 بعد از ظهر
TTY	1-855-887-6668 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
مکاتبه	Livanta BFCC-QIO Program Guilford Rd. Suite 202 10820 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	www.livantaqio.com

با Livanta Medicare ذینفع لیوانتا مدیکر و سازمان بهبود کیفیت مراقبت خانواده محور (BFCC-QIO) برای کمک در موارد زیر تماس بگیرید:

- سوالات درباره حقوق مراقبت‌های سلامت خود
- شما می‌توانید در مورد مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایت کنید اگر:
 - در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،
 - فکر می‌کنید که خاتمه اقامت شما در بیمارستان زودهنگام است، یا
 - معتقد هستید که خدمات مراقبت‌های بهداشت خانگی، مراقبت‌های مرکز پرستاری ماهرانه، یا تسهیلات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) زودتر از حد لازم خاتمه می‌یابد.



Medicare .G

Medicare برنامه بیمه درمانی دولت فدرال است برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی و افرادی که مبتلا به نارسایی کلیه مزمن هستند (نارسایی دائمی کلیه و نیازمند به دیالیز یا پیوند کلیه).

آژانس فدرال که مسئول Medicare است مرکز خدمات Medicare و Medicaid، یا (Center for Medicare and Medicaid Services, CMS) می‌باشد.

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.	تماس بگیرید
1-877-486-2048 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.	TTY
medicare.gov این وبسایت رسمی Medicare است. اطلاعات به‌روزی درباره Medicare در اختیار شما می‌گذارد. همچنین حاوی اطلاعاتی است درباره بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها، پزشکان، آژانس‌های مراقبت در خانه، مراکز دیالیز، مراکز بازپروری و آسایشگاه‌های بیماران روبه‌مرگ. همچنین شامل وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید است. این وبسایت شامل اسنادی است که می‌توانید از طریق کامپیوتر خود چاپ کنید. اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی شما یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما در مراجعه به این وبسایت با استفاده از کامپیوتر کمک کنند. همچنین می‌توانید با شماره بالا با Medicare تماس بگیرید و نیاز خود را به آنها اطلاع دهید. آنها اطلاعات را در وبسایت پیدا کرده و آن‌ها با شما بررسی می‌کنند.	وبسایت



H. Medi-Cal

برنامه Medi-Cal همان Medicaid در کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، مراقبت پرورشگاهی، زنان باردار، و افراد مبتلا به بیماری‌های خاص مانند سل، سرطان سینه یا ایدز/ اچ آی وی ارائه می‌کند. Medi-Cal توسط دولت ایالتی و فدرال تامین مالی می‌شود.

تماس بگیرید	1-844-580-7272 دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 5 بعدازظهر
TTY	1-800-430-7077 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
مکاتبه	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وبسایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



۱. دفتر بازرس کل

دفتری در ایالت شما که به‌عنوان وکیلان از سوی شما فعالیت دارد. بازرس می‌تواند در صورتی که مشکل یا شکایتی داشته باشید به شما پاسخ دهد و به شما کمک کند تا متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. دفتر بازرس کل می‌تواند به شما در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صورت حساب‌ها کمک کند. دفتر بازرس به طور خودکار در یک شکایت طرف کسی را نمی‌گیرد. آنها بی‌طرف هستند. وظیفه آنها کمک به ایجاد راه حل‌های منصفانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. خدمات آنها رایگان است.

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



ل. خدمات اجتماعی شهر (شهر)

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در خانه (IHSS)، درآمد امنیتی تکمیلی (Supplemental Security Income, SSI)، سلامت روان یا مزایای مرتبط با سوء مصرف مواد به کمک نیاز دارید، با بخش خدمات اجتماعی شهر خود تماس بگیرید.

تماس بگیرید 1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 7:30 صبح تا 5:30 بعد از ظهر، به استثنای روزهای تعطیل مرکز خدمات مشتری (customer Service Center, CSC) یک "نقطه تماس واحد" است که در حال حاضر به 33 دفتر منطقه برای برنامه‌ها و زبان‌های کمکی زیر خدمات ارائه می‌دهد: کامبوجی، انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، چینی، فارسی، تاگالوگ، روسی و کره‌ای.	تماس بگیرید
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.	TTY
Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746	مکاتبه
http://dpss.lacounty.gov	وبسایت



K. طرح تخصصی سلامت رفتار در شهر

خدمات بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهر (mental health plan, MHP) در صورت داشتن معیارهای ضروری پزشکی در دسترس شما قرار می‌گیرد.

تماس بگیرید 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجم شفاهی ارائه می‌دهیم.	تماس بگیرید
711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل.	TTY

با بیمه بهداشت روانی تخصصی شهر خود برای کمک در موارد زیر تماس بگیرید:

- سوالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری ارائه شده توسط شهر
- سازمان بهداشت روانی لس‌آنجلس به ارائه خدمات تخصصی بهداشت روانی شامل خدمات سرپایی بهداشت روانی، درمان یک‌روزه فشرده، پیشگیری از بحران و تثبیت وضعیت، مدیریت موارد ویژه، درمان اقامتی و درمان اقامتی شرایط بحرانی می‌پردازد.



L. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) مسئول نظارت بر طرح‌های درمانی است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal به شما کمک کند.

تماس بگیرید	1-888-466-2219 کارکنان DMHC بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 بعد از ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov



M. سایر منابع

برنامه نظارت بر ائتلاف مصرف‌کنندگان سلامت (Health Consumer Alliance HCA) برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بهداشتی و حل مشکلات طرح‌های بهداشتی خود هستند، کمک رایگان ارائه می‌دهد. اگر مشکل دارید با:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح درمانی شما:
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر در خصوص خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (durable medical equipment, DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صورت حساب پزشکی
- خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

ائتلاف مصرف‌کنندگان سلامت به شکایات، تجدید نظرها و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن ائتلاف مصرف‌کنندگان سلامت عبارت است از 1-888-804-3536.

اداره بهداشت عمومی/پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد شهر لس‌آنجلس

درمان‌های بیشتری برای مشکلات سوءمصرف مواد از طریق اداره بهداشت عمومی/پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد شهر لس‌آنجلس موجود هستند. این مجموعه از مزایا شامل توانبخشی مراقبت روزانه، مشاوره فردی و گروهی سرپایی و خدمات اقامتی دوران بارداری است. برای ارجاع و ارتباطات می‌توانید با اداره بهداشت عمومی/پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد به شماره 1-844-804-7500 (TTY: 711) تماس بگیرید.

چگونه می‌توان با اداره توانبخشی تماس گرفت

اداره توانبخشی به افرادی که ناتوانایی‌هایی دارند در رابطه با کارایی از طریق ارائه توانبخشی کاری، آموزش و خدمات کارایی کمک می‌کند.

با این شماره تماس بگیرید: 1-800-952-5544 (TTY: 1-844-729-2800)

مکاتبه: Department of Rehabilitation

P.O. Box 944222

Sacramento, CA

2220-94244

www.dor.ca.gov

وبسایت:



چگونه می‌توان با مراکز زندگی مستقل (ILC) تماس گرفت

خدمات سازمان‌های ILC ها به افرادی که ناتوانایی‌هایی دارند این امکان را می‌دهند که در اجتماع خود مستقل کار و زندگی کنند. این خدمات شامل ارائه معرفی‌نامه حضور، مدافعه، مشاوره برابر، و اطلاعات مربوط به مسکن و رفت‌وآمد می‌شود. هفت مرکز زندگی مستقل (Independent Living Centers, ILC) ها در لس‌آنجلس عبارت‌اند از:

جوامعی که زندگی فعال مستقل و آزادی دارند (Communities Actively Living Independent and Free, CALIF)

تلفن: 1-213-627-0477
 TTY: 1-213-623-9502
 فکس: 1-213-627-0535
 مکاتبه: Communities Actively Living Independent
 (CALIF) 634 South Spring Street
 2nd Floor
 Los Angeles, CA 90014
 وبسایت: <https://califilc1.wixsite.cm/>

مرکز منابع امور معلولین (Disabled Resource Center, DRC)

تلفن: 1-562-427-1000
 TTY: 1366-427-562-1
 فکس: 1-562-427-2027
 مکاتبه: 2750 E. Spring Street, Ste. #100
 Long Beach, CA 90806
 وبسایت: www.drcinc.org

مرکز زندگی مستقل جنوب کالیفرنیا (Independent Living Center of Southern California, ILCSC)

تماس بگیرید: 1-818-785-6934 یا 1-877-452-4227
 TTY: 1-818-785-7097
 ایمیل: ilcsc@ilcsc.org
 مکاتبه: 1440 7Gilmore Street, #101
 Van Nuys, CA 91401
 وبسایت: www.ilcsc.org

مرکز خدمات برای زندگی مستقل (Service Center for Independent Life, SCIL)

تماس بگیرید: 1-800-491-6722
 دفتر: 1-909-621-6722 :Claremont
 TTY: 1-909-445-0726
 مکاتبه: SCIL Claremont Office
 107 S. Spring Street Claremont, CA 91711
 وبسایت: www.scil-ilc.org



خدمات توان‌بخشی کالیفرنیا برای زندگی مستقل**(Southern California Resource Services for Independent Living, SCRS-IL)**

تلفن: دفتر Downey با شماره 1-562-862-6531؛ دفتر Pasadena با شماره 1-626-587-5010
 TTY: 1-562-869-0931
 فکس: دفتر Downey با شماره 1-562-923-5274؛ دفتر Pasadena با شماره 1-626-714-7068
 مکاتبه: Downey Office
 7831 Quill Drive, Ste. D Downey, CA 90242

Pasadena Office
 2023 Lincoln Ave.
 Pasadena, CA 91103
 وبسایت: www.scrs-ilc.org

چگونه می‌توان با مراکز منطقه‌ای تماس گرفت

مراکز منطقه‌ای به ارائه برنامه‌های مختلف و هماهنگ کردن خدمات برای افراد دچار ناتوانی رشدی می‌پردازند. کالیفرنیا 21 مرکز منطقه‌ای بیش از 40 دفتر در سراسر ایالت دارد که به افراد با ناتوانی رشدی و خانواده‌های آنها خدمات ارائه می‌دهد. برای دسترسی به این فهرست راهنمای مراکز منطقه‌ای، به وبسایت زیر مراجعه کنید.

تلفن: 1-833-421-0061
 TTY: 711
 مکاتبه: P.O. Box 944202
 Sacramento, CA 94244-2020
 وبسایت: www.dds.ca.gov

چگونه می‌توان با شورای خدمات کمک شخصی (PASC) تماس گرفت

شورای خدمات کمک شخصی (Personal Assistance Services Counsel, PASC) یک اداره عمومی است برای خدمات حمایتی خانگی (IHSS) در شهر لس آنجلس. PASC خدماتی در راستای ارتقاء کیفیت زندگی برای افرادی که خدمات IHSS دریافت می‌کنند ارائه می‌دهد، از جمله کمک در پیدا کردن شخصی برای مراقبت در خانه، شخصی برای کمک موقتی در امور مراقبتی، و فرصت‌های آموزشی برای اعضاء IHSS و افرادی که خدمات مراقبت در خانه ارائه می‌دهند.

تلفن: 1-877-565-4477
 TTY: 1-626-737-7512
 فکس: 1-818-206-8000
 وبسایت: www.pascla.org



چگونه می‌توان با سازمان منطقه‌ای مربوط به سالمندی (AAA) تماس گرفت

سازمان منطقه‌ای مربوط به سالمندی (Area Agencies on Aging, AAA) خدمات گوناگونی به بزرگسالان مسن‌تر ارائه می‌دهند، شامل ارجاع افراد به خدمات حمایتی خانگی و خدمات جامعه مدار، حل مشکلات مسکن، تحویل خوراک در منزل، مراقبت‌های موقتی، مشاوره Medi-Cal/Medicare، کمک در امور مالیاتی، آمد و شد، هم فکری و آرامش خاطر از طریق تلفن، مدیریت پرونده، مراقبت‌های روزانه، کمک در مسائل قانونی، و دیگر خدمات طولانی مدت.

L.A. County Community and Senior Services انجمن و خدمات ارشد شهر لس آنجلس

تلفن: 1-800-510-2020
 مکاتبه: 3175 West 6th Street
 Los Angeles, CA 90020
 ایمیل: Info@CSS.lacounty.gov
 وبسایت: http://css.lacounty.gov

اداره سالمندی شهر لس آنجلس، **AAA** مخصوص به خود را برای ساکنان مستقر در کد پستی شهر لس آنجلس دارد.

تلفن: 1-800-510-2020 یا 1-213-482-7252
 فکس: 1-213-482-7256
 مکاتبه: 221 N. Figueroa St., Ste. 500
 Los Angeles, CA 90012
 ایمیل: age.webinfo@lacity.org
 وبسایت: www.aging.lacity.org



فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل حاوی شرایط و قوانین خاصی است که باید برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما، از آنها مطلع باشید. همچنین در مورد مدیر مراقبت‌تان، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، در مورد اینکه اگر به طور مستقیم برای خدماتی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم، صورت حساب دریافت کردید، چه کاری انجام دهید، و قوانین مربوط به داشتن تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) به شما اطلاعات می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضاء شما آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان	34
B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد	35
C. مدیر امور مراقبتی شما	36
C1. مدیر مراقبتی چه کسی است	36
C2. چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید	37
C3. چگونه می‌توانید مدیر مراقبت خود را تغییر دهید	37
D. مراقبت از ارائه‌دهندگان	37
D1. دریافت مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه	37
D2. دریافت مراقبت از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات شبکه	39
D3. وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود چه باید کرد	40
D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه	40
E. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال مربوط به مصرف مواد)	41
E1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما	41
F. خدمات حمل و نقل	42
F1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی	42
F2. حمل و نقل غیر پزشکی	43
G. خدمات تحت پوشش در شرایط اضطراری پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه	44
G1. مراقبت در شرایط فوریت‌های پزشکی	44
G2. مراقبت موردنیاز فوری	45
G3. مراقبت در حین بحران	47



- H. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما مستقیماً صورت حساب دریافت کردید باید چهکاری انجام دهید. . . 47
- H1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد، باید چهکاری انجام دهید. . . 47
- I. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی . . . 48
- I1. تعریف پژوهش بالینی . . . 48
- I2. پرداخت هزینه‌های خدمات وقتی در یک پژوهش بالینی شرکت می‌کنید . . . 48
- I3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های بالینی . . . 49
- J. در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیر پزشکی مذهبی، خدمات مراقبت درمانی شما چگونه پوشش داده می‌شود. . . 49
- J1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیر پزشکی مذهبی. . . 49
- J2. دریافت مراقبت از یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیر پزشکی مذهبی . . . 50
- K. خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME). . . 50
- K1. DME برای یکی از اعضای طرح ما . . . 50
- K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare . . . 51
- K3. مزایای دستگاه اکسیژن به عنوان عضو طرح ما . . . 51
- K4. دستگاه اکسیژن وقتی به Original Medicare یا Medicare تغییر می‌دهید. . . 51

A. اطلاعات در مورد خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات شامل مراقبت‌های درمانی (مانند ویزیت پزشک و درمان پزشکی)، خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت‌شده (managed long-term services and supports, MLTSS)، تجهیزات، خدمات درمانی رفتاری (شامل سلامت روان و تندرستی)، داروهای با نسخه و بدون نسخه، لوازم و دیگر خدمات می‌باشد. خدمات تحت پوشش شامل هر خدمتی است که طرح ما پوشش می‌دهد. مراقبت‌های بهداشتی تحت پوشش، سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت مدیریت‌شده (MLTSS) در فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. داروهای تحت پوشش با نسخه و بدون نسخه در فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است.

ارائه‌دهندگان خدمات شامل پزشکان، پرستارها و دیگر افرادی هستند که به شما خدمات می‌رسانند و از شما مراقبت می‌کنند. ارائه‌دهندگان خدمات همچنین شامل بیمارستان‌ها، مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامتی در خانه، درمانگاه‌ها و دیگر مراکزی می‌شود که به شما خدمات مراقبت درمانی، خدمات درمانی رفتاری، لوازم پزشکی و برخی خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت‌شده (MLTSS) ارائه می‌دهند.

ارائه‌کنندگان خدمات شبکه‌انتهایی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند پرداخت ما را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه‌دهندگان شبکه صورتحساب مراقبت‌هایی را که ارائه کرده‌اند مستقیماً برای ما می‌فرستند. وقتی به یک ارائه‌دهنده عضو شبکه مراجعه می‌کنید، معمولاً در ازای خدمات تحت پوشش هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.



B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما خدمات Medicare را پوشش می‌دهد. این طرح همچنین همه خدمات Medi-Cal را پوشش داده یا برای دریافت آن، هماهنگی به عمل می‌آورد. این مسئله شامل بهداشت رفتاری و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت‌شده (MLTSS) می‌شود.

طرح ما خدمات مراقبت بهداشتی، خدمات بهداشت رفتاری و MLTSS را که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، هماهنگ می‌کند. برای اینکه تحت پوشش طرح قرار بگیرید:

- مراقبت‌های درمانی که دریافت می‌کنید باید جزو **مزایای طرح درمانی** باشند. این بدان معنی است که ما آن را در نمودار مزایای خود در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضای شما گنجانده ایم.
- مراقبت باید از نظر پزشکی ضروری باشد. منظور ما از ضروری بودن، خدمات مهمی است که معقول هستند و از جان شما محافظت می‌کنند. مراقبت‌های پزشکی ضروری به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که برای جلوگیری از بیماری جدی یا ناتوانی افراد و کاهش درد شدید با درمان بیماری، مریضی یا جراحات مورد نیاز است.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه دهنده خدمات اولیه (primary care provider, PCP)** عضو شبکه داشته باشید که خدمات درمانی را برای شما تجویز کند یا به شما بگوید به پزشک دیگری مراجعه کنید. شما باید به عنوان عضوی از این طرح، یک ارائه‌دهنده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
 - در اکثر مواقع، قبل از مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست یا قبل از مراجعه به ارائه‌دهندگان دیگر در شبکه طرح، PCP شما یا طرح ما باید این مسئله را تأیید کند. به این کار **ارجاع** می‌گویند. اگر شما معرفی‌نامه یا ارجاع دریافت نکنید، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم. برای مراجعه به برخی متخصصان مانند متخصصان بهداشت زنان نیازی به ارجاع ندارید.
 - PCP‌های طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می‌کنید. این بدان معنا است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که به گروه پزشکی خودشان وابسته هستند. یک گروه پزشکی جمعی متشکل از PCP‌ها و متخصصین برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ شده است.
 - برای استفاده از خدمات اورژانس، خدمات فوری یا مراجعه به متخصصین زنان نیازی به دریافت معرفی‌نامه از PCP خود ندارید. شما می‌توانید انواع دیگر مراقبت‌ها را بدون ارجاع از PCP خود دریافت کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش D1 در این فصل مراجعه کنید).
- شما باید خدمات درمانی خود را از شبکه ارائه‌دهندگانی دریافت کنید که وابسته به گروه پزشکی PCP شما هستند. معمولاً، ما مراقبت‌های ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح سلامت ما و گروه پزشکی PCP شما کار نمی‌کند، پوشش نمی‌دهیم. این بدان معنی است که شما باید به طور کامل برای خدمات ارائه شده از سوی ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به ارائه‌دهنده هزینه پرداخت کنید. این قانون شامل موارد زیر نمی‌شود:
 - ما مراقبت‌های اورژانسی یا مورد نیاز فوری را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر در مورد این، به بخش H در همین فصل مراجعه کنید).
 - اگر به خدماتی نیاز دارید که طرح ما پوشش می‌دهد اما ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما آنها را ارائه نمی‌دهند، می‌توانید آن خدمات را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید. برای استفاده از خدمات غیر اورژانسی، باید مجوز مرتبط را از L.A. Care Medicare Plus دریافت کنید. در این شرایط، ما این خدمات را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهیم.



- هنگامی که شما برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده شما به طور موقت فعالیت نمی‌کند یا در دسترس نیست، خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم. شما می‌توانید این خدمات را از یک مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت کنید. هزینه‌ای که برای دیالیز می‌پردازید هرگز نباید بیشتر از هزینه اشتراک هزینه در Original Medicare باشد. اگر خارج از منطقه خدمات طرح هستید و دیالیز را از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه طرح دریافت می‌کنید، اشتراک هزینه شما نباید از هزینه‌ای که در شبکه پرداخت می‌کنید بیشتر باشد. با این حال، اگر ارائه‌دهنده دیالیز درون شبکه‌ای شما موقتاً در دسترس نباشد و بخواهید خدماتی را در داخل منطقه خدماتی از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، ممکن است هزینه دیالیز بیشتر باشد.
- در بدو پیوستن به این طرح، می‌توانید تقاضا کنید که همچنان به ارائه‌دهندگان خدمات فعلی خود مراجعه کنید. به استثنای برخی موارد، اگر بتوانیم ثابت کنیم که شما با ارائه‌دهندگان در ارتباط بوده‌اید، باید این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید. اگر با درخواست شما موافقت کنیم، شما می‌توانید همچنان به مراجعه به ارائه‌دهندگانی که در حال حاضر به آنها مراجعه می‌کنید برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این دوره، مدیر امور مراقبتی‌تان با شما تماس گرفته تا به شما کمک کند ارائه‌دهندگانی را در شبکه ما پیدا کنید که با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند. پس از این دوره 12 ماه، اگر به مراجعه به ارائه‌دهندگانی که در شبکه ما نیستند و به گروه پزشکی PCP شما وابستگی ندارند ادامه دهید، ما دیگر مراقبت شما را پوشش نمی‌دهیم.

اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus: در بیشتر موارد شما در L.A. Care Medicare Plus برای مزایای Medicare خود در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در L.A. Care Medicare Plus ثبت نام می‌شوید. همچنین ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه بعد دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق L.A. Care Medicare Plus دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

C. مدیر امور مراقبتی شما

C1. مدیر مراقبت چه کسی است

مدیر مراقبت، متخصص بهداشت است که با شما آشنا خواهد شد و نیازهای بهداشتی شما را بررسی خواهد کرد. این شخص ممکن است با گروه پزشکی شما یا با L.A. Care Health Plan همکاری داشته باشد. مدیر مراقبتی در یک تیم با شما، پزشکان شما، مراقبان و سایر افراد دخیل در مراقبت‌های بهداشتی‌تان همکاری خواهد کرد.

مدیر مراقبتی برای اهداف زیر با شما همکاری می‌کند:

- ارزیابی نیازهای مراقبت‌های بهداشتی شما
- برنامه‌ریزی مراقبت شما با خودتان و تیم مراقبت
- ایجاد «طرح مراقبت فردی» که بر نیازها و انتخاب‌های شما متمرکز است
- هماهنگ‌سازی خدمات شما
- برقراری ارتباط با شما و ارائه‌دهندگان شما
- پیگیری وضعیت شما و در صورت لزوم انجام تغییرات

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



C2. چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید

با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

C3. چگونه می‌توانید مدیر مراقبتی خود را تغییر دهید

با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

D. مراقبت از ارائه‌دهندگان**D1. دریافت مراقبت از یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه**

شما باید یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) برای ارائه و مدیریت خدمات درمانی خود انتخاب کنید. PCP‌های طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید، در واقع گروه پزشکی مربوطه را هم انتخاب می‌کنید.

تعریف "PCP"، و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

در هنگام پیوستن به طرح ما، باید یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. PCP شما ممکن است یک متخصص بیماری‌های داخلی، پزشک عمومی، متخصص کودکان یا متخصص جراحی زنان و زایمان باشد که واجد شرایط نیازمندی‌های ایالت است و برای ارائه خدمات پزشکی پایه آموزش دیده است. شما مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP دریافت می‌کنید. می‌توانید یک مرکز بهداشتی تأیید شده در سطح فدرال (Federally Qualified Health Center, FQHC) به عنوان PCP خود انتخاب کنید. FQHC مراکز بهداشتی در حوزه‌هایی هستند که ارائه‌کننده خدمات مراقبت درمانی چندانی ندارند.

PCP شما استفاده از بقیه خدمات تحت پوشش را برای شما به عنوان عضوی از طرح ما هماهنگ می‌کند. مثلاً، برای مراجعه به متخصص، ممکن است لازم باشد که ابتدا از PCP خود ارجاع بگیرید (به این فرآیند "ارجاع" به متخصص گفته می‌شود). نمونه‌های خدمات تخصصی که نیازمند ارجاع است:

- عکسبرداری با اشعه ایکس
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان‌ها
- خدمات مراقبتی توسط متخصصین
- پذیرش بیمارستان
- خدمات پیگیری مراقبت سلامت

یک مرکز بهداشتی تأیید شده فدرال (FQHC) یک درمانگاه است و می‌تواند PCP شما باشد. FQHC‌ها بودجه خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند زیرا در مناطقی قرار دارند که در آن‌ها خدمات مراقبت درمانی زیادی موجود نیست. برای اطلاع از اسامی و نشانی مراکز FQHC که با L.A. Care Medicare Plus کار می‌کنند، با L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید یا به فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات مراجعه کنید.

- «هماهنگ‌سازی» خدمات شما شامل مشاوره با دیگر ارائه‌دهندگان خدمات درباره مراقبت درمانی شما است. اگر به نوع خاصی از خدمات یا لوازم نیاز دارید، باید ابتدا از PCP خود تأییدیه بگیرید (مانند ارجاع شما به یک



متخصص). در برخی از موارد، PCP شما باید از ما اجازه قبلی (تأیید اولیه) بگیرد. از آنجا که PCP شما خدمات درمانی به شما ارائه می‌کند و امور هماهنگ‌سازی آن‌ها را انجام می‌دهد، لازم است که همه سوابق پزشکی قبلی شما به مطب PCP شما فرستاده شود.

انتخاب PCP توسط شما

به عنوان یک عضو L.A. Care Medicare Plus، شما در L.A. Care برای برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خود ثبت نام خواهید کرد. به شما یک Medicare PCP به عنوان پزشک اصلی شما اختصاص داده خواهد شد که هم خدمات Medicare و هم Medi-Cal شما را هماهنگ می‌کند، به شما یک پزشک اصلی Medi-Cal اختصاص داده خواهد شد. شما می‌توانید در هر زمان، به هر دلیل، PCP خود را تغییر دهید.

ابتدا لازم است یک PCP انتخاب کنید. ممکن است بتوانید از یک متخصص به عنوان PCP خود استفاده کنید. متخصص، پزشکی است که خدمات بهداشتی و درمانی را برای یک بیماری خاص یا قسمت خاصی از بدن ارائه می‌دهد. می‌توانید یک متخصص را، در صورتی که به عنوان PCP در راهنمای ارائه‌دهندگان فهرست شده باشد، به عنوان PCP خود انتخاب کنید. می‌توانید خدمات را از هر ارائه‌دهنده‌ای که در شبکه شماست و اعضای جدید را قبول می‌کند دریافت کنید.

• می‌توانید ارائه‌دهنده خدمات فعلی خود را انتخاب کنید، یا

- به توصیه شخصی که مورد اعتماد شما است او را انتخاب کنید، یا
- به این دلیل که دسترسی به مطب وی برای شما آسان است به او مراجعه کنید.
- اگر در انتخاب PCP به کمک نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. یا به medicare.lacare.org/ مراجعه کنید.

اگر در مورد اینکه آیا ما خدمات پزشکی یا مراقبتی مورد نظرتان پوشش می‌دهیم یا خیر سوالی دارید، قبل از دریافت خدمات یا مراقبت با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر متخصص یا بیمارستان خاصی وجود دارد که مایل به مراجعه به آنها هستید، لازم است نخست بررسی کنید که آیا آنها به گروه پزشکی PCPهای شما وابسته هستند یا خیر. می‌توانید به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید یا از خدمات اعضاء بپرسید تا متوجه شوید آیا PCP مورد نظر شما برای مراجعه به آن متخصص یا بیمارستان به شما ارجاع می‌دهد یا خیر.

گزینه تغییر دادن PCP خودتان

شما می‌توانید در هر زمان و به هر دلیل، PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه ما خارج شود. اگر PCP شما شبکه ما را ترک کند، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم PCP جدیدی در شبکه پیدا کنید.

برای تغییر PCP خود با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر درخواست خود مبنی بر تغییر PCP تان را با خدمات اعضا پیش از آخرین روز کاری ما اطلاع دهید، تغییر از اولین روز ماه بعدی اعمال خواهد شد. خدمات اعضاء تأیید خواهد کرد که آیا PCP مورد انتخاب شما بیماران جدید می‌پذیرد یا خیر. خدمات اعضاء سوابق عضویت شما را تغییر خواهد داد تا نام PCP جدید شما نشان داده شود و تاریخی که از آن به بعد تغییر PCP جدید شما معتبر خواهد بود را به شما اطلاع خواهد داد. خدمات اعضاء همچنین یک کارت شناسایی عضویت جدید برای شما ارسال خواهد کرد که در آن نام و شماره تلفن PCP جدیدتان ذکر شده است.

PCPهای طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است ناچار به تغییر گروه پزشکی خود هم باشید. وقتی درخواست تغییر می‌کنید، اگر از یک متخصص استفاده می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری



را دریافت می‌کنید که باید تأیید PCP را داشته باشند، به خدمات اعضا اطلاع دهید. خدمات اعضاء به شما کمک خواهد کرد تا بعد از تغییر PCP خود، همچنان مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات مورد نیاز را دریافت کنید.

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید اولیه از PCP خود دریافت کنید

در اکثر مواقع، پیش از استفاده از ارائه‌دهندگان خدمات دیگر نیاز به کسب تأیید از PCP خود دارید. این تأیید، ارجاع نامیده می‌شود. شما می‌توانید خدماتی مانند موارد زیر را بدون نیاز به داشتن تأییدیه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان خدمات داخل و خارج از شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه‌دهندگان شبکه.
- نیاز فوری به خدمات ارائه‌دهندگان خارج از شبکه هنگامی که دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات شبکه برای شما ممکن نیست (به طور مثال، وقتی که خارج از محدوده تحت پوشش طرح هستید یا در تعطیلات آخر هفته).
- **توجه:** مراقبت‌های ضروری باید فوراً مورد نیاز و از نظر پزشکی ضروری باشند.
- خدمات دیالیز کلیه از یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده پوشش طرح ما هستید. (پیش از ترک منطقه خدمات، با خدمات اعضاء تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در انجام دیالیز در هنگامی که خارج از محدوده هستید کمک کنیم.)
- واکسن آنفلونزا و واکسن‌های COVID-19، و نیز واکسن‌های هپاتیت B و ذات الریه، مادامی که آنها را از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید.
- خدمات معمول مراقبت‌های بهداشتی زنان و تنظیم خانواده. این مورد شامل معاینه سینه، ماموگرام (اشعه ایکس از سینه‌ها)، آزمایش‌های پاپ اسمیر و لگن می‌شود مادامی که آنها را از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید.
- به علاوه، اگر واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی ویژه سرخپوستان باشید، می‌توانید بدون ارجاع از این متخصصین استفاده کنید.

D2. دریافت مراقبت از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات شبکه

یک متخصص، پزشکی است که به شما برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن شما خدمات درمانی ارائه می‌دهد. انواع مختلف متخصصین وجود دارند، مانند:

- متخصصین تومور و سرطان، مراقبت‌های لازم را به بیماران سرطانی ارائه می‌دهند.
- متخصص قلب برای درمان بیماران قلبی.
- متخصص ارتوپد، بیماران مبتلا به عارضه‌های استخوان، مفصل و ماهیچه را درمان می‌کند.

هنگامی که از نظر پزشکی برای حفظ سلامتی شما ضروری است، ممکن است ارائه‌دهنده‌تان به شما نامه ارجاع دهد تا به یک متخصص شبکه یا برخی از ارائه‌دهندگان دیگر مراجعه کنید. برای برخی از ارجاع‌ها، ممکن است ارائه‌دهنده خدمات شما از گروه پزشکی وابسته خود یا L.A. Care Medicare Plus پیشاپیش تأییدیه بگیرد. به این فرآیند "مجوز قبلی" می‌گویند.

بسیار مهم است که پیش از مراجعه به یک متخصص یا دیگر ارائه‌کنندگان خدمات شبکه مجوز قبلی کسب کنید. برخی موارد استثنا وجود دارد، مانند امور مراقبت‌های درمانی معمول خانم‌ها که در بخش فوق آن را شرح دادیم.



در صورت عدم دریافت مجوز قبلی پیش از دریافت خدمات از یک متخصص یا دیگر ارائه‌کنندگان خدمات، ممکن است لازم شود خودتان هزینه آن را پرداخت کنید.

اگر متخصص از شما بخواهد که برای جلسات بیشتری به وی مراجعه کنید، ابتدا بررسی کنید که معرفی‌نامه‌ای (مجوز قبلی) که از PCP خود برای اولین جلسه گرفتید جلسات دیگر با آن متخصص را نیز پوشش می‌دهد یا خیر.

اگر مایل هستید به متخصصین خاصی مراجعه کنید، سوال کنید که آیا PCP شما بیماران را نزد آن متخصصین می‌فرستد یا خیر. لطفاً فصل 4 را برای کسب اطلاع از خدماتی که نیاز به اجازه قبلی دارند مطالعه کنید.

D3. وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود چه باید کرد

ممکن است یک ارائه‌دهنده خدمات مورد استفاده شما شبکه را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما را ترک کند، شما از برخی حقوق و حمایت‌ها به شرح زیر برخوردار خواهید بود:

- با وجود اینکه ممکن است شبکه ارائه‌دهندگان ما طی سال تغییر کنند، ما باید به شما دسترسی به ارائه‌دهندگان خدمات صلاحیت‌دار را ارائه دهیم.
- ما با حسن نیت تلاش می‌کنیم تا حداقل از 30 روز قبل ابلاغیه‌ای به شما ارسال کنیم تا برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید فرصت داشته باشید.
- ما به شما در انتخاب یک ارائه‌دهنده خدمات صلاحیت‌دار جدید برای تداوم مدیریت نیازمندی‌های درمانی‌تان کمک خواهیم کرد.
- اگر شما در حال درمان پزشکی باشید، از این حق برخوردار هستید که درخواست کنید درمان پزشکی ضروری خود را بدون وقفه دریافت کنید و ما با شما برای اطمینان از این امر همکاری می‌کنیم.
- اگر نتوانیم یک متخصص شبکه واجد شرایط در دسترس شما را پیدا کنیم، باید با یک متخصص خارج از شبکه هماهنگ کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد.
- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه‌دهنده قبلی شما را با ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، شما این حق را دارید که شکایت کیفیت مراقبت را به سازمان ارتقای کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) ارسال کنید. (برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید).

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک می‌کند، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما در یافتن یک ارائه‌دهنده جدید و مدیریت مراقبت شما کمک کنیم. با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. این تماس، رایگان است.

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه

اگر تشخیص داده شود که خدمات درمانی خاصی به دلیل ضرورت پزشکی و اطمینان از ادامه مراقبت لازم است و خدمات پزشکی خاصی از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی در شبکه ما وجود نداشته باشد، L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی عضو به شناسایی ارائه‌دهنده خارج از شبکه مناسب می‌پردازد که می‌تواند خدمات پزشکی را ارائه کند. L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی با ارائه‌کننده خارج از شبکه یک قرارداد ویژه منعقد خواهند کرد.

با این وجود اگر به تازگی تحت پوشش L.A. Care قرار گرفته‌اید و در یک برنامه معالجه خدمات فعال هستید یا خدماتی را از ارائه‌دهندگانی دریافت می‌کنید که در شبکه L.A. Care Medicare Plus حضور ندارند، L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی با ارائه‌دهنده خارج از شبکه یک قرارداد ویژه منعقد خواهند کرد. برخی

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



محدودیت‌ها اعمال می‌شود. با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

E. خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال مربوط به مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشند و تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal باشند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدماتی که تحت پوشش Medicare باشند را ارائه می‌دهیم. طرح ما خدمات بهداشت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق اداره بهداشت روان شهر لس آنجلس یا اداره بهداشت عمومی شهر لس آنجلس برای سوء مصرف، پیشگیری و کنترل مواد در دسترس شما هستند.

E1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما

در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهر (mental health plan, MHP) در دسترس شما است. خدمات بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal که توسط سازمان بهداشت روانی شهر لس آنجلس (Department of Mental Health, DMH) ارائه می‌شوند عبارت‌اند از:

- خدمات بهداشت روان
- خدمات حمایت دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توان‌بخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت حالت بحرانی
- آسایشگاه خدمات درمانی بزرگسالان
- آسایشگاه خدمات درمان موارد بحرانی
- امکانات سلامت روان پزشکی
- خدمات روانشناسی برای بیماران بستری
- مدیریت پرونده هدفمند

خدمات سیستم تحویل سازمان یافته Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق اداره بهداشت عمومی شهر لس آنجلس برای سوء مصرف مواد، پیشگیری و کنترل در صورت داشتن معیارهای دریافت این خدمات در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات Drug Medi-Cal ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت عمومی لس آنجلس برای جلوگیری و کنترل اختلال سوء مصرف مواد عبارت‌اند از:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- آسایشگاه سالمندان
- خدمات سرپایی بدون دارو



- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای ترک مواد مخدر افیونی
- خدمات سیستم تحویل سازماندهی شده Drug Medi-Cal عبارتند از:
 - خدمات درمان سرپایی و خدمات سرپایی فشرده
 - داروهایی برای درمان اعتیاد (همچنین به نام درمان با کمک دارو)
 - اقامتی / بستری
 - مدیریت ترک
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگ سازی مراقبت

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

اگر معیارهای ضروری پزشکی را برای خدمات تخصصی سلامت روان با DMH شهر لس آنجلس و/یا خدمات Drug Medi-Cal با اداره بهداشت/پیشگیری و کنترل سوء مصرف مواد (Department of Public Health/Substance Abuse Prevention and Control, DPH/SAPC) شهر لس آنجلس برآورده کنید، L.A. Care Medicare Plus مراقبت شما را با آژانس مربوطه هماهنگ خواهد کرد. برای تماس با DPH/SAPC مستقیماً با شماره 1-844-804-7500 به صورت 24 ساعته و هفت روز هفته تماس بگیرید. L.A. Care Medicare Plus همواره تضمین خواهد کرد که بین مراقبت اولیه شما و ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت رفتاری هماهنگی مراقبتی وجود داشته باشد.

F. خدمات حمل و نقل

F1. حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه استفاده از ماشین، اتوبوس یا تاکسی را برای قرار ملاقاتتان نمی‌دهد، حق استفاده از حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند قرار ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با PCP یا ارائه دهنده دیگر صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما یا ارائه دهنده دیگر بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. اگر به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، با تکمیل فرم و ارسال آن به L.A. Care Medicare Plus برای تأیید، دسترسی به این خدمات را توصیه خواهند کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، تأییدیه برای یک سال معتبر است. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر نیاز شما به حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای تأیید مجدد هر 12 ماه یکبار ارزیابی می‌کند.

حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی شامل آمبولانس، ون اصلاح شده، ون ویلچردار یا حمل و نقل هوایی است. L.A. Care Medicare Plus امکان حمل و نقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب ترین حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما در زمانی که نیاز دارید تا برای رفتن به قرار ملاقات خود از وسیله نقلیه استفاده کنید فراهم می‌کند. برای مثال اگر شما از لحاظ جسمانی یا پزشکی بتوانید از ون ویلچردار استفاده کنید،

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



L.A. Care Medicare Plus هزینه حمل با آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. شما تنها در صورتی برای حمل و نقل هوایی واجد شرایط هستید که عارضه پزشکی شما هرگونه وسیله حمل و نقل زمینی را غیرممکن کند.

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

- طبق مجوز کتبی PCP یا ارائه دهنده دیگر، شما از نظر فیزیکی یا پزشکی به آن نیاز دارید زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به قرار خود استفاده کنید.
- شما برای رفت و آمد به منزل، ماشین یا محل مداوای خود به واسطه معلولیت جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز دارید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای قرار ملاقات‌های معمول غیر فوری **تجویز کرده** است، با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، حداقل دو روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات‌تان تماس بگیرید. برای **قرار ویزیت‌های فوری**، هر چه سریعتر تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت خود را در هنگام تماس آماده داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

L.A. Care Medicare Plus کمترین هزینه حمل و نقل پزشکی را پوشش می‌دهد که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا نزدیکترین ارائه‌دهنده که در آن قرار ملاقات در دسترس است، برآورده کند. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل و نقل پزشکی ارائه خواهد شد. اگر نوع قرار ویزیت شما تحت پوشش Medi-Cal بوده ولی تحت پوشش برنامه درمانی نمی‌باشد، L.A. Care Medicare Plus ترتیب حمل و نقل را داده یا به شما کمک خواهد کرد. فهرستی از خدمات تحت پوشش در فصل 4 این کتاب راهنما آمده است. حمل و نقل خارج از شبکه یا منطقه خدمات L.A. Care Medicare Plus پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه از قبل مجاز باشد.

F2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی شامل رفت و آمد به قرار ملاقات شما برای خدماتی است که توسط ارائه دهنده شما مجاز شمرده شده است. شما می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای از خدمات حمل و نقل استفاده کنید، زمانی که:

- رفت و برگشت از یک قرار ملاقات برای یک خدمات مجاز تعیین شده توسط ارائه دهنده شما باشد، یا
- برای دریافت داروهای نسخه‌دار و لوازم پزشکی مراجعه می‌کنید.

L.A. Care Medicare Plus به شما امکان می‌دهد از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر روش‌های عمومی/خصوصی برای رسیدن به قرار ملاقات غیرپزشکی خود برای دریافت خدمات مجاز تعیین شده توسط ارائه دهنده خود استفاده کنید. L.A. Care Medicare Plus از **Call the Car** برای ترتیب دادن حمل و نقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع حمل و نقل غیر پزشکی را پوشش می‌دهیم که نیازهای شما را برآورده می‌کند.

گاهی اوقات، می‌توانید برای سواری با وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید، بازپرداخت دریافت کنید. L.A. Care Medicare Plus باید قبل از انجام سفر این **موضوع** را تأیید کند و شما باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید به روش دیگری مانند اتوبوس به محل بروید. می‌توانید از طریق تماس به ما اطلاع دهید. اگر خودتان رانندگی کنید، **شما نمی‌توانید هزینه را بازپس بگیرید.**

بازپرداخت مسافت پیموده شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

- گواهینامه رانندگی راننده
- کارت شناسایی خودروی راننده

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



• گواهی بیمه ماشین راننده

جهت درخواست حمل و نقل برای دریافت خدمات مجاز، با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات حداقل دو روز کاری (دوشنبه-جمعه) قبل از قرار ملاقات‌تان تماس بگیرید. برای قرار ویزیت‌های فوری، هر چه سریعتر تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت خود را در هنگام تماس آماده داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: سرخپوستان آمریکا می‌توانند برای درخواست حمل و نقل غیرپزشکی با کلینیک بهداشت سرخپوستان محلی خود تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل و نقل غیر پزشکی

L.A. Care Medicare Plus کمترین هزینه حمل و نقل غیرپزشکی را ارائه می‌دهد که نیازهای شما را از خانه‌تان تا نزدیکترین ارائه دهنده که در آن قرار ملاقات در دسترس است برآورده کند. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه دریافت کنید.

حمل و نقل غیرپزشکی اعمال نمی‌شود اگر:

- یک آمبولانس، ون اصلاح شده، ون ویلچردار، یا سایر اشکال حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی برای رسیدن به یک خدمات مورد نیاز باشد.
- شما برای رفت و برگشت به منزل، ماشین یا محل مداوا به واسطه عارضه جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز دارید.
- شما در ویلچر هستید و نمی‌توانید بدون دریافت کمک از راننده از ماشین پیاده و سوار شوید.
- این خدمات تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست.

G. خدمات تحت پوشش در شرایط اضطراری پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه

G1. دریافت مراقبت در شرایط فوریت‌های پزشکی

منظور از مورد پزشکی اضطراری وضعیت پزشکی است که همراه علائم حادی مانند درد شدید یا آسیب دیدگی جدی باشد. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص فرد دارای آشنایی معمول با حوزه بهداشت و پزشکی، ممکن است:

- خطر جدی برای سلامتی شما یا جنین‌تان داشته باشد؛ یا
- به عملکردهای بدن صدمه شدیدی می‌خورد؛ یا
- نقص کارکرد جدی بخشی یا عضوی از بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار که وضع حمل فعال دارند، هنگامی‌که:
 - زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد.
 - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا جنین را تهدید کند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



در صورت بروز مورد اضطراری پزشکی:

- **هر چه سریع‌تر کمک بخواهید.** با شماره 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین بخش اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت نیاز به آمبولانس زنگ بزنید. شما نیازی به دریافت تاییدیه یا ارجاع از PCP خود ندارید. شما نیازی به استفاده از ارائه دهنده شبکه ندارید. می‌توانید هر زمان که به آن نیاز دارید، در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمرو آن، از هر ارائه‌دهنده‌ای با مجوز دولتی مناسب، مراقبت‌های پزشکی اورژانسی دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، طرح ما را در مورد وضعیت اضطراری خود مطلع کنید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. خودتان، مدیر مراقبتی، یا هر فرد دیگری باید معمولاً طی 48 ساعت درباره مراقبت اورژانسی‌تان به ما اطلاع دهید. با این حال، اگر در اطلاع‌رسانی به ما تأخیر داشته باشید، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در یک وضعیت اضطراری پزشکی

در صورت نیاز به آمبولانس برای مراجعه به اورژانس، طرح ما آن را پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در فصل 4 از دفترچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.

L.A. Care Medicare Plus به ارائه پوشش اضطراری در سرتاسر جهان می‌پردازد. حداکثر \$10,000 هزینه اضطراری/فوری را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

ارائه‌دهندگانی که به شما مراقبت‌های اورژانسی می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده است و اورژانس پزشکی باید به پایان برسد. آنها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های بعدی برای بهتر شدن، برای برنامه‌ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما مراقبت‌های بعدی شما را پوشش می‌دهد. اگر خدمات اضطراری خود را از ارائه دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید، ما سعی خواهیم کرد از ارائه دهندگان خدمات شبکه بخواهیم در اسرع وقت مراقبت شما را بر عهده بگیرند.

دریافت مراقبت اضطراری اگر اضطراری نبوده نباشد

گاهی ممکن است تشخیص اینکه آیا در وضعیت اضطراری پزشکی یا بهداشت رفتاری هستید یا خیر، دشوار باشد. ممکن است برای مراقبت اضطراری مراجعه کنید و پزشک به شما بگوید که مورد مربوطه در واقع اضطراری نبوده است. اگر دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما مراقبت درمانی شما را پوشش خواهیم داد.

بعد از اینکه پزشک تشخیص دهد که مورد اضطراری نبوده است، ما فقط در صورت موارد زیر مراقبت اضافی شما را پوشش می‌دهیم:

- به یک ارائه دهنده خدمات شبکه مراجعه کرده باشید، یا
- مراقبت‌های اضافی که دریافت می‌کنید، "مراقبت موردنیاز فوری" محسوب می‌شوند و شما برای دریافت آن باید مقررات را رعایت کنید (به بخش H2 مراجعه کنید).

G2. مراقبت موردنیاز فوری

منظور از خدمات مراقبتی مورد نیاز فوری خدماتی است که شما برای شرایطی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست، اما نیاز به مراقبت فوری دارند. به عنوان مثال، ممکن است عود شدید یک بیماری زمینه‌ای یا گلودرد شدیدی داشته باشید که در آخر هفته رخ می‌دهد و نیاز به درمان دارید.



مراقبت فوری مورد نیاز در منطقه خدماتی طرح ما

در اکثر موارد، ما خدمات مراقبت‌های مورد نیاز فوری را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که:

- شما این مراقبت‌ها را از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید، و
 - مقررات ذکر شده در این فصل را رعایت کنید.
- اگر منطقی نباشد یا ممکن نباشد که به یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه مراجعه کنید، ما مراقبت‌های مورد نیاز فوری که از ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه ما دریافت می‌کنید را پوشش می‌دهیم.

چگونه می‌توان از مراقبت فوری استفاده کرد

- به PCP خود زنگ برنید. می‌توانید با اپراتوری صحبت کنید که تلفن‌های مطب PCP‌ها را هنگامی که تعطیل است جواب می‌دهد.
- از وی بخواهید که با PCP یا پزشک شیفت خود صحبت کنید. در صورتی که PCP شما نباشد ممکن است پزشک دیگری جواب تلفن شما را بدهد. یک پزشک از طریق تماس تلفنی در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات، در دسترس است.
- وضعیت خود را برای آن‌ها شرح دهید و به دستورالعمل‌های آنان عمل کنید.
- همچنین می‌توانید با خط مشاوره پرستاری با شماره 1-800-249-3619 (TTY: 711) تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید برای کمک گرفتن در زمینه یافتن مرکز مراقبت اضطراری نزدیک محل خود با این شماره تماس بگیرید.

ممکن است همان روز خدمات مراقبت فوری دریافت کنید. درخواست وقت برای دریافت خدمات مراقبت فوری از جانب PCP شما نباید بیش از 48 ساعت از زمانی که تماس می‌گیرید طول بکشد. اگر خارج از شهر لس‌آنجلس هستید، نیازی به تماس با PCP شما یا کسب اجازه قبلی پیش از دریافت خدمات مراقبت فوری نیست. مطمئن شوید که این موضوع را به PCP خود اطلاع داده باشید. ممکن است به مراقبت پیگیری از جانب PCP خود نیاز داشته باشید.

استانداردهای زمان‌بندی برای گرفتن دیگر انواع نوبت به شرح زیر است:

- نوبت عادی پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) ظرف 10 روز کاری
- معاینه عادی PCP ظرف 30 روز تقویمی.
- نوبت فوری پزشک مراقبت تخصصی (Specialist Care Physician, SCP) نیازمند مجوز قبلی ظرف 96 ساعت.
- نوبت عادی SCP ظرف 15 روز کاری.

مراقبت فوری مورد نیاز خارج از منطقه خدماتی طرح ما

اگر از ناحیه خدماتی طرح بیرون باشید، شاید نتوانید از مراقبت ارائه‌دهنده شبکه بهره‌مند شوید. در این صورت، طرح ما مراقبت مورد نیاز فوری که شما از هر ارائه‌دهنده‌ای دریافت کنید را پوشش می‌دهد.

L.A. Care Medicare Plus به ارائه پوشش فوری در سرتاسر جهان و در هر جایی خارج از ایالات متحده می‌پردازد. حداکثر \$10,000 مجموع هزینه اضطراری/فوری را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.



طرح ما خدمات مراقبت مورد نیاز فوری یا هر مراقبت اضطراری دیگری را خارج از ایالت متحده پوشش نمی‌دهد.

G3. مراقبت در حین بحران

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس‌جمهور ایالات متحده وضعیت بحرانی یا اضطراری در ناحیه جغرافیایی شما اعلام کند، شما همچنان مستحق دریافت خدمات مراقبت از طرح ما خواهید بود. برای اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت‌های مورد نیاز در طول یک فاجعه اعلام شده، از وب سایت ما بازدید کنید: medicare.lacare.org/

در طول یک فاجعه اعلام شده، اگر نتوانید از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون هیچ هزینه‌ای استفاده کنید. اگر نتوانید از یک داروخانه شبکه در طول یک فاجعه اعلام شده استفاده کنید، شما می‌توانید داروهای نسخه‌ای را از یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید.

H. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما مستقیماً صورتحساب دریافت کردید باید چه‌کاری انجام دهید

اگر ارائه‌دهنده خدمات به جای طرح ما برای شما صورتحساب ارسال کند، باید از ما بخواهید که سهم خود از صورتحساب را پرداخت کنیم.

شما نباید صورت حساب را خودتان پرداخت کنید. در صورتی که پرداخت کنید، ما ممکن است نتوانیم آن را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر برای خدمات تحت پوشش هزینه‌ای بیش از طرح خود پرداخت کرده‌اید یا اگر صورت حسابی برای هزینه کامل خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از کارهایی که باید انجام دهید به فصل 7 کتاب راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

H1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد، باید چه‌کاری انجام دهید

طرح ما تمام خدمات زیر را پوشش می‌دهد:

- خدماتی که لازم تشخیص داده می‌شوند، و
- در نمودار مزایای طرح ما درج شده‌اند (به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید)، و
- بتوانید با رعایت مقررات طرح به آنها دسترسی داشته باشید.

اگر خدماتی را دریافت کنید که توسط طرح ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل را خودتان پرداخت کنید.

شما از این حق برخوردار هستید که از ما درباره اینکه چه خدمات و درمان‌هایی تحت پوشش هستند سوال کنید. شما همچنین می‌توانید این اطلاعات را به صورت کتبی درخواست کنید. اگر ما بگوییم که خدمات دریافتی شما را پوشش نمی‌دهیم، شما می‌توانید علیه تصمیم ما اعتراض کنید.

فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء درباره چگونگی درخواست پوشش دادن یک محصول یا خدمات پزشکی از ما را توضیح می‌دهد. همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید در خصوص تصمیم پوشش ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای آگاهی بیشتر نسبت به حقوق مربوط به اقامه استیناف با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



ما برای برخی از خدمات تا سقف خاصی پرداخت می‌کنیم. اگر شما از این حد بگذرید، مابقی هزینه را برای دریافت چنین خدماتی خودتان باید پرداخت کنید. با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.

1. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی

1.1. تعریف پژوهش بالینی

L.A. Care Medicare Plus هزینه مراقبت عادی بیمار را برای بیمارانی تحت پوشش قرار می‌دهد که در آزمون‌های بالینی دوره I، دوره II، دوره III یا دوره IV پذیرفته شده‌اند در صورتی که مربوط به پیشگیری، شناسایی یا مداوای سرطان یا سایر عوارض احتمالاً مهلک باشد و اگر پژوهش توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA)، مراکز پیشگیری و کنترل بیماری (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Medicare and Medicaid Services, CMS) برگزار شود. پژوهش‌ها باید توسط مؤسسات ملی بهداشت، FDA، وزارت دفاع یا سازمان سربازان بازنشسته تأیید شوند. Medi-Cal Rx، یک برنامه Medi-Cal هزینه برای خدمات (Fee-for-service, FFS) است که اکثر داروهای تجویزی سرپایی را پوشش می‌دهد.

منظور از تحقیقات بالینی (که آزمایش بالینی هم خطاب می‌شود) روشی است برای پزشکان به منظور انجام آزمایش انواع جدید مراقبت درمانی و داروها. یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده است، معمولاً از داوطلبان می‌خواهد که در مطالعه شرکت کنند.

وقتی Medicare مطالعه‌ای که شما می‌خواهید در آن شرکت کنید را تأیید کند، یکی از افرادی که روی آن مطالعه کار می‌کند با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص مطالعه را برای شما شرح می‌دهد و صلاحیت شما برای شرکت در آن را بررسی می‌کند. در صورت واجد شرایط بودن طبق معیارهای لازم شما می‌توانید در آن مطالعه شرکت کنید. لازم است آنچه که باید برای یک پروژه تحقیقاتی انجام دهید را درک کرده و بپذیرید.

در حین شرکت در مطالعه می‌توانید عضو طرح ما باقی بمانید. به این ترتیب، برنامه ما همچنان شما را برای خدمات و مراقبت‌های غیر مرتبط با مطالعه تحت پوشش قرار می‌دهد.

اگر می‌خواهید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به دریافت تأییدیه از ما یا ارائه دهنده مراقبت اولیه خود ندارید. ارائه‌دهندگان خدماتی که به عنوان بخشی از آن تحقیقات به شما خدمات مراقبتی ارائه می‌دهند لازم نیست که جزو شبکه باشند.

توصیه می‌کنیم قبل از شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی به ما اطلاع دهید.

اگر قصد دارید در یک آزمون بالینی شرکت کنید، شما یا مدیر مراقبتی شما باید با خدمات اعضاء تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که در کار آزمایشی بالینی حضور خواهید داشت.

1.2. پرداخت هزینه‌های خدمات وقتی در یک پژوهش بالینی شرکت می‌کنید

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که Medicare آن را تأیید می‌کند داوطلب شوید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش این مطالعه پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های معمول مرتبط با مراقبت شما را می‌پردازد. هنگامیکه به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare می‌پیوندد، اکثر موارد و خدماتی که به عنوان مشارکت در آن مطالعه دریافت می‌کنید پوشش داده می‌شود. اینها عبارتند از:



- اتاق و اقامت در بیمارستان که در صورتی که در پروژه تحقیقاتی نبودید Medicare هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کرد.
 - عمل یا فرآیند پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است.
 - درمان هر نوع عوارض جانبی و مشکلاتی که در رابطه با خدمات درمانی جدید پیش بیاید.
- اگر جزو پروژه مطالعاتی باشید که مورد تایید Medicare نباشد، خودتان هر هزینه‌ای که شرکت در آن پروژه در بر داشته باشد را متقبل می‌شوید.

13. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های بالینی

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

ل. در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، خدمات مراقبت درمانی شما چگونه پوشش داده می‌شود

1.1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

"مخالفت اخلاقی"

برخی ارائه‌دهندگان برای بعضی خدمات تحت پوشش مخالفت اخلاقی دارند. بدین معنی که حق دارند در صورتیکه با برخی خدمات تحت پوشش از لحاظ اخلاقی با این خدمات موافق نباشند، آنها را ارائه ندهند. اگر ارائه‌دهنده شما مخالفت اخلاقی دارد، وی به شما کمک خواهد کرد ارائه‌دهنده دیگری را برای خدمات مورد نیاز خود پیدا کنید. L.A. Care هم می‌تواند به شما کمک کند تا ارائه‌دهنده دیگری را پیدا کنید.

بعضی بیمارستان‌ها و ارائه‌کنندگان دیگر یک یا چندین خدمات زیر را که ممکن است تحت قرارداد برنامه درمانی شما باشند و شما یا اعضای خانواده شما به آنها احتیاج دارد را ارائه نکنند:

- تنظیم خانواده؛

- خدمات جلوگیری از بارداری از جمله جلوگیری از بارداری اضطراری؛

- عقیم‌سازی، شامل بستن لوله‌ها در موقع زایمان و وضع حمل

- درمان‌های ناباروری

- سقط جنین

یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبت‌هایی ارائه می‌دهد که معمولاً در بیمارستان یا مراکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید. اگر دریافت خدمات از یک بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی خلاف عقاید مذهبی شما است، ما هزینه دریافت خدمات در یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت خواهیم کرد. این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان Medicare بخش A (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی) است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



J2. دریافت مراقبت از یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات از یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند حقوقی امضاء کنید که در آن گفته شده است که شما با دریافت خدمات درمانی "غیر استثنایی" مخالف هستید.

- درمان پزشکی "غیر استثنایی" هر مراقبتی است که **داوطلبانه باشد و توسط هیچ قانون فدرال، ایالتی یا محلی** مورد نیاز محسوب نشود.

- منظور از درمان پزشکی "استثنایی" هر نوع خدمات مراقبتی است که **داوطلبانه نباشد و به موجب قوانین فدرال، ایالتی یا محلی مورد نیاز محسوب شود.**

برای اینکه طرح ما خدماتی که از یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید را پوشش دهد، لازم است که آن مؤسسه با معیارهای زیر مطابقت داشته باشد:

- مؤسسه ارائه‌دهنده خدمات باید مورد تأیید Medicare باشد.
- پوشش خدمات توسط طرح ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی خدمات درمانی می‌شود.
- اگر خدماتی را از این مؤسسه دریافت می‌کنید که در یک مرکز به شما ارائه می‌شود:
 - شما باید شرایط پزشکی داشته باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش مراقبت بستری در بیمارستان یا مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی را دریافت کنید.
 - باید پیش از پذیرش در این مؤسسه از ما تاییدیه دریافت کنید، در غیر این صورت اقامت شما در آنجا پوشش داده نخواهد شد.

برای موارد بستری در بیمارستان، محدودیت پوشش Medicare، در صورتی که بیمارستان عضو شبکه طرح درمانی ما باشد، اعمال نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

K. خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME)**K1. DME برای یکی از اعضای طرح ما**

DME شامل برخی موارد ضروری پزشکی است که توسط یک ارائه دهنده سفارش داده شده است مانند: ویلچر، چوب زیر بغل، تشک برقی، تجهیزات مورد نیاز افراد دیابتی، تخت بیمارستانی به سفارش ارائه‌دهنده برای مصارف خانگی، پمپ انفوزیون درون وریدی (intravenous, IV)، دستگاه تولید گفتار، تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه، مه پاش و واکر.

برخی اجناس، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند.

در این قسمت، به DME پرداخته می‌شود که شما کرایه می‌کنید. در برنامه Original Medicare، افرادی که برخی از انواع DME را کرایه می‌کنند، پس از 13 ماه مالک آن می‌شوند. شما به عنوان یکی از اعضای طرح ما، صرفنظر از مدت کرایه، معمولاً صاحب DME نخواهید شد.

در برخی از موارد محدود، مالکیت DME را به شما انتقال می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای لازم برای واجد شرایط بودن و مدارکی که باید ارائه دهید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما تا 12 ماه متوالی، به موجب Medicare اقلام DME را داشتید، مالک تجهیزات نخواهید شد.

اگر DME شما تحت پوشش Medicare نباشد، در صورتی که دارای ضرورت پزشکی باشد ممکن است تحت پوشش Medi-Cal قرار بگیرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد DME تحت پوشش Medi-Cal با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

K2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

اگر در زمانی که در طرح ما بودید مالکیت وسیله DME را دریافت نکردید، باید 13 پرداخت متوالی جدید پس از تغییر به Original Medicare برای مالکیت آن وسیله انجام دهید. هزینه‌هایی که در زمان عضویت با طرح ما پرداخت کرده‌اید بخشی از این 13 قسط متوالی محسوب نمی‌شوند.

اگر قبل از پیوستن به طرح ما کمتر از 13 پرداخت برای مورد DME تحت Original Medicare انجام داده‌اید، پرداخت‌های قبلی شما در 13 پرداخت متوالی حساب نمی‌شود. شما باید 13 پرداخت متوالی جدید را پس از بازگشت به Original Medicare انجام دهید تا آن وسیله را داشته باشید. هنگامی که به Original Medicare باز می‌گردید هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد.

K3. مزایای دستگاه اکسیژن به عنوان عضو طرح ما

اگر واجد شرایط دستگاه اکسیژن تحت پوشش Medicare و عضو طرح ما نیز باشید، موارد زیر را پوشش خواهیم داد:

- کرایه دستگاه اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله‌ها و لوازم مرتبط به تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- نگهداری و تعمیر دستگاه اکسیژن

اگر استفاده از دستگاه اکسیژن دیگر ضرورت پزشکی نداشته باشد، یا اگر از طرح ما خارج شوید، باید دستگاه اکسیژن را به مالک آن بازگردانید.

K4. دستگاه اکسیژن وقتی به Original Medicare یا Medicare تغییر می‌دهید

اگر استفاده از دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد و شما پس از خروج از طرح ما وارد Original Medicare شوید، می‌توانید آن را به مدت 36 ماه از یک تامین‌کننده کرایه کنید. اجاره‌بهای ماهانه شما شامل دستگاه اکسیژن و امکانات و خدمات پیش‌گفته خواهد بود.

اگر استفاده از دستگاه اکسیژن پس از دوره کرایه 36 ماهه ضرورت پزشکی داشته باشد، تامین‌کننده شما باید موارد زیر را ارائه دهد:

- دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات مرتبط به مدت 24 ماه دیگر.
- فراهم نمودن دستگاه اکسیژن و امکانات مربوط به مدت 5 سال، منوط به وجود ضرورت پزشکی.
- اگر استفاده از دستگاه اکسیژن در پایان دوره 5 ساله همچنان ضرورت پزشکی داشته باشد:
- تامین‌کننده، دیگر الزامی برای تامین آن نخواهد داشت و شما می‌توانید دستگاه دیگری را از تامین‌کننده دیگری تهیه کنید.



- دوره 5-ساله جدیدی آغاز می‌شود.
- آن را به مدت 36 ماه از یک تامین‌کننده کرایه می‌کنید.
- تامین‌کننده دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات مرتبط را به مدت 24 ماه دیگر برای شما فراهم می‌کند.
- تا زمانی که استفاده از دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد، هر 5 سال یک چرخه جدید آغاز می‌شود.



فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

این فصل به شما در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت در آن خدمات و میزان پرداختی شما برای هر خدمات توضیح می‌دهد. همچنین مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیست را به شما اطلاع می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus: در بیشتر موارد شما در L.A. Care Medicare Plus برای مزایای Medicare خود در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در L.A. Care Medicare Plus ثبت نام می‌شوید. همچنین ممکن است خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal به مدت یک ماه بعد دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق L.A. Care Medicare Plus دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه‌های آزاد	53
A1. در شرایط اضطراری بهداشت عمومی	54
B. قوانین مقابله با ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما پول مطالبه می‌کنند.	54
C. نمودار مزایای طرح ما	54
D. نمودار مزایای طرح ما	57
E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما	100
E1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT).	100
E2. برنامه Medi-Cal Dental	100
E3. مراقبت قبل از مرگ	101
F. مزایایی که به وسیله طرح ما، Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود	102

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه‌های آزاد

این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و اینکه برای هر خدمات چقدر می‌پردازید به شما می‌گوید. شما همچنین از خدماتی مطلع می‌شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات درباره مزایای دارویی در **فصل 5** آورده شده است. این فصل همچنین توضیحاتی درباره محدودیت‌های قابل‌اعمال برای برخی خدمات ارائه می‌دهد.

شما برای برخی خدمات، یک هزینه نقدی که سهم بیمه شده خوانده می‌شود را پرداخت می‌کنید. این یک مبلغ ثابت است (برای مثال \$5) که شما هر بار که آن خدمات را دریافت می‌کنید، پرداخت می‌نمایید. شما سهم بیمه شده را در هنگام دریافت خدمات پزشکی پرداخت می‌کنید.



در صورت نیاز به کمک در آگاهی از خدمات تحت پوشش، لطفاً با خدمات اعضاء با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات تماس بگیرید.

A1. در شرایط اضطراری بهداشت عمومی

به عنوان یک عضو L.A. Care Medicare Plus شما به مزایای خود در طول یک مورد اضطراری بهداشتی یا فاجعه عمومی دسترسی خواهید داشت. اگر یکی از این رخدادها اعلام شوند و تا پایان رخداد، L.A. Care Medicare Plus موظف است:

- خدمات و مزایای خارج از شبکه را با نرخ آن خدمات و مزایا در صورت ارائه از سوی ارائه‌دهندگان شبکه، پوشش دهد
 - در صورت نیاز به ارجاع، از ملزومات آن چشم‌پوشی کند
 - تغییراتی را اعمال کند که بلافاصله و بدون نیاز به مهلت 30 روزه به نفع شما عمل کنند
- اگر در منطقه محل فاجعه زندگی می‌کنید و در طول یک وضعیت اضطراری یا فاجعه اعلام شده از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراقبت دریافت می‌کنید، L.A. Care Medicare Plus می‌تواند شرایط و ضوابط پرداخت شما را توضیح دهد.
- با امور مشترکین به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی برای کسب اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

B. قوانین مقابله با ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما پول مطالبه می‌کنند

ما به ارائه‌دهندگان عضو شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که مبلغی برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما مطالبه کنند. پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می‌شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه‌ای بی‌نیاز هستید. حتی در صورتی که مبلغ پرداختی ما به ارائه‌کنندگان خدمات، از مبلغی که ارائه‌کننده برای آن خدمات مطالبه می‌کند کمتر باشد، این موضوع هنوز صادق است.

شما هیچ‌وقت نباید از یک ارائه‌دهنده خدمات صورت‌حساب دریافت کنید. اگر صورت حسابی دریافت کردید، به فصل 7 مراجعه کرده یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. نمودار مزایای طرح ما

نمودار مزایا نشان دهنده خدماتی است که هزینه آنها توسط طرح ما پرداخت می‌شود. خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست کرده و توضیح می‌دهد.

ما هزینه خدمات ذکر شده در نمودار مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت می‌کنیم.

- ما باید خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را مطابق با قوانین اعلام‌شده از سوی Medicare و Medi-Cal ارائه کنیم.
- این خدمات (شامل مراقبت پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، وسایل و داروها) باید ضرورت پزشکی داشته باشند. ضرورت پزشکی: این عبارت، خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت بهداشتی فعلی به آنها نیاز دارید. این شامل خدمات درمانی می‌شود که از رفتن شما به یک بیمارستان یا آسایشگاه پیشگیری می‌کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- این خدمات از سوی یکی از اعضای شبکه ارائه‌دهندگان خدمات به شما عرضه می‌شود. ارائه‌دهنده خدمات شبکه، ارائه‌دهنده خدماتی است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، در صورت استفاده شما از خدمات ارائه‌دهنده خارج از شبکه، بازپرداخت هزینه‌های شما را تقبل نمی‌کنیم. **فصل 3** اطلاعات بیشتری را در مورد استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان عضو شبکه و خارج از شبکه در اختیار شما قرار خواهد داد.
- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (primary care provider, PCP) یا یک تیم مراقبت دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در اکثر مواقع، قبل از مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست یا قبل از استفاده از ارائه‌کنندگان دیگر در شبکه برنامه، PCP شما یا برنامه ما باید این مسئله را تأیید کند. به این فرآیند ارجاع می‌گویند. **فصل 3** از دفترچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری را در مورد دریافت ارجاع در اختیار شما قرار داده و موارد **عدم نیاز** به آن را شرح می‌دهد.
- شما باید خدمات درمانی خود را از ارائه‌دهندگان خدماتی دریافت کنید که وابسته به گروه پزشکی PCP شما هستند. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.
- ما برخی از خدمات مندرج در نمودار مزایا را تنها در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک و یا یکی دیگر از اعضای شبکه ارائه خدمات تاییدیه ما را پیشتر دریافت کرده باشد. این موضوع مجوز قبلی خوانده می‌شود. ما خدمات تحت پوشش را در نمودار مزایا که نیاز به مجوز قبلی دارند با ستاره (*) علامت گذاری می‌کنیم.
- اگر در دوره 3 ماهه تداوم صلاحیت طرح ما هستید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. با این حال، در طول این دوره، ما به پوشش مزایای Medicaid که تحت برنامه ایالتی Medicaid قابل اجرا گنجانده شده‌اند، ادامه نمی‌دهیم و همچنین حق بیمه Medicare یا اشتراک هزینه‌ای را که در صورتی که صلاحیت Medicaid خود را از دست نداده‌بودید، باید می پرداختید، پرداخت نمی‌کنیم. مبالغ اشتراک هزینه Medicare برای مزایای اساسی و تکمیلی Medicare در این دوره تغییر نمی‌کند.
- **اطلاعات مزایای مهم برای اعضای دارای عارضه‌های مزمن خاص.** اگر عارضه‌های مزمن زیر و معیارهای پزشکی خاصی دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای اضافی باشید:
 - وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر
 - اختلالات خود ایمنی
 - سرطان
 - بیماری قلبی عروقی
 - نارسایی مزمن قلبی
 - زوال عقل
 - دیابت
 - بیماری کبدی مزمن
 - بیماری کلیوی مزمن (End-stage renal disease, ESRD)
 - اختلالات خونی شدید
 - ویروس نقص ایمنی اکتسابی/ایدز



- اختلالات مزمن ریوی
 - عارضه‌های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده
 - اختلالات عصبی
 - سکته
- شما بر اساس معیارهای بالینی واجد شرایط کننده یک بیماری مزمن که توسط پزشک تعیین و تأیید شده است، واجد شرایط هستید. در برخی موارد، شما همچنین باید در یکی از برنامه‌ها و فعالیت‌های مدیریت پرونده با اهداف و معیارهای نتایج تعریف شده شرکت کنید.
- طرح ما مزایای مزایای مکمل ویژه برای بیماران مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) زیر را ارائه می‌دهد:
- غذاهای سالم و مواد غذایی
 - خدمات خانگی/گاز
- برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک به برخی بیماری‌های مزمن» در نمودار مزایا مراجعه کنید.
- همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیرانه در نمودار مزایا می‌بینید.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

D. نمودار مزایای طرح ما

خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	هزینه‌ای که شما باید بپردازید
 غربالگری آنوریسم آنورت شکمی ما هزینه یک سونوگرافی تشخیصی را برای افراد در معرض خطر می‌پردازیم. این طرح تنها در صورتی این غربالگری را پوشش می‌دهد که شما در معرض عوامل خطر خاصی بوده و اگر از پزشک خود، دستیار پزشک، کاروز پرستاری یا متخصص پرستاری بالینی برای آن ارجاع گرفته باشید.	\$0
طب سوزنی ما هزینه دو مورد طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می‌پردازیم. ما هزینه حداکثر 12 نوبت طب سوزنی در بازه 90-روزه را می‌پردازیم، اگر شما دچار درد مزمن در ناحیه کمر، با تعریف زیر، باشید: • با دوره حداقل 12 هفته؛ • بدون دلیل مشخص (فاقد دلیل سیستمی قابل شناسایی، مثلاً بدون ارتباط با بیماری متاستازیک، التهابی یا عفونی)؛ • نامرتب با جراحی؛ و • نامرتب با بارداری. در ضمن، اگر نشانه‌های بهبود در شما دیده شود، ما هزینه 8 جلسه طب سوزنی دیگر را برای درد در پایین کمر خواهیم پرداخت. در هر سال حداکثر 20 نوبت طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر پوشش داده می‌شود. اگر وضعیت شما بهبود نیابد یا بدتر شود، طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر باید متوقف شود.	\$0



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژ درمانی (تحت پوشش غیر از Medicare) طرح ما حداکثر 45 بازدید ترکیبی را هر سال برای خدمات طب سوزنی، کایروپراکتیک معمول و ماساژ درمانی تحت پوشش غیر از Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهد. در بیشتر موارد، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از یک ارائه‌دهنده قراردادی استفاده کنید. اگر در مورد نحوه استفاده از این مزیت سوالی دارید، لطفاً با طرح ما تماس بگیرید. خدمات تحت پوشش طب سوزنی عبارتند از: • ارزیابی و معاینه • طب فشاری • روش‌ها و درمان‌های درمانی سندرم‌های درد • شرایط اسکلتی عضلانی • حالت تهوع خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • ارزیابی و معاینه • معاینه اشعه ایکس • درمان دستکاری کایروپراکتیک، شیوه و روش‌های درمانی • توانبخشی فیزیکی برای عارضه‌های اسکلتی عضلانی ستون فقرات و اندام‌ها با گزینه‌های مبتنی بر کلینیک و سلامت از راه دور خدمات تحت پوشش ماساژ درمانی شامل: • خدمات ماساژ درمانی مبتنی بر کلینیک شامل ارزیابی و خدمات ماساژ درمانی برای درمان شرایط و آسیب‌های میوفاشیال و سندرم‌های درد عضلانی اسکلتی.
\$0	غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل ما هزینه یک نوبت غربالگری (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment) (SABIRT) و مشاوره سوء مصرف الکل (Alcohol Misuse Screening and Counseling, AMSC) را برای بزرگسالانی که الکل مصرف می‌کنند ولی معتاد به الکل نیستند، می‌پردازیم. این شامل زنان باردار نیز می‌شود. در صورتی که تشخیص سوء مصرف الکل در شما مثبت باشد، می‌توانید هر سال تا سقف 4 جلسه کوتاه مشاوره با یک ارائه‌کننده خدمات اولیه سلامت و یا متخصص امور سلامت بهره‌مند شوید (به شرط اینکه توانایی حضور داشته باشید و در طول جلسات کاملاً هشیار باشید).



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات آمبولانس* از خدمات تحت پوشش آمبولانس می‌توان به خدمات آمبولانس زمینی، بال ثابت (مانند هواپیما) و بال‌گرد (مانند هلی‌کوپتر) اشاره کرد. آمبولانس شما را به نزدیکترین مرکز پزشکی که می‌تواند به شما خدمات ارائه کند منتقل می‌نماید. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش‌های مراجعه به مراکز پزشکی، سلامتی یا جان شما را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید از سوی ما تایید شود. در مواردی که اضطراری نیستند، ممکن است ما هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش‌های مراجعه به مراکز پزشکی، جان یا سلامتی شما را به خطر بیندازد.
\$0	معاینه فیزیکی سالانه ما هر سال هزینه یک معاینه فیزیکی سالانه را پرداخت می‌کنیم. یک معاینه فیزیکی سالانه شامل یک تاریخچه پزشکی/خانوادگی دقیق و ارزیابی دقیق سر تا پا با معاینه عملی است.
\$0	ویزیت سالانه تندرستی شما باید یک چکاپ سالانه انجام دهید. این امر به منظور ایجاد و یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطر ساز شما صورت می‌پذیرد. هزینه این کار را هر 12 ماه یکبار می‌پردازیم.
\$0	خدمات پیشگیری کننده آسم شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را از نظر محرک‌هایی که معمولاً در خانه افراد مبتلا به آسم، که وضعیت‌شان به خوبی کنترل نشده یافت می‌شود، دریافت کنید.
\$0	اندازه گیری تراکم استخوان ما هزینه‌های مربوط به روال‌های مشخصی را برای اعضای واجد شرایط می‌پردازیم (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان و یا ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند). این روال‌ها تراکم و کیفیت استخوان را مشخص کرده و همچنین از دست رفتن تراکم استخوان را مشخص می‌کنند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یکبار و در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می‌پردازیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز تقبل می‌کنیم.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 غربالگری سرطان سینه (ماموگرام) ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: - یک ماموگرام پایه بین سنین 35 تا 39 سالگی - ماموگرام غربالگری برای زنان 40 سال به بالا هر 12 ماه یکبار - معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات توانبخشی قلبی* ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را به عهده می‌گیریم. اعضا باید شرایط ویژه‌ای داشته باشند و از پزشک خود ارجاع یا دستور داشته باشند. ما همچنین طرح‌های توانبخشی قلبی فشرده را که شدیدتر از برنامه‌های توانبخشی قلبی هستند پوشش می‌دهیم. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	 ویزیت کاهش خطر بیماری‌های قلبی-عروقی (درمان بیماری‌های قلبی)* به منظور کاهش خطر بیماری‌های قلبی، هزینه یک ویزیت سالانه توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی شما را می‌پردازیم. به هنگام این ویزیت، پزشک شما می‌تواند: - در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، - فشارخون شما را اندازه‌گیری کند و/یا - شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	 آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی* هر پنج سال (60 ماه) یکبار هزینه‌های آزمایش خون جهت تشخیص بیماری‌های قلبی-عروقی را می‌پردازیم. این آزمایش‌ها نواقصی را که خطر بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهند نیز بررسی می‌کنند. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • برای همه خانم‌ها: آزمایش‌های پاپ اسمیر و سرطان رحم هر 24 ماه یکبار • برای زنانی که در معرض ابتلا به سرطان گردن رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پاپ در هر 12 ماه • برای خانم‌هایی که در 3 سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی داشته‌اند، و در سن بچهدار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یکبار • برای زنان 30-65 ساله: آزمایش پاپیلوماویروس انسانی (human papillomavirus, HPV) یا آزمایش پاپ به اضافه HPV یک نوبت در هر 5 سال
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات کایروپراکتیک* ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • جابجایی ستون فقرات برای هم تراز توجه: شما باید هزینه دیگر خدمات یا آزمایش‌هایی را که با دستور متخصص کایروپراکتیک انجام می‌گیرد (شامل پرتونگاری و ماساژدرمانی) بپردازید. برای مزایای بیشتر رجوع کنید به بخش: طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژدرمانی (تحت پوشش غیر از Medicare)
\$0	 غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد برای افراد 50 ساله و بالاتر هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر (یا غربالگری تنقیه باریک) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون مخفی یا آزمایش ایمنی شیمیایی خون، هر 12 ماه • غربالگری سرطان کولورکتال مبتنی بر دی ان ای (Deoxyribonucleic acid, DNA) هر 3 سال یکبار • کولونوسکوپی هر ده سال (ولی در محدوده 48 ماهگی سیگمونئیدوسکوپی نیست) • کولونوسکوپی (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریک) برای اشخاصی که در معرض خطر زیاد سرطان روده بزرگ و مقعد قرار دارند، هر 24 ماه



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)* خدمات محلی برای افراد بالغ (Community-Based Adult Services, CBAS) یک برنامه خدمات سرپایی در مراکز درمانی است که اشخاص بر اساس برنامه زمانی در آن شرکت می‌کنند. خدمات پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، انواع درمان‌ها (شامل کاردرمانی، ورزش و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/سرپرست، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات در قالب این برنامه عرضه می‌شود. در صورت واجد شرایط بودن شما برای عضویت در CBAS، ما هزینه‌های آن را می‌پردازیم. توجه: اگر یک مرکز CBAS موجود نباشد، ما می‌توانیم این خدمات را جداگانه ارائه دهیم. باید با ارائه دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
\$0	مشاوره ترک مصرف دخانیات  اگر سیگار می‌کشید، علائم و نشانه‌های بیماری مربوط به سیگار را ندارید و می‌خواهید یا لازم است ترک کنید: - ما هزینه دو مشاوره ترک سیگار را در یک دوره 12 ماهه به عنوان خدمات پیشگیری کننده پرداخت می‌کنیم. این خدمات برای شما رایگان است. هر بار تلاش برای ترک کردن شامل حداکثر چهار مشاوره حضوری می‌شود. - اگر شما دخانیات مصرف می‌کنید و به بیماری‌های ناشی از مصرف آن مبتلا شده‌اید و یا داروهایی مصرف می‌کنید که دخانیات بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد: - ما هزینه دو جلسه مشاوره ترک را طی یک دوره 12 ماهه پرداخت می‌کنیم. هر بار مشاوره می‌تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود. اگر باردار هستید، می‌توانید با کسب اجازه قبلی، از جلسات مشاوره ترک مصرف تنباکو به هر تعداد که لازم باشد بهره‌مند شوید.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات دندان پزشکی برخی از خدمات دندان پزشکی، از جمله، اما نه محدود به، جرم‌گیری، پر کردن و دندان مصنوعی، از طریق برنامه دندان پزشکی Medi-Cal یا هزینه برای خدمات Medi-Cal (Fee-for-service, FFS) در دسترس هستند. اعضای L.A. Care Medicare Plus می‌توانند از مزایای دندان پزشکی Medi-Cal Dental استفاده کنند. این خدمات شامل مواردی مانند معاینه دندان، جرم‌گیری، درمان لثه، روکش ساخته شده در آزمایشگاه، پاکسازی و پر کردن کانال ریشه دندان‌های پشتی و دندان مصنوعی جزئی به همراه اصلاح، ترمیم و تنظیم است. Medi-Cal Dental سالانه تا \$1,800 از هزینه‌های خدمات تحت پوشش را می‌پردازد و در موارد مشمول ضرورت پزشکی یا برای ساکنان آسایشگاه این مبلغ افزایش می‌یابد. برای مطرح کردن پرسش‌های مربوط به پوشش خدمات یا یافتن دندانپزشک Medi-Cal در منطقه خود با 1-888-322-6384 یا www.denti-cal.ca.gov TTY: 1-800-735-2922 تماس بگیرید یا به www.denti-cal.ca.gov مراجعه کنید.
\$0	غربالگری افسردگی ما هر سال هزینه یک غربالگری افسردگی را می‌پردازیم. غربالگری باید در یک محیط مراقبت اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه دهد.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	غربالگری دیابت در صورت دارا بودن هر یک از فاکتور های خطرساز ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • فشارخون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری گلیسیرید غیر عادی (دیس لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت، هزینه آزمایشات پرداخت می‌شود. بسته به نتیجه آزمایش، شما از حداکثر دو آزمایش غربالگری دیابت در هر 12 ماه برخوردار می‌شوید. اعضای مبتلا به دیابت واجد شرایط مشارکت در برنامه L.A. Cares About Diabetes® هستند. این برنامه بدون هیچ هزینه‌ای در اختیار اعضا قرار می‌گیرد تا به آنها در مدیریت دیابت‌شان کمک کند. اعضا موارد زیر را دریافت خواهند کرد: • دریافت اطلاعات دیابت • دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه ایجاد یک حساب پورتال سلامتی برای دسترسی به منابع اضافی و کارگاه‌های خودآموزی • ثبت نام در برنامه آموزش خود مدیریتی دیابت (Diabetes Self-Management Education Program, DSME) برای آموزش فردی یا مجازی دیابت.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
آموزش کنترل شخصی دیابت: \$0 خدمات و لوازم دیابت: ۸ برای هر یک از خدمات یا لوازم تحت پوشش Medicare مبلغ 0 دلار پرداخت مشترک یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	آموزش، خدمات و تجهیزات مورد نیاز برای درمان خود محور (self-management) دیابت* هزینه خدمات ذیل برای همه بیماران دیابتی پرداخت می‌شود (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می‌کنند یا خیر): • تجهیزات و مواد مصرفی مورد نیاز برای پایش قند خون، شامل موارد ذیل: ◦ دستگاه اندازه‌گیری قند خون ◦ نوارهای تست قند خون ◦ لانس‌ت و سوزن‌های آن ◦ محلول‌های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه‌های اندازه‌گیری • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می‌شود: ◦ یک جفت کفش با قالب سفارشی طبی (شامل کفی کفش) شامل اندازه‌گیری و دو جفت کفی کفش اضافه در هر سال، یا ◦ یک جفت کفش دیابتی، شامل رابط و سه جفت کفی در هر سال (بدون احتساب کفی‌های غیرسفارشی و قابل تعویض که با این کفش‌ها عرضه می‌شود) • در برخی موارد، هزینه آموزش‌های لازم برای شما پرداخت می‌شود تا بیماری دیابتتان را بهتر تحت کنترل بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اعضای مبتلا به مرض قند واجد شرایط برنامه L.A. Cares About Diabetes® هستند. این برنامه رایگان است برای کمک به اعضاء برای کنترل بیماری دیابت خود، شامل: - مواد بهداشتی دیابت - کلاس‌های دیابت برای شما و خانواده شما - پرستاران برای: • راهنمایی شما در زمینه روش کنترل میزان قند خون • بررسی داروهای دیابت شما • راهنمایی شما برای تغذیه سالم • نکاتی در مورد صحبت کردن با پزشکتان در مورد دیابت



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات قابل برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با قابل در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.
۸ برای هر کالای تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)» به فصل آخر در کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • ویلچر، از جمله ویلچر برقی • چوب زیر بغل • تشک برقی • پد فشار خشک برای تشک • لوازم مرتبط با دیابت • تخت‌های بیمارستان که ارائه‌دهنده برای مصرف در منزل سفارش می‌دهد • پمپ و میله تزریق درون-وریدی (Intravenous, IV) • پمپ و وسایل غذا رسانی • دستگاه‌های تولید گفتار • تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه • نبولایزر (مه پاش) • واکر • دستگیره استاندارد منحنی یا عصای چهارپایه و امکانات جایگزین • کشش ستون فقرات (روی در) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز ممکن است اقلام دیگری پوشش داده شوند. ما هزینه همه اقلام DME دارای ضرورت پزشکی را که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه‌های آنها را تقبل می‌کنند، پوشش می‌دهیم. اگر عرضه‌کننده تجهیزات ما در منطقه شما محصولات یک مارک یا تولیدکننده خاص را ندارد می‌توانید از وی بخواهید تا در صورت امکان آن را به صورت ویژه برای شما سفارش دهد. این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	تجهیزات با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه* (ادامه) شما باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و برای اقلام DME که در خارج از منزل مصرف می‌شود، معرفی‌نامه بگیرید.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 دلار یا 20 درصد بیمه مشترک (تا \$95 دلار) پرداخت می‌کنید. در صورت استفاده از خدمات اضطراری بیمارستان‌های غیر شبکه، پس از تثبیت وضعیت بیماری، باید به یکی از بیمارستان‌های عضو شبکه منتقل شوید. تنها در صورتی می‌توانید در بیمارستان خارج از شبکه بستری شوید که طرح درمانی شما اقامت‌تان را تایید نماید.	مراقبت‌های اضطراری منظور از مراقبت‌های اضطراری خدماتی است که: • توسط ارائه‌دهنده خدماتی ارائه شوند که برای خدمات اضطراری آموزش‌دیده باشد، و • موردنیاز برای مداوای موارد اضطراری پزشکی است. منظور از موقعیت اضطراری پزشکی یک عارضه پزشکی است به همراه درد شدید یا آسیب دیدگی جدی. این وضعیت چنان جدی است که اگر فوری به آن رسیدگی نشود، بنا به تشخیص فرد دارای آشنایی معمولی با حوزه بهداشت و پزشکی، ممکن است: • خطر جدی برای سلامتی شما یا جنین‌تان؛ یا • به عملکردهای بدن صدمه شدیدی می‌خورد؛ یا • نقص کارکرد جدی بخشی یا عضوی از بدن؛ یا • در مورد زنان باردار که وضع حمل فعال دارند، هنگامی که: ○ زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا جنین را تهدید کند. خدمات اضطراری یا دارای ضرورت فوری در سراسر جهان بدون مجوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما حداکثر \$10,000 هزینه را در هر سال تقویمی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد به دلخواه خود هر سرویس‌دهنده خدمات تنظیم خانواده را که مایلید انتخاب نمایید. این بدان معناست که محدودیتی در انتخاب پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه و یا مرکز تنظیم خانواده وجود ندارد. ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • معاینات و درمان‌های مربوط به تنظیم خانواده • آزمایش‌های تشخیصی و آزمایشگاهی تنظیم خانواده • روش‌های تنظیم خانواده (پیشگیری از بارداری داخل رحمی/وسیله داخل رحمی [Intrauterine Contraception/Intrauterine Device, IUC/IUD]، کاشت، تزریق، قرص ضدبارداری، پیچ یا حلقه) • وسایل تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، نوار، دیافراگم، کاپ) • مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه • مشاوره، آزمایش و مداوای عفونت‌های مقاربت جنسی (Sexually Transmitted Infections, STI) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • جلوگیری دائم از بارداری (شما باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده به سن 21 سال به بالا باشید. شما باید یک فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 روز ولی نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضاء کنید). • مشاوره ژنتیک هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را نیز می‌پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه مراجعه نمایید: • درمان‌های مشکلات پزشکی ناباروری (این خدمات شیوه‌های مصنوعی باردار شدن را شامل نمی‌شود). • درمان ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • آزمایش‌های ژنتیک



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مزایای تندرستی (SilverSneakers®) L.A. Care Medicare یک مزیت تندرستی را از طریق SilverSneakers® ارائه می‌کند. SilverSneakers® یک مزیت تندرستی است که می‌تواند به شما کمک کند با تمرین‌های مرتب، سلامت و تندرستی خود را بهبود بخشید. SilverSneakers® دسترسی به محل‌هایی را در سراسر کشور ممکن می‌سازد که در آنها می‌توانید از تجهیزات استفاده کنید و در کلاس‌های تمرین گروهی شرکت نمایید. همچنین کلاس‌های آنلاین و مورد درخواست را برای تمرین‌های خانگی فراهم می‌کند. تحرك و تمرین، برای سلامت شما ضروری هستند و SilverSneakers® به هر روشی که بخواهید تحرك داشته باشید، به شما کمک می‌کند: در خانه یا در راه • کلاس‌های SilverSneakers On-Demand™ با دسترسی 24 ساعته و 7 روز هفته • کلاس‌های زنده و مجازی و کارگاه‌های SilverSneakers در طول هفته • اپلیکیشن تلفن همراه SilverSneakers GO™ با برنامه‌های تمرینی قابل تنظیم و قابلیت‌های دیگر • کلاس‌های SilverSneakers FLEX®، گروه‌های پیاده‌روی و کارگاه در پارک‌ها، مراکز محلی و غیره با شرکت در مراکز تندرستی • هزاران مرکز تمرین با سازگاری‌های متعدد • امکان ثبت نام در چند مرکز به صورت همزمان • کلاس‌های SilverSneakers که برای همه سطوح طراحی شده اند و از سوی مربیانی که در تندرستی سالمندان آموزش دیده اند اداره می‌شوند در جامعه محلی شما • فعالیت‌های گروهی و کلاس‌های ارائه شده خارج از سالن ورزش • رویدادها شامل وعده‌های غذایی مشترک، جشن‌های تعطیلات و برنامه‌های گروهی کلاس با 3 مرحله ساده شروع کنید 1. به صورت آنلاین به SilverSneakers.com/StartHere بروید تا یک حساب آنلاین ایجاد کنید. 2. وارد حساب شوید تا شماره عضویت خود را ببینید و آن را با خود به محل کلاس ببرید. 3. همچنین می‌توانید از تمرین‌های مجازی آنلاین از طریق حساب جدید خود لذت ببرید. به عنوان یک عضو SilverSneakers می‌توانید هزاران دلار در هزینه تدریس برای عزیزان‌تان صرفه‌جویی کنید، آن هم فقط با تمرین کردن در یک مرکز SilverSneakers. این کار آسان است و برای شما هزینه‌ای ندارد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً از SilverSneakers.TuitionRewards.com بازدید کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری‌های خاص طراحی شده‌اند. مثال‌هایی از این موارد عبارت‌اند از: • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک استعمال دخانیات و تنباکو؛ و • خط کمک پرستاری • وقت‌های گروهی و کارگاه‌های سلامت در انواع زمینه‌ها شامل تغذیه، پیشگیری از افتادن، پوکی استخوان، سلامت قلب، ورزش سالمندان، مراقبت از یک عزیز مبتلا به فراموشی، آسم، و پیش دیابت. • مشاوره تلفنی فردی با یک مربی امور سلامتی دارای مجوز. • درمان تغذیه پزشکی با متخصصی تغذیه دارای گواهی (با معرفی PCP) • مطالب آموزشی سلامت به زبان‌ها و فرمت‌های خوانا، شامل چاپ بزرگ‌تر.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات شنوایی ما هزینه تست‌های شنوایی و تعادلی را که توسط ارائه‌دهنده شما انجام می‌شود، پرداخت می‌کنیم. این آزمون‌ها نیاز شما به درمان‌های پزشکی را مشخص می‌کنند. هنگامی که این آزمایش‌ها را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آنها تحت پوشش مراقبت بیماران سرپایی می‌باشند. اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می‌کنید، ما هزینه سمعک را نیز پرداخت می‌کنیم که شامل موارد زیر می‌شود: • قالب‌گیری، لوازم مصرفی و نصب • تعمیراتی که بیش از \$25 هزینه برای هر تعمیر نیاز داشته باشد • اولین باتری نصب‌شده • شش ویزیت برای آموزش، اصلاح، و نصب، پس از دریافت لوازم کمک شنوایی، با همان فروشنده • دوره آزمایشی استفاده از لوازم کمک شنوایی (سمعک)



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	کمک به برخی مشکلات مزمن * کارت غذاهای سالم / خواربار و مواد غذایی / کارت Gas Flex برای واجد شرایط بودن برای غذاهای سالم و کمک هزینه آب و برق/گاز، باید یک یا چند مورد از شرایط زیر را داشته باشید و در یک برنامه مدیریت مراقبتی شرکت کنید. شما باید یک ارزیابی ریسک سلامتی را تکمیل کنید و مدیر مراقبت شما تعیین خواهد کرد که آیا واجد شرایط دریافت این مزایا هستید یا خیر. • وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر • اختلالات خود ایمنی • سرطان • بیماری قلبی عروقی • نارسایی مزمن قلبی • زوال عقل • دیابت • بیماری کبدی مزمن • بیماری کلیوی مزمن (ESRD) • اختلالات خونی شدید • HIV/AIDS : اختلالات مزمن ریوی • عارضه های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده • اختلالات عصبی • سکته غذاهای/خوراکی های سالم برای خرید غذا و محصولات از طریق فروشنده تایید شده ما، یک کارت کمک هزینه پیش پرداخت ماهانه 30 دلاری (غیرقابل انتقال) دریافت خواهید کرد. همچنین می‌توانید به صورت تلفنی، آنلاین سفارش دهید یا درب منزل تحویل بگیرید. کارت خدمات رفاهی/Gas Flex شما یک کارت کمک هزینه پیش پرداخت شده ماهانه 30 دلاری (غیر قابل انتقال) برای پرداخت هزینه‌های قبوض خانگی (برق، گاز، نفت گرمایشی، خدمات بهداشتی، آب) و سوخت در پمپ بنزین از طریق فروشنده مورد تایید ما دریافت خواهید کرد.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	🍏 غربالگری برای HIV ما هر 12 ماه یکبار هزینه یک آزمون غربالگری HIV را برای افراد ذیل پرداخت می‌کنیم: • آزمایش غربالگری HIV درخواست کنید یا • افرادی که در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV هستند. برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول بارداری تقبل می‌کنیم. ما همچنین هزینه غربالگری(های) ایدز را در صورت توصیه از سوی ارائه‌دهنده می‌پردازیم.
\$0	خدمات بنگاه‌های مراقبت در خانه* پیش از دریافت خدمات مراقبت در خانه، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و سپس بنگاه مراقبت در خانه این خدمات را ارائه نماید. ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • خدمات پرستاری تخصصی به‌صورت نیمه‌وقت یا متناوب، و خدمات کمکی در خانه (تحت عنوان مزایای مراقبت درمانی در خانه، خدمات پرستاری تخصصی و خدمات کمکی در خانه در جمع باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته شوند) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تجهیزات و لوازم پزشکی باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	تزریق-درمانی در منزل طرح ما هزینه تزریق-درمانی در منزل را می‌پردازد. این درمان در منزل شامل داروها یا مواد زیستی است که از طریق سیاهرگ تزریق یا در زیر پوست استعمال می‌شود. برای تزریق در منزل به اقلام زیر نیاز خواهید داشت: • دارو یا ماده زیستی، مانند داروی ضدویروس یا ایمونوگلوبولین؛ • وسایلی مانند پمپ؛ و • امکاناتی مانند لوله یا کاتتر. طرح ما خدمات تزریق در منزل، شامل اما نه محدود به موارد زیر را پوشش می‌دهد: • خدمات تخصصی، شامل خدمات پرستاری که طبق طرح مراقبت به شما ارائه می‌شود؛ • آموزش اعضای که قبلاً از مزیت DME استفاده نکرده‌اند؛ • پایش راه دور؛ و • خدمات پایش برای ارائه تزریق-درمانی در منزل و داروهای تزریقی در منزل که تامین‌کننده تزریق-درمانی مجاز فراهم می‌کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
هنگامی که در یک برنامه آسایشگاهی دارای گواهی Medicare ثبت نام می‌کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به بیماری را علاج شما توسط Original Medicare پرداخت می‌شود نه L.A. Care Medicare Plus. شما \$0 دلار برای خدمات مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) پرداخت می‌کنید.	مراقبت قبل از مرگ* اگر ارائه‌دهنده خدمات و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما بیماری لاعلاجی دارید، شما از حق انتخاب آسایشگاهتان برخوردار هستید. این به این معنی است که شما یک بیماری را علاج دارید و انتظار می‌رود که شش ماه یا کمتر زنده بمانید. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای گواهی Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد. در زمانی که شما در آسایشگاه به سر می‌برید، طرح ما هزینه‌های زیر را متقبل می‌شود: • داروهای موردنیاز جهت درمان درد و دیگر نشانه‌های بیماری • مراقبت‌های استراحتی کوتاه‌مدت (respite) • مراقبت خانگی آسایشگاه‌ها و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود. • برای اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل مراجعه نمایید. برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما توسط Medicare بخش A یا B پوشش داده نمی‌شوند: • طرح ما خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نمی‌باشند را پوشش خواهد داد. ما خدمات را علیرغم اینکه به پیش‌بینی بیماری لاعلاج شما مربوط باشند یا نباشند پوشش می‌دهیم. شما مبلغ اشتراک هزینه طرح ما را برای این خدمات می‌پردازید. برای داروهایی که ممکن است توسط مزایای Medicare بخش D طرح ما پوشش داده شوند: • داروها هیچ‌وقت توسط آسایشگاه و طرح ما هم‌زمان پوشش داده نمی‌شوند. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید. توجه: در صورت نیاز به خدمات غیر آسایشگاهی، با مسئول مراقبت‌های خود تماس بگیرید تا خدمات مورد نظر را فراهم آورد. خدمات غیر آسایشگاهی عبارت‌اند از خدماتی که به بیماری لاعلاج شما مربوط نیستند. طرح ما خدمات مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک عضو دارای بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده، پوشش می‌دهد.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	واکسیناسیون ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • واکسن ذات‌الریه • واکسن آنفولانزا، یک نوبت در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، با واکسن تکمیلی آنفولانزا، بنا به ضرورت پزشکی • واکسن هپاتیت B در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید • واکسن‌های کووید 19 • سایر واکسن‌ها، به شرطی که شما در معرض خطر باشید و این واکسن‌ها با قوانین پوشش خدمات در Medicare بخش B همخوانی داشته باشند ما هزینه سایر واکسن‌هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می‌کنند پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر به فصل 1 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید. ما هزینه همه واکسن‌های بزرگسالان را که «کمیته مشورتی روال‌های واکسیناسیون» (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) توصیه می‌کند، پرداخت می‌کنیم.
\$0	خدمات حمایتی درون منزل طرح ما تا 60 ساعت در سال برای خدمات پشتیبانی در خانه که شامل کمک به فعالیت‌های ابزاری زندگی روزانه است، پرداخت می‌کند. این خدمات شامل راهنمایی فنی، کمک در خانه سبک، ورزش و فعالیت سبک، خدمات دربان مراقبت و کمک به اعضا در حمل و نقل از جمله خرید مواد غذایی، تحویل دارو، و قرار ملاقات با پزشک است. پشتیبانی ممکن است در خانه یا مجازی باشد.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید. برای دریافت خدمات بستری در بیمارستان‌های خارج از شبکه، پس از تثبیت وضعیت اضطراری باید از طرح ما مجوز بگیرید.	مراقبت‌های بستری در بیمارستان* ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات ضروری پزشکی را که در اینجا ذکر نشده، پرداخت می‌کنیم: • یک اتاق نیمه خصوصی (یا خصوصی در صورت نیاز پزشکی) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه واحدهای مراقبت‌های ویژه از جمله (Intensive Care Units, ICU) یا (Coronary Care Units, CCU) • هزینه دارو • آزمون‌های آزمایشگاهی • عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم مصرفی موردنیاز جراحی و پزشکی • وسایلی همچون صندلی چرخدار • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری برای اختلال اعتیاد • در برخی موارد، انواع پیوندهای: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند احشایی. اگر به پیوند نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تایید Medicare پرونده شما را مرور خواهد کرد تا تصمیم بگیرد که شما مورد مناسب برای پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند اعضاء می‌توانند عضو شبکه بوده و یا خارج از آن فعالیت نمایند. اگر ارائه‌کننده پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشد، می‌توانید خدمات پیوند خود را در منطقه خودتان یا در خارج از شبکه مراقبت جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبت جامعه ما ارائه کند و شما بخواهید پیوند خود را آنجا دریافت کنید، ما هزینه‌های اسکان و سفر را برای شما و یک نفر دیگر می‌پردازیم یا ترتیبی می‌دهیم که این هزینه‌ها پوشش داده شوند. • خون، شامل نگهداری و تزریق • خدمات پزشک باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی* ما هزینه خدمات مراقبت بهداشت روانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند را پرداخت خواهیم کرد. • در صورت نیاز به خدمات بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی مستقل، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می‌کنیم. پس از این مدت، بنگاه سلامت روانی محلی شهر هزینه خدمات بستری روانپزشکی را در صورت ضرورت پزشکی می‌پردازد. مراقبت‌های طولانی‌تر از 190 روز باید با بنگاه سلامت روان محلی شهر هماهنگی شوند. • محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال نمی‌شود. • اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتوی بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	بستری شدن در بیمارستان: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در حین بستری شدن در بیمارستان که تحت پوشش نباشد* اگر اقامت بستری شما معقول نباشد و ضرورت پزشکی نداشته باشد، ما هزینه آن را نمی‌پردازیم. البته، در موارد خاصی که مراقبت بستری پوشش داده نمی‌شود، باز هم ممکن است هزینه خدمات ارائه شده در دوره اقامت شما در بیمارستان یا آسایشگاه را بپردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • خدمات پزشکی • آزمون‌های تشخیصی، مانند آزمون‌های آزمایشگاهی • درمان با اشعه X، رادیوم، یا ایزوتوپ، شامل مواد مصرفی و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • وسایل شکسته بندی، گچ گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • وسایل پروتزی و اورتوزی، به جز وسایل دندانپزشکی، شامل تعویض یا تعمیر این وسایل. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: - o یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا - o عملکرد یک اندام داخلی بدن که کار نمی‌کند یا بد کار می‌کند. • بریس‌های (braces) ساق پا، بازو و دست، گردن، شکم‌بند و اندام مصنوعی ساق پا، بازو و دست و چشم. این شامل پوششدهی هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط شما نیز می‌باشد. • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
خدمات آموزشی بیماری کلیوی: \$0 دلار خدمات دیالیز: ۸ برای هر یک از خدمات تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 دلار پرداخت مشترک یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات و لوازم مصرفی بیماری‌های کلیوی* ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به شما برای تصمیم‌گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. شما باید مبتلا به مرحله IV بیماری مزمن کلیه باشید و پزشکتان باید شما را ارجاع داده باشد. ما هزینه شش جلسه آزمایش بیماری‌های کلیوی را پرداخت می‌کنیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در فصل 3 کتاب راهنمای اعضا توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده شما برای این خدمات به طور موقت کار نمی‌کند یا غیرقابل دسترسی است. • درمان‌های دیالیز در مواقعی که برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان بستری شده‌اید • آموزش‌های خود دیالیزی، شامل آموزش انجام درمان‌های دیالیزی در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می‌کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت‌های 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 دارویی طرح Medicare بخش B شما هزینه برخی از داروهای دیالیز را می‌پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به "داروهای نسخه دار Medicare بخش B" در این نمودار مراجعه کنید. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
\$0	غریبالگری سرطان ریه  طرح ما هزینه غریبالگری سرطان ریه را در هر 12 ماه می‌پردازد، اگر شما: • 50-77 سال داشته باشید، و • برای مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک به پزشک یا ارائه‌دهنده مجاز دیگر مراجعه کرده باشید، و • به مدت 20 سال حداقل 1 بسته سیگار در روز کشیده باشید بدون اینکه علائم و نشانه‌های سرطان ریه را داشته باشید، یا اکنون سیگار بکشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده باشید. پس از اولین معاینه تشخیص، طرح ما هزینه معاینه تشخیص دیگر را در هر سال با دستور کتبی پزشک یا ارائه‌دهنده واجد شرایط دیگر می‌پردازد.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	مزایای وعده غذایی* این مزایا برای حفظ سلامت و توان شما پس از بستری در بیمارستان یا اقامت در یک مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF)، یا برای یک مشکل پزشکی یا مشکل بالقوه است که شما را برای مدتی ملزم به ماندن در خانه می‌کند. مدیر مراقبت یا پزشک شما تصمیم می‌گیرد که شما به این مزایا نیاز دارید یا خیر. این مزایا، 2 وعده غذایی در روز برای حداکثر 14 روز و مجموعاً 28 وعده غذایی را پس از ترخیص ارائه می‌کند. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
\$0	تغذیه درمانی پزشکی  این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری‌های کلیوی بی‌نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از اعمال جراحی پیوند کلیه یا در صورت ارجاع از سوی پزشک است. هزینه سه ساعت مشاوره حضوری طی اولین سال دریافت خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare پرداخت می‌شود. امکان تأیید کردن خدمات دیگر، بنا به ضرورت پزشکی، وجود دارد. در سال‌های بعدی، این هزینه برای دو ساعت در سال برای خدمات مشاوره‌ای حضوری پرداخت می‌شود. اگر بیماری، درمان یا تشخیص شما تغییر کند ممکن است با دریافت ارجاع یا دستور از پزشک میزان ساعات درمان نیز برای شما افزایش پیدا کند. این خدمات باید از سوی پزشک تجویز شود؛ همچنین در صورت نیاز به تداوم این خدمات در سال تقویمی بعدی، ارجاع یا دستور باید هر سال از سوی پزشک شما تمدید گردد. امکان تأیید کردن خدمات دیگر، بنا به ضرورت پزشکی، وجود دارد.
\$0	برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP)  طرح‌های ما هزینه خدمات برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) را پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به تقویت رفتار سالم شما طراحی شده است. هدف آن ارائه آموزش عملی در موارد زیر است: • تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، و • افزایش فعالیت بدنی، و • روش‌های کاهش وزن و داشتن سبک زندگی سالم.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر خدمات تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	داروهای نسخه دار Medicare بخش B* این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می‌باشند. طرح ما برای داروهای زیر هزینه می‌کند: - داروهایی که شما به صورت معمول مصرف نمی‌کنید و به هنگام استفاده از خدمات پزشکی، درمان‌های سرپایی بیمارستانی و یا مراکز جراحی سرپایی به شما تزریق می‌شود - داروهایی که با استفاده از لوازم پزشکی با دوام مصرف می‌کنید (مانند نبولایزر) که مورد تأیید طرح ما هستند - فاکتورهای انعقاد خونی که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می‌کنید - داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی بدن، در صورتی که به هنگام پیوند عضو مشمول Medicare Part A بوده باشید - داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر زمین گیر هستید، شکستگی استخوانی دارید که پزشک تأیید می‌کند که مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو را تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم. - آنتی‌ژنها - برخی داروهای خوراکی ضد سرطان و ضد تهوع - داروهای خاصی که برای دیالیز در خانه استفاده می‌شوند، شامل هپارین، داروی پادزهر هپارین (در صورت نیاز پزشکی)، بی‌حس کننده‌های موضعی، و داروهای محرک خون‌سازی (مانند [®]Procrit, [®]Epoen, [®]Darbepoetin Alfa Aranesp, [®]Epoetin Alfa) - ایمونوگلوبولین IV به منظور درمان خانگی بیماری‌های اولیه ضعف سیستم ایمنی بدن لینک زیر شما را به فهرست داروهای بخش B که ممکن است مشمول درمان گام به گام باشد، هدایت می‌کند: medicare.lacare.org. ما همچنین بر اساس مزایای داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B و بخش D، برخی از واکسن‌ها را پوشش می‌دهیم. فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا توصیف کننده مزایای داروهای نسخه‌ای سرپایی ما است. قوانینی که باید برای پوشش نسخه‌ها رعایت کنید در این بخش شرح داده شده است. در فصل 6 از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعاتی درباره مبلغی که برای داروهای نسخه‌ای سرپایی خود طبق بیمه ما باید پرداخت کنید شرح داده شده‌اند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	مراقبت در مرکز پرستاری* مراکز پرستاری (nursing facility, NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آنها نیست اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که هزینه‌های آنها را می‌پردازیم عبارتند از موارد ذیل که البته فقط محدود به این موارد خواهد بود: • یک اتاق نیمه خصوصی (یا خصوصی در صورت نیاز پزشکی) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح درمانی‌تان مصرف می‌کنید. (شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند عوامل انعقاد خون). • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • آزمون‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می‌شوند • عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشکی • خدمات تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی‌سنجی این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	مراقبت‌های مراکز پرستاری* (ادامه) • تست‌های شنوایی‌سنجی • خدمات کایروپراکتیک • خدمات پا درمانی (Podiatry) شما معمولاً مراقبت‌های موردنیاز خود را از مراکز عضو شبکه دریافت می‌کنید. با این وجود می‌توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می‌توانید خدمات موردنیاز خود را از آن‌ها دریافت نمایید: • خانه سالمندان یا جامعه بازنشستگی پایش مستمر که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت پرستاری را ارائه می‌دهد). • مرکز پرستاری که همسران یا همخانه قانونی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آن زندگی می‌کند. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
\$0	غربالگری چاقی مفرط و درمان‌های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن در صورتی که شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه‌های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت‌های اولیه دریافت نمایید. بدین ترتیب می‌توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات برنامه درمان سوءمصرف داروهای مخدر (OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال سوءمصرف داروهای مخدر (opioid use disorder, OUD) می‌پردازد: • فعالیت‌های مربوط به مصرف • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای مورد تایید اداره غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) و، در صورت لزوم، مدیریت و رساندن این داروها به شما • مشاوره سوءمصرف مواد مخدر • درمان فردی و گروهی • آزمایش وجود مواد مخدر یا شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی)



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	آزمون‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم مصرفی درمانی* ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات ضروری پزشکی را که در اینجا ذکر نشده، پرداخت می‌کنیم: • عکسبرداری با اشعه ایکس • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان‌ها • اسپلینت، قالب گچ و سایر تجهیزات مورد استفاده در شکستگی و دررفتگی • آزمون‌های آزمایشگاهی • خون، شامل نگهداری و تزریق • سایر تست‌های تشخیصی سرپایی جز برای روال‌های تشخیصی و خدمات مربوط به کووید-19، مجوز قبلی و معرفی‌نامه ضروری است.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات سرپایی بیمارستانی* ما هزینه خدمات ضروری پزشکی را که شما در بخش سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می‌کنید، می‌پردازیم؛ مانند: • خدمات بخش اورژانس یا درمانگاه سرپایی، مانند خدمات جراحی یا پایش سرپایی • خدمات پایش به پزشک کمک می‌کند تا بفهمد که آیا پذیرش شما در بیمارستان به عنوان "بیمار بستری" ضرورت دارد یا خیر. • گاهی ممکن است در طول شب در بیمارستان بمانید و باز هم "بیمار سرپایی" محسوب شوید. • اطلاعات بیشتر در مورد بستری یا سرپایی بودن را می‌توانید در این برگه اطلاعات ببینید: www.medicare.gov/media/11101 • تست‌های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان درخواست هزینه می‌نماید • خدمات روان‌پزشکی شامل مراقبت‌های مربوط به طرح نیمه بستری، به شرطی که پزشک گواهی کند که بدون استفاده از این طرح به بستری نیاز خواهد بود • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آن‌ها از سوی بیمارستان درخواست می‌گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • معاینه‌های تشخیص پیشگیرانه و خدمات مندرج در تمام جدول مزایا • برخی داروها که خودتان نمی‌توانید برای خودتان بکار ببرید باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	مراقبت بهداشت روانی سرپایی* ما هزینه‌های مربوط به خدمات بهداشت روانی ارائه شده توسط مراکز ذیل را می‌پردازیم: • روان‌پزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • روان‌شناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار بالینی متخصص • پرستار تجویزکننده • دستیار پزشک • سایر متخصصین سلامت روان مورد تایید Medicare آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • خدمات بالینی • درمان خشک - اگر معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی را برآورده کنید • خدمات توانبخشی روانی- اجتماعی - اگر معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی را برآورده کنید • بستری جزئی یا برنامه‌های ویژه بیماران سرپایی • ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی • آزمایش‌های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند • خدمات سرپایی به منظور پایش دارودرمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی • مشاوره روان‌پزشکی استفاده از خدمات کارشناس سلامت روان به کمک تلفن، تبلت یا رایانه، به جای مراجعه به درمانگاه یا مطب باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات توان بخشی سرپایی* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را می‌پردازیم. شما می‌توانید خدمات توان بخشی سرپایی را از بخش‌های سرپایی بیمارستان، مطب درمانگرهای مستقل، تسهیلات جامع توان بخشی بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) سایر مراکز دریافت کنید. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات سرپایی درمان اعتیاد ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل • درمان اعتیاد • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واجد شرایط • سم‌زدایی تحت حاد طی برنامه بستری ترک اعتیاد • خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان سرپایی متمرکز • درمان با نالتراکسون (ویوتیرول) آهسته رهش (Extended release)
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	جراحی سرپایی* ما هزینه جراحی سرپایی را در بخش جراحی‌های سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی‌های سرپایی می‌پردازیم. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	داروهای بدون نسخه (OTC) ما هر 3 ماه حداکثر \$150 را برای استفاده برای اقلام تایید شده بدون نسخه (Over-the-counter, OTC) بدون نسخه پرداخت خواهیم کرد. مبالغ باقیمانده، به سه ماهه بعدی منتقل نمی‌شوند. می‌توانید از این مزیت برای اقلام سلامت و تندرستی بدون نسخه OTC استفاده کنید، مانند داروی سرفه و سرماخوردگی، ویتامین‌ها، مسکن‌ها و باندازها. کارت کمک هزینه OTC شما همراه با دستورات فعالسازی و یک فهرست OTC به شما فرستاده خواهند شد. دریافت اقلامتان آسان است! می‌توانید از کارت کمک هزینه OTC برای خریدن اقلام تایید شده و بدون نسخه OTC به صورت خرید حضوری در داروخانه‌های عضو و خرده‌فروشی‌ها، آنلاین یا تلفنی استفاده کنید. • خرید حضوری: انواع مختلف اقلام تایید شده را می‌توانید در Walmart یا سایر خرده‌فروشی‌های عضو خریداری کنید. برای یافتن فروشگاه شرکت کننده در نزدیکی خود به lacare.nationsbenefits.com بروید. • آنلاین: به lacare.nationsbenefits.com بروید تا انواع محصولات تایید شده را ببینید. با تلفن: فهرست OTC را ببینید یا برای پیدا کردن محصولات که می‌خواهید سفارش دهید به lacare.nationsbenefits.com مراجعه کنید. با 1-833-571-7587 (TTY 711)، تماس گرفته و نام(های) محصولات و شماره(های) شناسایی اقلام را آماده داشته باشید. داشتن اپلیکیشن APP Name در تلفن همراه کمک زیادی به شما می‌کند! می‌توانید موجودی حسابتان و تراکنش‌ها را از طریق اپلیکیشن ببینید. همچنین هنگام خرید در فروشگاه، می‌توانید کنترل کنید آیا یک محصول تایید شده است یا خیر. اپلیکیشن رایگان را در App Store® یا Google Play™ دانلود کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به کاتالوگ OTC 2023 مراجعه کنید. اگر پرسشی دارید، لطفاً با خدمات اعضاء به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات - تماس بگیرید.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات بستری جزئی* بستری جزئی یک برنامه ساختاری درمان روانشناسی فعال است. این خدمات در بخش خدمات سرپایی بیمارستان یا در مراکز بهداشت روان جامعه ارائه می‌شود. این خدمات در مقایسه با خدماتی که در مطب ارائه می‌شود تخصصی‌تر هستند. این خدمات می‌تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما گردد. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	سیستم واکنش اضطراری شخصی (Personal Emergency Response System, PERS) پوشش یک دستگاه واکنش اضطراری شخصی. دستگاه واکنش اضطراری پزشکی یک دستگاه اورژانسی است که به شما یک راه آسان برای تماس گرفتن جهت امداد در هر زمان می‌دهد. مدیر مراقبت شما تصمیم می‌گیرد که به این مزایا نیاز دارید یا نه.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • مراقبت‌های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه‌شده در مراکزی چون: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی‌های سرپایی تایید شده ○ بخش سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • تست‌های مقدماتی شنوایی یا حفظ تعادل ارائه شده توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما یا متخصص، در صورتی که پزشک شما آنها را برای بررسی نیاز شما به مداوا درخواست دهد این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشکی (ادامه) - برخی خدمات دور-پزشکی، شامل موارد مربوط به سرماخوردگی، آنفولانزا، سرفه، عفونت سینوس و سینه، حساسیت، پوست، تب، گلودرد و عفونت گوش. شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا دور-پزشکی (سلامت از راه دور) دریافت کنید. اگر بخواهید این خدمات را از طریق درمان از راه دور-پزشکی دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه که خدمات را از طریق دور-پزشکی ارائه می‌کند استفاده کنید. - ممکن است گروه پزشکی PCP یا PCP شما خدمات سلامت از راه دور ارائه دهد. شما باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا بررسی کنید که آیا خدمات سلامت از راه دور ارائه می‌دهد یا خیر. مشاوره تلفنی: Teladoc به اعضا امکان می‌دهد که به صورت رایگان و نامحدود از مشاوره تلفنی پزشکان مجاز ایالت استفاده کنند. با شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) 24 ساعته، 7 روز هفته تماس بگیرید. مشاوره تصویری: Teladoc به اعضا امکان می‌دهد که به روش محرمانه و امن از پزشک مجاز مستقر در ایالت محل سکونت عضو، مشاوره تصویری بگیرند. این سرویس از 7 صبح تا 9 شب / 7 روز هفته در دسترس است. (مشاوره‌های تصویری با دانلود اپلیکیشن Teladoc در دستگاه تلفن همراه در دسترس می‌باشد. با مراجعه به https://www.teladoc.com/mobile/ اپلیکیشن را دریافت کنید. - خدمات دور-پزشکی برای مراجعات ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله آخر (ESRD) ویژه اعضای نیازمند دیالیز در مرکز دیالیز مستقر در بیمارستان یا مرکز دیالیز مستقر در بیمارستان، مرکز دیالیز یا در منزل - خدمات دور-پزشکی برای تشخیص، ارزیابی یا درمان نشانه‌های سکته - خدمات دور-پزشکی برای اعضاء دارای اختلال سوء مصرف مواد یا اختلال همزمان سلامت روانی این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک (ادامه) • خدمات بهداشتی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: ◦ شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ◦ در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید ◦ برای شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنا قائل شد • خدمات سلامت از راه دور برای جلسات سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط، ارائه می‌شود. • ملاقات مجازی (مثلاً، از طریق تلفن یا تماس تصویری) با پزشک به مدت 10-5 دقیقه، اگر: ◦ بیمار جدید نباشید و ◦ ملاقات به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و ◦ ملاقات، به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین قرار ممکن منجر نشود • ارزیابی ویدئو و/یا تصاویری که به پزشک می‌فرستید و تفسیر و پیگیری از سوی پزشک ظرف 24 ساعت، اگر: ◦ بیمار جدید نباشید و ◦ ارزیابی به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و ◦ ارزیابی، به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین قرار ممکن منجر نشود • اگر بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت • نظر ثانویه یکی دیگر از ارائه‌دهندگان عضو شبکه پیش از عمل جراحی این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک (ادامه) • مراقبت‌های دندانپزشکی غیر روتین. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: ◦ جراحی فک و ساختارهای مربوطه ◦ درمان شکستگی‌های فک و استخوان‌های صورت ◦ کشیدن دندان پیش از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک ◦ خدماتی که در صورت ارائه از سوی یک پزشک، تحت پوشش قرار می‌گیرد
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	خدمات پا درمانی (Podiatry)* ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • تشخیص و درمان طبی یا جراحی جراحات و بیماری‌های پا (مانند شست پای چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت‌های روتین پا برای کاربران مبتلا به امراض پا مانند دیابت باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
\$0	خدمات معمول پزشکی پا طرح ما هر سال حداکثر 12 بازدید معمول مراقبت از پا را برای خدمات پاپزشکی تحت پوشش غیر-Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهد. مراقبت از پا می‌تواند شامل موارد زیر باشد: • بریدن یا برداشتن میخچه و پینه • فرم دادن، بریدن یا کوتاه کردن ناخن • مراقبت‌های بهداشتی یا سایر مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند تمیز کردن پاها
\$0	معاینات غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات ذیل را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم: • بررسی مقعدی با انگشت • یک تست آنتی‌ژن مخصوص پروستات (Prostate Specific Antigen, PSA)



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	پروتز و لوازم مربوطه* لوازم پروتزی که جایگزین بخشی یا تمامی بدن یا کارکرد آن می‌شوند. ما هزینه پروتزهای ذیل و شاید پروتزهایی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • کیسه‌های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت‌های کولوستومی (Colostomy) • تغذیه روده‌ای و وریدی، شامل کیت‌های غذاسازی، پمپ تزریق، لوله و رابط، محلول‌ها و امکانات ویژه تزریق شخصی • ضربان‌سازها (Pacemakers) • بریس (Braces) • کفش‌های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • اندام مصنوعی برای جایگزین کردن همه/بخشی از قسمت خارجی صورت که به دلیل بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته یا مختل شده است • کرم و پوشک مخصوص بی‌اختیاری ادرار همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را می‌پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها را می‌پردازیم. همچنین برخی از هزینه‌های برداشت آب‌مروارید و یا عمل آب‌مروارید را نیز تقبل می‌کنیم. برای جزئیات، بعداً به "مراقبت بینایی" در این نمودار مراجعه کنید.
\$0	خدمات توان بخشی ریوی* هزینه برنامه‌های توان بخشی ریوی افرادی که به بیماری انسدادی مزمن ریوی (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) نسبتاً شدید و شدید دچار هستند پرداخت می‌شود. شما باید از طرف پزشک و یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی COPD برای بهرماندی از برنامه‌های توان بخشی ریوی ارجاع شده باشید. ما همچنین هزینه خدمات تنفسی افراد نیازمند به دستگاه تنفس مصنوعی (ventilator) را نیز پرداخت می‌کنیم. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 غریبالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی (Sexually transmitted infections, STI) ما هزینه غریبالگری‌های مربوط به کلامدیا، سوزاک، سیفیلیس، و هیپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این آزمایش‌ها برای زنان باردار و افرادی که در معرض خطر STI هستند تحت پوشش قرار دارد. باید یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه این تست‌ها را تجویز کند. این تست‌ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می‌دهیم. 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 می‌شود. این جلسات 20 تا 30 دقیقه است. ما هزینه این خدمات را تنها در صورتی به عنوان خدمات پیشگیرانه متقبل می‌شویم که ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه آنها را تجویز کرده باشد. این جلسات باید در محیط مراقبت‌های درمانی اولیه مانند مطب پزشک برگزار شود.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)* ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم: • اتاق نیمه-خصوصی، یا اتاق خصوصی در صورتی که ضرورت پزشکی ایجاب کند • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی دریافت می‌کنید، شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می‌شود • تست‌های آزمایشگاهی تجویز شده توسط مرکز پرستاری • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مرکز پرستاری ارائه می‌شود • وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده شما معمولاً مراقبت‌های موردنیاز خود را از مراکز عضو شبکه دریافت می‌کنید. با این وجود می‌توانید این خدمات را از مراکز غیر عضو شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز ذیل، می‌توانید خدمات موردنیاز خود را از آن‌ها دریافت نمایید: • خانه سالمندان یا جامعه بازنشستگان پایش مستمر که قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت‌های مرکز سالمندان را ارائه کند) • مرکز پرستاری که همسران یا شریک زندگی غیرخارجی تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آن زندگی می‌کند. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	درمان ورزشی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET)* ما هزینه SET را برای اعضای مبتلا به بیماری عروق محیطی دارای علائم (peripheral artery disease, PAD) پرداخت می‌کنیم. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • تا 36 جلسه در طول دوره 12 هفتگی به شرطی که تمامی الزامات SET برآورده شود • 36 جلسه اضافی در طول زمان چنانچه بنا به نظر ارائه کننده مراقبت‌های بهداشتی دارای ضرورت پزشکی دانسته شود برنامه SET باید به این صورت باشد: • برنامه ورزشی-تمرینی درمانی 30 تا 60 دقیقه‌ای برای PAD در اعضای که در اثر گردش خون نامناسب دچار گرفتگی پا هستند (لنگیدن) • در بیمارستان سرپایی یا در مطب پزشک • ارائه شده توسط پرسنل واجد شرایط که مطمئن شوند مزایای این کار بیش از آسیب آن بوده و در زمینه ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده باشند • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار متخصص/پرستار بالینی که در زمینه تکنیک‌های اولیه و پیشرفته نجات دادن جان افراد آموزش دیده باشد باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش \$0 Medicare دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری* این مزایا استفاده از مقرون به صرفه ترین و قابل دسترسی ترین انواع حمل و نقل را امکان پذیر می‌کند. این وسایط شامل آمبولانس، وانت، خدمات انتقال پزشکی با وانت مخصوص صندلی چرخ دار، و هماهنگی با حمل و نقل کمکی (para transit) می‌شود. اشکال مختلف حمل و نقل زمانی تایید می‌شود که: • وضعیت پزشکی یا جسمانی شما اجازه سفر با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا انواع وسایل نقلیه عمومی یا شخصی را ندهد، و بر اساس نوع خدمات، ممکن است نیاز به مجوز قبلی باشد. L.A. Care با پزشکتان همکاری می‌کند تا به شما در زمینه زمان بندی حمل و نقل مورد نیاز برای مراجعه به خدمات تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. ممکن است زمان بندی به درخواست ارائه دهنده و تأیید L.A. Care نیاز داشته باشد. با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، تماس بگیرید تا درباره گزینه‌های حمل و نقل و نحوه برنامه ریزی سفر بیشتر بدانید.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی این مزایا امکانی را فراهم می‌کنند که انتقال به مراکز پزشکی از طریق ماشین شخصی، تاکسی یا دیگر انواع وسایل نقلیه عمومی/شخصی میسر باشد. حمل و نقل به منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز، از جمله رفتن به ویزیت‌های دندانپزشکی و دریافت داروهای تجویزی مورد نیاز است. این مزایا ارتباطی با مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما ندارد. L.A. Care می‌تواند به شما در زمینه زمانبندی حمل و نقل مورد نیاز برای رفت و آمد به مراکز خدماتی تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، تماس بگیرید تا درباره گزینه‌های حمل و نقل و نحوه برنامه ریزی سفر بیشتر بدانید.
۸ برای هر بازدید تحت پوشش Medicare مبلغ \$0 دلار یا 20 درصد بیمه مشترک (تا 60 دلار) پرداخت می‌کنید.	مراقبت فوری مراقبت فوری خدمات درمانی است که در مواقع زیر ارائه می‌شود: • وضعیت غیر اضطراری که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد، یا • یک بیماری ناگهانی، یا • یک آسیب‌دیدگی، یا • بیماری که نیازمند مراقبت‌های فوری است. در صورت نیاز به مراقبت‌های فوری ابتدا سعی کنید از اعضای شبکه استفاده کنید. با این حال، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید (به عنوان مثال، زمانی که خارج از منطقه خدماتی طرح هستید یا در طول تعطیلات آخر هفته) می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید. خدمات اضطراری یا دارای ضرورت فوری در سراسر جهان بدون مجوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما حداکثر \$10,000 هزینه را در هر سال تقویمی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
خدمات معمول: \$0 ۸ برای هر بازدید تحت پوشش Medicare \$0 دلار یا 20 درصد بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.	مراقبت‌های بینایی* خدمات معمول بینایی زمانی که از طریق شبکه ارائه‌دهندگان VSP ارائه می‌شود، هزینه خدمات معمول را پرداخت می‌کنیم. لطفاً از دایرکتوری ارائه‌دهنده ما برای پیدا کردن یک پزشک در نزدیکی خود دیدن کنید. مزایای معمول عبارتند از: • هر سال یک معاینه روتین چشم؛ و • سقف پوشش بیمه \$500 برای عینک (قاب و شیشه) یا \$500 لنزهای تماسی هر دو سال یکبار. خدمات تحت پوشش Medicare* هزینه‌های سرپایی پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشم را می‌پردازیم. به عنوان مثال این موارد شامل معاینات چشم سالیانه برای رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولای وابسته به سن است. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک غربالگری گلوکوم را می‌پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارت‌اند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم • افراد مبتلا به دیابت • افراد نژاد آفریقایی-آمریکایی 50 سال به بالا • آمریکایی‌های هیسپانیک از سن 65 سال به بالا هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد، پرداخت می‌شود. (اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی‌توانید پس از عمل دوم دو عدد عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید).



^۸ بر اساس واجد شرایط بودن در Medi-Cal

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" هزینه ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" را که فقط یکبار برگزار می‌شود می‌پردازیم. این ویزیت شامل موارد ذیل است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه‌ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن‌ها و غربالگری‌ها)، و • ارجاع موردنیاز یا سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز. نکته: ما ویزیت‌های پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" را تنها در طی 12 ماه اولی که از Medicare بخش B برخوردار هستید، پوشش می‌دهیم. هنگامی که وقت ملاقات می‌گیرید، به دفتر پزشک خود اطلاع دهید که برای ویزیت پیشگیرانه "به Medicare خوش آمدید" مراجعه می‌کنید.



E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما از طریق Original Medicare یا خدمات هزینه MediCal در دسترس هستند.

E1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) از سازمان‌های پیشرو منطقه استفاده می‌کند تا به افراد ذینفع Medi-Cal که بیش از 90 روز پیاپی در یک مرکز مراقبت به صورت بستری سپری کرده‌اند، کمک کند و سپس تلاش می‌کند که این افراد به زندگی در جامعه بازگردند. برنامه CCT هماهنگی خدمات انتقالی و موقتی را تأمین بودجه می‌کند و این در طول دوره قبل از انتقال و برای 365 روز بعد از انتقال است تا به ذینفعان در بازگشت به جامعه کمک شود.

می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان CCT Lead که شهر محل زندگی شما را پوشش می‌دهد دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های CCT رهبر و شهرهایی که پوشش می‌دهند در وبسایت اداره خدمات درمانی به این آدرس پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال شما را تقبل می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

برای هزینه‌هایی که مربوط به انتقال CCT نمی‌شوند

ارائه‌دهنده خدمات هزینه‌های خود را از ما دریافت خواهد کرد. طرح ما هزینه خدمات انجام شده را پس از انتقال شما تقبل می‌کند. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

در حالی که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما برای خدمات ذکر شده در نمودار مزایا در بخش **D** هزینه پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. شما کماکان مزایای مربوط به دارو را از طریق خدمات معمول طرح ما دریافت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

توجه: اگر به خدمات غیر از آسایشگاه نیاز داشته باشید، با مدیر امور مراقبتی خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. خدمات مراقبتی انتقال غیر CCT، خدماتی هستند که به انتقال شما از یک موسسه یا مرکز درمانی ارتباطی ندارند.

E2. برنامه Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه Medi-Cal Dental در دسترس هستند؛ مثلاً خدماتی مانند موارد زیر که به این موارد محدود نمی‌شود:

- معاینات اولیه، پرتونگاری، جرم‌گیری و درمان با فلوراید
- بازسازی و ترمیم تاج دندان
- درمان کانال ریشه
- دندان مصنوعی، تنظیمات، تعمیر و رزین



مزایای دندانپزشکی در «برنامه Medi-Cal Dental» به صورت غیر رایگان در دسترس است. اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری کسب کنید، یا اگر برای یافتن دندانپزشک پذیرنده برنامه Medi-Cal Dental به راهنمایی نیاز دارید، با «خط خدمات مشتریان» به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY باید با 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس، رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات Medi-Cal Dental از 8:00 صبح تا 5:00 ب.ظ روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما آمادگی دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از تارنمای ما به نشانی dental.dhcs.ca.gov/ نیز بازدید کنید.

علاوه بر برنامه غیر رایگان Medi-Cal Dental، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق برنامه مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی در شهر لس‌آنجلس موجود هستند. اگر به اطلاعات بیشتری درباره برنامه‌های دندانپزشکی نیاز دارید، یا برای بررسی طرح دندانپزشکی خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با خط تلفن گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به این شماره 1-800-430-4263 (کاربران TTY با این شماره تماس بگیرند 1-800-430-7077)، دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 ب.ظ تماس بگیرید. این شماره رایگان است.

E3. مراقبت قبل از مرگ

اگر ارائه‌دهنده خدمات و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما بیماری لاعلاجی دارید، شما از حق انتخاب آسایشگاهتان برخوردار هستید. این به این معنی است که شما یک بیماری لاعلاج دارید و انتظار می‌رود که شش ماه یا کمتر زنده بمانید. می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاه دارای گواهی Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

در «نمودار مزایا» در «بخش D» اطلاعات بیشتری درباره خدماتی که ما در مدت حضور شما در آسایشگاه پرداخت می‌کنیم، ارائه شده است.

برای خدمات قبل از مرگ و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود:

- ارائه‌کننده خدمات آسایشگاهی هزینه خدمات شما را از Medicare دریافت می‌کند. هزینه خدمات آسایشگاهی مربوط به بیماری لاعلاج شما را Medicare می‌دهد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

برای خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مرتبط نیستند (به جز در موارد اضطراری یا درمان فوری):

- ارائه‌دهنده خدمات هزینه‌های خود را از Medicare دریافت خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B را می‌پردازد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.

برای داروهایی که ممکن است توسط طرح ما مزیت Medicare بخش D پوشش داده شوند:

- داروها هیچ‌وقت توسط آسایشگاه و طرح ما هم‌زمان پوشش داده نمی‌شوند. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

توجه: در صورت نیاز به خدمات غیر آسایشگاهی، با مسئول مراقبت‌های خود تماس بگیرید تا خدمات مورد نظر را فراهم آورد. خدمات غیر آسایشگاهی عبارت‌اند از خدماتی که به بیماری لاعلاج شما مربوط نیستند.



F. مزایایی که به وسیله طرح ما، Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود

این بخش برای شما توضیح می‌دهد که چه مزایایی از طرح ما مستثنی شده‌اند. «مستثنی» به این معنی است که هزینه آنها را تقبل نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal هم این هزینه‌ها را تقبل نمی‌کنند.

لیست زیر برخی از خدمات و مواردی را که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش ما نیستند و بعضی تنها در برخی موارد توسط ما حذف شده‌اند را توضیح می‌دهد.

برای مزایای پزشکی مستثنی که در اینجا (یا هر جای دیگری از این کتابچه راهنمای اعضاء فهرست شده‌اند، پرداختی انجام نمی‌دهیم) مگر در شرایط خاصی که ذکر شده‌اند. حتی اگر خدمات را در یک مرکز اضطراری دریافت کنید، طرح هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید که طرح ما باید هزینه خدماتی را که تحت پوشش نیستند بپردازد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید.

علاوه بر هر گونه مستثنی یا محدودیت‌های توضیح داده شده در فهرست مزایا، این موارد و خدمات نیز تحت پوشش برنامه ما نیستند:

- خدماتی که طبق استانداردهای Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه این خدمات را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کنیم.
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی تأیید شده توسط Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی، به **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آنها را قبول ندارند.
- درمان جراحی برای چاقی مرضی، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در یک بیمارستان، فقط در موارد ضروری پزشکی.
- پرستاران خصوصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام‌وقت در منزل.
- هزینه‌های دریافتی توسط بستگان درجه یک و یا اعضای خانوار شما.
- روش‌ها یا خدمات بهسازی اختیاری (شامل کاهش وزن، رشد مو، فعالیت جنسی، فعالیت ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و مسائل روانی)، به غیر از مواردی که از نظر پزشکی لازم باشند.
- جراحی یا سایر اعمال زیبایی مگر آنکه به دلیل آسیب دیدگی تصادفی و یا جهت اصلاح ساختار نادرست بخشی از بدن انجام شود. با این حال ما هزینه ترمیم سینه پس از عمل برداشتن قسمتی از آن و نیز مطابقت دادن سینه دیگر با آن را می‌پردازیم.
- کفش‌های ارتوپدیک، مگر آنکه کفش خود بخشی از پای مصنوعی بوده و در هزینه آن منظور شده باشد و یا متعلق به افراد مبتلا به پای دیابتی باشد.
- لوازم کمکی پا به غیر از کفش‌های ارتوپدیک و طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- معاینات شنوایی منظم، سمعک، یا معاینات متناسب با سمعک.
- برش شعاعی قرنیه، جراحی لازیک (LASIK) و دیگر وسایل کمکی ویژه افراد کم‌بینا.
- اعمال بازگرداندن باروری متعاقب روش‌های عقیم‌سازی، و فرآورده‌های ضدبارداری بدون نسخه.
- خدمات درمان طبیعی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدماتی که در مراکز امور کهنه سربازان (Veterans Affairs, VA) ارائه می‌شود. با این حال زمانیکه یک کهنه سرباز در یک بیمارستان VA از خدمات اضطراری بهره‌مند شده و سهم وی در پرداخت بیشتر از سهم پرداخت در طرح ماست، مقدار مازاد این پرداختی به وی بازگردانده می‌شود. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهم شدن در هزینه هستید.



فصل 5: دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی خود

مقدمه

این فصل درباره قوانین موجود برای گرفتن نسخه‌های سرپایی توضیح می‌دهد. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌کننده خدمات برای شما سفارش می‌دهد و از داروخانه و یا از طریق سفارش پستی دریافت می‌کنید. این‌ها شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal می‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا شما آمده است.

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

- **داروهای پوشش شده تحت بخش A برنامه Medicare.** اینها معمولاً شامل داروهایی هستند که در زمانی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش B.** این‌ها شامل برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که به شما در مطب پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان خدمات داده می‌شود و داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما می‌دهند، می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای Medicare بخش B، به نمودار مزایا در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

تا زمانی که قوانین این بخش از دفترچه را رعایت کنید، داروهای شما را پوشش می‌دهیم.

1. شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری بخواهید که نسخه شما را بنویسد، طوری که طبق قانون قابل اجرا ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه (primary care provider, PCP) شما است. همچنین اگر ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما را برای مراقبت ارجاع داده باشد، این شخص می‌تواند ارائه دهنده دیگری باشد.
2. تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های مستثنی یا ممنوعه Medicare یا هر فهرست مشابه Medicaid، فهرست محرومیت Medicaid ایالتی و تحریم‌شده ایالتی یا هر فهرست مشابه ایالت Medicaid باشد.
3. عموماً باید نسخه‌تان را در داروخانه‌های طرف قرارداد بپیچید.
4. داروهای نسخه‌ای شما باید در لیست داروهای تحت پوشش طرح ما باشند. ما به‌طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می‌نامیم.
 - اگر دارو در فهرست دارو نباشد، شاید بتوانیم با قائل شدن استثنا برای شما آن را پوشش دهیم.
 - برای آشنایی با نحوه درخواست استثنا قائل شدن به فصل 9 مراجعه کنید.
 - لطفاً همچنین توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تجویزی شما به موجب استاندارد Medicare و Medi-Cal هر دو، ارزیابی خواهد شد.
5. داروی شما باید برای یک نشانه پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. (مترجم: اصطلاح "نشانه پذیرفته شده پزشکی" به معنای هرگونه استفاده از داروی سرپایی تحت پوشش است که تحت قانون فدرال غذا، دارو و آرایشی و بهداشتی تایید شده باشد). یعنی سازمان نظارت بر مواد غذایی و دارویی یا برخی مراجع پزشکی مصرف دارو را تایید کرده‌اند. پزشک شما ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی در مورد مصرف درخواستی داروی تجویزی کمک کند.



فهرست مطالب

A.	تهیه داروهای نسخه‌ای	106
A1.	پیچیدن نسخه خود در یک داروخانه شبکه	106
A2.	استفاده از کارت شناسایی طرح خود هنگام تهیه نسخه	106
A3.	در صورتی که داروخانه شبکه خود را تغییر دادید، باید چه کاری انجام بدهید	106
A4.	در صورتی که داروخانه شما شبکه را ترک کند، باید چه کاری انجام بدهید	106
A5.	استفاده از داروخانه تخصصی	107
A6.	استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها	107
A7.	دریافت ذخیره طولانی مدت داروها	108
A8.	استفاده از داروخانه‌ای که تحت پوشش شبکه طرح ما قرار ندارد	108
A9.	بازپرداخت هزینه برای نسخه	109
B.	فهرست دارویی طرح ما	109
B1.	داروهای موجود در فهرست دارویی ما	109
B2.	چگونه می‌توان دارویی را در فهرست داروی ما پیدا کرد	110
B3.	داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند	110
B4.	ردیف‌های اشتراک هزینه فهرست داروها	111
C.	محدودیت‌هایی در مورد برخی داروها	111
D.	دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد	112
D1.	دریافت ذخیره موقت	113
E.	تغییرات پوشش برای داروهای شما	114
F.	پوشش دارو در مواقع خاص	116
F1.	اگر در بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش طرح ما بستری هستید	116
F2.	در مرکز مراقبت طولانی مدت	116
F3.	اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماری‌های لاعلاج مورد تأیید Medicare باشید	116
G.	برنامه های ایمنی دارویی و مدیریت دارو	117
G1.	برنامه‌های کمک به شما برای استفاده بی‌خطر از دارو	117
G2.	برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود	117
G3.	طرح مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر	118



A. دریافت داروهای نسخه‌ای**A1. پیچیدن نسخه خود در یک داروخانه شبکه**

در اکثر موارد، ما فقط زمانی هزینه نسخه‌ها را پرداخت می‌کنیم که فقط توسط یکی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه شده باشد. منظور از داروخانه شبکه، داروخانه‌ای است که قبول کرده نسخه‌های اعضاء طرح ما را بپیچد. می‌توانید بهر یک از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، می‌توانید به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید، یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی طرح خود هنگام تهیه نسخه

برای دریافت نسخه در داروخانه‌های عضو شبکه، کارت شناسایی طرح بیمه خود را نشان دهید. داروخانه شبکه برای سهم ما از هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش صورت حساب می‌فرستد. در هنگام دریافت داروهای خود باید سهم بیمار را به داروخانه بپردازید.

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

اگر کارت شناسایی طرح را زمان گرفتن نسخه به همراه نداشته باشید، از داروخانه بخواهید برای گرفتن اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، باید هزینه کامل داروها را در هنگام تحویل گرفتن آنها بپردازید. شما سپس می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را بپردازید، قانون ایالتی و فدرال به داروخانه اجازه می‌دهد در مواقع اضطراری نسخه مورد نیاز شما را به مدت حداقل 72 ساعت صادر کند. فوراً با خدمات اعضاء تماس بگیرید. ما هر کاری که بتوانیم برای کمک انجام خواهیم داد.

- برای درخواست بازپرداخت از ما، به فصل 7 از دفترچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- اگر برای پیچیدن نسخه خود به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A3. در صورتی که داروخانه شبکه خود را تغییر دادید، باید چه کاری انجام دهید

اگر داروخانه خود را تغییر دهید و بخواهید نسخه را دوباره بپیچید، می‌توانید از یک ارائه دهنده بخواهید که برای شما نسخه جدید بنویسد یا از داروخانه بخواهید که نسخه را برای تهیه داروهای باقیمانده به داروخانه جدید منتقل کند.

در صورت نیاز به کمک برای تغییر داروخانه عضو شبکه خود، می‌توانید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A4. در صورتی که داروخانه شما شبکه را ترک کند، باید چه کاری انجام دهید

اگر داروخانه‌ای که شما استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، شما مجبور خواهید شد که داروخانه شبکه دیگری پیدا کنید.

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید، یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی نسخه شما لازم است که از داروخانه‌ای تخصصی تهیه شود. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد ذیل است:

- داروخانه‌هایی که داروهای درمان تزریقی خانگی را تأمین می‌کنند.
 - داروخانه‌هایی که دارو برای افراد ساکن مراکز مراقبت درازمدت مانند آسایشگاه، تأمین می‌کنند.
 - معمولاً، مراکز مراقبت طولانی مدت داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت‌های طولانی مدت قرار دارید، ما باید اطمینان داشته باشیم که داروهای موردنیاز شما در داروخانه این مرکز موجود باشند.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت شما عضو شبکه ما نباشد، یا اگر برای دسترسی به مزایای دارویی خود در یک مرکز مراقبت‌های طولانی مدت مشکلی وجود دارد، با خدمات تماس بگیرید.
 - داروخانه‌هایی که به خدمات بهداشتی بومیان آمریکا/قبیله‌ای/برنامه سلامت سرخپوستان شهری خدمات ارائه می‌دهند. به جز در موارد اضطراری، تنها آمریکایی‌های بومی یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
 - داروخانه‌هایی که داروهای را که توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) محدود شده‌اند به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا نیاز به رسیدگی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش در مورد استفاده از آنها دارند. (توجه: این قضیه به ندرت اتفاق می‌افتد).
- برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما دیدن کنید، یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها، شما می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. عموماً، داروهای از طریق سفارش پستی در دسترس هستند که شما از آنها به طور منظم برای بیماری‌های طولانی مدت و یا مزمن استفاده می‌کنید.

خدمات پستی طرح ما امکان سفارش دارو برای حداقل 30 روز و حداکثر 100 روز را به شما می‌دهد. میزان سهم بیمار برای تعداد داروی یک ماهه یا 90 روزه یکسان است.

پیچیدن نسخه‌های من از طریق پست

جهت دریافت فرم سفارش و اطلاعات مربوط به تهیه داروی نسخه‌ای از طریق پست، لطفاً به وبسایت ما به آدرس medicare.lacare.org/ مراجعه کنید یا با خدمات اعضاء به شماره 1-833-522-3767، TTY: 711، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، که شامل تعطیلات رسمی می‌شود برای کسب اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

معمولاً نسخه سفارش پستی 14 روز طول می‌کشد.

با این وجود، برخی اوقات ممکن است سفارش پستی شما تاخیر داشته باشد. تا زمان تحویل داروی سفارش داده‌شده پستی، باید از پزشک معالجتان درخواست کنید نسخه‌ای کوتاه‌مدت برای پوشش این مدت زمانی به شما بدهد.

فرایندهای سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند و نسخه‌های جدیدی که از مطب ارائه‌دهنده خدمات شما دریافت می‌کند فرایندهای متفاوتی دارد و نسخه‌های سفارش پستی شما را تمدید می‌کند:

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به طور خودکار نسخه‌های جدید شما را آماده کرده و تحویل می‌دهد.

2. داروهای جدیدی که داروخانه از ارائه‌دهنده خدمات شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه شما را از ارائه‌دهنده خدمات درمانی دریافت کرد، با شما تماس می‌گیرد تا بپرسد که آیا نیاز به دارو فوری است یا می‌توان آن را دیرتر هم تهیه کرد.

- این کار به شما این فرصت را می‌دهد که مطمئن شوید داروخانه داروی صحیحی (من جمله مقدار، نوع و میزان اثر) را برای شما می‌فرستد، و در صورت لزوم، این فرصت را خواهید داشت که سفارش آن را تا پیش از دریافت صورت حساب و ارسال به تاخیر بیاندازید.
- مهم است که هر وقت داروخانه با شما تماس می‌گیرد به آنها پاسخ دهید تا بدانند با نسخه جدید چه بکنند و از تاخیر در ارسال آن جلوگیری شود.

3. تجدید دارو از طریق سفارش پستی

برای تجدید دارو، 21 روز پیش از زمان اتمام نسخه فعلی، با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع به دستتان می‌رسد.

بهترین راه‌های تماس با خود را به داروخانه اطلاع دهید تا بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند. لطفاً به خدمات اعضا L.A. Care Medicare Plus Plan تلفن کنید و بهترین شیوه ممکن برای تماس با شما را به ما اطلاع دهید.

A7. دریافت ذخیره طولانی مدت داروها

می‌توانید یک ذخیره طولانی مدت داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی را برای عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت به‌طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند ذخیره طولانی‌مدتی از داروهای مربوط به بیماری‌های مزمن را داشته باشید. میزان سهم بیمار برای تعداد داروی یک ماهه یا 100 روزهی‌کسان است. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها به شما نشان می‌دهد کدام داروخانه‌ها تامین طولانی مدت داروهای حفظ سلامتی را برای‌تان انجام می‌دهند. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از دارو، می‌توانید از خدمات سفارش پستی طرح ما برای تهیه ذخیره طولانی مدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. به منظور کسب اطلاعات درباره خدمات سفارش پستی، به **قسمت A6** مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که تحت پوشش شبکه طرح ما قرار ندارد

عموماً ما هزینه داروهایی که از داروخانه خارج از شبکه دریافت می‌کنید را فقط در مواردی می‌پذیریم که امکان استفاده از داروخانه‌های شبکه برای شما وجود نداشته باشد.

هزینه نسخه‌هایی که از داروخانه خارج از شبکه گرفته شده باشند را در موارد ذیل پرداخت خواهیم کرد:

- در صورتی که داروی تحت پوشش بخش D مربوط به درمان فوریت پزشکی باشد.
- اگر یک داروی تحت پوشش بخش D (به طور مثال، یک داروی کمیاب یا دیگر داروهای خاص ارسال شده توسط تولیدکنندگان یا فروشندگان خاص) در مکان خرده فروشی قابل دسترسی یا داروخانه‌های سفارش پستی مرتباً انبار نشود.



- اگر داروی تحت پوشش بخش D توسط یک داروخانه وابسته به یک نهاد زمانی توزیع شده باشد که بیمار در بخش اورژانس، کلینیک وابسته به ارائه‌دهنده خدمات، جراحی سرپایی یا دیگر بخش‌های سرپایی بوده باشد.
 - طی هر نوع فاجعه فدرالی یا موقعیت سلامتی عمومی اضطراری که منجر به بیرون راندن یک عضو شود یا از خانه خود انتقال داده شوند.
 - در موقعیت‌های اضطراری که ثبت‌نام‌کننده قادر به استفاده از یک داروخانه شبکه نیست، ما یک بار هزینه ذخیره 30 روزه برای داروهای ژنریک را می‌پردازیم. در خصوص داروهای تجاری، یک بار هزینه ذخیره 30 روزه را می‌پردازیم. در چنین شرایطی، ابتدا با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا مطلع شوید که داروخانه شبکه نزدیک شما هست یا خیر.
- در چنین شرایطی، ابتدا با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا مطلع شوید که داروخانه شبکه نزدیک شما هست یا خیر.

A9. بازپرداخت هزینه برای نسخه

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، عموماً مجبور خواهید بود که در زمان گرفتن نسخه هزینه کامل را به جای پرداخت مشترک بپردازید. می‌توانید درخواست کنید که ما سهم خود را از هزینه‌ها به شما برگردانیم.

اگر تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، پرداخت کنید، ممکن است بتوانید پس از پرداخت نسخه Medi-Cal Rx توسط داروخانه مبلغی را پس بگیرید. از طرف دیگر، می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید با ارسال درخواست «بازپرداخت هزینه‌های پرداختی از جیب (Conlan) Medi-Cal» هزینه را به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/)

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی طرح ما

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم. ما به‌طور مختصر آن را "فهرست دارویی" می‌نامیم.

داروهای موجود در فهرست دارویی توسط ما و با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. فهرست دارو شامل قوانینی که باید برای گرفتن داروهایتان رعایت کنید نیز می‌گردد.

تا زمانی که شما قوانین توضیح داده شده در این فصل را رعایت کنید، ما دارویی را که در فهرست دارویی طرح‌مان باشد پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست دارویی ما

فهرست دارویی ما شامل داروهای تحت پوشش Medicare است.

اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌های خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

فهرست دارویی ما هم شامل داروهای دارای نام تجاری و هم داروهای ژنریک و هم بیوسیمیلارها است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



یک داروی مارکدار، دارویی است که با نسخه‌ای تحت نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. داروهای مارکدار که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند (به عنوان مثال داروهایی که بر پایه پروتئین هستند) محصولات بیولوژیکی نامیده می‌شوند. در فهرست دارویی ما، وقتی به "داروها" اشاره می‌کنیم، این می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک همان مواد فعال موجود در داروهای دارای نام تجاری را دارند. از آنجایی که فرآورده های بیولوژیکی پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن فرم ژنریک، جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شود. عموماً، داروهای ژنریک به خوبی داروهای مارکدار کار می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی عمومی یا جایگزین‌های بیوسیمیلار برای بسیاری از داروهای مارکدار وجود دارد. اگر سوالی دارید که آیا یک داروی ژنریک یا نام تجاری نیازهای شما را برآورده می‌کند، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

طرح ما همچنین داروها و محصولات خاص OTC را پوشش می‌دهد. برخی داروهای OTC هزینه کمتری نسبت به داروهای نسخه دار دارند و به همان خوبی هم تأثیر دارند. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

B2. چگونه می‌توان دارویی را در فهرست داروی ما پیدا کرد

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می‌کنید در لیست دارویی ما قرار دارد یا خیر، می‌توانید:

- به جدیدترین فهرست دارو که از طریق پست برای شما ارسال کرده‌ایم مراجعه کنید.
- از وب سایت طرح ما به آدرس medicare.lacare.org/ دیدن کنید. لیست دارو در وب سایت ما همیشه به‌روزترین لیست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در فهرست دارویی ما یا درخواست کپی از فهرست، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.

B3. داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند

ما تمامی داروهای نسخه دار را پوشش نمی‌دهیم. برخی داروها در فهرست دارویی ما نیستند چرا که قانون برای پوشش آن داروها به ما اجازه نمی‌دهد. در برخی موارد دیگر، ما تصمیم گرفته‌ایم که دارویی را در فهرست دارویی خود قرار ندهیم. اگر دارویی تجویز شده است که در فهرست دارویی ما نیست، نیازهای دارویی شما همیشه به موجب خط مشی‌های پوشش طرح ما و همچنین قوانین پوشش Medicare ارزیابی می‌شود.

طرح ما برای داروهای ذکر شده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. به این موارد داروهای مستثنی گفته می‌شود. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی شده دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید که به دلیل شرایط شما باید برای یک داروی مستثنی شده هزینه بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

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

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل بخش D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare بخش A یا بخش B قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای نسخه‌ای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده، پوشش دهد.
3. مورد مصرف دارو باید توسط سازمان غذا و دارو (FDA) تأیید شده باشد یا توسط مراجع پزشکی خاص به عنوان درمان بیماری شما تأیید گردد. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی



اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد، به این مورد مصرف «استفاده خارج از برچسب» می‌گویند. طرح ما معمولاً داروهای تجویزی برای استفاده خارج از برچسب را پوشش نمی‌دهد.

همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای ذکر شده در زیر را پوشش دهند.

- داروهای مورد استفاده برای تقویت قدرت باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف آرایشی و یا تقویت رشد مو
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی و یا نعوظ از قبیل [®]Viagra، [®]Cialis، [®]Levitra و [®]Caverject
- داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید

B4. ردیف‌های اشتراک هزینه فهرست داروها

هر دارویی در لیست داروی ما در یکی از سه (3) دسته‌بندی تعلق می‌گیرد. ردیف یک گروهی از داروهایی است که معمولاً از یک نوع هستند (به عنوان مثال داروهای دارای نام تجاری، ژنریک و [OTC] بدون نسخه). عموماً، هرچه ردیف اشتراک هزینه بالاتر باشد، سهم بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

- ردیف 1 (پایین‌ترین ردیف): داروهای ژنریک
- ردیف 2: داروهای ژنریک
- ردیف 3: داروهای برند ترجیحی
- ردیف 4: داروهای برند غیرترجیحی
- ردیف 5: (بالاترین ردیف): داروهای تخصصی

برای دانستن اینکه داروی شما در چه ردیف اشتراک هزینه قرار دارد به فهرست دارویی مراجعه کنید.

فصل 6 کتابچه راهنمای اعضاء مبلغی را که برای داروها در هر ردیف پرداخت می‌کنید، بیان می‌کند.

C. محدودیت‌هایی در مورد برخی داروها

برای برخی داروهای نسخه دار، قوانین ویژگی‌های چگونگی و زمان پوشش این داروها را توسط طرح ما را محدود می‌کند. به‌طور کلی، قوانین ما شما را تشویق به استفاده از دارویی می‌کند که برای بیماری شما کارایی داشته باشد و مؤثر و بی‌خطر باشد. اگر داروی بی‌خطر و ارزانتری همان کارایی داروی گران‌قیمت را داشته باشد، از ارائه‌دهنده انتظار می‌رود که داروی ارزانتر را برای شما تجویز کند.

در صورت وجود قانون ویژه برای داروی شما، معمولاً این بدان معنی است که شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما مجبور خواهید بود که مراحل اضافی برای اینکه ما این دارو را پوشش دهیم، انجام دهید. به‌طور مثال، ممکن است ارائه‌دهنده خدمات درمانی ناگزیر باشد که تشخیصی را که برای شما داشته به ما بگوید و یا ابتدا نتایج آزمایش‌های خون را ارائه دهد. اگر شما و یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما فکر می‌کنید که قانون ما نباید شامل حال شما شود، باید درخواست استثناء بکنید. ممکن است موافقت بکنیم و یا نکنیم که به شما اجازه دهیم قبل از انجام اقدامات اضافی از دارو استفاده کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



1. محدود سازی استفاده از داروی مارک دار هنگامیکه نوع ژنریک وجود دارد

معمولاً داروی ژنریک به همان اندازه داروی مارکدار مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است. در بیشتر موارد، اگر نوع ژنریک داروی مارکدار وجود دارد، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک را به شما خواهند داد.

- در صورت وجود داروی ژنریک، معمولاً ما هزینه داروهای برند را پرداخت نمی‌کنیم.
- با این وجود، اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما دلایل پزشکی ارائه دهد که نه داروی ژنریک و نه داروهای تحت پوشش که برای درمان همان بیماری به کار می‌روند، هیچکدام بر روی شما تأثیر نخواهند داشت، آنوقت ما داروی تجاری را پوشش می‌دهیم.
- سهم پرداخت شما ممکن است برای داروی مارکدار بیش از داروی ژنریک باشد.

2. گرفتن پیش تاییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از دریافت داروی نسخه‌ای از بیمه درمانی ما تأییدیه دریافت کنید. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما داروی مورد نظر را تحت پوشش قرار ندهیم.

3. امتحان کردن داروی متفاوت در ابتدا

به طور کلی، از شما می‌خواهیم که پیش از آنکه از ما درخواست پوشش داروهای پرهزینه‌تری بکنید، داروهای ارزانتر را امتحان کنید که اغلب به همان اندازه مؤثر هستند. برای مثال، اگر داروی A و داروی B هر دو یک بیماری را درمان کنند و داروی A از داروی B ارزان‌تر است، ممکن است از شما بخواهیم که ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نباشد، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم.

4. محدودیت‌های مقداری

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید محدود است. به این موضوع محدودیت مقدار می‌گویند. برای مثال، ما ممکن است برای شما محدودیتی تعیین کنیم که هر بار که نسخه خود را درخواست می‌کنید مقدار معینی دریافت کنید.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول قوانین فوق می‌شود یا خیر، لیست دارو را بررسی کنید. برای کسب جدیدترین اطلاعات، با خدمات تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی medicare.lacare.org مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید.

D. دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد

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

- طرح ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. دارو ممکن است در فهرست داروی ما نباشد. ما ممکن است نسخه ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه داروی برند 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 باشیم.



- طرح ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش دارو وجود دارد. همانطور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آنها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا تجویز کننده شما ممکن است از ما بخواهید استثنا قائل شویم.

اگر دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت ذخیره موقت

در برخی موارد، زمانی که دارو در فهرست دارویی ما نیست یا به نحوی محدود است، می‌توانیم به شما یک مقدار موقت از دارو بدهیم. این کار به شما زمان می‌دهد که با ارائه‌کننده خدمات درمانی‌تان درباره گرفتن داروی متفاوت صحبت کنید و یا از ما بخواهید که دارو را پوشش دهیم.

برای گرفتن ذخیره موقت یک دارو، باید دو قانون ذیل را رعایت کنید:

1. دارویی که شما در حال مصرف آن هستید:
 - دیگر در فهرست داروی ما نباشد، یا
 - یا هیچ‌وقت در فهرست داروی ما نبوده باشد، یا
 - در حال حاضر به نحوی محدود شده است.
2. شما باید در یکی از این موقعیت‌ها باشید:
 - سال گذشته عضو طرح درمانی ما بودید.
 - ما پوشش مقدار معینی از دارو را به‌طور موقتی در 90 روز اول سال تقویمی می‌پذیریم.
 - این ذخیره موقتی برای مصرف 30 روزه است.
 - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد، می‌توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر 30 روز تمدید کنید. نسخه‌تان را از داروخانه‌های طرف قرارداد بگیرید.
 - ممکن است داروخانه‌های مراقبت طولانی مدت داروهای نسخه دار شما را هر بار به مقدار کمی تأمین کنند تا از اتلاف آن‌ها جلوگیری شود.
 - تازه به طرح ما پیوسته‌اید.
 - ما یک مقدار موقت از داروی شما را طی 90 روز اول عضویت‌تان در طرح ما پوشش می‌دهیم.
 - این ذخیره موقتی برای مصرف 30 روزه است.
 - اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد، می‌توانید چندین بار نسخه خود را تا حداکثر 30 روز تمدید کنید. نسخه‌تان را از داروخانه‌های طرف قرارداد بگیرید.
 - ممکن است داروخانه‌های مراقبت طولانی مدت داروهای نسخه دار شما را هر بار به مقدار کمی تأمین کنند تا از اتلاف آن‌ها جلوگیری شود.
 - اگر برای بیش از 90 روز در طرح ما بوده‌اید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به ذخیره نیاز دارید:
 - ذخیره 31 روزه و یا کمتر از این مقدار در صورت تجویز تعداد کمتر، پوشش داده می‌شود. این علاوه بر تأمین ذخیره موقت است که در بالا ذکر شد.
 - ممکن است تغییری در سطح مراقبت‌های دریافتی خود تجربه کنید/ یا ممکن است احتیاج به انتقال از یک مرکز درمانی به جای دیگری را داشته باشید. اگر تغییری در سطح مراقبت‌های دریافتی تجربه

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



کنید، موارد استثنا (موارد ویژه) نیز برای شما وجود دارد. اگر تغییری در سطح مراقبت‌های‌تان احساس کردید، L.A. Care Medicare Plus ذخیره موقت 30 روزه را پوشش خواهد داد (مگر این که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد).

• برای درخواست ذخیره موقت دارو با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

زمانی که ذخیره موقت دارو می‌گیرید، با ارائه‌دهندگان خدمات خود هر چه زودتر صحبت کنید تا مشخص شود که پس از اتمام ذخیره دارویتان چه باید بکنید. گزینه‌های شما عبارت است از:

• دارویتان را عوض کنید.

ممکن است داروی متفاوتی تحت پوشش طرح ما و مناسب شما باشد. با خدمات اعضاء برای گرفتن فهرست داروهای تحت پوشش که برای درمان همان بیماری استفاده می‌شوند، تماس بگیرید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌دهندگان خدمات کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کنند.

یا

• درخواست استثنا کنید.

شما و ارائه‌کنندگان خدمات می‌توانید از ما درخواست کنید که استثنا قائل شویم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در لیست دارویی ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهندگان خدمات دلیل پزشکی خوبی برای در نظر گرفتن استثنا داشته باشند، می‌توانند به شما برای درخواست آن کمک کنند.

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

در صورت نیاز به راهنمایی در مورد تقاضای استثنای دارویی، با خدمات اعضاء یا مدیر امور مراقبتی خود تماس بگیرید. اگر با تصمیم ما در مورد پوشش یا درخواست استثنا موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به بخش E در فصل 9 مراجعه کنید).

E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست دارویی خود اضافه یا حذف کنیم. همچنین، ممکن است مقررات خود را درباره داروها تغییر دهیم. برای مثال، ممکن است:

• دریافت تأییدیه قبلی برای دارو را ضروری یا غیرضروری بدانیم. (تأییدیه که باید ما صادر کنیم تا بتوانید داروی مورد نظر را دریافت کنید).

• مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را اضافه کنیم یا تغییر دهیم (اصطلاحاً "محدودیت های مقدار" نامیده می‌شود).

• محدودیت‌های درمان مرحله‌ای دارو را اضافه کنیم یا تغییر دهیم. (درمان مرحله‌ای یعنی قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم باید یک دارو را امتحان کنید).

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



اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در ابتدای سال پوشش داده‌ایم، ما معمولاً پوشش آن دارو را در مابقی سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که به خوبی دارویی که در فهرست دارویی ما هم اکنون قرار دارد، عمل کند، یا
- متوجه شویم که دارویی بی‌خطر نیست، یا
- دارو از بازار جمع آوری شود.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه وقتی فهرست داروهای ما تغییر می‌کند، چه اتفاقی می‌افتد، همیشه می‌توانید:

- فهرست دارویی فعلی ما را به صورت آنلاین در [medicare.lacare.org/](https://www.medicare.lacare.org/) بررسی کنید یا
- برای بررسی لیست داروهای فعلی ما با خدمات اعضا با شماره در پایین صفحه تماس بگیرید.

برخی تغییرات در فهرست دارویی ما فوراً ایجاد خواهند شد. به عنوان مثال:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات یک داروی جدید ژنریک به بازار عرضه می‌شود که تأثیرات آن به خوبی داروی دارای نام تجاری است که هم اکنون در فهرست دارویی ما قرار دارد. وقتی چنین اتفاقی می‌افتد، ممکن است داروی دارای نام تجاری را حذف و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه‌های شما برای داروهای جدید یکسان یا کمتر باقی خواهد ماند.

وقتی یک داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی دارای نام تجاری را در فهرست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت‌های پوشش آن را تغییر دهیم.

- قبل از اینکه این تغییر را انجام دهیم، ممکن است به شما اطلاع ندهیم، اما پس از اعمال تغییر یا تغییرات خاصی که انجام داده‌ایم، اطلاعاتی را در مورد آن برایتان ارسال خواهیم کرد.

- شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید درخواست "معافیت" از این محدودیت‌ها را داشته باشید. ما اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم که اقدامات برای درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنایا به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- دارو از بازار جمع آوری شده است. اگر سازمان غذا و دارو (FDA) اظهار کند که دارویی که مصرف می‌کنید بی‌خطر نیست یا تولید کننده دارو آن را از بازار جمع آوری کند، آن را از فهرست دارویی خود حذف خواهیم کرد. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. اگر یکی از این نامه‌ها را دریافت کردید، لطفاً برای یافتن داروی دیگری که برای شما ایمن است با پزشک خود صحبت کنید.

ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست دارویی خود به شما می‌گوییم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر پیش بیایند:

- FDA راهنمایی‌های جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو وجود دارد.
- یک داروی ژنریک را اضافه کنیم که برای بازار جدید نیست و
- یک داروی برند که در حال حاضر در فهرست دارویی ما قرار دارد را جایگزین می‌کنیم یا
- قوانین پوشش یا محدودیت را برای داروهای برند تغییر دهیم.

هنگامی که این تغییرات رخ می‌دهد، کارهای زیر را انجام خواهیم داد:

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org/) مراجعه کنید.



- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییرات در فهرست دارویی‌مان به شما اطلاع خواهیم داد یا
 - بعد از اینکه درخواست تهیه نسخه را کردید به شما اطلاع داده و ذخیره 30 روزه را برایتان تأمین می‌کنیم.
- به این ترتیب، فرصت خواهید داشت تا با پزشک خود یا تجویز کننده دیگر در این باره مشورت کنید. آنها می‌توانند برای تصمیم‌گیری در این موارد به شما کمک کنند:
- آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی ما وجود دارد که می‌توانید به جای آن مصرف کنید یا
 - اگر درخواست معافیت از این تغییرات را داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثناء، به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- ممکن است داروهای مصرفی شما را مشمول تغییراتی کنیم که فعلاً تاثیری بر شما نداشته باشد.** در این موارد، اگر داروی مصرفی شما در ابتدای سال تحت پوشش ما بوده باشد، معمولاً پوشش آن دارو را در مدت باقی‌مانده از سال حذف یا مشمول تغییر نمی‌کنیم.
- مثلاً، اگر ما داروی مصرفی شما را حذف یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر تاثیری بر روند مصرف شما در مدت باقیمانده از سال ندارد.

F. پوشش دارو در مواقع خاص

F1. اگر در بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش طرح ما بستری هستید

در یک بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش طرح ما پذیرش شده‌اید، عموماً هزینه داروهای نسخه دار در طول مدت اقامتتان را پوشش می‌دهیم. لزومی ندارد که سهم بیمه شده را پرداخت کنید. زمانی که از بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی مرخص می‌شوید، مشروط بر اینکه همه قوانین ما برای پوشش رعایت شود، داروهای شما را پوشش می‌دهیم.

برای آگاهی بیشتر درباره پوشش داروها و آنچه باید پرداخت کنید به **فصل 6** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید.

F2. در مرکز مراقبت طولانی مدت

معمولاً، مراکز مراقبت طولانی مدت از قبیل خانه پرستاری از سالمندان، داروخانه خودشان را دارند و یا داروخانه‌ای که داروهای تمام ساکنینش را تأمین می‌کند. اگر در مرکز مراقبت طولانی مدت اقامت دارید، می‌توانید داروهای نسخه دارتان را از طریق داروخانه مرکز، در صورتی که طرف قرارداد ما باشد، دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز ارائه‌دهنده خدمات طولانی مدت به شما تحت شبکه ما فعالیت می‌کند یا خیر، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. اگر داروخانه در شبکه نباشد و یا اگر احتیاج به اطلاعات بیشتری دارید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماری‌های لاعلاج مورد تأیید Medicare باشید

داروها هیچ‌وقت توسط آسایشگاه و طرح ما هم‌زمان پوشش داده نمی‌شوند.

- ممکن است در یک آسایشگاه Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروی درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به تشخیص بیماری لاعلاج شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تجویز کننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اعلان دریافت کند که دارو مرتبط نیست.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت داروهای غیرمرتبط که طرح ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده آسایشگاه یا تجویزکننده خود درخواست کنید تا قبل از اینکه از داروخانه بخواهید نسخه‌تان را ارائه دهد، مطمئن شوید که ما اخطار مربوط به نامرتب بودن دارو را دریافت کرده‌ایم.
- اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما کلیه داروهای شما را تحت پوشش قرار می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام خاتمه مزایای آسایشگاه Medicare، اسناد را به داروخانه ببرید تا تأیید شود که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.
- به بخش‌های قبلی این فصل که در مورد داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد است، مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه به **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

G. برنامه‌های ایمنی دارویی و مدیریت دارو

G1. برنامه‌های کمک به شما برای استفاده بی‌خطر از دارو

هر بار که نسخه‌ای را تهیه می‌کنید، ما به دنبال مشکلات احتمالی مانند خطاهای دارویی یا داروهایی هستیم که:

- ممکن است نیاز نباشد، زیرا داروی دیگری با همان تأثیرات را مصرف می‌کنید
 - ممکن است برای سن و جنسیت شما بی‌خطر نباشند
 - ممکن است به دلیل استفاده همزمان به شما آسیب برسانند
 - دارای ترکیباتی باشد که شما به آنها حساسیت دارید یا ممکن است به آنها حساسیت داشته باشید
 - دارای مقادیر خطرناک از داروهای مخدر مسکن باشد
- اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای نسخه دار مشاهده کنیم، با ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنیم تا مشکل را رفع نماییم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهای خود

شما ممکن است برای عارضه‌های پزشکی مختلف دارو مصرف کنید و/یا در یک برنامه مدیریت دارو قرار گیرید تا به شما کمک کند از داروهای مخدر خود به طور ایمن استفاده کنید. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. این برنامه به شما و ارائه‌دهنده خدمات شما کمک می‌کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامتتان کارساز هستند. یک داروساز یا متخصص امور بهداشتی دیگر مرور جامعی از همه داروهای شما ارائه خواهد داد و درباره موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:

- چگونه می‌توانید از داروهایی که مصرف می‌کنید حداکثر استفاده را ببرید
- هر نگرانی که داشته باشید، مانند هزینه و عوارض داروها
- بهترین روش مصرف داروهایتان چیست
- هر سؤال یا مشکلی که درباره نسخه خود و داروهای بدون نسخه داشته باشید



سپس این موارد را به شما خواهند داد:

- یک خلاصه کتبی از این گفتگو. خلاصه، حاوی یک برنامه اقدام دارویی است که توصیه می‌کند برای بهترین استفاده از داروهای خود چه کاری می‌توانید انجام دهید.
 - لیست داروهای شخصی به شمول تمام داروهایی که مصرف می‌کنید و دلیل مصرف آنها.
 - اطلاعات در مورد معدوم کردن ایمن داروهای تجویزی که جزو مواد کنترل شده محسوب می‌شوند.
 - بهتر است که جلسه مرور داروهای خود را پیش از جلسه سالانه "سلامت" خود داشته باشید تا بتوانید با پزشکتان درباره برنامه عملی و فهرست داروی خود صحبت کنید.
 - برنامه عملی و فهرست داروی خود را به وقت ملاقات یا زمان گفتگو با پزشکان، داروسازان، و دیگر متخصصین درمانی خود به همراه داشته باشید.
 - فهرست دارویی را در صورت رفتن به بیمارستان یا اتاق اورژانس به همراه ببرید.
- برنامه‌های مدیریت دارو درمانی برای اعضاء واجد شرایط، داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که متناسب نیازهای شما باشد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده و اطلاعات مربوطه را برایتان می‌فرستیم. اگر نمی‌خواهید در برنامه حضور داشته باشید به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم.
- اگر پرسشی درباره این طرح‌ها دارید، لطفاً با خدمات اعضا یا مدیر پرونده خود تماس بگیرید.

G3. طرح مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر

طرح ما برنامه‌ای دارد که می‌تواند به اعضا کمک کند تا به طور ایمن از داروهای مخدر نسخه‌ای خود و سایر داروهایی که اغلب مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند استفاده کنند. این طرح، مدیریت دارویی (Drug Management Program, DMP) خوانده می‌شود.

اگر داروهای مخدر مصرفی خود را از چندین پزشک یا داروخانه دریافت کرده‌اید یا اخیراً دچار مصرف بیش از حد داروهای مخدر شده‌اید، ما می‌توانیم با پزشکان شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که مصرف شما بجا و با رعایت ضرورت پزشکی است. اگر، با همکاری پزشکان‌تان، تشخیص دهیم که در معرض سوء مصرف یا استفاده نادرست از داروهای مخدر یا بنزودیازپین هستید، ممکن است محدودیت‌هایی برای مصرف این داروها در نظر بگیریم. این محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- از شما بخواهد که تمام نسخه‌های آن داروها را از داروخانه‌های خاص و/یا از پزشک خاصی دریافت کنید
- محدود کردن مقدار داروهایی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر به این نتیجه برسیم که لازم است یک یا چندین محدودیت برای شما اعمال شود، از پیش برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. این نامه محدودیت‌هایی که فکر می‌کنیم باید اعمال شود را توضیح خواهد داد.

شما این فرصت را خواهید داشت تا به ما اطلاع دهید که می‌خواهید از کدام پزشکان یا داروخانه‌ها استفاده کنید و همچنین می‌توانید هرگونه اطلاعات مهم را در اختیار ما قرار دهید. اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها پس از فرصتی که به شما برای پاسخگویی داده شده است، محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال می‌کنیم که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.



اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوء مصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. در صورت درخواست تجدیدنظر، ما پرونده شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم کتبی به شما می‌دهیم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای یک سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر و سازمان بررسی مستقل، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در شرایط زیر ممکن است DMP در مورد شما اعمال نشود:

- اگر وضعیت پزشکی خاصی مانند سرطان یا بیماری کم خونی داسی شکل داشته باشید،
- اگر مراقبت بیماران لاعلاج، تسکینی یا پایان عمر دریافت می‌کنید، یا
- اگر در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید.



فصل 6: چه هزینه‌ای برای داروهای نسخه‌ای Medicare و Medi-Cal پرداخت می‌کنید

مقدمه

این فصل به شما اطلاعاتی درباره هزینه‌ای که برای داروهای نسخه‌دار سرپایی باید پرداخت کنید ارائه می‌دهد. منظور ما از "دارو" موارد زیر است:

- داروهای نسخه دار بخش D از Medicare، و
 - داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، و
 - داروها و اقلام تحت پوشش طرح درمانی که به عنوان مزایای اضافی از آن بهره‌مند هستید
- چون شما برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، از Medicare برای کمک در پرداخت داروهای نسخه دار Medicare بخش D خود "کمک اضافی" دریافت می‌کنید. ما برای شما یک الحاقیه جداگانه به نام «الحاقیه شواهد پوشش بیمه برای افرادی که کمک اضافی جهت پرداخت داروهای نسخه دار دریافت می‌کنند» (که با عنوان الحاقیه یارانه افراد کم درآمد [Low Income Subsidy Rider, LIS Rider] نیز شناخته می‌شود) ارسال کردیم که به شما درباره پوشش دارویشان توضیح می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید و برای "LIS Rider" درخواست بدهید.

کمک اضافی یک برنامه Medicare است که به افرادی که درآمد و منابع محدودی دارند کمک می‌کند و هزینه‌های داروهای نسخه دار بخش D از Medicare مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش می‌دهد. به این کمک اضافه «یارانه افراد کم درآمد» یا "LIS" هم گفته می‌شود.

اصطلاحات کلیدی دیگر و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای نسخه دار، می‌توانید به اینجا مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما این فهرست را "فهرست دارویی" می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - هزینه کدام داروها را ما پرداخت می‌کنیم
 - هر دارو به کدامیک از 5 ردیف تقسیم هزینه تعلق دارد
 - آیا محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
 - اگر به یک کپی از لیست دارو نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. شما همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از فهرست دارویی ما را در وب سایت‌مان به آدرس medicare.lacare.org بیابید.
 - اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت [Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov\)](http://Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌های خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضاء را بخوانید.
 - به شما اطلاعاتی در مورد نحوه دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی از طریق برنامه درمانی ما ارائه می‌کند.
 - شامل قوانینی می‌شود که شما باید آنها را رعایت کنید. همچنین نشان می‌دهد که طرح ما کدام نوع داروهای نسخه دار را پوشش نمی‌دهد.
- فهرست راهنمای ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌های ما.
 - در اکثر موارد، باید برای دریافت داروهای تحت پوشش خود به یکی از داروخانه‌های عضو شبکه مراجعه کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که قبول کرده‌اند با ما همکاری کنند.
 - در فهرست راهنمای داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات فهرست داروخانه‌های شبکه درج شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A.	شرح مزایا (EOB)	122
B.	چگونه هزینه داروهای خود را رهگیری کنید	122
C.	مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D	123
D.	مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	124
D1.	انتخاب داروخانه	124
D2.	تأمین طولانی مدت یک دارو	125
D3.	مبلغی که شما پرداخت می‌کنید	125
D4.	پایان مرحله پوشش اولیه	126
E.	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی	126
F.	هزینه دارویی شما اگر که پزشکتان برای مصرف کمتر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد	126
G.	کمک در پرداخت مشترک برای داروهای نسخه‌ای برای افراد مبتلا به ایدز/HIV	127
G1.	برنامه کمک دارویی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ADAP)	127
G2.	اگر در ADAP ثبت نام نکرده‌اید	127
G3.	اگر در ADAP ثبت نام کرده‌اید	127
H.	واکسیناسیون	128
H1.	قبل از واکسیناسیون باید چه چیزهایی را بدانید	128
H2.	برای واکسیناسیون تحت پوشش بخش D از Medicare باید چقدر پرداخت کنید	128



A. شرح مزایا (EOB)

در بیمه ما سابقه داروهای نسخه دار شما نگه داشته می‌شود. ما سابقه دو نوع از هزینه‌ها را نگه می‌داریم:

- **هزینه‌هایی که از جیب خود می‌پردازید.** این کل مبلغی است که شما یا شخصی از جانب شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازید.
- **کل هزینه داروهای شما.** این کل مبلغی است که شما یا شخصی از جانب شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازید، علاوه بر مبلغی که ما می‌پردازیم.

وقتی که از طریق طرح ما داروهای خود را دریافت می‌کنید، برای شما خلاصه‌ای به نام شرح مزایا که به اختصار شرح مزایای بخش D می‌نامیم ارسال می‌کنیم. شرح مزایای بخش D به شما درباره کل مبلغی که خودتان یا دیگران از طرف شما برای داروهای نسخه‌ای بخش D خود هزینه کرده‌اید و کل مبلغی که ما برای داروهای نسخه دار بخش D شما پرداخت کرده‌ایم در هر ماهی که از مزایای بخش D استفاده شده است، اطلاعاتی می‌دهد. به طور مختصر آن را شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) بخش D می‌نامیم. EOB بخش D اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما، مانند افزایش قیمت و دیگر داروهای دارای سهم هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، ارائه می‌کند. درباره گزینه‌های ارزان‌تر با تجویزکننده دارو مشورت کنید. EOB بخش D شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات ماهانه.** این خلاصه حاوی داروهای نسخه داری است که دریافت کردید. این نشان‌دهنده هزینه کلی داروها شامل آنچه ما پرداخت کرده‌ایم و آنچه شما و دیگرانی که پول داروهای شما را می‌پردازند پرداخت کرده‌اید، می‌باشد.
- **اطلاعات به روز شما.** این شامل هزینه کلی داروهای شما و کل پرداخت‌ها از 1 ژانویه است.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این شامل کل قیمت دارو و درصد تغییر قیمت دارو پس از صورت حساب نخست است.
- **جایگزین‌های ارزان‌تر.** در صورت موجود بودن، آنها زیر داروهای کنونی شما ظاهر خواهند شد. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید با تجویزکننده خود صحبت کنید.

ما داروهایی را که Medicare پوشش نمی‌دهد، پوشش می‌دهیم.

- اکثر داروهای نسخه‌ای که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح شما هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌های خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
- برای آگاهی از داروهایی که بیمه ما مورد پوشش قرار می‌دهد، به فهرست دارویی مراجعه کنید.

B. چگونه هزینه داروهای خود را رهگیری کنید

ما برای ردگیری هزینه داروهای شما و پرداخت‌هایی که انجام داده‌اید از سوابقی که از خود شما و داروخانه شما جمع‌آوری می‌شود استفاده می‌کنیم. شما می‌توانید از راه‌های زیر به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی بیمه خود استفاده کنید.

هر بار که برای دریافت داروهای نسخه‌ای اقدام می‌کنید، کارت شناسایی L.A. Care Medicare Plus خود را نشان دهید. این بهما کمک می‌کند تا از نوع داروهای شما و اینکه چه مبلغی برای آن پرداخت می‌کنید اطلاع داشته باشیم.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

کپی‌هایی از رسید داروهایی را که برای آن‌ها هزینه کرده‌اید به ما بدهید. شما می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه داروهای شما را بازپرداخت کنیم.

شما باید در موارد زیر، کپی رسیدهای خود را در اختیار ما قرار دهید:

- تهیه یک داروی تحت پوشش به قیمت خاص از یک داروخانه شبکه یا استفاده از کارت تخفیف جزو مزایای بیمه ما نیست
- وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک داروساز به بیمار دریافت می‌کنید، مبلغی را پرداخت می‌نمایید
- وقتی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌کنید
- وقتی که قیمت کامل یک داروی تحت پوشش را پرداخت می‌کنید

برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت سهم خود از هزینه دارو، به **فصل 7** کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

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

پرداخت‌هایی که افراد و سازمان‌های دیگر برای شما انجام داده‌اند نیز جزو هزینه‌های پرداخت از جیب‌شما محسوب می‌شود. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه امداد دارویی ایدز، خدمات بهداشتی بومیان آمریکا و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های پرداخت از جیب شما گذاشته می‌شوند. این موضوع می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. هنگامیکه به مرحله پوشش وضعیت بحرانی می‌رسید، طرح ما همه هزینه‌های داروهای بخش D را برای مابقی سال پرداخت می‌کند.

4. EOB هایی را که برای شما می‌فرستیم کنترل کنید.

هنگامی که یک EOB بخش D را از طریق پست دریافت می‌کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد. اگر فکر می‌کنید چیزی از قلم افتاده یا اشتباه است یا اگر هر پرسشی برای شما پیش آمده، با خدمات اعضاء تماس بگیرید. EOB های بخش D را نگه دارید. این گزارش‌ها سابقه مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

به موجب طرح ما دو مرحله پرداخت برای پوشش داروی نسخه‌ای Medicare بخش D شما وجود دارد. اینکه شما چه مبلغی باید بپردازید به این بستگی دارد که در موقع پیچیدن اولین نسخه و تجدید آن، در کدام مرحله قرار داشته باشید. این دو مرحله عبارت است از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: "مرحله پوشش فاجعه"
طی این مرحله، ما بخشی از هزینه‌های دارویی شما را پرداخت می‌کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد. سهم پرداختی شما سهم بیمه شده نامیده می‌شود. این مرحله را پس از دریافت اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در این مرحله، ما تمام هزینه دارویی شما را تا تاریخ 31 دسامبر، 2023 پرداخت می‌کنیم. این مرحله بعد از این شروع می‌شود که شما مبلغ خاصی از جیب خود پرداخت کرده باشید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش را به شما پرداخت می‌کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد. سهم پرداختی شما سهم بیمه شده نامیده می‌شود. سهم بیمه شده به ردیف تقسیم هزینه در هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می‌کنید بستگی دارد.

ردیف‌های تقسیم هزینه، گروه‌هایی از داروها هستند که سهم بیمه‌شده برای آنها یکسان است. هر دارویی که در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد در یکی از پنج (5) ردیف تقسیم هزینه است. عموماً، هر چه ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه‌شده هم بیشتر است. برای پیدا کردن ردیف‌های تقسیم هزینه در هزینه برای داروهایتان، می‌توانید به فهرست دارویی مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک ترجیحی هستند. سهم بیمه شده \$0 است.
- داروهای ردیف 2 داروهای ژنریک هستند. سهم بیمه شده از \$0 تا \$10.35 دلار یا \$20 دلار است. سهم بیمه‌شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.
- ردیف 3 داروهای برند ترجیحی هستند. سهم بیمه شده از \$0 تا \$10.35 دلار یا \$47 دلار است. سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.
- ردیف 4 داروهای برند غیرترجیحی هستند. سهم بیمه شده از \$0 تا \$10.35 دلار یا \$100 دلار است. سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.
- داروهای ردیف 5 داروهای تخصصی هستند. سهم بیمه شده از \$0 تا \$10.35 دلار یا 25% درصد است. سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.

D1. انتخاب داروخانه

اینکه چه مبلغی برای دارویتان پرداخت می‌کنید به این بستگی دارد که آیا دارو را از:

- یک داروخانه عضو شبکه، یا
- یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده باشید.

فقط در چند مورد، ما نسخه‌هایی که توسط داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات در مورد مواقعی که این کار را می‌کنیم به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این انتخاب‌ها، به **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضاء و به فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ما مراجعه کنید.

D2. تأمین طولانی مدت یک دارو

برای برخی از داروها، هنگام تهیه نسخه خود، می‌توانید یک منبع طولانی مدت (که به آن "عرضه طولانی" نیز می‌گویند) دریافت کنید. منبع طولانی مدت به تأمین حداکثر 100 روزه دارو گفته می‌شود. هزینه آن به اندازه هزینه تأمین یک ماهه است.

برای جزئیات بیشتر درباره چگونگی گرفتن مقادیر داروی بیشتر برای مدت طولانی، به **فصل 5** از کتابچه راهنمای اعضاء یا به فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه نمایید.



D3. مبلغی که شما پرداخت می‌کنید

در طول مرحله پوشش اولیه، می‌توانید هر بار که نسخه‌ای را تهیه می‌کنید، سهم بیمه شده را پرداخت کنید. اگر هزینه داروهای تحت پوشش خریداری شده از سهم بیمه شده کمتر باشد، فقط هزینه کمتر را پرداخت می‌کنید.

برای اطلاع از مبلغ سهم بیمه شده برای هر داروی تحت پوشش با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما برای ذخیره یک ماه یا طولانی مدت از داروهای نسخه دار تحت پوشش:

داروهای خارج از شبکه	داروهای عضو شبکه برای مراقبت‌های طولانی مدت	خدمات سفارش پستی طرح ما	یک داروهای عضو شبکه	
تأمین دارو تا 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.	تأمین دارو تا 31 روز	تأمین یک ماهه یا تا 100 روزه دارو	تأمین یک ماهه یا تا 100 روزه دارو	
\$0	\$0	\$0	\$0	تقسیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
\$0 تا \$10.35 دلار یا \$20 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$20 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$20 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$20 دلار	تقسیم هزینه ردیف 2 (داروهای ژنریک)
سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	
\$0 تا \$10.35 دلار یا \$47 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$47 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$47 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$47 دلار	تقسیم هزینه ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی)
سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	
\$0 تا \$10.35 دلار یا \$100 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$100 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$100 دلار	\$0 تا \$10.35 دلار یا \$100 دلار	تقسیم هزینه ردیف 4 (داروهای برند غیر ترجیحی)
سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهم بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	



داروخانه عضو شبکه برای مراقبت‌های طولانی مدت تأمین دارو تا 31 روز	داروخانه خارج از شبکه تأمین دارو تا 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.	خدمات سفارش پستی طرح ما تأمین یک ماهه یا تا 100 روزه دارو	یک داروخانه عضو شبکه تأمین یک ماهه یا تا 100 روزه دارو	تقسیم هزینه ردیف 5 (داروهای تخصصی)
\$0 تا \$10.35 دلار یا 25 درصد بیمه مشترک	\$0 تا \$10.35 دلار یا 25 درصد بیمه مشترک	\$0 تا \$10.35 دلار یا 25 درصد بیمه مشترک	\$0 تا \$10.35 دلار یا 25 درصد بیمه مشترک	
سهام بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهام بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهام بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	سهام بیمه شده شما به میزان کمک اضافی که دریافت می‌کنید بستگی دارد.	

برای کسب اطلاع از اینکه چه داروخانه‌هایی می‌توانند به شما دارویشان را برای مصرف طولانی مدت ارائه دهند، به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

پیام مهم در مورد هزینه‌ای که برای انسولین می‌پردازید - شما بیش از \$35 برای عرضه یک ماهه هر محصول انسولین تحت پوشش طرح ما پرداخت نخواهید کرد، صرف نظر از اینکه در چه ردیفی از تقسیم هزینه باشد، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله اولیه پوشش وقتی پایان می‌یابد که شما مبلغ \$7,400 از جیب خود پرداخت کرده باشید. در این زمان مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. ما همه هزینه‌های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد.

شرح مزایا (EOB) به شما کمک می‌کنند که سابقه کل مبالغی را که در طول سال برای داروهای خود پرداخت کرده‌اید داشته باشید. اگر به محدوده \$7,400 برسید، به شما اطلاع خواهیم داد. خیلی از افراد در طول سال به این حد نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

وقتی به محدوده \$7,400 برای داروهای نسخه دار خود برسید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. شما تا پایان سال در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند. در این مرحله، کلیه هزینه داروهای Medicare شما توسط طرح ما پرداخت خواهد شد.

F. هزینه دارویی شما اگر که پزشکتان برای مصرف کمتر از یک ماه کامل تجویز کرده باشد

در برخی موارد، شما سهم بیمه‌شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. با این وجود، پزشک شما می‌تواند برای کمتر از یک ماه دارو تجویز کند.

- شاید گاهی بخواهید از پزشک خود درباره تجویز یک دارو برای کمتر از یک ماه بپرسید (برای مثال در مواقعی که می‌خواهید دارویی که عوارض جانبی شدید آن ثابت شده است را برای اولین بار مصرف کنید).



- اگر پزشک شما موافقت کند، شما برای مصرف یک ماه کامل برای تهیه برخی از داروهای خاص پول پرداخت نمی‌کنید.
- اگر مقدار داروی دریافتی کمتر از ذخیره یک‌ماهه باشد، مبلغ قابل پرداخت بر اساس تعداد روزهایی که دارو دریافت می‌کنید، محاسبه می‌شود. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید ("نرخ سهم هزینه روزانه") محاسبه کرده و آن را در تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید ضرب خواهیم کرد.
- به یک مثال توجه کنید: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معناست که مبلغی که برای آن دارو می‌پردازید، کمتر از \$0.05 دلار در روز است. اگر ذخیره 7 روزه دارو را دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز ضربدر 7 روز برای کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 است.
- تقسیم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه لازم باشد هزینه ذخیره تمام ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما فایده داشته است.
- همچنین می‌توانید از ارائه دهنده خود بخواهید که مقداری کمتر از ذخیره یک‌ماهه دارو برای شما تجویز کند؛ البته اگر این کار مزایای زیر را برای شما به همراه داشته باشد:
 - برنامه ریزی بهتر برای دریافت داروها،
 - هماهنگ کردن زمان تمدید نسخه با دیگر داروهای مصرفی، و
 - کاهش دفعات مراجعه به داروخانه.

G. کمک در تقسیم هزینه برای داروهای نسخه‌ای برای افراد مبتلا به ایدز/HIV

G1. برنامه کمک دارویی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ADAP)

برنامه کمک دارویی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (ADAP) کمکی است برای اینکه افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/ایدز به داروهای حیاتی خود دسترسی داشته باشند. داروهای نسخه دار Medicare بخش D برای بیماران سرپایی که تحت پوشش ADAP نیز قرار دارند امکان کمک برای تقسیم هزینه داروهای نسخه دار را از طریق دفتر ایدز اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا برای افراد ثبت‌نام‌شده در ADAP فراهم می‌آورد.

G2. اگر در ADAP ثبت نام نکرده‌اید

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش، یا روش ثبت نام در برنامه، با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وبسایت ADAP به نشانی زیر بروید:

www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

G3. اگر در ADAP ثبت نام کرده‌اید

ADAP می‌تواند، کمک هزینه داروهای نسخه دار Medicare بخش D برای داروهای موجود در مجموعه دارویی ADAP را به مشتریان خود ادامه دهد. برای اطمینان از اینکه ارائه این کمک هزینه به شما تداوم پیدا کند، در صورت هر گونه تغییری در نام یا شماره بیمه نامه Medicare بخش D خود، کارمند محلی مسئول ثبت نام ADAP را مطلع کنید. در صورت نیاز به کمک برای پیدا کردن نزدیکترین محل و یا مأمور ثبت‌نام ADAP، با شماره تلفن 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا وبسایت فوق‌الذکر را بررسی کنید.



H. واکسیناسیون

ما واکسن‌های Medicare بخش D را تحت پوشش قرار می‌دهیم. پوشش واکسیناسیون‌های Medicare بخش D ما دو قسمت دارد:

1. قسمت اول پوشش برای هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی نسخه دار است.
2. قسمت دوم پوشش هزینه تزریق واکسن است. برای مثال، گاهی اوقات ممکن است واکسن را به صورت آمپولی که پزشک به شما تزریق می‌کند دریافت کنید.

H1. قبل از واکسیناسیون باید چه چیزهایی را بدانید

توصیه می‌کنیم اگر قصد واکسیناسیون دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد و سهم شما از هزینه را توضیح می‌دهیم.
- همچنین به شما خواهیم گفت که چگونه می‌توانید با استفاده از ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه، هزینه‌های خود را پایین نگه دارید. داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند که با طرح ما کار کنند. یک ارائه‌دهنده شبکه با ما کار می‌کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه‌ای برای واکسن بخش D ندارید.

H2. برای واکسیناسیون تحت پوشش بخش D از Medicare باید چقدر پرداخت کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می‌کنید بستگی دارد به نوع واکسن (اینکه برای پیشگیری از چه بیماری واکسن می‌زنید).

- برخی واکسن‌ها بیشتر مزایای بهداشتی محسوب می‌شوند تا دارو. این واکسن‌ها بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در فصل 4 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- دیگر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست داروهای طرح ما مشاهده نمایید. ممکن است لازم باشد برای واکسن‌های Medicare بخش D سهم بیمه‌شده پرداخت کنید.

در اینجا سه روش معمول دریافت واکسیناسیون Medicare بخش D ذکر می‌شود.

1. شما واکسن Medicare بخش D را در داروخانه شبکه خریداری کرده و واکسن در داروخانه به شما تزریق می‌شود.
 - شما سهم بیمه شده برای واکسن را پرداخت می‌کنید.
2. واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشک خود دریافت و پزشک آن را به شما تزریق می‌کند.
 - شما مبلغی را برای واکسن به پزشک می‌پردازید.
 - طرح ما هزینه انجام واکسیناسیون را پرداخت می‌کند.
 - مطب پزشکتان باید در این موارد با ما تماس بگیرد تا اینکه ما مطمئن شویم که آنها می‌دانند شما فقط باید سهم پرداختی بهای واکسن را پرداخت نمایید.
3. واکسن Medicare بخش D را از داروخانه تهیه می‌کنید و آن را به مطب پزشک می‌برید تا تزریق شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- شما یک سهم بیمه شده برای واکسن پرداخت می‌کنید
- طرح ما هزینه انجام واکسیناسیون را پرداخت می‌کند.

پیام مهم درباره هزینه‌ای که برای واکسن‌ها می‌پردازید - طرح ما اکثر واکسن‌های بخش D را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد، حتی اگر فرانشیز خود را پرداخت نکرده باشید. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.



فصل 7: درخواست پرداخت تعرفه ما از صورت حساب خدمات یا داروهایی که تحت پوشش هستند

مقدمه

این فصل به شما می‌گوید چگونه و کی صورتحسابی را برای ما بفرستید و درخواست پرداخت نمایید. همچنین به شما می‌گوید اگر با تصمیم پوشش موافق نیستید، چگونه تقاضای تجدیدنظر بدهید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما. 131
- B. فرستادن درخواست برای پرداخت 133
- C. تصمیمات در مورد پوشش. 133
- D. تجدیدنظر 134



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

ارائه‌دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش شما، برای طرح درمانی قبض صادر کنند. یک ارائه‌دهنده شبکه با طرح درمانی کار می‌کند. اگر برای هزینه کامل مراقبت‌های بهداشتی یا دارو قبض دریافت کردید، قبض را پرداخت نکنید و صورت حساب را برای ما ارسال کنید. برای فرستادن یک صورت حساب به ما، به بخش B رجوع کنید.

- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را پرداخت کرده باشید، حق دارید که آن را پس بگیرید.
 - اگر خدمات و داروها را پوشش ندهیم ما به شما اطلاع خواهیم داد.
- با خدمات اعضاء برای موارد زیر تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید که چقدر باید پرداخت می‌کردید یا اگر صورت حسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چه کار کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر درباره پرداخت صورت حسابی که از قبل برای ما ارسال کرده‌اید سوال داشته باشید هم می‌توانید با ما تماس بگیرید.
- موارد زیر مثال‌هایی هستند از مواقعی که شما می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت به خودتان یا پرداخت یک صورت حساب را بکنید:

1. وقتی از ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه خدمات اضطراری یا فوری دریافت می‌کنید، به فصل 3، بخش D4 در صفحه 40 مراجعه کنید.

از ارائه‌دهنده خدمات بخواهید که صورت حساب خود را برای ما بفرستد.

- اگر مبلغ کل هزینه خدمات دریافت شده را پرداخت کنید باید از ما بخواهید که سهم ما از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.
- ممکن است از یک ارائه‌کننده خدمات صورت حسابی دریافت کنید که فکر کنید بدهی بابت آن ندارید. صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.
- اگر ارائه‌کننده خدمات مستحق دریافت پرداختی باشد، ما هزینه آنها را مستقیماً به خود ارائه‌کننده پرداخت می‌کنیم.
- اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را برای خدمات پرداخت کرده باشید، ما مبلغ بدهی شما را محاسبه کرده و سهممان از هزینه را به شما پرداخت می‌کنیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.

2. هنگامی که یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه صورت حسابی برای شما می‌فرستد

شبکه ارائه‌دهندگان خدمات همیشه باید صورت حساب خود را برای ما بفرستند. هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی طرح خود را نشان دهید. صدور صورت حساب نادرست/نامناسب هنگامی رخ می‌دهد که ارائه‌دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم هزینه طرح ما برای خدمات از شخص مطالبه می‌کند. در صورت دریافت کردن صورت حساب، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. قبض را پرداخت نکنید.



- به عنوان یک عضو طرح، تنها زمانی که خدماتی را که تحت پوشش ما است دریافت می‌کنید، باید پرداخت کنید. ما به ارائه دهندگان اجازه نمی‌دهیم به میزانی بیش از این مبلغ برایتان صورت حساب صادر کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات مطالبه کرده صادق است. حتی اگر تصمیم بگیریم هزینه برخی مطالبات را نپردازیم، لزومی ندارد شما آنها را پرداخت کنید.
- هرگاه صورت‌حسابی از ارائه‌کننده خدمات درمانی دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مقداری است که باید بپردازید، صورت‌حساب را برای ما ارسال کنید. ما با ارائه‌کننده مستقیماً تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم.
- اگر صورت حساب ارائه‌کننده شبکه را پرداخت کرده‌اید ولی احساس می‌کنید زیاد پرداخت کرده‌اید، صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت آن را برای ما بفرستید. ما هزینه خدمات تحت پوشش و مابه‌التفاوت بین مبلغی که پرداخت کرده‌اید و مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بوده‌اید را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

3. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت داروهای نسخه خود استفاده می‌کنید

- اگر از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، هزینه کامل نسخه را خودتان پرداخت می‌کنید.
- فقط در چند مورد، ما نسخه‌هایی که توسط داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند را پوشش می‌دهیم. به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه، رسید آن را هم برایمان بفرستید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

4. هنگامی که به دلیل نداشتن کارت شناسایی بیمه خود ناچار به پرداخت هزینه کامل نسخه خود می‌شوید

- اگر کارت شناسایی بیمه خود را به همراه نداشته باشید، می‌توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرد یا اطلاعات مربوط به عضویت بیمه شما را بررسی کند.
- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه نسخه کامل را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی طرح خود به داروخانه بازگردید.
- به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه، رسید آن را هم برایمان بفرستید.

5. زمانی که هزینه کامل نسخه را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

- شما ممکن است هزینه کامل نسخه را بپردازید زیرا دارو پوشش داده نمی‌شود.
- ممکن است این دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما در وب سایت ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا فکر نمی‌کنید برای شما اعمال شود. اگر تصمیم بگیرید که دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن را پرداخت کنید.
 - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید، اما فکر می‌کنید که ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید یک تصمیم پوشش درخواست کنید (به فصل 9 کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک شما یا تجویزکننده دیگری فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می‌توانید برای یک تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).



- به هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود، رسید آن را هم برایمان بفرستید. در برخی موارد، ممکن است ما نیاز به کسب اطلاعات بیشتری از شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگری داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بپردازیم.

هنگامی که برای ما درخواست پرداختی می‌کنید، ما آن را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که خدمات یا داروی دریافت شده باید پوشش داده شود یا خیر. به این فرآیند اتخاذ "تصمیم درباره پوشش" می‌گویند. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، سهم خود از هزینه مربوطه را پرداخت خواهیم کرد.

اگر درخواست شما برای دریافت پرداختی از جانب ما رد شود، شما می‌توانید علیه تصمیم ما اعتراض کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. فرستادن درخواست برای ما جهت پرداخت

صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید. مدرک اثبات پرداخت می‌تواند نسخه‌ای از چکی که نوشته‌اید یا رسید صادرشده از جانب ارائه‌کننده باشد. ایده خوبی است که از صورت حساب و رسیدهای خود برای نگه داشتن سوابق خود کپی بگیرید. می‌توانید از مدیر امور مراقبتی خود درخواست راهنمایی کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورت حساب یا رسید به این نشانی ارسال کنید:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Appeals & Grievances Department
1055 West 7th Street 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

همچنین می‌توانید برای درخواست پرداخت با ما تماس بگیرید. با خدمات اعضا با شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

باید درخواست خود را طی 60 روز از تاریخی که خدمات، وسایل یا داروها را تحویل گرفتید برای ما بفرستید.

C. تصمیمات در مورد پوشش

وقتی ما درخواست شما برای بازپرداخت را دریافت کنیم، درباره پوشش آن تصمیم می‌گیریم. این بدان معنی است که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. ما همچنین مقدار مبلغی را تعیین می‌کنیم، که در صورت وجود، شما باید پرداخت کنید.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر با شما تماس می‌گیریم.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما از تمام قوانین دریافت آن پیروی کنید، سهم خود را از هزینه آن پرداخت می‌کنیم. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخته باشید، ما برای شما یک چک به مبلغ سهممان خواهیم فرستاد. اگر پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت می‌کنیم.

فصل 3 از کتابچه راهنمای اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توصیف می‌کند. **فصل 5**، از کتابچه راهنمای اعضا مقررات مربوط به دریافت داروهای نسخه دار Medicare بخش D تحت پوشش را توصیف می‌کند.



- اگر تصمیم بگیریم سهم خود را از هزینه خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، ما نامه‌ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدید نظر را توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به فصل 9 مراجعه کنید.

D. تجدیدنظر

- اگر فکر می‌کنید ما با رد درخواست شما برای دریافت پرداخت اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم خود را عوض کنیم. به این فرآیند "درخواست تجدیدنظر" گفته می‌شود. شما همچنین می‌توانید در صورتی که با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم مخالف هستید، اعتراض کنید.
- فرآیند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیق است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر می‌خواهید برای دریافت بازپرداخت برای خدمات درمانی تقاضای تجدیدنظر کنید، به **بخش F** مراجعه کنید.
 - اگر می‌خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو تقاضای تجدیدنظر کنید، به **بخش G** مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

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

فهرست مطالب

- A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند. 146
- B. ما مسئولیت داریم مطمئن شویم به موقع به خدمات داروهای تحت پوشش دسترسی پیدا می‌کنید. 147
- C. مسئولیت ما در زمینه حفاظت از حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) 147
- C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم 148
- C2. حق شما برای دیدن سوابق پزشکی‌تان 148
- D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما 149
- E. عدم توانایی شبکه ارائه کنندگان جهت صدور مستقیم صورت حساب برای شما 150
- F. حق شما برای ترک طرح ما 150
- G. حق شما برای تصمیم گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خودتان 150
- G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم گیری 150
- G2. حق شما که بگویید می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد 151
- G3. در صورتی که از دستورالعمل‌های شما پیروی نشود چه باید کرد 152
- H. حق شما که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدید نظر کنیم 152
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد. 152
- I. مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضای برنامه 153



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

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

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Interpreting services are available. To get an interpreter, just call us at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. You can get this information free in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese. To obtain materials in one of these alternative formats, please call or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- If you want to receive materials, including new materials, now and in the future, in a language other than English or in an alternate format, call Member Services at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy.

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

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048.
- 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.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 1-916-440-7370. TTY users should call 711.

A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta a servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés y en formatos como en letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de forma gratuita en árabe, armenio, camboyano (Khmer), chino, farsi, coreano, ruso, español, tagalog y vietnamita. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Si desea recibir los materiales, incluyendo los nuevos materiales, ahora y en el futuro, en un idioma que no sea el inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

A. Ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հարմար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:



- Զեզ համար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այլ ձևաչափերով, օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով, Բրեյլի լեզվով կամ ձայնագրությամբ: Այս տեղեկությունները կարող եք անվճար ստանալ արաբերենով, հայերենով, կամբոջերենով (քմեր), չինարենով, պարսկերենով, կորեերենով, ռուսերենով, իսպաներենով, տագալոգերենով և վիետնամերենով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Եթե այժմ և ապագայում ցանկանում եք ստանալ նյութերը, ներառյալ նոր նյութերը, անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին՝ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Զանգն անվճար է:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:

Եթե մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու հետ կապված դժվարություններ ունեք՝ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժնի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 հեռախոսահամարով:



A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានស្របតាមសម្រូវការ

យើងត្រូវធានាថាគ្រប់ សេវាកម្មដែលផ្តល់ដោយអ្នកគឺស្របតាមវប្បធម៌ និងក្នុងឥរិយាបថដែលអ្នកអាចទាក់ទងបាន។ យើងក៏ត្រូវប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍គម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកទៅតាមមធ្យោបាយដែលអ្នកអាចយល់បាន។ ជាញឹកញយ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកពីសិទ្ធិរបស់អ្នកនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាននេះតាមរបៀបណាមួយដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់ផ្នែកសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាកម្មប្រែសម្រួលឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបអ្នកជាមួយភាសាផ្សេងៗ។
- សេវាកម្មប្រែមាននៅទីនេះ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ សូមខលយើងតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។
- គម្រោងរបស់យើងអាចផ្តល់សម្ភារៈជាភាសាផ្សេងៗក្រៅពីអង់គ្លេស និងជាច្រើនទម្រង់ ដូចជា ព្រីនអក្សរធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬជាសម្លេងជាដើម។ អ្នកអាចទទួលព័ត៌មាននេះដោយឥតគិតថ្លៃជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេរិកកម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន ហ្វីលីពីន កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស៉្បាញ តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈនៅក្នុងទម្រង់ណាមួយ សូមខលឬសរសេរទៅកាន់៖

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានសម្ភារៈ រួមទាំងសម្ភារៈថ្មី ក្នុងពេលនេះនិងពេលអនាគត ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ណាមួយ សូមខលទៅកាន់សេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។ ការហៅគឺឥតគិតថ្លៃ
- សមាជិកមានសិទ្ធិក្នុងការផ្តល់ការណែនាំ ទាក់ទងនឹងសិទ្ធិសមាជិកនិងគោលការណ៍ទំនួលខុសត្រូវរបស់អង្គភាពផងដែរ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើង ពីព្រោះបញ្ហាភាសា ឬភាពអសមត្ថភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងសូមខលទៅកាន់៖

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋនៃ Medi-Cal 1-916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711។



A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات به شیوه فرهنگی مناسب و قابل دسترس به شما ارائه می‌شود. ما باید شما را از حقوق و مزایای طرح ما به شیوه‌ای مطلع سازیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هر سال در صورت عضویت شما در طرح، حقوق‌تان را برای شما بازگو کنیم.

- برای کسب این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- خدمات مترجم شفاهی موجود است. برای داشتن مترجم شفاهی، فقط کافی است با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی دیگر غیر از انگلیسی و به صورت‌های دیگر مانند چاپ درشت، بریل یا فایل صوتی برای شما فراهم کند. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیری)، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید. برای دریافت منابع در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید یا بنویسید:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
90017 Los Angeles, CA

- اگر می‌خواهید مطالب و بروشورهای مربوطه، از جمله مطالب جدید را، اکنون یا در آینده، به زبانی غیر از زبان انگلیسی یا به سایر فرمت‌ها دریافت کنید، می‌توانید 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با خدمات مشتریان به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
- اعضاء حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) : می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- با اداره خدمات بهداشتی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 1-916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 모든 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 영어 외의 다른 언어로 작성된 자료를 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 제공하기도 합니다. 이러한 정보는 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어와 베트남어 버전으로 무료 제공됩니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 전화 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 지금이든 앞으로든 신규 자료를 포함한 여러 가지 자료를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스에 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 통화료는 무료입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24시간, 연중무휴 언제든지 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 1-916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.

A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках



плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках и в других форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиозапись. Данные материалы можно получить бесплатно на испанском, армянском, камбоджийском (кхмерском), фарси, корейском, русском, тагальском, традиционном китайском, вьетнамском или арабском языках. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017
- Если вы хотите сейчас или в будущем получать материалы, включая новые, на вашем языке или в удобном для вас формате, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону: 1-800-537-7697.
- в программу Medi-Cal, Управление по гражданским правам, по телефону 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

A. Ang inyong karapatang makatanggap ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** serbisyo ay ibinibigay sa inyo sa paraan na naiintindihan ang kultura at naa-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Upang makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Ang aming plano ay makakapagbigay din sa inyo ng mga materyal sa mga wika bukod sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking letra, braille, o audio. Maaari ninyong makuha ang impormasyong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Espanyol, Tagalog, at Vietnamese. Para makakuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Kung gusto ninyong makatanggap ng mga materyal, kabilang ang mga bagong materyal, ngayon at sa hinaharap, nang nasa wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, tumawag sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Libre ang pagtawag.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng Estados Unidos, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.
- Tanggapan ng Medi-Cal para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711.



A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本以及像是大字版、盲文版或語音版格式的資料。您可免費取得本資訊的阿拉伯文版、亞美尼亞文版、柬埔寨文版（高棉文版）、中文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版及越南文版。如與取得上述其中一種替代格式的資料，請致電或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- 如果您希望立即並在日後取得英文以外之其他語言版本或其他格式的資料（包括新資料），請致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。上述電話均為免費。
- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 1-916-440-7370。TTY 使用者請致電 711。

A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình



chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để có thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng những hình thức khác như bản in chữ khổ lớn, chữ nổi braille hoặc bằng đĩa thu âm. Quý vị có thể lấy thông tin này miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Ac-mê-ni-a, tiếng Cam-pu-chia (tiếng Khmer), tiếng Hoa, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt. Để lấy tài liệu bằng một trong những hình thức này, vui lòng gọi hay viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Ngay bây giờ hay trong tương lai, nếu quý vị muốn nhận được tài liệu bằng một ngôn ngữ không phải tiếng Anh hoặc bằng một hình thức khác, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Cuộc gọi này được miễn cước.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn khiếu nại, xin gọi:

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

A. **حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك**

يجب أن نتأكد من تقديم كافة الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافياً ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- وتمنحك خطتنا المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو ملفات صوتية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية (الخميرية) والصينية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية. للحصول على مواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1055 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- إذا كنت ترغب في تلقي المواد بما في ذلك المواد الجديدة، الآن وفي المستقبل، بلغات غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق آخر، يُرجى اتصل مع خدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية.
- يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:
- برنامج Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 1-916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711.

B. ما مسئوليت داريم مطمئن شويتم به موقع به خدمات داروهای تحت پوشش دسترسى پيدا مى‌کنيد

حقوق شما به عنوان یکی از اعضاء طرح.

- شما حق انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (primary care provider, PCP) را در شبکه ما دارید. ارائه‌دهنده خدمات شبکه، ارائه‌دهنده خدماتی است که با ما همکاری می‌کند. اطلاعات بیشتر درباره این که کدام ارائه‌دهندگان می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند و چگونه می‌توان یک PCP انتخاب کرد، در «فصل 3» از کتابچه راهنمای اعضا ارائه شده است.
- با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها نگاهی بیندازید تا در مورد شبکه ارائه‌کنندگان اطلاعات بیشتری کسب کنید و متوجه شوید کدام پزشکان بیماران جدید را می‌پذیرند.
- زنان حق دارند بدون دریافت ارجاع به یک متخصص بهداشت زنان مراجعه کنند. ارجاع عبارت است از تأیید PCP شما برای مراجعه به کسی که PCP شما نیست.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات تحت پوشش شبکه ارائه‌کنندگان را در مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید.
 - o این شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان نیز هست.
 - o اگر نتوانید خدمات را طی مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت درمانی خارج از شبکه‌ها را تقبل کنیم.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات اضطراری یا درمانی که به آن نیاز فوری هست را بدون پیش تأییدیه دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که نسخه خود را از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما بدون تأخیر طولانی دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که بدانید چه زمانی می‌توانید از ارائه‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می‌پیوندید، حق دارید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را به مدت حداکثر 12 ماه حفظ کنید، به شرطی که الزامات خاصی برآورده گردد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نگه داشتن ارائه‌دهندگان و اجازه‌های خدماتی خود، به **فصل 1** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و مدیر مراقبت خود تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان قابل قبول دریافت نمی‌کنید چه کار می‌توانید بکنید. همچنین اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر پوشش برای خدمات یا داروهای شما را قبول نکردیم و شما با تصمیم ما موافق نیستید چه کار می‌توانید بکنید.

C. مسئولیت ما در زمینه حفاظت از حریم خصوصی اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI)

ما از اطلاعات سلامت شخصی (personal health information, PHI) شما طبق الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعاتی است که در هنگام ثبت نام در طرح ما به ما می‌دهید. همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات بهداشتی و درمانی شما می‌شود.

شما حق دارید اطلاعاتی را دریافت کرده و نحوه استفاده از PHI خود را مدیریت کنید. ما یک اطلاعیه کتبی در مورد این حقوق به شما داده و همچنین توضیح می‌دهیم چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اعلامیه "شیوه‌های حفظ حریم خصوصی" نامیده می‌شود.

اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت هیچ مجوز دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارائه مطالبه خدمات حساس نیستند. L.A. Care Medicare Plus مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن تعیین‌شده جایگزین عضو یا در صورت عدم وجود آن، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال می‌کند. L.A. Care Medicare Plus اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از عضو دریافت‌کننده مراقبت در اختیار هیچ عضو دیگری قرار نخواهد داد. L.A. Care Medicare Plus به درخواست‌های ارتباط محرمانه در فرم و قالب درخواستی پاسخ می‌دهد، در صورتی که به راحتی در فرم و قالب درخواستی یا در مکان‌های جایگزین قابل تولید باشد. درخواست یک عضو برای مکاتبات

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای مکاتبات محرمانه ارائه نکند معتبر خواهد بود.

برای درخواست مکاتبات محرمانه، لطفاً از طریق شماره تلفن مندرج در کارت شناسایی خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

ما باید اطمینان حاصل کنیم که افراد غیرمجاز سوابق شما را مشاهده نکنند یا تغییر ندهند.

به جز موارد ذکر شده در زیر، ما PHI شما را به کسی که مراقبت شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، نمی‌دهیم. اگر چنین کاری بکنیم، باید از شما اجازه کتبی دریافت کرده باشیم. شما یا شخصی که از نظر قانونی مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را بگیریم. این موارد طبق قانون، مجاز یا لازم‌الاجرا هستند.

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم که کیفیت خدمات ما را بررسی می‌کنند.
- ما باید PHI را طبق دستور دادگاه منتشر کنیم.

- ما باید PHI شما را به Medicare بدهیم. اگر Medicare دست به انتشار PHI شما برای تحقیق یا اهداف دیگر بزند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام خواهند داد. اگر پوشش دوگانه Medicare و Medi-Cal پوشش دارید، برای ارائه خدمات بهتر به شما و بهبود مراقبت سلامت، ما ممکن است اطلاعات سلامت شما را در اختیار Medi-Cal قرار دهیم. اگر Medi-Cal اطلاعات شما را فاش یا استفاده کند، این کار طبق قوانین فدرال صورت می‌گیرد. اگر قانون ایجاب کند، در روند همکاری ما با شرکای تجاری، این شرکا نیز باید از حریم خصوصی PHI در اختیار خود محافظت کنند و نباید، جز بر اساس الزامات قانونی و الزامات مندرج در این اطلاعیه، PHI را در اختیار دیگران قرار دهند.

C2. حق شما برای دیدن سوابق پزشکی‌تان

- شما از این حق برخوردار هستید که سوابق پزشکی خود را ببینید و نسخه‌ای از آن را برای خود نگه دارید.
- شما از این حق برخوردار هستید که از ما بخواهید سوابق پزشکی‌تان را تصحیح یا به‌روز کنیم. اگر از ما بخواهید چنین کاری انجام دهیم، ما با ارائه‌کننده مراقبت درمانی شما همکاری می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که اعمال تغییرات لازم است یا خیر.
- شما حق دارید بدانید که آیا ما PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم یا خیر.

اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق حریم خصوصی خود می‌توانید یک نسخه از اعلامیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی (Notice of Privacy Practices, NOPP) را درخواست کنید. NOPP در وب سایت ما (www.medicare.lacare.org) یا از طریق تماس با خدمات اعضا در دسترس است.

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، شما این حق را دارید که در مورد طرح ما، ارائه‌دهندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعاتی از ما دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما برای پاسخگویی به پرسش‌هایی که ممکن است درباره طرح ما داشته باشید از خدمات مترجم شفاهی برخوردار هستیم. برای داشتن مترجم شفاهی، با ما به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. شما می‌توانید مطالب اعضا را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر مانند عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید. ما می‌توانیم اطلاعاتی را به صورت چاپ درشت، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهیم.

اگر در خصوص هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما، شامل موارد زیر است:
 - اطلاعات مالی
 - نحوه امتیازدهی اعضای طرح به ما
 - تعداد درخواست‌های تجدید نظر اعضاء
 - نحوه خروج از طرح ما
- ارائه‌دهندگان شبکه و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه
 - صلاحیت‌های ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - چگونگی پرداخت به ارائه‌دهندگان شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش و قوانینی که باید رعایت کنید از جمله:
 - برای اطلاعات در مورد خدمات (به فصل‌های 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید) و داروها (به فصل‌های 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) که تحت پوشش طرح ما هستند
 - محدودیت‌های موجود برای پوشش و داروهای شما
 - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- چرا مورد خاصی پوشش داده نمی‌شود و چه کاری می‌توانید در خصوص آن انجام دهید (به فصل 9 کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از جمله اینکه از ما بخواهید:
 - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیست
 - تغییر دادن تصمیمی که گرفته‌ایم
 - پرداخت صورت حسابی که دریافت کرده‌اید

E. عدم توانایی شبکه ارائه‌دهندگان جهت صدور مستقیم صورت حساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش بکنند. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه‌دهنده هزینه کرده است، بپردازیم آن‌ها نمی‌توانند قبض را متعادل کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کار کنید، به فصل 7 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



F. حق شما برای خروج از طرح ما

اگر شما نخواهید، هیچکس نمی‌تواند شما را مجبور کند در طرح ما بمانید.

- شما از این حق برخوردار هستید که اکثر خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا یک برنامه دیگر Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای داروهای تجویز شده Medicare بخش D را از یک طرح داروهای تجویزی یا یک طرح دیگر Medicare Advantage دریافت کنید.
- به فصل 10 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.
 - برای اطلاعات بیشتری در این مورد که چه زمانی می‌توانید به یک طرح Medicare Advantage جدید یا طرح داروهای نسخه‌دار بپیوندید.
 - برای اطلاع از نحوه دریافت مزایای Medi-Cal در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خودتان

شما حق دریافت اطلاعات کامل از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را دارید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کنند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌کننده خدمات شما باید درباره مشکل شما و گزینه‌های درمانی به نحوی توضیح دهد که برای شما قابل‌درک باشد. شما حق دارید:

- با گزینه‌های خود آشنا شوید. شما حق دارید در مورد گزینه‌های مختلف درمانی توضیح دریافت کنید.
- آشنایی با خطرات. شما از این حق برخوردار هستید که از همه خطرات موجود مطلع شوید. ما باید از قبل به شما بگوییم که آیا خدمات یا درمان بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی است یا خیر. شما این حق را دارید که درمان‌های تحقیقاتی را نپذیرید.
- نظر ثانویه دریافت کنید. شما از این حق برخوردار هستید که پیش از تصمیم‌گیری درباره درمان به پزشک دیگری مراجعه کنید.
- نه بگویید. شما این حق را دارید که هر نوع درمان را نپذیرید. این شامل حق ترخیص داوطلبانه از بیمارستان یا دیگر تسهیلات پزشکی می‌شود، حتی اگر پزشکتان به شما توصیه کند که چنین کاری را نکنید. شما این حق را دارید که مصرف داروهای تجویزی خود را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از برنامه خود حذف نمی‌کنیم. در هر حال، اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تجویز شده ای را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن با خودتان خواهد بود.
- از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه‌کننده مراقبت را نپذیرفت. چنانچه ارائه دهنده‌ای از ارائه خدمات به شما خودداری کرد، در صورتی که عقیده دارید باید خدمات مربوطه به شما ارائه شود، حق دارید از ما توضیح بخواهید.



- از ما درخواست کنید تا خدمات یا دارویی که رد کرده‌ایم یا معمولاً تحت پوشش قرار نمی‌گیرد را پوشش دهیم. به این فرآیند، تصمیم درباره پوشش می‌گویند. در فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء درباره نحوه درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی از ما توضیح داده شده است.

G2. حق شما که بگویید می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد

گاهی اوقات افراد نمی‌توانند درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرند. پیش از آنکه چنین موردی برای شما پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید تا به شخصی دیگر حق بدهید تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی را به جای شما بگیرد.
- اگر نمی‌توانید برای خودتان تصمیم بگیرید، از جمله مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید دریافت کنید، دستورالعمل‌های کتبی در مورد نحوه رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی خود را به پزشک خود بدهید.

مدرک حقوقی که می‌توانید برای ارائه دستورالعمل کتبی از آن استفاده کنید "دستورالعمل قبلی" نام دارد. انواع مختلفی از دستورالعمل قبلی وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. به عنوان مثال می‌توان به وصیت نامه شخص در قید حیات و وکالت نامه برای مراقبت‌های بهداشتی اشاره کرد.

شما نیازی به داشتن دستورالعمل قبلی ندارید، اما می‌توانید داشته باشید. اگر می‌خواهید از دستورالعمل قبلی استفاده کنید، در اینجا چه کاری باید انجام دهید:

تهیه فرم. شما می‌توانید فرم را از پزشک، وکیل، بنگاه خدمات حقوقی، یا مددکار اجتماعی دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌دهنده اغلب این فرم‌ها را دارند. همچنین می‌توانید یک فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کرده و دانلود کنید.

اداره سالمندان ناحیه شهر لس‌آنجلس

تلفن: 1-800-510-2020
مکاتبه: 3175 West 6th Street
Los Angeles, CA 90020
ایمیل: Info@CSS.lacounty.gov
وبسایت: <http://css.lacounty.gov>

- **فرم را پر و امضا کنید.** این فرم یک مدرک حقوقی است. باید در نظر داشته باشید که یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP شما، در تکمیل آن به شما کمک کند.
- **نسخه‌ها را در اختیار افرادی قرار دهید که لازم است درباره آن اطلاع داشته باشند.** باید یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. باید یک نسخه از آن را نیز به فردی بدهید که او را به عنوان تصمیم‌گیرنده از جانب خود انتخاب کرده‌اید. ممکن است بخواهید به دوستان نزدیک و اعضای خانواده خود نیز یک نسخه از آن را بدهید. یک نسخه از آن را حتماً در خانه خود نگهداری کنید.
- اگر قرار باشد که در بیمارستان بستری شوید و یک فرم دستورات پیشرفته را امضاء کرده باشید، نسخه‌ای از آن را با خود به بیمارستان ببرید.
 - در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.
 - اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضا نکرده‌اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود اگر می‌خواهید آن را امضا کنید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



شما حق دارید که:

- دستورالعمل قبلی خود را در پرونده پزشکی خود قرار دهید.
 - هر زمان خواستید دستورالعمل قبلی خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
 - در مورد تغییرات در خصوص قوانین دستورالعمل قبلی بیشتر بدانید. L.A. Care Medicare Plus در کمتر از 90 روز بعد از ایجاد تغییرات در قوانین ایالتی به شما اطلاع خواهد داد.
- داشتن یک دستورالعمل قبلی به انتخاب شماست. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

G3. در صورتی که از دستورالعمل‌های شما پیروی نشود چه باید کرد

اگر یک دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موجود در آن را دنبال نمی‌کند، می‌توانید شکایتی را به دفتر بازرس کل از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609 از دوشنبه تا جمعه بین 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر ارسال کنید.

H. این حق شما است که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدید نظر کنیم

فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء به شما می‌گوید که در صورت داشتن هر گونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود چه کاری می‌توانید انجام دهید. به عنوان مثال، می‌توانید از ما درخواست کنید تا درباره پوشش‌دهی تصمیم‌گیری کنیم، برای تغییر در تصمیم‌گیری مربوط به پوشش درخواست تجدیدنظر کنید یا این که شکایتی ارائه دهید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات مربوط به درخواست‌های تجدید نظر و شکایات سایر اعضا نسبت به طرح ما را در اختیار داشته باشید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید که ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این در مورد تبعیض به دلایل ذکر شده در **فصل 11** کتابچه راهنمای اعضاء شما نیست - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس داشته باشید:

- خدمات اعضاء به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و هر یک از روزهای هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.
- برنامه مشاوره و دفاع بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 (TTY: 711) تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به فصل 2 مراجعه کنید.
- برنامه بازرس کل به شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید سند «حقوق و مصونیت‌های Medicare» را از وبسایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf دانلود و مطالعه کنید.)

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



۱. مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضای برنامه

به عنوان عضوی از برنامه درمانی، شما مسئول هستید که اقدامات زیر را انجام دهید. اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

- **کتابچه راهنمای اعضاء** مطالعه و درباره آنچه تحت پوشش قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش اطلاعاتی کسب کنید. برای جزئیات مربوط به:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیست، مقررات مربوطه که باید رعایت کنید و نیز مبلغ پرداختی را توضیح می‌دهد.
 - برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- **اگر پوشش درمانی و داروی نسخه‌ای دیگری دارید** به ما اطلاع دهید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش دهی خود در زمان دریافت خدمات مراقبت درمانی استفاده می‌کنید. در صورتی که پوشش دیگری دارید با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی** اطلاع دهید که در طرح ما عضو هستید. هنگامی که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- **به پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی** کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.
 - اطلاعاتی که لازم است درباره شما و سلامت شما بدانند را به آنها بدهید. تا حد ممکن با مشکلات بهداشتی خود آشنا شوید. از برنامه‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی که با ارائه‌کننده خود در مورد آنها توافق کرده‌اید پیروی کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات شما درباره همه داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع هستند. این موضوع شامل داروهای نسخه دار، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
 - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات باید مسائل را به روشی که برای شما قابل‌درک باشد توضیح دهند. اگر سوال کردید و پاسخ برایتان قابل‌درک نیست، دوباره سوال کنید.
- **با تیم مدیریت مراقبت خود همکاری کنید؛** از جمله در پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی.
- **با ملاحظه باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضاء به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین از شما انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان‌ها، و دیگر مراکز ارائه‌کننده رفتار محترمانه‌ای داشته باشید.
- **در مورد خدماتی که خارج از طرح ما دریافت می‌کنید به ما اطلاع دهید.**
- **بدهی و هزینه‌های خود را پرداخت کنید.** به عنوان یکی از اعضای طرح، شما موظف به پرداخت برای موارد زیر هستید:
 - حق بیمه طرح‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B. برای اکثر اعضای طرح، Medi-Cal حق بیمه بخش A و حق بیمه بخش B شما را پرداخت می‌کند.



- شما باید برای برخی از داروهای تحت پوشش طرح ما به هنگام دریافت دارو سهم خود از هزینه آن را بپردازید.
- **در صورت نقل مکان به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر خارج از منطقه خدمات ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** کتابچه راهنمای اعضا به شما در مورد منطقه خدمات ما می‌گوید.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدمات دهی ما نقل مکان می‌کنید یا خیر.
- نشانی جدید خود را بعد از نقل مکان به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- **در صورت نقل مکان به مکانی در محدوده تحت پوشش خدمات ما، باز هم لازم است که به ما اطلاع دهید.** ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- اگر شماره تلفن جدید یا راه بهتری برای تماس دارید به ما بگویید.
- اگر پرسش یا مشکلی دارید، برای دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات)

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را درباره حقوق شما ارائه می‌کند. اگر با مواردی مانند مشکلات زیر روبرو شده‌اید، این فصل را بخوانید:

- دشواری یا شکایتی درباره برنامه پوشش خود دارید.
- شما به یک خدمات، وسیله یا دارویی نیاز دارید که طرح شما گفته برای آن هزینه‌ای نمی‌پردازد.
- با تصمیمی که طرح درباره خدمات مراقبتی شما گرفته، موافق نیستید.
- به نظر شما خدمات تحت پوشش شما خیلی زود پایان می‌پذیرد.
- مشکل یا شکایتی درباره خدمات و حمایت طولانی مدت خود دارید، که شامل موارد زیر می‌شود: خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF).

این فصل به قسمت‌هایی تقسیم شده که بتوانید به سادگی مطالب موردنظر خود را بیابید. اگر دشواری یا نگرانی دارید، بخش‌های مربوط به آنها را در این فصل بخوانید.

شما باید مراقبت‌های درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های درازمدتی که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. اگر مشکلی در رابطه با خدمات مراقبتی خود دارید، می‌توانید از طریق شماره **1-888-452-8609** با برنامه بازرسی کل تماس بگیرید و راهنمایی دریافت کنید. این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده شده است ولی همیشه می‌توانید با برنامه بازرسی کل برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. به منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس در رابطه با آنها، به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

فهرست مطالب

- A. اگر مشکل یا نگرانی دارید چه کاری باید انجام دهید 157
- A1. واژگان و اصطلاحات حقوقی. 157
- B. از کجا کمک بگیریم 157
- B1. برای اطلاعات بیشتر و راهنمایی 157
- C. درک شکایات و درخواستهای Medicare و Medi-Cal در طرح ما 159
- D. مشکلات مربوط به مزایا. 159
- E. تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر 159
- E1. تصمیمات در مورد پوشش 163
- E2. تجدیدنظر 161
- E3. کمک گرفتن برای تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر 161



161	E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک می‌کند
162	F. مراقبت‌های پزشکی
162	F1. استفاده از این بخش
163	F2. ارسال درخواست برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش
165	F3. درخواست تجدید نظر سطح 1
167	F4. درخواست تجدید نظر سطح 2
172	F5. مشکلات مربوط به پرداخت
174	G. داروهای نسخه دار بخش D از Medicare
174	G1. بخش D تصمیمات پوشش و تجدید نظر
175	G2. بخش D استثنائات
177	G3. نکات مهم درباره درخواست برای موارد استثناء
177	G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثناء
179	G5. درخواست تجدید نظر سطح 1
181	G6. درخواست تجدید نظر سطح 2
183	H. درخواست از ما برای پوشش طولانی مدت بستری شدن در بیمارستان
183	H1. آگاهی از حق و حقوق Medicare خود
184	H2. درخواست تجدید نظر سطح 1
186	H3. درخواست تجدید نظر سطح 2
187	H4. درخواست تجدید نظر جایگزین سطح 1
188	H5. درخواست تجدید نظر جایگزین سطح 2
188	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی
189	I1. اطلاع قبلی پیش از پایان پوشش شما
189	I2. درخواست تجدید نظر سطح 1
190	I3. درخواست تجدید نظر سطح 2
191	I4. درخواست تجدید نظر جایگزین سطح 1
192	I5. درخواست تجدید نظر جایگزین سطح 2
193	J. درخواست تجدیدنظر فراتر از مرحله 2
193	J1. گام‌های بعد برای خدمات و وسایل Medicare
194	J2. تجدیدنظرهای اضافی Medi-Cal
196	J3. سطوح تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست دارو بخش D
197	K. چگونه می‌توان شکایت کرد
197	K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد
199	K2. شکایات‌های داخلی
200	K3. شکایات خارجی



A. اگر مشکل یا نگرانی دارید چه کاری باید انجام دهید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. از یک فرآیند برای تصمیمات پوششی و تجدیدنظر و از فرآیند دیگر برای شکایت استفاده کنید که اعتراض نیز نامیده می‌شود.

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرآیند دارای مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌هایی است که ما و شما باید از آنها پیروی کنیم.

A1. واژگان و اصطلاحات حقوقی

در این فصل اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها وجود دارد. بسیاری از این عبارات حقوقی ممکن است به سختی قابل درک باشد، بنابراین ما از کلمات ساده‌تر به جای واژه‌های دقیق حقوقی استفاده کرده‌ایم. ما تا جایی که امکان داشته باشد کمتر از اختصارها استفاده کرده‌ایم.

به عنوان مثال، ممکن است بگوییم:

- "شکایت کنید" به جای اینکه "دعوی خود را مطرح کنید"
 - "تصمیم درباره پوشش دهی" به جای "تصمیم سازمانی"، "معین سازی مزایا"، "تعیین ریسک" یا "معین سازی پوشش"
 - "تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش دهی" به جای "تعیین تکلیف تسریع یافته"
 - "سازمان بررسی مستقل" به جای "نهاد بررسی مستقل"
- دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می‌دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. از کجا کمک بگیریم**B1. برای اطلاعات بیشتر و راهنمایی**

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل، ممکن است موجب سردرگمی شود. به ویژه اگر حالتان خوب نباشد یا توان کمی داشته باشید. گاهی نیز ممکن است دانش لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی

می‌توانید به برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تلفن کنید. مشاوران HICAP همچنین می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ داده و در درک آنچه باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک کنند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه شهرها مشاورین حرفه‌ای دارد و این خدمات رایگان است. HICAP دارای شماره تلفن 1-800-434-0222 است.



کمک از طرف ائتلاف مصرف کنندگان سلامت

می‌توانید با ائتلاف مصرف کنندگان سلامت تماس بگیرید و در مورد سؤالات پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. ائتلاف مصرف کنندگان سلامت با ما یا با هیچ شرکت بیمه‌ای یا طرح سلامتی مرتبط نیست. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 وب سایت آنها www.healthconsumer.org است.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare ارائه شده است:

- در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- از وبسایت Medicare بازدید کنید www.medicare.gov.

راهنمایی و اطلاعات از Medi-Cal**می‌توانید از دفتر مدافع بیماران کمک بگیرید**

دفتر مدافع بیماران (Office of the Patient Advocate, OPA) می‌تواند به شما در درک حقوق خود، چگونه دریافت کردن بیمه درمانی و انتخاب کیفیت خدمات درمانی کمک کند.

می‌توانید با OPA با شماره تلفن 1-888-466-2219 یا ایمیل contactopa@opa.ca.gov تماس بگیرید. می‌توانید از وبسایت OPA در نشانی <http://www.opa.ca.gov> دیدن کنید.

می‌توانید با BFCC-QIO نیز تماس بگیرید

همچنین می‌توانید شکایت خود را با بهبود کیفیت مراقبت متمرکز خانواده (Beneficiary and Family-Centered Care, BFCC) سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) برای کالیفرنیا، Livanta مطرح کنید. می‌توانید با BFCC-QIO به نشانی زیر مکاتبه کنید:

Livanta
BFCC-QIO Program
10820 Guilford Rd. Suite 202
Annapolis Junction, MD 20701

همچنین می‌توانید تماس بگیرید با 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) Livanta از ساعت 9 صبح تا 5 بعد از ظهر روزهای دوشنبه تا جمعه؛ شنبه، یکشنبه و تعطیلات از ساعت 11 صبح تا 3 بعد از ظهر در دسترس است.

https://livantaqio.com/en/beneficiary/immediate_advocacy

کمک از اداره خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا

بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal، از سوی اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) نیز می‌تواند کمک کند. اگر در مورد عضو شدن، تغییر یا ترک برنامه درمانی خود مشکلی دارید، آنها می‌توانند کمک کنند. اگر تغییر مکان داده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به شهر



جدید مشکلی دارید نیز می‌توانند کمک کنند. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر به شماره 1-888-452-8609 با بازرس کل تماس بگیرید.

می‌توانید از اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا یا اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا کمک بگیرید

برای کمک رایگان با بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های بیمه درمانی است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا و کم‌شنوا هستند و یا اختلال گفتاری دارند، می‌توانند از شماره‌های رایگان 1-877-688-9891 TDD استفاده نمایند.

C. درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما تحت پوشش Medicare و Medi-Cal می‌باشید. اطلاعات این فصل برای تمام مزایای Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. این گاهی اوقات "فرایند یکپارچه" نامیده می‌شود زیرا فرایندهای Medicare و Medi-Cal را ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات نمی‌توان فرایندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب کرد. در این شرایط، شما از یک فرایند برای مزایای Medicare و از فرایند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. **بخش F4** این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایا

اگر دشواری یا نگرانی دارید، بخش‌های مربوط به آنها را در این فصل بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا قسمت مرتبط با مشکلات یا شکایت‌های خود در این فصل را پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش شما است؟	
از جمله مشکلات مرتبط با خدمات مراقبت پزشکی خاص یا این که داروهای نسخه‌ای پوشش داده می‌شود یا خیر، روش پوشش دهی این موارد و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه خدمات درمانی پزشکی یا داروهای نسخه‌ای است.	
بله. مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش درمانی است. به بخش E، "تصمیمات پوشش و تجدیدنظر" مراجعه کنید.	خیر. مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش درمانی نیست. به بخش K، "چگونه شکایت کنیم" مراجعه کنید.



E. تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر

این فرآیند شامل درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر در رابطه با مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش دهی طرح است. همچنین به مشکلات پرداختی هم می‌پردازد.

E1. تصمیمات در مورد پوشش

تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی طرح یک تصمیم‌گیری درباره مزایا یا پوشش دهی شما، یا درباره مبلغی پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی، موارد مختلف یا داروهای شما است. هرگاه تصمیم مربوط به اینکه چه چیزی تحت پوشش است یا چه مبلغی به شما پرداخت می‌گردد باشد، در حقیقت تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش صورت گرفته است. به عنوان مثال، پزشک شبکه شما هر زمان که از او مراقبت‌های پزشکی دریافت می‌کنید یا هر وقت شما را به یک متخصص پزشکی ارجاع می‌دهد، یک تصمیم پوشش مطلوب برای شما می‌گیرد.

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و یک تصمیم پوشش درخواست کنید. شما یا پزشکتان ممکن است در خصوص اینکه آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا آیا از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید به آن نیاز دارید خودداری می‌کنیم، مطمئن نباشید. اگر قبل از دریافت خدمات پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما یک تصمیم پوشش بگیریم.

در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که خدمات یا داروهایی برای شما دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد یا دیگر تحت پوشش نباشد. اگر با این تصمیم پوشش موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

E2. تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی برای پوشش می‌گیریم و شما از این تصمیم راضی نیستید، می‌توانید به این تصمیم "اعتراض" کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که گرفته‌ایم.

هنگامی که برای اولین بار تصمیمی را تجدید نظر می‌کنید، به این درخواست تجدیدنظر سطح 1 می‌گویند. در این درخواست تجدیدنظر، تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگانی متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اصلی را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

در اکثر مواقع، شما باید در مرحله 1 درخواست بررسی را شروع کنید. اگر نمی‌خواهید که برای خدمات Medi-Cal ابتدا به طرح درمانی درخواست تجدیدنظر کنید، اگر مشکل درمانی شما فوری بوده یا مربوط به یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما می‌شود، یا اگر درد شدید دارید و به تصمیم فوری نیاز دارید، می‌توانید از اداره بررسی مستقل پزشکی به آدرس www.dmhca.gov برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر به صفحه 171 مراجعه کنید.

وقتی بازبینی را کامل کنیم، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست سریع یا «تصمیم پوشش سریع» یا تجدیدنظر سریع درباره یک تصمیم پوشش دهید.

اگر به تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما نه بگوئیم، می‌توانید به درخواست تجدیدنظر سطح 2 بروید. یک سازمان بررسی مستقل که به ما متصل نیست، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام می‌دهد.

• در برخی شرایط، پرونده شما به طور خودکار برای تجدید نظر سطح 2 به سازمان بازنگری مستقل ارسال می‌شود. اگر این اتفاق افتاد، ما به شما می‌گوییم.

• در شرایط دیگر، باید درخواست تجدیدنظر سطح 2 کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به **بخش F4** مراجعه کنید.
- اگر از تصمیم تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید سطوح بیشتری از درخواست تجدیدنظر را طی کنید.
- E3. کمک گرفتن برای تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر**
می‌توانید از یکی از موارد زیر کمک بخواهید:
- **خدمات اعضا** از طریق تماس با شماره‌های پایین صفحه.
- **برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)** به شماره 1-800-434-0222.
- برای کمک رایگان با مرکز کمک‌رسانی اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های بیمه درمانی است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا دچار اختلال در گفتار هستند، می‌توانند از شماره‌های رایگان TDD 1-877-688-9891 استفاده نمایند.
- با **پزشک خود یا ارائه‌دهندگان دیگر** مشورت کنید. پزشک شما یا دیگر ارائه‌دهندگان می‌توانند از طرف شما درخواست رای پوشش یا اعتراض ارائه کنند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده.** می‌توانید از شخص دیگری درخواست کنید که به عنوان "نماینده" از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر کند.
- **یک وکیل.** شما حق داشتن وکیل دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، نیازی به داشتن وکیل ندارید.
- با وکیل خود تماس بگیرید، یا از کانون وکلای محلی خود یا دیگر منابع نام وکیلی را بپرسید. برخی از گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن شما، خدمات رایگان ارائه می‌دهند.
- با شماره 1-888-3536-3536 با ائتلاف مصرف کنندگان سلامت تماس بگیرید و درخواست وکیل برای مشاوره حقوقی کنید.
- اگر می‌خواهید یک وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به آن شخص دیگر اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند.
- از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید و فرم "انتصاب نماینده" را بخواهید. فرم را می‌توانید از نشانی www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت ما به نشانی medicare.lacare.org دانلود کنید. باید یک کپی از فرم امضا شده را برای ما ارسال کنید.

E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک می‌کند

در چهار وضعیت مختلف درخواست تصمیم‌گیری در مورد میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر صادق است. هر یک از این شرایط قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارند. 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 نسخه دار Medicare بخش D"**



- **بخش H،** «از ما می‌خواهید بستری طولانی‌تری را در بیمارستان پوشش دهیم»
- **بخش I،** «از ما درخواست می‌کنید تا به پوشش برخی از خدمات پزشکی ادامه دهیم (این بخش فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی و خدمات جامع توانبخشی سرپایی [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF].)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. مراقبت‌های پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت و خدمات پزشکی است که در فصل 4 کتاب راهنمای اعضا توضیح داده شده است. ما به طور کلی در ادامه این بخش به "پوشش مراقبت‌های پزشکی" یا "مراقبت‌های پزشکی" اشاره می‌کنیم. اصطلاح "مراقبت‌های پزشکی" شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای نسخه‌ای بخش B از Medicare می‌شود که معمولاً داروهایی هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی شما تجویز می‌شوند. ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای بخش B اعمال شود. وقتی که اینطور است، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای نسخه‌ای بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

این بخش درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی را که شما نیاز دارید پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید. **چکار می‌توانید بکنید:** می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. به **بخش F2 مراجعه کنید.**
2. ما مراقبت‌های پزشکی را که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی می‌خواهند به شما ارائه دهند، تأیید نکردیم و شما فکر می‌کنید که ما باید آن را تأیید کنیم. **چه کاری می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. به **بخش F3 مراجعه کنید.**
3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کردید که فکر می‌کنید ما آن را پوشش می‌دهیم، اما ما برای آن پرداخت نمی‌کنیم. **چکار می‌توانید بکنید:** می‌توانید به تصمیم عدم پرداخت ما اعتراض کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**
4. مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید تحت پوشش بوده است را دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت نموده‌اید و از ما می‌خواهید که هزینه را به شما عودت دهیم. **چکار می‌توانید بکنید:** می‌توانید از ما تقاضای بازپرداخت کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**
5. ما پوشش شما را برای یک مراقبت پزشکی خاص کاهش دادیم یا متوقف کردیم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند. **شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشک پیدا کنید.**
6. **کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید در مورد تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی درخواست تجدید نظر کنید. به **بخش F4 مراجعه کنید.**



- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز مراقبت پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H** مراجعه کنید.
- برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

F2. ارسال درخواست برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش

هنگامی که یک تصمیم پوشش شامل مراقبت پزشکی شما می‌شود، به آن "تشخیص سازمانی یکپارچه" می‌گویند.

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق موارد زیر از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم:

- تماس: 1-833-522-3767 (TTY: 711).
- فکس: 1-213-438-5748
- مکاتبه:

Attention: Appeals & Grievances - 348
1055 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

تصمیم پوششی استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه، با استفاده از مهلت‌های «سریع» موافقت کنیم. یک تصمیم پوششی استاندارد به این معنی است که ما به شما پاسخ می‌دهیم در مورد:

- L.A. Care Medicare Plus در عرض 5 روز کاری، از زمانی که L.A. Care Medicare Plus اطلاعات لازم برای تصمیم‌گیری را دریافت میکند و حداکثر 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست L.A. Care Medicare Plus، در مورد پیش تأییدیه‌های معمول برای خدمات پزشکی یا اقلام تصمیم‌گیری میکند.

- داروی نسخه‌ای بخش Medicare B ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

تصمیم پوششی سریع

اصطلاح حقوقی برای «تصمیم‌گیری سریع‌تر برای میزان پوشش»، «تعیین تکلیف تسریع شده» است.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی خود تصمیمی برای پوشش اتخاذ کنیم و سلامتی شما نیاز به پاسخ سریع دارد، از ما بخواهید «تصمیم پوشش سریع» بگیریم. یک تصمیم پوششی سریع به این معنی است که ما به شما پاسخ می‌دهیم در مورد:

- خدمات یا کالای پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.
- داروی نسخه دار Medicare بخش B ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.



برای گرفتن یک تصمیم پوشش سریع، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

- شما برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت نکرده‌اید، درخواست پوشش می‌کنید. (شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم سریع پوشش دهید.
- استفاده از ضرب‌الاجل‌های معمول می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشکتان به ما بگوید که سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می‌دهیم. اگر درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش دهی را دارید اما پزشکتان از شما پشتیبانی نمی‌کند، ما تعیین می‌کنیم که آیا تصمیم‌گیری سریع را دریافت می‌کنید یا خیر.

اگر به این نتیجه رسیدیم که سلامت شما الزامات یک تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی‌کند، نامه‌ای به این منظور برای شما ارسال می‌کنیم و مهلت‌های استاندارد استفاده می‌نماییم. نامه به شما می‌گوید:

- در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می‌دهیم.
- چطور می‌توانید یک "شکایت سریع" درخصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم‌گیری پوشش معمول به جای تصمیم‌گیری سریع پوشش داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بگوییم نه، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر راهی رسمی است که از ما بخواهید تصمیم خود را بررسی کرده و آن را تغییر دهیم.
 - 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 تصمیم پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نمی‌کنیم. نمونه‌هایی از زمانی که یک درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند که از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نیست، یا
- اگر بخواهید درخواستان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش رد کنیم، اخطاریه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدید نظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

F3. درخواست تجدید نظر سطح 1

جهت آغاز مرحله درخواست تجدیدنظر، شما یا پزشک شما یا یک ارائه دهنده دیگر و یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات - می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا درخواست تجدیدنظر سریع را به صورت کتبی یا با تماس با ما با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، درخواست کنید.



- اگر پزشک یا سایر تجویزکننده‌های شما بخواهد خدمات یا موردی را که قبلاً در طول فرآیند تجدیدنظر دریافت می‌کردید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده خود نام ببرید تا از طرف شما اقدام کند.
 - اگر شخص دیگری غیر از پزشکتان درخواست تجدید نظر را برای شما ارائه کرد، فرم انتصاب نماینده را ضمیمه کنید که به این شخص اجازه می‌دهد نماینده شما باشد. فرم را می‌توانید از نشانی www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت ما medicare.lacare.org دانلود کنید.
 - ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را ظرف 44 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
 - 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 سازمان بررسی مستقل بخواهید تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کند.
- شما باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ نامه‌ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدید نظر کنید.
- اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع کننده‌ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. مثال‌هایی از دلایل قانع کننده مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدید نظر را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما کپی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.
- اگر سلامت شما در خطر است، درخواست «اعتراض سریع» کنید.**

اصطلاح حقوقی برای "اعتراض سریع"، "بررسی مجدد تسریع شده" است.

- اگر به تصمیم ما در مورد پوشش مراقبتی که دریافت نکرده‌اید، اعتراض دارید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
 - روند درخواست تجدیدنظر سریع مانند تصمیم پوششی سریع است. برای درخواست تجدیدنظر سریع، دستورالعمل‌های درخواست تصمیم پوشش سریع در **بخش F2** را دنبال کنید.
 - اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامت شما اینگونه ایجاب می‌کند، ما به شما تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
- اگر به شما بگوییم که خدمات یا مواردی را که قبلاً دریافت کرده‌اید متوقف کرده یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید برخورداری از آن خدمات یا موارد را در طول درخواست تجدیدنظر خود ادامه دهید.**
- اگر ما تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی که پیش از این مورد تأیید بوده است را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، اطلاعیه‌ای را برای شما قبل از عملی شدن آن ارسال خواهیم کرد.
 - اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.



- اگر ظرف **10 روز تقویمی از تاریخ درج شده** در نامه ما یا تا تاریخ مؤثر مورد نظر برای اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 بکنید، به پوشش خدمات یا مورد ادامه می‌دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما در انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
- همچنین تمام خدمات یا موارد دیگر (که موضوع درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
- اگر قبل از این تاریخ ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا داروی شما مادامی که منتظر تصمیم تجدیدنظر خود هستید ادامه نخواهد یافت.

ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.

- وقتی درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، دوباره به تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی نگاه می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ منفی داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری را جمع آوری می‌کنیم. ممکن است با شما یا پزشکتان تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

مهلت‌هایی برای تجدید نظر سریع وجود دارد.

- زمانی که ما از مواعدهای سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف **72 ساعت پس از دریافت درخواست شما** پاسخ بدهیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه سریع‌تر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر ظرف **72 ساعت** به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **بله بگوییم**، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **نه بگوییم**، درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

مهلت‌هایی برای درخواست تجدید نظر استاندارد 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 برای یک داروی نسخه دار Medicare بخش B است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر یا در صورت نیاز سلامتی‌تان زودتر به شما می‌دهیم.
- اگر ظرف مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم.



اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، باید پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، پوششی را که موافقت کرده‌ایم در عرض 30 روز تقویمی، یا اگر درخواست شما برای داروی نسخه‌ای Medicare Part B باشد، ظرف 7 روز تقویمی ارائه کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، حقوق تجدیدنظر دیگری دارید:

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 به واحد بررسی مستقل ارسال شده است.
- اگر مشکل شما مرتبط به پوشش دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medi-Cal است، در این نامه به شما اطلاع داده می‌شود که چگونه شخصاً برای درخواست تجدیدنظر مرحله 2 اقدام کنید.

F4. درخواست تجدید نظر سطح 2

- اگر به بخشی یا همه تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب منفی بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً Medicare یا Medi-Cal یا هر دو طرح، خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند.
- اگر مشکل شما مرتبط به خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً آنها را پوشش می‌دهد، ما به صورت خودکار و به محض تکمیل مرحله 1 درخواست تجدیدنظر، پرونده شما را به مرحله 2 تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است، که Medi-Cal معمولاً آنها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. نامه به شما می‌گوید که چگونه این کار را انجام دهید. همچنین در ادامه این فصل اطلاعات بیشتری را توضیح می‌دهیم. ما به‌طور خودکار برای خدمات یا اقلام Medi-Cal درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال نمی‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا موردی است که احتمال دارد Medicare و Medi-Cal هر دو آن را پوشش بدهند، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 با سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید. شما همچنین می‌توانید درخواست دادرسی عادلانه ایالتی کنید.
- اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. به بخش F3 برای اطلاعات بیشتر درخصوص تداوم مزایا در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 1 مراجعه کنید.
- اگر مشکلاتان درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول مراحل درخواست تجدیدنظر مرحله 2 با واحد بررسی مستقل، ادامه نخواهد داشت.
- اگر مشکل شما در مورد سرویسی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد.



هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً آنها را پوشش می‌دهد

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده.

عنوان رسمی "سازمان بررسی مستقل"، "**نهاده بررسی مستقل**" است و گاهی اوقات "**(Independent Review Entity) IRE**" خطاب می‌شود.

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی محسوب نمی‌شود. Medicare این شرکت را به عنوان سازمان بررسی مستقل انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("مدارک پرونده" شما) را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.
- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظرتان در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.
- مسئولین بررسی در واحد بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدید نظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.

- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت. سازمان بررسی مستقل باید ظرف **72 ساعت پس از دریافت** درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهند.
- اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی است و سازمان بررسی مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است تا **14 روز تقویمی** بیشتر طول بکشد. اگر درخواست شما برای داروی نسخه دار Medicare بخش B باشد، سازمان بررسی مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

اگر تجدیدنظر استاندارد در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2 خواهید داشت.

- 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 برای اقلام یا خدمات پزشکی است، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **30 روز تقویمی پس از دریافت** درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه دار Medicare بخش B باشد، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **7 روز تقویمی پس از دریافت** درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی است و سازمان بررسی مستقل نیاز به جمع آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است تا **14 روز تقویمی** بیشتر طول بکشد. اگر درخواست شما برای داروی نسخه دار Medicare بخش B باشد، سازمان بررسی مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

سازمان بررسی مستقل پاسخ شما را به صورت مکتوب به شما می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.



- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست ارقام یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
 - پوشش مراقبت‌های پزشکی را ظرف 72 ساعت تایید کنیم یا
 - خدمات را ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل برای درخواست‌های استاندارد ارائه می‌کنیم یا
 - خدمات را ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را به درخواست‌های سریع دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست داروی نسخه دار Medicare بخش B جواب مثبت بدهد، ما باید داروی نسخه دار Medicare بخش B مورد اختلاف را مجاز کرده یا ارائه کنیم:
 - ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل به درخواست‌های استاندارد یا
 - ظرف 24 ساعت از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را به درخواست‌های سریع دریافت می‌کنیم.
- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما جواب منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید نکنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید یا خیر.

پس از سطح 2، سه سطح اضافی در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.

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 یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اختصاریه کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.

یک قاضی حقوق اداری یا قاضی وکیل رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش 1 بروید.

هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

(1) دادرسی ایالتی

می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal بدهید. اگر پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان شما خدمات یا وسایلی را درخواست کنند و ما تأیید نکنیم، یا اگر پرداخت هزینه خدمات یا وسایلی که شما قبلاً داشته‌اید متوقف شود و به مرحله 1 تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهیم، حق شما است که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

در اکثر موارد از زمان ارسال نامه «حقوق دادرسی شما»، 120 روز فرصت دارید که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

توجه: اگر به دلیل اینکه ما به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر می‌کند یا متوقف می‌شود، درخواست دادرسی ایالتی می‌کنید، اگر می‌خواهید تا زمانی که جلسه دادرسی ایالتی شما در حال بررسی است به دریافت آن خدمات ادامه دهید، روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود فرصت دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر بخش "آیا مزایای من در طول تجدیدنظر مرحله 2 ادامه پیدا خواهند کرد؟" را در صفحه 170 مطالعه کنید.



برای درخواست دادرسی ایالتی دو راه وجود دارد:

1. می‌توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" را در پشت اعلامیه اقدامات پر کنید. باید همه اطلاعات موردنیاز را، مانند نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام طرح درمانی یا شهیر که بر علیه نظر شما تصمیم‌گیری کرده، برنامه‌های کمکی مربوطه و شرح کامل دلایلی که بخاطر آن درخواست دادرسی دارید را ارائه دهید. سپس می‌توانید با استفاده از یکی از روش‌های زیر درخواستتان را ارسال کنید:

- سازمان امور رفاهی شهر که نشانی آن در پشت برگه اعلامیه قرار دارد.
- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- به اداره دادرسی ایالتی به شماره زیر فکس کنید: 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره تلفن 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید که تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار شلوغ هستند.

اگر هنوز با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید:

*درخواست «بررسی مستقل پزشکی» بدهید تا یک بازرس خارج از سازمان که به طرح درمانی ارتباط ندارد پرونده شما را بررسی کند.

*خواستار دادرسی ایالتی شوید تا قاضی، پرونده شما را بررسی کند.

می‌توانید همزمان هم بررسی مستقل پزشکی و هم دادرسی ایالتی را درخواست کنید. همچنین می‌توانید یکی را قبل از دیگری درخواست کنید تا شاید مشکل شما بدین ترتیب حل شود. به عنوان مثال اگر اول برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید ولی با تصمیم آنها مخالف باشید می‌توانید بعداً درخواست دادرسی ایالتی بکنید. اما اگر اول درخواست دادرسی ایالتی کنید و دادرسی ایالتی انجام شود دیگر نمی‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی بکنید. در این حالت تصمیم دادرسی ایالتی نهایی خواهد بود.

مجبور نخواهید بود هزینه بررسی مستقل پزشکی یا دادرسی ایالتی را بپردازید.

بررسی مستقل پزشکی

اگر می‌خواهید درخواست بررسی مستقل پزشکی بدهید، 180 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه نتیجه تجدیدنظر فرصت دارید. پاراگراف زیر اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست بازبینی پزشکی مستقل در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «شکایت» هم در مورد «شکایت» و هم در مورد «تجدیدنظر» بکار می‌رود.

«اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات درمانی است. در صورت داشتن اعتراض علیه پلان بیمه درمانی خود باید پیش از تماس با بخش، ابتدا از طریق شماره 1-888-839-9909 با طرح درمانی خود تماس بگیرید و از فرآیند اعتراض طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این روال شکایات، شما را از اعمال هرگونه حقوق یا راحل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در رابطه با اعتراضی که مربوط به یک مورد اورژانسی است، اعتراضی که به نحوه قانع کننده‌ای توسط طرح درمانی شما



حل و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای تقاضای کمک با اداره خدمات درمانی کالیفرنیا تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط «بررسی مستقل پزشکی» (Independent Medical Review, IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، روال IMR به طریقی بی طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه خدمات بهداشتی و درمانی را مورد رسیدگی قرار می‌دهد. این تصمیمات می‌تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا درمان پیشنهاد شده، تصمیمات مربوط به پوشش برای درمان‌های دارای ماهیت آزمایشی یا پژوهشی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. اداره همچنین دارای شماره رایگان (1-888-466-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) ویژه افراد مبتلا به اختلالات شنوایی یا گفتاری است. وبسایت اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه تصمیم تجدیدنظر برای درخواست دادرسی ایالتی فرصت دارید. با این حال، اگر طرح سلامت شما، در طول فرآیند درخواست تجدیدنظر طرح سلامت، ارائه خدمات مورد اختلاف (کمک دریافت شده در حین انتظار) به شما را ادامه دهد و بخواهید تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتیان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تجدید نظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. حتی اگر طرح درمانی شما باید کمک دریافت شده در حین انتظار بدهد، زمانی که درخواست دادرسی ایالتی به این روش می‌کنید، باید به طرح درمانی خود اطلاع دهید که می‌خواهید کمک‌های پرداختی را در حالت تعلیق دریافت کنید تا زمانی که جلسه استماع ایالتی شما تصمیم‌گیری شود. باید با خدمات مشتریان L.A. Care به شماره 1-888-839-9909 به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته تماس بگیرید. اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، لطفاً با 711 TTY تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

*آنلاین در www.cdss.ca.gov

*تلفنی: با شماره 1-800-743-8525. ممکن است این خط بسیار شلوغ باشد. ممکن است پیامی بشنوید که از شما درخواست می‌کند بعداً تماس بگیرید. اگر دچار مشکل گفتاری یا شنوایی هستید، با 1-800-952-8349 TTY/TDD تماس بگیرید.

*کتبی: فرم «دادرسی ایالتی» را پر کنید یا نامه بنویسید. نامه را با ایمیل یا فکس به این نشانی بفرستید:

نامه: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

فکس: 1-916-309-3487 یا تلفن رایگان 1-833-281-0903

یک فرم دادرسی ایالتی به پیوست این نامه ارسال شده است. لطفاً حتماً نام، نشانی، شماره تلفن، شماره بیمه تامین اجتماعی و/یا شماره شماره شناسایی مراجع (Client Identification Number, CIN) و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری برای دادن درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، نشانی و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی که تکلم می‌کنید را به بخش دادرسی‌های ایالتی بگویید. لازم نیست هزینه‌ای برای خدمات مترجم شفاهی بپردازید. بخش دادرسی ایالتی یک مترجم در اختیار شما قرار خواهد داد. اگر دارای یک معلولیت هستید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند تسهیلات ویژه‌ای را به صورت رایگان به شما ارائه کند تا بتوانید در دادرسی شرکت کنید. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و تسهیلات مورد نیاز را ضمیمه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره (711 TTY) 1-833-522-3767، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



بعد از درخواست دادرسی ایالتی، تصمیم گیری در مورد پرونده شما و دریافت پاسخ می‌تواند تا 90 روز طول بکشد. اگر تصور می‌کنید این انتظار می‌تواند به سلامتی شما آسیب برساند، شاید بتوانید پاسخ را ظرف مدت 3 روز دریافت کنید. از پزشک یا برنامه خدمات بهداشتی و درمانی خود درخواست کنید یک نامه برای شما بنویسند. این نامه بایستی تشریح کند که به چه دلیل انتظار برای حداکثر 90 روز برای تصمیم گیری در مورد پرونده شما ممکن است زندگی یا سلامتی یا توانایی در دستیابی، حفظ یا احیای حداکثر توانایی بدنی را برای شما به مخاطره بیاندازد. در این صورت، حتماً خواستار دادرسی سریع شوید و نامه همراه درخواست دادرسی را ارائه کنید.

شما می‌توانید در جلسه دادرسی ایالتی از جانب خود صحبت کنید. همچنین یک خویشاوند، دوست، نماینده، پزشک و یا وکیل می‌تواند به جای شما صحبت کند. اگر می‌خواهید یک شخص دیگر از جانب شما حرف بزند، باید به بخش دادرسی‌های ایالتی اعلام کنید که آن شخص اجازه دارد از طرف شما صحبت کند. این شخص، نماینده مجاز نامیده می‌شود.

کمک حقوقی

ممکن است بتوانید کمک قانونی رایگان دریافت کنید. با اداره مصرف‌کنندگان و امور تجاری ناحیه لس‌آنجلس به شماره 1-800-593-8222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره 1-888-804-3536 با انجمن مشاوره حقوقی شهر خود تماس بگیرید.

دفتر دادرسی عادلانه تصمیم خود را به صورت کتبی به شما می‌دهد و دلایل را ذکر می‌کند.

- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی **بله** بگوید، ما باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، مجوز یا ارائه خدمات یا مورد را ارائه کنیم.
- اگر دفتر دادرسی عادلانه به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می‌کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر تصمیم سازمان بررسی مستقل یا دفتر دادرسی عادلانه برای تمام یا بخشی از درخواست شما **منفی** باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید.

اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به **واحد بررسی مستقل** منتقل شده است، فقط در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدید نظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا کالای مورد نظر شما با حداقل مقدار معین مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. در نامه‌ای که از طرف سازمان بررسی مستقل دریافت می‌کنید، درباره حقوق دیگر شما در زمینه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.

نامه‌ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به بخش ۱ مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه‌کنندگان عضو شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که مبلغی برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما مطالبه کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می‌کند صادق است. شما هیچوقت لازم نیست مازاد هیچ صورت حسابی را پرداخت کنید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست پرداخت آن را کنند، سهم بیمه شده برای دسته بندی هایی دارویی است که نیاز به سهم بیمه شده دارند.

اگر بابت خدمات و اقلام تحت پوشش صورت حساب دریافت کردید، آن را برای ما بفرستید. شما نباید صورت حساب را خودتان پرداخت کنید. ما با ارائه‌کننده مستقیماً تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم. اگر صورت حساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می‌توانید مبلغ را پس بگیرید.



برای اطلاعات بیشتر به **فصل 7** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید. این شرایطی را توضیح می‌دهد که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید بازپرداخت یا صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید بپردازیم. همچنین برای شما شرح می‌دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت برای ما ارسال کنید.

اگر درخواست کنید که به شما پرداختی صورت گیرد، این به منزله تصمیم‌گیری برای میزان پوشش می‌باشد. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که شما هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم که آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده‌اید.

- اگر خدمات یا مواردی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بوده است و شما از تمام قوانین پیروی کرده‌اید، یا اگر طرح دارای اشتراک هزینه باشد، سهم خود را از هزینه خدمات یا مورد ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما پرداخت خواهیم کرد.

- در صورتی که هزینه خدمات یا کالا را هنوز پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً به ارائه‌دهنده خدمات ارسال می‌کنیم. ارسال مبلغ به منزله پذیرش درخواست شما برای رای پوشش است.

- اگر خدمت یا کالا تحت پوشش نباشد، یا اگر شما برخی قوانین را رعایت نکرده باشید، با ارسال نامه‌ای به شما اعلام می‌کنیم که هزینه خدمت یا کالا را پرداخت نخواهیم کرد و دلیل آن را نیز ذکر می‌کنیم.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. می‌توانید به روند تجدید نظر در **بخش F3** مراجعه نمایید. هنگامی که از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه‌ها توسط ما درخواست تجدیدنظر ارائه می‌کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، پاسخگو باشیم.
- اگر از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده‌اید و هزینه آنها را خودتان پرداخت نموده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا مورد را پوشش دهد، ما پرونده شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. اگر این اتفاق بیفتد برای شما نامه می‌فرستیم.

- اگر سازمان بررسی مستقل با تصمیم ما مخالفت کند و به ما بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، ما باید ظرف 30 روز تقویمی به شما یا ارائه‌کننده‌تان پرداخت کنیم. اگر پاسخ به درخواست شما در هر مرحله از بررسی پس از مرحله 2 مثبت باشد، باید هزینه درخواستی را ظرف 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده‌تان ارسال کنیم.

- اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود. شما نامه‌ای دریافت می‌کنید که حقوق دیگر شما را برای درخواست تجدیدنظر توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح اضافی تجدیدنظر به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** است و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا مورد را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید ما به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 را برای شما ارسال نمی‌کنیم. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.



G. داروهای نسخه دار بخش D از Medicare

مزایای شما به عنوان عضو طرح درمانی ما شامل پوشش بسیاری از داروهای نسخه دار می‌شود. بیشتر این داروها داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D آنها را پوشش نمی‌دهد و ممکن است Medi-Cal آنها را پوشش دهد. این بخش فقط به تجدیدنظر داروهای بخش D مربوط می‌شود. ما در ادامه این بخش به جای گفتن "دارو بخش D"، به طور مختصر "دارو" می‌گوییم.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک نشانه پذیرفته شده پزشکی استفاده شود. این بدان معناست که این دارو توسط سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) تایید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد یک نشانه پذیرفته شده پزشکی به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G1. بخش D تصمیمات پوشش و تجدید نظر

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات پوششی است که از ما می‌خواهید در مورد داروهای بخش D شما اتخاذ کنیم:

- شما از ما می‌خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
 - یک داروی بخش D که در لیست دارویی ما نیست را پوشش دهیم یا
 - در پوشش طرح‌مان، محدودیت یک دارو را کنار بگذاریم (مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید)
- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود یا خیر (مثل زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما ما از شما می‌خواهیم قبل از اینکه آن را برای شما پوشش دهیم، تأییدیه از ما دریافت کنید).
- **توجه:** اگر داروخانه به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آنطور که نوشته شده است، بپیچد، به شما اعلامیه‌ای می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید تا برای تصمیم پوششی را درخواست بدهید.

اصطلاح حقوقی برای تصمیم پوششی درباره داروهای بخش D، "تعیین پوشش‌دهی" نام دارد.

- از ما درخواست کنید که هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را پرداخت کنیم. این به مفهوم درخواست تصمیم پوششی برای بهای داروها است.



اگر با تصمیم پوششی از طرف ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر نسبت به آن داشته باشید. در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تصمیم پوششی و درخواست تجدیدنظر داشته باشید. به نمودار زیر مراجعه کنید.

شما در کدامیک از این شرایط هستید؟			
به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دارویمان لغو کنیم.	می‌خواهید ما دارویی را در لیست دارو پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی مورد نیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده‌اید.	می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده‌اید، به شما برگردانیم.	ما به شما گفتیم که دارو را به روشی که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.
می‌توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تصمیم پوششی است.)	می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوششی کنید.	می‌توانید از طرح درمانی خود بخواهید که به شما بازپرداخت کند. (این یک نوع تصمیم پوششی است.)	می‌توانید درخواست تجدید نظر بدهید. (این بدان معناست که شما از ما می‌خواهید که در این مورد تجدید نظر کنیم.)
با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش G3 و G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G5 مراجعه کنید.

G2. بخش D استثنائات

اگر ما دارو را آن طور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم، می‌توانید از ما بخواهید که «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما را برای استثنا رد کنیم، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید.

هنگامی که درخواست استثنا می‌کنید، پزشک شما یا دیگر تجویزکنندگان لازم است که دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثنا را توضیح دهند.

درخواست برای پوشش دارویی که در فهرست دارویی ما نیست یا درخواست برای حذف یک محدودیت بر یک دارو، گاهی اوقات درخواست «استثنای مجموعه دارویی» نامیده می‌شود.

چند مثال برای استثناهایی که شما، پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان می‌توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش دارویی که در فهرست داروهای ما نیست.

- اگر موافقت کنیم که استثنا قائل شویم و دارویی را پوشش دهیم که در فهرست دارویی ما نیست، شما هزینه مشترکی را که برای داروهای ردیف 4 اعمال می‌شود برای داروهای نام تجاری یا داروهای ژنریک می‌پردازید.
- شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ پرداخت مشترک مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



2. حذف محدودیت برای یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های بیشتر برای داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از کتاب راهنمای اعضاء مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های بیشتر درباره برخی از داروهای خاص عبارتند از:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
 - گرفتن تأییدیه از ما پیش از اینکه با پوشش داروی شما موافقت کنیم. گاهی به این عمل "مجوز قبلی" گفته می‌شود.
 - نیاز به این وجود داشته باشد که دارویی متفاوت را امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی موردنظر شما موافقت کنیم. گاهی به این عمل "درمان گام به گام" گفته می‌شود.
 - محدودیت مقدار. برای بعضی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را محدود کرده‌ایم.
- اگر ما با استثنایی برای شما موافقت کردیم و محدودیتی را کنار گذاشتیم، می‌توانید برای مبلغ پرداخت مشتری که باید بپردازید استثناء بخواهید.

3. تغییر پوشش دارو به ردیف تقسیم هزینه کمتر. هر یک از اقلام در فهرست داروها در یکی از 5 ردیف تقسیم هزینه قرار می‌گیرد. به طور کلی، هرچه تعداد ردیف تقسیم هزینه کمتر باشد، مقدار پرداخت مورد نیاز شما کمتر است.

درخواست برای پرداخت قیمت کمتر برای یک داروی غیر ترجیحی تحت پوشش، گاهی اوقات درخواست "استثنای ردیف" نامیده می‌شود.

- فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این‌ها داروهای "جایگزین" خوانده می‌شوند.
- اگر یک داروی جایگزین برای وضعیت پزشکی شما در ردیف کمتری نسبت به دارویی است که مصرف می‌کنید، می‌توانید از ما بخواهید آن را با مبلغ اشتراک هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم. این اقدام، مبلغ پرداخت مشترک شما را برای دارو کاهش می‌دهد.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک محصول بیولوژیکی است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای کمترین ردیف جهت جایگزین‌های محصول بیولوژیکی مرتبط با عارضه شما پوشش دهیم.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی برند است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای کمترین ردیف داروهای ژنریک برای عارضه شما پوشش دهیم.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک است، می‌توانید از ما بخواهید که آن را با مبلغ اشتراک هزینه برای کمترین ردیف داروهای ژنریک برای عارضه شما پوشش دهیم.
- شما نمی‌توانید از ما بخواهید که ردیف اشتراک هزینه را برای هیچ دارویی در ردیف 5، داروهای تخصصی، تغییر دهیم.
- اگر درخواست استثنای ردیفی شما را تأیید کنیم و بیش از یک ردیف تقسیم هزینه کمتر با داروهای جایگزین وجود دارد که نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.



G3. نکات مهم درباره درخواست برای موارد استثناء

پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند.

پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان شما باید برای ما با ذکر دلایل پزشکی بنویسند که چرا درخواست استثناء می‌کنند. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثناء می‌کنید، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکننده‌های خود ضمیمه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. این داروهای "جایگزین" خوانده می‌شوند. اگر یک داروی جایگزین به اندازه دارویی که درخواست می‌کنید مؤثر باشد و عوارض جانبی یا سایر مشکلات سلامتی ایجاد نکند، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثنای ردیفی می‌کنید، ما معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه همه داروهای جایگزین در ردیف(های) اشتراک هزینه پایین‌تر برای شما خوب عمل نکنند یا احتمالاً باعث واکنش نامطلوب یا آسیب‌های دیگر شوند.

ما می‌توانیم درخواست شما را تأیید یا رد کنیم.

- اگر به درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت بدهیم، معمولاً این استثناء تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این در صورتی است که پزشک کماکان دارو را برای شما تجویز کند و این دارو برای بیماری شما مؤثر و بی‌خطر باشد.

- اگر به درخواست استثنای شما جواب منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر جواب منفی گرفتید، برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر به **بخش G5** مراجعه کنید.

قسمت بعدی درباره چگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناء است.

G4. درخواست برای تصمیم پوشش شامل یک استثناء

- نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود را از طریق تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، نوشتن، یا فکس کردن به ما درخواست کنید. خود شما، نماینده‌تان یا پزشک (یا دیگر ارائه‌دهندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به ادعا را درج کنید.

- خود شما، پزشک (یا دیگر ارائه‌دهندگان) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی شما عمل می‌کند، می‌توانید درخواست تصمیم پوششی بدهید. همچنین می‌توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.

- برای اطلاع از نحوه تعیین شخصی به عنوان نماینده خود به **بخش E3** مراجعه کنید.

- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تجویزکنندگان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما از ما درخواست تصمیم پوششی بکنند.

- اگر می‌خواهید از ما درخواست بازپرداخت برای یک دارو بکنید، **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید.

- اگر برای استثناء درخواست می‌کنید، "بیانیه پشتیبان" را ارائه دهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویزکنندگان برای درخواست استثناء می‌شود.

- پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان شما می‌توانند این بیانیه پشتیبان را برای ما پست یا فکس کنند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.



اگر سلامت شما ایجاب کند، می‌توانید از ما درخواست "تصمیم پوششی سریع" کنید.

ما از "مهلت مقرر معمول" پیروی می‌کنیم مگر اینکه با شما برای "مهلت مقرر سریع" توافق کرده باشیم.

- رأی پوشش استاندارد بدین معنی است که ظرف 72 ساعت پس از دریافت گزارش پزشک، به شما پاسخ خواهیم داد.
- تصمیم پوششی سریع به این معنی است که ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهارات پزشک به شما پاسخ می‌دهیم.

"تصمیم پوششی سریع" همان "تصمیم تسریع شده" است.

شما می‌توانید یک تصمیم پوشش سریع دریافت کنید اگر:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر از ما بخواهید برای دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید برای تصمیم پوششی سریع درخواست کنید.
 - اگر از ضرب الاجل‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به طور جدی آسیب می‌بیند.
 - اگر پزشک یا تجویز کننده دیگر به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما نیاز به یک تصمیم پوششی سریع را برجسته می‌کند، ما موافقت می‌کنیم و آن را انجام می‌دهیم. نامه‌ای را برای آگاهی شما ارسال خواهیم کرد.
 - اگر خودتان، بدون تأیید پزشک یا دیگر تجویزکنندگان، خواستار صدور تصمیم پوششی سریع باشید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا صدور تصمیم پوششی سریع برای شما ضروری است یا خیر.
 - اگر تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی‌کند، از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- نامه‌ای را برای آگاهی شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه از تصمیم ما شکایت کنید.
- شما می‌توانید ثبت شکایت سریع کنید و ظرف 24 ساعت پاسخ دریافت نمایید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات، از جمله شکایات سریع، به بخش K مراجعه کنید.

موعدای مقرر برای تصمیم پوششی سریع

- اگر ما از موعدای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواستان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثناً بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه حمایتی پزشک شما پوشش را به شما می‌دهیم.
- اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، یک نامه با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.



موعدهای مقرر برای تصمیم پوششی استاندارد درباره پوشش دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید در ظرف 72 ساعت بعد از وصول درخواست، به شما پاسخ دهیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه سریع‌تر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **جواب منفی** بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه حمایتی پزشکتان برای یک استثنا پوشش به شما تعلق می‌گیرد.
- اگر ما به بخشی یا به تمام موارد درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، یک نامه با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه‌مچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید.

- ما ظرف 14 روز پس از دریافت درخواست شما، پاسخ خواهیم داد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 فرایند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **جواب مثبت** بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **جواب منفی** بدهیم، نامه‌ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدید نظر کنید.

G5. درخواست تجدید نظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش داروی بخش D، طرح "تشخیص مجدد" نامیده می‌شود.

- درخواست تجدیدنظر **استاندارد** یا **سریع** خود را از طریق تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، یا از طریق مکاتبه، یا فکس ثبت نمایید. خود شما، نماینده‌تان یا پزشک (یا دیگر ارائه‌دهندگان) می‌توانید این درخواست را ارسال کنید. نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به ادعا را درج کنید.
- شما باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ نامه ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدید نظر کنید.
- اگر به این مهلت مقرر نرسید ولی دلیل قانع‌کننده‌ای داشته باشید، ممکن است مهلت بیشتری به شما داده شود. مثال‌هایی از دلایل قانع‌کننده مواردی هستند مانند اینکه شما یک بیماری جدی داشته‌اید یا اطلاعات اشتباهی درباره ضرب‌الاجل به شما داده‌ایم. شما باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر را توضیح دهید.
- شما حق دارید که از ما کپی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری در اختیار ما قرار دهید تا درخواست تجدیدنظر شما را تقویت کند.



اگر سلامت شما در خطر است، درخواست «اعتراض سریع» کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین «تشخیص مجدد سریع» نامیده می‌شود.

- اگر به تصمیمی که ما در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید گرفته‌ایم، اعتراض کنید، شما و پزشکتان یا سایر تجویزکننده‌هایتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- الزامات "تجدید نظر سریع" مانند موارد مورد نیاز یک تصمیم پوششی سریع است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به بخش G4 مراجعه کنید.
- ما به درخواست شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.
- ما مجدداً درخواست تجدیدنظر شما و اطلاعاتی که درباره درخواست پوشش در اختیارمان قرار داده‌اید را به دقت بررسی می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم، که آیا هنگامی که به درخواست شما پاسخ منفی داده‌ایم، از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است برای اطلاعات بیشتر، با شما، پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان تماس بگیریم.

مهلت مقرر اعتراض سریع در سطح 1

- اگر ما از موعدهای سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما پاسخی بدهیم.
- اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریعتر باشد، نتیجه سریعتر به شما اعلام می‌گردد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به فرآیند تجدیدنظر مرحله 2 ارسال کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما بله‌بگویم، باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

موعدهای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 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 بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم. اگر فکر می‌کنید سلامت شما در خطر است، درخواست «اعتراض سریع» کنید.
- اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به بخش G6 مراجعه کنید.



اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **جواب مثبت** بدهیم:

- ما باید پوششی را که توافق کرده‌ایم، به همان سرعتی که وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند، 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، مبلغی را برای دارویی که خریداری کرده‌اید برای شما ارسال کنیم.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب منفی بدهیم:

- ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید ظرف **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر تا به شما بدهیم.
- اگر ظرف **14 روز تقویمی** به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را برای تجدیدنظر مرحله 2 ارسال می‌کنیم. سپس یک سازمان بررسی مستقل آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **جواب 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 جواب منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید.

G6. درخواست تجدید نظر سطح 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **جواب منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری دارید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی به اولین درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهیم، **سازمان بررسی مستقل** تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

عنوان رسمی "سازمان بررسی مستقل"، "**تهداد مستقل بررسی**" است و گاهی اوقات "**IRE**" خطاب می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا تجویز کننده دیگری باید کتباً با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **جواب منفی** بدهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 با سازمان بررسی مستقل است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که شما درخواست تجدید نظر به سازمان بررسی مستقل می‌کنید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات "فایل پرونده" شما نامیده می‌شود. شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.



- شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات دیگری نیز برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظران در اختیار واحد بررسی مستقل قرار دهید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر سطح 2 قسمت D شما را بررسی می‌کند و به صورت مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بررسی مستقل به بخش **F4** مراجعه کنید.

مهلت مقرر اعتراض سریع در سطح 2

اگر سلامت شما در خطر است، از سازمان بررسی مستقل 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 جواب مثبت بدهند، ما باید ظرف **24 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.

موعدای مقرر برای تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، سازمان بررسی مستقل باید به شما در بازه‌های زمانی زیر 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 سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهد:
- ما باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، پوشش دارویی تایید شده را ارائه کنیم.
 - ما باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم سازمان بررسی مستقل، هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر نظر سازمان بررسی مستقل درباره درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد، به این معنی است که با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش درخواست شما موافقت کرده است. به این پاسخ، "حمایت از تصمیم گرفته شده" یا "رد کردن درخواست تجدیدنظر شما" گفته می‌شود.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما جواب منفی بدهد، چنانچه ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. سازمان بررسی مستقل نامه ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می‌گوید.

اگر ارزش دلاری درخواست شما مطابق با الزامات باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر خود را ادامه دهید.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما جواب منفی بدهد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را داشته باشید، شما:



- تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدید نظر سطح 3 کنید.
- برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که سازمان بررسی مستقل پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.
- یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4 و 5 تجدید نظر به بخش 1 مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش طولانی مدت بستری شدن 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 آسیب دیدگی شما لازم است، بهره‌مند شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در طول مدتی که در بیمارستان تحت پوشش هستید، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آنها همچنین هرگونه خدمات درمانی مورد نیاز پس از خروج از بیمارستان را هماهنگ 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 خیلی زود از شما خواسته می‌شود که بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید برای بستری طولانی‌تر در بیمارستان درخواست بدهید. این قسمت چگونگی چنین درخواستی را شرح می‌دهد.

H1. آگاهی از حق و حقوق Medicare خود

ظرف دو روز پس از بستری شدن شما در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا کارمند پرونده، اخطار کتبی به نام «پیام مهم Medicare درباره حقوق‌تان» به شما خواهد داد. همه افراد دارای Medicare هر زمان که در بیمارستان بستری می‌شوند، یک کپی از این اعلان دریافت می‌کنند.

اگر چنین نامه‌ای را دریافت نکردید، می‌توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آن را بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. در 24 ساعت از شبانه‌روز و در تمام روزهای هفته می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این اعلامیه را به دقت بخوانید و اگر هر قسمتی را متوجه نمی‌شوید سؤال کنید. این اخطار در مورد حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان، از جمله حقوق شما در موارد زیر به شما می‌گوید:
 - دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. این حق شما است 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 خود اتخاذ می‌کنید.
 - آگاهی از اینکه هرگونه مشکلی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.
- **اعلامیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده اید و حقوقتان را می‌دانید.**
- شما یا شخصی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌توانید اعلان را امضا کنید.
- امضای اعلامیه 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 ممکن است پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما گفته باشند موافقت می‌کنید.
- **نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت نیاز داشته باشید.**
- اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید اخطار را امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر دریافت خواهید کرد.
- می‌توانید از قبل به یک نسخه از اعلامیه نگاهی بیاندازید در صورتی که:
- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با Medicare با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNIL/HospitalDischargeAppealNotices بازدید کنید.

H2. درخواست تجدید نظر سطح 1

- اگر می‌خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، درخواست تجدیدنظر کنید. سازمان بهبود کیفیت مرحله 1 تجدیدنظر را بازبینی می‌کند که مشخص کند آیا تاریخی احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی متناسب است یا نه.
- سازمان بهبود کیفیت متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته‌های پزشکی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند. این کارشناسان کیفیت را برای افراد مبتلا به Medicare بررسی می‌کنند و به بهبود آن کمک می‌کنند. آنها جزئی از طرح ما نیستند.
- «سازمان بهبود کیفیت» در کالیفرنیا Livanta نام دارد. از طریق شماره تلفن 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-887-6668) با آنها تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه، «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در فصل 2 آمده است.
- با سازمان بهبود کیفیت پیش از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ معین شده ترخیص خود تماس بگیرید.
- اگر قبل از خروج تماس بگیرید، می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود تا زمانی که منتظر تصمیم سازمان بهبود کیفیت در مورد درخواست تجدیدنظر خود هستید، بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید.
 - اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که می‌خواهید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده پرداخت کنید.



- اگر مهلت زمانی تماس با سازمان ارتقای کیفیت برای درخواست تجدیدنظر خود را از دست دادید، به جای آن مستقیماً به طرح ما درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات در مورد درخواست تجدید نظر به ما به بخش **G4** مراجعه کنید.

- چون اقامت‌های بیمارستانی تحت پوشش Medicare و Medi-Cal می‌باشند، اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه اقامت در بیمارستان را بررسی نکند یا شما عقیده دارید که وضعیت شما فوری است، یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما وجود دارد یا درد شدید دارید، می‌توانید یک شکایت را تسلیم کرده و از سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» به DMHC، به «بخش F4»، صفحه 167 مراجعه کنید.

در صورت نیاز به کمک درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- درخواست «بررسی سریع» بدهید.** سریع اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریعاً بررسی شود.

اصطلاح حقوقی "بررسی سریع"، "بررسی فوری" یا "بررسی تسریع شده" است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید این کار را بکنید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بازبین‌ها، طرح ما را در مورد درخواست تجدیدنظر شما مطلع می‌کنند، اخطار دیگری دریافت خواهید کرد که دلیل آن را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم این تاریخ برای ترخیص مناسب است و از نظر پزشکی برای شما توصیه شده است.

عبارت حقوقی این توضیحات کتبی، «اطلاعیه مشروح ترخیص» نامیده می‌شود. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، یک نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید اطلاعیه نمونه را می‌توانید در نشانی www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices نیز ببینید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می‌دهد.



اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** دهد:

- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان ارتقای کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان در ظهر روز بعد از پاسخگویی سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما، به پایان می‌رسد.
- ممکن است مجبور شوید از بعد از ظهر روزی که سازمان بهبود کیفیت تصمیمش را به شما می‌دهد، تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی دریافتی را خودتان بپردازید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان ماندید، می‌توانید درخواست تجدید نظر سطح 2 را ارائه دهید.

H3. درخواست تجدید نظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر در سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با آنها از طریق شماره‌های 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید.

شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **جواب منفی** داد، برای این بررسی درخواست بدهید. **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

بررسی‌کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما بیندازند.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- ما باید از ظهر روز بعدی که سازمان بهبود کیفیت درخواست سطح 1 شما را رد کرد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی به شما پس دهیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بررسی کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما **جواب 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 توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.



- همچنین می‌توانید شکایت یا درخواست "بررسی مستقل پزشکی" را برای ادامه اقامت در بیمارستان به DMHC تسلیم کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» به DMHC، به «بخش E4»، صفحه 161 مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4 و 5 تجدید نظر به بخش 1 مراجعه کنید.

H4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1

مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از بیمارستان است. اگر مهلت درخواست تجدیدنظر سطح 1 را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "درخواست تجدیدنظر جایگزین" استفاده کنید.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید تا تاریخ ترخیص از بیمارستان شما را "بررسی سریع" کنیم.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «اعتراض سریع» «تجدید نظر تسریع شده» است.

- ما تمام اطلاعات در خصوص بستری شدن شما در بیمارستان را مورد بررسی قرار می‌دهیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی می‌کند یا خیر.
- ما از ضرب الاجل‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما می‌دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب مثبت بدهیم:
- ما موافقیم که شما باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان باشید.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.
- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما پس می‌دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما جواب منفی بدهیم:
- ما موافقت می‌کنیم که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
- پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان در همان روزی تمام می‌شود که اعلام کرده بودیم پوشش دهی خدمات تمام خواهد شد.
- پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کنیم.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی را که بعد از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده دریافت کرده‌اید، بپردازید.
- ما درخواست شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.



H5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از رد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. به هیچ اقدامی از سوی شما نیاز نیست.

اگر معتقدید که ما این مورد یا هر مهلت مقرر را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را سریعاً بررسی می‌کند. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما پس می‌دهیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد:

- آنها موافقت می‌کنند که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.
 - آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.
- همچنین می‌توانید شکایت یا درخواست "بررسی مستقل پزشکی" را برای ادامه اقامت در بیمارستان به DMHC تسلیم کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست "بررسی مستقل پزشکی" به DMHC، به «بخش F4»، صفحه 167 مراجعه کنید. می‌توانید درخواست "بررسی مستقل پزشکی" را علاوه بر/به جای "تجدیدنظر سطح 3" ارائه کنید.

A. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش فقط در مورد سه نوع خدماتی است که احتمال دارد دریافت کنید:

- خدمات مراقبت درمانی در منزل
- مراقبت‌های پرستاری تخصصی در مراکز پرستاری تخصصی.
- مراقبت‌های توانبخشی که در تسهیلات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) مورد تایید Medicare دریافت می‌کنید. معمولاً به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می‌شوید یا اینکه در دوره نقاهت بعد از یک عمل جراحی بزرگ هستید.

برای هر یک از این سه نوع خدمات شما از این حق برخوردار هستید که تا زمان مورد تشخیص پزشک خود این خدمات را تحت پوشش بیمه دریافت کنید.



در صورت تصمیم به توقف در پوشش دادن هر یک از این خدمات، ما باید پیش از توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. با توقف در پوشش این خدمات ما دیگر هزینه آنها را پرداخت نخواهیم کرد.

اگر معتقدید که پوشش شما زودتر از موعد پایان می‌یابد، می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این قسمت چگونگی درخواست تجدیدنظر را به شما شرح می‌دهد.

11. اطلاع قبلی پیش از پایان پوشش شما

ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل آن را دو روز قبل از اینکه هزینه مراقبت شما را متوقف کنیم دریافت خواهید کرد. این "اطلاعیه عدم پوشش Medicare" نامیده می‌شود. اطلاعیه که به شما داده می‌شود تاریخ اتمام پوشش مراقبت شما و چگونگی اعتراض به این تصمیم را اعلام می‌کند.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اطلاعیه را امضاء کند تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای اعلامیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا به این معنی نیست که شما با تصمیم ما موافق هستید.

12. درخواست تجدید نظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید که ما به پوشش مراقبت شما زودتر از موعد پایان می‌دهیم، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. این بخش در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **مهلت‌ها را فراموش نکنید.** مهلت مقرر مهم است. مطمئن شوید که مهلت‌های زمانی مربوط به امور خود را متوجه شده‌اید و به آنها عمل کنید. طرح ما نیز باید از ضرب الاجل‌ها پیروی کند. اگر معتقدید که ما این مورد یا هر مهلت مقرر دیگر را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به بخش K مراجعه کنید.

- **اگر به کمک نیاز دارید اعلام کنید.** اگر سوالی دارید یا در هر زمانی نیاز به کمک دارید:

- o با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- o با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

- **با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.**

- o برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها بخش H2 را بررسی نمایید یا به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

- o از آنها بخواهید درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که آیا نیاز است تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.

- **سریع عمل کنید و درخواست تجدیدنظر سریع کنید.** از سازمان بهبود کیفیت بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

مهلت تماس شما با این سازمان

- شما باید با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در اعلان عدم پوشش Medicare که برای شما ارسال کردیم، ثبت نمایید.
- اگر مهلت تعیین شده برای تماس با سازمان بهبود کیفیت درباره درخواست تجدیدنظر را از دست دادید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر را مستقیماً برای ما ارسال کنید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام این کار، به بخش 14 مراجعه کنید.



- اگر "سازمان بهبود کیفیت" به درخواست شما درباره تداوم پوشش خدمات درمانی رسیدگی نکند، یا اگر شما تشخیص دهید که وضعیتتان اضطراری است، یا اگر مشکل جسمی شما جدی یا شامل تهدید جانی فوری یا خطرناک باشد، می‌توانید شکایت یا درخواست "بررسی مستقل پزشکی" را تسلیم "اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا" (DMHC) کالیفرنیا کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» به DMHC، به بخش F4، صفحه 167 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» است. برای دریافت رونوشت نمونه، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. رونوشت را می‌توانید در نشانی www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices نیز ببینید.

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- بررسی کنندگان «سازمان بهبود کیفیت» از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید ادامه پیدا کند. شما نیازی به نوشتن بیانیه ندارید، اما می‌توانید این کار را بکنید.
- مسئولین بررسی نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کنند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این اخطار را تا پایان روزی که بازبین‌ها در خصوص درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند، دریافت می‌کنید.

اصطلاح قانونی توضیح اخطار «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

- داوران تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما می‌گویند.
- اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما جواب مثبت بدهد:
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش را پوشش می‌دهیم.
- اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما جواب منفی بدهد:
- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اعلامیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم به ادامه مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، یا خدمات مرکز توانبخشی جامع سرپایی (CORF) پس از پایان پوشش خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدید نظر سطح 2 را ارائه کنید.

13. درخواست تجدید نظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر در سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با آنها از طریق شماره‌های 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما جواب **منفی** داد، برای این بررسی درخواست بدهید. **تنها** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان خدمات درمانی، خدمات را دریافت می‌کنید.

بررسی‌کنندگان سازمان بهبود کیفیت قرار است:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما بیندازند.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما بگویند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما پس می‌دهیم.
- ما خدمات درمانی را تا زمانی که نیاز پزشکی وجود داشته باشد پوشش می‌دهیم.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- می‌توانید شکایت یا درخواست "بررسی مستقل پزشکی" را برای تداوم پوشش خدمات درمانی به DMHC تسلیم کنید. برای چگونگی درخواست از DMHC برای درخواست بررسی مستقل پزشکی به قسمت F4 در صفحه 167 مراجعه نمایید. علاوه بر/به جای تجدیدنظر سطح 3، می‌توانید شکایت یا درخواست بررسی مستقل پزشکی را به DMHC ارائه کنید.

یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش 1** مراجعه کنید.

14. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1

همانطور که در **بخش 12** توضیح داده شد، باید سریعاً اقدام کنید و با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را شروع کنید. اگر مهلت زمانی را از دست دادید، می‌توانید از فرآیند "درخواست تجدیدنظر جایگزین" استفاده کنید.

از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید و از ما بخواهید تا "بررسی سریع" انجام دهیم.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «تجدیدنظر سریع» «**تجدید نظر تسریع شده**» است.

- ما تمام اطلاعات مربوط به پرونده شما را بررسی می‌کنیم.
- زمانی که تاریخ پایان پوشش خدمات شما را تعیین کردیم، بررسی می‌کنیم که آیا اولین تصمیم منصفانه بوده و از قوانین پیروی کرده بودیم یا خیر.
- ما از ضرب الاجل‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما می‌دهیم.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما **جواب مثبت** بدهیم:

- ما موافقم که شما به خدمات بیشتری نیاز دارید.
- ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش را پوشش می‌دهیم.
- ما موافقت می‌کنیم که سهم خود از هزینه‌های مراقبتی دریافتی را، از زمانی که گفته‌ایم پوشش شما به پایان می‌رسد، به شما بازپرداخت کنیم.

اگر به درخواست تجدیدنظر سریع شما **جواب منفی** بدهیم:

- پوشش ما برای این خدمات در همان روزی تمام می‌شود که اعلام کرده بودیم پوشش دهی خدمات تمام خواهد شد.
- پس از این تاریخ هیچ سهمی از هزینه‌ها را پرداخت نمی‌کنیم.
- اگر پس از تاریخی که به شما گفته بودیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت آنها ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات را خودتان می‌پردازید.
- ما درخواست شما را به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم تا مطمئن شویم که همه قوانین را رعایت کرده‌ایم. وقتی این کار را انجام می‌دهیم، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 می‌رود.

15. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2

در طول تجدید نظر سطح 2،

ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از رد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. ما این کار را به صورت خودکار انجام می‌دهیم. به هیچ اقدامی از سوی شما نیاز نیست.

اگر معتقدید که ما این مورد یا هر مهلت مقرری را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاعات در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.

سازمان بررسی مستقل درخواست تجدید نظر شما را سریعاً بررسی می‌کند. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً عرض 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما پس می‌دهیم.
- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

همچنین، می‌توانید شکایت یا درخواست بازبینی پزشکی مستقل را برای تداوم پوشش خدمات درمانی به DMHC تسلیم کنید. برای چگونگی درخواست از DMHC برای درخواست بررسی مستقل پزشکی به قسمت F4 در صفحه 171 مراجعه نمایید. علاوه بر/به جای اعتراض سطح 3، می‌توانید شکایت یا درخواست بررسی مستقل پزشکی را ارائه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



یک قاضی حقوق اداری یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدید نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدید نظر به بخش J مراجعه کنید.

J. درخواست تجدیدنظر فراتر از مرحله 2

J1. گام‌های بعد برای خدمات و وسایل Medicare

اگر پاسخ مراحل 1 و 2 تجدیدنظر برای خدمات یا وسایل Medicare هر دو منفی باشد، حق درخواست سطوح بیشتری از تجدیدنظر دارید.

اگر ارزش دلاری خدمات Medicare یا اقلامی که درخواست کرده‌اید با حداقل مبلغ دلاری مطابقت نداشته باشد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدید نظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از سازمان بررسی مستقل برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و برای درخواست تجدید نظر سطح 3 چه کاری باید انجام دهید.

سطح 3 تجدید نظر

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (Administrative Law Judge, ALJ) انجام می‌شود. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل مجوز دار است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل مجوزدار به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد، ما حق داریم تصمیم سطح 3 را که برای شما مطلوب است تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم به این تصمیم اعتراض کنیم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را به همراه هر گونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.

- اگر تصمیم گرفتیم که به این تصمیم اعتراض نکنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل مجوز دار، این خدمات را برای شما مجاز کنیم یا به شما ارائه دهیم.

اگر ALJ یا وکیل مجوز دار به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را **پذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر این تصمیم را **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند تجدیدنظر بروید. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

سطح 4 تجدید نظر

شورای تجدیدنظر Medicare درخواست تجدید نظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما **جواب مثبت** بدهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق داریم به سطح 5 تجدید نظر کنیم.

- اگر بخواهیم به این تصمیم اعتراض کنیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.



- اگر نخواهیم به این تصمیم اعتراض کنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا به شما مجوز خدمات را بدهیم یا خدمات را به شما ارائه دهیم.

اگر شورا جواب منفی بدهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد

- اگر این تصمیم را بپذیرید که اعتراض شما رد شده است، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، نپذیرید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

سطح 5 تجدید نظر

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد مثبت یا منفی بودن جواب، تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

J2. تجدیدنظرهای اضافی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از دفتر دادرسی منصفانه دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدید نظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

اگر هنوز با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید:

* درخواست بررسی مستقل پزشکی بدهید تا یک بازرس خارج از سازمان که به طرح درمانی ارتباط ندارد پرونده شما را بررسی کند.

* خواستار دادرسی ایالتی شوید تا قاضی، پرونده شما را بررسی کند.

می‌توانید همزمان هم بررسی مستقل پزشکی و هم دادرسی ایالتی را درخواست کنید. همچنین می‌توانید یکی را قبل از دیگری درخواست کنید تا شاید مشکل شما بدین ترتیب حل شود. به عنوان مثال اگر اول برای بررسی مستقل پزشکی درخواست کردید ولی با تصمیم آنها مخالف بودید می‌توانید بعداً درخواست دادرسی ایالتی بکنید. اما اگر اول درخواست دادرسی ایالتی کنید و دادرسی ایالتی انجام شود دیگر نمی‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی بکنید. در این حالت تصمیم دادرسی ایالتی نهایی خواهد بود.

مجبور نخواهید بود هزینه بررسی مستقل پزشکی یا دادرسی ایالتی را بپردازید.

بررسی مستقل پزشکی

اگر می‌خواهید درخواست بررسی مستقل پزشکی بدهید، 180 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه نتیجه تجدیدنظر فرصت دارید. پاراگراف زیر اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست بازبینی پزشکی مستقل در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «شکایت» هم در مورد «شکایت» و هم در مورد «تجدیدنظر» بکار می‌رود.

«اداره خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات درمانی است. در صورت داشتن شکایت علیه طرح درمانی تان باید ابتدا با طرح درمانی خود به شماره 1-888-839-9909 تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان فوق از روال شکایت طرح درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این روال شکایات، شما را از اعمال هرگونه حقوق یا راه‌حل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در رابطه با اعتراضی که مربوط به یک مورد اورژانسی است، اعتراضی که به نحوه قانع کننده‌ای توسط طرح درمانی شما حل و فصل نشده، یا اعتراضی



که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای تقاضای کمک با اداره خدمات درمانی کالیفرنیا تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط «بررسی مستقل پزشکی» (IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، روال IMR به طریقی بی طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه خدمات بهداشتی و درمانی را مورد رسیدگی قرار می‌دهد. این تصمیمات می‌تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا درمان پیشنهاد شده، تصمیمات مربوط به پوشش برای درمان‌های دارای ماهیت آزمایشی یا پژوهشی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. اداره همچنین دارای شماره رایگان (1-888-466-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) ویژه افراد مبتلا به اختلالات شنوایی یا گفتاری است. وبسایت اداره به نشانی www.dmhc.ca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه تصمیم تجدیدنظر برای درخواست دادرسی ایالتی فرصت دارید. با این حال، اگر طرح سلامت شما در طول فرآیند درخواست تجدیدنظر طرح درمانی، ارائه خدمات مورد اختلاف (کمک دریافت شده در حین انتظار) به شما را ادامه دهد و بخواهید تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی تان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تجدید نظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. حتی اگر طرح درمانی شما باید کمک دریافت شده در حین انتظار بدهد، زمانی که درخواست دادرسی ایالتی به این روش می‌کنید، باید به طرح درمانی خود اطلاع دهید که می‌خواهید کمک‌های پرداختی را در حالت تعلیق دریافت کنید تا زمانی که جلسه استماع ایالتی شما تصمیم‌گیری شود. باید با خدمات اعضاء [L.A. Care] به شماره 1-888-839-9909 به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته تماس بگیرید]. اگر ناشنوا یا کم شنوا هستید، لطفاً با [TTY 711] تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

* آنلاین در www.cdss.ca.gov

* تلفنی: با شماره 1-800-743-8525. ممکن است این خط بسیار شلوغ باشد. ممکن است پیامی بشنوید که از شما درخواست می‌کند بعداً تماس بگیرید. اگر دچار مشکل گفتاری یا شنوایی هستید، با TTY/TDD 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

* کتبی: فرم «دادرسی ایالتی» را پر کنید یا نامه بنویسید. نامه را با ایمیل یا فکس به این نشانی بفرستید:

نامه: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

فکس: 1-916-309-3487 یا تلفن رایگان 1-833-281-0903

یک فرم دادرسی ایالتی به پیوست این نامه ارسال شده است. لطفاً حتماً نام، نشانی، شماره تلفن، شماره بیمه تامین اجتماعی و/یا شماره CIN و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری برای دادن درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، نشانی و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی که تکلم می‌کنید را به بخش دادرسی‌های ایالتی بگویید. لازم نیست هزینه‌ای برای خدمات مترجم شفاهی بپردازید. بخش دادرسی ایالتی یک مترجم در اختیار شما قرار خواهد داد. اگر دارای یک معلولیت هستید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند تسهیلات ویژه‌ای را به صورت رایگان به شما ارائه کند تا بتوانید در دادرسی شرکت کنید. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و تسهیلات مورد نیاز را ضمیمه کنید.

بعد از درخواست دادرسی ایالتی، تصمیم‌گیری در مورد پرونده شما و دریافت پاسخ می‌تواند تا 90 روز طول بکشد. اگر تصور می‌کنید این انتظار می‌تواند به سلامتی شما آسیب برساند، شاید بتوانید پاسخ را ظرف مدت 3 روز دریافت کنید. از پزشک یا برنامه خدمات بهداشتی و درمانی خود درخواست کنید یک نامه برای شما بنویسند. این نامه بایستی تشریح کند که

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره (TTY: 711) 1-833-522-3767،
در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات
بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



به چه دلیل انتظار برای حداکثر 90 روز برای تصمیم گیری در مورد پرونده شما ممکن است زندگی یا سلامتی یا توانایی در دستیابی، حفظ یا احیای حداکثر توانایی بدنی را برای شما به مخاطره بیاندازد. در این صورت، حتماً خواستار دادرسی سریع شوید و نامه همراه درخواست دادرسی را ارائه کنید.

شما می توانید در جلسه دادرسی ایالتی از جانب خود صحبت کنید. همچنین یک خویشاوند، دوست، نماینده، پزشک و یا وکیل می تواند به جای شما صحبت کند. اگر می خواهید یک شخص دیگر از جانب شما حرف بزند، باید به بخش دادرسی های ایالتی اعلام کنید که آن شخص اجازه دارد از طرف شما صحبت کند. این شخص، نماینده مجاز نامیده می شود.

کمک حقوقی

ممکن است بتوانید کمک قانونی رایگان دریافت کنید. با [اداره مصرف کنندگان و امور تجاری ناحیه لس آنجلس به شماره 1-800-593-8222 تماس بگیرید. همچنین می توانید با شماره 1-888-804-3536 با انجمن مشاوره حقوقی شهر خود تماس بگیرید.

J3. سطوح تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست دارو 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 دادید به مقدار دلاری مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر بروید. پاسخ کتبی که به 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 را بخواهید.

سطح 3 تجدید نظر

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) انجام می شود. شخصی که تصمیم می گیرد، یک ALJ یا یک وکیل مجوز دار است که برای دولت فدرال کار می کند.

اگر ALJ یا وکیل مجوز دار به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** دهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل مجوز دار به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** دهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تجدیدنظر به پایان می رسد.
- اگر این تصمیم را **نپذیرید**، می توانید به مرحله بعدی روند تجدیدنظر بروید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که برای تجدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

سطح 4 تجدید نظر

شورای تجدیدنظر Medicare درخواست تجدید نظر شما را بررسی می کند و به شما پاسخ می دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأیید شده را بدهیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اعلامیه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

سطح 5 تجدید نظر

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا **منفی** بودن جواب، تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه فدرال وجود ندارد.

K. چگونه می‌توان شکایت کرد

K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد

فرآیند رسیدگی به شکایات فقط برای انواع خاصی از مشکلات، مانند مسائل مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت ها و خدمت‌رسانی به مراجعان کاربرد دارد. در اینجا مثال‌هایی می‌بینید از مشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می‌شوند.

مثال	شکایت
• از کیفیت درمان خود راضی نیستید، مانند درمان شما در بیمارستان.	کیفیت مراقبت‌های پزشکی شما
• شما معتقد هستید که شخصی حقوق حریم خصوصی شما را رعایت نکرده یا اطلاعات خصوصی شما را در اختیار دیگران گذاشته است.	احترام گذاشتن به حریم خصوصی شما
• یکی از ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی‌احترامی کرده است. • برخورد کارکنان ما با شما بد بود. • احساس می‌کنید شما را از طرح ما بیرون می‌رانند.	بی‌احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی
• به علت موانع فیزیکی نمی‌توانید به تسهیلات و خدمات درمانی پزشک یا ارائه‌دهندگان دیگر دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه دهنده شما برای زبان غیر انگلیسی (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجمی به شما ارائه نمی‌دهد. • ارائه دهنده شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و مورد درخواست را به شما نمی‌دهد.	دسترسی و کمک زبانی

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



مثال	شکایت
• برای گرفتن نوبت دچار مشکل شده‌اید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید. • پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضاء، یا سایر کارکنان طرح شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.	زمان انتظار
• معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.	پاکیزگی
• معتقدید که ما فراموش کرده‌ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می‌فرستادیم را ارسال کنیم. • معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده‌ایم پیچیده و غیرقابل درک است.	اطلاعات که از ما دریافت می‌کنید
• معتقدید که برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش یا در پاسخ‌دهی به درخواست تجدیدنظر، مهلت‌های مقرر را رعایت نمی‌کنیم. • معتقدید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره میزان پوشش یا تجدیدنظر، ما مهلت‌های تأیید و تحویل خدمات را رعایت نمی‌کنیم و یا به موقع هزینه‌های شما را بازپرداخت نمی‌کنیم. • فکر می‌کنید ما پرونده شما را به موقع به سازمان بررسی مستقل نفرستادیم.	وقت شناسی مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر

شکایات انواع مختلفی دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا شکایت خارجی بکنید. شکایت داخلی به طرح ما داده می‌شود و توسط برنامه بررسی خواهد شد. یک شکایت خارجی با سازمانی غیروابسته به طرح ما ثبت و بررسی می‌شود. اگر برای شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می‌توانید با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، تماس بگیرید.

شما می‌توانید شکایت خود را برای شکایات خارجی به Medicare ارسال کنید.

فرم شکایت Medicare را می‌توانید از اینجا دریافت نمایید:

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

اصطلاح حقوقی برای «شکایت» عبارت «شکواییه» است.

اصطلاح قانونی برای «اقامه شکایت» «اقامه شکواییه» است.



K2. شکایات‌های داخلی

برای شکایت داخلی با بخش خدمات اعضاء به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید، در هر ساعت از شبانه‌روز و 7 روز هفته، جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. شما می‌توانید در هر زمان که بخواهید شکایت کنید، به‌جز در مورد داروهای بخش D. اگر شکایت به داروهای بخش D مربوط باشد، باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از رخ دادن مشکل عامل شکایت، تسلیم کنید.

- اگر لازم است اقدام دیگری انجام دهید خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- همچنین می‌توانید شکایت خود را به‌صورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را به‌صورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز به‌صورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر را می‌توانید به شیوه‌های زیر ارسال کنید:

تلفن: 1-833-522-3767 (TTY 711)، 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز در هفته، از جمله تعطیلات
فکس: 1-213-438-5748

آدرس پستی: L.A. Care Health Plan
Attention: Appeals & Grievances - 348
1055 W 7th Street
Los Angeles, CA 90017

وبسایت: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- در صورتی که عضو مایل باشد شخصی از طرف وی اقدام کند (به‌عنوان مثال، یکی از بستگان یا وکیل)، باید فرم انتصاب نماینده (Appointment of Representative, AOR) تکمیل شود <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> و به L.A. Care از طریق فکس یا آدرس پستی ذکرشده در بالا فرستاده شود. پزشک معالج عضو هنگامی که درخواست تجدیدنظر را از طرف عضو می‌دهد نیاز به تکمیل فرم AOR نخواهد داشت.
- مهلت‌های زمانی برای تسلیم شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر

تجدیدنظر**بخش C (بررسی مجدد)**

- عضو از تاریخ دریافت تصمیم رد 60 روز برای دادن درخواست تجدیدنظر فرصت دارد. درخواست‌های تجدیدنظر بعد از 60 روز با دلیل موجه پذیرفته می‌شوند.
- مهلت زمانی تسریع یافته: 72 ساعت
- چارچوب زمانی استاندارد: پیش از خدمات 30 روز/پس از خدمات 60 روز
- امکان دارد بتوان پرونده را برای 14 روز اضافی تمدید کرد

بخش D (بررسی‌های مجدد)

- عضو از تاریخ دریافت تصمیم رد 60 روز برای دادن درخواست تجدیدنظر فرصت دارد. درخواست‌های تجدیدنظر بعد از 60 روز با دلیل موجه پذیرفته می‌شوند.
- مهلت زمانی تسریع یافته: 72 ساعت

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



- مهلت زمانی معمول: 7 روز
- امکان دارد بتوان پرونده را برای 14 روز اضافی تمدید کرد

شکایات

بخش D

- عضو می‌تواند در هر زمان نارضایتی یا ناراحتی خود را اعلام کند.

تمام شکایات دیگر

- عضو می‌تواند در هر زمان شکایت کرده یا نارضایتی خود را اعلام کند.
- مهلت زمانی تسریع یافته: 24 ساعت
- مهلت زمانی معمول: 30 روز
- امکان دارد بتوان پرونده را برای 14 روز اضافی تمدید کرد.

اصطلاح حقوقی برای "شکایت سریع" "شکوائیه تسریع شده" است.

در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در همان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما طوری است که نیاز به پاسخ سریع داشته باشد، می‌توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.

- ما ظرف 30 روز تقویمی به بیشتر شکایات‌ها پاسخ می‌دهیم. اگر به خاطر نیاز به اطلاعات بیشتر نتوانیم ظرف 30 روز تقویمی تصمیم‌گیری کنیم، کتباً موضوع را به شما اعلام خواهیم کرد. ما همچنین گزارش پیشرفت و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اعلام خواهیم کرد.
- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای "تعیین سریع میزان پوشش" یا "اعتراض سریع" رد کرده‌ایم، ما به‌طور خودکار برای شما "شکایت سریع" در نظر می‌گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما وقت زیادی برای اتخاذ تصمیم پوشش یا رسیدگی به تجدیدنظر صرف کرده‌ایم، به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد.
- اگر با برخی از موارد یا همه موارد شکایت شما موافق نباشیم، با ذکر دلیل به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ شما اعلام می‌کنیم که با شکایت شما موافق هستیم یا خیر.



K3. شکایات‌های خارجی**Medicare**

می‌توانید با Medicare شکایت خود را در میان بگذارید یا آن را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare را می‌توانید از اینجا دریافت نمایید: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت با L.A. Care Medicare Plus ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات استفاده می‌کند تا کیفیت برنامه Medicare را بهبود بخشد.

اگر نظرات یا مشکلات دیگری دارید، یا فکر می‌کنید که این بیمه درمانی پاسخگوی مشکل شما نیست، لطفاً با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس، رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایتی را نزد Medi-Cal بازرس مراقبت مدیریت شده اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) ارسال کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

می‌توانید نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) شکایت کنید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های درمانی است. اگر درباره خدمات Medi-Cal شکایتی دارید، می‌توانید با مرکز کمک‌رسانی DMHC تماس بگیرید. اگر درباره طرح شکایت مربوط به مشکل اضطراری یا مشکل شامل تهدید فوری و جدی جانی به راهنمایی نیاز داشته باشید، اگر دچار درد شدید باشید، اگر با تصمیم پلان بیمه ما درباره شکایت‌تان مخالف باشید، یا اگر پلان بیمه ما پس از 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده باشد، می‌توانید با DMHC تماس بگیرید.

دو راه برای کمک گرفتن از مرکز کمک رسانی وجود دارد:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا دارای اختلالات گفتاری هستند، می‌توانند از شماره‌های رایگان TTY، 1-877-688-9891 استفاده نمایند. این تماس، رایگان است.
- به وبسایت اداره خدمات درمانی مدیریت شده (www.dmhc.ca.gov) مراجعه نمایید.

دفتر حقوق مدنی

اگر تصور می‌کنید عادلانه با شما رفتار نشده است می‌توانید نزد دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. به‌عنوان مثال می‌توانید درباره دسترسی‌های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. شماره تلفن دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرید. می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.

برای تماس با دفتر حقوق مدنی محلی:

نامه بنویسید: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

تماس بگیرید: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



فکس: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است بر اساس قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت و تحت هر قانون قابل اجرا ایالت، از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای درخواست کمک با برنامه بازرس کل تماس بگیرید. شماره تلفن عبارت است از 1-888-452-8609.

سازمان بهبود کیفیت

اگر شکایت شما درباره کیفیت، خدمات درمانی است، گزینه‌های بیشتری دارید:

- می‌توانید نسبت به کیفیت درمان خود نزد سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید.
- یا می‌توانید شکایت خود را به ما و در عین حال به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید. اگر به سازمان بهبود کیفیت شکایت کنید، نهایت کوشش خود را برای حل شکایت شما خواهیم کرد.

سازمان بهبود کیفیت گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته‌های پزشکی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند و توسط Medicare استخدام شده‌اند تا کیفیت خدمات ارائه شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود ببخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به بخش H2 یا به فصل 2 کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.

«سازمان بهبود کیفیت» در کالیفرنیا Livanta نام دارد. شماره تلفن برای Livanta عبارت است از 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



فصل 10: انصراف از عضویت در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، عضویت خود را با طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود پایان دهید. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان عضو برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید	204
B. چگونه به عضویت خود در طرح ما خاتمه بدهید	205
C. چگونه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal	205
C1. خدمات Medicare شما	205
D. چگونه می‌توانید خدمات پزشکی و داروهای خود را تا پایان عضویت در طرح ما دریافت کنید	208
E. موقعیت‌های دیگر وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد	208
F. قوانین مخالف با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلایل مربوط به سلامت	210
G. حق شما برای شکایت اگر عضویت شما در طرح خود را پایان دهیم	210



A. چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجایی که Medi-Cal دارید، ممکن است بتوانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید یا در طول هر یک از دوره‌های ثبت نام ویژه زیر، یک بار به طرح دیگری بروید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- جولای تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره ثبت نام ویژه، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما سالانه در دوره‌های زیر پایان دهید:

- دوره ثبت نام سالانه که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر طرح جدیدی را در این مدت انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از اول ژانویه شروع می‌شود.

- دوره ثبت نام باز **Medicare Advantage** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط اعمال تغییر در ثبت نام خود باشید. برای مثال، اگر:

- اگر از منطقه خدماتی نقل مکان کنید،
 - واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا کمک اضافی (Extra Help) تغییر کند،
 - اگر اخیراً به مرکز مراقبت با بیمارستان مراقبت‌های طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در حال دریافت مراقبت در آنجا هستید، یا به تازگی از آنجا ترخیص شده‌اید.
- عضویت شما در آخرین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کردیم، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر ما درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در طرح ما در پایان 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (1 فوریه در این مثال)
- اگر طرح ما را ترک کنید، می‌توانید اطلاعاتی در خصوص موارد زیر کسب کنید:

- گزینه‌های Medicare در جدول در بخش C1.

- خدمات Medi-Cal در بخش C2.

می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه دادن به عضویت خود کسب کنید، کافی است:

- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) کالیفرنیا به شماره



1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.

- با گزینه‌های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- بازرس کل مراقبت مدیریت شده Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر؛ یا به MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

توجه: اگر عضو برنامه مدیریت دارو باشید، ممکن است نتوانید طرح را تغییر دهید. برای کسب اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارویی به بخش 5 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

B. چگونه به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید

اگر می‌خواهید طرح ما را ترک کنید، گزینه‌های زیر را دارید:

- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. در 24 ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد دچار مشکلات شنوایی یا گفتاری) باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، می‌توانید در طرح درمانی یا دارویی دیگری از Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دسترسی به خدمات Medicare پس از ترک طرح ما در نمودار صفحه 206 موجود است.
- با گزینه‌های خدمات درمانی به شماره تلفن 1-844-580-7272، دوشنبه الی جمعه، از 8:00 صبح الی 6:00 بعدازظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرید.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.
- عضویت Medi-Cal شما با L.A. Care Medicare Plus ادامه خواهد یافت، مگر اینکه از شهر خود نقل مکان کرده باشید.

C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal

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 سه گزینه دارید که در زیر آمده است. با انتخاب هر یک از این گزینه‌ها، بطور خودکار عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد.



آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. در 24 ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای استعلامات مربوط به برنامه مراقبت همه جانبه برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE) با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. یا در طرح Medicare جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. عضویت شما با Medi-Cal یا L.A. Care Medicare Plus ادامه خواهد یافت، مگر اینکه از شهر خود نقل مکان کرده باشید.	1. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: یکی دیگر از طرح‌های درمانی Medicare
---	--



آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. در 24 ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. یا در طرح داروی نسخه دار Medicare جدیدی ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش اصلی Medicare شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	2. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare با برنامه مجزایی از Medicare برای داروهای نسخه دار
--	---



آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. در 24 ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. هنگامی که پوشش اصلی Medicare شما شروع میشود، به طور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما تغییر نخواهد کرد.	3. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare بدون برنامه مجزای داروهای نسخه دار توجه: اگر عضویت خود را به Original Medicare تغییر بدهید نیازی به ثبت نام برای یک طرح داروهای نسخه دار جداگانه Medicare نیست، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند، مگر آن که شما به Medicare بگویید که آن را نمی‌خواهید. فقط در صورتی باید از شمول برنامه داروهای نسخه دار خارج شوید که کارفرما، اتحادیه یا مرجع دیگری برای شما پوشش دارویی فراهم کرده باشد. اگر سوالاتی در مورد نیاز به پوشش دارویی دارید، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه سلامتی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از وب سایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید.
--	---

D. چگونه می‌توانید خدمات پزشکی و داروهای خود را تا پایان عضویت در طرح ما دریافت کنید

اگر طرح ما را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا به عضویت شما پایان داده شود و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما آغاز گردد. در طول این مدت، داروهای نسخه دار و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که طرح جدید شما شروع شود.

- از داروخانه‌های شبکه ما، از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی ما، برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در L.A. Care Medicare Plus پایان می‌یابد در بیمارستان بستری می‌شوید، طرح ما اقامت شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد.

E. موقعیت‌های دیگر وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم، عبارتند از:

- اگر در بخش A یا B پوشش Medicare شما وقفه‌ای ایجاد شود.
- اگر دیگر واجد شرایط دریافت خدمات Medi-Cal نباشید. طرح ما فقط برای اشخاصی است که همزمان واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشند. اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



(Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ممکن است در صورتی که به این نتیجه برسند که دیگر واجد شرایط این طرح نیستید، نسبت به لغو عضویت اقدام کنند.

- اگر از منطقه شامل خدمات ما نقل مکان کنید.
- اگر از منطقه شامل خدمات ما بیش از 6 ماه دور باشید.
- اگر جابه‌جا می‌شوید یا سفر طولانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید که آیا در منطقه خدماتی طرح ما در حال حرکت یا سفر هستید یا خیر.
- اگر برای تخلف کیفری به زندان بپیفتید یا حبس شوید.
- اگر درباره دیگر بیمه کنندگان داروهای تجویزی خود دروغ بگویید یا اطلاعات لازم را اعلام نکنید.
- شهروند آمریکا نبوده یا به‌طور قانونی مقیم آمریکا نباشید.
- برای عضویت در طرح ما باید شهروند آمریکا بوده یا به‌طور قانونی مقیم آمریکا باشید.
- اگر بر این مبنا صلاحیت عضویت را نداشته باشید مراکز ارائه‌کننده خدمات Medicare و Medicaid به ما اطلاع خواهند داد.
- اگر این شرایط را برآورده نکنید، ما باید به عضویت شما خاتمه دهیم.

اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید یا شرایط شما تغییر کرده است که باعث می‌شود دیگر واجد شرایط طرح نیازهای ویژه دوگانه واجد شرایط نباشید، می‌توانید برای یک دوره شش ماهه دیگر مزایای خود را از طرح L.A. Care Medicare Plus دریافت کنید. این مهلت اضافه به شما این فرصت را خواهد داد که اگر فکر می‌کنید هنوز واجد شرایط هستید اطلاعات واجد شرایط بودن خود را اصلاح کنید. نامه ای از ما درباره تغییر در وضعیت واجد شرایط بودن خود دریافت خواهید کرد که در آن دستورالعمل اصلاح اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن شما ذکر شده است.

- برای عضویت در برنامه L.A. Care Medicare Plus، باید تا آخرین روز دوره شش ماهه دوباره واجد شرایط شوید.
- اگر تا پایان دوره شش ماهه واجد شرایط نباشید، از طرح L.A. Care Medicare Plus حذف خواهید شد.
- در موارد زیر فقط با کسب اجازه از Medicare و Medi-Cal می‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح خود کنیم:
- با قصد قبلی در زمان عضو شدن در طرح اطلاعات غلط ارائه کرده‌اید و این اطلاعات واجد شرایط بودن شما را تحت تاثیر قرار می‌دهد.
- اگر به‌طور مستمر رفتار اخلاک‌گرانه داشته باشید و ارائه خدمات درمانی به شما و دیگر افراد تحت پوشش طرح شما دچار اشکال شود.
- اگر به شخص دیگری اجازه دهید از کارت شناسایی طرح شما برای استفاده از خدمات درمانی استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)



F. قوانین مخالف با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلایل مربوط به سلامت

ما نمی‌توانیم به خاطر دلیلی مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می‌خواهیم طرح خود را ترک کنید، با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید با این شماره‌ها در هر ساعت از شبانه روز، 7 روز هفته، تماس بگیرید.

G. حق شما برای شکایت اگر عضویت شما در طرح خود را پایان دهیم

اگر به عضویت شما در طرح‌مان پایان دهیم، باید دلایل آن را کتباً به شما اعلام کنیم. همچنین باید برای شما توضیح دهیم که چگونه می‌توانید علیه این تصمیم یک نارضایتی را اقامه کرده یا شکایت کنید. می‌توانید برای اطلاعات لازم درباره چگونگی اقامه شکایت به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا نیز مراجعه نمایید.



فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های حقوقی مربوط به عضویت در طرح ما است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا شما آمده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه درباره قوانین	212
B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد	212
C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده	215



A. اعلامیه درباره قوانین

قوانین بسیاری در مورد این کتابچه راهنمای اعضاء اعمال می‌شود. این قوانین می‌توانند حقوق و مسئولیت‌های شما را تحت تأثیر قرار دهند، حتی اگر در این کتابچه راهنمای اعضاء گنجانده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی اعمال شده، قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. ممکن است قوانین فدرال و دولتی دیگری نیز مصداق داشته باشند.

B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد

همه شرکت‌ها یا نهادهای همکار Medicare و Medi-Cal باید قوانینی را که شما را از تبعیض یا رفتار غیرمنصفانه مصون نگه می‌دارد، رعایت کنند. ما اعمال تبعیض یا رفتار نامنصفانه بر اساس سن، تجربه مطالبات، رنگ پوست، قومیت، مدارک بیمه پذیری، جنسیت، اطلاعات ژنتیکی، مکان جغرافیایی در ناحیه خدمات، وضعیت جسمی، پیشینه پزشکی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، تابعیت اولیه، نژاد، مذهب، جنس یا گرایش جنسی را ممنوع می‌دانیم. به علاوه، ما به دلیل نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، افراد را به طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، طرد نمی‌کنیم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر یا مطرح کردن مشکلات مربوط به تبعیض یا رفتار غیرمنصفانه:

- با اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.
- با اداره خدمات مراقبت درمانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرند.
- به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل بفرستید.
- یک فرم شکایت پر کرده یا یک نامه نوشته و آن را به نشانی زیر ارسال دارید:

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 موجود می‌باشد در:

www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض ارائه کنید، تماس بگیرید

اعمال تبعیض عملی غیرقانونی است. L.A. Care Health Plan از قوانین حقوق مدنی فدرال پیروی می‌کند. L.A. Care Health Plan به طور غیرقانونی و براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت بومی گروهی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا سوگیری جنسیتی تبعیض قائل نشده، اشخاص را محروم نکرده یا با آنها به طور متفاوت رفتار نمی‌کند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



L.A. Care Health Plan موارد زیر را فراهم می‌سازد:

- ایجاد ارتباط بهتر با ما، وسایل و خدمات رایگان افراد دچار معلولیت قرار می‌دهد؛ مانند: مترجمان واجد شرایط زبان اشاره. اطلاعات نوشتاری به فرمت های دیگر (حروف چاپی درشت، صوتی، فرمت های الکترونیکی دسترس پذیر، سایر فرمت ها)
- به افرادی که زبان اصلی آنها انگلیسی نیست، خدمات زبانی رایگان ارائه می‌کند؛ مانند: مترجمان شفاهی واجد شرایط. اطلاعات نوشتاری به زبان های دیگر.

اگر به این خدمات نیاز دارید، با L.A. Care Health Plan تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و در هر یک از روزهای هفته، از جمله تعطیلات از طریق شماره 1-833-522-3767 می‌توانید تماس بگیرید. اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، لطفاً با TTY 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت خط بریل، چاپ درشت، نوار صوتی یا به صورت الکترونیکی در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت کپی در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید یا مکاتبه کنید:

L.A. Care Health Plan
Member Services Department
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017
TTY: 711 1-833-522-37671

نحوه ثبت شکایت از حقوق مدنی

اگر عقیده دارید که L.A. Care Health Plan در ارائه خدمات قصور کرده یا به طور غیرقانونی به صورت دیگری و براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت بومی گروهی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا سوگیری جنسیتی تبعیض قائل شده، می‌توانید یک شکایت را به متصدی ارشد سازگاری در L.A. Care Health Plan تسلیم نمایید. شما می‌توانید شکایت حقوق مدنی خود را تلفنی، کتبی، حضوری یا الکترونیکی تسلیم کنید:

- تلفنی: با متصدی ارشد سازگاری L.A. Care Health Plan تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه‌روز و در هر یک از روزهای هفته، از جمله تعطیلات از طریق شماره 1-833-522-3767 می‌توانید تماس بگیرید. یا اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، با شماره TTY 711 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای بنویسید و به نشانی زیر بفرستید:

L.A. Care Health Plan
Chief Compliance Officer
1055 West 7th Street, 10th Floor
Los Angeles, CA 90017

ایمیل: civilrightscoordinator@lacare.org

- حضوری: به مطب پزشک یا L.A. Care Health Plan مراجعه کنید و بگویید که قصد طرح شکایت حقوق مدنی دارید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره (TTY: 711) 1-833-522-3767، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- به صورت الکترونیکی: از وب سایت L.A. Care Health Plan به آدرس www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form دیدن کنید.
 - یا ایمیلی به این آدرس ارسال کنید: civilrightscoordinator@lacare.org.
 - دفتر حقوق مدنی - اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده
 - اگر عقیده دارید که براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، هویت بومی گروهی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمانی، عارضه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، وضعیت تأهل، جنس، هویت جنسی یا سوگیری جنسیتی بر علیه شما تبعیض قائل شده است، می توانید یک شکایت حقوق مدنی را به اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، دفتر حقوق مدنی توسط تلفن، مکاتبه یا الکترونیک تسلیم نمایید:
 - تلفنی: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. اگر نمی‌توانید خوب بشنوید یا صحبت کنید، لطفاً با شماره TTY/TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرید.
 - کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر بفرستید:
- U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
- فرم‌های شکایت در این آدرس موجود است <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>
- الکترونیکی: به درگاه "شکایت مرتبط با حقوق مدنی" به نشانی <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> مراجعه کنید.
 - اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیک شکایت خود را نزد اداره خدمات مراقبت درمانی، دفتر حقوق شهروندی ارائه کنید:
 - از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل گفتاری یا شنوایی دارید، لطفاً با شماره 711 (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.
 - کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر بفرستید:
- Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
- فرم‌های شکایت را می‌توانید از dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx دریافت کنید.
- به صورت الکترونیک: به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل بفرستید.
 - اگر دچار معلولیت هستید و برای استفاده از خدمات درمانی یا خدمات ارائه‌دهندگان به کمک نیاز دارید، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل دسترسی به ویلچر، خدمات اعضا می‌تواند شما را یاری کند.



C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانویه 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. به طور مثال، اگر در حادثه رانندگی مجروح شده‌اید یا سر کار صدمه دیده‌اید، ابتدا بیمه یا شرکت جبران خسارت کارکنان مسئول پرداخت هزینه است.

ما این حق و مسئولیت را داریم که در شرایطی که Medicare پرداخت‌کننده اولیه نباشد هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را مطالبه کنیم.

ما از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمامی اقدامات منطقی را انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم برنامه Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.



فصل 12: تعاریف واژگان مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در سراسر این دفترچه راهنمای اعضاء همراه با تعاریف آنهاست. این اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده است. اگر نمی‌توانید اصطلاح موردنظرتان را پیدا کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از یک تعریف نیاز دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.



فعالیت‌های زندگی روزمره (Activities of daily living, ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام رفتن یا مسواک زدن.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز نداشته و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

تجدیدنظر: روشی برای به چالش کشیدن اقدام ما در صورتی که معتقد باشید ما اشتباه کرده‌ایم. شما می‌توانید با درخواست تجدید نظر از ما بخواهید که تصمیم پوششی را تغییر دهیم. **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

بهداشت رفتاری: یک عبارت فراگیر که به بهداشت روانی و اختلالات مربوط به اعتیاد اشاره می‌کند.

داروی برند: یک داروی نسخه دار که توسط شرکتی که دارو را در آغاز کار تولید کرده تهیه و فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک را معمولاً سایر شرکت‌های دارویی تولید می‌کنند و می‌فروشند.

مدیر مراقبت: یک شخص اصلی که با شما، طرح درمانی و ارائه‌دهندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

طرح مراقبت: به "برنامه مراقبتی شخصی شده" مراجعه کنید.

خدمات گزینه برنامه مراقبتی (خدمات CPO [Care Plan Optional Services]): خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبتی شخصی شده (ICP) شما گزینشی هستند. این خدمات جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های طولانی مدتی نیستند که شما مجاز به دریافت آنها تحت Medi-Cal هستید.

تیم امور مراقبتی: به "تیم مراقبت میان رشته‌ای" مراجعه نمایید.

مرحله پوشش بحرانی: مرحله‌ای در مزایای دارویی بخش D که طرح ما کل هزینه داروهای شما را تا آخر سال پرداخت می‌کند. این مرحله زمانی برای شما آغاز می‌شود که به حد 7,400 دلار برای داروهای نسخه دار خود رسیده باشید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضاء نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات محلی برای بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS): برنامه خدمات سرپایی مبتنی بر تسهیلات که مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایطی که معیارهای واجد شرایط بودن را دارند ارائه می‌دهد.

شکایت: یک اظهارنامه کتبی بیان‌کننده این که شما مشکل یا نگرانی بابت خدمات یا مراقبت‌های درمانی خود دارید. این شامل مواردی مانند کیفیت درمان، ارائه‌کنندگان خدمات شبکه یا داروخانه‌های شبکه است. عنوان رسمی "شکایت کردن"، "تسلیم نارضایتی" است.

مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. این مراکز خدمات گوناگونی ارائه می‌دهند، مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، فیزیوتراپی تنفسی، کاردرمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهم بیمه شده: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه‌های خود هر بار که داروهای نسخه دار خاصی را دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنید. مثلاً برای یک داروی نسخه دار ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 پرداخت کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



تقسیم/اشتراک هزینه: مبالغی که هنگام دریافت داروهای نسخه دار خاص پرداخت می‌کنید. تقسیم هزینه شامل سهم بیمه شده می‌شود.

ردیف تقسیم هزینه: گروهی از داروها که سهم بیمه شده مشترک دارند. هریک از داروهای "فهرست داروهای تحت پوشش" (معروف به "فهرست داروها") در یکی از پنج (5) ردیف سهم هزینه قرار دارد. عموماً، هرچه ردیف تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم هزینه بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیمی درباره مزایایی که ما پوشش می‌دهیم. شامل تصمیم‌گیری درباره اینکه چه خدمات و داروهایی را پوشش دهیم یا چه مبلغی برای خدمات درمانی شما بپردازیم. در **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء درباره نحوه درخواست تصمیم پوششی از ما توضیح داده شده است.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که از آن برای توصیف همه داروهای نسخه دار و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه دار و بدون نسخه، وسائل و سایر خدمات تحت پوشش طرح مان استفاده می‌کنیم.

آموزش صلاحیت فرهنگی: آموزشی تکمیلی ویژه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی است که به آنها در شناخت بهتر پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما و سازگار ساختن خدمات با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما کمک می‌کند.

نرخ روزانه تقسیم هزینه: نرخ‌ای که ممکن است هنگامی که پزشک شما مقدار کمتر از ذخیره ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می‌کند استفاده شود و شما لازم است که سهم بیمه شده را پرداخت کنید. نرخ روزانه تقسیم هزینه، سهم بیمه شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می‌باشد.

به یک مثال توجه کنید: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معناست که مبلغی که برای آن دارو می‌پردازید، کمتر از \$0.05 دلار در روز است. اگر ذخیره 7 روزه دارو را دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز ضربدر 7 روز برای کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 است.

اداره خدمات مراقبت درمانی (Department of Health Care Services, DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (که Medi-Cal خوانده می‌شود).

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده (Department of Managed Health Care, DMHC): سازمان ایالتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر طرح‌های درمانی می‌باشد. DMHC در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایت در مورد خدمات Medi-Cal به افراد کمک می‌کند. DMHC همچنین مجری بررسی مستقل پزشکی (IMR) می‌باشد.

لغو عضویت: فرآیند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو عضویت می‌تواند اختیاری (به انتخاب شما) یا غیر اختیاری (بدون انتخاب شما) باشد.

ردیف‌های دارو: گروه‌های داروهای موجود در فهرست داروهای ما. داروهای ژنریک، برند یا بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارو هستند. هریک از داروهای "فهرست داروها" در یکی از پنج (5) ردیف قرار دارد.

طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual eligible special needs plan, D-SNP): طرح بهداشتی که به افرادی که واجد شرایط Medicare و Medi-Cal هستند خدمات می‌دهد. طرح ما D-SNP است.



تجهیزات بادوام پزشکی (Durable medical equipment, DME): برخی اقلامی که پزشکتان برای استفاده شما از آن‌ها در منزل تجویز می‌کند. مثال‌های این اقلام عبارتند از: ویلچر، انواع چوب زیر بغل، تشک برقی، مواد و وسایل دیابت، تخت بیمارستانی به سفارش ارائه‌دهنده برای مصارف خانگی، پمپ انفوزیون IV، دستگاه تولیدکننده گفتار، تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه، نبولایزر و واکر.

اضطرابی/اورژانسی: منظور از وضعیت پزشکی اضطرابی زمانی است که شما، یا هر شخص دیگری با حداقل دانش از مسائل درمانی و دارویی، بر این عقیده باشد که شما علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت درمانی فوری برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضو از بدن، یا عدم کارکرد یا نقص شدید عضو یا عملکرد عضوی از بدن شما دارد. علائم پزشکی ممکن است یک مصدومیت جدی یا درد شدید باشد.

مراقبت اضطرابی: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌کننده کارآموزی دیده برای ارائه خدمات اضطرابی ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطرابی لازم هستند.

استثنا: اجازه برای پوشش دادن دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت‌ها.

کمک اضافی: نوعی برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع اندک کمک می‌کند تا هزینه داروهای نسخه دار Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمار، را کاهش دهند. به این کمک اضافه «پارانه افراد کم درآمد» یا LIS هم گفته می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه دار که برای استفاده به جای داروی مارک دار به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. داروی ژنریک معمولاً ارزانتر است ولی به همان اندازه داروی مارک دار کارایی دارد.

نارضایتی/شکایت: شکایتی که شما از ما یا یکی از ارائه‌کنندگان خدمات یا داروخانه‌های ما می‌کنید. این شامل شکایت از کیفیت مراقبت یا کیفیت خدمات ارائه شده از سوی طرح درمانی می‌شود.

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. فصل 2 کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح درمانی: مجموعه‌ای متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات طولانی مدت و سایر ارائه‌دهندگان خدمات است. همچنین دارای مدیر مراقبتی برای کمک به مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدمات خود است. همه آنها برای ارائه خدمات مراقبتی مورد نیاز شما با هم همکاری می‌کنند.

ارزیابی خطر سلامت: مروری از سوابق پزشکی بیمار و شرایط فعلی او. به منظور ارزیابی وضعیت سلامت بیمار و پیش‌بینی اینکه در آینده چقدر بهبود پیدا خواهد کرد، انجام می‌شود.

مددکار بهداشت خانگی: شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت‌های یک پرستار یا کارور درمانی مجوز دار نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویز شده). مددکار بهداشت خانگی پروانه پرستاری ندارد یا درمان ارائه نمی‌دهد.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: طرحی برای مراقبت و حمایت افرادی که به بیماری‌های لاعلاج مبتلا هستند تا زندگی راحت‌تری داشته باشند. منظور از پیش‌بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می‌رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند.

• عضوی که بیماری لاعلاج دارد از این حق برخوردار است که آسایشگاه بیماری‌های لاعلاج را انتخاب کند.



- یک تیم مخصوص تعلیم‌دیده متشکل از متخصصین و ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی برای یک شخص، شامل نیازمندی‌های جسمی، احساسی، اجتماعی، و روحی.

- ما باید لیستی از ارائه‌دهندگان آسایشگاه در منطقه جغرافیایی خود را به شما ارائه دهیم.

صدور صورت حساب نادرست/نامناسب: هر زمانی که ارائه دهنده (همچون پزشک یا بیمارستان) صورت حساب شما را با مبلغی بیش از سهم هزینه ما برای خدمات صادر کند. اگر صورت حسابی دریافت کرده‌اید و دلیل آن را نمی‌دانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به عنوان یک عضو طرح، شما فقط زمانی مبالغ اشتراک هزینه طرح ما را پرداخت می‌کنید که خدماتی را که ما پوشش می‌دهیم دریافت کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم به میزانی بیش از این مبلغ برایتان صورت حساب صادر کنند.

بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR): اگر با درخواست شما برای درمان یا خدمات پزشکی مخالفت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر با تصمیم ما مخالف باشید و مشکل شما به خدمات Medi-Cal، از جمله امکانات و داروهای DME، مربوط باشد، می‌توانید درخواست IMR را تسلیم سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا کنید. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که در طرح شما شرکت ندارند، اطلاق می‌گردد. اگر نتیجه IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا وسایل درخواستی شما را فراهم کنیم. برای انجام IMR شما هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.

طرح مراقبت شخصی شده (Individualized Care Plan, ICP یا طرح مراقبتی): برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید ونحوه دریافت آنها. ممکن است طرح شما شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و خدمات و حمایت طولانی مدت باشد. طرح مراقبتی که توسط یکی از اعضای D-SNP و تیم مراقبت بین رشته ای اعضا (ICT) ایجاد شده است. طرح نیز نامیده می‌شود.

مرحله اولیه پوشش: مرحله پیش از آن که هزینه کل داروهای بخش D شما به \$7400 برسد. این شامل مبلغی که شما پرداخت کرده‌اید، هزینه ی که طرح ما از جانب شما پرداخت کرده بوده و یارانه افراد کم درآمد می‌شود. این مرحله را پس از دریافت اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید. طی این مرحله، ما بخشی از هزینه‌های دارویی شما را پرداخت می‌کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت خواهید کرد.

بیمار بستری: اصطلاحی است برای زمانی که شما رسماً در بیمارستان برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی بستری می‌شوید. اگر به‌طور رسمی پذیرش نشده باشید، حتی اگر در خلال شب در بیمارستان مانده باشید، ممکن است درمان شما سرپایی در نظر گرفته شود نه بستری.

تیم مراقبت میان دوره‌ای (Interdisciplinary Care Team, ICT یا تیم مراقبتی): تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مددکاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی شود که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. تیم مراقبتی شما همچنین شما را یاری می‌کند که برای خودتان طرح درمانی تهیه کنید.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) که طرح ما پوشش می‌دهد. ما این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان تهیه می‌کنیم. فهرست دارویی به شما اطلاع می‌دهد که برای گرفتن داروهای خود از چه قوانینی باید پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی اوقات "مجموعه دارویی" نامیده می‌شود.

خدمات و حمایت های طولانی مدت مدیریت شده (Managed Long-term services and supports, MLTSS): خدمات و حمایت‌های طولانی مدت مدیریت شده که به بهبود عارضه پزشکی طولانی مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند که در خانه خود بمانید و نیازی به مراکز پرستاری یا بیمارستان نداشته باشید. MLTSS شامل خدمات جامعه-محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) است.

یارانه افراد کم درآمد (Low-income subsidy, LIS): به "کمک اضافی" مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



برنامه سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 3 ماه از داروهای نسخه دار تحت پوشش خود را مستقیماً درب خانه تحویل بگیرید. این می‌تواند یک راه مقرون به صرفه و راحت برای تهیه داروهایی باشد که به طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط ایالت اداره می‌شود و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال پرداخت می‌گردد.

- به اشخاصی که کم درآمد هستند کمک می‌کند هزینه‌های درمان و خدمات و حمایت درازمدت مورد نیاز خود را تامین کنند.
- این برنامه خدمات اضافی و برخی داروهای که Medicare پوشش نمی‌دهد را پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت است، اما اغلب هزینه‌های مراقبت سلامت در صورتی که هم برای Medicaid و هم برای Medicare واجد شرایط شوید پوشش داده می‌شود.
- برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با Medi-Cal به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طرح‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، وسایل پزشکی و حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

از لحاظ پزشکی ضروری: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت بهداشتی فعلی به آنها نیاز دارید. این شامل خدمات درمانی می‌شود که از رفتن شما به یک بیمارستان یا آسایشگاه پیشگیری می‌کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. تعریف دولت ایالتی برای خدمات پزشکی با ضرورت پزشکی شامل خدماتی می‌شود که برای محافظت از زندگی، پیشگیری از بیماری عمده یا معلولیت عمده یا تسکین درد شدید منطقی و لازم باشند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد بالای 65 سال، برخی افراد زیر 65 سال مبتلا به برخی ناتوانایی‌ها، و افرادی که نارسایی کلیه دائمی دارند (معمولاً افرادی که مبتلا به نارسایی دائمی کلیه دارند و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی Medicare خود را مستقیماً از Original Medicare یا طرح مراقبت مدیریت‌شده دریافت کنند (به «طرح درمانی» مراجعه نمایید).

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare همچنین موسوم به «Medicare بخش C» یا «طرح مزیت Medicare» که طرح‌ها را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare هزینه این شرکت‌ها را برای پوشش دادن مزایای Medicare شما می‌پردازد.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه برنامه‌های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. عضو Medicare-Medi-Cal را "فرد واجد شرایط دوگانه" نیز می‌نامند.

Medicare بخش A: برنامه Medicare که اکثر خدمات ضروری پزشکی بیمارستان، تسهیلات پرستاری تخصصی، مراقبت در منزل و مراقبت آسایشگاهی رو به مرگ را پوشش می‌دهد.

Medicare بخش B: برنامه Medicare که خدمات (مانند آزمایش، جراحی و معاینه پزشک) و امکاناتی (مانند ویلچر و واکر) را که استفاده از آنها برادرمان بیماری یا مشکل شما ضرورت پزشکی دارد، ارائه می‌کند. Medicare بخش B بسیاری از خدمات پیشگیری و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.



Medicare بخش C: برنامه Medicare که با نام "Medicare Advantage" یا "MA" نیز شناخته می‌شود، به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

Medicare بخش D: برنامه مزایای داروی نسخه دار Medicare. این برنامه را به اختصار "بخش D" می‌نامیم. بخش D شامل داروهای تجویزی سرپایی، واکسیناسیون، و برخی تدارکات دیگری که تحت پوشش Medicare بخش A، و یا بخش B و یا Medi-Cal نیستند می‌شود. طرح ما شامل بخش Medicare D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که می‌توانند تحت پوشش Medicare بخش D باشند. کنگره بخصوص گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی: گروه مجزایی از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): 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 (CMS) دولت ایالتی تأیید شده باشد.

کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات افشا: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقی یا سایر اسناد، پوشش شما و آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را شرح می‌دهد.

خدمات اعضا: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، نارضایتی و تجدیدنظر شما است. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات اعضا، به فصل 2 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای که قبول کرده نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما بپیچد. آنها را "داروخانه‌های درون شبکه" می‌نامیم چون موافقت کرده اند با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما نسخه‌های شما را تنها زمانی پوشش می‌دهیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان تهیه شده باشند.

ارائه‌دهنده شبکه: "ارائه‌دهنده" یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این اصطلاح همچنین در برگیرنده بیمارستان، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه، و دیگر مکان‌هایی که به شما خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی و یا خدمات و حمایت طولانی مدت ارائه می‌دهند نیز می‌باشد.

- آنها تأیید شده یا دارای پروانه از Medicare و ایالت هستند و پروانه کار برای ارائه خدمات درمانی دارند.
- هرگاه این مراکز موافقت کنند که با طرح درمانی همکاری کنند، نحوه پرداخت ما را قبول کنند و از اعضای ما هزینه اضافه نگیرند، آنها را "ارائه‌کنندگان شبکه" می‌نامیم.
- تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، از ارائه‌کنندگان خدمات شبکه استفاده کنید. ارائه‌دهندگان شبکه "ارائه‌دهندگان طرح درمانی" نیز خوانده می‌شوند.

آسایشگاه: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.



بازرس کل: دفتری در ایالت شما که به عنوان وکیلان فعالیت دارد. بازرس می‌تواند در صورتی که مشکل یا شکایتی داشته باشید به شما پاسخ دهد و می‌تواند به شما کمک نمایند تا متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. خدمات بازرس کل رایگان هستند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل های 2 و 9** کتاب راهنمای اعضا خود بیابید.

تشخیص سازمانی: هنگامیکه طرح ما با یکی از ارائه‌دهندگان ما در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می‌کند به آن تشخیص سازمانی می‌گویند. تشخیص سازمانی "تصمیمات پوششی" خوانده می‌شوند. در **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا درباره تصمیمات پوششی توضیح داده شده است.

Original Medicare (استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): Original Medicare را دولت اداره می‌کند. به موجب Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغی که کنگره تعیین می‌کند به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شود.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند استفاده کنید. Original Medicare شامل دو بخش می‌باشد: بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده با برنامه درمانی ما برای هماهنگ سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما همکاری کند. طرح ما اکثر داروهای را که از داروخانه های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز درمانی خارج از شبکه: ارائه کننده یا مرکز درمانی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نبوده و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه درمانی ما تحت قراردادی نیست. **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضا شما ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

هزینه‌هایی که از جیب خود می‌پردازید: شرایط تقسیم هزینه برای اعضا تا بخشی از خدمات یا داروهای که درخواست می‌کنند را پرداخت کنند، شرایط هزینه "پرداختی از جیب/آزاد" نیز خوانده می‌شود. تعریف "تقسیم هزینه" را در بالا مطالعه نمایید.

داروهای بدون نسخه (Over-the-counter, OTC): داروهای بدون نسخه، داروها یا داروهای هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه پزشک متخصص مراقبت‌های بهداشتی آنها را خریداری کند.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به "داروهای Medicare بخش D" مراجعه کنید.

اطلاعات پزشکی شخصی (معروف به «اطلاعات پزشکی محافظت شده» [Personal health information, PHI]): اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه به پزشکان و سوابق پزشکی. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI شما، به اطلاعات اقدامات حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (Primary care provider, PCP): پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری که برای اکثر مشکلات سلامتی ابتدا به او مراجعه می‌کنید. آنها مطمئن می‌شوند که شما خدمات مورد نیاز برای حفظ سلامتی را دریافت می‌کنید.

- آنها ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری نیز در مورد مراقبت از شما مشورت کنند یا شما را به آنها ارجاع کنند.
- در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید.
- برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی اصلی به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

مجوز قبلی: تأییدیه‌ای که باید آن را پیش از دریافت خدمات خاص یا دارو یا مراجعه به یک ارائه‌کننده خدمات خارج از شبکه از ما بگیرید. طرح ما ممکن است خدمات یا داروی مورد نظر شما را در صورت عدم دریافت تأییدیه پوشش ندهد.

برخی خدمات پزشکی شبکه فقط در صورتی تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرند که پزشک معالج یا دیگر ارائه‌کنندگان خدمات شبکه از ما اجازه قبلی بگیرند.

- خدمات تحت پوششی که نیاز به اجازه قبلی طرح ما دارند در **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء مشخص شده‌اند.
- برخی از داروها فقط در صورتی که از ما اجازه قبلی کسب کرده باشید توسط طرح ما پوشش داده می‌شوند.
- داروهای تحت پوشش که نیاز به مجوز قبلی طرح بیمه ما دارند در فهرست داروهای تحت پوشش مشخص شده‌اند.

برنامه مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاص به سن 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مراقبت بیشتری دارند تا درخانه خودشان زندگی کنند.

پروتز و ارتز: وسایل پزشکی هستند که توسط دکتر یا ارائه‌دهنده مراقبت درمانی شما سفارش داده می‌شوند. که شامل این موارد هستند، اما نه محدود به آنها، آتل دست، کمر و گردن؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی اجزای داخلی بدن یا عملکردهای آن، شامل وسایل استومی و درمان تغذیه انترال و پرنترال.

سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

محدودیت مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ما ممکن است مورد مقدار دارویی که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم را محدود کنیم.

ارجاع: ارجاع تأییدیه ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP است. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. برای مراجعه به برخی متخصصان مانند متخصصان بهداشت زنان نیازی به ارجاع ندارید. اطلاعات بیشتر را درباره ارجاع‌ها می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** کتابچه راهنمای اعضاء خود بیابید.

خدمات توانبخشی: مداوایی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات تماس بگیرید. این تماس، رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (sexually transmitted infections, STI)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تایید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

منطقه شامل خدماتی: محدوده جغرافیایی که یک طرح درمانی در صورتی که عضویت به بیمه خود را محدود به ساکنین آن منطقه بکند در آن عضو می‌پذیرد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به صورت کلی منطقه‌ای که می‌توانید خدمات روتین (غیر اورژانسی) را دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند طرح ما را دریافت کنند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه های مراقبت های بهداشتی خود را که ممکن است مجبور باشید هر ماه قبل از اعمال مزایای خود بپردازید. مقدار سهم شما از هزینه بسته به درآمد و منابع شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال‌هایی از این گونه درمان شامل فیزیوتراپی یا تزریق درون وریدی (IV) است که توسط پرستار مجوز دار یا پزشک انجام می‌شود.

متخصص: پزشکی که خدمات درمانی برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن ارائه می‌دهد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های تخصصی، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری درخواست خدمات Medi-Cal دارد که ما تأیید نمی‌کنیم، یا ما دیگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نمی‌کنیم، شما از این حق برخوردار هستید تا درخواست دادرسی و بررسی ایالتی داشته باشید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات مورد درخواست شما را فراهم کنیم.

درمان گام به گام: مقررات پوشش که لازم می‌داند شما داروی دیگری را امتحان کنید قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): مزایای ماهانه که خدمات اجتماعی به اشخاصی پرداخت می‌کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI با مزایای تامین اجتماعی یکسان نیستند. SSI به طور خودکار پوشش Medi-Cal را فراهم می‌کند.

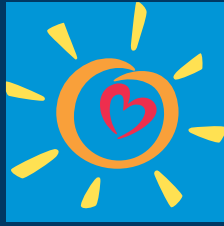
مراقبت فوری: خدمات مراقبتی که برای یک بیماری، صدمه یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست اما نیاز به مراقبت فوری دارد. اگر ارائه کنندگان خدمات شبکه در دسترس نباشند یا نتوانید خود را به آنها برسانید، می‌توانید خدمات فوری را از ارائه کنندگان خدمات خارج از شبکه نیز دریافت کنید.



خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus

تماس بگیرید	1-833-522-3767 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. خدمات اعضاء همچنین خدمات رایگان ترجمه شفاهی را نیز برای افراد غیر انگلیسی زبان ارائه می‌کند.
TTY	711 این شماره به دستگاه تلفن مخصوصی نیاز دارد و فقط برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل.
فکس	1-213-438-5712
مکاتبه	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1055 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
وبسایت	medicare.lacare.org





L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.

lacare.org  TTY: 711 | 1.833.522.3767: تلفن رایگان 