



**L.A. Care**  
*Medicare Plus*<sup>TM</sup>  
(HMO D-SNP)

# دفترچه راهنمای اعضا 2024

1 ژانویه - 31 دسامبر 2024



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

1 ژانویه 2024 – 31 دسامبر 2024

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

#### کتابچه راهنمای اعضا مقدمه

این کتابچه راهنمای اعضا که نام دیگر آن سند پوشش است، اطلاعاتی در مورد پوشش شما تحت طرحتان تا 31 دسامبر 2023 در اختیارتان قرار می‌دهد. در این کتابچه درباره خدمات مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروهای تجویزی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت توضیح داده می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 از کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

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

در این کتابچه راهنمای اعضا، منظور از «ما»، «برای ما»، «مال ما» یا طرح ما همان L.A. Care Medicare Plus است.

می‌توانید این سند را به‌صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمر، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا که شماره آن در پایین این صفحه قرار دارد، این سند را به‌صورت رایگان در سایر قالب‌ها، از قبیل چاپ درشت، خط بریل و/یا فایل صوتی دریافت کنید. این تماس رایگان است.

می‌توانید درخواست کنید که همیشه اطلاعات را به زبان یا در قالب موردنیازتان برای شما ارسال کنیم. این عمل را درخواست ثابت می‌نامند. ما درخواست ثابت شما را ثبت می‌کنیم تا نیاز نباشد هر بار که اطلاعات را به شما می‌فرستیم، درخواست جداگانه‌ای ارائه دهید. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی و/یا فرمتی دیگر، لطفاً در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با خدمات اعضا به شماره 522-3767 (833)، 711 TTY: تماس بگیرید. نماینده خدمات اعضا می‌تواند در ارائه یا تغییر درخواست ثابت به شما کمک کند.

We have free interpreter services to answer any questions that you may have about our health or drug plan. To get an interpreter just call us at 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. Someone that speaks English can help you. This is a free service.

- توجّد لدینا خدمات ترجمه فوریه مجانیة للإجابة عن أية أسئلة قد تكون لديك بخصوص الخطة الصحية أو خطة العقاقير الدوائية. للحصول على خدمات مترجم فوري ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-833-522-3767، TTY: 711 على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث اللغة العربية. هذه خدمة مجانية.
- Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ պատասխանելու մեր առողջության կամ դեղերի ծրագրի վերաբերյալ ձեր ցանկացած հարցի: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ինչ-որ մեկը, ով խոսում է անգլերեն, կարող է օգնել ձեզ: Սա անվճար ծառայություն է:

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



- 我們有免費口譯服務可以回答您對我們健康計劃或藥物計劃可能持有的任何問題。若要使用口譯員，請致電 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）。說英文的工作人員可為您提供協助。這是一項免費服務。
- ما با ارائه خدمات رایگان ترجمه شفاهی، به هر سوالی که ممکن است شما در مورد طرح سلامت یا داروی ما داشته باشید پاسخ می‌دهیم. برای دریافت مترجم شفاهی فقط با شماره 1-833-522-3767، TTY: 711، 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با ما تماس بگیرید. کسی که انگلیسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این خدمات، رایگان است.
- अपने स्वास्थ्य या दवा प्लैन के संबंध में आपके किन्हीं भी प्रश्नों के उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। दुभाषिये की सेवाएँ प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-833-522-3767, TTY: 711 पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन, छुट्टियों समेत, कभी भी कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता है। यह सेवा मुफ्त है।
- Peb muaj cov kev pab txhais lus pub dawb los teb txhua nqe lus nug uas koj muaj txog peb txoj kev phiaj xwm kev kho mob los sis tshuaj. Txhawm rau kom tau tus neeg txhais lus ces tsuas yog hu rau peb ntawm tus xov tooj 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib lub lim tiam, suav nrog cov hnuv so. Ib tug neeg uas hais Lus Askiv yuav tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab dawb xwb.
- Yie mbuo liepc duqv maaih faan waac mienh wangv-henh tengx dau waac bun muangx dongh haaix zanc meih qiex naaic taux yie mbuo goux nyei ziux goux wangc siangx sou-gorn a'fai ndie nyei sou-gorn. Liouh lorx faan waac mienh se zuqc korh waac lorx taux yie mbuo yiem nijec naaiv 1-833-522-3767, TTY: 711, yietc hnoi yiem zuov benx 24 norm ziangh hoc, yietc norm leiz baaix zuov yiem 7 hnoi, lemh jienv gingc yaac maiv duqv dingh. Maaih faan waac mienh dung hhaih gorngv Mienh waac wuov tengx faan waac bun meih muangx oc. Naaiv se wangv henh tengx faan waac bun muangx hhangv.
- 当社の医療プログラムもしくは投薬計画に関して、皆様から寄せられるすべてのご質問にお答えできるように、当社では無料でご利用できる通訳サービスをご用意しています。通訳サービスのご依頼は、24時間年中無休（祝祭日も受け付けております）、電話番号 1-833-522-3767、テレタイプ端末 (TTY):711まで、お電話ください。英語の通訳者が皆様をアシストいたします。こちらは無料サービスです。
- យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាពវិទ្យុសម្រាប់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកពួកយើងតាមលេខ 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃឈប់សម្រាក។ អ្នកដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេសអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។
- 무료 통역 서비스를 제공하여 의료 또는 의약품 플랜에 관한 여러분의 질문에 답변해 드립니다. 통역사를 구하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711)번(하루 24시간, 주 7일 운영, 휴일 포함)으로 연락해 주십시오. 영어를 구사하는 사람이 여러분을 도와드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.





- Wir bieten kostenlose Dolmetscherdienste, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher in Anspruch zu nehmen, rufen Sie uns einfach an unter 1-833-522-3767, TTY: 711. Wir sind rund um die Uhr erreichbar, auch an Feiertagen. Ein englischsprachiger Mitarbeiter kann Ihnen behilflich sein. Dies ist ein kostenloser Service.
- Nous mettons à votre disposition des services d'interprétariat gratuits pour répondre à toutes les questions que vous vous posez sur notre programme relatif à la santé et aux médicaments. Pour avoir accès à un interprète, appelez-nous au 1-833-522-3767, ATS : 711, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, y compris les jours fériés. Une personne parlant anglais peut vous aider. Ce service est gratuit.
- Nou gen sèvis entèprèt ki gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 sou 24, 7 jou sou 7, ak jou ferye yo tou. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.
- Abbiamo a disposizione un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a qualsiasi domanda sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per richiedere un interprete è sufficiente chiamare il numero 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 ore su 24, 7 giorni su 7, compresi i giorni festivi. Ti può aiutare una persona che parla inglese. Il servizio è gratuito.
- Zapewniamy bezpłatne usługi tłumacza, który odpowie na wszelkie pytania dotyczące naszego planu zdrowotnego lub farmaceutycznego. Aby zamówić tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer 1-833-522-3767, Tryb TTY: 711, 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, również w święta. Może Ci pomóc ktoś, kto mówi po angielsku. Usługa jest bezpłatna.
- Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer perguntas que possa ter sobre nosso plano de saúde ou medicamentos. Para obter um intérprete, basta ligar para 1-833-522-3767, TTY: 711, 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados. Alguém que fala inglês pode te ajudar. Este é um serviço gratuito.



## فهرست مطالب

6	فصل 1: شروع به عنوان عضو.....
17	فصل 2: شماره تلفن ها و منابع مهم .....
38	فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما و سایر خدمات تحت پوشش .....
61	فصل 4: نمودار مزایا .....
125	فصل 5: دریافت داروهای نسخه‌ای سرپایی خود.....
142	فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal Medicaid خود می پردازید.....
149	فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت هزینه صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید.....
155	فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما.....
177	فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تعیین میزان پوشش، تجدیدنظر، شکایات).....
228	فصل 10: پایان دادن به عضویت در طرح ما.....
237	فصل 11: اطلاعیه‌های حقوقی.....
240	فصل 12: تعاریف واژگان مهم.....

### اعلامیه‌های سلب مسئولیت

❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) یک برنامه مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی است که با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد تا مزایای هر دو برنامه را به اعضای ثبت‌نام‌شده خود ارائه کند. ثبت‌نام در L.A. Care Medicare Plus به تمدید قرارداد بستگی دارد.

❖ پوشش L.A. Care Medicare Plus یک پوشش درمانی واجد شرایط است که «پوشش ضروری حداقلی» خوانده می‌شود. این طرح الزامات مسئولیت مشترک فردی قانون محافظت از بیمار و قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه (Affordable Care Act, ACA) را برآورده می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مسئولیت مشترک شخص از وبسایت خدمات درآمد داخلی (Internal Revenue Service, IRS) به نشانی [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://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 سلامت که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و همه خدمات Medicare و Medi-Cal و عضویت شما در آن 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 کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید	7
B. اطلاعاتی در مورد Medicare و Medi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. مزایای طرح ما	8
D. منطقه خدمات طرح ما	9
E. چه چیزی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند	9
F. در شروع عضویت در طرح سلامت ما چه انتظاراتی می‌توانید داشته باشید	9
G. تیم مراقبت شما و طرح مراقبتی	10
G1. تیم مراقبت	10
G2. طرح مراقبت	10
H. هزینه عضویت ماهانه در L.A. Care Medicare Plus	11
H1. حق بیمه طرح	11
H2. حق بیمه ماهانه Medicare بخش B	11
H3. حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری	12
I. کتابچه راهنمای اعضا	12
J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید	12
J1. کارت عضویت شما	12
J2. فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها	13
J3. فهرست داروهای تحت پوشش	14
J4. شرح مزایا	14
K. به روز نگه داشتن سوابق عضویت‌تان	15
K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)	16



## A. به طرح ما خوش آمدید

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

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

L.A. Care Health Plan یک نهاد دولتی است که نام رسمی آن Local Initiative Health Authority for Los Angeles County (اداره بهداشت طرح محلی برای شهر لس آنجلس) است. L.A. Care Health Plan یک طرح سلامت 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 کیفیت را به شما ارائه دهد.

## B. اطلاعاتی در مورد Medicare و Medi-Cal

### Medicare .B1

Medicare یک بیمه درمانی فدرال برای افراد زیر است:

- افراد 65 ساله یا بالاتر،
- برخی از افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص، و
- افراد مبتلا به بیماری مرحله نهایی کلیه (نارسایی کلیه).

### Medi-Cal .B2

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

هر ایالت در خصوص موارد زیر تصمیم می‌گیرد:

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

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





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. می‌توانید با توجه به شرایط زیر از خدمات Medicare و Medi-Cal استفاده کنید، البته تا زمانی که:

- قصد ارائه این طرح را داشته باشیم، و
  - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه دهند همچنان این طرح را ارائه دهیم.
- حتی اگر طرح ما در آینده متوقف شود، همچنان واجد شرایط دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خواهید بود.

### C. مزایای طرح ما

اکنون تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود را از طرح ما دریافت خواهید کرد، از جمله داروهای نسخه‌دار. 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 عبارت‌اند از:

- 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 مراقبت و مدیر مراقبت شما برای تهیه یک برنامه مراقبت که جوابگوی نیازهای پزشکی شما باشد با شما همکاری می‌کنند. تیم مراقبت به شما در هماهنگ کردن خدمات مورد نیازتان کمک خواهد کرد. به‌عنوان مثال، این بدان معنی است که تیم مراقبت شما از موارد زیر اطمینان حاصل می‌کند:
  - o پزشکان شما از کلیه داروهایی که مصرف می‌کنید، مطلع هستند. آن‌ها مطمئن می‌شوند داروهای مناسبی مصرف می‌کنید تا بتوانند عوارض جانبی احتمالی مصرف آن‌ها را کاهش دهند.
  - o نتیجه آزمایشات شما در اختیار همه پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات گذاشته می‌شود.

**اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus:** در بیشتر موارد، 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.

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



## D. منطقه خدمات طرح ما

منطقه خدمات ما کانتی لس آنجلس در کالیفرنیاست.

فقط افراد ساکن در منطقه خدمات ما می‌توانند به طرح ما بپیوندند.

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 به خارج از منطقه خدمات به فصل 8 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

شما واجد شرایط طرح ما هستید تا زمانی که:

- در منطقه خدمات ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات باشند به منزله زندگی کردن در این منطقه در نظر گرفته نمی‌شوند)، و
- هنگام ثبت نام 21 سال یا بیشتر داشته باشید، و
- عضو Medicare بخش A و Medicare بخش B باشید، و
- شهروند آمریکا یا مقیم قانونی آمریکا باشید، و
- در حال حاضر واجد شرایط Medi-Cal باشید، و

اگر واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار داشته باشید ظرف 3 ماه دوباره آن را به دست آورید، همچنان واجد شرایط طرح ما خواهید ماند. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

## F. در شروع عضویت در طرح سلامت ما چه انتظاراتی می‌توانید داشته باشید

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

ما باید یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنایی برای تدوین برنامه مراقبت شما است. این HRA شامل سؤال‌هایی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت 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، ارائه‌کنندگان و مجوزهای خدماتی کنونی خود را برای حداکثر 12 ماه از تاریخ ثبت نام حفظ کنید:

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



- شما، نماینده یا ارائه‌دهنده‌تان از ما بخواهید به شما اجازه دهیم از ارائه‌دهنده فعلی‌تان 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 در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه در طرح ما حداقل یک بار برای معاینه غیراورژانسی به ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
  - ما این رابطه موجود را با بررسی اطلاعات بهداشتی که از شما در اختیار داریم یا اطلاعاتی که به ما می‌دهید، مشخص می‌کنیم.
  - ما برای جواب دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. می‌توانید از ما بخواهید سریع‌تر تصمیم‌گیری کنیم که در آن صورت باید ظرف 15 روز جواب دهیم. اگر در معرض خطر آسیب دیدن هستید، باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
  - هنگام ارائه درخواست، شما یا ارائه‌دهنده‌تان باید اسناد رابطه موجود را نشان دهید و با برخی شرایط موافقت کنید.

**توجه:** می‌توانید این درخواست برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) را برای حداقل 90 روز ارائه دهید؛ یعنی تا زمانی که مورد اجاره‌ای جدیدی تأیید کنیم و یکی از ارائه‌دهندگان شبکه آن را به شما تحویل دهد. نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان خدمات حمل‌ونقل یا سایر ارائه‌دهندگان کمکی ارائه دهید، اما می‌توانید درخواستی برای خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات کمکی که در طرح ما نیستند، ارائه دهید.

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

## 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. تیم مراقبت ممکن است شامل پزشک، مدیر مراقبت یا سایر افراد مرتبط با امور بهداشتی به انتخاب شما باشد.

مدیر مراقبت شخصی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی موردنیازتان آموزش دیده است. پس از ثبت‌نام در طرح ما، 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. طرح مراقبت به شما و پزشکانتان می‌گوید به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید. این خدمات شامل خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، از جمله هرگونه خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، داروخانه و MLTSS یا سایر خدمات موردنیاز شماست.

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- ترجیحات و اهداف مراقبت‌های بهداشتی درمانی شخصی شما، و
- چارچوب زمانی برای دریافت خدماتی که نیاز دارید.

پس از HRA شما، تیم مراقبت شما با شما ملاقات خواهد کرد. آن‌ها خدمات موردنیازتان را از شما جویا می‌شوند. درباره خدماتی که ممکن است به فکر دریافت آن‌ها باشید نیز اطلاعاتی در اختیارتان می‌گذارند. طرح مراقبت شما بر اساس پاسخ‌هایتان در HRA و سایر اطلاعاتی که در اختیار تیم مراقبت قرار داده‌اید، تهیه می‌شود. تیم مراقبت شما در به‌روزرسانی طرح مراقبت‌تان حداقل سالی یکبار، یا دفعات بیشتر در صورتی که نیازهایتان تغییر کنند، با شما همکاری می‌کند. اگر تصمیم بگیرید در طرح مراقبت خود شرکت نکنید یا مدیر مراقبت شما نتواند با شما تماس بگیرد، یک طرح مراقبت برای شما ایجاد خواهد شد.

**H. هزینه عضویت ماهانه در L.A. Care Medicare Plus**

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (بخش H1)
  - حق بیمه ماهانه Medicare بخش D (بخش H2)
  - حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری (بخش H3)
- در بعضی شرایط، ممکن است حق بیمه طرح شما کمتر باشد.

**H1. حق بیمه طرح**

با توجه به سطح کمک اضافی که دریافت می‌کنید، ملزم به پرداخت حق بیمه برای این طرح نیستید. کمک اضافی یکی از برنامه‌های Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه‌های داروهای تجویزی Medicare بخش D مانند حق بیمه، کسورات و پرداخت‌های مشترک را کاهش دهند. به این کمک اضافه، «یارانه افراد کم درآمد» (Low-Income Subsidy, LIS) هم گفته می‌شود.

**H2. حق بیمه ماهانه Medicare بخش A و بخش B**

بعضی از اعضا باید حق بیمه‌های دیگر Medicare را بپردازند. طبق توضیح بخش E بالا، برای اینکه واجد شرایط طرح ما باشید، باید واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal را حفظ کنید و همچنین از Medicare بخش A و Medicare بخش B برخوردار باشید. Medi-Cal حق بیمه Medicare بخش A (اگر به‌طور خودکار واجد شرایط آن نباشید) و حق بیمه Medicare بخش B را برای اکثر اعضای L.A. Care Medicare Plus می‌پردازد.

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



اگر **Medi-Cal** حق بیمه **Medicare** شما را نمی‌پردازد، برای اینکه عضو طرح بمانید باید خودتان حق بیمه **Medicare** را پرداخت کنید. این مورد شامل حق بیمه برای **Medicare** بخش B می‌شود. همچنین ممکن است شامل حق بیمه **Medicare** بخش A باشد که روی اعضای که واجد شرایط حق بیمه رایگان **Medicare** بخش A نیستند، تأثیر می‌گذارد. علاوه بر این، لطفاً برای اطلاع دادن این تغییر، با خدمات اعضا یا مدیر مراقبت خود تماس بگیرید.

### H3. حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری

اگر برای مزایای اضافی ثبت‌نام کردید که «مزایای تکمیلی اختیاری» نیز نامیده می‌شود، هر ماه برای این مزایای اضافی حق بیمه اضافی پرداخت خواهید کرد. برای آگاهی از جزئیات به بخش E فصل 4 مراجعه کنید.

## A. کتابچه راهنمای اعضا

کتابچه راهنمای اعضا 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 کسب اطلاعات درباره استیناف‌ها، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، یک کتابچه راهنمای اعضا درخواست کنید. همچنین می‌توانید از طریق وبسایت ما که نشانی آن در پایین صفحه است به کتابچه راهنمای اعضا دسترسی داشته باشید.

این قرارداد برای ماه‌های بین 1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024 که در طرح ما عضو هستید، قابل اجرا خواهد بود.

## J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

اطلاعات مهم دیگری که در اختیارتان قرار می‌دهیم شامل کارت عضویت، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه و اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش است که فهرست داروها نام دارد.

### J1. کارت عضویت شما

در طرح ما، یک کارت برای استفاده از خدمات **Medicare** و **Medi-Cal** خود خواهید داشت که شامل **MLTSS**، برخی خدمات بهداشت روان، و نسخه‌ها می‌شود. این کارت را هنگام دریافت خدمات یا داروهای نسخه‌ها نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت عضویت است:

		<b>Member Services:</b> 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) <b>Behavioral Health:</b> 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) <b>Pharmacy Help Desk:</b> 1-844-268-9785 <b>Dental Services:</b> 1-888-700-5243 <b>24-Hour Nurse Advice:</b> 1-800-249-3619 (TTY: 711)	
<b>Member Name:</b> <Cardholder Name> <b>Member ID:</b> <Cardholder ID#>		<b>Website:</b> medicare.lacare.org	
<b>Care Manager Phone:</b> 1-833-522-3767 <b>PCP Group/Name:</b> <PCP/Group name line 1> <PCP/Group name line 2> <b>PCP Phone:</b> <PCP Phone> <b>Copays:</b> PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 HI224-001		<b>RxBIN:</b> <RxBIN#> <b>RxPCN:</b> <RxPCN#> <b>RxGRP:</b> <RxGRP#> <b>RxID:</b> <RxID#> 	
<b>Send Claims to:</b> L.A. Care Health Plan Attn. Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081		<b>Claim Inquiry:</b> 1-866-522-2736	

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



اگر کارت عضویت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً از طریق شماره پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید. کارت جدیدی برایتان ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت اکثر خدمات نیازی به کارت سفید، قرمز و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود نخواهید داشت. این کارت‌ها را در جای امنی نگه دارید تا اگر در آینده به آن‌ها نیاز پیدا کردید، بتوانید از آن‌ها استفاده کنید. اگر کارت Medicare خود را به جای کارت عضویت خود نشان دهید، ارائه‌دهنده ممکن است صورت‌حساب را به جای طرح ما به نام Medicare صادر کند و در این صورت احتمال می‌رود 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 سوءمصرف مواد
- Medical-Cal Rx
- بهترین کار این است که هر دو کارت را جهت دسترسی به خدمات خود به همراه داشته باشید

## 2. فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها

فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌های شبکه بیمه درمانی طرح ما. تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه استفاده کنید. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه را (به صورت الکترونیکی یا نسخه چاپ‌شده) درخواست کنید. درخواست‌های نسخه چاپ‌شده فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه ظرف سه روز کاری برای شما پست خواهد شد. همچنین می‌توانید به فهرست ارائه‌دهنده و داروخانه در نشانی اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید.

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی (مانند پزشکان، پرستار متخصص و روانشناس‌ها)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، و ارائه‌دهندگان خدمات حمایتی (مانند مراقبت‌های بهداشتی روزانه بزرگسالان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در منزل) که ممکن است به عنوان عضو L.A. Care Medicare Plus به آن‌ها مراجعه کنید در این فهرست قرار گرفته‌اند. ما همچنین فهرست داروخانه‌هایی را فهرست کرده‌ایم که می‌توانید برای تهیه داروهای تجویزی خود به آن‌ها مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌دهندگان شبکه، مثل نام، نشانی، شماره تلفن، صلاحیت‌های حرفه‌ای، تخصص، نام دانشکده پزشکی، وضعیت اتمام دوره دستیاری و گواهی‌های پزشکی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

### تعریف ارائه‌دهندگان شبکه

- ارائه‌دهندگان شبکه ما شامل این افراد است:
  - پزشکان، پرستاران و دیگر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی درمانی که به عنوان عضوی از طرح ما می‌توانید به آن‌ها مراجعه کنید.

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



- کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و دیگر اماکنی که تحت طرح ما خدمات بهداشتی‌درمانی ارائه می‌دهند؛ و
  - MLTSS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی‌درمانی در منزل، فروشندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و سایر افرادی که خدمات و کالاهایی را ارائه می‌کنند که 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 اعضاء 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.

### J3. 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 اعضاء 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 به‌روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما که نشانی آن در پایین صفحه موجود است، دیدن کنید.

### J4. شرح مزایا

- زمانی که از مزایای داروهای تجویزی Medicare بخش D خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در درک و پیگیری پرداخت‌های داروهای تجویزی Medicare بخش D به شما کمک می‌کند. این خلاصه، شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) نامیده می‌شود.
- EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهای تجویزی Medicare بخش D هزینه کرده‌اید و کل مبلغی را که ما برای هریک از داروهای تجویزی Medicare بخش D شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، نشان می‌دهد. این EOB صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما ارائه می‌کند. **فصل 6** کتابچه راهنمای اعضاء در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری 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 عضویتان

با آگاه کردن ما از تغییرات اطلاعاتتان، می‌توانید 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:

- تغییر در نام، نشانی یا شماره تلفن خود؛
  - تغییراتی که در پوشش سایر بیمه‌های درمانی، مانند بیمه از جانب کارفرمایان، کارفرمای همسران یا کارفرمای شریک زندگی‌تان یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان ایجاد شده است؛
  - هرگونه مطالبه مسئولیت، مانند مطالبات مربوط به تصادف خودرو؛
  - پذیرش در مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
  - مراقبت دریاقتی در بیمارستان یا اورژانس؛
  - تغییر مراقب شما (یا شخصی که مسئول شماست)؛ و،
  - اگر در پژوهش تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (توجه: لازم نیست در مورد پژوهش تحقیقاتی بالینی که در آن شرکت می‌کنید یا بخشی از آن هستید به ما بگویید، اما بهتر است این کار را انجام دهید.)
- در صورت تغییر هر کدام از اطلاعات، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید با استفاده از حساب آنلاین L.A. Care Connect خود، اطلاعات را ویرایش کنید.
- L.A. Care Connect یک حساب آنلاین برای اعضای L.A. Care Medicare Plus است که ثبت‌نام می‌کنند. برای ثبت‌نام و دسترسی به حساب L.A. Care Connect خود به [www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید. پس از ثبت‌نام می‌توانید برای انجام کارهای زیر وارد شوید:
- 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 سلامت شخصی (PHI)**

اطلاعاتی که در سوابق عضویت شما وجود دارد ممکن است شامل اطلاعات سلامت 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 نحوه محافظت ما از PHI شما، به **فصل 8** از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.



## فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

### مقدمه

این فصل اطلاعات تماس مربوط به منابع مهمی را در اختیار تان قرار می‌دهد که می‌توانند به شما در یافتن پاسخ سوالات تان 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 اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

18	A. خدمات اعضا
21	B. مدیر امور مراقبتی شما
23	C. برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت (HICAP)
24	D. خط تلفن مشاوره پرستاری
25	E. تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری
26	F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)
27	G. Medicare
28	H. Medi-Cal
29	I. دفتر بازرس کل مراقبت‌های مدیریت شده و سلامت روان Medi-Cal
30	J. خدمات اجتماعی کانتی
31	K. طرح تخصصی سلامت روان کانتی
32	L. اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا
33	M. برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی آنها
33	M1. کمک اضافی
34	N. تأمین اجتماعی
35	O. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)
36	P. سایر منابع
37	Q. برنامه Medi-Cal Dental



**A. خدمات اعضا**

<p>تماس بگیرید 1-833-522-3767. تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید این اطلاعات را به‌صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل و/یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید.</p> <p>برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌دهیم.</p>	تماس بگیرید
<p>711. تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p> <p>24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل</p>	TTY
1-213-438-5712	فکس
<p>L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017</p>	مکاتبه
medicare.lacare.org/	وبسایت

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

- سوالات مربوط به طرح
- سوالات مربوط به مطالبات یا صورت‌حساب
- تصمیمات درباره پوشش مراقبت‌های سلامت شما
  - منظور از تصمیم درباره مراقبت‌های سلامت 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 مراقبت‌های سلامت به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

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



- استیناف‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت شما
  - استیناف روش رسمی برای درخواست از ما جهت بازنگری تصمیم اتخاذشده درباره پوشش بیمه شماست و اگر فکر می‌کنید ما اشتباهی کرده‌ایم یا با تصمیم مخالف هستیم، از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استیناف، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- شکایات مرتبط با مراقبت‌های سلامت شما
  - می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده خدمات (ارائه‌دهنده شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه، ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما همکاری می‌کند. همچنین می‌توانید در رابطه با کیفیت خدمات مراقبت دریافتی، نزد سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F** مراجعه نمایید).
  - می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با ما به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) 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](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) بیابید. یا برای دریافت راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - از طریق تماس با شماره 1-888-804-3536 می‌توانید نزد برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal از ما شکایت کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح شکایت در مورد مراقبت‌های سلامت خود، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما
  - منظور از تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما تصمیمی است در مورد:
    - مزایا و داروهای تحت پوشش شما یا
    - مبلغی که برای داروهای شما پرداخت می‌کنیم.
  - داروهای خارج از پوشش Medicare، مانند داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) Medi-Cal Rx بازدید 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 تجویزی خود، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- استیناف‌های مربوط به داروهایتان
  - استیناف شیوه‌ای برای درخواست از ماست که تصمیم مربوط به پوشش را تغییر دهیم.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استیناف در زمینه داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
  - شکایات مربوط به داروهایتان
    - می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت در مورد داروهای تجویزی شما می‌شود.
    - اگر شکایت شما درباره تصمیم مربوط به پوشش داروهای تجویزی‌تان باشد، می‌توانید استیناف بدهید. (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](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) بیابید. یا جهت دریافت کمک با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد طرح شکایت در خصوص داروهای تجویزی به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت یا داروهایی که هزینه‌شان را از پیش پرداخت کرده‌اید
  - برای اطلاع بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه از ما، یا پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید.
  - اگر از ما درخواست پرداخت صورت‌حساب 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 دیگری است که با شما آشنا می‌شود و نیازهای بهداشتی‌درمانی شما را بررسی خواهد کرد. این شخص ممکن است با گروه پزشکی شما یا با L.A. Care Health Plan همکاری داشته باشد. مدیر مراقبت شما، در یک تیم با شما، پزشکان شما، مراقبان و سایر افراد دخیل در مراقبت‌های سلامت‌تان همکاری خواهد کرد. مدیر مراقبت به ارزیابی این مسئله می‌پردازد که به چه خدمات مراقبتی نیاز دارید، طرح مراقبتی را همراه با شما تهیه می‌کند تا نحوه دریافت خدمات مراقبتی موردنیازتان را تعیین کند، خدمات مراقبتی شما را هماهنگ می‌کند و برای اطلاع از نحوه انجام کارها، پیگیری را انجام می‌دهد.

می‌توانید برای دریافت پاسخ به سوالات خود و پیدا کردن منابع صحیح و اطمینان از حفظ سلامت‌تان، با مدیر مراقبت صحبت کنید.

**چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید؟**

- می‌توانید با استفاده از شماره‌های درج‌شده در زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید. آن‌ها ارتباط شما را با واحد «هماهنگ‌سازی مراقبت/مدیریت مراقبت» برقرار می‌کنند.

**چگونه می‌توانید مدیر مراقبت خود را تغییر دهید؟**

با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید؛ در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات.

تماس بگیرید	1-833-522-3767. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز و 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 و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل
فکس	1-213-438-5712
مکاتبه	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
وبسایت	medicare.lacare.org/

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



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

- سوالات مربوط به مراقبت سلامت شما
  - پرسش‌های مربوط به استفاده از خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روان و اختلال سوءمصرف مواد)
  - سوالات مربوط به مزایای دندان پزشکی
  - سوالات مربوط به حمل‌ونقل به قرارهای ملاقات پزشکی
- خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت (MLTSS) شامل خدمات محلی بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، مراقبت طولانی‌مدت (Long Term Care, LTC) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) است.

گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های سلامت روزانه و نیازهای زندگی کمک دریافت کنید.

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)،
- مراقبت‌های طولانی‌مدت (LTC) در مرکز پرستاری،
- خدمات حمایتی در منزل، از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی‌تان،
- خدمات خانهداری و مراقب شخصی (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)،
- مراقبت آسایشگاهی،
- اصلاحات مربوط به منزل،
- خدمات تغییر مسیر و انتقال به مرکز پرستاری



**C. برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت (HICAP)**

برنامه ایالتی کمک بیمه سلامت (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) به اعضای Medicare مشاوره رایگان درباره بیمه سلامت می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و پشتیبانی بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) نام دارد. مشاوران HICAP همچنین می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ دهند و در درک آنچه باید در زمینه 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 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.
مکاتبه	California Health Advocates 5380 Elvas Avenue, Suite 221 Sacramento, CA 95819
وبسایت	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

برای کمک با HICAP تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند به سوالات شما در مورد انتقال به 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.





**D. خط تلفن مشاوره پرستاری**

می‌توانید در موارد زیر در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با «خط مشاوره پرستاری» تماس بگیرید. پرستاران ما کارشناسان آموزش‌دیده‌ای هستند که می‌توانند به ارائه اطلاعات بهداشتی‌درمانی معتبر، آموزش و مشاوره بپردازند و شما را در زمینه دسترسی به مراقبت‌های فوری یا اضطراری یاری کنند. اگر درباره درمان مستمر پرستاری داشته باشید، باید با مطب پزشک خود تماس بگیرید. تلفن خط مشاوره پرستاری جایگزین مطب پزشک شما نیست. برای مطرح کردن سوالات خود درباره سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

<p>تماس بگیرید</p> <p>1-800-249-3619 تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>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.</p>	
<p>TTY</p> <p>711 تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p> <p>24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل</p>	



**E. تلفن موارد بحرانی بهداشت رفتاری**

اگر احساس تنهایی، خستگی مفرط، ناامیدی می‌کنید یا فکر خودکشی به سرتان می‌زند، خدمات بحران برای ارائه خدمات و منابع عاطفی آماده کمک به شماست.

<p>988 تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>24 ساعت شبانه‌روز و 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.</p>	<p><b>تماس بگیرید</b></p>
<p>711 تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات</p>	<p><b>TTY</b></p>

اگر نیاز سلامت رفتاری فوری داشتید که اورژانسی نبود، برای مطرح کردن سوالات بالینی سلامت رفتاری خود می‌توانید با خطوط خدمات سلامت رفتاری ما تماس بگیرید.

<p>در رابطه با خدمات سلامت روان: 1-877-344-2858 این تماس رایگان است.</p> <p>در رابطه با خدمات سوء مصرف مواد: 1-844-80-47500 این تماس رایگان است.</p> <p>24 ساعت شبانه‌روز و 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.</p>	<p><b>تماس بگیرید</b></p>
<p>711 تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p> <p>24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل</p>	<p><b>TTY</b></p>

برای دریافت کمک در این موارد، با خط بحران سلامت رفتاری تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به خدمات بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد

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



**F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)**

ایالت ما دارای سازمانی به نام سازمان بهبود کیفیت مراقبت مبتنی بر ذینفع و خانواده Livanta Medicare (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 سازمان بهبود کیفیت مراقبت مبتنی بر ذینفع و خانواده (BFCC-QIO) 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 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	www.livantaqio.com

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

- سوالات مربوط به حقوق مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما
- در این موارد، می‌توانید در مورد مراقبت دریافتی خود شکایت کنید:
  - در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،
  - فکر می‌کنید که خاتمه اقامت شما در بیمارستان زودهنگام است، یا
  - معتقد هستید که خدمات مراقبت‌های بهداشتی خانگی، مراقبت‌های مرکز پرستاری ماهرانه، یا تسهیلات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) زودتر از حد لازم خاتمه می‌یابد.

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



**Medicare .G**

Medicare برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 سال یا بالاتر، برخی افراد زیر 65 سال دچار معلولیت، و افراد دچار بیماری مرحله نهایی کلیه (نارسایی دائمی کلیه نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه) است.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا همان مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMC)، سازمان فدرال مسئول Medicare است.

<p>تماس بگیرید 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته.</p>	
<p>TTY 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.</p>	
<p>وبسایت <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> این وبسایت رسمی Medicare است. آخرین اطلاعات درباره Medicare را در اختیاران می‌گذارد. اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری، پزشکان، سازمان‌های سلامت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز توان‌بخشی بستری و آسایشگاه‌های بیماران روبه‌مرگ در آن ارائه شده است. 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.</p>	

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



**Medi-Cal .H**

برنامه Medi-Cal همان برنامه Medicaid در کالیفرنیاست. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی درمانی موردنیاز را برای افراد کم‌درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دچار معلولیت، کودکان و نوجوانان تحت مراقبت پرورشگاهی و زنان باردار ارائه می‌کند. Medi-Cal تحت بودجه دولت ایالتی و فدرال است.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندان‌پزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت است.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر سؤالی در مورد مزایای Medi-Cal خود دارید، با مدیر مراقبت طرحتان تماس بگیرید. اگر سؤالی در مورد ثبت‌نام در طرح Medi-Cal دارید، با گزینه‌های مراقبت سلامت تماس بگیرید.

تماس بگیرید	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 6 بعدازظهر
TTY	1-800-430-7077 این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. 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	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>



**1. دفتر بازرس کل مراقبت‌های مدیریت شده و سلامت روان Medi-Cal**

دفتری در ایالت شما که به‌عنوان حامی شما فعالیت دارد. بازرس می‌تواند در صورتی که مشکل یا شکایتی داشته باشید، به شما پاسخ دهد و به شما کمک کند متوجه شوید باید چه‌کاری انجام دهید. دفتر بازرس کل می‌تواند به شما در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صورت حساب‌ها کمک کند. آن‌ها با طرح ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا طرح‌های سلامت ارتباطی ندارند. 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 7413-Sacramento, CA 95899
ایمیل	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
وبسایت	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>



**۱. خدمات اجتماعی کانتی**

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در خانه (In-Home Supportive Services, IHSS)، درآمد تکمیلی (Supplemental Security Income, SSI)، سلامت روان یا مزایای مرتبط با سوءمصرف مواد به کمک نیاز داشتید، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

برای درخواست خدمات حمایتی در منزل که در پرداخت هزینه خدمات ارائه شده به شما کمک می‌کند تا امنیت شما در خانه‌تان حفظ شود، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید. انواع خدمات می‌تواند شامل کمک در آماده‌سازی وعده‌های غذایی، استحمام، لباس پوشیدن، خرید لباس و حمل‌ونقل باشد.

برای مطرح کردن هرگونه سؤال در مورد واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

<p>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: CalWORKs، CalFresh، Medi-Cal و General Relief، با خدمات به زبان‌های ارمنی، کامبوجی، انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، چینی، فارسی، تاگالوگ، روسی و کره‌ای.</p>	تماس بگیرید
<p>711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p>	TTY
<p>Los Angeles County Department of Public Social Services 12860 Crossroads Parkway South City of Industry, CA 91746</p>	مکاتبه
<p><a href="http://dps.lacounty.gov">http://dps.lacounty.gov</a></p>	وبسایت

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



**K. طرح تخصصی سلامت روان کانتی**

در صورت برخورداری از معیارهای دسترسی، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان (Mental Health Plan, MHP) کانتی در دسترس است.

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

برای کمک در موارد زیر با طرح تخصصی سلامت روان کانتی خود تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان ارائه‌شده توسط کانتی
- سازمان سلامت روان کانتی لس‌آنجلس به ارائه خدمات تخصصی سلامت روان، از جمله خدمات سرپایی سلامت روان، درمان فشرده روزانه پیشگیری از بحران و تثبیت وضعیت، مدیریت پرونده هدفمند، غربالگری، درمان اقامتی بزرگسالان 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 استیناف‌ها و شکایات مرتبط با خدمات Medi-Cal به شما کمک کند.

تماس بگیرید	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC بین ساعات 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه در خدمت شما هستند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. 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	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>



**M. برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی آنها**

وبسایت Medicare.gov ([www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs)) اطلاعاتی در زمینه نحوه کاهش دادن هزینه‌های داروهای تجویزی‌تان در اختیارتان قرار می‌دهد. برنامه‌های کمک‌رسانی دیگری، به شرح زیر، در اختیار افراد با درآمد محدود قرار دارد.

**M1. کمک اضافی**

چون واجد شرایط Medi-Cal هستید، واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» از Medicare برای پرداخت هزینه‌های طرح داروهای تجویزی خود هستید و این کمک را دریافت می‌کنید. برای دریافت این «کمک اضافی» نیاز نیست اقدامی انجام دهید.

تماس بگیرید	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته.
TTY	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.
وبسایت	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>



**N. تأمین اجتماعی**

تأمین اجتماعی مسئول تعیین صلاحیت و انجام فرایند ثبت‌نام در Medicare است. شهروندان ایالت متحده و ساکنان دائمی و قانونی 65 ساله و بالاتر، یا دچار معلولیت و یا بیماری مرحله نهایی کلیه (End-Stage Renal Disease, ESRD) و برخوردار از شرایط خاص، واجد شرایط Medicare محسوب می‌شوند. اگر در حال حاضر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت می‌کنید، ثبت‌نام در Medicare خودکار خواهد بود. اگر چک تأمین اجتماعی دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت‌نام کنید. برای درخواست ثبت‌نام در Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا به اداره تأمین اجتماعی در منطقه‌تان مراجعه کنید.

در صورت نقل‌مکان یا تغییر نشانی پستی خود، باید برای اطلاع‌رسانی به تأمین اجتماعی با این اداره تماس بگیرید.

<p>تماس بگیرد 1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 8:00 صبح تا 7:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس است. برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی امور به‌صورت شبانه‌روزی، از خدمات تلفن خودکار آن‌ها استفاده کنید.</p>	
<p>1-800-325-0778 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p>	TTY
<p>Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235</p>	مکاتبه
<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>	وبسایت

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



**O. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)**

هیئت بازنشستگی راه‌آهن (Railroad Retirement Board, RRB) سازمان فدرال مستقلی است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارگران راه‌آهن ملی و خانواده‌های آن‌ها اجرا می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، حتماً در صورت نقل‌مکان یا تغییر نشانی پستی خود، آن‌ها را از این موضوع مطلع سازید. اگر سؤالی در رابطه با مزایای دریافتی خود از RRB دارید، با این سازمان تماس بگیرید.

<p>تماس بگیرید 1-877-772-5772</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>در صورت فشار دادن «0»، می‌توانید از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعدازظهر روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه، و از ساعت 9 صبح تا 12 ظهر چهارشنبه با نماینده RRB صحبت کنید.</p> <p>اگر «1» را فشار دهید، در 24 ساعت شبانه‌روز، از جمله آخر هفته و تعطیلات، می‌توانید به خط راهنمای خودکار RRB و اطلاعات ضبط‌شده دسترسی داشته باشید.</p>	تماس بگیرید
<p>1-312-751-4701</p> <p>این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.</p> <p>تماس با این شماره رایگان نیست.</p>	TTY
<p><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></p>	وبسایت

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



**P. سایر منابع**

برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal کمک رایگان به افرادی ارائه می‌کند که در دریافت یا حفظ پوشش سلامت خود با مشکل روبه‌رو هستند و مشکلات طرح‌های سلامت آن‌ها را حل و فصل می‌کند.

اگر مشکلی در موارد زیر دارید:

- Medi-Cal
  - Medicare
  - طرح سلامت‌تان
  - دسترسی به خدمات پزشکی
  - درخواست استیناف در خصوص خدمات رده‌ده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات سلامت روان و موارد دیگر.
  - صورت‌حساب پزشکی
  - IHSS (خدمات پشتیبانی در منزل)
- برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal در زمینه شکایات، استیناف‌ها و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرس کل 1-888-804-3536 است.



**Q. 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، اشعه ایکس، جرم‌گیری و درمان با فلوراید
- ترمیم و روکش
- عصب‌کشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل با تنظیم، ترمیم و تراز کردن

<p>این تماس رایگان است. 1-800-322-6384</p> <p>مزایای دندان‌پزشکی از طریق برنامه‌های خدمات در قبال هزینه Medi-Cal Dental و مراقبت مدیریت‌شده دندان‌پزشکی (Dental Managed Care, DMC) در دسترس هستند. نمایندگان برنامه خدمات در قبال هزینه دندان‌پزشکی Medi-Cal از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه آماده کمک به شما هستند.</p>	<p><b>تماس بگیرید</b></p>
<p>این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 1-800-735-2922</p>	<p><b>TTY</b></p>
<p><a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a></p>	<p><b>وبسایت</b></p>

علاوه بر برنامه کارانه Medi-Cal Dental، می‌توانید مزایای دندان‌پزشکی را از طریق طرح مراقبت‌های هماهنگ دندان‌پزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده دندان‌پزشکی در کانتی‌های ساکرامنتو و لس‌آنجلس در دسترس است. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندان‌پزشکی نیاز دارید، یا می‌خواهید طرح‌های دندان‌پزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با گزینه‌های مراقبت سلامت به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). تماس با این شماره رایگان است.



## فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما و سایر خدمات تحت پوشش

### مقدمه

این فصل حاوی شرایط و قوانین خاصی است که برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما، باید از آنها مطلع باشید. همچنین در مورد مدیر مراقبت شما، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اقداماتی که باید در صورت دریافت صورت‌حساب مستقیم برای خدمات تحت پوشش ما انجام دهید، و قوانین مربوط به برخورداری بودن از تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) اطلاعاتی در اختیارتان قرار می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتاب راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

A.	اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان	40
B.	قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد	40
C.	مدیر امور مراقبتی شما	42
C1.	مدیر مراقبت چه کسی است	42
C2.	چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید	42
C3.	چگونه می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید	42
D.	مراقبت از ارائه‌دهندگان	42
D1.	مراقبت از سوی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)	42
D2.	دریافت مراقبت از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات شبکه	45
D3.	وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود چه باید کرد	46
D4.	ارائه‌دهندگان خارج از شبکه	47
E.	خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت مدیریت شده (MLTSS)	48
F.	خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال مربوط به مصرف مواد)	48
F1.	خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما	48
G.	خدمات حمل و نقل	50
G1.	حمل و نقل پزشکی در شرایط غیر اورژانسی	50
G2.	حمل و نقل غیر پزشکی	51
H.	خدمات تحت پوشش در شرایط اضطراری پزشکی، در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه	52
H1.	دریافت مراقبت در شرایط فوریت‌های پزشکی	52
H2.	مراقبت موردنیاز فوری	53
H3.	مراقبت در حین بحران	54

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



- ا. اگر برای خدمات تحت پوشش طرح ما مستقیماً صورتحساب دریافت کردید باید چه‌کاری انجام دهید. . . . . 55
11. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد، باید چه‌کاری انجام دهید. . . . . 55
- ج. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی. . . . . 55
1. تعریف پژوهش بالینی. . . . . 55
2. پرداخت هزینه‌های خدمات وقتی در یک پژوهش بالینی شرکت می‌کنید. . . . . 56
3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های بالینی. . . . . 57
- ک. در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، خدمات مراقبت درمانی شما چگونه پوشش داده می‌شود. . 57
1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی. . . . . 57
2. دریافت مراقبت از یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی. . . . . 57
- ل. خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME). . . . . 58
1. DME برای یکی از اعضای طرح ما. . . . . 58
2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare. . . . . 58
3. مزایای دستگاه اکسیژن به عنوان عضو طرح ما. . . . . 59
4. دستگاه اکسیژن، وقتی به Original Medicare یا طرح  
Medicare Advantage (MA) دیگری می‌روید. . . . . 59





## A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات عبارتند از مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت‌شده (managed long-term services and supports, MLTSS)، تجهیزات، خدمات درمانی رفتاری، داروهای تجویزی و بدون نسخه، لوازم و دیگر خدمات. **خدمات تحت پوشش** به هر یک از این خدمات گفته می‌شود که هزینه‌شان را طرح ما می‌پردازد. مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی تحت پوشش، سلامت رفتاری، و MLTSS در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای تحت پوشش تجویزی و بدون نسخه در **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضا شما آمده است.

**ارائه‌دهندگان** خدمات شامل پزشکان، پرستارها و دیگر افرادی هستند که خدمات و مراقبت‌های درمانی به شما ارائه می‌کنند. ارائه‌دهندگان خدمات همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی‌درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مراکزی است که به شما خدمات مراقبت بهداشتی‌درمانی، خدمات سلامت رفتاری، لوازم پزشکی و برخی MLTSS خاص ارائه می‌دهند.

**ارائه‌دهندگان شبکه** ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌دهندگان مبلغ پرداخت‌شده توسط ما را کل مبلغ قابل پرداخت تلقی می‌کنند. ارائه‌دهندگان شبکه صورت‌حساب خدمات ارائه‌شده به شما را مستقیماً برای ما ارسال می‌کنند. وقتی به 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 تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل برخی خدمات سلامت رفتاری و MLTSS است.

طرح ما معمولاً هزینه خدمات مراقبت بهداشتی‌درمانی، خدمات سلامت رفتاری و MLTSS را که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. برای اینکه تحت پوشش طرح ما قرار بگیرید:

- مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنید باید جزء **مزایای طرح** باشند. این بدان معنی است که ما آن را در نمودار مزایای خود در **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا شما گنجانده باشیم.
- **مراقبت باید دارای ضرورت پزشکی** باشند. منظور از دارای ضرورت پزشکی، خدمات مهمی است که معقول هستند و از جان شما محافظت می‌کنند. مراقبت‌های پزشکی ضروری به مراقبت‌هایی گفته می‌شود که برای جلوگیری از بیماری حاد یا ناتوانی افراد و کاهش درد شدید با درمان بیماری، مریضی یا جراحی لازم هستند. برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه‌دهنده مراقبت‌های 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 به‌عنوان عضوی از این طرح، یک ارائه‌دهنده شبکه را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید.
  - o 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 اطلاعات بیشتر درباره ارجاعات، به صفحه 45 مراجعه کنید.



- 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 مراقبت‌های اورژانسی یا فوری، مراجعه به متخصص زنان یا هریک از خدمات دیگری که در بخش D1 این فصل ذکر شده است، به ارجاع از PCP خود نیاز ندارید.
- شما باید خدمات درمانی خود را از شبکه ارائه‌کنندگان خدماتی 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 باید هزینه کامل خدمات ارائه‌شده را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. این قانون شامل موارد زیر نمی‌شود:
  - ما مراقبت‌های اورژانسی یا فوری را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر در مورد این، به بخش H 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. سهم هزینه پرداختی شما برای دیالیز هرگز نمی‌تواند بیش از سهم هزینه در Original Medicare باشد. اگر خارج از منطقه خدمات طرح هستید و دیالیز را از ارائه‌دهنده‌های خارج از شبکه طرح دریافت می‌کنید، سهم هزینه شما نباید از هزینه‌ای که در شبکه پرداخت می‌کنید، بیشتر باشد. با این حال، اگر ارائه‌دهنده دیالیز درون شبکه شما موقتاً در دسترس نباشد و بخواهید خدماتی را در داخل محدوده خدمات از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، ممکن است سهم 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 اعضا 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، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در L.A. Care Medicare Plus، در L.A. Care Medicare Plus برای دریافت مزایای Medicare خود ثبت‌نام می‌شوید. ممکن است خدمات Medi-Cal خود را همچنان به‌مدت یک ماه دیگر، از طرح سلامت Medi-Cal قبلی خود

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



دریافت کنید. پس از این مدت، 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 سوالی دارید، لطفاً با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

## C. مدیر امور مراقبتی شما

### C1. مدیر مراقبت چه کسی است

مدیر مراقبت، پرستار یا متخصص دیگری است که با شما آشنا می‌شود و نیازهای بهداشتی‌درمانی 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:

- بررسی نیازهای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی شما
- برنامه‌ریزی مراقبت شما با خودتان و تیم مراقبت
- ایجاد «طرح مراقبت فردی» که بر نیازها و انتخاب‌های شما متمرکز است
- هماهنگی‌های لازم برای مراقبت‌ها
- صحبت با شما و پزشک‌های شما
- پیگیری وضعیت شما و در صورت لزوم انجام تغییرات

### 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 هماهنگ‌کننده 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.

## D. مراقبت از ارائه‌دهندگان

### D1. مراقبت از سوی ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)

باید یک PCP برای ارائه و مدیریت مراقبت‌های 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.

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



**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. شما ممکن است یک متخصص بیماری‌های داخلی، پزشک عمومی، متخصص کودکان یا متخصص جراحی زنان و زایمان باشید 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 معرفی‌نامه 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

«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.

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 همکاری می‌کنند با L.A. Care Cal MediConnect Plan تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات مراجعه کنید.

L.A. Care Medicare Plus با تعداد زیادی از پزشکان، متخصصان، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی‌درمانی همکاری می‌کند. برخی از این ارائه‌دهندگان با یک شبکه همکاری دارند که گاهی اوقات «گروه پزشکی» یا «انجمن مستقل پزشکی (Independent Practice Association, IPA)» نامیده می‌شود. این ارائه‌دهندگان ممکن است مستقیماً با L.A. Care Medicare Plus قرارداد داشته باشند.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما را به متخصصان و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی، IPA یا L.A. Care Medicare Plus وابستگی دارند. اگر از قبل به متخصصی مراجعه می‌کنید، با PCP خود صحبت کنید یا با بخش خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY 711) تماس بگیرید. در صورتی که واجد شرایط ادامه مراقبت باشید، بخش خدمات اعضا به شما کمک خواهد کرد به آن ارائه‌دهنده مراجعه کنید.

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



**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 PCP Medicare 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. می‌توانید PCP خود را در هر زمان 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 بخشی خاص 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](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.

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

اگر متخصص یا بیمارستان خاصی وجود دارد که مایل به مراجعه به آن هستید، لازم است نخست بررسی کنید که آیا به گروه پزشکی PCPهای شما وابسته هستند یا خیر. می‌توانید به فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها مراجعه کنید یا از خدمات اعضا 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 تأیید خواهد کرد که آیا PCP مورد انتخاب شما بیمارار جدید می‌پذیرد یا خیر. خدمات اعضا 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 اعضا همچنین یک کارت شناسایی عضویت جدید برای شما ارسال خواهد کرد که در آن نام و شماره تلفن PCP جدیدتان ذکر شده است.

PCP های 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 اعضا به شما کمک خواهد کرد تا بعد از تغییر PCP خود، همچنان مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات مورد نیاز را دریافت کنید.

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



**خدماتی که می‌توانید بدون تأیید اولیه از PCP خود دریافت کنید**

در اکثر مواقع، پیش از استفاده از ارائه‌دهندگان خدمات دیگر، به تأیید PCP خودتان یا طرح ما نیاز دارید. به این تأییدیه ارجاع می‌گویند. می‌توانید خدماتی امثال موارد زیر را بدون نیاز به دریافت تأییدیه از PCP خود یا طرح ما دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه و ارائه‌دهندگان خارج از شبکه
- نیاز فوری به خدمات مراقبت از ارائه‌دهندگان شبکه
- مراقبت فوری از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه هنگامی که دسترسی به ارائه‌دهنده شبکه برای شما ممکن نیست (به‌طورمثال، وقتی خارج از محدوده خدمات طرح یا در تعطیلات آخر هفته هستید).
- **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 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 ذات‌الریه، مادامی که آنها را از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید.
- خدمات معمول مراقبت‌های بهداشتی زنان و تنظیم خانواده. این شامل معاینه سینه، ماموگرام (اشعه ایکس از سینه ها)، آزمایش‌های پاپ اسمیر، و لگن 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 پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



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

اگر مایلید به متخصصان خاصی مراجعه کنید، ببینید آیا PCP شما بیماران را نزد آن‌ها می‌فرستد یا خیر. لطفاً فصل 4 را برای کسب اطلاع از خدماتی که نیاز به اجازه قبلی دارند مطالعه کنید.

ارجاع کتبی ممکن است برای یک ویزیت باشد یا در صورت نیاز به خدمات مستمر، ارجاع دائمی باشد که برای بیش از یک ویزیت است. ما برای هر یک از این بیماری‌ها، ملزم به ارائه ارجاع دائمی به متخصص واجد شرایط هستیم:

- بیماری مزمن (مستمر)؛
  - بیماری جسمی یا روانی مهلک؛
  - بیماری یا ناتوانی تحلیل‌برنده؛
  - هر بیماری یا وضعیت دیگری که شدت یا پیچیدگی آن به قدری است که نیازمند درمان توسط متخصص است.
- اگر ارجاع کتبی را هنگام لزوم دریافت نکنید، ممکن است صورت‌حساب مربوطه پرداخت نشود. جهت کسب اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

### **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.
- خارج شدن ارائه‌دهنده‌تان از طرح ما به شما اطلاع خواهیم داد تا برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید فرصت داشته باشید.
- اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهنده سلامت رفتاری شما طرح ما را ترک کند، در صورتی در این مورد به شما اطلاع می‌دهیم که ظرف سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید.
- اگر هر کدام از ارائه‌دهندگان دیگر طرح ما را ترک کنند، در صورتی در این مورد به شما اطلاع خواهیم داد که به آن ارائه‌دهنده تخصیص یافته باشید، یا در سه ماه گذشته به ایشان مراجعه کرده باشید.
- ما در انتخاب ارائه‌دهنده جدید و ذیصلاح درون شبکه به شما کمک خواهیم کرد تا بتوانید نیازهای مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی خود را مدیریت کنید.
- اگر در حال حاضر در حال درمان پزشکی یا درمان‌هایی نزد ارائه‌دهنده فعلی‌تان هستید، از این حق برخوردارید که درخواست کنید مداوا یا درمان دارای ضرورت پزشکی خود را بدون وقفه دریافت کنید و ما با شما برای اطمینان از این امر همکاری می‌کنیم.
- ما اطلاعاتی در مورد دوره‌های ثبت‌نام مختلف موجود و گزینه‌های در دسترس برای تغییر طرح‌ها در اختیارتان قرار می‌دهیم.



- اگر نتوانیم متخصص شبکه واجد شرایط در دسترس پیدا کنیم، هنگامی که مزایای یا ارائه‌دهنده درون شبکه در دسترس نیست یا خدمات آن برای برآوردن نیازهای پزشکی‌تان کافی نیست، باید با یک متخصص خارج از شبکه هماهنگ کنیم تا مراقبت شما را ارائه دهد. اجازه قبلی لازم است.
- اگر فکر می‌کنید ارائه‌دهنده‌ای مناسب را جایگزین ارائه‌دهنده قبلی‌تان نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، از حق ثبت شکایت کیفیت مراقبت نزد سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، نارضایتی کیفیت مراقبت، یا هر دو برخوردار هستید. (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. پیش از مراجعه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه در محدوده خدماتی L.A. Care Medicare Plus باید پیش‌تأییدیه (تأییدیه قبلی) دریافت کنید، مگر برای مراقبت‌های اورژانسی و خدمات فوری. 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 به‌تازگی تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus قرار گرفته‌اید و در طرح درمانی هستید یا خدماتی را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه L.A. Care Medicare Plus دریافت می‌کنید، L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی، با ارائه‌دهنده مشخص شده خارج از شبکه یک قرارداد ویژه منعقد خواهند کرد. برخی محدودیت‌ها اعمال می‌شود. با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید؛ در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید.

اگر از یک ارائه‌کننده خدمات خارج از شبکه استفاده کنید، وی باید واجد شرایط همکاری با Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- ما نمی‌توانیم به ارائه‌کننده خدمات خارج از شبکه‌ای که واجد شرایط همکاری با Medicare و/یا Medi-Cal نباشد مبلغی پرداخت کنیم.
- اگر از ارائه‌کننده خدماتی استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نباشد، باید هزینه کامل خدمات دریافتی را خودتان پرداخت کنید.
- ارائه‌کنندگان خدمات در صورتی که واجد شرایط همکاری با Medicare نباشند باید به شما اطلاع دهند.





**E. خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت مدیریت شده (MLTSS)**

MLTSS می‌تواند به شما کمک کند در منزل بمانید و از بستری شدن در بیمارستان یا اقامت در مرکز پرستاری حرفه‌ای خودداری کنید. از طریق طرح ما به برخی خدمات MLTSS دسترسی دارید، از جمله مراقبت در مرکز پرستاری حرفه‌ای، خدمات محلی بزرگسالان (Community Based Adult Services, CBAS) و پشتیبانی‌های اجتماعی. نوع دیگر MLTSS، برنامه خدمات حمایتی در منزل از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی شما در دسترس است. اگر شرایط هر یک از برنامه‌های MLTSS را داشته باشید، ما در هماهنگ کردن این خدمات کمک خواهیم کرد تا از برخوردار شدن شما در منزل از پشتیبانی و مراقبت موردنیاز اطمینان حاصل شود. برای صحبت در مورد این برنامه‌ها می‌توانید با اداره MLTSS تماس بگیرید یا برای صحبت در مورد نیازهای مراقبت خود می‌توانید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی خود صحبت کنید.

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

شما به خدمات سلامت رفتاری دارای ضرورت پزشکی و تحت پوشش Medicare و Medi-Cal دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات تحت پوشش Medicare و مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal را ارائه می‌دهیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات اختلال سوءمصرف مواد مخدر کانتی را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق اداره بهداشت روان کانتی لس آنجلس یا اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس برای سوءمصرف، پیشگیری و کنترل مواد در دسترس شما قرار دارد.

**F1. 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 سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توان‌بخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت در وضعیت بحرانی
- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمان اقامتی شرایط بحرانی
- خدمات مرکز سلامت روان پزشکی
- خدمات روان پزشکی برای بیماران بستری



- مدیریت هدفمند پرونده

خدمات سیستم تحویل سازمان یافته Medi-Cal یا Drug Medi-Cal از طریق اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس برای سوء مصرف مواد، پیشگیری و کنترل (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH, SAPC)، در صورت برخورداری از معیارهای دریافت این خدمات در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات Drug Medi-Cal ارائه شده توسط سازمان بهداشت عمومی لس آنجلس برای جلوگیری و کنترل اختلال سوء مصرف مواد عبارت‌اند از:

- خدمات درمان سرپایی فشرده
- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات سرپایی بدون دارو
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای ترک وابستگی به مواد افیونی

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

- خدمات درمان سرپایی و خدمات سرپایی فشرده
- داروهای درمان اعتیاد (همچنین معروف به درمان با کمک دارو)
- اقامتی/بستری
- مدیریت ترک
- خدمات ترک مواد مخدر
- خدمات ریکاوری
- هماهنگ‌سازی 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.

در رابطه با خدمات تخصصی سلامت روان، در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته، با خط راهنمای DMH کانتی لس آنجلس به شماره 1-800-854-7771 تماس بگیرید.

در رابطه با خدمات سوء مصرف مواد با DPH کانتی لس آنجلس، SAPC، در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با خط راهنمای خدمات سوء مصرف مواد (Substance Abuse Services Hotline, SASH) به شماره 1-844-804-7500 تماس بگیرید.

L.A. Care Medicare Plus مراقبت شما با سازمان مربوطه را لینک و هماهنگ می‌کند و همواره تضمین خواهد کرد بین مراقبت‌های درمانی اصلی شما و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری، هماهنگی مراقبت وجود داشته باشد.



**G. خدمات حمل و نقل****G1. 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 ملاقاتان 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 ارائه دهنده 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، 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 نوبت‌های معمول غیرفوری تجویز کرده است، با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) - در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، حداقل دو روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از نوبت‌تان، 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 ارائه دهنده 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 اجازه قبلی داده شده باشد.

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



**G2. 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:

- رفت‌وبرگشت به نوبت برای خدمات مجاز تأییدشده ارائه‌دهنده‌تان 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 خودروی راننده.

- گواهی بیمه خودروی راننده.

جهت درخواست حمل‌ونقل برای دریافت خدمات مجاز، با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) - در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، حداقل دو روز کاری (دوشنبه-جمعه) قبل از نوبت خود - 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 حمل‌ونقل غیرپزشکی با کلینیک محلی سلامت سرخ‌پوستان خود تماس بگیرند.

**محدودیت‌های حمل‌ونقل غیرپزشکی**

L.A. Care Medicare Plus کمترین هزینه حمل‌ونقل غیرپزشکی را ارائه می‌دهد که نیازهای شما را از خانه‌تان تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که نوبت ارائه می‌کند، برآورده کند. نمی‌توانید خودتان با وسیله نقلیه شخصی به نوبت مراجعه کنید و هزینه آن را دریافت کنید.

حمل‌ونقل غیرپزشکی در این شرایط اعمال نمی‌شود:

- یک آمبولانس، ون اصلاح شده، ون ویلچردار، یا سایر اشکال حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی برای رسیدن به یک خدمات مورد نیاز باشد.

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



- 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.

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

### H1. 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 جنین شما داشته باشد؛ یا
- به عملکردهای بدن صدمه شدیدی وارد شود؛ یا
- نقص جدی کارکرد بخش یا عضوی از بدن را به همراه داشته باشد؛ یا
- در مورد زنان باردار که در شرف وضع حمل هستند، 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.

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. نیازی به دریافت تأییدیه 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.
- هرچه سریع‌تر مورد اورژانسی خود را به طرح ما اطلاع دهید. ما مراقبت اورژانسی شما را پیگیری می‌کنیم. خودتان، مدیر مراقبتی، یا هر فرد دیگری باید معمولاً طی 48 ساعت درباره مراقبت اورژانسی‌تان به ما اطلاع دهید. با این حال، اگر با تأخیر به ما اطلاع دهید، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نخواهید کرد. با خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در 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 اتاق اورژانس، بیمه ما آن را پوشش می‌دهد. ما خدمات پزشکی را در طول وضعیت اورژانسی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به نمودار مزایا در فصل 4 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 شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) 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 باشد

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 دریافتی «مراقبت موردنیاز فوری» محسوب می‌شود و برای دریافت آن باید مقررات را رعایت کنید. به بخش بعد مراجعه کنید.

### H2. 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 مراجعه به ارائه‌دهنده شبکه منطقی یا ممکن نباشد، ما مراقبت‌های موردنیاز فوری دریافت‌شده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم.

### چگونه می‌توان از مراقبت فوری استفاده کرد

- با PCP خود تماس بگیرید. 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 هر شبانه‌روز، هر یک از روزهای هفته، شامل تعطیلات، در دسترس است.
- وضعیت خود را برای آن‌ها شرح دهید و به دستورالعمل‌های آنان عمل کنید.

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

### H3. مراقبت در حین بحران

اگر فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس‌جمهوری 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 مربوط به نحوه دریافت مراقبت‌های موردنیازتان در طول فاجعه اعلام شده، از وبسایت ما بازدید کنید: [medicare.lacare.org](http://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 اعضا مراجعه نمایید.



**ا. 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 هزینه‌ای بیش از سهم هزینه طرح خود برای خدمات تحت پوشش پرداخت کرده‌اید یا اگر صورتحسابی برای هزینه کامل خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از کارهایی که باید انجام دهید به **فصل 7** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**11. 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
- خدماتی که در نمودار مزایای طرح ما درج شده‌اند (به **فصل 4** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، و
- بتوانید با رعایت مقررات طرح به آنها دسترسی داشته باشید.

اگر خدماتی خارج از پوشش طرح ما دریافت کنید، **خودتان هزینه کامل آن را پرداخت می‌کنید**، مگر اینکه برنامه Medi-Cal دیگری خارج از طرح ما آن را پوشش دهد.

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 اعضا 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 از این سقف عبور کنید، هزینه کامل دریافت بیشتر چنین خدماتی را خودتان باید پرداخت کنید. برای اطلاع از محدودیت‌های خاص مزایا، به **فصل 4** مراجعه کنید. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا بدانید محدودیت‌های مزایا چیست و چه مقدار از مزایای خود را استفاده کرده‌اید.

**ب. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش بالینی****11. تعریف پژوهش بالینی**

L.A. Care هزینه مراقبت عادی بیمار را برای بیماران پذیرفته‌شده در فاز I، فاز II، فاز III یا فاز IV آزمون‌های بالینی در صورتی پوشش می‌دهد که آزمون مربوط به پیشگیری، شناسایی یا مداوای سرطان یا سایر عوارض احتمالاً مهلك باشد و 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

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





Medicaid (CMS) Medicare and Medicaid Services) انجام شود. پژوهش‌ها باید توسط مؤسسات ملی بهداشت، FDA، وزارت دفاع یا سازمان سربازان بازنشسته تأیید شوند. Medi-Cal Rx، یک برنامه Medi-Cal خدمات در قبال هزینه (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 پژوهشی را تأیید کند که می‌خواهید در آن شرکت کنید یا علاقه دارید در آن شرکت نمایید، یکی از افرادی که روی آن پژوهش کار می‌کند با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص پژوهش 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 پژوهش تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیاز نیست به ما اطلاع دهید یا تأییدیه از طرف ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود دریافت کنید. ارائه‌دهندگان خدماتی که به عنوان بخشی از آن تحقیقات به شما خدمات مراقبتی ارائه می‌دهند لازم نیست که جزو شبکه باشند. لطفاً توجه داشته باشید این مورد شامل مزایای تحت مسئولیت طرح ما نیست که به عنوان بخشی از آن، شامل کارآزمایی بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایاست. این‌ها شامل مزایای خاص مشخص شده تحت تعیین‌های پوشش ملی (National Coverage Determinations, NCD) و کارآزمایی‌های تحقیقاتی دستگاه (Investigational Device Trials, IDE) است و ممکن است منوط به پیش‌تأییدیه قبلی و سایر قوانین طرح باشد.

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

اگر قصد دارید در پژوهش تحقیقاتی بالینی، تحت پوشش Original Medicare برای ثبت‌نام‌کنندگان، شرکت کنید، شما یا مدیر مراقبت شما باید با خدمات اعضا تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید در کارآزمایی بالینی حضور خواهید داشت.

## **J2. 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 می‌شوند. اینها عبارتند از:

- اتاق و اقامت بیمارستانی که حتی اگر در پژوهش شرکت نداشتید، Medicare هزینه آن را پرداخت می‌کند
- عمل یا فرایند پزشکی که بخشی از مطالعه پژوهشی است
- درمان هر نوع عوارض جانبی و مشکلاتی که در رابطه با مراقبت جدید پیش بیاید

اگر در پژوهشی شرکت کنید که مورد تأیید Medicare نیست، تمام هزینه‌های شرکت در آن پژوهش را خودتان پرداخت می‌کنید.



**J3. 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](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)) درباره پیوستن به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری کسب کنید. 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 1-877-877-1 تماس بگیرند.

**K. در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی، خدمات مراقبت درمانی شما چگونه پوشش داده می‌شود****K1. 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 اورژانسی از بارداری
- 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.

**K2. 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.

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



- 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 موسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید را پوشش دهد، لازم است که آن موسسه با معیارهای زیر مطابقت داشته باشد:

- موسسه ارائه‌دهنده خدمات باید مورد تأیید Medicare باشد.
  - پوشش خدمات توسط طرح ما محدود به جنبه‌های غیرمذهبی خدمات درمانی می‌شود.
  - اگر خدماتی را از این موسسه 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 موسسه 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.

## L. خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

### L1. DME برای یکی از اعضای طرح ما

DME شامل برخی اقلام دارای ضرورت پزشکی است که ارائه‌دهنده سفارش داده 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، مه‌پاش و واکر. برخی اجناس، مانند پروتز، همیشه در تملک شما باقی خواهند ماند.

در این قسمت، به DME پرداخته می‌شود که شما کرایه می‌کنید. 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.

### L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

در برنامه Original Medicare، افرادی که برخی از انواع DME را اجاره می‌کنند، پس از 13 ماه مالک آن می‌شوند. در یک طرح Medicare Advantage (MA)، طرح می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که افراد باید برخی از انواع DME را اجاره کنند تا مالک آن شوند.



**توجه:** می‌توانید تعاریف طرح‌های بیمه Original Medicare و MA را در «فصل 12» مشاهده کنید. می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد آن‌ها در کتابچه «Medicare و شما 2024» پیدا کنید. اگر نسخه‌ای از این کتابچه را ندارید، می‌توانید از وبسایت Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) تهیه کنید، یا در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر Medi-Cal انتخاب نشده است، باید 13 پرداخت متوالی را بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط برنامه Medicare Advantage را انجام دهید تا بتوانید در موارد زیر، مالک DME شوید:

- طی دورانی که عضو برنامه ما بودید، DME به تملک شما در نیامد، و
  - طرح ما را ترک کرده‌اید و مزایای Medicare خود را در خارج از هرگونه برنامه سلامت در برنامه Original Medicare یا طرح MA دریافت کنید.
- اگر تحت برنامه Original Medicare یا طرح MA قبل از پیوستن به طرح ما پرداخت‌هایی برای DME انجام داده باشید، آن پرداخت‌های Original Medicare یا طرح MA جزء پرداخت‌های ضروری که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید، محسوب نخواهد شد.
- باید 13 پرداخت متوالی جدید را بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید تا بتوانید مالک DME شوید.
  - موارد استثنای زمانی که به Original Medicare یا طرح MA برمی‌گردید، وجود ندارد.

### L3. 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:

- اجاره دستگاه اکسیژن
  - تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
  - لوله‌ها و لوازم مرتبط با تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
  - نگهداری و تعمیرات تجهیزات اکسیژن
- اگر استفاده از دستگاه اکسیژن دیگر ضرورت پزشکی نداشته باشد، یا اگر از طرح ما خارج شوید، باید دستگاه اکسیژن را بازگردانید.

### L4. دستگاه اکسیژن، وقتی به Original Medicare یا طرح Medicare Advantage (MA) دیگری می‌روید

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، تأمین‌کننده شما باید موارد زیر را ارائه کند:



- دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات مرتبط به مدت 24 ماه دیگر
  - فراهم نمودن دستگاه اکسیژن و لوازم مربوطه 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.
- هنگامی که دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد و طرح ما را ترک و طرح MA دیگری انتخاب کنید، این طرح باید حداقل موارد تحت پوشش Medicare را برای شما پوشش دهد. می‌توانید از طرح MA جدیدتان بپرسید کدام دستگاه‌ها و تجهیزات اکسیژن را با چه هزینه‌هایی پوشش می‌دهد.



## فصل 4: نمودار مزایا

### مقدمه

این فصل خدماتی را که طرح ما پوشش می‌دهد و محدودیت‌ها یا حدود این 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 اعضاء آمده است.

**اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus:** در بیشتر موارد، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در L.A. Care Medicare Plus، در L.A. Care Medicare Plus برای دریافت 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 این مدت، 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 از طریق شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

### فهرست مطالب

A.	خدمات تحت پوشش	61
A1.	در شرایط اضطراری بهداشت عمومی	62
B.	قوانین مقابله با ارائه‌دهندگانی که بابت خدمات از شما پول مطالبه می‌کنند	62
C.	نمودار مزایای طرح ما	62
D.	نمودار مزایای طرح ما	67
E.	مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما	118
E1.	انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)	118
E2.	برنامه Medi-Cal Dental	119
E3.	مراقبت در آسایشگاه	119
E4.	خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)	120
E5.	برنامه‌های چشم‌پوشی خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)	120
F.	مزایایی که به وسیله طرح ما، Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی‌شود	123

### A. خدمات تحت پوشش

در این فصل در مورد خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، اطلاعاتی در اختیاران قرار می‌گیرد. همچنین از خدمات خارج از پوشش مطلع می‌شوید. اطلاعات درباره مزایای دارویی در **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضاء ارائه شده است. این فصل همچنین توضیحاتی درباره محدودیت‌های قابل اعمال برای برخی خدمات ارائه می‌دهد.

به‌دلیل استفاده از Medi-Cal، مادامی که قوانین طرح ما را رعایت کنید نیازی به پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش نخواهید داشت. برای جزئیات بیشتر درباره قوانین طرح، به **فصل 3** 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 شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



در صورت نیاز به کمک در درک خدمات تحت پوشش، لطفاً با خدمات اعضا به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 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 کنید 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. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید؛ در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره 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 تحت پوشش شبکه 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.

پرداخت هزینه‌های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا وابسته به رعایت قوانین ذیل است. تا زمانی که الزامات زیر را برآورده کنید، هزینه‌ای برای خدمات مندرج در جدول مزایا نخواهید پرداخت.

- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما را مطابق با قوانین تعیین‌شده از سوی Medicare و Medi-Cal ارائه می‌کنیم.

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



- این خدمات، شامل مراقبت پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت، 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 مراقبتی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان و مرکز پرستاری باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده حرفه پزشکی مطابقت دارند.

- 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 اکثر موارد، خدمات مراقبت دریافتی از ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه مراقبت اورژانسی یا فوری باشد یا اینکه طرح شما یا یک ارائه‌دهنده شبکه، شما را ارجاع داده باشد. **فصل 3** کتابچه اعضا اطلاعات بیشتری را در مورد استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان عضو شبکه و خارج از شبکه در اختیار شما قرار می‌دهد.

- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (primary care provider, PCP) یا 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 ارائه‌دهندگان دیگر در شبکه طرح، 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.

- 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 تأییدیه ما را بیشتر دریافت کرده باشد. این تأییدیه، اجازه قبلی (prior authorization, PA) نامیده می‌شود. ما خدمات تحت پوشش را در نمودار مزایا که نیاز به PA دارند با ستاره (\*) علامت گذاری می‌کنیم.

اطلاعات مهم درباره مزایا برای تمام ثبت‌نام‌شدگان شرکت‌کننده در خدمات برنامه‌ریزی مراقب سلامت و تندرستی (Wellness and Health Care Planning, WHP)

- از آنجا که L.A. Care Medicare Plus در برنامه طراحی بیمه مبتنی بر ارزش (Value-Based Insurance Design, VBID) مشارکت دارد، شما واجد این خدمات WHP، از جمله خدمات برنامه‌ریزی مراقبت از قبل (Advance Care Planning, ACP) هستید.

- در طول ویزیت سلامت سالانه‌تان، یک برنامه‌ریزی مراقبت از قبل (ACP)، ارزیابی ریسک سلامت Medicare، برنامه مدیریت مراقبت یا ارزیابی خانگی حضوری، تلفنی یا مبتنی بر وب به شما پیشنهاد خواهد شد. برنامه‌ریزی مراقبت از قبل به معنای صحبت و تصمیم‌گیری در مورد مراقبتی است که مایلید در آینده داشته باشید. پزشک شما یا دیگر متخصص مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی در تکمیل فرم‌های ضروری به شما کمک خواهند کرد. متخصصان پزشکی می‌توانند اطمینان حاصل کنند که خواسته‌هایتان انجام می‌شود. پزشک شما یا دیگر متخصص مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی در تکمیل فرم‌های ضروری به شما کمک خواهند کرد. اگر سؤالی در مورد این فرآیند دارید، با مدیر مراقبت خود صحبت کنید. جهت دریافت نسخه‌ای از فرم وصایای پزشکی مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی، می‌توانید از [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) بازدید کنید. دریافت آن اختیاری است و می‌توانید این خدمات را رد کنید.

Medicare اقدام به تأیید L.A. Care Medicare Plus کرده است تا پرداخت‌های مشترک/بیمه مشترک پایین‌تر را به‌عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر مقدار (VBID) ارائه دهد. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد روش‌های جدید بهبود طرح‌های Medicare Advantage را امتحان کند.

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





اطلاعات مهم درباره مزایا برای اعضاء واجد شرایط «کمک اضافی»:

- اگر «کمک اضافی» برای پرداخت هزینه‌های داروهای تجویزی Medicare بخش D خود نظیر حق بیمه، کسورات و بیمه مشترک دریافت می‌کنید، ممکن است واجد شرایط کاهش هدمند سهم هزینه باشید.
- اعضاء واجد شرایط یارانه افراد کم‌درآمد (Low Income Subsidy, LIS) در این طرح هیچ هزینه‌ای بابت داروهای تحت پوشش بخش D خود از طریق تمام پوشش بخش D نمی‌پردازند. برای اطلاع از جزئیات، به بخش C فصل 6 مراجعه کنید.
- Medicare اقدام به تأیید L.A. Care Medicare Plus کرده است تا پرداخت‌های مشترک/بیمه مشترک پایین‌تر را به‌عنوان بخشی از برنامه طراحی بیمه مبتنی بر مقدار (VBID) ارائه دهد. این برنامه به Medicare اجازه می‌دهد روش‌های جدید بهبود طرح‌های Medicare Advantage را امتحان کند.
- اطلاعات مهم درباره مزایا برای اعضاء دچار بیماری‌های مزمن خاص. اگر دچار این بیماری‌های مزمن و از معیارهای پزشکی خاص برخوردار باشید، ممکن است واجد شرایط مزایای اضافی باشید:
  - اختلالات خود ایمنی
  - سرطان
  - بیماری قلبی عروقی
  - وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر
  - عارضه‌های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده
  - نارسایی مزمن قلبی
  - اختلالات مزمن ریوی
  - زوال عقل
  - دیابت
  - بیماری کبدی مزمن
  - بیماری کلیوی مزمن (End-stage renal disease, ESRD)
  - ویروس نقص ایمنی اکتسابی (Human Immunodeficiency Virus, HIV)/ایدز
  - اختلالات عصبی
  - اختلالات خونی شدید
  - سکته



طرح شما دارای مزایای تکمیلی ویژه برای افراد دچار بیماری مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) است. این مزایای تکمیلی فقط به اعضای در معرض خطر بالا و دچار بیماری مزمن ارائه می‌شود که از معیارهای جانبی واجد شرایط بودن نیز برخوردارند. برای اینکه واجد شرایط این مزایای SSBCI باشید، باید ارزیابی ریسک سلامت سالانه را تکمیل کنید. همچنین باید دچار بیماری مزمن از فهرست بالا باشید. این بیماری باید مهلك یا ناتوان‌کننده باشد و/یا شما را در معرض بستری شدن در بیمارستان یا ضعیف شدن وضعیت سلامت قرار دهد.

طرح ما مزایای SSBCI زیر را ارائه می‌دهد:

• غذا/خوراوبار سالم، خدمات همگانی و بنزین در پمپ

برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک به برخی بیماری‌های مزمن» در نمودار مزایا مراجعه کنید.

• همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا با این سیب 🍏 علامت‌گذاری شده‌اند.

پشتیبانی‌های اجتماعی، به شرایط یا خدمات جایگزین مناسب از نظر پزشکی و مقرون‌به‌صرفه به افراد تحت پوشش طرح ایالتی Medi-Cal گفته می‌شود. اگر واجد شرایط این خدمات باشید، می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.

این خدمات جایگزین مزایایی که از قبل تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شود. پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است شامل کمک به یافتن یا حفظ مسکن، وعده‌های غذایی متناسب از نظر پزشکی، یا سایر کمک‌ها برای شما یا مراقب شما شود. اگر در یافتن پشتیبانی‌های اجتماعی به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید از پشتیبانی‌های اجتماعی در دسترس خود مطلع شوید، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی خود تماس بگیرید. خدمات پشتیبانی‌های اجتماعی به‌صورت رایگان به اعضا ارائه می‌شود.

L.A. Care Health Plan این پشتیبانی‌های اجتماعی را ارائه می‌کند:

• خدمات هدایت انتقال مسکن و خدمات اسکان و حفظ مسکن

• شامل خدماتی جهت کمک به اعضا در یافتن و حفظ اسکان ثابت و ایمن

• وعده‌های غذایی/وعده‌های غذایی مناسب از نظر پزشکی

• برنامه‌های وعده‌های غذایی با تحویل درب منزل که هدف آن بهبود نتایج سلامت و رفع موانع مرتبط با عدم امنیت غذایی است

• خدمات مراقبت بهبود (استراحت پزشکی)

• مراقبت بالینی کوتاه‌مدت و یکپارچه برای اعضای که دیگر در بیمارستان بستری نیستند، اما همچنان آسیب یا بیماری‌شان (شامل بیماری‌های سلامت رفتاری) باید بهبود یابد.

• ودیعه مسکن

• کمک در شناسایی، هماهنگی، دریافت یا تأمین هزینه خدمات و اصلاحات یکباره با هدف اینکه فرد مسکن پایه کسب کند و شامل اتاق و غذا نمی‌شود.

• مراکز پاک بودن

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



- مقاصد جایگزین برای اعضایی که در ملاءم تحت تاثیر مواد بودند و غیر از این مکان، باید به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شدند
- خدمات خانهداری و مراقب شخصی
- به اعضایی که در فعالیت‌های روزانه نظیر استحمام، لباس پوشیدن، بهداشت فردی، آشپزی و غذا خوردن به کمک نیاز دارند کمک می‌کند
- خدمات استراحت
- خدمات کوتاه‌مدت ارائه‌شده به مراقبان افرادی که نیازمند نظارت موقت گه‌گاه هستند، تا فرصت استراحتی در اختیار مراقب قرار بگیرد
- تطبیق‌های دسترسی‌پذیری محیطی (اصلاحات خانه)
- تطبیق‌های فیزیکی در خانه برای اطمینان از اینکه سلامت و ایمنی فرد حفظ شود، یا عضو بتواند کارهایش را با استقلال بیشتری در خانه انجام دهد
- درمان آسم
- تطبیق‌های ضروری فیزیکی در محیط خانه به عمل می‌آورد برای اطمینان از اینکه سلامت، رفاه و ایمنی عضو حفظ شود، یا عضو بتواند، بدون اینکه حملات شدید آسم منجر به نیاز به خدمات اورژانسی و بستری شود، کارهایش را در خانه انجام دهد
- انتقال به مرکز پرستاری/گذار به مراکز کمک در زندگی روزانه
- با تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به شرایط اجتماعی مشابه خانه، یا جلوگیری از پذیرش در مرکز پرستاری برای افراد دارای نیاز فوری، به اعضا کمک می‌کند در محیط محلی زندگی کنند.
- خدمات گذار محلی/گذار از مرکز پرستاری به خانه
- با ارائه هزینه‌های استقرار یکباره برای اعضای در حال گذار از مرکز مجاز به زندگی در محل سکونت خصوصی، به اعضا کمک می‌کند در محیط محلی زندگی کنند تا از بستری شدن بیشتر جلوگیری شود.



## D. نمودار مزایای طرح ما

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>غربالگری آنوریسم آنورت شکمی</b></p> <p>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 باشید و از پزشک خود، دستیار پزشک، کارورز پرستاری یا متخصص پرستاری بالینی برای آن ارجاع گرفته باشید.</p>	
\$0	<p><b>طب سوزنی*</b></p> <p>ما هزینه دو مورد طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می‌پردازیم.</p> <p>اگر شما دچار درد مزمن در ناحیه کمر طبق تعریف زیر باشید، هزینه حداکثر 12 نوبت طب سوزنی در بازه 90 روزه را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• با دوره حداقل 12 هفته؛</li> <li>• بدون دلیل مشخص (فاقد دلیل سیستمی قابل شناسایی، مثلاً بدون ارتباط با بیماری متاستازیک، التهابی یا عفونی)؛</li> <li>• نامرتبط با جراحی؛ و</li> <li>• نامرتبط با بارداری.</li> </ul> <p>در ضمن، اگر نشانه‌های بهبود در شما دیده شود، هزینه هشت جلسه طب سوزنی دیگر را برای درد مزمن پایین کمر خواهیم پرداخت. در هر سال حداکثر 20 نوبت طب سوزنی برای درد مزمن پایین کمر پوشش داده می‌شود.</p> <p>اگر وضعیت شما بهبود نیابد یا بدتر شود، طب سوزنی باید متوقف شود. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p>طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژدرمانی روتین (خارج از پوشش Medicare)</p> <p>طرح ما حداکثر 45 نوبت ترکیبی را هر سال برای خدمات طب سوزنی، کایروپراکتیک روتین و ماساژدرمانی خارج از پوشش 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.</p> <p>خدمات تحت پوشش طب سوزنی عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی و معاینه</li> <li>• طب فشاری</li> <li>• روش‌ها و مداوای درمانی سندرم‌های درد</li> <li>• شرایط اسکلتی عضلانی</li> <li>• حالت تهوع</li> </ul> <p>خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارزیابی و معاینه</li> <li>• معاینه اشعه ایکس</li> <li>• درمان دستکاری کایروپراکتیک، شیوه و روش‌های درمانی</li> <li>• توانبخشی فیزیکی برای عارضه‌های اسکلتی عضلانی ستون فقرات و اندام‌ها با گزینه‌های مبتنی بر کلینیک و سلامت از راه دور</li> </ul> <p>خدمات تحت پوشش ماساژ درمانی شامل:</p> <p>خدمات ماساژ درمانی مبتنی بر کلینیک شامل ارزیابی و خدمات ماساژ درمانی برای درمان شرایط و آسیب‌های میوفاشیال و سندرم‌های درد عضلانی اسکلتی.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 <p><b>غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل</b>  ما هزینه یک نوبت غربالگری غربالگری، مداخله کوتاه، و ارجاع برای درمان (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT) و مشاوره سوءمصرف الکل غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل (Alcohol Misuse Screening and Counseling, AMSC) را برای بزرگسالانی که الکل مصرف می‌کنند ولی معتاد به الکل نیستند، می‌پردازیم. این امر زنان باردار را نیز شامل می‌شود.  در صورتی که تشخیص سوءمصرف الکل در شما مثبت باشد، می‌توانید هر سال تا چهار نوبت کوتاه مشاوره با یک ارائه‌دهنده خدمات اولیه (PCP) و یا متخصص امور سلامت داشته باشید (به شرط اینکه توانایی حضور داشته باشید و در طول جلسات کاملاً هوشیار باشید).</p>
\$0	<p><b>خدمات آمبولانس*</b>  خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل آمبولانس زمینی و هوایی (هوایما و هلی‌کوپتر) است آمبولانس شما را به نزدیکترین مرکز پزشکی که می‌تواند به شما خدمات دهد، منتقل می‌کند.  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 (غیر فوری) را باید تأیید کنیم. 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.</p>
\$0	<p><b>معاینه فیزیکی سالانه</b>  علاوه بر ویزیت سلامت، هزینه یک معاینه بدنی سالانه را در سال پرداخت می‌کنیم. معاینه بدنی سالانه شامل تاریخچه پزشکی/خانوادگی دقیق و ارزیابی دقیق سر تا پا با معاینه عملی است.</p>




هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>ویزیت سالانه تندرستی</b></p> <p>شما می‌توانید یکبار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد و یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطر ساز شما صورت می‌پذیرد. هزینه این معاینه را هر 12 ماه یکبار می‌پردازیم.</p> <p><b>توجه:</b> برگزاری اولین نوبت سالانه معاینه سلامت، در همان محدوده 12 ماهه نوبت به <b>Medicare خوش آمدید</b> امکان‌پذیر نیست. البته، برای اینکه نوبت‌های سالانه بررسی سلامت پس از سپری کردن 12 ماه بخش B برای شما پوشش داده شود، نیاز نیست حتماً جلسه به <b>Medicare خوش آمدید</b> را گذرانده باشید.</p>	
\$0	<p><b>خدمات پیشگیری کننده آسم</b></p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>اندازه گیری تراکم استخوان</b></p> <p>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 و همچنین از دست رفتن تراکم استخوان را مشخص می‌کنند.</p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان سینه (ماموگرام)</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک ماموگرام پایه بین 35 تا 39 سالگی</li> <li>• یک ماموگرام غربالگری برای زنان 40 سال به بالا هر 12 ماه یکبار]</li> <li>• معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار</li> </ul>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی قلبی*</b></p> <p>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 داشته باشند.</p> <p>ما همچنین طرح‌های توانبخشی قلبی فشرده را که شدیدتر از برنامه‌های توانبخشی قلبی هستند پوشش می‌دهیم.</p> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>ویزیت کاهش خطر بیماری‌های قلبی- عروقی (درمان بیماری‌های قلبی)*</b></p> <p>به‌منظور کاهش خطر بیماری‌های قلبی، هزینه یک ویزیت سالانه توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما را می‌پردازیم. به هنگام این ویزیت، پزشک شما می‌تواند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• در مورد استفاده از آسپرین با شما صحبت کند،</li> <li>• فشارخون شما را اندازه‌گیری کند، و/ یا</li> <li>• شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند.</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های قلبی-عروقی*</b></p> <p>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.</p> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 <p><b>غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن</b> ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای همه خانم‌ها: آزمایش‌های پاپ اسمیر و معاینه لگن هر 24 ماه یکبار</li> <li>• برای زنانی که در معرض ابتلا به سرطان گردن رحم یا واژن قرار دارند: یک آزمایش پاپ اسمیر در هر 12 ماه</li> <li>• برای خانم‌هایی که در سه سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی داشته‌اند، و در سن بچه‌دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یکبار</li> <li>• برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (human papillomavirus, HPV) یا آزمایش پاپ به اضافه HPV یک نوبت در هر 5 سال</li> </ul>
\$0	<p><b>خدمات کایروپراکتیک</b> ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• جابه‌جایی ستون فقرات برای هم ترازی</li> </ul> <p><b>توجه:</b> شما باید هزینه دیگر خدمات یا آزمایش‌هایی را که با دستور متخصص کایروپراکتیک انجام می‌گیرد (شامل پرتونگاری و ماساژ درمانی) بپردازید.</p> <p>برای مزایای بیشتر رجوع کنید به بخش: طب سوزنی، کایروپراکتیک و ماساژ درمانی (تحت پوشش غیر از Medicare).</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 10%; text-align: center;">  </div> <div style="width: 85%;"> <p><b>غربالگری سرطان روده بزرگ و مقعد</b> ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقل و حداکثری ندارد و در این موارد پوشش داده می‌شود: 120 ماه (10 سال) برای بیماران که در معرض ریسک بالا نیستند، یا 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی برای بیماران که در معرض ریسک بالای سرطان کولورکتال (روده) نیستند، و یکبار در هر 24 ماه برای بیماران در معرض ریسک بالا پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی یا تنقیه باریم.</li> <li>• سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال به بالا. یکبار در هر 120 ماه برای بیماران که پس از دریافت کولونوسکوپی غربالگری در معرض ریسک بالا قرار ندارند. یکبار در هر 48 ماه برای بیماران در معرض ریسک بالا از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریم.</li> <li>• غربالگری آزمایش خون مخفی در مدفوع برای بیماران 45 سال به بالا. هر 12 ماه یکبار.</li> <li>• اسید دئوکسی ریبونوکلئیک (Deoxyribonucleic Acid, DNA) مدفوع چندمنظوره برای بیماران 45 تا 85 سال که از معیارهای ریسک بالا برخوردار نیستند. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• آزمایش‌های بیومیکر خون برای بیماران 45 تا 85 سال که از معیارهای ریسک بالا برخوردار نیستند. هر 3 سال یکبار.</li> <li>• تنقیه باریم به‌عنوان جایگزین کولونوسکوپی برای بیماران در معرض ریسک بالا و 24 ماه از آخرین غربالگری تنقیه باریم یا آخرین غربالگری کولونوسکوپی.</li> <li>• تنقیه باریم به‌عنوان جایگزین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران که در معرض ریسک بالا نیستند و سن آن‌ها 45 سال یا بیشتر است. یکبار در حداقل 48 ماه متعاقب آخرین غربالگری تنقیه باریم یا غربالگری سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر.</li> </ul> <p>آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل غربالگری کولونوسکوپی فالوآپ پس از مثبت شدن آزمایش غربالگری سرطان روده غیرتهاجمی مبتنی بر مدفوع، تحت پوشش Medicare قرار می‌گیرند.</p> </div> </div>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات مددکار محلی سلامت</b></p> <p>L.A. Care خدمات مددکار محلی سلامت (Community Health Worker, CHW) به افراد را زمانی پوشش می‌دهد که پزشک یا متخصص مجاز دیگری آن را برای پیشگیری از بیماری، معلولیت یا سایر وضعیت‌های سلامت یا پیشرفت آن‌ها، افزایش عمر، و ارتقای وضعیت و سلامت بدنی و روان توصیه کرده باشد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آموزش سلامت و تمرین کردن آن، شامل کنترل و پیشگیری از بیماری‌های عفونی یا مزمن؛ وضعیت‌های بهداشت دهان و دندان و پیش از زایمان، و مشکلات رفتاری؛ و پیشگیری از آسیب.</li> <li>• راهنمایی و ارتقا سلامت، شامل تعیین هدف و ایجاد طرح‌های اقدام برای پیشگیری و مدیریت بیماری</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات دندان پزشکی</b></p> <p>هزینه بعضی از خدمات دندان پزشکی، از جمله، اما نه فقط، جرم‌گیری، پر کردن و دندان مصنوعی را می‌پردازیم. موارد خارج از پوشش ما از طریق برنامه دندان پزشکی Medi-Cal، طبق توصیف بخش F2 در زیر، در دسترس است.</p> <p>هزینه بعضی از خدمات دندان پزشکی را زمانی پرداخت می‌کنیم که جزء جدایی‌ناپذیر درمان خاص وضعیت پزشکی اصلی ذی‌نفع باشد. برای مثال، می‌توان به این موارد اشاره کرد: بازسازی فک بعد از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان که برای آماده‌سازی جهت پرتودرمانی سرطان ناحیه فک انجام می‌شود، یا معاینه‌های دهان و دندان پیش از پیوند کلیه.</p> <p><b>خدمات دندان پزشکی اضافی (تکمیلی)</b></p> <p>طرح ما رویه‌ها و خدمات دندان پزشکی اضافی را پوشش می‌دهد. خدماتی که هزینه‌های آنها را می‌پردازیم عبارتند از موارد ذیل که البته فقط محدود به این موارد نخواهد بود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پیشگیرانه <ul style="list-style-type: none"> <li>○ معاینه‌های دهان و دندان</li> <li>○ جرم‌گیری - 3 بار در سال</li> <li>○ درمان با فلوراید</li> <li>○ رادیوگرافی</li> </ul> </li> <li>• خدمات جامع <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تشخیصی</li> <li>○ ترمیمی*</li> <li>○ اندودونتیक्स* - 1 عدد به‌ازای هر دندان در کل عمر</li> <li>○ التهاب لثه*</li> <li>○ کشیدن دندان*</li> <li>○ دندان مصنوعی، جراحی دهان، سایر خدمات*</li> </ul> </li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>




هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>خدمات دندان پزشکی (ادامه)</b></p> <p>طرح ما برای ارائه مزایای دندان پزشکی با Liberty Dental همکاری می‌کند.</p> <p>ممکن است محدودیت‌ها یا استثنائاتی در مزایا وجود داشته باشد. در صورت ضرورت پزشکی، ممکن است استثنائاتی وجود داشته باشد.</p> <p>لطفاً توجه داشته باشید که بعضی از خدمات نیازمند بررسی بالینی جهت پذیرش پیش‌تأییدیه قبل از درمان هستند. لازم است مدارک خاصی همراه این درخواست‌های پیش‌تأییدیه ارسال شود. این خدمات به‌صورت کلینیکی و با استفاده از مدارک ارائه‌شده بررسی می‌شوند؛ هدف از این کار، تعیین ضرورت و مناسب بودن آن‌ها بر اساس استانداردهای صنعت است و این که آیا از الزامات مختص این خدمات بر اساس دستورالعمل‌ها و معیارهای کلینیکی Liberty برخوردار هستند یا نه. هر درمان که از نظر مدیر دندان پزشکی LIBERTY ضروری یا برخوردار از معیارهای طرح نیست، پوشش داده نمی‌شود. در صورت ارائه نشدن مدارک ضروری، بررسی مقتضی خدمات امکان‌پذیر نیست و بنابراین رد خواهد شد. اگر پیش‌تأییدیه به هر دلیل رد شود، آن خدمات پوشش داده نخواهد شد و شما مسئول پرداخت تمام هزینه‌های مربوطه خواهید بود.</p> <p>برای فهرست کامل پوشش، می‌توانید به وبسایت <a href="http://medicare.lacare.org">medicare.lacare.org</a> مراجعه کنید یا با شماره 1-855-552-8243، از دوشنبه تا جمعه، ساعت 8:00 صبح تا 8:00 عصر به وقت محلی تماس بگیرید. خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، ممکن است از طریق برنامه دندان پزشکی Medi-Cal در دسترس باشند.</p> <p>برای یافتن دندان‌پزشک شبکه می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 1-855-552-8243 تماس بگیرید یا در فهرست آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات دندان پزشکی در نشانی <a href="http://medicare.lacare.org">medicare.lacare.org</a> جست‌وجو کنید. توصیه می‌کنیم پیش از دریافت خدمات دندان پزشکی، پوشش مزایا را با دندان‌پزشک درون شبکه خود بررسی کنید. اگر دندان پزشکی خارج از شبکه انتخاب کنید، طرح ما خدمات دریافتی‌تان را پوشش نخواهد داد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>غربالگری افسردگی</b></p> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری دیابت</b></p> <p>در صورت دارا بودن هر یک از فاکتور های خطر ساز ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فشارخون بالا (پرفشاری)</li> <li>• سابقه کلسترول و تری گلیسیرید غیر عادی (دیس لیپیدمی)</li> <li>• چاقی مفرط</li> <li>• سابقه قند خون بالا (گلوکز)</li> </ul> <p>در برخی موارد خاص مانند اضافه وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت، هزینه آزمایشات پرداخت می‌شود.</p> <p>بسته به نتیجه آزمایش، شما از حداکثر دو آزمایش غربالگری دیابت در هر 12 ماه برخوردار می‌شوید.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	 <p>آموزش، خدمات و تجهیزات موردنیاز برای درمان خود محور دیابت*</p> <p>هزینه خدمات ذیل برای همه بیماران دیابتی پرداخت می‌شود (صرف نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می‌کنند یا خیر):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تجهیزات و مواد مصرفی موردنیاز برای پایش قند خون، شامل موارد ذیل: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ دستگاه اندازه‌گیری قند خون</li> <li>○ نوارهای تست قند خون</li> <li>○ تجهیزات لانس و لانس‌ها</li> <li>○ محلول‌های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه‌های اندازه‌گیری</li> </ul> </li> <li>• برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات ذیل پرداخت می‌شود: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ یک جفت کفش با قالب سفارشی طبی (شامل کفی کفش) شامل اندازه‌گیری و دو جفت کفی اضافه در هر سال، یا</li> <li>○ 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)</li> </ul> </li> <li>• در برخی موارد، هزینه آموزش‌های لازم برای شما پرداخت می‌شود تا بیماری دیابتتان را بهتر مدیریت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.</li> </ul> <p>اعضای مبتلا به مرض قند واجد شرایط برنامه L.A. Cares About Diabetes® هستند. این یک برنامه رایگان است جهت کمک به اعضا برای کنترل بیماری دیابت خود، شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مواد بهداشتی دیابت</li> <li>• دستورالعمل‌های نحوه ورود به پورتال سلامت MyHIM</li> <li>• کلاس‌های آموزش خودمدیریت دیابت (گزینه مجازی در دسترس است)</li> <li>• دسترسی به متخصصان تغذیه جهت: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ راهنمایی شما در زمینه نحوه مدیریت میزان قند خون</li> <li>○ راهنمایی شما برای تغذیه سالم</li> <li>○ ارائه نکات مفید در زمینه نحوه صحبت با پزشک خود در مورد دیابت</li> </ul> </li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات قابله</b></p> <p>برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه 9 ویزیت با قابله در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و درد زایمان را پرداخت می‌کنیم.</p>
\$0	<p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه*</b></p> <p>برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.</p> <p>ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ویلچر، از جمله ویلچر برقی</li> <li>• چوب زیر بغل</li> <li>• تشک برقی</li> <li>• پد فشار خشک برای تشک</li> <li>• لوازم مرتبط با دیابت</li> <li>• تخت‌های بیمارستانی که ارائه‌دهنده برای مصرف در منزل سفارش می‌دهد</li> <li>• پمپ و میله تزریق درون‌وریدی (Intravenous, IV)</li> <li>• دستگاه‌های تولید گفتار</li> <li>• تجهیزات و لوازم اکسیژن</li> <li>• نبولایزر (مه‌پاش)</li> <li>• واکر</li> <li>• دستگیره استاندارد منحنی یا عصای چهارپایه و امکانات جایگزین</li> <li>• کشش ستون فقرات (روی در)</li> <li>• محرک استخوان</li> <li>• تجهیزات مراقبت دیالیز</li> </ul> <p>ممکن است اقلام دیگری پوشش داده شوند.</p> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه)</b></p> <p>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.</p> <p>شما باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و برای اقلام DME که در خارج از منزل مصرف می‌شود، معرفی‌نامه بگیرید.</p>
<p>\$0</p> <p>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 تأیید کند.</p>	<p><b>مراقبت‌های اضطراری</b></p> <p>منظور از مراقبت‌های اضطراری خدماتی است که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• توسط ارائه‌دهنده خدماتی ارائه شوند که برای خدمات اضطراری آموزش‌دیده باشد، و</li> <li>• موردنیاز برای مداوای موارد اضطراری پزشکی است.</li> </ul> <p>منظور از موقعیت اضطراری پزشکی یک عارضه پزشکی است که 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطر جدی برای سلامتی شما یا جنین شما داشته باشد؛ یا</li> <li>• به عملکردهای بدن صدمه شدیدی وارد شود؛ یا</li> <li>• نقص کارکرد جدی بخش یا عضوی از بدن را به همراه داشته باشد.</li> <li>• در مورد زنان باردار که وضع حمل فعال دارند، هنگامی‌که: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ زمان کافی برای انتقال امن شما به بیمارستان دیگر، پیش از وضع حمل، وجود نداشته باشد.</li> <li>○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا جنین را تهدید کند.</li> </ul> </li> </ul> <p>خدمات اضطراری یا دارای ضرورت فوری در سراسر جهان بدون مجوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما تا \$10,000 دلار از هزینه‌ها را در هر سال تقویمی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضاء تماس بگیرید.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات تنظیم خانواده</b></p> <p>قانون به شما اجازه می‌دهد به دلخواه خود هر ارائه‌دهنده 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.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینات و درمان‌های مربوط به تنظیم خانواده</li> <li>• آزمایش‌های تشخیصی و آزمایشگاهی تنظیم خانواده</li> <li>• روش‌های تنظیم خانواده (جلوگیری از بارداری داخل رحمی (Intrauterine Contraception, IUC) /دستگاه داخل رحمی (Intra Uterine Device, IUD)، تجهیزات تعبیه شده، تزریق، قرص ضدبارداری، پیچ یا حلقه)</li> <li>• وسایل تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، نوار، دیافراگم، کاپ)</li> <li>• مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه</li> <li>• مشاوره، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربت جنسی (Sexually Transmitted Infections, STI)</li> <li>• مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV</li> <li>• جلوگیری دائم از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال به بالا باشید). باید فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 روز و حداکثر 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضا کنید.)</li> <li>• مشاوره ژنتیک</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• درمان‌های مشکلات پزشکی ناباروری (این خدمات شیوه‌های مصنوعی باردار شدن را شامل نمی‌شود.)</li> <li>• درمان ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV</li> <li>• آزمایش‌های ژنتیک</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>مزایای تندرستی (SilverSneakers®)</b></p> <p>L.A. Care Medicare یک مزیت تندرستی را از طریق SilverSneakers® ارائه می‌کند.</p> <p>SilverSneakers® یک مزیت تندرستی است که می‌تواند از طریق تناسب اندام و ارتباط اجتماعی، به شما کمک کند زندگی سالم‌تر و فعال‌تری داشته باشید.</p> <p>SilverSneakers® دسترسی به شبکه مکان‌های دسترسی در سرتاسر کشور را ارائه می‌دهد که در آن‌ها می‌توانید در کلاس‌ها شرکت و از تجهیزات تمرین و سایر امکانات استفاده کنید. می‌توانید در هر زمان در هر چند مکان که مایل باشید، نام‌نویسی کنید. همچنین به مربیانی دسترسی دارید که کلاس‌های تمرین گروهی تخصصی را در هفت روز هفته به صورت حضوری یا آنلاین برگزار می‌کنند.</p> <p><b>در خانه یا در راه</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مربیان آموزش‌دیده در زمینه تناسب اندام سالمندان، کلاس‌ها و کارگاه‌های آنلاین زنده SilverSneakers را در هفت روز هفته برگزار می‌کنند.</li> <li>• کتابخانه درخواستی SilverSneakers با بیش از 200 ویدئوی تمرینی آنلاین</li> <li>• برنامه تلفن همراه SilverSneakers GO با برنامه‌های تمرین دیجیتال</li> <li>• کلاس‌های اجتماعی SilverSneakers ارائه‌شده در مکان‌هایی خارج از باشگاه در محله</li> </ul> <p><b>با شرکت در مراکز تندرستی</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شبکه ملی مکان‌های همکار همراه با کلاس‌های تناسب اندام گروهی در مکان‌های منتخب - در هر زمان و در هر تعداد کلاس که مایل بودید، ثبت‌نام کنید</li> <li>• کلاس‌های SilverSneakers که برای همه سطوح طراحی شده اند و از سوی مربیانی که در تندرستی سالمندان آموزش دیده اند اداره می‌شوند</li> </ul> <p><b>در جامعه محلی شما</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فعالیت‌های گروهی و کلاس‌های ارائه شده خارج از سالن ورزش</li> <li>• رویدادها شامل وعده‌های غذایی مشترک، جشن‌های تعطیلات و برنامه‌های گروهی کلاس</li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>

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



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
	<p><b>مزیت تندرستی (SilverSneakers®) (ادامه دارد)</b>  <b>با 3 مرحله ساده شروع کنید</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. به صورت آنلاین به <a href="https://www.SilverSneakers.com/StartHere">SilverSneakers.com/StartHere</a> بروید تا یک حساب آنلاین ایجاد کنید.</li> <li>2. وارد حساب شوید تا شماره عضویت خود را ببینید و آن را با خود به محل کلاس ببرید.</li> <li>3. همچنین می‌توانید از تمرین‌های مجازی آنلاین از طریق حساب جدید خود لذت ببرید.</li> </ol> <p>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 <a href="https://www.SilverSneakers.TuitionRewards.com">SilverSneakers.TuitionRewards.com</a> بازدید کنید.</p> <p>SilverSneakers نشان تجاری ثبت شده Tivity Health, Inc. © 2023 Tivity Health, Inc. همه حقوق محفوظ است.</p>	
\$0	<p><b>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی</b></p> <p>ما برنامه‌های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری‌های خاص طراحی شده‌اند. مثال‌هایی از این موارد عبارت‌اند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کلاس‌های آموزش بهداشت؛</li> <li>• کلاس‌های آموزش تغذیه؛</li> <li>• ترک استعمال دخانیات و تنباکو؛ و</li> <li>• خط مشاوره پرستاری</li> <li>• نوبت‌های گروهی تلفنی و کارگاه‌های سلامت حضوری و آنلاین در انواع زمینه‌ها شامل تغذیه، پیشگیری از افتادن، پوکی استخوان، سلامت قلب، آسم، و پیشگیری از دیابت.</li> <li>• مشاوره تلفنی فردی با یک مربی امور سلامتی دارای مجوز.</li> <li>• درمان تغذیه پزشکی با متخصص مجاز تغذیه (با معرفی PCP)</li> <li>• مطالب آموزشی سلامت به زبان‌ها و فرمت‌های خوانا، شامل چاپ بزرگ‌تر.</li> </ul>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات شنوایی</b></p> <p>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 پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آن‌ها تحت پوشش مراقبت بیماران سرپایی خواهند بود.</p> <p>اگر باردار هستید یا در آسایشگاه زندگی می‌کنید، ما هزینه سمعک را نیز پرداخت می‌کنیم که شامل موارد زیر می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قالب‌گیری، لوازم مصرفی و نصب</li> <li>• تعمیراتی که هزینه هر تعمیر بیش از \$25 باشد</li> <li>• اولین باتری نصب‌شده</li> <li>• شش ویزیت برای آموزش، اصلاح، و نصب، پس از دریافت سمعک، نزد همان فروشنده</li> <li>• دوره آزمایشی اجاره سمعک</li> <li>• دستگاه‌های کمک به شنوایی، دستگاه‌های شنوایی سطحی القای استخوانی</li> <li>• شنوایی‌سنجی مرتبط با سمعک و خدمات پس از ارزیابی</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>کمک در زمینه برخی مشکلات مزمن</b> غذا/خوراوبار سالم، خدمات همگانی و بنزین در پمپ</p> <p>برای اینکه واجد شرایط این مزایای SSBCI باشید، باید ارزیابی ریسک سلامت سالانه را تکمیل کنید. همچنین باید دچار عارضه مزمن از فهرست زیر باشید. این بیماری باید مهلك یا ناتوان‌کننده باشد و/یا شما را در معرض بستری شدن یا ضعیف شدن وضعیت سلامت قرار دهد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختلالات خود ایمنی</li> <li>• سرطان</li> <li>• بیماری قلبی عروقی</li> <li>• وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر</li> <li>• عارضه های سلامت روان مزمن و ناتوان کننده</li> <li>• نارسایی مزمن قلبی</li> <li>• اختلالات مزمن ریوی</li> <li>• زوال عقل</li> <li>• دیابت</li> <li>• بیماری کیدی مزمن</li> <li>• بیماری کلیوی مزمن (ESRD)</li> <li>• HIV/ایدز</li> <li>• اختلالات عصبی</li> <li>• اختلالات خونی شدید</li> <li>• سکته</li> </ul> <p>یک کارت مقرری ترکیبی از پیش پرداخت شده به مبلغ ماهانه \$65 دریافت خواهید کرد. مبالغ باقیمانده، به ماه بعدی منتقل نمی‌شود. از این مزایا می‌توانید برای خرید غذا/محصول، پرداخت هزینه خدمات همگانی خانه (برق، گاز، نفت گرمایشی، نظافت، آب) و بنزین در پمپ‌بنزین از طریق فروشنده تأیید شده ما استفاده کنید.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>غربالگری برای HIV</b></p> <p>ما هر 12 ماه یکبار هزینه یک معاینه غربالگری HIV را برای افراد زیر پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آزمایش غربالگری HIV درخواست کنند، یا</li> <li>• در معرض خطر مضاعف ابتلا به HIV باشند.</li> </ul> <p>برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول بارداری تقبل می‌کنیم.</p> <p>ما همچنین هزینه غربالگری(های) ایدز را در صورت توصیه از سوی ارائه‌دهنده می‌پردازیم.</p>	
\$0	<p><b>خدمات بنگاه‌های مراقبت در خانه*</b></p> <p>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. باید خانه نشین شده باشید، یعنی ترک خانه زحمات زیادی برای شما داشته باشد.</p> <p>ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پرستاری تخصصی نیمه‌وقت یا متناوب، و خدمات کمکی در خانه (تحت عنوان مزایای مراقبت درمانی در خانه، خدمات پرستاری تخصصی و خدمات کمکی در خانه مجموعاً باید کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد).</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی</li> <li>• خدمات پزشکی و اجتماعی</li> <li>• تجهیزات و لوازم پزشکی</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>تزریق-درمانی در منزل</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دارو یا ماده زیستی، مانند داروی ضدویروس یا ایمونوگلوبولین؛</li> <li>• تجهیزاتی مانند پمپ؛ و</li> <li>• وسایلی مانند لوله یا کاتتر.</li> </ul> <p>طرح ما خدمات تزریق در منزل، شامل اما نه محدود به موارد زیر را پوشش می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات تخصصی، شامل خدمات پرستاری که طبق طرح مراقبت به شما ارائه می‌شود؛</li> <li>• آموزش اعضا که قبلاً در مزیت DME قرار نگرفته است؛</li> <li>• پایش راه دور؛ و</li> <li>• خدمات پایش برای ارائه تزریق-درمانی در منزل و داروهای تزریقی در منزل که تأمین‌کننده تزریق-درمانی مجاز فراهم می‌کند.</li> </ul>





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
<p>هنگام ثبت‌نام در</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه آسایشگاهی مورد تأیید Medicare، خدمات آسایشگاهی شما و خدمات بخش A و بخش B مرتبط با تشخیص بیماری منجر به مرگ شما را</li> <li>• Original Medicare می‌پردازد، نه L.A. Care Medicare Plus.</li> </ul> <p>شما \$0 برای خدمات مشاوره آسایشگاهی (فقط یک بار) پرداخت می‌کنید.</p>	<p><b>مراقبت قبل از مرگ</b></p> <p>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 به‌مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای موردنیاز جهت درمان علائم و درد</li> <li>• مراقبت استراحت کوتاه‌مدت</li> <li>• مراقبت خانگی</li> </ul> <p><b>برای خدمات قبل از مرگ و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B که به بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برای اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل مراجعه نمایید.</li> </ul> <p><b>برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما توسط Medicare بخش A یا Medicare بخش B پوشش داده نمی‌شوند:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طرح ما خدمات تحت پوشش برنامه درمانی خارج از پوشش Medicare بخش A یا B را پوشش خواهد داد. ما خدمات را علی‌رغم اینکه به پیش‌بینی بیماری لاعلاج شما مربوط باشند یا نباشند، پوشش می‌دهیم. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید.</li> </ul> <p><b>برای داروهایی که ممکن است توسط مزایای Medicare بخش D طرح ما پوشش داده شوند:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروها هیچ‌وقت توسط آسایشگاه و طرح ما هم‌زمان پوشش داده نمی‌شوند. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> در صورت نیاز به خدمات غیر آسایشگاهی، با مسئول مراقبت‌های خود تماس بگیرید تا خدمات مدنظر را فراهم آورد. خدمات غیر آسایشگاهی عبارت‌اند از خدماتی که به بیماری لاعلاج شما مربوط نیستند.</p> <p>طرح ما خدمات مشاوره آسایشگاه (فقط یکبار) را برای یک عضو دارای بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>واکسیناسیون</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• واکسن ذات‌الریه</li> <li>• واکسن آنفلوآنزا، یک نوبت در هر فصل آنفلوآنزا در پاییز و زمستان، با واکسن تکمیلی آنفلوآنزا، بنا به ضرورت پزشکی</li> <li>• واکسن هیپاتیت B در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هیپاتیت B باشید</li> <li>• واکسن‌های COVID-19</li> <li>• سایر واکسن‌ها، به شرطی که در معرض خطر باشید و این واکسن‌ها با قوانین پوشش خدمات در Medicare بخش B</li> <li>• همخوانی داشته باشند</li> </ul> <p>ما هزینه سایر واکسن‌هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می‌کنند پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر به <b>فصل 6</b> از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید.</p>	
\$0	<p><b>خدمات حمایتی درون منزل</b></p> <p>طرح ما هزینه 60 ساعت خدمات پشتیبانی در منزل را در سال می‌پردازد. مزیت خدمات پشتیبانی در منزل ارائه‌شده توسط مراقبان آموزش‌دیده (Papa Pals) شامل کمک در انتخاب غذای سالم، حمل‌ونقل برای دریافت داروها و حضور در نوبت‌های پزشک، انجام کارهای خانه، راهنمایی فنی در زمینه دسترسی به وبسایت‌های مزایای طرح سلامت و ورزش کردن است.</p> <p>پشتیبانی ممکن است در خانه یا مجازی باشد.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
<p>\$0</p> <p>برای دریافت خدمات بستری در بیمارستان‌های خارج از شبکه، پس از تثبیت وضعیت اضطراری باید از طرح ما مجوز بگیرید.</p>	<p><b>مراقبت‌های بستری در بیمارستان*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه‌خصوصی (یا خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی)</li> <li>• وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص</li> <li>• خدمات منظم پرستاری</li> <li>• هزینه واحدهای مراقبت‌های ویژه، نظیر بخش‌های مراقبت‌های ویژه یا مراقبت کرونری</li> <li>• داروها</li> <li>• آزمایش‌های تشخیص طبی</li> <li>• عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی</li> <li>• لوازم مصرفی موردنیاز جراحی و پزشکی</li> <li>• تجهیزات، همچون صندلی چرخدار</li> <li>• خدمات اتاق عمل و ریکاوری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی</li> <li>• خدمات بستری درمان سوءمصرف مواد</li> <li>• در برخی موارد، انواع پیوندهای: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند احشایی.</li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>مراقبت های بستری بیمارستانی (ادامه)</b></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خون، شامل نگهداری و تزریق</li> <li>• خدمات پزشکی</li> </ul> <p><b>توجه:</b> برای اینکه «بستری» شوید، ارائه‌دهندگان باید دستوری برای پذیرش رسمی شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان بنویسد. حتی اگر در طول شب در بیمارستان باشید، ممکن است همچنان «بیمار سرپایی» در نظر گرفته شوید. اگر تردید دارید بیمار سرپایی یا بستری محسوب می‌شوید، باید از کارکنان بیمارستان سؤال کنید.</p> <p>همچنین می‌توانید در برگه اطلاعات Medicare تحت عنوان «آیا در بیمارستان بیمار بستری محسوب می‌شوید یا سرپایی؟ اگر Medicare دارید - سؤال کنید!» اطلاعات بیشتری بیابید. این برگه اطلاعات با مراجعه به نشانی <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a> یا از طریق تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در اختیار شما قرار می‌گیرد. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. شما می‌توانید با این شماره‌های رایگان در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، تماس بگیرید.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات بستری در بیمارستان روان‌پزشکی</b></p> <p>ما هزینه خدمات مراقبت بهداشت روانی که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند را پرداخت خواهیم کرد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 سازمان سلامت روان محلی کانتی هماهنگ شود.</li> <li>◦ محدودیت 190 روزه در مورد خدمات بستری در بخش روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی اعمال نمی‌شود.</li> <li>• اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتوی بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت می‌کنیم.</li> </ul>




هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>بستری شدن در بیمارستان: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در حین بستری شدن در بیمارستان که تحت پوشش نباشد</b></p> <p>اگر همه مزایای بستری‌تان را استفاده کرده باشید یا 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.</p> <p>ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پزشکی</li> <li>• آزمایش‌های تشخیصی، مانند آزمایش‌های تشخیص طبی</li> <li>• درمان با اشعه X، رادیوم، یا ایزوتوپ، شامل مواد مصرفی و خدمات تکنسین</li> <li>• پانسمان جراحی</li> <li>• وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی</li> <li>• اندام مصنوعی و وسایل ارتوز، به‌جز وسایل دندان‌پزشکی، شامل تعویض یا تعمیر این وسایل. اینها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> <li>o یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت همجوار)، یا</li> <li>o عملکرد اندام داخلی بدن که کار نمی‌کند یا بد کار می‌کند.</li> </ul> </li> <li>• بریس‌های 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.</li> <li>• فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی</li> </ul>





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات و لوازم مصرفی بیماری‌های کلیوی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدماتی هستند، همانطور که در <b>فصل 3</b> کتاب راهنمای اعضاء توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده شما برای این خدمات به‌طور موقت کار نمی‌کند یا غیرقابل دسترسی است.</li> <li>• درمان‌های دیالیز در مواقعی که برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان بستری شده‌اید</li> <li>• آموزش خود دیالیزی، شامل آموزش انجام درمان‌های دیالیزی در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می‌کنند</li> <li>• تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>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.</p> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>غربالگری سرطان ریه</b></p> <p>طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را در هر 12 ماه می‌پردازد، اگر شما:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50 تا 77 سال داشته باشید، و</li> <li>• برای مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک به پزشک خود یا ارائه‌دهنده مجاز دیگر مراجعه کرده باشید، و</li> <li>• به مدت 20 سال حداقل 1 بسته سیگار در روز کشیده باشید، بدون اینکه علائم و نشانه‌های سرطان ریه داشته باشید، یا اکنون سیگار بکشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده باشید</li> </ul> <p>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.</p>	
\$0	<p><b>مزیت وعده غذایی</b></p> <p>هدف از این مزیت، سالم و قوی نگه داشتن شما پس از بستری در بیمارستان یا اقامت در مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF) است.</p> <p>این مزیت، 2 وعده غذایی در روز برای حداکثر 14 روز و مجموعاً 28 وعده غذایی ارائه شده در منزل را پس از ترخیص ارائه می‌کند. وعده‌های غذایی به طور کامل تهیه شده، مغذی و آماده گرم کردن و مصرف هستند.</p> <p>برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده یا مدیر مراقبت خود تماس بگیرید.</p>	





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>تغذیه درمانی پزشکی</b> </p> <p>این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری‌های کلیوی بی‌نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از جراحی پیوند کلیه و در صورت ارجاع از سوی پزشک است.</p> <p>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.</p> <p>در سال‌های بعدی، این هزینه برای دو ساعت در سال برای خدمات مشاوره‌ای حضوری پرداخت می‌شود. اگر بیماری، درمان و یا تشخیص شما تغییر کند ممکن است با دریافت ارجاع از پزشک میزان ساعات درمان نیز برای شما افزایش پیدا کند. این خدمات باید از سوی 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.</p>
\$0	<p><b>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare</b> </p> <p>طرح‌های ما هزینه خدمات برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program MDPP) را پرداخت می‌کنند. MDPP برای کمک به تقویت رفتار سالم شما طراحی شده است. هدف آن ارائه آموزش عملی در موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تغییر رژیم غذایی بلندمدت، و</li> <li>• افزایش فعالیت بدنی، و</li> <li>• روش‌های از دست دادن وزن و داشتن سبک زندگی سالم.</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>داروهای نسخه دار Medicare بخش B</b></p> <p>این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می‌باشند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهایی که به‌صورت معمول مصرف نمی‌کنید و هنگام استفاده از خدمات پزشکی، درمان‌های سرپایی بیمارستانی و یا مراکز جراحی سرپایی به شما تزریق می‌شود</li> <li>• انسولین* تهیه‌شده از طریق یک مورد تجهیزات پزشکی بادوام (نظیر پمپ انسولین دارای ضرورت پزشکی)</li> <li>• داروهای دیگر که با استفاده از لوازم پزشکی بادوام مصرف می‌کنید (مانند نبولایزر) که طرح ما تأیید کرده است</li> <li>• فاکتورهای انعقاد خونی که در صورت ابتلا به هموفیلی، به خود تزریق می‌کنید</li> <li>• داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی بدن، در صورتی که هنگام پیوند عضو مشمول Medicare بخش A بوده باشید</li> <li>• داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر زمین‌گیر هستید، شکستگی استخوانی دارید که پزشک تأیید می‌کند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمی‌توانید خودتان دارو تزریق کنید، ما هزینه این داروها را می‌پردازیم.</li> <li>• آنتی‌ژن‌ها</li> <li>• برخی داروهای خوراکی ضدسرطان و ضدتهوع</li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>داروهای نسخه دار Medicare بخش B (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروهای خاصی که برای دیالیز در خانه استفاده می‌شود، شامل هپارین، داروی پادزهر هپارین (در صورت نیاز پزشکی)، بی‌حس کننده‌های موضعی، و داروهای محرک خون‌سازی (مانند <b>Epoetin Alfa</b>، <b>Procrit</b>®، <b>Epogen</b>® یا <b>Aranesp</b>® یا <b>Darbepoetin Alfa</b>)</li> <li>• ایمونوگلوبولین IV به منظور درمان خانگی بیماری‌های اولیه ضعف سیستم ایمنی بدن</li> </ul> <p>لینک زیر شما را به فهرست داروهای Medicare بخش B که ممکن است مشمول درمان گام به گام باشد، هدایت می‌کند: <a href="http://medicare.lacare.org">medicare.lacare.org</a>.</p> <p>همچنین بر اساس مزایای داروهای نسخه‌دار Medicare بخش B و Medicare بخش D، برخی از واکسن‌ها را پوشش می‌دهیم.</p> <p><b>فصل 5</b> 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.</p> <p>در <b>فصل 6</b> از کتابچه راهنمای اعضا اطلاعاتی درباره مبلغی که برای داروهای نسخه‌ای سرپایی خود طبق بیمه ما باید پرداخت کنید شرح داده شده‌اند.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری*</b></p> <p>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.</p> <p>خدماتی که هزینه‌های آنها را می‌پردازیم عبارتند از موارد ذیل که البته فقط محدود به این موارد نخواهد بود:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه‌خصوصی (یا خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی)</li> <li>• وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی</li> <li>• درمان تنفسی</li> <li>• داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح درمانی‌تان مصرف می‌کنید. (شامل موادی که به‌صورت طبیعی در بدن وجود دارد، مانند عوامل انعقاد خون.)</li> <li>• خون، شامل نگهداری و تزریق</li> <li>• لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می‌شوند</li> <li>• عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• استفاده از وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند</li> <li>• خدمات پزشک/کارورز</li> <li>• وسایل با دوام پزشکی</li> <li>• خدمات دندانپزشکی، شامل دندان مصنوعی</li> <li>• مزایای بینایی‌سنجی</li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
	<p><b>مراقبت‌های مراکز پرستاری (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تست‌های شنوایی‌سنجی</li> <li>• خدمات کایروپراکتیک</li> <li>• خدمات پا درمانی</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• یک مرکز پرستاری یا گروه بازنشستگی مراقبت مستمر که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت پرستاری را ارائه می‌دهد).</li> <li>• مرکز پرستاری که همسران یا همخانه قانونی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آن زندگی می‌کند.</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری چاقی مفرط و درمان‌های مورد نیاز جهت پایین نگه داشتن وزن</b></p> <p>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.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات برنامه درمان سوءمصرف داروهای مخدر (OTP)*</b></p> <p>طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال سوءمصرف داروهای مخدر (opioid use disorder, OUD) می‌پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فعالیت‌های مربوط به مصرف</li> <li>• ارزیابی‌های دوره‌ای</li> <li>• داروهای مورد تأیید اداره غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) و، در صورت لزوم، مدیریت و رساندن این داروها به شما</li> <li>• مشاوره سوءمصرف مواد مخدر</li> <li>• درمان فردی و گروهی</li> <li>• آزمایش وجود مواد مخدر یا شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی)</li> </ul>
\$0	<p><b>آزمون‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم مصرفی درمانی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات ضروری پزشکی را که در اینجا ذکر نشده، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• رادیوگرافی</li> <li>• پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین</li> <li>• لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان‌ها</li> <li>• وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی</li> <li>• آزمایش‌های تشخیصی طبی</li> <li>• خون، شامل نگهداری و تزریق</li> <li>• سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی</li> </ul> <p>جز برای روال‌های تشخیصی و خدمات مربوط به COVID-19، مجوز قبلی و معرفی‌نامه ضروری است.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>خدمات سرپایی بیمارستانی</b></p> <p>ما هزینه خدمات ضروری پزشکی را که شما در بخش سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می‌کنید، می‌پردازیم؛ مانند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات بخش اورژانس یا درمانگاه سرپایی، مانند خدمات جراحی یا پایش سرپایی       <ul style="list-style-type: none"> <li>○ خدمات پایش به پزشک کمک می‌کند تا بفهمد که آیا پذیرش شما در بیمارستان به عنوان "بیمار بستری" ضرورت دارد یا خیر.</li> <li>○ گاهی ممکن است در طول شب در بیمارستان بمانید و باز هم "بیمار سرپایی" محسوب شوید.</li> <li>○ اطلاعات بیشتر درباره بیماران سرپایی و بستری را می‌توانید در این برگه اطلاعات بیابید: <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> </ul> </li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان درخواست هزینه می‌نماید</li> <li>• 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</li> <li>• عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آن‌ها از سوی بیمارستان درخواست می‌گردد</li> <li>• لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ</li> <li>• معاینه‌های تشخیص پیشگیرانه و خدمات مندرج در تمام جدول مزایا</li> <li>• برخی داروها که خودتان نمی‌توانید برای خودتان بکار ببرید</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>مراقبت بهداشت روانی سرپایی*</b></p> <p>ما هزینه‌های مربوط به خدمات بهداشت روانی ارائه شده توسط مراکز ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روان‌پزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی</li> <li>• روان‌شناس بالینی</li> <li>• مددکار اجتماعی بالینی</li> <li>• پرستار بالینی متخصص</li> <li>• مشاور حرفه‌ای مجاز (Licensed Professional Counselor, LPC)</li> <li>• درمانگر مجاز خانواده و ازدواج (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT)</li> <li>• کارورز پرستار (nurse practitioner, NP)</li> <li>• دستیار پزشک (physician assistant, PA)</li> <li>• سایر متخصصان سلامت روان مورد تأیید Medicare آنطور که در قوانین مرتبط ایالتی تشریح شده است</li> </ul> <p>ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات بالینی</li> <li>• درمان خشک - اگر معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی را برآورده کنید</li> <li>• خدمات توانبخشی روانی-اجتماعی - اگر معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی را برآورده کنید</li> <li>• بستری جزئی یا برنامه‌های ویژه بیماران سرپایی</li> <li>• ارزیابی و درمان بهداشت روانی فردی و گروهی</li> <li>• آزمایش‌های روانشناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی بهداشت روانی باشند</li> <li>• خدمات سرپایی به منظور پایش دارودرمانی</li> <li>• آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی</li> <li>• مشاوره روان‌پزشکی</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>خدمات توان‌بخشی سرپایی*</b></p> <p>ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را می‌پردازیم. شما می‌توانید خدمات توان‌بخشی سرپایی را از بخش‌های سرپایی بیمارستان، مطب درمانگرهای مستقل، تسهیلات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF) ها و سایر مراکز دریافت کنید. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>خدمات سرپایی درمان اعتیاد</b></p> <p>ما هزینه‌های خدمات ذیل و شاید خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غربالگری و مشاوره اعتیاد به الکل</li> <li>• درمان سوءمصرف مواد</li> <li>• درمان گروهی یا فردی توسط متخصص بالینی واجد شرایط</li> <li>• سم‌زدایی تحت حاد طی برنامه بستری ترک اعتیاد</li> <li>• خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان سرپایی متمرکز</li> <li>• درمان با نالترکسون (ویویترویل) آهسته رهش</li> </ul>	
\$0	<p><b>جراحی سرپایی*</b></p> <p>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.</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>داروهای بدون نسخه (OTC)</b></p> <p>ما هر 3 ماه حداکثر \$180 را برای استفاده برای اقلام تأییدشده بدون نسخه (On the counter, OTC) پرداخت خواهیم کرد. مبالغ باقی‌مانده، به سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شوند. می‌توانید از این مزیت برای اقلام سلامت و تندرستی بدون نسخه OTC استفاده کنید، مانند داروی سرفه و سرماخوردگی، ویتامین‌ها، مسکن‌ها، بانداژها و تست‌های بدون نسخه COVID-19.</p> <p>کارت از پیش پرداخت‌شده Mastercard® 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 تأیید شده و بدون نسخه OTC به صورت خرید حضوری در داروخانه‌های عضو و خرده‌فروشی‌ها، آنلاین یا تلفنی استفاده کنید.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• درون فروشگاه: می‌توانید مجموعه متنوعی از وسایل تأییدشده را در Walmart و فروشگاه‌های دیگر بخرید. به <a href="http://lacare.nationsbenefits.com">lacare.nationsbenefits.com</a> بروید تا یک فروشگاه عضو را در نزدیکی خود پیدا کنید.</li> <li>• آنلاین: به <a href="http://lacare.nationsbenefits.com">lacare.nationsbenefits.com</a> بروید تا انواع محصولات تأیید شده را ببینید. اگر اولین بار است که آنلاین سفارش می‌دهید، باید با ثبت‌نام در پورتال Benefits Pro Portal یا برنامه Benefits Pro، حسابی ایجاد کنید. اگر از قبل حساب دارید، کافی است وارد آن شوید، موارد مدنظرتان را انتخاب کنید و هرگاه آماده شدید، روی Checkout کلیک کنید.</li> <li>• با تلفن: فهرست OTC را ببینید یا برای پیدا کردن محصولاتی که می‌خواهید سفارش دهید به <a href="http://lacare.nationsbenefits.com">lacare.nationsbenefits.com</a> مراجعه کنید. برای سفارش تلفنی، لطفاً با شماره 1-833-571-7587 (TTY: 711) تماس بگیرید. ساعات کاری نمایندگان خدمات اعضاء L.A. Care در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، است.</li> </ul> <p>داشتن برنامه Benefits Pro در تلفن همراهتان، بسیار کمک می‌کند! موجودی و تراکنش‌های حسابتان را می‌توانید از طریق برنامه مشاهده کنید. این برنامه رایگان را در App Store® یا Google Play™ دانلود کنید.</p> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>داروهای بدون نسخه (OTC) (ادامه)</b></p> <p>جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به کاتالوگ OTC 2024 رجوع کنید که باید از طریق پست دریافت کرده باشید. اگر پرسشی دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-571-7587 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته - از جمله تعطیلات - تماس بگیرید.</p>
\$0	<p><b>خدمات بستری جزئی*</b></p> <p>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.</p> <p>خدمات ویژه سرپایی، یک برنامه ساختار بندی شده درمان سلامت رفتاری (روانی) است که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستانی، خدمات مرکز محلی سلامت روان، خدمات مرکز سلامت مورد تأیید فدرال، یا خدمات یک کلینیک سلامت روستایی ارائه می‌شود که مراقبت در آن نسبت به مراقبتی که در مطب پزشک یا درمانگران دریافت می‌کنید بیشتر ولی نسبت به حالت بستری شدن جزئی، کمتر است.</p>
\$0	<p><b>سیستم واکنش اضطراری شخصی (PERS)</b></p> <p>پوشش موارد پزشکی اورژانسی شخصی</p> <p>دستگاه جواب‌دهنده. 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.</p>
\$0	<p><b>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی یا خدمات جراحی ارائه‌شده در مراکز چون:</li> <li>• مطب پزشک</li> <li>• مرکز جراحی سرپایی تأییدشده</li> <li>• بخش سرپایی بیمارستان</li> <li>• مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص</li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>

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



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تست‌های مقدماتی شنوایی یا حفظ تعادل ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما یا متخصص، در صورتی که پزشک شما آن‌ها را برای بررسی نیاز شما به مداوا درخواست دهد</li> <li>برخی خدمات دور-پزشکی، شامل موارد مربوط به سرماخوردگی، آنفولانزا، سرفه، عفونت سینوس و سینه، حساسیت، پوست، تب، گلودرد و عفونت گوش.</li> <li>• 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ 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.</li> <li>◦ <b>مشاوره تلفنی: Teladoc</b> به اعضا امکان می‌دهد به صورت رایگان و نامحدود از مشاوره تلفنی پزشکان مجاز ایالت استفاده کنند. برای این کار، با شماره <b>1-800-835-2362</b> (TTY: <b>711</b>) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.</li> <li>◦ <b>مشاوره تصویری: Teladoc</b> 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. <b>مشاوره‌های تصویری با دانلود اپلیکیشن Teladoc در دستگاه تلفن همراه در دسترس است.</b> این برنامه را با مراجعه به <a href="https://www.teladoc.com/mobile">https://www.teladoc.com/mobile</a> دریافت کنید.</li> <li>• خدمات بهداشت از راه دور برای مراجعات ماهانه مربوط به بیماری مرحله نهایی کلیه (ESRD) ویژه اعضای نیازمند دیالیز در مرکز دیالیز مستقر در بیمارستان یا مرکز دیالیز کلیوی با دسترسی حیاتی مستقر در بیمارستان، یا در منزل</li> <li>• خدمات بهداشت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان نشانه‌های سکته</li> </ul> </li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
	<p><b>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات بهداشت از راه دور برای اعضای دارای اختلال سوءمصرف مواد یا اختلال همزمان سلامت روانی</li> <li>• خدمات بهداشت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید</li> <li>○ در حین دریافت این خدمات بهداشت از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید</li> <li>○ برای شرایط خاص، می‌توان در موارد بالا استثناً قائل شد</li> </ul> </li> <li>• خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال ارائه می‌شود.</li> <li>• ملاقات مجازی (مثلاً، از طریق تلفن یا تماس تصویری) با پزشک به مدت 5 تا 10 دقیقه، اگر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیمار جدید نباشید، و</li> <li>○ ملاقات به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و</li> <li>○ ملاقات، به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین قرار ممکن منجر نشود</li> </ul> </li> <li>• ارزیابی ویدئو و/یا تصاویری که به پزشک می‌فرستید و تفسیر و پیگیری از سوی پزشک ظرف 24 ساعت، اگر: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ بیمار جدید نباشید و</li> <li>○ ارزیابی به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و</li> <li>○ ارزیابی به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین نوبت ممکن منجر نشود</li> </ul> </li> </ul> <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه می‌یابد.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
	<p><b>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت مطب پزشک (ادامه)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اگر بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت</li> <li>• نظر ثانوی یکی دیگر از ارائه‌دهندگان عضو شبکه پیش از عمل جراحی</li> <li>• مراقبت‌های دندانپزشکی غیر روتین. خدمات تحت پوشش محدود به این موارد هستند: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ جراحی فک و ساختارهای مربوطه</li> <li>◦ درمان شکستگی‌های فک و استخوان‌های صورت</li> <li>◦ کشیدن دندان پیش از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک</li> <li>◦ خدماتی که در صورت ارائه از سوی پزشک، تحت پوشش قرار می‌گیرد</li> </ul> </li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>خدمات پا درمانی*</b></p> <p>ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخیص و درمان طبی یا جراحی آسیب‌ها و بیماری‌های پا (مانند شست پای چکشی یا خار پاشنه)</li> <li>• مراقبت‌های روتین پا برای کاربران مبتلا به امراض پا مانند دیابت</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>خدمات معمول پزشکی پا</b></p> <p>طرح ما هر سال حداکثر 12 ویزیت معمول مراقبت از پا را برای خدمات پاپزشکی خارج از پوشش Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهد. مراقبت از پا می‌تواند شامل موارد زیر باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بریدن یا برداشتن میخچه و پینه</li> <li>• فرم دادن، بریدن یا کوتاه کردن ناخن</li> </ul> <p>مراقبت‌های بهداشتی یا سایر مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند تمیز کردن پاها</p>	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p>معاینات غربالگری سرطان پروستات</p> <p>برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• معاینه مقعد</li> <li>• تست آنتی‌ژن مخصوص پروستات (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>	
\$0	<p><b>پروتز و لوازم مربوطه*</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• کیسه‌های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت‌های کولوستومی</li> <li>• تغذیه روده‌ای و وریدی، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و رابط، محلول‌ها و امکانات ویژه تزریق شخصی</li> <li>• ضربان‌سازها</li> <li>• بریس</li> <li>• کفش‌های پروتزی</li> <li>• دست و پای مصنوعی</li> <li>• پروتزهای سینه (شامل سینه بند مخصوص پس از عمل برداشت سینه)</li> <li>• اندام مصنوعی برای جایگزین کردن همه/بخشی از قسمت خارجی صورت که به‌دلیل بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته یا مختل شده است</li> <li>• کرم و پوشک مخصوص بی‌اختیاری ادرار</li> </ul> <p>همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها را می‌پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها را می‌پردازیم.</p> <p>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.</p> <p>ما هزینه پروتز دندان را پرداخت نمی‌کنیم.</p>	




هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند	
\$0	<p><b>خدمات توانبخشی ریوی</b></p> <p>هزینه برنامه‌های توانبخشی 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 ارائه کننده خدمات درمانی COPD برای بهره مندی از برنامه های توانبخشی ریوی ارجاع شده باشید. باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>	
\$0	<p><b>غربالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی (STI)</b></p> <p>ما هزینه غربالگری‌های مربوط به کلامدیا، سوزاک، سیفلیس، و هپاتیت 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.</p> <p>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. مدت هر جلسه 20 تا 30 دقیقه است. ما هزینه این خدمات را تنها در صورتی به عنوان خدمات پیشگیرانه متقبل می‌شویم که ارائه کننده مراقبت‌های درمانی اولیه آنها را تجویز کرده باشد. این جلسات باید در محیط مراقبت‌های درمانی اولیه مانند مطب پزشک برگزار شود.</p>	





هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)*</b></p> <p>ما هزینه‌های خدمات زیر و شاید خدمات دیگر را که در اینجا ذکر نشده‌اند می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتاق نیمه‌خصوصی، یا اتاق خصوصی در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد</li> <li>• وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص</li> <li>• خدمات پرستاری</li> <li>• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی</li> <li>• داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت دریافت می‌کنید، شامل موادی که به‌صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون</li> <li>• خون، شامل نگهداری و تزریق</li> <li>• لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می‌شود</li> <li>• تست‌های آزمایشگاهی تجویز شده توسط مراکز پرستاری</li> <li>• عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود</li> <li>• وسایلی همچون صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود</li> <li>• خدمات پزشک/ارائه‌دهنده</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز پرستاری یا مراقبت مستمر در گروه بازنشستگان که قبل از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت در مرکز پرستاری را ارائه کند)</li> <li>• مرکز پرستاری که همسران یا همخانه قانونی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آن زندگی می‌کند</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>ترک استعمال دخانیات و تنباکو</b> </p> <p>اگر سیگار می‌کشید، علائم و نشانه‌های بیماری مربوط به سیگار را ندارید و می‌خواهید یا لازم است ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما هزینه دو مشاوره ترک سیگار را طی دوره 12 ماهه به‌عنوان خدمات پیشگیرانه پرداخت می‌کنیم. این خدمات برای شما رایگان است. هر بار تلاش برای ترک کردن شامل حداکثر چهار مشاوره حضوری می‌شود.</li> <li>• اگر شما تنباکو مصرف می‌کنید و به بیماری‌های ناشی از مصرف این ماده مبتلا شده‌اید، و یا داروهایی مصرف می‌کنید که تنباکو بر آن‌ها تأثیر می‌گذارد:</li> <li>• ما هزینه دو جلسه مشاوره ترک را طی دوره 12 ماهه پرداخت می‌کنیم. هر بار مشاوره می‌تواند تا سقف چهار ویزیت حضوری را شامل شود.</li> </ul>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>درمان ورزشی تحت نظارت (SET)*</b></p> <p>ما هزینه درمان ورزشی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET) را برای اعضای دارای بیماری نارسایی شریانی (peripheral artery disease, PAD) پرداخت می‌کنیم.</p> <p>طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تا 36 جلسه طی دوره 12 هفته‌ای، به شرطی که تمامی الزامات SET برآورده شود</li> <li>• 36 جلسه اضافی، چنانچه بنا به نظر ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی دارای ضرورت پزشکی باشد</li> </ul> <p>برنامه SET باید به این صورت باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• برنامه ورزشی-تمرینی درمانی 30 تا 60 دقیقه‌ای برای PAD در اعضایی که در اثر گردش خون نامناسب دچار گرفتگی پا هستند (لنگیدن)</li> <li>• به‌صورت سرپایی در بیمارستان یا در مطب پزشک</li> <li>• ارائه‌شده توسط پرسنل واجد شرایط که اطمینان حاصل می‌کنند که مزایای این کار بیش از آسیب آن است و در زمینه ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده باشند</li> <li>• 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</li> </ul> <p>باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا شما را معرفی کند.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>حمل و نقل: حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری*</b></p> <p>این مزایا استفاده از مقرون‌به‌صرفه ترین و قابل‌دسترسی‌ترین انواع حمل‌ونقل را امکان‌پذیر می‌کند. این وسایط شامل آمبولانس، وانت، خدمات انتقال پزشکی با وانت مخصوص صندلی چرخدار، و هماهنگی با حمل‌ونقل کمکی می‌شود.</p> <p>اشکال مختلف حمل و نقل زمانی تایید می‌شود که:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 اجازه قبلی باشد.</li> </ul> <p>L.A. Care با پزشکتان همکاری می‌کند تا به شما در زمینه زمان‌بندی حمل‌ونقل موردنیاز برای مراجعه به خدمات تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. ممکن است زمان‌بندی به درخواست ارائه‌دهنده و تأیید L.A. Care نیاز داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های حمل‌ونقل و نحوه برنامه‌ریزی سفر، با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.</p>
\$0	<p><b>حمل و نقل: حمل و نقل غیر پزشکی</b></p> <p>این مزایا امکانی را فراهم می‌کند که انتقال به مراکز خدمات پزشکی از طریق خودروی شخصی، تاکسی یا دیگر انواع وسایل نقلیه عمومی/شخصی میسر باشد.</p> <p>حمل‌ونقل به‌منظور دریافت مراقبت‌های پزشکی موردنیاز، از جمله رفتن به ویزیت‌های دندان‌پزشکی و دریافت داروهای تجویزی لازم است.</p> <p>این مزایا ارتباطی با مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما ندارد.</p> <p>L.A. Care می‌تواند به شما در زمینه زمان‌بندی حمل‌ونقل مورد نیاز برای رفت و آمد به مراکز خدماتی تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های حمل‌ونقل و نحوه برنامه‌ریزی سفر، با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>مراقبت موردنیاز فوری</b></p> <p>مراقبت فوری به خدمات درمانی گفته می‌شود که برای درمان عارضه‌های زیر ارائه می‌گردد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• وضعیت غیر اورژانسی که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد، یا</li> <li>• بیماری ناگهانی، یا</li> <li>• آسیب‌دیدگی، یا</li> <li>• عارضه‌ای که نیازمند مراقبت‌های فوری است.</li> </ul> <p>در صورت نیاز به مراقبت‌های فوری، ابتدا سعی کنید از ارائه‌دهندگان شبکه استفاده کنید. با وجود این، هنگامی که قادر به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه نیستید، چون با توجه به شرایطتان، دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (برای مثال، هنگامی که خارج از محدوده خدمات طرح هستید و به خدمات پزشکی فوری برای وضعیت پیش‌بینی‌نشده نیاز دارید، اما وضعیت اورژانسی پزشکی نیست)، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید.</p> <p>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.</p>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 90%;"> <p style="text-align: center;"><b>مراقبت های بینایی</b></p> <p style="text-align: center;"><b>خدمات معمول بینایی</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• هر سال یک معاینه روتین چشم* و</li> <li>• سقف پوشش بیمه \$500 برای عینک (قاب و شیشه) یا \$500 برای لنزهای تماسی هر دو سال یکبار</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>خدمات تحت پوشش Medicare*</b></p> <p>هزینه‌های سرپایی پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشم را می‌پردازیم. به‌عنوان مثال این موارد شامل معاینات چشم سالانه برای رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت و درمان دژنراسیون ماکولای وابسته به سن است.</p> <p>برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک غربالگری گلوکوم را می‌پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم</li> <li>• افراد مبتلا به دیابت</li> <li>• افراد نژاد آفریقایی-آمریکایی 50 سال به بالا</li> <li>• آمریکایی‌های هیسپانیک 65 سال به بالا</li> </ul> <p>هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد، پرداخت می‌شود.</p> <p>(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).</p> </div> <div style="width: 5%; text-align: center; vertical-align: middle;">  </div> </div>



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند
\$0	<p><b>ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare"</b></p> <p>هزینه ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را که فقط یکبار برگزار می‌شود می‌پردازیم. این ویزیت شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بررسی وضعیت سلامت شما،</li> <li>• آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه موردنیاز شما (شامل واکسن‌ها و غربالگری‌ها)، و</li> <li>• ارجاع‌های موردنیاز برای سایر مراقبت‌ها، در صورت نیاز.</li> </ul> <p><b>توجه:</b> ما ویزیت‌های پیشگیرانه «Welcome to Medicare» را فقط طی 12 ماه اولی که از Medicare بخش B برخوردار هستید، پوشش می‌دهیم. هنگام رزرو نوبت، به مطب پزشک خود اطلاع دهید قصد دارید ویزیت پیشگیرانه «Welcome to Medicare» را هماهنگ کنید.</p>

## E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

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

### E1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال‌های محلی کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) از سازمان‌های پیشرو منطقه استفاده می‌کند تا به افراد دینفع Medi-Cal که بیش از 90 روز پیاپی در یک مرکز مراقبت بستری بوده‌اند، کمک کند و سپس تلاش می‌کند این افراد به زندگی در جامعه بازگردند. برنامه CCT بودجه خدمات هماهنگی انتقال را تأمین 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 Lead و کانتی‌های تحت پوشش را در وبسایت اداره خدمات مراقبت درمانی در این آدرس پیدا کنید: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://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.

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



**عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی**

برنامه CCT داروها را پوشش نمی دهد. 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 اعضاء 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 نمی شود:

- معاینات اولیه، اشعه ایکس، جرمگیری و درمان با فلوراید
- ترمیم و روکش
- عصبکشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل با تنظیم، ترمیم و تراز کردن

مزایای دندانپزشکی در «برنامه خدمات در قبال هزینه Medi-Cal Dental» در دسترس است. برای کسب اطلاعات بیشتر، یا نیاز به کمک در یافتن دندانپزشک پذیرنده Medi-Cal، با خدمات مشتریان به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه آماده کمک به شما هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید از وبسایت ما به نشانی [www.dental.dhcs.ca.gov](http://www.dental.dhcs.ca.gov) نیز بازدید کنید.

علاوه بر برنامه کارانه Medi-Cal Dental، می توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح مراقبت های هماهنگ دندانپزشکی دریافت کنید. طرح های مراقبت مدیریت شده دندانپزشکی در کانتی های ساکرامنتو و لس آنجلس در دسترس است. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح های دندانپزشکی نیاز دارید، یا می خواهید طرح های دندانپزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با گزینه های مراقبت های درمانی به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است.

**توجه:** طرح ما خدمات دندانپزشکی تکمیلی ارائه می دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.

**E3. مراقبت در آسایشگاه**

اگر ارائه دهنده 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 می رود که شش ماه یا کمتر زنده بمانید. می توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. این طرح باید به شما کمک کند تا برنامه های آسایشگاه دارای گواهی Medicare را پیدا کنید. پزشک آسایشگاه شما می تواند یک ارائه دهنده شبکه یا ارائه دهنده خارج از شبکه باشد.

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

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





### برای خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B که به بیماری لاعلاج شما مربوط می‌شود

- ارائه‌دهنده 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 Medicare بخش B که به بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شود

- ارائه‌دهنده خدمات هزینه‌های خود را از Medicare دریافت خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش 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. مراقبت غیر آسایشگاهی عبارت است از خدماتی است که به بیماری لاعلاج شما مربوط نیست.

### E4. خدمات پشتیبانی در منزل (IHSS)

- برنامه خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) به پرداخت هزینه خدماتی کمک می‌کنند که بتوانید به‌طور ایمن در خانه خود بمانید. IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مثل خانه‌های سالمندان یا مراکز پذیرایی و مراقبت شبانه‌روزی، تلقی می‌شود.
- نوع خدماتی را که می‌توان از طریق IHSS مجوز داد عبارتند از: تمیز کردن منزل، آماده کردن وعده غذایی، لباس‌شویی، خرید خواروبار، خدمات مراقبت فردی (نظیر مراقبت از روده و مثانه، حمام، خدمات پیرایش و پیراپزشکی)، همراهی تا محل نوبت پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای ناتوانی ذهنی.
- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شما می‌تواند در درخواست IHSS از سازمان خدمات اجتماعی کانتی به شما کمک کند.

### E5. برنامه‌های چشم‌پوشی خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)

#### چشم‌پوشی کمک در زندگی روزانه (ALW)

- چشم‌پوشی کمک در زندگی روزانه (Assisted Living Waiver, ALW) انتخاب سکونت در شرایط همراه با کمک را به عنوان جایگزین قرارگیری بلندمدت در مرکز پرستاری به ذی‌نفعان واجد شرایط Medi-Cal ارائه می‌کند. هدف از ALW تسهیل بازگشت از مرکز پرستاری به شرایط اجتماعی و مشابه خانه یا جلوگیری از پذیرش در مرکز پرستاری حرفه‌ای برای ذی‌نفعان دارای نیاز فوری جهت قرارگیری در مرکز پرستاری است.
- اعضای ثبت‌نام‌شده در ALW که به مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در ALW بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان هماهنگی خدمات مراقبت ALW همکاری می‌کند.

- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی شما می‌تواند در درخواست ALW به شما کمک کند. فهرست به‌روز سازمان‌های هماهنگی خدمات مراقبت را می‌توانید در این وب‌سایت مشاهده کنید:

<https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

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



**چشمپوشی HCBS برای ساکنان دچار ناتوانی‌های رشدی کالیفرنیا (HCBS-DD)****چشمپوشی برنامه خودتصمیم‌گیری کالیفرنیا (SDP) برای افراد دچار ناتوانی‌های رشدی**

- دو چشمپوشی (c) 1915 وجود دارد، چشمپوشی خدمات خانگی و محلی-ناتوانی‌های رشدی (Home and Community-Based Services-Developmental Disabilities, HCBS-DD) و چشمپوشی برنامه خودتعیین (Self-Determination Program, SDP) که به افرادی خدمات می‌دهند که ناتوانی‌های رشدی آن‌ها پیش از تولد 18 سالگی‌شان شروع شده است و انتظار می‌رود به مدت نامحدودی ادامه داشته باشد. هر دو چشمپوشی روشی برای تأمین بودجه خدمات خاصی است که به افراد دچار ناتوانی‌های رشدی اجازه می‌دهد به‌جای سکونت در مرکز سلامت مجاز، در خانه یا محیط محلی زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات توسط بودجه مشترک برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می‌شود. هماهنگ کردن خدمات مراقبت شما می‌تواند در وصل کردن شما به خدمات چشمپوشی ناتوانی رشدی (Developmental Disabilities, DD) به شما کمک کند.

**چشمپوشی جایگزین خانگی و اجتماعی (HCBA)**

- چشمپوشی جایگزین خانگی و اجتماعی (Home and Community-Based Alternative, HCBA)، خدمات مدیریت مراقبت را به افراد در معرض خطر در آسایشگاه یا مؤسسه درمانی ارائه می‌کند. خدمات مدیریت مراقبت را تیم مدیریت چندرشته‌ای متشکل از پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می‌دهند. این تیم، خدمات چشمپوشی و طرح ابالتی (نظیر خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در منزل و مواردی از این دست) را هماهنگ می‌کند، و هماهنگی‌های دیگر برای سایر خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت در جامعه محلی را انجام می‌دهد. مدیریت مراقبت و خدمات چشمپوشی، در محل‌های اسکان محلی شرکت‌کننده‌ها ارائه می‌شوند. این محل سکونت ممکن است تحت مالکیت خصوصی، دارای قرارداد اجاره، یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده باشد.
- اعضای ثبت‌نام‌شده در چشمپوشی HCBA که به مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در چشمپوشی HCBA بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با چشمپوشی HCBA همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شما می‌تواند در درخواست ALW به شما کمک کند.

**برنامه چشمپوشی Medi-Cal (MCWP)**

- برنامه چشمپوشی Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) مدیریت موردی جامع و خدمات مراقبت مستقیم را به‌عنوان گزینه جایگزین مراقبت در مرکز پرستاری یا بستری در بیمارستان به افراد دچار HIV ارائه می‌دهد. مدیریت پرونده، یک رویکرد تیمی با تمرکز روی شرکت‌کننده و متشکل از پرستار رسمی و مدیریت پرونده مددکاری اجتماعی است. مدیران پرونده، جهت ارزیابی نیازهای مراقبت و حفظ شرکت‌کننده در خانه و محیط محلی، با شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده(های) مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقبت(ها) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند.
- اهداف MCWP عبارت است از: (1) ارائه خدمات خانگی و محلی برای افراد دچار HIV که ممکن است در غیر اینصورت نیازمند خدمات بستری در یک مرکز باشد؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان در زمینه مدیریت سلامت HIV؛ (3) ارتقای دسترسی به پشتیبانی اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه‌دهندگان خدمات و از بین بردن تکرار خدمات.



- اعضاء ثبت‌نام‌شده در چشمپوشی MCWP که به مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در چشمپوشی MCWP بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان چشمپوشی MCWP همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شما می‌تواند در درخواست MCWP به شما کمک کند.

### برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) خدمات مدیریت سلامت و اجتماعی را ارائه می‌دهد تا به افراد کمک شود در خانه‌ها و محیط‌های محلی خود بمانند.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان در برنامه، خدمات حمایتی در منزل را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مراقبت مستمر را ارائه می‌دهد، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات و منابع اجتماعی موردنیاز ارتباط می‌دهد، هماهنگی‌های لازم را با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی انجام می‌دهد، و بعضی از خدمات موردنیاز را می‌خرد که در غیر این صورت، برای پیشگیری از بستری یا به تأخیر انداختن آن در دسترس نیستند. مجموع هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در مرکز پرستاری حرفه‌ای باشد.
- تیمی متشکل از متخصصان خدمات اجتماعی و سلامت یک ارزیابی کامل روانی اجتماعی و سلامت را جهت تعیین خدمات موردنیاز به هر شرکت‌کننده MSSP، ارائه می‌کند. این تیم سپس یک طرح مراقبت فردی را با همکاری شرکت‌کننده MSSP، پزشک او، خانواده‌اش و سایرین تدوین می‌کند. این خدمات عبارتند از:
  - مدیریت مراقبت
  - خدمات مراقبت روزانه بزرگسالان
  - تعمیرات/نگهداری جزئی در منزل
  - کارهای اضافی منزل، مراقب شخصی، و خدمات نظارت محافظتی
  - خدمات استراحت
  - خدمات حمل‌ونقل
  - خدمات درمانی و مشاوره
  - خدمات غذایی
  - خدمات ارتباطات.
- اعضاء ثبت‌نام‌شده در چشمپوشی MSSP که به مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal منتقل شده‌اند می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در چشمپوشی MSSP بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با ارائه‌دهنده MSSP شما همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شما می‌تواند در درخواست MSSP به شما کمک کند.



## 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 دارای ضرورت پزشکی» تلقی نمی‌شوند، مگر اینکه این خدمات را در فهرست خدمات تحت پوشش قرار دهیم.
- درمان‌های پزشکی و جراحی تجربی، اقلام و داروها، مگر اینکه Medicare، یک پژوهش تحقیقاتی بالینی تحت تأیید Medicare یا طرح ما آن‌ها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد پژوهش‌های 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 مفرط، مگر در موارد دارای ضرورت پزشکی ضروری که Medicare هزینه آن را پرداخت کند
- اتاق خصوصی در بیمارستان، فقط در موارد دارای ضرورت پزشکی.
- پرستاران خصوصی
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون
- خدمات پرستاری تمام‌وقت در منزل
- هزینه‌های دریافتی توسط بستگان درجه یک یا اعضای خانوار شما
- روش‌ها یا خدمات به‌سازی اختیاری (شامل کاهش وزن، رشد مو، فعالیت جنسی، فعالیت ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و وضعیت روانی)، به‌جز زمانی که دارای ضرورت پزشکی باشد
- جراحی یا سایر اعمال زیبایی، مگر آنکه به‌دلیل آسیب‌دیدگی تصادفی 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 بیماری دیابت یا باشد

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



- لوازم کمکی پا به غیر از کفش‌های ارتوپدیک و طبی برای افراد مبتلا به بیماری دیابت پا
- برش شعاعی قرنیه، جراحی لازیک (LASIK) و دیگر وسایل کمکی ویژه افراد کم‌بینا
- اعمال بازگرداندن باروری متعاقب روش‌های عقیم‌سازی، و فرآورده‌های بدون نسخه جلوگیری از بارداری
- خدمات درمان طبیعی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
- خدماتی که در مراکز امور کهنه سربازان (Veterans Affairs, VA) ارائه می‌شود. ولی هنگامی که یک سرباز بازنشسته خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و سهمی شدن در هزینه VA بیش از سهمی شدن در هزینه برنامه ماست، مابه‌التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ سهمی 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 کتابچه راهنمای اعضاء 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 زمان حضور در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شود.
- **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 اعضاء مراجعه کنید.
- در صورتی که در مراقبت آسایشگاهی Medicare به سر می‌برید، علاوه بر پوشش مزایای پزشکی و Medicare بخش D طرح، ممکن است داروهای شما توسط Original Medicare پوشش داده شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش F فصل 5 تحت عنوان «اگر در مرکز مراقبت آسایشگاهی مورد تأیید Medicare بودید» مراجعه کنید.

### قوانین پوشش دارویی سرپایی طرح ما

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

- 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 PCP شما را برای مراقبت ارجاع داده باش‌د، این شخص می‌تواند ارائه‌دهنده دیگری باشد.
- تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های استثنا یا ممنوعه Medicare یا هرگونه فهرست مشابه Medi-Cal قرار داشته باشد. عموماً باید نسخه‌تان را در داروخانه‌های طرف قرارداد بپیچید.
- داروهای نسخه‌ای شما باید در فهرست 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.

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



داروی شما باید برای منظور مورد قبول پزشکی استفاده شود. یعنی سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) یا برخی مراجع پزشکی مصرف دارو را تأیید کرده‌اند. پزشک شما ممکن است بتواند در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی مورد مصرف درخواست شده داروی تجویزی کمک کند.

### فهرست مطالب

A.	دریافت داروهای نسخه ای . . . . .	127
A1.	پیچیدن نسخه خود در یک داروخانه شبکه. . . . .	127
A2.	استفاده از کارت شناسایی عضویت خود در هنگام پیچیدن نسخه . . . . .	127
A3.	در صورتی که داروخانه شبکه خود را تغییر دادید، باید چه کاری انجام دهید . . . . .	127
A4.	در صورتی که داروخانه شما شبکه را ترک کند، باید چه کاری انجام دهید . . . . .	127
A5.	استفاده از داروخانه تخصصی . . . . .	128
A6.	استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها . . . . .	128
A7.	دریافت ذخیره طولانی مدت داروها . . . . .	130
A8.	استفاده از داروخانه‌ای که تحت پوشش شبکه طرح ما قرار ندارد. . . . .	130
A9.	بازپرداخت هزینه برای نسخه. . . . .	131
B.	فهرست دارویی طرح ما. . . . .	131
B1.	داروهای موجود در فهرست دارویی ما . . . . .	131
B2.	چگونه می‌توان دارویی را در فهرست داروی ما پیدا کرد . . . . .	132
B3.	داروهایی که در لیست دارویی ما نیستند . . . . .	132
C.	محدودیت‌هایی در مورد برخی داروها . . . . .	133
D.	دلایل این که داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد . . . . .	134
D1.	دریافت ذخیره موقت . . . . .	135
D2.	درخواست تأمین موقت . . . . .	136
E.	تغییرات پوشش برای داروهای شما . . . . .	136
F.	پوشش دارو در مواقع خاص . . . . .	138
F1.	اگر در بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش طرح ما بستری هستید . . . . .	138
F2.	در مرکز مراقبت طولانی مدت . . . . .	138
F3.	اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماری‌های لاعلاج مورد تأیید Medicare باشید . . . . .	138
G.	برنامه‌های ایمنی دارویی و مدیریت دارو . . . . .	139
G1.	برنامه‌های کمک به شما برای استفاده بی‌خطر از دارو . . . . .	139
G2.	برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهایتان . . . . .	139
G3.	طرح مدیریت مواد مخدر جهت استفاده ایمن از داروهای مخدر . . . . .	140



**A. دریافت داروهای نسخه ای****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 عضویت خود در هنگام پیچیدن نسخه**

برای دریافت داروی نسخه دار خود، کارت عضویت بیمه خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش، به ما صورت حساب می‌فرستد.

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) نیاز دارید:

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

اگر BIC لازم را دریافت کند، باید هزینه کامل داروها را در هنگام تحویل گرفتن آنها بپردازید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را بپردازید، بلافاصله با خدمات 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.

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





**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 طولانی‌مدت مانند مرکز پرستاری، تأمین می‌کنند.
  - معمولاً، مراکز مراقبت طولانی مدت داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر در مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت 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 دریافت مزایای دارویی خود در یک مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت مشکلی وجود دارد، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌هایی که به خدمات بهداشتی بومیان آمریکا/برنامه سلامت قبیله‌ای/ 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 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 اعضا 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](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید یا با خدمات اعضا 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 داروهای نسخه‌های سفارش پستی شما را دوباره ارائه می‌کند:

#### 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 ارائه‌کننده خدمات شما دریافت می‌کند

داروخانه در این موارد، بدون هماهنگی با شما، به‌طور خودکار نسخه‌های جدید دریافتی از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی را آماده می‌کند و تحویل می‌دهد:

- در گذشته از خدمات سفارش پستی ما استفاده کرده‌اید، یا
- برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود دریافت می‌کنید، ثبت‌نام کرده‌اید. اکنون یا در هر زمانی می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به نشانی [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) یا تماس با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدید را درخواست کنید.

اگر در گذشته از سفارش پستی استفاده کرده‌اید و مایل نیستید داروخانه به‌طور خودکار هر نسخه جدید را آماده و ارسال کند، از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با ما ارتباط برقرار کنید.

اگر هرگز از تحویل پستی ما استفاده نکرده‌اید و/یا تصمیم گرفته‌اید تکمیل خودکار نسخه‌های جدید را متوقف کنید، داروخانه در هر بار دریافت نسخه جدید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی با شما تماس می‌گیرد تا اطلاع یابد آیا می‌خواهید داروهایتان فوراً تهیه و ارسال شود یا خیر.

- این کار به شما این فرصت را می‌دهد که مطمئن شوید داروخانه داروی صحیحی (از 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 ارسال به تأخیر بیندازید یا لغو کنید.
- مهم است که هر وقت داروخانه با شما تماس می‌گیرد به آنها پاسخ دهید تا بدانند با نسخه جدید چه بکنند و از تأخیر در ارسال آن جلوگیری شود.

برای انصراف از تحویل خودکار نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود دریافت می‌کنید، از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با ما ارتباط برقرار کنید.

#### 3. تجدید دارو از طریق سفارش پستی

برای نسخه‌پیچی مجدد داروهایتان، می‌توانید در برنامه تهیه مجدد خودکار ثبت‌نام کنید. تحت این برنامه، هنگامی که سوابق ما نشان دهد زمان تمام شدن داروی شما نزدیک است، نسخه‌پیچی بعدی شما را به‌طور خودکار شروع می‌کنیم.

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



- داروخانه پیش از ارسال هر نسخه‌پیچی مجدد با شما تماس می‌گیرد تا مطمئن شوید به داروهای بیشتری نیاز دارید؛ البته اگر داروهای کافی داشته باشید یا داروهایتان تغییر کرده باشد، می‌توانید این نسخه‌پیچی مجدد را لغو کنید.
- اگر مایل به استفاده از برنامه تجدید دارو نباشید، 21 روز پیش از زمان اتمام نسخه فعلی، با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به‌موقع به دستتان می‌رسد.
- برای انصراف از برنامه ما که نسخه‌پیچی مجدد خودکار را ارائه می‌دهد، از طریق تماس با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، با ما ارتباط برقرار کنید.
- 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 روزه یکسان است. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها به شما نشان می‌دهد کدام داروخانه‌ها تامین طولانی مدت داروهای حفظ سلامت 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 (به‌طور مثال، یک داروی کمیاب یا دیگر داروهای خاص ارسال‌شده توسط تولیدکنندگان یا فروشندگان خاص) در مکان خرده‌فروشی قابل‌دسترسی یا داروخانه‌های سفارش پستی مرتباً انبار نشود.
  - اگر داروی تحت پوشش بخش D توسط یک داروخانه وابسته به یک نهاد زمانی توزیع‌شده باشد که بیمار در بخش اورژانس، کلینیک وابسته به ارائه‌کننده خدمات، جراحی سرپایی یا دیگر بخش‌های سرپایی بوده باشد.
  - طی هر نوع فاجعه قدرالی یا موقعیت سلامتی عمومی اضطراری که منجر به بیرون راندن یک عضو شود یا از خانه خود انتقال داده شوند.

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



- 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 بپردازید. می‌توانید از طرح درمانی خود بخواهید که به شما بازپرداخت کند.

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، با ارسال درخواست «بازپرداخت هزینه‌های پرداختی از جیب (Conlan) Medi-Cal» می‌توانید از Medi-Cal Rx بخواهید هزینه را به شما بازپرداخت کند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب سایت Medi-Cal Rx بیابید: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://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 همچنین شامل قوانینی است که باید برای گرفتن داروهایتان رعایت کنید.

تا زمانی که قوانین توضیح داده شده در این فصل را رعایت کنید، ما معمولاً 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 بخش D 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](http://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 عضویت (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.

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.

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



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، تأثیرگذاری داروهای ژنریک به خوبی داروهای مارکدار است و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی عمومی یا جایگزین‌های بیوسیمیلار برای بسیاری از داروهای مارکدار وجود دارد. اگر سؤالی 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:

- از وبسایت طرح ما به آدرس [medicare.lacare.org](http://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/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» در نشانی [medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search](http://medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search) استفاده کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید. با استفاده از این ابزار می‌توانید داروهای فهرست دارویی را جست‌وجو کنید تا برآوردی از هزینه پرداختی خود داشته باشید و از وجود داروهای جایگزین در فهرست دارویی برای درمان بیماری مشابه مطلع شوید.

## 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.

طرح ما برای انواع 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 Medicare بخش D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare بخش A یا Medicare بخش B قبلاً پوشش می‌داده، هزینه پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را 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.

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



3. مورد مصرف دارو باید توسط 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
  - داروهایی که برای تسکین علائم سرماخوردگی یا سرفه مصرف می‌شوند\*
  - داروهای مورد استفاده برای اهداف آرایشی و یا تقویت رشد مو
  - ویتامین‌های تجویزی و محصولات دارای مواد معدنی، به‌جز ویتامین‌های دوران بارداری و ترکیبات فلوراید\*
  - داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی و یا نعوظ
  - داروهای مورد استفاده برای درمان بی‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن\*
  - داروهای سرپایی ساخته شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آنها انجام دهید
- \*ممکن است Medi-Cal داروهای منتخب را پوشش دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) Medi-Cal Rx بازدید کنید.

## C. محدودیت‌هایی در مورد برخی داروها

برای برخی داروهای نسخه دار، قوانین ویژه‌ای 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 اضافه‌ای 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.

### 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.

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



- 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، روی شما تأثیر خواهند داشت، آن وقت ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.

## 2. گرفتن پیش تاییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا پزشک شما باید پیش از دریافت داروی نسخه‌ای از بیمه درمانی ما تاییدیه دریافت کنید. اگر تاییدیه 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 اعضاء تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید. اگر بر اساس هر کدام از دلایل بالا با تصمیم‌گیری ما درباره پوشش مخالف بودید، می‌توانید درخواست استیناف دهید. به فصل 9 کتابچه راهنمای اعضاء 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 استئنا 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 موقت 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 30 روز تمدید کنید. نسخه‌تان را باید از داروخانه شبکه 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 خود 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 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.

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





- 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 کنید، موارد استثنا (موارد ویژه) نیز برای شما وجود دارد. اگر تغییری در سطح مراقبت‌تان 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).

## D2. درخواست تأمین موقت

- 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 ارائه‌کنندگان خدمات دلیل پزشکی خوبی برای در نظر گرفتن استثنا داشته باشند، می‌توانند به شما برای درخواست آن کمک کنند.

## E. تغییرات پوشش برای داروهای شما

- بیشتر تغییرات در پوشش دارو در 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در طول سال داروهای 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 (prior approval, PA) 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:

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



- 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 بی خطر 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 به‌صورت آنلاین در [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) بررسی کنید
  - 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 برند است که هم اکنون در فهرست دارویی ما قرار دارد. وقتی چنین اتفاقی می‌افتد، ممکن است داروی برند را حذف و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه‌های شما برای داروهای جدید یکسان 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 ارائه‌دهندگان می‌توانید درخواست "معافیت" از این محدودیت‌ها را داشته باشید. ما اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم که اقدامات برای درخواست استثناء را توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
  - **دارو از بازار جمع آوری شده است.** اگر سازمان غذا و دارو FDA اظهار کند دارویی که مصرف می‌کنید بی‌خطر نیست یا تولیدکننده دارو آن را از بازار جمع‌آوری 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 را که در حال حاضر در فهرست دارویی ما قرار دارد 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:

- 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 روی 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 کنید.

### F2. در مرکز مراقبت طولانی مدت

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

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز ارائه‌دهنده خدمات درازمدت به شما تحت شبکه ما فعالیت می‌کند یا خیر، به فهرست سرویس‌دهندگان 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.

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



- 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.
- 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 داروهایتان

طرح ما برنامه‌ای دارد که به اعضایی که نیازها یا مشکلات سلامت پیچیده دارند کمک می‌کند. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌دهنده خدمات شما کمک می‌کند مطمئن شوید که داروهای شما برای بهبود سلامتتان کارساز هستند. اگر واجد شرایط برنامه باشید، 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

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



- 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 شامل تمام داروهای مصرفی، میزان و زمان مصرف و دلیل مصرف آنها است.
  - اطلاعات در مورد معدوم کردن ایمن داروهای تجویزی که جزء مواد کنترل شده محسوب می‌شوند. توصیه می‌شود با پزشک خود درباره برنامه عمل و فهرست دارویی خود صحبت کنید.
  - برنامه عمل و فهرست داروی خود را در 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 MTM 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 برنامه، برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP) نام دارد.

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 سوءمصرف 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:

- ملزم کردن شما به پیچیدن تمام نسخه‌های مربوط به این داروها از یک داروخانه خاص و/یا از یک پزشک خاص
  - 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 به شما اطلاع می‌دهد که آیا پوشش این داروها را برایتان محدود خواهیم کرد و اینکه آیا ملزم به پیچیدن نسخه‌های دارویی برای این داروها صرفاً از یک ارائه دهنده یا داروخانه خاص خواهید بود یا خیر.

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



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 به دلیل سوء مصرف داروهای نسخه‌ای در معرض خطر هستید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، ما پرونده شما را بازبینی و تصمیم خود را به شما اعلام خواهیم کرد. 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 (Independent Review Organization, IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر و IRO به فصل 9 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.)

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

- بیماری پزشکی خاصی، مانند سرطان یا بیماری سلول داسی-شکل، داشته باشید،
- در حال دریافت مراقبت آسایشگاهی، تسکینی یا پایان عمر باشید، یا
- در مرکز مراقبت درازمدت زندگی کنید.



## فصل 6: مبلغی که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal Medicaid خود می پردازید

### 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 سلامت ما به عنوان مزایای اضافی.

چون شما برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، از Medicare برای کمک در پرداخت هزینه داروهای نسخه دار Medicare بخش D خود «کمک اضافی» دریافت می‌کنید. ما برای شما یک الحاقیه جداگانه به نام «الحاقیه دفترچه راهنمای پوشش بیمه برای افرادی که کمک اضافی جهت پرداخت هزینه داروهای نسخه دار دریافت می‌کنند» (که با عنوان «الحاقیه یارانه افراد کم درآمد» یا [Low Income Subsidy Rider, LIS Rider] نیز شناخته می‌شود) ارسال کردیم که به شما درباره پوشش دارویتان توضیح می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید.

**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
    - 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](http://medicare.lacare.org) بیابید.
  - اکثر داروهای نسخه دار 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

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



Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌های خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.

• **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضاء را بخوانید.

- o به شما اطلاعاتی در مورد نحوه دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی از طریق برنامه درمانی ما ارائه می‌کند.
- o شامل قوانینی می‌شود که شما باید آنها را رعایت کنید. همچنین نشان می‌دهد که طرح ما کدام نوع داروهای نسخه دار را پوشش نمی‌دهد.
- o هنگامی که از «ابزار مزایای همزمان» برای جستجوی پوشش دارویی استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده «به‌طور همزمان» ارائه می‌شود، یعنی هزینه نشان داده شده در این ابزار بازتاب‌کننده لحظه زمانی است که ارائه‌دهنده تخمینی از هزینه‌هایی است که انتظار می‌رود از جیب پرداخت کنید. می‌توانید با خدمات اعضاء برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.
- فهرست راهنمای ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌های ما.
  - o 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.
  - o 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**

144	A. شرح مزایا (EOB).....
145	B. چگونه هزینه داروهای خود را رهگیری کنید.....
146	اگر در این خلاصه اشتباهاتی یافتید، چطور؟.....
146	آیا احتمال تقلب و کلاهبرداری وجود دارد؟.....
146	C. شما برای عرضه یک‌ماهه یا عرضه بلندمدت داروها هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.....
146	C1. تأمین طولانی مدت یک دارو.....
147	C2. مبلغی که شما پرداخت می‌کنید.....
147	D. واکسیناسیون.....
148	D1. قبل از واکسیناسیون باید چه چیزهایی را بدانید.....





**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 دیگران 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 خلاصه ای به نام شرح مزایا که به اختصار شرح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) می‌نامیم ارسال می‌کنیم. به طور مختصر آن را EOB می‌نامیم. EOB یک صورت‌حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید دارد. 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 در هر ماهی که از مزایای بخش D استفاده شده است پرداخت کرده‌ایم، اطلاعات می‌دهد. EOB شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات ماهانه.** این خلاصه، حاوی داروهای نسخه داری است که برای ماه قبل 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، است.
- **اطلاعات سالانه تا به امروز.** 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 اولیه است.
- **جایگزین‌های کم هزینه تر.** 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.

- پرداخت‌هایی که برای این داروها انجام می‌شود جزء مجموع هزینه‌های پرداخت از جیب شما محسوب نمی‌شود.
- 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 ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal 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 عضویت خود استفاده کنید.**

کارت شناسایی عضویت خود را هر بار که نسخه‌ای را می‌پیچید نشان دهید. این امر به ما کمک می‌کند تا از نوع داروهای دریافتی شما و اینکه چه مبلغی برای آن پرداخت می‌کنید اطلاع داشته باشیم.

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

کپی‌هایی از رسید داروهای تحت پوشش را که برای آن‌ها هزینه کرده‌اید به ما بدهید. می‌توانید از ما بخواهید که هزینه دارو را به شما 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
  - هنگامی که سهم بیمه‌شده را برای داروهای پرداخت می‌کنید که تحت برنامه کمک به بیماران تولیدکننده دارو دریافت می‌کنید
  - 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 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 جیب شما محسوب می‌شود. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه امداد دارویی ایدز (AIDS drug assistance program, ADAP)، خدمات بهداشتی بومیان آمریکا و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های پرداخت از جیب شما گذاشته می‌شوند.

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

هنگامی که یک EOB را از طریق پست دریافت می‌کنید، مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد.

- آیا نام هر داروخانه را به یاد دارید؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا داروها را آن روز دریافت کردید؟
- آیا داروهای فهرست‌شده را دریافت کردید؟ آیا آن داروها با مواردی که در رسیدهایتان فهرست شده بود مطابقت دارد؟ آیا داروها با آنچه پزشکتان تجویز کرده مطابقت دارد؟



برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضاء L.A. Care Medicare Plus را مطالعه کنید. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضاء به شماره پایین صفحه، یک دفترچه راهنمای اعضاء درخواست کنید. همچنین می‌توانید به دفترچه راهنمای اعضاء در وبسایت ما در آدرس اینترنتی پایین صفحه مراجعه کنید یا آن را دانلود کنید.

### اگر در این خلاصه اشتباهاتی یافتید، چطور؟

اگر در این EOB با چیزی مواجه شدید که گیج‌کننده است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با ما از طریق خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سوالات را در وبسایت ما بیابید: [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).

### آیا احتمال تقلب و کلاهبرداری وجود دارد؟

اگر در این صورت وضعیت خلاصه، نام دارویی ذکر شده که آن را مصرف نمی‌کنید، یا به هر مطلب شک برانگیز دیگری در آن برخورد کردید، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با خدمات اعضاء ما در L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید.
- یا با Medicare با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید با این شماره‌ها در تمام ساعات شبانه روز، و هفت روز هفته، به صورت رایگان تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید ارائه‌دهنده‌ای که Medi-Cal دریافت می‌کند مرتکب تقلب، هدر دادن یا سوءاستفاده شده است، حق دارید آنرا توسط تماس با شماره تلفن محرمانه و رایگان 1-800-822-6222 گزارش کنید. سایر روش‌های گزارش‌دهی تقلب Medi-Cal را می‌توانید در اینجا بیابید:  
[www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx)
- اگر فکر می‌کنید چیزی از قلم افتاده یا اشتباه است یا اگر هر پرسشی برای شما پیش آمده، با خدمات اعضاء تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با استفاده از حساب آنلاین L.A. Care Connect خود، تغییراتی را ایجاد کنید یا این تغییرات را مشاهده کنید. L.A. Care Connect یک حساب آنلاین برای اعضاء L.A. Care Medicare Plus است که ثبت‌نام می‌کنند. می‌توانید با مراجعه به [www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org) ثبت‌نام کنید و به حساب L.A. Care Connect دسترسی بیابید. این EOB ها را نگه دارید. این گزارش‌ها سابقه مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

## C. شما برای عرضه یک‌ماهه یا عرضه بلندمدت داروها هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید

با طرح ما، تا زمانی‌که از مقررات ما پیروی می‌کنید، هیچ هزینه‌ای بابت داروهای تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

### C1. تأمین طولانی مدت یک دارو

برای برخی از داروها، هنگام تهیه نسخه خود، می‌توانید یک تأمین طولانی مدت (که به آن «عرضه تمدید شده» نیز می‌گویند) دریافت کنید. منبع طولانی مدت به تأمین حداکثر 100 روزه دارو گفته می‌شود. تأمین طولانی‌مدت هزینه‌ای برای شما ندارد.

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.

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



**C2. مبلغی که شما پرداخت می‌کنید**

اکثر داروهای نسخه‌دار که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal 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.

سه‌ماهه پرداختی شما برای عرضه یک ماهه یا طولانی مدت یک داروی نسخه دار تحت پوشش:

داروهای خارج از شبکه	داروخانه عضو شبکه برای مراقبت‌های درازمدت	خدمات سفارش پستی طرح ما	یک داروخانه عضو شبکه	
برای مصرف 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	یک عرضه یک ماهه یا حداکثر تا یک عرضه 100 روزه	یک عرضه یک ماهه یا حداکثر تا یک عرضه 100 روزه	
\$0	\$0	\$0	\$0	تقسیم هزینه ردیف 1 (تمام داروهای Part D)

از آنجا که واجد شرایط «کمک اضافی» هستید، تا زمانی که از مقررات ما پیروی می‌کنید، برای هزینه‌های داروی نسخه دار چیزی نمی‌پردازید. اگر دیگر واجد شرایط «کمک اضافی» نباشید، هزینه‌های دارویی شما ممکن است تغییر یابد.

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

**D. واکسیناسیون**

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید: برخی از واکسن‌ها مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند. دیگر واکسن‌ها جزو داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست داروهای تحت پوشش طرح (مجموعه دارویی) مشاهده نمایید. طرح ما اکثر واکسن‌های بزرگسالان Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات از جزئیات پوشش و تقسیم هزینه واکسن‌های خاص به فهرست داروهای تحت پوشش (مجموعه دارویی) طرح خود مراجعه کنید.

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



پوشش واکسیناسیون های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

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

### D1. قبل از واکسیناسیون باید چه چیزهایی را بدانید

توصیه می کنیم اگر قصد واکسیناسیون دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه واکسیناسیون شما را پوشش می دهد.
- می توانیم به شما بگوییم که چگونه با استفاده از ارائه کنندگان و داروخانه های شبکه، هزینه های خود را پایین نگه دارید. داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه موافقت می کنند تا با طرح ما همکاری کنند. یک ارائه دهنده شبکه با ما همکاری می کند تا اطمینان حاصل شود که هیچ هزینه ای برای واکسن Medicare بخش D نمی پردازید.



## فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت هزینه صورت حسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید

### 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 درخواست 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 ..... 150
- B. فرستادن درخواست برای ما جهت پرداخت ..... 153
- C. تصمیمات در مورد پوشش ..... 154
- D. تجدیدنظر ..... 154



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

نباید برای خدمات یا داروهای داخل شبکه صورت حساب دریافت کنید. ارائه‌دهندگان شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش از سوی شما، برای طرح قبض صادر کنند. یک ارائه‌دهنده داخل شبکه که با طرح سلامت همکاری می‌کند.

ما به ارائه دهنده L.A. Care Medicare Plus اجازه مطالبه هزینه این خدمات یا داروها را از شما نمی‌دهیم. پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می‌شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه‌ای بی‌نیاز هستید.

**اگر صورت حسابی برای مراقبت‌های بهداشتی یا برای داروها دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و صورت حساب را برای ما بفرستید.** 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 صورت حساب را پرداخت کرده باشید، حق دارید که آن را پس بگیرید.
  - اگر هزینه خدماتی را که تحت پوشش Medicare است پرداخت کرده باشید، ما آن را به شما پس خواهیم داد.
- اگر هزینه خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت کرده باشید، در صورتی که تمام شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت (پس گرفتن آن) باشید:
  - خدماتی که دریافت کرده‌اید، تحت پوشش Medi-Cal باشد که ما در قبال پرداخت آن مسئول باشیم. اگر خدماتی تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus نباشد، ما هزینه آن را به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.
  - پس از اینکه عضو واجد شرایط L.A. Care Medicare Plus شدید، سرویس تحت پوشش را دریافت کرده باشید.
  - در عرض یک سال از تاریخ دریافت سرویس تحت پوشش درخواست بازپرداخت کرده باشید.
  - مدرکی ارائه دهید که شما برای سرویس تحت پوشش پرداخت کرده‌اید، برای مثال یک رسید با جزئیات از ارائه‌دهنده ارائه دهید.
  - شما سرویس تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده ثبت شده Medi-Cal در شبکه L.A. Care Medicare Plus دریافت کرده باشید. اگر خدمات مراقبت اورژانسی یا تنظیم خانواده یا خدمات دیگری دریافت کرده باشید که Medi-Cal برای ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون تأییدیه قبلی (اجازه قبلی) مجاز باند، نیازی نیست این شرایط را داشته باشید.
- اگر سرویس تحت پوشش به‌طور معمول نیاز به تأییدیه قبلی (اجازه قبلی) داشته باشد، لازم است مدرکی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان دهد نیاز پزشکی برای سرویس تحت پوشش وجود دارد.



- L.A. Care Medicare Plus طی نامه‌ای که «اعلامیه اقدامات» گفته می‌شود به شما اطلاع می‌دهد که آیا به شما بازپرداخت می‌کند یا خیر. اگر واجد شرایط تمام موارد بالا باشید، ارائه‌دهنده ثبت شده Medi-Cal باید تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما پس دهد. اگر ارائه‌دهنده از بازپرداخت به شما اجتناب کند، L.A. Care Medicare Plus کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما باز می‌گرداند. ما ظرف 45 روز از تاریخ دریافت مطالبه به شما بازپرداخت می‌کنیم. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت نام شده باشد، اما در شبکه ما نباشد و از بازپرداخت به شما اجتناب کند، L.A. Care Medicare Plus به شما بازپرداخت می‌کند، اما تا حداکثر مبلغی که خدمات در قبال هزینه Medi-Cal (Fee For Service, FFS) پرداخت کند. L.A. Care Medicare Plus تمام مبالغ پرداختی از جیب را که برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی پرداخت کرده‌اید که Medi-Cal مجاز می‌داند توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه بدون تأییدیه قبلی به شما ارائه شوند، به شما بازپرداخت می‌کند. اگر یکی از شرایط فوق را نداشته باشید، به شما بازپرداخت نمی‌کنیم.

- در موارد زیر به شما بازپرداخت نمی‌کنیم:

- خدماتی را درخواست و دریافت کرده باشید که تحت پوشش Medi-Cal نباشد، مثل خدمات زیبایی.
- این خدمات تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus نباشد.
- به پزشکی مراجعه کرده باشید که Medi-Cal نمی‌پذیرد و یک فرم امضا کرده باشید که بیان می‌دارد در هر صورت می‌خواهید ویزیت شوید و خودتان مسئول پرداخت هزینه آن خدمات خواهید بود.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سؤالی دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر صورت حسابی دریافت کنید که ندانید با آن چه باید بکنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر درباره پرداخت صورت حسابی که از قبل برای ما ارسال کرده‌اید سؤال 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 ارائه‌کنندگان خدمات خارج از شبکه خدمات اضطراری یا فوری دریافت می‌کنید

- از ارائه‌دهنده خدمات بخواهید که صورت حساب خود را برای ما بفرستد.
- اگر هنگام دریافت مراقبت مبلغ کل هزینه را پرداخت کنید، از ما بخواهید که آن 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 شما هزینه سرویس Medicare را پرداخت کرده باشید، ما آن مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.





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

شبکه ارائه‌کنندگان همیشه باید صورت‌حساب خود را برای ما بفرستند. هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، لازم است کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. اما آنها گاهی اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند برای خدمات پرداخت کنید یا هزینه بیشتری از سهم‌تان برای هزینه‌ها بپردازید. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- از آنجایی که ما تمام هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، مسئولیتی در قبال پرداخت هیچ هزینه‌ای ندارید. ارائه‌کنندگان نباید در ازای این خدمات برای شما صورت‌حسابی صادر کنند.
- هر وقت صورتی حسابی از یک ارائه‌کننده خدمات شبکه دریافت می‌کنید، آن را برای ما بفرستید. ما با ارائه‌کننده مستقیماً تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم.
- اگر هزینه صورت حسابی را که برای خدمات تحت پوشش Medicare از یک ارائه‌کننده خدمات شبکه دریافت کرده‌اید پرداخت کرده‌اید، صورت حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت آن برای ما بفرستید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

**3. اگر عطف به ما سبق در طرح ما ثبت‌نام کرده باشید**

- گاهی ثبت‌نام شما در این طرح می‌تواند عطف به ما سبق باشد. (یعنی اولین روز ثبت‌نام شما سپری شده است. حتی ممکن است سال قبل باشد.)
- اگر عطف به ما سبق ثبت‌نام شده باشید و صورت‌حسابی را پس از تاریخ ثبت‌نام پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.
- صورت‌حساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.

**4. 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 بازپرداخت، رسید آن را هم برایمان بفرستید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

**5. هنگامی که به دلیل نداشتن کارت شناسایی عضویت بیمه خود ناچار به پرداخت هزینه کامل نسخه Medicare بخش D می‌شوید**

- اگر کارت شناسایی عضویت 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 کامل نسخه را خودتان بپردازید یا با کارت شناسایی عضویت بیمه خود به داروخانه بازگردید.
- هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسیدتان را برای ما بفرستید.



**6. زمانی که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D 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** دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
- اگر شما و پزشک شما یا تجویزکننده دیگری فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، (ظرف 24 ساعت) می‌توانید برای یک تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به **فصل 9** از دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
- هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسیدتان را برای ما بفرستید. در برخی موارد، ممکن است ما نیاز به کسب اطلاعات بیشتری از پزشک شما یا تجویزکننده دیگری داشته باشیم تا هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

هنگامی که برای پرداخت، به ما درخواست ارسال می‌کنید، ما آن را بازبینی می‌کنیم و درباره پوشش‌دهی این سرویس یا دارو تصمیم می‌گیریم. به این فرآیند اتخاذ «تصمیم پوشش‌دهی» می‌گویند. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید پوشش داده شود، هزینه آن را می‌پردازیم.

اگر درخواست شما برای دریافت پرداختی از جانب ما رد شود، شما می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تجدیدنظر 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 برای خدمات Medicare به ما بفرستید. مدرک اثبات پرداخت می‌تواند نسخه‌ای از چکی که نوشته‌اید یا رسید صادر شده 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. باید ظرف 365 روز از تاریخی که این سرویس، لوازم یا دارویی را که دریافت کرده‌اید، اطلاعات خود را به ما ارسال کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورت‌حساب یا رسید به این نشانی پست کنید:

L.A. Care Health Plan  
Attn: Member Reimbursement Requests  
P.O. Box 811610  
Los Angeles, CA 90081

همچنین می‌توانید برای درخواست پرداخت با ما 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. همچنین می‌توانید درخواست خود برای پرداخت را همراه با رسیدهایتان به شماره 213-438-5012 فکس کنید.

باید درخواست خود را طی 60 روز از تاریخی که دارو را تحویل گرفتید برای ما بفرستید.

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



باید ظرف **365 روز** از تاریخ دریافت خدمات یا اقلام، درخواست خود را به ما تحویل دهید.

## 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 خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، کالا یا دارو را پوشش دهد و شما از تمام قوانین دریافت آن پیروی کرده‌اید، آن را پرداخت می‌کنیم. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخته باشید، ما یک چک به مبلغی که پرداخت کرده‌اید به شما پست خواهیم کرد. اگر پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.

**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 نسخه‌دار Medicare بخش D را که تحت پوشش هستند توصیف می‌کند.

- اگر تصمیم بگیریم که برای خدمات یا دارو پرداخت نکنیم، ما نامه‌ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر 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 درخواست تجدیدنظر دهید، به **بخش F** مراجعه کنید.
- اگر می‌خواهید برای دریافت بازپرداخت برای دارو درخواست تجدیدنظر دهید، به **بخش G** مراجعه کنید.



## فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

### مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان 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 اعضاء آمده است.

### فهرست مطالب

- A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای شما را برآورده کند . . . . . 160
- B. ما مسئولیت داریم مطمئن شویم به موقع به خدمات داروهای تحت پوشش دسترسی پیدا می‌کنید . . . . . 168
- C. مسئولیت ما در زمینه حفاظت از اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما . . . . . 169
- C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم. . . . . 169
- C2. حق شما برای دیدن سوابق پزشکی‌تان . . . . . 170
- D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما . . . . . 170
- E. عدم توانایی شبکه ارائه‌دهندگان جهت صدور مستقیم صورت حساب برای شما . . . . . 171
- F. حق شما برای خروج از طرح ما . . . . . 171
- G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خودتان . . . . . 172
- G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری . . . . . 172
- G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر نتوانستید تصمیم‌های مراقبت‌های بهداشتی خود را خودتان بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد . . . . . 172
- G3. در صورتی که از دستورالعمل‌های شما پیروی نشود چه باید کرد . . . . . 174
- H. این حق شما است که شکایت کنید و از ما بخواهید در تصمیمات خود تجدیدنظر کنیم . . . . . 174
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد . . . . . 174
- I. مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضاء برنامه . . . . . 174



## 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, Chinese, Farsi, Khmer, Korean, Russian, Spanish, Tagalog and Vietnamese. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 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.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

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



## 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.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con 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 letra grande, braille o audio. Puede obtener esta información de forma gratuita en árabe, armenio, chino, farsi, jemer, coreano, ruso, español, tagalo y vietnamita. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 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 TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

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



- 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.

## 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 համար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ 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, չինարենով, պարսկերենով, քմեր, կորեերենով, ռուսերենով, իսպաներենով, տազալոգերենով և վիետնամերենով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 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 անաշարկություններ 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:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711 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:

### A. Տիրույթի սահմանափակումներ և անհատականացումներ

Կենտրոնացված ռազմավարական մոտեցումներով և անհատականացումներով մենք կարող ենք օգնել ձեզ ստանալ ձեր անհատականացումները: Եթե ձեր անհատականացումները չեն օգտագործվում, մենք կօգնենք ձեզ հասկանալ, թե ինչու և ինչպես կարող եք օգտագործել ձեր անհատականացումները:

- Եթե ձեր անհատականացումները չեն օգտագործվում, մենք կօգնենք ձեզ հասկանալ, թե ինչու և ինչպես կարող եք օգտագործել ձեր անհատականացումները:
- Եթե ձեր անհատականացումները չեն օգտագործվում, մենք կօգնենք ձեզ հասկանալ, թե ինչու և ինչպես կարող եք օգտագործել ձեր անհատականացումները:
- Եթե ձեր անհատականացումները չեն օգտագործվում, մենք կօգնենք ձեզ հասկանալ, թե ինչու և ինչպես կարող եք օգտագործել ձեր անհատականացումները:





L.A. Care Medicare Plus  
ធ្វើទៅកាន់៖ ផ្នែកសេវាសមាជិក  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារ រួមទាំងឯកសារថ្មីៗ ក្នុងពេលនេះនិងពេលអនាគត ជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាកម្មសមាជិកតាមរយៈលេខទូរសព្ទ 1-833-522-3767 (TTY: 711) 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ រួមទាំងថ្ងៃសម្រាក។ ការហៅទូរសព្ទគឺឥតគិតថ្លៃទេ។
- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

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

### A. អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។

អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។

- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។
- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន អ្វី ចំពោះ អ្នក តាម លទ្ធភាព របស់ អ្នក ។

- طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی 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، چینی، فارسی، خمری، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید. برای دریافت منابع در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از طریق زیر مکاتبه کنید:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- اگر می‌خواهید مطالب و بروشورهای مربوطه، از جمله مطالب جدید را، اکنون یا در آینده، به زبانی غیر از 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، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 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.

- 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).

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



- پلن‌ها در زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی نوشته شده‌اند. این اطلاعات را می‌توان به فرمت‌های مختلف ارائه کرد. این اطلاعات به زبان‌های اسپانیایی، روسی، چینی، کره‌ای، ویتنامی، تایوانی و هندی در دسترس است. این اطلاعات را می‌توان به فرمت‌های مختلف ارائه کرد. این اطلاعات به زبان‌های اسپانیایی، روسی، چینی، کره‌ای، ویتنامی، تایوانی و هندی در دسترس است.

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید.
- اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید.

اگر در دریافت این اطلاعات مشکل دارید، با ما تماس بگیرید. اگر در دریافت این اطلاعات مشکل دارید، با ما تماس بگیرید. اگر در دریافت این اطلاعات مشکل دارید، با ما تماس بگیرید.

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با ما تماس بگیرید. این شماره 24 ساعته، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این شماره 24 ساعته، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.
- Medi-Cal شماره 916-440-7370 است. TTY شماره 711 است. TTY شماره 711 است.
- اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید. اگر می‌خواهید از این خدمات استفاده کنید، با ما تماس بگیرید.

## 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.

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



- 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 арабском, армянском, китайском, фарси, кхмерском, корейском, русском, испанском, тагальском, и вьетнамском языках. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- Если вы хотите сейчас или в будущем получать материалы, включая новые, на вашем языке или в альтернативном формате, звоните в отдел обслуживания участников по телефону 1-833-522-3767 (линия ТТУ: 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 ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить 711. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия ТТУ: 1-800-537-7697.

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

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang lahat ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo 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.

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



- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero 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 plan ay makakapagbigay din sa inyo ng mga materyal sa mga wika na iba sa Ingles at nasa mga format na tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Makukuha ninyo ang impormasyong ito nang libre sa Arabic, Armenian, Chinese, Farsi, Khmer, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, at Vietnamese. Para makuha ang mga materyales nang nasa isa sa mga nasabing alternatibong format, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- Kung gusto ninyong makatanggap ng mga materyales, pati ng mga bagong materyales, sa ngayon at sa hinaharap, sa wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format, tumawag sa Mga Serbisyo 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 tawag.
- 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). Puwede kang 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.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.



## 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、中文版、波斯文版、高棉文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版及越南文版。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 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。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711
- 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。



## 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 yêu cầu 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 của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và bằng những định dạng khác như bản in chữ khổ lớn, chữ nổi braille hoặc băng đĩa thu âm. Quý vị có thể lấy thông tin này miễn phí bằng tiếng Ả Rập, tiếng Ac-mê-ni-a, tiếng Hoa, tiếng Ba Tư, tiếng Khmer, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog và tiếng Việt. Để lấy tài liệu bằng một trong những định dạng khác này, vui lòng gọi hay viết thư cho ban Dịch Vụ Hội Viên:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 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 định dạng 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 từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, 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 cần gọi 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.



- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

## A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى 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.

- 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 يومياً و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- ويمنحك برنامجنا المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو ملفات صوتية. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً باللغات العربية والأرمنية والصينية والفارسية والخميرية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية. للحصول على مواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى

برنامج L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- إذا كنت ترغب في تلقي المواد بما في ذلك المواد الجديدة، الآن وفي المستقبل، بلغة غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل، اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 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 و7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 916-440-7370. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
- مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 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 شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.





**B. ما مسئولیت داریم مطمئن شویم به موقع به خدمات داروهای تحت پوشش دسترسی پیدا می‌کنید**

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 اعضاء 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.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات تحت پوشش شبکه ارائه‌کنندگان را در مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید.
  - این مورد شامل دریافت به‌موقع خدمات از متخصصین هم می‌شود.
  - اگر نتوانید خدمات را طی مدت زمان قابل قبولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت درمانی خارج از شبکه را تقبل کنیم.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات اضطراری یا مراقبتی که به آن نیاز فوری هست را بدون تأییدیه از قبل (prior approval, PA) 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 اطلاعات بهداشتی شخصی (PHI) شما

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 پزشکی 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 توضیح می‌دهیم چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اعلامیه «سیاست‌های 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 تعیین شده 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 دریافت کننده 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 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 اجاب 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.

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



**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 می‌گذاریم یا خیر و چگونه.
- اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق حریم خصوصی خود می‌توانید یک نسخه از سیاست‌های حریم خصوصی (Notice of Privacy Practices, NOPP) را درخواست کنید. NOPP در وب سایت ما ([www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org)) یا از طریق تماس با خدمات اعضاء 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 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 دریافت مترجم شفاهی، با خدمات اعضاء تماس بگیرید. این خدمات رایگان به شما ارائه می‌شود. شما می‌توانید مطالب اعضاء را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر مانند عربی، ارمنی، چینی، فارسی، خمر، 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 اعضاء تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما، شامل موارد زیر است:
  - اطلاعات مالی
  - نحوه امتیازدهی اعضاء طرح به ما
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر ارائه شده از سوی 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

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



- چگونگی پرداخت به ارائه‌دهندگان شبکه ما
- خدمات تحت پوشش و داروها از جمله:
  - خدمات (به فصل‌های 3 و 4 کتابچه راهنمای اعضاء خود مراجعه کنید) و داروها (به فصل‌های 5 و 6 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید) تحت پوشش برنامه ما
  - 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 اعضاء 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 اعضاء 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 (MA) دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای داروی تجویز شده Medicare بخش D را از یک طرح داروی نسخه دار یا یک طرح دیگر MA دریافت کنید.
- به فصل 10 از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه نمایید:
  - برای اطلاعات بیشتری درباره این که چه زمانی می‌توانید به یک طرح جدید MA یا طرح مزایای داروی نسخه‌دار ببینید.
  - 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 تمام گزینه‌ها 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 از ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی توضیح داده شده است.

### G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر نتوانستید تصمیم‌های مراقبت‌های بهداشتی خود را خودتان بگیرید، 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.

سازمان منطقه‌ای سالمندان شهرستان لس‌آنجلس

تماس بگیرید: 1-800-510-2020

مکاتبه کنید: 510 S Vermont Avenue, 11th Floor

Los Angeles CA 90020

وبسایت: <https://www.aging.ca.gov>

- **فرم را پر و امضا کنید.** این فرم یک سند حقوقی است. باید از یک وکیل یا شخص دیگری که به آن اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود بخواهید در تکمیل آن به شما کمک کند.

- **نسخه‌هایی از آن را به افرادی که باید از آن مطلع باشند بدهید.** 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 در بیمارستان بستری شوید و یک فرم دستورالعمل قبلی 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.

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.

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 یک پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موجود در آن را دنبال نکرده است، 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 تجدیدنظر 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 تجدیدنظر و شکایات سایر اعضاء 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 ما با شما ناعادلانه رفتار کرده‌ایم - و این در مورد تبعیض به دلایل ذکر شده در **فصل 11** کتابچه راهنمای اعضاء نیست - یا اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود می‌خواهید، می‌توانید با شماره زیر تماس داشته باشید:

- خدمات اعضاء.
- برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 (TTY: 711). 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 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](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf) دانلود و مطالعه کنید.)

**A. مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضاء 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:

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



- خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. در این فصل‌ها به شما گفته می‌شود که چه مواردی پوشش داده می‌شود و چه مواردی پوشش داده نمی‌شود، از چه مقرراتی باید پیروی کنید و چقدر پرداخت می‌کنید.
- برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** کتابچه راهنمای اعضا 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 اعضا تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت بهداشتی اطلاع دهید** که در طرح ما عضو هستید. به هنگام دریافت خدمات یا دارو کارت شناسایی عضویت خود را نشان بدهید.
- **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.
  - از بخش اورژانس، به صورت مسئولانه استفاده کنید؛ فقط در موارد اورژانسی یا مطابق دستور تیم مراقبت‌های بهداشتی.
- **با تیم مدیریت مراقبت خود همکاری کنید؛** از جمله در پر کردن ارزیابی سالانه خطر سلامتی.
- **باملاحظه باشید.** ما انتظار داریم که کلیه اعضای طرح به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم با تمام متخصصین مراقبت‌های بهداشتی دخیل در مراقبت‌تان از جمله مدیران مراقبت، نمایندگان خدمات اعضا و نیز کارکنان مطب‌های ارائه‌دهندگان و بیمارستان‌ها با احترام برخورد کنید.
- **بدهی خود را پرداخت کنید.** به عنوان یکی از اعضاء طرح، شما موظف به پرداخت برای موارد زیر هستید:
  - حق بیمه طرح‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B. برای اکثر اعضاء L.A. Care Medicare Plus، طرح Medi-Cal حق بیمه‌های بخش A و بخش B از Medicare شما را پرداخت می‌کند.
  - **اگر خدمات یا داروهایی دریافت می‌کنید که طرح ما پوشش نمی‌دهد، باید هزینه کامل را بپردازید.** (توجه: اگر با تصمیم ما برای پوشش ندادن یک سرویس یا دارو مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای آگاهی از چگونگی درخواست تجدیدنظر لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید.)





- 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 توضیح می‌دهد.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا به خارج از منطقه خدمات‌دهی 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 کمک گرفتن با خدمات اعضاء 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 بهداشتی، داروها و خدمات و حمایت‌های درازمدت را که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم هستند، دریافت کنید. اگر در رابطه با خدمات درمانی خود مشکلی دارید، می‌توانید با طرح Medicare Medi-Cal بازرسان با شماره تلفن 1-855-501-3077 برای کمک تماس بگیرید. در این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده شده است، ولی همیشه می‌توانید با برنامه بازرس 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.	179
A1.	واژگان و اصطلاحات حقوقی.	179
B.	از کجا کمک بگیریم.	179
B1.	برای اطلاعات بیشتر و راهنمایی.	179
C.	درک شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما.	181
D.	مشکلات مربوط به مزایا.	181
E.	تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش و درخواست تجدیدنظر.	182
E1.	تصمیمات در مورد پوشش.	182

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



182	E2. تجدیدنظر
183	E3. کمک گرفتن برای تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدیدنظر
184	E4. کدام بخش از این فصل به شما کمک می‌کند.
184	F. مراقبت‌های پزشکی
184	F1. استفاده از این بخش
185	F2. ارسال درخواست برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش
187	F3. درخواست تجدیدنظر سطح 1
190	F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2
197	F5. مشکلات مربوط به پرداخت
199	G. داروهای نسخه دار بخش D از Medicare
199	G1. تصمیمات پوشش‌دهی و تجدیدنظرهای Medicare بخش D
200	G2. استثنائات Medicare بخش D
201	G3. نکات مهم درباره درخواست برای موارد استثناء
201	G4. درخواست برای تصمیم پوشش‌دهی شامل یک استثنا
203	G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1
205	G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2
207	H. درخواست از ما برای پوشش طولانی مدت بستری شدن در بیمارستان
208	H1. آگاهی از حق و حقوق Medicare خود.
209	H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1
210	H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2
211	H4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1
212	H5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2
213	I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی.
213	I1. اطلاع قبلی پیش از پایان پوشش شما
213	I2. درخواست تجدیدنظر سطح 1
215	I3. درخواست تجدیدنظر سطح 2
216	I4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1
217	I5. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 2
218	J. درخواست تجدیدنظر فراتر از سطح 2
218	J1. گام‌های بعد برای خدمات و وسایل Medicare
219	J2. تجدیدنظرهای اضافی Medi-Cal
221	J3. سطوح درخواست تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D
222	K. چگونه می‌توان شکایت کرد.



- K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد. . . . . 222
- K2. شکایت‌های داخلی . . . . . 224
- K3. شکایت‌های خارجی . . . . . 226

## 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 تجدیدنظرها** 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. تا حد امکان از استفاده از مخفف کلمات خودداری کرده‌ایم.

به عنوان مثال، ممکن است بگوییم:

- «ارائه یک شکایت» به جای «ثبت کردن یک شکایت»
- «تصمیم درباره پوشش‌دهی» به جای «تشخیص سازمانی»، «تعیین مزایا»، «تعیین ریسک» یا «تعیین پوشش‌دهی»
- «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی» به جای «تعیین تسریع‌شده»
- «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (Independent Review Entity, IRE)

دانستن اصطلاحات حقوقی مناسب ممکن است شما را در برقراری ارتباط بهتر یاری دهد و به همین منظور این اصطلاحات را نیز ذکر می‌کنیم.

## 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.



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

### دریافت کمک از برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت

می‌توانید به برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی می‌توانید 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 به شماره تلفن 1-800-434-0222 می‌باشد.

### کمک از برنامه Medicare Medi-Cal بازرسان

می‌توانید با برنامه Medicare Medi-Cal بازرسان تماس بگیرید و در مورد سؤالات مربوط به پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع صحبت کنید. آنها کمک حقوقی رایگان ارائه می‌دهند. برنامه بازرسان با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد. شماره تلفن آنها 1-888-804-3536 و وب سایت آنها [www.healthconsumer.org](http://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 تمام طول 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با 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](http://www.medicare.gov).

### راهنمایی و اطلاعات از Medi-Cal

#### کمک از اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی 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 طرح سلامت 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.

#### کمک از سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا

برای کمک رایگان با سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن آنها 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم شنوا، یا ناگویا هستند، می‌توانند از شماره رایگان TDD 1-877-688-9891 استفاده نمایند. همچنین می‌توانید به وبسایت DMHC به نشانی [www.healthhelp.ca.gov](http://www.healthhelp.ca.gov) مراجعه کنید.

سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات مراقبت‌های بهداشتی است. اگر علیه طرح سلامت خود شکایتی دارید، باید ابتدا با طرح سلامت خود به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس گرفته و پیش از تماس با این اداره از فرایند نارضایتی

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



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

طرح سلامت 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 سلامت شما حل و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای درخواست کمک با سازمان مذکور تماس بگیرید. ممکن است واجد شرایط «بررسی مستقل پزشکی» (Independent Medical Review, IMR) نیز باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، بر اساس IMR تصمیمات پزشکی برنامه بهداشتی درباره ضرورت‌های پزشکی یک خدمت یا درمان خاص، تصمیمات پوششی مربوط به درمان‌های دارای ماهیت آزمایشی یا تجربی و اختلافات مربوط به هزینه خدمات اضطراری یا فوری پزشکی، به طور بی‌طرف بازبینی می‌شود. اداره همچنین دارای شماره رایگان (1-888-466-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) ویژه افراد مبتلا به اختلالات شنوایی و گفتاری است. وبسایت اداره به نشانی [www.dmh.ca.gov](http://www.dmh.ca.gov) حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

### 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 یکپارچه 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 پوشش‌دهی 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.	
<b>خیر.</b> مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش‌دهی نیست.	<b>بله.</b> مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش‌دهی است.
به بخش K، «چگونه شکایت کنیم» مراجعه کنید.	به بخش E، «تصمیمات پوشش‌دهی و درخواست‌های تجدیدنظر» مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) 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 پوشش‌دهی یک تصمیم‌گیری درباره مزایا یا پوشش‌دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی ما برای خدمات پزشکی یا داروهای شما است. برای مثال، پزشک شبکه طرحتان هرگاه از آنها مراقبت پزشکی دریافت کنید یک تصمیم (مطلوب) برای پوشش‌دهی شما می‌گیرد (به فصل 4، بخش H از کتابچه راهنمای اعضا) مراجعه کنید.

شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و برای تصمیم پوشش‌دهی 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 یک تصمیم برای پوشش‌دهی برای شما بگیریم.

هرگاه تصمیم مربوط به اینکه چه چیزی تحت پوشش است یا چه مبلغی می‌پردازیم باشد، در حقیقت تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی است. 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 تجدیدنظر کنید.

**E2. تجدیدنظر**

اگر ما تصمیمی برای پوشش بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، 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 درباره تصمیمی تجدیدنظر درخواست 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، باید درخواست تجدیدنظر از مرحله 1 شروع 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 سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ به آدرس [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) برای بررسی پزشکی IMR درخواست کنید. برای اطلاعات بیشتر به صفحه xx مراجعه کنید.

وقتی بازبینی را کامل کنیم، تصمیم‌مان را به شما اعلام می‌کنیم. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش یا «تصمیم پوشش‌دهی سریع» یا «تجدیدنظر سریع» ارائه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی خدمات پزشکی یا اقامت مربوط به Medicare یا داروهای بخش B است، نامه به شما اطلاع می‌دهد که پرونده شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به واحد بررسی مستقل (IRO) ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقامت Medicare بخش D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تجدیدنظر



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

مرحله 2 را تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش F4 مراجعه کنید. اگر مشکل شما مربوط به پوشش‌دهی یک سرویس یا موردی است که هم تحت پوشش Medicare و هم Medicaid است، این نامه اطلاعاتی درخصوص هر دو نوع درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما خواهد داد.

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 Medicare Medi-Cal بازرسان به شماره 1-855-501-3077.
- برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
- برای کمک رایگان با مرکز کمک‌رسانی سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت‌حساب درخواست تجدیدنظر دارند کمک می‌کند. شماره تلفن آنها 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم شنوا، یا ناگویا هستند، می‌توانند از شماره رایگان TDD، 1-877-688-9891 استفاده نمایند. همچنین می‌توانید به وبسایت DMHC به نشانی [www.HealthHelp.ca.gov](http://www.HealthHelp.ca.gov) مراجعه کنید.
- پزشک شما یا ارائه‌دهندگان دیگر. 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 حقوقی رایگان ارائه می‌دهند.
  - از برنامه Medicare Medi-Cal بازرسان به شماره 1-888-804-3536 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 اعضا تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را بخواهید. همچنین می‌توانید فرم را از نشانی [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا وبسایت ما به نشانی [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) دانلود کنید. باید یک کپی از فرم امضا شده را برای ما ارسال کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه 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، «مراقبت پزشکی»**
- **بخش G، «داروهای نسخه دار Medicare بخش D»**
- **بخش H، «درخواست از ما برای پوشش‌دهی بستری طولانی‌تر در بیمارستان»**
- **بخش I، «درخواست از ما برای ادامه پوشش‌دهی برخی از خدمات پزشکی» (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** کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است. ما به طور کلی در ادامه این بخش به «پوشش‌دهی مراقبت‌های پزشکی» یا «مراقبت‌های پزشکی» اشاره می‌کنیم. اصطلاح «مراقبت‌های پزشکی» شامل خدمات و اقلام پزشکی و همچنین داروهای نسخه دار Medicare بخش B می‌شود که داروهایی هستند که توسط پزشک یا متخصص مراقبت‌های بهداشتی شما تجویز می‌شوند. ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی نسخه‌ای Medicare بخش B اعمال شود. در این صورت، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای نسخه دار Medicare بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت هستند.

**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 تجدیدنظر 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.

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



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

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 درخواست بازپرداخت کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**

5. ما پوشش‌دهی شما را برای یک مراقبت پزشکی خاص کاهش دادیم یا متوقف کردیم و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

**کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید در مورد تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی درخواست تجدیدنظر کنید. به **بخش F4 مراجعه کنید.**

- اگر این پوشش‌دهی برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مرکز مراقبت پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H** مراجعه کنید.

- برای سایر مواردی که شامل کاهش یا توقف پوشش‌دهی شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص است، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنمای خود استفاده کنید.

6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشک پیدا کنید.

**کاری که می‌توانید انجام دهید:** می‌توانید یک شکایت ثبت کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

**F2.** ارسال درخواست برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش

هنگامی که یک تصمیم پوشش‌دهی 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:

- شماره تماس: 1-833-522-3767، 711 TTY.

- فکس: 1-213-438-5748

- مکاتبه:

L.A. Care Medicare Plus

Attn: Appeals and Grievances Department

P.O. Box 811610

Los Angeles, CA 90081

**تصمیم پوشش‌دهی 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 پوشش استاندارد به این معنی است که ما درباره موارد زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- خدمت یا مورد پزشکی ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما. برای طرح‌های Knox-Keene، ظرف 5 روز کاری و حداکثر تا 14 روز تقویمی پس از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم.

- داروی نسخه دار Medicare بخش B ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

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



## تصمیم پوشش‌دهی سریع

اصطلاح حقوقی برای «تصمیم‌گیری سریع‌تر برای پوشش‌دهی»، «تعیین تکلیف تسریع‌شده» است.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی خود تصمیمی برای پوشش‌دهی اتخاذ کنیم و وضعیت سلامت شما نیاز به پاسخ سریع دارد، از ما بخواهید «تصمیم پوشش‌دهی سریع» بگیریم. یک تصمیم پوشش‌دهی سریع به این معنی است که ما درباره موارد زیر به شما پاسخ خواهیم داد:

- خدمات یا اقلام پزشکی ظرف 72 ساعت پس از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم یا حتی زودتر در صورتی که شرایط پزشکی شما نیازمند پاسخگویی سریع‌تر باشد.
- داروی نسخه دار Medicare بخش B ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما.

برای گرفتن یک تصمیم پوشش‌دهی 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 مهلت‌های معمول می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشکتان اطلاع دهد که برای سلامت شما ضروری است، ما به طور خودکار یک تصمیم پوشش‌دهی سریع به شما می‌دهیم. اگر خودتان، بدون تایید پزشک، خواستار صدور باشید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش‌دهی فوری برای شما ضروری است یا خیر.

- اگر به این نتیجه برسیم که سلامت شما با الزامات یک تصمیم پوشش‌دهی سریع تطابق ندارد، نامه‌ای به این منظور برای شما ارسال می‌کنیم که بیانگر آن باشد و از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:

- در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار به شما یک تصمیم پوشش سریع می‌دهیم.
- چطور می‌توانید یک «شکایت سریع» در خصوص تصمیم ما برای انجام تصمیم‌گیری پوشش معمول به جای تصمیم‌گیری سریع پوشش ثبت کنید. 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 درخواست‌های 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،



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

- اگر شخصی از طرف شما درخواست را ارائه کند که از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نیست، یا
- اگر بخواهید درخواستتان پس گرفته شود.

اگر درخواستی را برای تصمیم پوشش‌دهی رد کنیم، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست بازبینی برای رد درخواست را توضیح می‌دهد. به این بررسی تجدیدنظر می‌گویند. درخواست تجدیدنظر در بخش بعدی مورد بحث قرار می‌گیرد.

### F3. درخواست تجدیدنظر 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) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، 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.

L.A. Care Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
1200 W 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- اگر پزشکتان یا تجویزکننده دیگر بخواهد خدمات یا موردی را که از قبل در طول فرآیند تجدیدنظر دریافت می‌کنید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد او را به عنوان نماینده خود معرفی کنید تا از طرف شما اقدام کند.
- اگر شخص دیگری غیر از پزشکتان درخواست تجدیدنظر 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا وبسایت ما [medicare.lacare.org](http://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 IRO بخواهید تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کند.
- شما باید ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ نامه ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدیدنظر 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 مهلت به شما داده‌ایم. باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظرتان را توضیح دهید.

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



- 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 «تجدیدنظر سریع» کنید.**

اصطلاح حقوقی برای «درخواست تجدیدنظر سریع»، «بررسی مجدد تسریع‌شده» است.

- اگر به تصمیم ما در مورد پوشش‌دهی مراقبتی که دریافت کرده‌اید، اعتراض دارید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- اگر پزشکتان اطلاع دهد که برای سلامت شما ضروری است، ما به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سریع به شما می‌دهیم.** اگر بدون پشتیبانی پزشکتان درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که تجدیدنظر سریع دریافت کنید یا خیر.
- اگر به این نتیجه برسیم که سلامت شما با الزامات یک تجدیدنظر سریع تطابق ندارد، نامه‌ای به این منظور برای شما ارسال می‌کنیم که بیانگر آن باشد و در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. نامه به شما می‌گوید:
    - در صورت درخواست پزشکتان، ما به طور خودکار به شما یک درخواست تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
    - چطور می‌توانید یک «شکایت سریع» درخصوص تصمیم ما برای انجام درخواست تجدیدنظر استاندارد به جای درخواست تجدیدنظر سریع ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش **K** مراجعه کنید.
- 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 باشید، 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 کالا 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 تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، خدمات یا اقلام شما مادامی که منتظر تصمیم‌گیری درباره 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.



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

- 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 درخواست تجدیدنظر سریع وجود دارد.

- هنگامی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، ظرف مدت **72 ساعت** پس از دریافت تقاضای تجدیدنظر شما، و حتی زودتر در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما، باید به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه را سریع‌تر به شما اعلام خواهیم کرد.

○ اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. آنگاه یک IRO آن را بازبینی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی یکی از خدمات یا اقلام Medicaid باشد، می‌توانید برای یک دادرسی ایالتی سطح 2 نزد ایالت به محض اتمام زمان اقدام کنید. در کالیفرنیا به دادرسی ایالتی «دادرسی ایالتی» گفته می‌شود. برای ثبت یک دادرسی ایالتی، به بخش دادرسی ایالتی در این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

- 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 تجدیدنظرتان یا حتی زودتر برحسب ضرورت سلامتی شما، تأیید یا ارائه کنیم.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، درخواست تجدیدنظر شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال می‌کنیم.

#### مهلت‌هایی برای درخواست تجدیدنظر 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، باید درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. آنگاه یک IRO آن را بازبینی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی یکی از خدمات یا اقلام Medicaid باشد، می‌توانید برای یک دادرسی ایالتی سطح 2 – نزد ایالت به محض اتمام زمان اقدام کنید. در کالیفرنیا به دادرسی ایالتی «دادرسی ایالتی» گفته می‌شود. برای ثبت یک دادرسی ایالتی، به بخش دادرسی ایالتی در این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

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 از تاریخی که درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کردیم یا با سرعتی مناسب شرایط سلامت شما و ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم خود را تغییر دادیم، یا اگر درخواست شما برای داروی نسخه دار Medicare بخش B باشد، ظرف 7 روز تقویمی ارائه کنیم.

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



اگر به بخشی یا تمام درخواست شما نه بگوییم، حقوق دیگری درباره تجدیدنظر دارید:

- اگر پاسخ ما به بخشی یا کل موارد درخواست شما منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی خدمات یا اقلام مربوط به Medicare است، در نامه ارسالی به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال کرده‌ایم.
- 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 سطح 2 اقدام کنید.

#### F4. درخواست تجدیدنظر سطح 2

- اگر به بخشی یا همه استیناف مرحله 1 شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا Medicare یا Medi-Cal یا هر دو طرح معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند یا خیر.
- 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.
  - 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 IRO دریافت می‌کنید. علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما همچنین می‌توانید برای یک دادرسی ایالتی و یک بررسی پزشکی مستقل نزد ایالت درخواست دهید. با این حال اگر از قبل مدرکی در دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید، بررسی پزشکی مستقل قابل دسترس نمی‌باشد.
- اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید، واجد شرایط ادامه مزایای بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات بیشتر درخصوص تداوم مزایا در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 1 به بخش F3 مراجعه کنید.
- اگر مشکلاتان درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً فقط توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمات در طول مراحل درخواست تجدیدنظر سطح 2 با IRO، ادامه نخواهد داشت.
  - اگر مشکل شما در مورد خدماتی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم‌گیری ما تحویل دهید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه می‌یابد.

**هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً آنها را پوشش می‌دهد**

IRO درخواست شما را بازبینی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

عنوان رسمی «نهاد مستقل بررسی» (IRO)، «نهاد مستقل بررسی» است و گاهی اوقات «IRE» خطاب می‌شود.



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

- این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی محسوب نمی‌شود. Medicare این شرکت را به عنوان IRO 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 حق دارید اطلاعات اضافی را برای حمایت از تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO به همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.
- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سریع در مرحله 2 خواهید داشت.
- اگر تجدیدنظر سریع در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر سریع در سطح 2 خواهید داشت. IRO باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ دهد.
- اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در سطح 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 اقامت یا خدمات پزشکی است، IRO باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما برای داروی نسخه دار Medicare بخش B باشد، IRO باید ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر IRO پاسخش را به صورت مکتوب به شما بدهد و دلایل آن را توضیح دهد.
- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست اقامت یا خدمات پزشکی جواب مثبت بدهد، ما باید به سرعت تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش‌دهی مراقبت پزشکی را ظرف 72 ساعت تایید کنیم یا
  - خدمات را ظرف 5 روز کاری پس از اینکه تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد را دریافت کردیم ارائه دهیم یا
  - خدمات را ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم سازمان بررسی مستقل را برای درخواست‌های سریع دریافت می‌کنیم، ارائه دهیم.
- اگر IRO 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 تایید یا ارائه کنیم:
  - ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های استاندارد یا
  - ظرف 24 ساعت از تاریخی که ما تصمیم IRO را برای درخواست‌های سریع دریافت کردیم.

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





- اگر IRO 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 پوشش‌دهی مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته‌شده» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.
  - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که می‌خواهید درخواست تجدیدنظر 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 اخطاریه کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، آمده است.
  - یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4، و 5 به بخش **J** مراجعه کنید.

#### هنگامی که مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

دو راه برای استیناف سطح 2 لوازم و خدمات Medi-Cal وجود دارد: (1) طرح شکایت یا بررسی پزشکی مستقل یا (2) دادرسی ایالتی.

#### (1) بررسی پزشکی مستقل

می‌توانید از طریق مرکز راهنمایی اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریتی شده کالیفرنیا (Department of Managed Health Care, DMHC) طرح شکایت یا درخواست بررسی پزشکی مستقل (Independent Medical Review, IMR) کنید. با طرح شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی و تصمیم نهایی را اعلام می‌کند. IMR برای تمام خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند، در دسترس است. IMR به بررسی پرونده‌تان توسط پزشکانی گفته می‌شود که عضو طرح ما یا عضو DMHC نیستند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، موظف هستیم خدمات یا اقلام درخواستی‌تان را در اختیارتان قرار دهیم. هیچ هزینه‌ای برای IMR نمی‌پردازید.

در صورت انجام اقدامات زیر توسط طرح ما، می‌توانید شکایتی طرح یا IMR درخواست کنید:

- رد، تغییر یا تأخیر در خدمات یا درمان Medi-Cal به دلیل اینکه طرح ما آن خدمات را دارای ضرورت پزشکی نمی‌داند.
- هزینه درمان آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal را برای یک وضعیت پزشکی جدی پوشش ندهد.
- در مورد اینکه ماهیت خدمات یا عمل جراحی، زیبایی یا ترمیمی بوده است، اختلاف پیدا کند.
- هزینه خدمات فوری یا اورژانسی Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید، پرداخت نکند.



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

- استیناف سطح 1 شما در رابطه با خدمات Medi-Cal را ظرف 30 روز تقویمی برای استیناف استاندارد یا ظرف 72 ساعت یا زودتر، در صورتی که وضعیت سلامت شما ایجاب کند، برای استیناف سریع حل و فصل نکند.

**توجه:** اگر ارائه‌دهنده‌تان از طرف شما استیناف ثبت کند، اما ما فرم تعیین نماینده شما را دریافت نکنیم، پیش از اینکه بتوانید IMR سطح 2 را نزد اداره خدمات درمانی مدیریت شده ثبت کنید باید استیناف خود را مجدداً نزد ما طرح کنید، مگر اینکه استیناف شما مربوط به تهدیدی جدی و فوری برای سلامت شما، از جمله، اما نه فقط، درد شدید، احتمال مرگ، قطع عضو یا از دست دادن عملکرد اصلی بدن باشد.

شما هم از IMR و هم از دادرسی ایالتی برخوردارید، اما اگر قبلاً مدارک را در دادرسی ایالتی، در صورت برگزاری برای همان مشکل، ارائه داده‌اید از IMR برخوردار نخواهید بود.

در اکثر موارد، پیش از درخواست IMR باید استینافی نزد ما ثبت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرایند استیناف سطح 1 به صفحه 187 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالفید، می‌توانید شکایتی نزد DMHC ثبت کنید یا یک IMR از مرکز راهنمایی DMHC درخواست نمایید.

اگر درمان شما به دلیل آزمایشی یا تحقیقاتی بودن آن رد شود، پیش از درخواست IMR ملزم نیستید در فرایند استیناف ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری یا دربرگیرنده خطر جدی و فوری در رابطه با سلامت شماست یا اگر درد شدید دارید، می‌توانید بدون اینکه ابتدا فرایند استیناف ما را پشت سر بگذارید، این مشکل را بلافاصله به اطلاع DMHC برسانید.

از زمانی که تصمیم کتبی در مورد استیناف شما ارسال کردیم، باید ظرف 6 ماه برای IMR درخواست دهید. DMHC درخواست شما پس از گذشت 6 ماه را به‌خاطر دلیلی موجه نظیر اینکه وضعیت پزشکی شما اجازه نداده است ظرف 6 ماه درخواست IMR دهید یا اطلاعیه کافی از طرف ما در رابطه با فرایند IMR دریافت نکرده‌اید، بپذیرد.

برای درخواست IMR:

- فرم شکایت/درخواست بررسی پزشکی مستقل را در نشانی [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) تکمیل کنید یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر کپی‌های نامه‌ها یا سایر مدارک مربوط به خدمات یا اقام رده شده را در اختیار دارید، آن‌ها را پیوست کنید. این اقدام می‌تواند رویه IMR را تسریع کند. کپی‌های مدارک را ارسال کنید، نه اصل آن‌ها را. مرکز راهنمایی نمی‌تواند هیچ مدرکی را برگرداند.
- اگر فردی در IMR به شما کمک می‌کند، فرم دستیار مجاز را تکمیل کنید. می‌توانید فرم را در [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) یا از طریق تماس با مرکز راهنمایی اداره به شماره 1-888-466-2219 دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌های خود و هرگونه پیوست را به این نشانی یا شماره فکس، بفرستید:

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



Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
2725-Sacramento, CA 95814  
فکس: 916-255-5241

- فرم شکایت/درخواست بررسی پزشکی مستقل خود و فرم دستیار مجاز را همچنین می‌توانید به‌صورت آنلاین ارسال کنید: [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

اگر واجد شرایط IMR باشید، DMHC ظرف 7 روز تقویمی پرونده‌تان را بررسی می‌کند و نامه‌ای برای شما می‌فرستد که در آن اعلام شده است واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست و مدارک پشتیبان از طرف طرح شما، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی صادر خواهد شد. تصمیم IMR را باید ظرف 45 روز تقویمی از ارسال درخواست تکمیل شده دریافت کنید.

اگر پرونده‌تان فوری است و واجد شرایط IMR باشید، DMHC ظرف 2 روز تقویمی پرونده‌تان را بررسی می‌کند و نامه‌ای برای شما می‌فرستد که در آن اعلام شده است واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست و مدارک پشتیبان از طرف طرح شما، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی صادر خواهد شد. تصمیم IMR را باید ظرف 7 روز تقویمی از ارسال درخواست تکمیل شده دریافت کنید. اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، همچنان می‌توانید دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC تمام سوابق پزشکی موردنیاز را از طرف شما و پزشک شما دریافت نکند، ممکن است فرایند IMR طولانی‌تر شود. اگر از پزشک خارج از شبکه طرح سلامت خود استفاده می‌کنید، دریافت سوابق پزشکی خود از آن پزشک و ارسال آن‌ها برای ما بسیار مهم است. طرح سلامت شما ملزم به دریافت کپی‌های سوابق پزشکی شما از پزشکان شبکه است.

اگر DMHC تصمیم بگیرد پرونده‌تان واجد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده‌تان را از طریق فرایند عادی شکایت مصرف‌کننده خود بررسی خواهد کرد. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی از ارسال درخواست تکمیل شده حل‌وفصل شود. اگر شکایت شما فوری است، زودتر حل‌وفصل خواهد شد.

## (2) 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 درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما پاسخ منفی بدهیم، حق شما است که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

در اکثر موارد شما 120 روز وقت دارید تا پس از پست شدن اطلاعیه «نامه تصمیم‌گیری درخواست تجدیدنظر» برای دادرسی ایالتی درخواست دهید.

**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 سطح 2 ادامه پیدا خواهند کرد؟» را در صفحه xx 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 برنامه درمانی یا کانتی که بر ضد شما تصمیم‌گیری کرده، برنامه‌های کمی مربوطه، و شرح کامل دلیلی که برای درخواست رسیدگی 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 بخش دادرسی ایالتی به شماره زیر فکس کنید: 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره تلفن 1-800-743-8525 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 بررسی‌کننده خارج از سازمان که به برنامه درمانی ارتباط ندارد پرونده شما را بررسی کند.
- خواستار دادرسی ایالتی شوید تا قاضی پرونده شما را بازبینی 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 بدین‌ترتیب حل شود. به عنوان مثال، اگر اول برای «بررسی مستقل پزشکی» درخواست کنید ولی با تصمیم آنها مخالف باشید، همچنان 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 نهائی 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 بررسی مستقل پزشکی در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «شکایت» هم در مورد «شکایت» و هم در مورد «تجدیدنظر» بکار می‌رود.

«سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا» مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات مراقبت سلامت است. در صورت داشتن اعتراض علیه طرح سلامت خود، باید پیش از تماس با سازمان، ابتدا از طریق شماره 1-888-839-9909 با طرح سلامت خود تماس بگیرید و از فرآیند شکایت طرح‌تان 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 قانع‌کننده‌ای توسط برنامه درمانی شما حل

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



و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای درخواست کمک با سازمان مذکور 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 درمان های دارای ماهیت آزمایشی یا پژوهشی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اضطراری یا فوری باشد. سازمان 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 سازمان به نشانی [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

### دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه نتیجه 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 بخواهد تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تجدیدنظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. حتی اگر طرح سلامت شما باید کمک دریافت شده در حین انتظار بدهد، زمانی که درخواست دادرسی ایالتی به این روش می‌کنید، باید به طرح سلامت خود اطلاع دهید که مایل به دریافت «کمک دریافت شده در حین انتظار» هستید تا زمانی که برای 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 TTY 711 تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- آنلاین در [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- تلفنی: با شماره 1-800-743-8525. این شماره می‌تواند خیلی مشغول 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

فاکس: 309-3487 (916) یا تلفن رایگان 1-833-281-0903

اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی که تکلم می‌کنید را به بخش دادرسی‌های ایالتی اطلاع دهید. 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



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

کند که به چه دلیل انتظار برای حداکثر 90 روز 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 لوس آنجلس به شماره 1-800-593-8222 تماس بگیرید. همچنین می توانید با انجمن کمک قانونی محلی در کانتی خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.

بخش دادرسی ایالتی تصمیم خود را به صورت کتبی به شما می دهد و دلایل را ذکر می کند.

- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست برای یکی از اقلام یا خدمات پزشکی پله بگوید، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، خدمات یا لوازم را تایید یا ارائه کنیم.
  - اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما جواب منفی بدهد، به این معنی است که آنها موافقت می کنند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش دهی مراقبت های پزشکی تایید کنیم. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته شده» یا «رد کردن درخواست تجدیدنظر شما» گفته می شود.
  - اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما منفی باشد، شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید. اگر درخواست بررسی مرحله 2 شما به IRO منتقل شده است، فقط در صورتی می توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نظر شما با حداقل مقدار معین مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق اداری (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. **نامه ای که از IRO دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدیدنظر شما را توضیح خواهد داد.**
- نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می دهد.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود بعد از سطح 2 به بخش J مراجعه کنید.

#### F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه کنندگان عضو شبکه خود اجازه نمی دهیم که مبلغی برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما مطالبه کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می کند صادق است. شما هیچ وقت لازم نیست مازاد هیچ صورتحسابی را پرداخت کنید.

اگر بابت خدمات و اقلام تحت پوشش صورتحساب دریافت کردید، آن را برای ما بفرستید. شما نباید صورتحساب را خودتان پرداخت کنید. ما با ارائه کننده مستقیماً تماس می گیریم و به مسئله رسیدگی می کنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، اگر قوانین دریافت خدمات یا کالا را رعایت کنید، می توانید مبلغ را از برنامه ما 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 یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخته‌اید، تحت پوشش باشد و شما همه قوانین را رعایت کرده باشید، ما مبلغ هزینه خدمات یا اقلام را ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواستتان، به شما بازمی‌گردانیم.
- 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 رأی 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 تجدیدنظر 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 تجدیدنظر سریع کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا کالا را پوشش دهد، ما پرونده شما را به **IRO** ارسال می‌کنیم. اگر این اتفاق بیفتد، برای شما نامه می‌فرستیم.
- اگر **IRO** 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 سطح 2 مثبت باشد، باید هزینه درخواستی را ظرف 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده ارسال کنیم.
- اگر نظر **IRO** 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 گرفته‌شده» 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 درخواست تجدیدنظر به **بخش J** مراجعه کنید.
- اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و **Medi-Cal** معمولاً خدمات یا کالا را پوشش دهد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.



## G. داروهای نسخه دار بخش D از Medicare

مزایای شما به عنوان عضو طرح سلامت ما شامل پوشش بسیاری از داروهای نسخه‌دار 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 درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Medicare بخش D مربوط می‌شود. ما در ادامه این بخش به جای گفتن «داروی Medicare بخش D»، به طور مختصر «دارو» می‌گوییم.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک نشانه پذیرفته‌شده 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 اعضاء مراجعه کنید.

### G1. تصمیمات پوشش‌دهی و تجدیدنظرهای Medicare بخش D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات پوشش‌دهی است که از ما می‌خواهید در مورد داروهای Medicare بخش D شما اتخاذ کنیم:

- شما از ما می‌خواهید که استثناً قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
    - یک داروی Medicare بخش D را که در لیست دارویی ما نیست 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 اطلاعیه‌ای می‌دهد که در آن توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید تا برای تصمیم پوشش‌دهی درخواست بدهید.

تصمیم پوشش‌دهی اولیه درباره داروهای Medicare 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؟			
ما به شما گفتیم که دارو را به روشی که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.	می‌خواهید ما هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را نیز پرداخت کرده‌اید، به شما برگردانیم.	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.	به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دارویمان لغو کنیم.
می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به این معنی است که از ما می‌خواهید دوباره بررسی کنیم.)	می‌توانید از ما بخواهید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. (این یک نوع تصمیم پوششی است.)	می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوششی کنید.	می‌توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تصمیم پوششی است.)
به بخش G5 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	به بخش G4 مراجعه کنید.	با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.

## G2. استثنائات Medicare بخش D

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

- شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ پرداخت مشترک مورد نیاز برای دارو دریافت کنید.

### 2. حذف محدودیت برای یک دارو 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.

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



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

- گرفتن تأییدیه از ما پیش از اینکه با پوشش داروی شما موافقت کنیم. گاهی به این عمل «اجازه قبلی» (prior authorization, PA) گفته می‌شود.
- قبل از اینکه با پوشش‌دهی دارویی که درخواست کردید موافقت کنیم، لازم باشد ابتدا داروی متفاوتی را امتحان 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 کنیم و محدودیتی را کنار بگذاریم، می‌توانید برای مبلغ پرداخت مشترکی که باید بپردازید استثنا بخواهید.

### 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 استثنا می‌کنند. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، هنگامی که درخواست استثنا 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. این‌ها 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.

ما می‌توانیم درخواست شما را تأیید یا رد کنیم.

- اگر به درخواست شما برای استثنا پاسخ مثبت بدهیم، معمولاً این استثنا 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 موثر 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 استثنا است.

### G4. درخواست برای تصمیم پوشش‌دهی شامل یک استثنا

- نوع تصمیم پوشش‌دهی مورد نظر خود را از طریق تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، مکاتبه یا فکس، از ما درخواست کنید. خود شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست را درج کنید.
- خود شما، پزشک (یا تجویزکننده دیگر) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی از شما عمل می‌کند، می‌تواند درخواست تصمیم پوشش‌دهی دهد. همچنین می‌توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از نحوه تعیین شخصی به عنوان نماینده خود به بخش E3 مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) 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 کنید، به **فصل 7** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.
- اگر برای استثنا درخواست می‌کنید، «بیانیه پشتیبان» را ارائه دهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویزکنندگان برای درخواست استثنا 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 پوشش‌دهی سریع» کنید.**
- ما از «مهلت مقرر استاندارد» پیروی می‌کنیم مگر اینکه با شما برای «مهلت مقرر سریع» توافق کرده باشیم.
- **رای پوشش استاندارد بدین معنی است که ظرف 72 ساعت پس از دریافت گزارش پزشک، به شما پاسخ خواهیم داد.**
- **تصمیم پوشش‌دهی سریع** به این معنی است که ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهارات پزشک به شما پاسخ می‌دهیم.

«تصمیم پوشش‌دهی سریع» همان «تصمیم تسریع‌شده» 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 مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به طور جدی آسیب می‌بیند.
- اگر پزشک یا تجویزکننده 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.



## موعدهای مقرر برای تصمیم پوششی سریع

- اگر ما از موعدهای مقرر سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواستان به شما پاسخگو باشیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه را سریع‌تر به شما اعلام می‌کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرآیند 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 بیانه حمایتی پزشک شما پوشش‌دهی 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 تجدیدنظر کنید.

## موعدهای مقرر برای تصمیم پوششی استاندارد درباره پوشش دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، 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 اظهارات 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 IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا اظهارنامه حمایتی پزشکتان برای یک استثنا، پوشش‌دهی 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 نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

## موعدهای مقرر برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید.

- ما باید ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرآیند 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 تجدیدنظر کنید.

## G5. درخواست تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش‌دهی داروی Medicare بخش D، «تعیین مجدد» طرح نامیده می‌شود.



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

- 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، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را انجام دهید. نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر تان را درج کنید.
- شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** از تاریخ نامه‌ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدیدنظر 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 مهلت به شما داده‌ایم. باید هنگام ارائه درخواست خود دلیل تأخیر درخواست تجدیدنظر تان 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 «تجدیدنظر سریع» کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین «تعیین مجدد تسریع شده» 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 «تجدیدنظر 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 درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. آنگاه یک IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما **پله‌بگویم**، باید پوشش‌دهی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.

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



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

- 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 تجدیدنظر 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، باید درخواست شما را برای روند تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. آنگاه یک IRO آن را بازبینی 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 تجدیدنظر کنید.
- ما باید پاسخ خود را در مورد بازپرداخت دارویی که خریده‌اید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان به شما بدهیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. آنگاه یک IRO آن را بازبینی 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 تجدیدنظر کنید.

### G6. درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **جواب منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری بدهید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری دارید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. وقتی به درخواست تجدیدنظر اولیه شما پاسخ **منفی** بدهیم IRO تصمیم ما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

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



عنوان رسمی «نهاد مستقل بررسی» (IRO)، «نهاد مستقل بررسی» است و گاهی اوقات «IRE» خطاب می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده، یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید کتباً با IRO تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشد.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما جواب منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که شامل دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 نزد IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که درخواست تجدیدنظر به IRO می‌فرستید، 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 حق دارید اطلاعات اضافی را برای حمایت از تجدیدنظر خود به IRO بدهید.
- IRO درخواست تجدیدنظر سطح 2 از Medicare بخش D شما را بررسی می‌کند و به صورت مکتوب به شما پاسخ می‌دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره IRO به بخش F4 مراجعه کنید.

### مهلت مقرر اعتراض سریع در سطح 2

- اگر سلامت شما در خطر است، از IRO درخواست «تقاضای 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 IRO، پوشش دارویی تاییدشده را ارائه کنیم.

### مهلت‌ها برای درخواست تجدیدنظر استاندارد در مرحله 2

اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، IRO 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 هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما جواب مثبت بدهد:

- ما باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت تصمیم IRO، پوشش دارویی تاییدشده را ارائه کنیم.
- ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم.



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

• اگر IRO به تجدیدنظرتان پاسخ منفی بدهد، این بدان معنی است که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما، موافق است. به این پاسخ، «حمایت از تصمیم گرفته شده» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» گفته می‌شود.

اگر IRO 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. IRO 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 می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا نه.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرآیند تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما جواب منفی بدهد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را داشته باشید، شما:

- تصمیم می‌گیرید که می‌خواهید تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید یا نه.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که IRO پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.
- یک قاضی حقوق اداری (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر به بخش ۱ 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 اعضاء 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.

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





با وجود درخواست‌های مطرح‌شده در این بخش H، 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» از DMHC، به بخش F4، صفحه xx مراجعه کنید. علاوه بر تجدیدنظر مرحله 3 یا به جای آن، می‌توانید بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید.

## H1. آگاهی از حق و حقوق Medicare خود

طی دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مثلاً یک مددکار یا پرستار، یک اعلامیه کتبی تحت عنوان «پیامی مهم از Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. هر کس که Medicare دارد و در بیمارستان پذیرش می‌شود، یک نسخه از این اطلاعیه را دریافت می‌کند.

اگر چنین نامه‌ای را دریافت نکردید، می‌توانید از یکی از کارکنان بیمارستان آن را بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات تماس بگیرید. در 24 ساعت 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.
  - درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.
- اعلامیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید 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.



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

- 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/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) بازدید کنید.

## H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر می‌خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، درخواست تجدیدنظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) مرحله 1 تجدیدنظر را بازبینی می‌کند که مشخص کند آیا تاریخ احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی مناسب است یا خیر.

QIO 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 دارای Medicare بررسی می‌کنند و به بهبود آن کمک می‌کنند. آنها جزئی از طرح ما نیستند.

در کالیفرنیا، QIO در دست Livanta است. با آنها با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6866) تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** آمده است.

**پیش از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ معین شده ترخیص خود با QIO تماس بگیرید.**

- اگر قبل از ترک بیمارستان تماس بگیرید، می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود تا زمانی که منتظر تصمیم QIO در مورد درخواست تجدیدنظر خود هستید، بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید.
- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که 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 QIO برای درخواست تجدیدنظر خود را از دست دادید، به جای آن مستقیماً به طرح ما درخواست تجدیدنظر دهید. برای اطلاعات در مورد ارائه درخواست تجدیدنظر به ما به **بخش G4** مراجعه کنید.
- از آنجا که هم Medicare و هم Medi-Cal هزینه بستری در بیمارستان را پوشش می‌دهند، اگر «سازمان بهبود کیفیت» به درخواست شما درباره تداوم بستری در بیمارستان رسیدگی نکند، یا اگر 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 به «سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا» (DMHC) تسلیم کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، به بخش F4، صفحه xx 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 دهید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا ترخیص از بیمارستان شما سریعاً بررسی شود.

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



اصطلاح حقوقی «بررسی سریع»، «بررسی فوری» یا «بررسی تسریع شده» است.

### در طول بررسی سریع چه اتفاقی می افتد

- مسئولین بررسی QIO از شما یا نماینده شما سؤال می کنند که چرا فکر می کنید پوشش دهی باید پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانییه ندارید، اما می توانید این کار را بکنید.
- مسئولین بررسی به سوابق پزشکی شما مراجعه می کنند، با پزشکتان صحبت کرده و اطلاعاتی را که بیمارستان و برنامه ما در اختیارشان قرار داده است مورد بررسی قرار می دهند.
- تا ظهر روز پس از اعلام نظر بررسی کنندگان درباره درخواست تجدیدنظر شما به طرح ما، نامه ای دریافت می کنید که تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده شما در آن است. این نامه همچنین دلایل اینکه چرا پزشکتان، بیمارستان و ما فکر می کنیم این تاریخ ترخیص صحیح و از نظر پزشکی برایتان مناسب است را به شما ارائه می دهد.

عبارت حقوقی این توضیحات کتبی، «اطلاعیه مشروح ترخیص» نامیده می شود. می توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-622-4227) به صورت 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، یک نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می توانید اطلاعیه نمونه را در نشانی [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices) ببینید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما می دهد. اگر QIO پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما بدهد:

- تا زمانی که خدمات از نظر پزشکی ضروری باشد، خدمات بستری تحت پوشش در بیمارستان را به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر شما 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 QIO به درخواست تجدیدنظر شما، به پایان می رسد.
- ممکن است مجبور شوید از بعد از ظهر روزی که QIO تصمیمش را به شما می دهد، تمام هزینه های مراقبت بیمارستانی دریافتی را خودتان بپردازید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کند و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهید.

### H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر در سطح 2، از QIO می خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته اند، بیندازد. با آنها با شماره 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 شبانه روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



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

شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO 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 پوشش‌دهی در بیمارستان بمانید.

اقدامی که بررسی‌کنندگان QIO انجام خواهند داد:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما می‌اندازند.
- تصمیم‌شان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست‌تان برای بررسی دوم به شما می‌گویند.

اگر QIO پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما بدهد:

- ما باید از ظهر روز بعدی که QIO 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 QIO پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر شما 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» از DMHC، به بخش E4، صفحه XX مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر به **بخش ۱** مراجعه کنید.

#### H4. درخواست تجدیدنظر جایگزین سطح 1

مهلت تماس با QIO برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی 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 اعضاء تماس بگیرید و از ما بخواهید تا یک «بررسی سریع» درباره تاریخ ترخیص شما از بیمارستان انجام دهیم.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «تجدیدنظر سریع»، «تجدیدنظر 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.

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



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

- ما از مهلت‌های 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 برنامه‌ریزی شده دریافت کرده‌اید، بپردازید.
- ما درخواست شما را به IRO 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 IRO 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.

IRO یک بررسی سریع از درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً ظرف 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش‌دهی 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 IRO به درخواست تجدیدنظر شما **جواب منفی** بدهد:

- آنها موافقت می‌کنند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب بوده است.



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

- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند درخواست‌های تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر به بخش 1 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» از DMHC، به بخش F4، صفحه XX مراجعه کنید. می‌توانید درخواست «بررسی مستقل پزشکی» را علاوه بر درخواست تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن ارائه کنید.

## 1. 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 و
  - مراقبت‌های توانبخشی در CORF بیماران سرپایی مورد تایید Medicare. 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 تجدیدنظر 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.

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



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

- **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 مهلت‌ها 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:
  - با شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با QIO تماس بگیرید.**
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها **بخش H2** را بررسی نمایید یا به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
  - 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 «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.** از QIO بپرسید که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما به پوشش‌دهی خدمات پزشکی شما پایان دهیم یا خیر.

#### مهلت تماس شما با این سازمان

- شما باید با QIO تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در «اعلامیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کردیم ثبت نمایید.
- اگر مهلت تعیین‌شده برای تماس با QIO را از دست دادید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر را مستقیماً برای ما ارسال کنید. برای جزئیات در مورد نحوه انجام این کار، به **بخش I4** مراجعه کنید.
- اگر «سازمان بهبود کیفیت» به درخواست شما درباره تداوم پوشش‌دهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی رسیدگی نکند، یا اگر تشخیص دهید که وضعیت‌تان اضطراری است، یا اگر مشکل جسمی شما جدی یا شامل تهدید جانی فوری یا خطرناک باشد با درد شدید دارید، می‌توانید شکایت یا درخواست «بررسی مستقل پزشکی» را به «سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا» (DMHC) تسلیم کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، به بخش F4، صفحه xx مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی «اطلاعیه عدم پوشش‌دهی Medicare» است. برای دریافت رونوشت نمونه، از طریق شماره‌های پایین صفحه با خدمات اعضا 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 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه آنلاین در [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices) دریافت کنید.

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



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

### در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولین بررسی در QIO از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوشش‌دهی باید همچنان ادامه داشته باشد. شما نیازی به نوشتن بیانییه 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 اطلاعیه را تا پایان روزی که بررسی‌کننده‌ها در خصوص درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند، دریافت می‌کنید.

### اصطلاح قانونی توضیح اطلاعیه «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

- بررسی‌کنندگان تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما می‌گویند.
- اگر QIO پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما بدهد:
  - ما همچنان و تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات تحت پوشش را پوشش می‌دهیم.
- اگر QIO پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر شما بدهد:
  - پوشش‌دهی شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
  - ما پرداخت 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 CORF پس از پایان پوشش‌دهی خود داشته باشید، هزینه کامل این مراقبت را خودتان می‌پردازید.
  - شما تصمیم می‌گیرید که می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه کنید یا نه.

### 13. درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر در سطح 2، از QIO می‌خواهید که نگاهی دیگر به تصمیمی که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بیندازد. با آنها با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید.

شما باید ظرف 60 روز تقویمی پس از روزی که QIO 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 کنید.

اقدامی که بررسی‌کنندگان QIO انجام خواهند داد:

- نگاه دقیق دیگری به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما می‌اندازند.
- تصمیم‌شان را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما می‌گویند.

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





اگر QIO پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش‌دهی شما به پایان می‌رسد، هزینه‌های مراقبت را به شما پس می‌دهیم.
- ما خدمات درمانی را تا زمانی که نیاز پزشکی وجود داشته باشد پوشش می‌دهیم.

اگر QIO پاسخ منفی به درخواست تجدیدنظر شما 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 درخواست‌های 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 پوشش‌دهی خدمات مراقبت‌های بهداشتی به DMHC تسلیم کنید. برای چگونگی درخواست از DMHC برای درخواست «بررسی مستقل پزشکی» به قسمت F4 در صفحه xx 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 (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 تجدیدنظر 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 QIO 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 اعضاء تماس بگیرید و از ما بخواهید تا «بررسی سریع» انجام دهیم.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «تجدیدنظر سریع»، «تجدیدنظر 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 مهلت‌های 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 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.



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

- 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 پوشش‌دهی ما به پایان می‌رسد، به دریافت این خدمات ادامه دهید، هزینه کامل آنها را خودتان می‌پردازید.
  - ما درخواست شما را به IRO 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 تجدیدنظر سطح 2:

- ما اطلاعات درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت پس از رد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما به IRO 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.
  - IRO یک بررسی سریع از درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آنها تمام اطلاعات مربوط به ترخیص شما از بیمارستان را با دقت بررسی می‌کنند و معمولاً ظرف 72 ساعت به شما پاسخ می‌دهند.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما **جواب مثبت** بدهد:
- ما از تاریخی که گفتیم پوشش‌دهی شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبت 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 IRO 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 درخواست‌های 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 تداوم پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی به DMHC تسلیم کنید. برای چگونگی درخواست از DMHC برای درخواست «بررسی مستقل پزشکی» به قسمت F4 در صفحه XX مراجعه نمایید. علاوه بر/به جای درخواست تجدیدنظر سطح 3، می‌توانید شکایت یا درخواست «بررسی مستقل پزشکی» را ارائه کنید.



یک قاضی حقوق اداری (Administrative law judges, ALJ) یا وکیل مجوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4، و 5 درخواست‌های تجدیدنظر به بخش J مراجعه کنید.

## J. درخواست تجدیدنظر فراتر از سطح 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 تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 چه کاری باید انجام دهید.

### درخواست تجدیدنظر سطح 3

مرحله 3 تجدیدنظر توسط قاضی 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 برای تصمیم‌گیری سطح 3 که برای شما مطلوب است درخواست 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 **بپذیرید** 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.

### تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر 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 نسبت به سطح 5 درخواست تجدیدنظر کنیم.

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



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

- 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.

### درخواست تجدیدنظر سطح 5

- 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 اقلامی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری انجام دهید.

اگر هنوز با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید:

- درخواست «بررسی مستقل پزشکی» بدهید تا یک بررسی‌کننده خارج از سازمان که به برنامه درمانی ارتباط ندارد پرونده شما را بررسی کند.
- خواستار دادرسی ایالتی شوید تا قاضی پرونده شما را بازبینی 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 برای «بررسی مستقل پزشکی» درخواست کنید ولی با تصمیم آنها مخالف باشید، همچنان 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 بررسی مستقل پزشکی در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «شکایت» هم در مورد «شکایت» و هم در مورد «تجدیدنظر» بکار می‌رود.



«سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا» مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات مراقبت سلامت است. در صورت داشتن اعتراض علیه طرح سلامت خود، باید پیش از تماس با سازمان، ابتدا از طریق شماره 1-888-839-9909 با طرح سلامت خود تماس بگیرید و از فرآیند شکایت طرح‌تان 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 برنامه درمانی شما حل و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای درخواست کمک با سازمان مذکور 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. سازمان 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](http://www.dmhc.ca.gov) حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

### دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه اطلاعیه نتیجه 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 بخواهد تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تجدیدنظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. حتی اگر طرح سلامت شما باید کمک دریافت شده در حین انتظار بدهد، زمانی که درخواست دادرسی ایالتی به این روش می‌کنید، باید به طرح سلامت خود اطلاع دهید که مایل به دریافت «کمک دریافت شده در حین انتظار» هستید تا زمانی که برای 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. یا اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، با شماره TTY: 711 تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید:

- آنلاین در [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- تلفنی: با شماره 1-800-743-8525. این شماره می‌تواند خیلی مشغول باشد. ممکن است پیامی بشنوید که از شما درخواست می‌کند بعداً تماس بگیرید. اگر دچار مشکل گفتاری یا شنوایی هستید، لطفاً با TTY/ 1-800-952-8349 TDD تماس بگیرید.
- کتبی: فرم «دادرسی ایالتی» را پر کنید یا نامه بنویسید. نامه را با ایمیل یا فکس به این نشانی بفرستید:

پست: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

فاکس: 309-3487 (916) یا تلفن رایگان 1-833-281-0903



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

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 به چه دلیل انتظار برای حداکثر 90 روز 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 لوس‌آنجلس به شماره 1-800-593-8222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با انجمن کمک قانونی محلی در کانتی خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.

### J3. سطوح درخواست تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را ارائه کرده باشید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده باشد، ممکن است این بخش برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که درخواست 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 می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدیدنظر سطح 3 را درخواست کنید.

#### درخواست تجدیدنظر سطح 3

فرایند درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی قاضی ALJ است. شخصی که تصمیم می‌گیرد، یک ALJ یا یک وکیل مجوز دار است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل مجوز دار به درخواست تجدیدنظر شما جواب مثبت بدهد:

- فرایند درخواست تجدیدنظر به پایان رسیده است.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر سریع) مجوز یا ارائه پوشش دارویی تأییدشده 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 بدهد، ممکن است روند تجدیدنظر به پایان نرسد.

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



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

- اگر تصمیم بگیرید تصمیمی را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند بپذیرید، فرایند درخواست‌های 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.

#### درخواست تجدیدنظر سطح 4

- شورا درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما جواب مثبت بدهد:
- فرایند درخواست تجدیدنظر 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 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. اعلامیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

#### درخواست تجدیدنظر سطح 5

- 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 مراقبت‌ها 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

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



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

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شما معتقد هستید که شخصی حقوق حریم خصوصی شما را رعایت نکرده یا اطلاعات خصوصی شما را در اختیار دیگران گذاشته است.</li> </ul>	احترام گذاشتن به حریم خصوصی شما
<ul style="list-style-type: none"> <li>• یکی از ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی یا کارکنان به شما بی‌احترامی کرده است.</li> <li>• برخورد کارکنان ما با شما بد بود.</li> <li>• احساس می‌کنید شما را از طرح ما بیرون می‌رانند.</li> </ul>	بی‌احترامی، خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای منفی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شما به‌طور حضوری نمی‌توانید به خدمات و مراکز مراقبت‌های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی یابید.</li> <li>• پزشک یا ارائه دهنده شما برای زبان غیر انگلیسی شما (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجمی به شما ارائه نمی‌دهد.</li> <li>• ارائه دهنده شما سایر تسهیلات معقول مورد نیاز و مورد درخواست را به شما نمی‌دهد.</li> </ul>	دسترسی و کمک زبانی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• برای گرفتن نوبت دچار مشکل شده‌اید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید.</li> <li>• پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصان بهداشت، خدمات اعضاء، یا سایر کارکنان طرح شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند.</li> </ul>	زمان انتظار
<ul style="list-style-type: none"> <li>• معتقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.</li> </ul>	پاکیزگی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• معتقدید که ما فراموش کرده‌ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می‌فرستادیم را ارسال کنیم.</li> <li>• معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده‌ایم پیچیده و غیرقابل درک است.</li> </ul>	اطلاعات که از ما دریافت می‌کنید
<ul style="list-style-type: none"> <li>• معتقدید که برای تصمیم‌گیری درباره میزان پوشش یا در پاسخ‌دهی به درخواست تجدیدنظر، مهلت‌های مقرر را رعایت نمی‌کنیم.</li> <li>• معتقدید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره میزان پوشش یا تجدیدنظر، ما مهلت‌های تأیید و ارائه خدمات را رعایت نمی‌کنیم و یا به موقع هزینه‌های شما را بازپرداخت نمی‌کنیم.</li> <li>• فکر می‌کنید ما پرونده شما را به موقع به IRO نفرستادیم.</li> </ul>	وقت شناسی مربوط به تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر

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





**شکایات انواع مختلفی دارد.** شما می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا شکایت خارجی ثبت کنید. 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](http://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، از جمله تعطیلات، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید. می‌توانید در هر زمان که بخواهید شکایت کنید، به‌جز در مورد داروهای Medicare بخش D. اگر شکایت به داروهای Medicare 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.

شکایات‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر را می‌توانید به شیوه‌های زیر ارسال کنید:

- **تلفن:** 1-833-522-3767 (24)، (TTY 711) ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات

فکس: 1-213-438-5748

- **آدرس پستی:** L.A. Care Health Plan

Attention: Appeals & Grievance Department -348  
1200 W. 7<sup>th</sup> Street  
Los Angeles, CA 90081

- **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) در <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> تکمیل شود و از طریق فکس یا آدرس پستی ذکرشده در بالا به L.A. Care فرستاده شود.

پزشک معالج عضو هنگامی که درخواست تجدیدنظر را از طرف عضو می‌دهد نیاز به تکمیل فرم AOR نخواهد داشت.

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



**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

**بخش D (تعیین‌های 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
- مهلت زمانی استاندارد: 7 روز

**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 شکایت تسریع‌یافته: 24 ساعت
- مهلت زمانی استاندارد: 30 روز
- امکان دارد بتوان پرونده را برای 14 روز اضافی تمدید کرد.
- اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، «شکوائیه تسریع‌شده» است.

**اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، «شکوائیه تسریع‌شده» 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 پرسشی دارید، لطفاً با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



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

- اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای «تعیین سریع میزان پوشش‌دهی» 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، به‌طور خودکار یک «شکایت سریع» به شما می‌دهیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.
- 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](http://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 این برنامه درمانی پاسخگوی مشکل شما نیست، می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نیز تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

#### Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-800-822-6222، شکایتی را نزد بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal اداره خدمات مراقبت بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) ارسال کنید. کاربران TTY می‌توانند با 711 تماس بگیرند. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید.

می‌توانید نزد «سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا» (DMHC) شکایت کنید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های سلامت است. اگر درباره خدمات Medi-Cal شکایتی دارید، می‌توانید با مرکز کمک‌رسانی DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیرضروری، اگر با تصمیم‌گیری برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود موافق نیستید یا اگر طرح شکایت شما را پس از 30 روز تقویمی حل و فصل نکرد، می‌توانید نزد DMHC شکایت کنید. با این حال 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 طرح ما درباره شکایت‌تان مخالف باشید، یا اگر طرح ما پس از 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده باشد، می‌توانید با DMHC بدون ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 تماس بگیرید.

دو راه برای کمک گرفتن از مرکز کمک‌رسانی وجود دارد:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افراد ناشنوا، با شنوایی کم، یا مشکل گفتاری می‌توانند با شماره تلفن رایگان TTY، 1-877-688-9891 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- به وبسایت سازمان مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)) مراجعه نمایید.

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



**دفتر حقوق مدنی (OCR)**

اگر تصور می‌کنید عادلانه با شما رفتار نشده است، می‌توانید نزد OCR (Health and Human Services, HHS) اداره بهداشت و خدمات انسانی شکایت کنید. به‌عنوان مثال می‌توانید درباره دسترسی‌های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. شماره تلفن OCR 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. می‌توانید به وبسایت [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR تماس بگیرید:

پست: Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

تلفن: 1-800-368-1019

TDD: 1-800-537-7697

فکس: 1-202-619-3818

همچنین ممکن است بر اساس قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و تحت هر قانون قابل اجرای ایالت، از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای درخواست کمک با برنامه بازرسی کل تماس بگیرید. شماره تلفن عبارت است از 1-800-822-6222.

**QIO**

هنگامی‌که شکایت شما درباره کیفیت مراقبت است، دو انتخاب دارید:

- می‌توانید نسبت به کیفیت درمان خود نزد QIO مستقیماً شکایت کنید.
- یا می‌توانید شکایت خود را به ما و در عین حال به QIO تسلیم کنید. اگر به QIO شکایت کنید، با آنها برای حل و فصل شکایت شما همکاری می‌کنیم.

QIO گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان مراقبت‌های بهداشتی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند تا کیفیت مراقبت ارائه شده به بیماران تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود بخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به بخش H2 یا به فصل 2 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، QIO با نام Livanta شناخته می‌شود. شماره تلفن Livanta عبارتست از 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



## فصل 10: پایان دادن به 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 به عضویت خود را در طرح ما پایان دهید. . . . . 229
- B. چگونه به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید. . . . . 230
- C. چگونه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه. . . . . 230
- C1. خدمات Medicare شما. . . . . 230
- C2. خدمات Medi-Cal شما. . . . . 233
- D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویت‌تان در طرح ما پایان می‌یابد. . . . . 234
- E. وضعیت‌های دیگر وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد. . . . . 234
- F. قوانین مخالف با درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلایل مربوط به سلامت. . . . . 236
- G. حق شما برای شکایت اگر عضویت شما در طرح خود را پایان دهیم. . . . . 236
- H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان دادن به عضویت خود در طرح ما به دست آورید. . . . . 236



## A. چه هنگام می‌توانید به عضویت خود را در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجا که Medi-Cal دارید، می‌توانید عضویت خود را در طرح ما پایان دهید یا در طول هر یک از دوره‌های ثبت‌نام 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 ثبت‌نام 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 ثبت‌نام آزاد (MA) 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 ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، هنگامی که:

- از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید،
  - واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا «کمک اضافی» تغییر کند، یا
  - اخیراً به مرکز پرستاری یا بیمارستان مراقبت‌های طولانی‌مدت 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 برنامه ما در 31 ژانویه تمام می‌شود. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع می‌شود (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.
- گزینه‌های Medi-Cal و خدمات در بخش C2.

می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه دادن به عضویت خود کسب کنید، کافی است: با خدمات اعضا به شماره تلفن موجود در پایین این صفحه تماس بگیرید. شماره کاربران TTY نیز ذکر شده است.

- 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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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



- با (بازرس کل مراقبت‌های مدیریت شده Medi-Cal) به شماره 1-800-822-6222، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید؛ یا به [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov) ایمیل بفرستید.

توجه: اگر عضو یک برنامه مدیریت دارو (drug management program, DMP) باشید، ممکن است نتوانید طرح‌ها را تغییر دهید. برای کسب اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## B. چگونه به عضویت خود در طرح ما خاتمه بدهید

اگر تصمیم به پایان دادن به عضویت خود دارید، می‌توانید در طرح Medicare دیگری ثبت‌نام کنید یا به Original Medicare منتقل شوید. با این حال، اگر می‌خواهید از طرح ما به Original Medicare بروید، اما برنامه داروهای نسخه دار Medicare جداگانه‌ای را انتخاب نکرده‌اید، باید از طرح ما درخواست لغو عضویت کنید. دو روش برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- می‌توانید به‌طور کتبی به ما درخواست دهید. اگر برای انجام این کار به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره پایین این صفحه تماس بگیرید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که مشکل شنوایی یا تکلم دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، همچنین می‌توانید در یک طرح دیگر سلامت یا داروی Medicare ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دستیابی به خدمات Medicare پس از ترک طرح ما در جدول مندرج در صفحه <page number> موجود است.
- بخش C در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان می‌دهد.

## C. چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

### C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare سه گزینه دارید که در زیر آمده است. با انتخاب هر یک از این گزینه‌ها، بطور خودکار عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد.



<p><b>آنچه باید انجام دهید:</b></p> <p>با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای پرسش درباره برنامه مراقبت جامع برای سالخوردگان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (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 خود، لطفاً به وبسایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p><b>یا</b></p> <p>در طرح Medicare جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش‌دهی طرح جدید شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید.</p> <p>عضویت شما با Medi-Cal L.A. Care Medicare Plus ادامه خواهد یافت، مگر اینکه از کانتی خود نقل مکان کرده باشید.</p>	<p><b>1. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</b></p> <p>برنامه درمانی دیگر Medicare از جمله طرحی که پوشش‌دهی Medicare و Medi-Cal را ادغام می‌کند</p>
--	--





<p><b>آنچه باید انجام دهید:</b></p> <p>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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP">www.aging.ca.gov/HICAP</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>یا</p> <p>در یک طرح داروی نسخه دار جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش اصلی Medicare شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید.</p>	<p><b>2. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> با برنامه مجزایی از <b>Medicare</b> برای داروهای نسخه دار</p>
<p><b>آنچه باید انجام دهید:</b></p> <p>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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP">www.aging.ca.gov/HICAP</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>هنگامی که پوشش‌دهی Original Medicare شما شروع می‌شود، به طور خودکار از طرح ما خارج می‌شوید.</p>	<p><b>3. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>Original Medicare بدون برنامه مجزای داروهای نسخه دار Medicare</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر عضویت خود را به Original Medicare تغییر دهید 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.</p> <p>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 <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP">www.aging.ca.gov/HICAP</a> بازدید کنید.</p>

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



**C2. خدمات Medi-Cal شما**

برای سؤالات درباره نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از خارج شدن از طرح ما، با گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی 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 بگیرند. بپرسید که چطور ملحق شدن به طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare بر نحوه دریافت پوشش‌دهی Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

- برای سؤالات درباره ثبت‌نام، با «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» به شماره 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 یا 711) تماس بگیرید. یا به وبسایت <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov> مراجعه کنید. برای سؤالات پیرامون تأمین اجتماعی، با مدیریت تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید. یا به وبسایت <https://www.ssa.gov/locator> مراجعه کنید.
- می‌توانید در هر زمان برای خاتمه پوشش‌دهی L.A. Care درخواست کرده و طرح سلامت دیگری را انتخاب نمایید. برای دریافت کمک و راهنمایی در انتخاب یک طرح جدید، با گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شماره 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 یا 711) تماس بگیرید. یا به وبسایت [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید برای خاتمه Medi-Cal خود درخواست کنید.
- L.A. Care طرح سلامت برای اعضای Medi-Cal در کانتی لس آنجلس است. دفتر محلی خود را در <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> پیدا کنید.
- اگر هر یک از شرایط زیر صدق کند، واجد شرایط بودن برای L.A. Care ممکن است تغییر کند:
  - به خارج از کانتی لس آنجلس نقل مکان کنید
  - دیگر Medi-Cal نداشته باشید
  - اگر واجد شرایط برنامه معافیت باشید که به موجب آن در خدمات در قبال هزینه (Fee For Service, FFS) Medi-Cal ثبت‌نام شده باشید.
  - در زندان یا ندامتگاه باشید
- اگر پوشش‌دهی L.A. Care Medi-Cal خود را از دست دهید، ممکن است هنوز واجد شرایط پوشش‌دهی خدمات در قبال هزینه (FFS) Medi-Cal باشید. اگر مطمئن نیستید که هنوز تحت پوشش L.A. Care هستید یا نه، لطفاً با «خدمات اعضا» به شماره 1-888-839-9909 (TTY 711) تماس بگیرید.
- می‌توانید در هر زمان L.A. Care را ترک کرده و در طرح سلامت دیگری در کانتی محل اقامت خود عضو شوید. برای انتخاب طرح جدید، با «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» به شماره 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 یا 711) تماس بگیرید. می‌توانید بین ساعات 8:00 صبح و 6:00 بعدازظهر از دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. یا به وبسایت <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/> مراجعه کنید.
- رسیدگی به درخواست شما برای ترک L.A. Care و عضویت در طرح دیگری در کانتی شما در صورتیکه درخواست مشکلی نداشته باشد، حداکثر 30 روز طول می‌کشد. برای کسب اطلاعات در مورد وضعیت درخواست خود، با «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» به شماره 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 یا 711) تماس بگیرید.

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



اگر می‌خواهید L.A. Care را زودتر ترک کنید، می‌توانید از «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» برای لغو عضویت تسریع‌شده (سریع) درخواست کنید. اگر دلیل درخواست شما با مقررات لغو عضویت تسریع‌شده همخوانی داشته باشد، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که لغو عضویت را به شما اطلاع می‌دهد.

اعضایی که می‌توانند برای لغو عضویت تسریع‌شده درخواست کنند شامل این اشخاص شده ولی به آنها محدود نمی‌شود: کودکانی که تحت برنامه‌های مراقبت پرورشگاهی یا کمک‌هزینه فرزندخواندگی خدمات دریافت می‌کنند، اعضای که نیازهای مراقبت‌های بهداشتی ویژه دارند، و اعضای که قبلاً در Medicare یا Medi-Cal یا برنامه مراقبت‌های تجاری مدیریت شده دیگر ثبت نام کرده‌اند.

می‌توانید به طور حضوری در دفتر بهداشت و خدمات انسانی محلی کانتی خود برای ترک L.A. Care درخواست کنید. دفتر محلی خود را در <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> پیدا کنید. یا با «گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی» به شماره 1-800-430-4263 (TTY: 1-800-430-7077 یا 711) تماس بگیرید.

## D. خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویتان در طرح ما پایان می‌یابد

اگر طرح ما را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا به عضویت شما پایان داده شود و پوشش‌دهی جدید Medicare و Medi-Cal شما آغاز شود. 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.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی از ارائه‌کنندگان شبکه ما استفاده کنید.
- از داروخانه‌های شبکه ما از جمله از طریق خدمات داروخانه‌ای با سفارش پستی برای دریافت نسخه‌های خود استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در L.A. Care Medicare Plus پایان می‌یابد در بیمارستان بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش درمانی جدید شما پیش از مرخص شدن شما شروع شود، این کار انجام خواهد شد.

## E. وضعیت‌های دیگر وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد

مواردی که باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم، عبارتند از:

- اگر در پوشش‌دهی Medicare بخش A یا Medicare بخش B شما وقفه‌ای ایجاد شود.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نباشید. بیمه ما برای اشخاصی است که هم‌زمان واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشند.
- اداره خدمات بهداشتی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) یا مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) ممکن است در صورتی که به این نتیجه برسند که دیگر واجد شرایط این برنامه نیستید، دست به لغو عضویت شما بزنند.
- اگر از منطقه شامل خدمات ما نقل‌مکان کنید.

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



- اگر از منطقه شامل خدمات ما بیش از شش 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 برفتید 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 به طور قانونی مقیم آمریکا باشید.
  - اگر بر این مبنا صلاحیت عضویت را نداشته باشید مراکز ارائه‌کننده خدمات Medicare و Medicaid (CMS) به ما اطلاع خواهند داد.
    - اگر این شرایط را نداشته باشید، 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 «برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه» نباشید، می‌توانید برای یک دوره سه‌ماهه 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 سه‌ماهه دوباره واجد شرایط شوید.
- اگر تا پایان دوره سه‌ماهه 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 عضویت شما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را پایان 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 سلامت از شما می‌خواهیم طرح ما را ترک کنید، با **Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 18774862048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 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 درباره چگونگی طرح شکایت به **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضا نیز مراجعه نمایید.

### H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان دادن به عضویت خود در طرح به دست آورید

اگر در مورد پایان دادن به عضویت خود سوالاتی دارید یا مایلید اطلاعاتی راجع به آن کسب کنید، می‌توانید با «خدمات اعضا» به شماره‌ای که در پایین این صفحه آمده است تماس بگیرید.



## فصل 11: اطلاعیه‌های حقوقی

### 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 ..... 238
- B. اعلامیه درباره عدم تبعیض نژاد ..... 238
- C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت‌کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده .. 239
- D. اعلامیه درباره وصول ماترک Medi-Cal ..... 239



**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**

ما به‌دلیل نژاد، قومیت، کشور زادگاه، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا فیزیکی، وضعیت سلامت، سابقه مطالبه، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیک، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن یا موقعیت جغرافیایی در محل خدمت‌رسانی برای شما تبعیض قائل نمی‌شویم و رفتار متفاوتی با شما نخواهیم داشت. به‌علاوه، ما به‌دلیل نسب، هویت قومی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا شرایط پزشکی، افراد را به‌طور غیرقانونی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، ترد 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](http://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. اگر فکر می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض ارائه کنید، تماس بگیرید.
- **تلفنی:** در هر ساعت از شبانه‌روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، از طریق شماره **1-833-522-3767** با رئیس ارشد سازگاری L.A. Care Health Plan تماس بگیرید. یا اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، با شماره **TTY 711** تماس بگیرید.
- به‌صورت کتبی: فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به آدرس زیر ارسال کنید:  
L.A. Care Health Plan  
Chief Compliance Officer  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017
- **حضور:** به مطب پزشک خود یا L.A. Care Health Plan مراجعه کنید و بگویید که قصد طرح شکایت حقوق مدنی دارید.
- **الکترونیکی:** به وبسایت L.A. Care Health Plan به نشانی [www.lacare.org/members/](http://www.lacare.org/members/) [member-support/file-grievance/grievance-appeal-form](http://member-support/file-grievance/grievance-appeal-form) مراجعه کنید یا یک ایمیل به [civilrightscoordinator@lacare.org](mailto:civilrightscoordinator@lacare.org) بفرستید.

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



اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتبی یا الکترونیکی شکایت خود را نزد اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی، دفتر حقوق مدنی 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 در نشانی [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx) قابل دسترس است.

- الکترونیکی: به آدرس [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل بفرستید.
- اگر یک ناتوانی دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا یک ارائه‌دهنده نیاز به کمک 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 پرداخت‌کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده

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 تمام اقدامات منطقی را انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.

## D. اعلامیه درباره وصول ماترک Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید بازپرداخت برای مزایای Medi-Cal اعضای فوت‌شده را که در سالگرد تولد 55 سالگی یا پس از آن دریافت شده‌اند، از املاک ماترک آنها مطالبه کند. بازپرداخت شامل حق بیمه‌ها/پرداخت سرانه برنامه خدمات در قبال هزینه و مراقبت مدیریت شده برای خدمات مرکز پرستاری و خدمات محلی و خدمات بیمارستانی مربوطه و خدمات داروی نسخه دار دریافتی می‌شود، هنگامی که عضو یک بیمار بستری در مرکز پرستاری باشد یا خدمات در منزل یا محیط محلی دریافت کند. بازپرداخت نمی‌تواند بیش از ارزش ملک وصیت‌شده عضو باشد.

برای اطلاع بیشتر، به وبسایت وصول ماترک سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی به نشانی [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

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





## 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.

**قاضی حقوق اداری:** یک قاضی است که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

**برنامه کمک دارویی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS drug assistance program, ADAP):**

برنامه‌ای برای کمک به اطمینان یافتن از اینکه افراد واجد شرایط مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (Human Immunodeficiency Virus, HIV) / ایدز به داروهای حیاتی خود دسترسی داشته باشند.

**مرکز جراحی سرپایی:** مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز ندارند و انتظار نمی‌رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

**درخواست تجدیدنظر:** روشی برای به چالش کشیدن اقدام ما در صورتی که معتقد باشید ما اشتباه کرده‌ایم. با ثبت یک درخواست تجدیدنظر می‌توانید از ما درخواست کنید یک تصمیم پوشش‌دهی را عوض کنیم. **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضاء، درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

**بهداشت رفتاری:** یک عبارت فراگیر است که به بهداشت روانی و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر 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 دیگر شرکت‌های دارویی تولید می‌کنند و می‌فروشند.

**مدیر مراقبت:** یک فرد اصلی برای اطمینان از دریافت مراقبت موردنیازتان، با شما، با طرح سلامت، و با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی شما همکاری می‌کند.

**طرح مراقبت:** به «طرح مراقبت شخصی‌شده» مراجعه کنید.

**خدمات انتخابی برنامه مراقبت (خدمات CPO [Care Plan Optional Services]):** خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبت شخصی‌شده (ICP) شما انتخابی هستند. این خدمات جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های طولانی مدتی نیستند که شما مجاز به دریافت آنها تحت Medi-Cal هستید.

**تیم امور مراقبت:** به «تیم مراقبت میان دوره‌ای» مراجعه نمایید.

**مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** نهاد فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضاء نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

**خدمات محلی برای افراد بالغ (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 اعضاء واجد شرایطی که معیارهای واجد شرایط بودن را دارند ارائه می‌دهد.

**شکایت:** یک اظهارنامه کتبی بیانگر این که شما مشکل یا نگرانی بابت خدمات یا مراقبت‌های درمانی خود دارید. این شامل نگرانی‌ها پیرامون کیفیت خدمات، کیفیت خدمات مراقبت، ارائه‌کنندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما است. عنوان رسمی «شکایت کردن» «ثبت یک شکایت» است.

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



**مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):** مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی پس از یک بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌دهد. این مرکز خدمات گوناگونی ارائه می‌دهد، مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، درمان تنفسی، کاردرمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانه.

**تصمیم در مورد پوشش دهی:** تصمیمی درباره مزایایی که 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، تجهیزات و سایر خدمات تحت پوشش طرحمان استفاده می‌کنیم.

**آموزش صلاحیت فرهنگی:** آموزشی تکمیلی ویژه ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی است که به آنها در شناخت بهتر پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما کمک می‌کند تا نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما را برآورده کنند.

**اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS):** اداره ایالتی در کالیفرنیا است که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (با نام Medi-Cal شناخته می‌شود).

**سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (Department of Managed Health Care, DMHC):** سازمان ایالتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های 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 غیراختیاری (بدون انتخاب شما) باشد.

**برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP):** برنامه‌ای که کمک می‌کند از مصرف ایمن داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که مکرراً سوء مصرف می‌شود اطمینان حاصل شود.

**برنامه نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual eligible special needs plan, D-SNP):** برنامه درمانی است که به افرادی که هم واجد شرایط Medicare و هم Medicaid هستند خدمات‌رسانی می‌کند. طرح ما D-SNP است.

**تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME):** برخی اقلامی که پزشکتان برای استفاده شما از آن‌ها در منزل تجویز می‌کند. مثال‌هایی از این اقلام عبارتند از: ویلچرها، انواع چوب زیر بغل، دستگاه‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی به سفارش ارائه‌کننده برای مصارف خانگی، پمپ انفوزیون درون‌وریدی (Intravenous, IV)، دستگاه تولیدکننده گفتار، تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه، مه‌پاش و واکر.

**اضطراری/اورژانسی:** منظور از وضعیت پزشکی اضطراری زمانی است که شما، یا هر شخص دیگری با دانش متوسط از مسائل درمانی و دارویی، بر این عقیده باشید/باشد که شما علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت درمانی فوری برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا عدم کارکرد یا نقص شدید عضو یا عملکرد عضوی از بدن شما دارد (و اگر زن باردار باشید، احتمال سقط جنین وجود دارد). علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، جراحی، درد شدید یا شرایط پزشکی باشد که سریعاً وخیم می‌شود.

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



**مراقبت اضطراری:** خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌کننده کارآموزی دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطراری لازم هستند.

**استثنا:** اجازه برای پوشش‌دهی دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت‌ها.

**خدمات خارج از پوشش:** خدماتی که تحت پوشش این برنامه درمانی نیستند.

**«کمک اضافی»:** نوعی برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های داروهای نسخه دار Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. به این «کمک اضافه» «پارانه افراد کم درآمد» (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:** شکایتی که شما از ما یا یکی از ارائه‌کنندگان خدمات یا داروخانه‌های ما می‌کنید. این شامل شکایت از کیفیت مراقبت یا کیفیت خدمات ارائه‌شده از سوی برنامه درمانی می‌شود.

**برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP):**

برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و هدفمند در مورد Medicare ارائه می‌کند. **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

**طرح سلامت:** مجموعه‌ای متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات طولانی‌مدت و سایر ارائه‌کنندگان 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 (Health risk assessment, HRA):** بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. با هدف اطلاع از وضعیت سلامت شما و میزان تغییر احتمالی آن در آینده استفاده می‌شود.

**مددکار بهداشت خانگی:** شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام کردن، استفاده از توالت، 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. تشخیص بیماری لاعلاج یعنی فردی از نظر پزشکی تأیید شده که بیماری لاعلاج دارد، یعنی انتظار می‌رود 6 ماه یا کمتر عمر کند.

- 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 ارائه‌کنندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیایی‌تان را به شما ارائه دهیم.

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



**صدور صورت حساب نادرست/نامناسب:** هر زمان که ارائه‌کننده (همچون پزشک یا بیمارستان) صورت حساب شما را با مبلغی بیش از سهم هزینه ما برای خدمات صادر کند. اگر صورت حسابی دریافت کنید که قابل درک نیست با خدمات اعضا تماس بگیرید.

از آنجا که ما هزینه کل خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما نباید هیچ هزینه‌ای را پرداخت کنید. ارائه‌کنندگان نباید به ازای این خدمات برای شما صورت‌حساب صادر کنند.

**خدمات حمایتی در محیط خانه (In Home Supportive Services, IHSS):** برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدماتی کمک می‌کند که بتوانید با آنها به‌طور ایمن در خانه خود بمانید. IHSS به عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مثل آسایشگاه‌ها یا مراکز مراقبت شبانه‌روزی، تلقی می‌شود. نوع خدماتی را که می‌توان از طریق IHSS مجوز داد عبارتند از: تمیز کردن منزل، آماده کردن و عده غذایی، لباس‌شویی، خرید خواروبار، خدمات مراقبت فردی (نظیر مراقبت از روده و مثانه، حمام، خدمات پیرایش و پیراپزشکی)، همراهی تا محل نوبت پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای ناتوانی ذهنی. نهادهای خدمات اجتماعی کانتی، IHSS را مدیریت می‌کنند.

**بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR):** اگر با درخواست شما برای درمان یا خدمات پزشکی مخالفت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. 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.

**سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO):** یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare است که یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این نهاد با ما مرتبط نیست و سازمان دولتی نیز نیست. این سازمان، صحیح بودن تصمیم ما را بررسی می‌کند که آیا نیاز به تغییر دارد یا خیر. Medicare بر کار آن نظارت دارد. نام رسمی آن «**نهاد بررسی مستقل**» است.

**برنامه مراقبت شخصی‌شده (Individualized Care Plan, ICP یا طرح مراقبت):** طرحی برای اینکه چه خدماتی و چگونه آن‌ها را دریافت می‌کنید. ممکن است طرح شما شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت باشد.

**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 مراقبت):** تیم مراقبت ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد که آماده کمک به شما در دریافت مراقبت موردنیازتان هستند. تیم مراقبت شما همچنین به شما کمک می‌کند برای خودتان طرح مراقبت ایجاد کنید.

**فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی):** فهرستی از داروهای نسخه دار 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 حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت شده (Managed Long-term services and supports, MLTSS):** خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت شده که به بهبود عارضه پزشکی طولانی‌مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند در خانه خود بمانید تا نیازی نباشد به مرکز پرستاری یا بیمارستان مراجعه کنید. MLTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات محلی، مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) و حمایت‌های محلی می‌شود. برنامه‌های معافیت IHSS و (c) 1915 عبارتند از خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت مدیریت شده Medi-Cal (Long Term Services and Supports, LTSS) ارائه‌شده در خارج از طرح ما.

پارانه افراد کم درآمد (Low-income subsidy, LIS): به «کمک اضافی» 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. ایالت، Medi-Cal را اداره می‌کند و ایالت و دولت فدرال هزینه آن را پرداخت می‌کنند.

- این برنامه، به اشخاصی که کم‌درآمد هستند کمک می‌کند هزینه‌های درمان و خدمات و حمایت درازمدت مورد نیاز خود را بپردازند.
- این برنامه، خدمات اضافی و برخی داروهایی را که Medicare پوشش نمی‌دهد پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت است، اما اغلب هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی در صورتی که هم برای Medi-Cal و هم برای Medicare واجد شرایط شوید پوشش داده می‌شود.

**طرح‌های Medi-Cal:** طرح‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، تجهیزات پزشکی و حمل و نقل. مزایای Medicare جدا هستند.

**Medi-Cal (یا کمک پزشکی):** برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اداره می‌شود که به افراد کم درآمد و با امکانات کم کمک می‌کند تا بتوانند هزینه خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت و داروهای خود را پرداخت کنند. Medi-Cal برنامه Medicaid برای ایالت کالیفرنیا است.

**دارای ضرورت پزشکی:** این عبارت، خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی به آنها نیاز دارید. این شامل خدمات مراقبتی می‌شود که شما را از رفتن به بیمارستان و مرکز پرستاری باز می‌دارد. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده 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 هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» مراجعه نمایید).

**Medicare Advantage:** یک برنامه Medicare همچنین موسوم به «بخش C» یا «MA» است که طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare هزینه این شرکت‌ها را برای پوشش دادن مزایای Medicare شما می‌پردازد.

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



**شورای درخواست تجدیدنظر Medicare (شورا):** یک شورا است که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. شورا بخشی از دولت فدرال است.

**خدمات تحت پوشش Medicare:** خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه طرح‌های سلامت Medicare، از جمله طرح سلامت ما، باید همه خدماتی را که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند پوشش دهند.

**برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (Medicare diabetes prevention program, MDPP):** یک برنامه تغییر ساختاریافته در رفتار بهداشتی که آموزش تغییر درازمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم را ارائه می‌کند.

**ثبت‌نام شده در Medicare-Medi-Cal:** شخصی که برای پوشش‌دهی Medicare و Medicaid واجد شرایط است. عضو Medicare-Medi-Cal را «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز می‌نامند.

**بخش A Medicare:** برنامه Medicare که اکثر خدمات ضروری پزشکی بیمارستان، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت در منزل و مراقبت آسایشگاهی را پوشش می‌دهد.

**بخش B Medicare:** برنامه Medicare که خدماتی (مانند آزمایش‌ها، جراحی‌ها، و ویزیت پزشک) و وسایلی (مانند صندلی چرخ‌دار و واکر) را که برای درمان یک بیماری یا وضعیت از نظر پزشکی ضروری هستند پوشش می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری از خدمات پیشگیری و معاینه تشخیصی را نیز پوشش می‌دهد.

**بخش C Medicare:** برنامه Medicare که با نام «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق طرح MA ارائه کنند.

**بخش D Medicare:** برنامه مزایای داروی نسخه دار Medicare. این برنامه را به اختصار «بخش D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای تجویزی سرپایی، واکسیناسیون، و برخی لوازم دیگری را که تحت پوشش Medicare بخش A و یا بخش B و یا Medicaid نیستند پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

**داروهای Medicare بخش D:** داروهایی که تحت پوشش Medicare بخش D هستند. 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 (Medication Therapy Management, MTM):** گروه مجزایی از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

**عضو (عضو طرح سلامت ما یا عضو طرح):** شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در طرح سلامت ما ثبت‌نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

**کتابچه راهنمای اعضاء و اطلاعات افشا:** این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقی یا سایر اسناد که پوشش‌دهی شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را شرح می‌دهد.



**خدمات اعضاء:** بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، نارضايتی‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر شما است. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات اعضاء، به **فصل 2** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

**داروخانه شبکه:** داروخانه‌ای که قبول کرده نسخه‌ها را برای اعضاء 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.

**ارائه‌کننده شبکه:** «ارائه‌کننده» 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 بر گیرنده بیمارستان، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه، و دیگر مکان‌هایی که به شما خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی و یا خدمات و حمایت درازمدت ارائه می‌دهند نیز می‌باشد.

- آنها تأیید شده یا دارای پروانه از Medicare و ایالت هستند تا خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارائه دهند.
  - هرگاه این مراکز موافقت کنند که با طرح سلامت ما همکاری کنند، نحوه پرداخت ما را قبول کنند و از اعضاء ما هزینه اضافه نگیرند، آنها را «ارائه‌کنندگان شبکه» می‌نامیم.
  - تا زمانی که عضو طرح ما هستید، برای دریافت خدمات تحت پوشش، باید از ارائه‌کنندگان خدمات شبکه استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان طرح سلامت» نیز خوانده می‌شوند.
- آسایشگاه:** مرکزی است که خدمات مراقبت 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 به‌عنوان وکیلان فعالیت دارد. بازرس می‌تواند در صورتی که مشکل یا شکایتی داشته باشید، به شما پاسخ دهد و به شما کمک کند متوجه شوید باید چه‌کاری انجام دهید. خدمات بازرس کل رایگان هستند. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در **فصل 2 و 9** کتابچه راهنمای اعضاء بیابید.

**تشخیص سازمانی:** طرح ما زمانی تشخیص سازمانی دارد که ما یا یکی از ارائه‌کنندگانمان درباره پوشش‌دهی یا مبلغی که برای خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید تصمیم بگیرد. تشخیص‌های سازمانی «تصمیمات پوشش‌دهی» خوانده می‌شوند. **فصل 9** از کتابچه راهنمای اعضاء درباره تصمیمات پوشش‌دهی توضیح می‌دهد.

**Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare هزینه در مقابل خدمات):** Original Medicare را دولت ارائه می‌دهد. 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 مراقبت‌های بهداشتی دیگری که Medicare را قبول می‌کند استفاده کنید. Original Medicare شامل دو بخش می‌باشد: Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در هر کجای ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید در طرح سلامت ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

**داروخانه خارج از شبکه:** داروخانه‌ای که موافقت نکرده با طرح سلامت ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضاء برنامه درمانی ما همکاری کند. طرح ما اکثر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

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





ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده یا مرکز درمانی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره طرح سلامت ما نبوده و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح سلامت ما تحت قراردادی نیست. **فصل 3** کتابچه راهنمای اعضاء ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

**داروهای بدون نسخه (Over-the-counter, OTC):** داروهای بدون نسخه، داروها یا داروهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه پزشک متخصص مراقبت‌های بهداشتی آنها را خریداری کند.

**بخش A:** به «بخش A Medicare» مراجعه کنید.

**بخش B:** به «بخش B Medicare» مراجعه کنید.

**بخش C:** به «بخش C Medicare» مراجعه کنید.

**بخش D:** به «بخش D Medicare» مراجعه کنید.

**داروهای بخش D:** به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

**اطلاعات بهداشتی شخصی (همچنین «اطلاعات بهداشتی محافظت شده» گفته می‌شود)**

**(Personal health information, PHI):** اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه به پزشکان و سوابق پزشکی است. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI شما، به اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

**ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (Primary care provider, PCP):** پزشک یا ارائه‌کننده دیگری که برای اکثر مشکلات سلامت ابتدا به او مراجعه می‌کنید. آنها مطمئن می‌شوند که شما خدمات مراقبت مورد نیاز برای حفظ سلامت 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 ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه به **فصل 3** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

**اجازه قبلی (Prior authorization, PA):** 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 از برنامه 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 با سن 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مراقبت بیشتری برای زندگی در خانه دارند.

**پروتز و ارتز:** وسایل پزشکی هستند که توسط پزشک یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی شما سفارش داده می‌شوند که شامل این موارد هستند، اما محدود به آنها نمی‌شوند، آتل دست، کمر و گردن؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی اجزای داخلی بدن یا عملکردهای آنها، 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 ارائه‌شده به بیماران هزینه QIO را پرداخت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

**محدودیت‌های 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.

**ابزار مزایای همزمان:** یک پورتال یا برنامه کامپیوتری است که در آن اعضا می‌توانند داروهای تحت پوشش خاص و اطلاعات مزایای هر عضو را به‌طور کامل، دقیق، به‌موقع با صلاحدید کلینیک جستجو کنند. این ابزار شامل مبالغ سهم هزینه، داروهای جایگزینی می‌شود که ممکن است برای همان شرایط سلامت به‌عنوان داروی مفروض و محدودیت‌های پوشش‌دهی (اجازه قبلی، درمان گام‌به‌گام، محدودیت‌های مقدار) که برای داروهای جایگزین مصداق دارد استفاده شود.

**ارجاع:** ارجاع، تأییدیه ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) یا تأییدیه ما برای استفاده از ارائه‌کننده‌ای غیر از PCP شما 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 درباره ارجاع‌ها را می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** کتابچه راهنمای اعضاء بیابید.

**خدمات توانبخشی:** مداوایی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

**خدمات حساس:** خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (sexually transmitted infections, STI)، HIV/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأیید کننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

**منطقه خدمات:** محدوده جغرافیایی که یک طرح سلامت در صورتی که عضویت را محدود به محل زندگی افراد کند در آن عضو می‌پذیرد. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کند، به صورت کلی منطقه‌ای است که می‌توانید خدمات روتین (غیر اورژانسی) را دریافت کنید. فقط افراد ساکن در منطقه خدماتی ما می‌توانند به طرح ما بپیوندند.

**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 مرتبط با سلامت.

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



**مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (Supplemental Security Income, SSI):** 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 پروانه دار یا پزشک انجام می شود.

**متخصص:** پزشکی که خدمات درمانی برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن ارائه می دهد.

**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 را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت نمی‌کنیم، شما از این حق برخوردار هستید تا درخواست دادرسی ایالتی داشته باشید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات مورد درخواست شما را فراهم کنیم.

درمان گام‌به‌گام: مقررات پوشش‌دهی که ملزم می‌سازد شما داروی دیگری را امتحان کنید قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم.

**درآمد تکمیلی (SSI):** مزایای ماهانه که تأمین اجتماعی به اشخاصی پرداخت می‌کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 ساله یا بالاتر هستند. مزایای SSI با مزایای تأمین اجتماعی یکسان نیستند.

**مراقبت با نیاز مبرم:** خدمات مراقبت که برای یک بیماری، جراحت یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اورژانسی نیست اما نیاز به مراقبت فوری دارد. اگر ارائه‌کنندگان خدمات شبکه در دسترس نباشند یا نتوانید خود را به آنها برسانید، می‌توانید خدمات فوری را از ارائه‌کنندگان خدمات خارج از شبکه دریافت کنید.

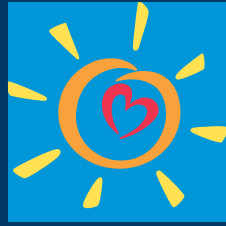


## خدمات اعضاء L.A. Care Medicare Plus

<p>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.</p>	<p><b>تماس بگیرید</b></p> <p>1-833-522-3767</p>
<p>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.</p>	<p><b>TTY</b></p> <p>711</p>
	<p><b>فکس</b></p> <p>1-213-438-5712</p>
<p>L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017</p>	<p><b>مکاتبه</b></p>
<p>medicare.lacare.org</p>	<p><b>وبسایت</b></p>

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





**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

**For All of L.A.**

lacare.org  TTY: 711 | 1.833.522.3767: تلفن رایگان: 