



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

دفتريچه اطلاعاتي اعضا 2026

1 ژانويه 2026 - 31 دسامبر 2026



دفترچه اطلاعاتی اعضا (HMO D-SNP) L.A. Medicare Plus

1 ژانویه 2026 - 31 دسامبر 2026

پوشش سلامت و داروی شما تحت L.A. Care Cal MediConnect Plan

دفترچه اطلاعاتی اعضا مقدمه

این دفترچه اطلاعاتی اعضا، که با نام مدارک بیمه نیز شناخته می‌شود، اطلاعاتی درباره پوشش شما تحت طرح ما تا 31 دسامبر 2026 ارائه می‌دهد. در این دفترچه، خدمات مراقبت درمانی، خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال سوءمصرف مواد)، پوشش داروها، و خدمات و حمایت‌های درازمدت توضیح داده شده‌اند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است.

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

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

این سند به صورت رایگان به زبان‌های عربی، ارمنی، چینی، پنجابی، هندی، همونگ، ژاپنی، کره‌ای، لائوسی، مینی، کامبوجی، فارسی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، تایلندی، اوکراینی و ویتنامی موجود است.

می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند حروف درشت، بریل و/یا فایل صوتی دریافت کنید؛ برای این کار می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از حمله روزهای تعطیل، با بخش خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید.

- شما می‌توانید درخواست کنید که اطلاعات را همیشه به زبان یا فرمت مورد نیاز برای شما ارسال کنیم. این مورد درخواست دائمی نام دارد. ما حساب درخواست جاری شما را نگه خواهیم داشت تا لازم نباشد هر بار که اطلاعاتی را برای شما ارسال می‌کنیم درخواست‌های جداگانه ارائه کنید. برای دریافت این سند به زبانی غیر از انگلیسی و/یا با فرمت متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل تماس بگیرید. نماینده خدمات اعضا می‌تواند در ارائه یا تغییر درخواست جاری به شما کمک کند.

اطلاعیه دسترسی‌پذیری به خدمات کمک زبانی و خدمات و کمک‌های جانبی



- ❖ **ATTENTION:** If you need help in your language, call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-833-522-3767** (TTY: **711**). These services are free of charge.

❖ يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). هذه الخدمات مجانية.

- ❖ Հայերեն պիտակ (**Armenian**)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767** (TTY: **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

❖ **简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

❖ **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

❖ **हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

❖ **Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

❖ **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767** (TTY: **711**) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767** (TTY: **711**) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບ **1-833-522-3767** (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອກຽມບລັກການສຳລັບຄຸນພິການເຊນເອກະສານທັບປະກອບມາດຕະຖານໂຕພິການໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບ **1-833-522-3767** (TTY: 711). ການບລັກການເຫຼົ່ານີ້ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

❖ Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: 711). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

- ❖ **ឃ្លាសូម្បីជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**
ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ព ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767 (TTY: 711)** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767 (TTY: 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

❖ **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Такие услуги предоставляются бесплатно.



❖ **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

❖ **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер

1-833-522-3767 (TTY: 711). Люди з обмеженими

можливостями також можуть скористатися

допоміжними засобами та послугами, наприклад,

отримати документи, надруковані шрифтом Брайля

та великим шрифтом. Телефонуйте на номер

1-833-522-3767 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711).**

Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711).** Các dịch vụ này đều miễn phí

زبان‌های دیگر

❖ این دفترچه اطلاعاتی اعضا و سایر مطالب طرح را می‌توانید به زبان‌های دیگر به صورت رایگان دریافت کنید. L.A. Care Medicare Plus ترجمه‌های کتبی انجام‌شده از سوی مترجمان ذی‌صلاح را ارائه می‌کند. با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره



خدمات کمک زبانی ویژه خدمات درمانی، مانند خدمات ترجمه کتبی و همزمان، به این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

قالب‌های دیگر

❖ می‌توانید این اطلاعات را به موقع، به صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند بریل، جاپ درشت قلم 20، فایل صوتی، و الکترونیکی دسترس‌پذیر دریافت کنید. با شماره 1-833-522-3767 (TTY 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

خدمات ترجمه شفاهی

❖ L.A. Care Medicare Plus خدمات ترجمه شفاهی، و همچنین زبان اشاره، را به صورت 24 ساعته و رایگان از طریق مترجمان ذی‌صلاح ارائه می‌کند. مجبور نیستید از یکی از اعضای خانواده یا دوستان به عنوان مترجم استفاده کنید. کمک گرفتن از کودکان به عنوان مترجم توصیه نمی‌شود، مگر اینکه در شرایط اضطراری باشید. خدمات ترجمه شفاهی، زبان و خدمات فرهنگی به صورت رایگان موجود است. دریافت کمک در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته امکان‌پذیر است. برای دریافت کمک زبانی یا دریافت این دفتربه به زبان دیگر، با شماره 1-833-522-3767 (TTY 711) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است.

فهرست مطالب

فصل 1:	شروع به عنوان عضو	11
فصل 2:	شماره تلفن‌ها و منابع مهم	24
فصل 3:	استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی شما و سایر خدمات تحت پوشش	47
فصل 4:	نمودار مزایا	73
فصل 5:	دریافت داروهای سرپایی خود	151
فصل 6:	مبلغی که برای داروهای نسخه دار Medicare و Medi-Cal خود می‌پردازید	173
فصل 7:	درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید	186
فصل 8:	حقوق و مسئولیت‌های شما	193
فصل 9:	در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصمیم پوششی، تحدیدنظر، شکایات)	215
فصل 10:	پایان دادن به عضویت در طرح ما	269
فصل 11:	اطلاعاتی‌های حقوقی	279
فصل 12:	تعاریف واژگان مهم	283

بیانیه‌های سلب مسئولیت

- ❖ L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) یک برنامه درمانی طرف قرارداد با Medicare و Medi-Cal است تا مزایای هر دو برنامه را برای ثبت‌نام‌شدگان فراهم کند. عضویت در L.A. Care Medicare Plus بستگی به تمدید قرارداد دارد.
- ❖ مزایا و/یا سهم بیمار ممکن است در 1 ژانویه 2027 تغییر کند.
- ❖ داروهای تحت پوشش ما، شبکه داروخانه‌ها و/یا شبکه ارائه‌دهندگان ممکن است در هر زمان تغییر کنند. هرگونه تغییری که محتمل به اثرگذاری بر شما باشد از حداقل 30 روز قبل به اطلاع شما خواهد رسید.

فصل 1: شروع به عنوان عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره L.A. Care Medicare Plus است، یک برنامه درمانی که همه خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد، همه خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویتان در آن را هماهنگ می‌کند. این فصل همچنین به شما می‌گوید چه انتظاراتی داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل *دفتربه اطلاعاتی اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

- A. به طرح ما خوش آمدید 13
- B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal 13
- B1. Medicare 13
- B2. Medi-Cal 13
- C. مزایای طرح ما 14
- D. محدوده خدمات‌رسانی ما 15
- E. چه چیزی شما را واحد شرایط عضویت در طرح می‌کند 15
- F. با شروع عضویت در برنامه درمانی ما چه انتظاراتی می‌توانید داشته باشید 16
- G. تیم امور مراقبتی و برنامه مراقبتی 17
- G1. تیم امور مراقبتی 17
- G2. طرح مراقبت 17
- H. خلاصه هزینه‌های مهم 18
- H1. حق بیمه برنامه 18
- H2. حق بیمه ماهانه Medicare بخش A و بخش B 18
- H3. حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری 18
- H4. مقدار پرداخت نسخه Medicare 19
- I. این دفتربه اطلاعاتی اعضا 19

- J. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید..... 19
- J1. کارت عضویت شما..... 19
- J2. فهرست راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها..... 20
- J3. فهرست داروهای تحت پوشش..... 21
- J4. توصیف مزایا..... 22
- K. به‌روز نگه داشتن سوابق عضویتتان..... 22
- K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)..... 23

A. به طرح ما خوش آمدید

برنامه درمانی ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی ارائه می‌دهد که واحد شرایط هر دو برنامه هستند. برنامه درمانی ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت رفتاری و سایر ارائه‌دهندگان خدمات است. ما همچنین از وجود «مدیران مراقبتی» و تیم‌های امور مراقبتی که به شما در مدیریت خدمات و ارائه‌کنندگان خدمات کمک می‌کنند، برخوردار هستیم. همه آن‌ها برای ارائه خدمات مراقبت موردنیاز شما با هم همکاری می‌کنند.

L.A. Care Medicare Plus یک Medicare Medi-Cal Plan (یا MMP یا Medi-Medi) است؛ این طرح یک طرح نیازهای ویژه واحد 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 کانتی لس آنجلس) است. L.A. Care Health Plan یک طرح سلامت مستقل با مدیریت عمومی است که از ایالت کالیفرنیا مجوز دارد. L.A. Care Health Plan با پزشکان، درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات همکاری می‌کند تا به شما خدمات مراقبت بهداشتی ارزشمندی ارائه شود.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

Medicare یک بیمه درمانی فدرال است برای:

- افراد 65 سال یا بالای 65 سال،
- برخی افراد زیر 65 سال که دارای بعضی از ناتوانی‌ها هستند، و
- اشخاص مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه بیمه Medicaid کالیفرنیا است. ایالت برنامه Medi-Cal را اداره می‌کند و دولت ایالتی و دولت فدرال هزینه آن را پرداخت می‌کنند. Medi-Cal به افراد کم‌درآمد و با امکانات کم کمک می‌کند تا بتوانند هزینه خدمات و حمایت درازمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS) و پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی خارج از پوشش Medicare را پوشش می‌دهد.

هر ایالت در خصوص موارد زیر تصمیم می‌گیرد:

- چه چیزهایی به‌عنوان درآمد و دارایی محسوب می‌شوند،
- چه کسی واحد 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



ایالت‌ها می‌توانند تصمیم بگیرند برنامه‌های خود را چگونه اجرا کنند، مشروط بر اینکه قوانین فدرال را رعایت کنند.

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

- ما قصد ارائه این برنامه بیمه را داریم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما امکان ادامه این برنامه را بدهند.
- حتی اگر در آینده برنامه ما متوقف شود، شما همچنان واحد شرایط دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal هستید.

C. مزایای طرح ما

شما اکنون تمام خدمات Medicare و Medi-Cal تحت پوشش خود را از طرح ما دریافت می‌کنید، حتی داروهای تحویزی. **برای پیوستن به این برنامه درمانی، هزینه اضافی پرداخت نخواهید کرد.**

کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal شما در کنار یکدیگر عملکرد بهتری برای شما داشته باشند. برخی از این مزایا عبارت‌اند از:

- شما می‌توانید برای **اکثر** نیازهای مراقبت‌های پزشکی خود با ما همکاری کنید.
- شما یک تیم امور مراقبتی دارید که خودتان در تشکیل آن مشارکت می‌کنید. تیم مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران، یا دیگر متخصصین امور درمانی باشد.
- شما به مدیر مراقبتی دسترسی خواهید داشت. این فردی است که با شما، با برنامه درمانی ما و با تیم امور مراقبتی شما همکاری می‌کند و در تدوین برنامه مراقبتی کمک می‌کند.
- شما خواهید توانست تا با کمک تیم مراقبتی و مدیر امور مراقبت خود، مراقبت از خود را مدیریت کنید.
- تیم امور مراقبتی و مدیر مراقبتی برای تهیه یک برنامه مراقبتی که پاسخگوی نیازهای پزشکی **شما** باشد با شما همکاری می‌کنند. تیم مراقبت به شما در هماهنگ کردن خدمات موردنیازتان کمک خواهد کرد. برای مثال، این بدین معناست که تیم امور مراقبتی شما اطمینان حاصل می‌کند که:
 - پزشکان شما از تمام داروهایی که مصرف می‌کنید آگاه باشند تا بتوانند از مصرف داروهای صحیح اطمینان یابند و بدین‌ترتیب عوارض جانبی احتمالی ناشی از داروها را کاهش دهند.
 - نتایج آزمایش‌های شما، در صورت لزوم، با تمام پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات شما به اشتراک گذاشته می‌شوند.

اعضای جدید L.A. Care Medicare Plus: در بیشتر موارد، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در L.A. Care Medicare Plus، در L.A. Care Medicare Plus برای دریافت مزایای Medicare خود ثبت نام می شوید. ممکن است خدمات Medi-Cal خود را همچنان به مدت یک ماه دیگر، از طرح سلامت L.A. Care Medi-Cal قبلی خود 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 ایجاد نخواهد شد. اگر سؤالی دارید، لطفاً با ما به شماره مندرج در پایین صفحه تماس بگیرید.

D. محدوده خدمات رسانی ما

محدوده خدمات رسانی ما این کانتی‌ها را در کالیفرنیا شامل می‌شود: کانتی لس‌آنجلس. فقط افرادی که در محدوده خدمات رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند به برنامه ما بپیوندند.

اگر به خارج از محدوده خدمات رسانی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در برنامه ما بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تأثیر نقل مکان به خارج از محدوده خدمات رسانی، به **فصل 8** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

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

شما با توجه به شرایط زیر واحد شرایط طرح بیمه ما خواهید بود:

- در محدوده خدمات رسانی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در محدوده خدمات رسانی 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 واحد شرایط داشتن Medi-Cal باشید.
- اگر صلاحیت خود برای Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار داشته باشید ظرف 3 ماه دوباره آن را به دست آورید، همچنان واحد شرایط طرح ما خواهید ماند.
- برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. با شروع عضویت در برنامه درمانی 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 مؤثر ثبت‌نام خود دریافت می‌کنید.

ما باید یک HRA برای شما تکمیل کنیم. این HRA اساس تهیه برنامه مراقبتی شما است. این HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، بهداشت رفتاری و کارکردی شما است.

برای انجام HRA با شما تماس خواهیم گرفت. ما می‌توانیم HRA را از طریق ملاقات حضوری، تماس تلفنی، یا پست انجام دهیم.

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، حتی اگر در شبکه ما نیستند، مراجعه کنید. ما این را استمرار خدمات درمانی می‌نامیم. اگر در شبکه ما نیستید، می‌توانید در صورت برآوری همه شرایط زیر، ارائه‌کنندگان و احازه‌های خدماتی کنونی خود را برای حداکثر 12 ماه از تاریخ نام‌نویسی نگه دارید:

- شما، نماینده شما، یا ارائه‌دهنده شما از ما می‌خواهید که اجازه دهیم همچنان از ارائه‌دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- به استثنای چند مورد، ما تأیید می‌کنیم که شما یک رابطه موجود با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی یا تخصصی دارید. هنگامی که به «رابطه موجود» اشاره می‌کنیم، منظور این است که در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه در طرح ما حداقل یک‌بار برای معاینه غیراورژانسی به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
 - ما این رابطه موجود را با بررسی اطلاعات سلامت شما 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. برای انجام این درخواست، می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، با 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. اگر در معرض خطر آسیب دیدن هستید، باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
 - شما یا ارائه‌کننده شما باید اسناد رابطه موجود را نشان داده و با شروط خاصی در هنگام ارائه درخواست موافقت کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان وسایل پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) حداقل به مدت 90 روز انجام دهید، تا زمانی که ما اجازه جدید DME را تأیید کنیم و ارائه‌دهنده‌ای از شبکه، آن را تحویل دهد. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات جانبی مطرح کنید، می‌توانید درخواست خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات جانبی که در برنامه ما گنجانده نشده‌اند را ارائه دهید.

پس از پایان یافتن دوره استمرار خدمات درمانی، لازم است به پزشکان و دیگر ارائه‌کنندگان خدمات شبکه L.A. Care Medicare Plus مراجعه کنید که با گروه پزشکی ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما وابستگی دارند، مگر آنکه برای مراجعه به پزشکی خارج از شبکه شما موافقت کرده باشیم. ارائه‌دهنده شبکه یعنی ارائه‌دهنده‌ای که با برنامه درمانی همکاری می‌کند. زمانی که یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی (primary care provider, PCP) را انتخاب می‌کنید، به گروه پزشکی وابسته به آن ارائه‌دهنده اختصاص داده می‌شوید. یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی شامل پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری می‌شود که برای بیشتر مشکلات سلامت ابتدا نزد وی می‌روید. یک گروه پزشکی شامل انجمنی متشکل از PCP ها و متخصصین برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ‌شده است. برای اطلاعات بیشتر درمورد دریافت مراقبت، به **فصل 3** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

G. تیم امور مراقبتی و برنامه مراقبتی

G1. تیم امور مراقبتی

تیم امور مراقبتی می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنید. یک گروه مراقبت ممکن است شامل پزشک شما، یک مدیر مراقبت، یا شخص دیگری به انتخاب شما در حوزه سلامت باشد.

مدیر مراقبتی کسی است که برای کمک به شما در مدیریت خدمات درمانی مورد نیازتان آموزش دیده است. وقتی در برنامه ما عضو می‌شوید، یک مدیر مراقبتی برای شما تعیین خواهد شد. این فرد همچنین شما را به سایر منابع جامعه محلی که ممکن است تحت پوشش طرح ما نباشند، ارجاع می‌دهد و برای کمک به هماهنگی مراقبت شما با تیم مراقبتی‌تان همکاری خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر درباره مدیر مراقبتی و تیم امور مراقبتی خود، با شماره‌های موجود در پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبت

تیم امور مراقبتی در تهیه برنامه مراقبتی با شما همکاری می‌کند. طرح مراقبت به شما و پزشکانتان می‌گوید به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید. این طرح شامل خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری، LTSS یا خدمات دیگر شما می‌شود.

طرح مراقبت شما شامل موارد زیر است:

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

تیم امور مراقبتی شما پس از تکمیل HRA با شما تماس می‌گیرد. آن‌ها درمورد خدماتی که نیاز دارید از شما سؤال می‌کنند. آن‌ها همچنین درباره خدماتی که ممکن است بخواهید درباره دریافت آن‌ها فکر کنید صحبت خواهند کرد. برنامه مراقبتی شما براساس پاسخ‌های شما در HRA و هر اطلاعات دیگری که با تیم امور مراقبتی خود به اشتراک می‌گذارید، تهیه می‌شود. تیم امور مراقبتی شما با شما همکاری می‌کند تا برنامه مراقبتی‌تان را حداقل هر سال یکبار یا در صورت تغییر نیازهای شما، به دفعات بیشتر به‌روزرسانی کند. اگر تصمیم بگیرید در برنامه

مراقبتی خود شرکت نکنید یا مدیر مراقبتی شما نتواند با شما تماس بگیرد، برنامه مراقبتی برای شما بر اساس پاسخ‌های شما در HRA تهیه خواهد شد.

H. خلاصه هزینه‌های مهم

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (بخش H1)
- حق بیمه ماهانه Medicare بخش B (بخش H2)
- حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری (بخش H3)
- مقدار طرح پرداخت نسخه Medicare (بخش H4)

در بعضی شرایط، ممکن است حق بیمه طرح شما کمتر باشد.

H1. حق بیمه برنامه

شما برای این طرح هیچ حق بیمه‌ای بر اساس سطح «کمک اضافی» که دریافت می‌کنید، ندارید. کمک اضافی یک برنامه Medicare است که به افرادی که درآمد و منابع محدودی دارند کمک می‌کند و هزینه‌های داروهای تحویزی Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش می‌دهد. به این کمک اضافه، «یارانه افراد کم‌درآمد» (Low-Income Subsidy, LIS) هم گفته می‌شود.

H2. حق بیمه ماهانه Medicare بخش A و بخش B

برخی از اعضا موظف به پرداخت حق بیمه‌های دیگر Medicare هستند. طبق توضیح بخش E بالا، برای اینکه واحد شرایط طرح ما باشید، باید واحد 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 واحد شرایط آن نباشید) و حق بیمه بخش B را برای اکثر اعضای L.A. Care Medicare Plus می‌پردازد.

اگر Medi-Cal حق بیمه Medicare شما را پرداخت نمی‌کند، برای اینکه عضو طرح باقی بمانید باید خودتان حق بیمه Medicare را پرداخت کنید. این شامل حق بیمه Medicare بخش B می‌شود. همچنین اگر واحد شرایط دریافت Medicare بخش A بدون پرداخت حق بیمه نیستید، ممکن است حق بیمه Medicare بخش A را نیز پرداخت کنید. **علاوه بر این، لطفاً برای اطلاع دادن این تغییر، با خدمات اعضا یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید.**

H3. حق بیمه مزایای تکمیلی اختیاری

اگر برای مزایای اضافه‌تر 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 **فصل 4، بخش E** مراجعه کنید.

H4. مقدار پرداخت نسخه Medicare

اگر در طرح پرداخت هزینه دارو Medicare شرکت می‌کنید، (به‌جای پرداخت هزینه به داروخانه) صورت‌حسابی برای داروهایتان از طرح خود دریافت خواهید کرد. مبلغ این صورت‌حساب ماهانه بر اساس هزینه پرداختی برای داروهای خود، به‌علاوه مانده حساب ماه قبل، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقیمانده تا پایان سال محاسبه می‌شود.

فصل 2 اطلاعات بیشتری درباره طرح پرداخت هزینه دارو Medicare در اختیارتان قرار می‌دهد. اگر با مبلغ مندرج در صورت‌حساب به‌عنوان بخشی از این گزینه پرداخت مخالف باشید، می‌توانید مراحل **فصل 9** را برای ارائه شکایت یا درخواست تجدیدنظر دنبال کنید.

1. این دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا بخشی از قرارداد ما با شما است. بدین معنی که ما باید همه مقررات ذکرشده در این قرارداد را رعایت کنیم. اگر فکر می‌کنید کاری برخلاف این مقررات انجام داده‌ایم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات درباره تجدیدنظرها، به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کرده و یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس حاصل فرمایید.

می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه، یک نسخه از دفترچه اطلاعاتی اعضا را درخواست کنید. همچنین می‌توانید از طریق وبسایت ما که نشانی آن در پایین صفحه است به دفترچه اطلاعاتی اعضا دسترسی داشته باشید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که بین 1 ژانویه 2026 تا 31 دسامبر 2026 در طرح ما عضو هستید، معتبر است.

2. اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعات مهمی که در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل موارد ذیل است: کارت شناسایی عضویت، اطلاعات درباره نحوه دسترسی به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها، و اطلاعات درباره نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش، که به آن فهرست دارو یا مجموعه دارویی نیز گفته می‌شود.

1. کارت عضویت شما

در برنامه ما، شما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت، که شامل خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، برخی خدمات بهداشت رفتاری، و داروهای تحویزی می‌شود. این کارت را هنگام دریافت خدمات یا داروهای تحویزی نشان می‌دهید. نمونه‌ای از کارت شناسایی عضویت در اینجا آمده است:

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

Member Name:
Member ID: H1224-001

Care Manager Phone: 1-833-522-3767
PCP Group/Name:

PCP Phone:
MEMBER CANNOT BE CHARGED
Copays: PCP/Specialist: \$0
ER: \$0 Rx: \$0-25%

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

RxBIN: 610602
RxPCN: NVTD
RxGRP: LDSNP
RxID:

In case of an emergency, call 911 or go to the nearest Emergency Room (ER). If you are not sure, call your Primary Care Provider (PCP) or contact our 24-Hour Nurse Advice Line.

Member Services: 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711)
Behavioral Health: 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929)
Pharmacy Help Desk: 1-844-268-9785
Dental Services: 1-855-552-8243
24-Hour Nurse Advice: 1-800-249-3619 (TTY: 711)
Find My Urgent Care: 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG)
Website: medicare.lacare.org

Send Claims To: L.A. Care Health Plan, Attn: Claims Dept.
P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081
Providers can call for Pre-authorizations: 1-877-431-2273
Claim Inquiry: 1-866-522-2736

اگر کارت شناسایی هنر ویت شما تسپدیده ، کم شدم یاد زیده شده است فوراً با خدمات اعضا از طریق شماره موجودر پاین صفحه تماس بگیرد. ما یک کارت جدید برای شما ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که عضو بیمه ماهستید ، نیازی به استفاده از کارت سهید ، قرمز و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت اکبر خدمات نخواهید داشت. این کارتها را برای نیاز احتمالی به نهادر ایذه در جایی امن که دارید. اگر به جای کارت شناسایی عضویت خود کارت Medicare خود را ارسال کنید ، ارا بعد ازدهی ممکن است هزینه ها را به Medicare ارسال کند و شما ممکن است یک صورت حساب دریافت کنید. اگر به خدمات بیمارستانی ، خدمات تسکینی ، تسایشگاه بیمارل رو بهمرک ، یا سرگذر پزشکهای تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare (که به آن آزمونهای بالینی نیز گفته می شود) یا دلسنه بسید ، ممکن است از شما حواله شود کارت Medicare خود را ارسال کنید. برای اطلاع از این که در صورت دریافت صورت حساب از ارا بعد ازدهی باید چه کاری انجام دهید ، به فصل 7 از این فهرست اطلاعاتی اعضا مراجعه نمایید.

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

- اختلال مصوف مولد
- Medi-Cal Rx
- بهترین پوش این است که برای دسترسی به خدمات خود هر دو کارت را همراه دلسنه بسید

2. فهرست راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها

فهرست راهنمای ارا بعد ازدهی و داروخل ها حاوی ارا بعد ازدهی و داروخل های موجودر شبکه بنامه ما است. تا زمانی که عضو طرح ماهستید ، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوش ، از ارا بعد ازدهی شبکه استفاده کنید.

می توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره های موجودر پاین صفحه فهرست ارا بعد ازدهی و داروخل ها را به صورت تسنه الکبرن یکی یا چا پی درجولست کنید. برای درجولستهای مربوط به دریافت تسنه چا پی فهرست ارا بعد ازدهی و داروخل ها ، ل را طهسه روز کاری برای شما ارسال خواهیم کرد.

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



همچنین می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* در نشانی وب موجود در پایین صفحه مراجعه کنید.

این فهرست راهنما متخصصین امور پزشکی (مانند پزشکان، کارورزان پرستاری و روانشناس‌ها)، مراکز (مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها)، و ارائه‌دهندگان خدمات حمایتی (مانند مراقبت‌های بهداشتی روزانه بزرگسالان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی در منزل) را که ممکن است به‌عنوان عضوی از بیمه درمانی L.A. Care Medicare Plus به آن‌ها مراجعه کنید، در اختیارتان قرار می‌دهد. ما همچنین فهرست داروخانه‌هایی را درج می‌کنیم که می‌توانید برای دریافت داروهای نسخه‌دار خود از آنها استفاده کنید. برای دریافت اطلاعات درباره ارائه‌دهندگان شبکه، مانند نام، آدرس، شماره‌های تلفن، مدارک حرفه‌ای، تخصص، مدرسه پزشکی که در آن تحصیل کرده‌اند، تکمیل دوره رزیدنتی و وضعیت گواهینامه هیئت تخصصی، با خدمات اعضا تماس بگیرید. **تعریف شبکه ارائه‌کنندگان**

- شبکه ارائه‌کنندگان ما شامل موارد زیر می‌شود:
 - پزشکان، پرستاران، و دیگر متخصصین مراقبت‌های درمانی که شما به عنوان عضوی از بیمه ما می‌توانید از آنها استفاده کنید؛
 - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، تسهیلات پرستاری، و دیگر اماکنی که تحت بیمه ما خدمات درمانی ارائه می‌دهند؛ و
 - MLTSS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی 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.

ارائه‌کنندگان خدمات می‌پذیرند که هزینه کامل خدمات را از ما دریافت کنند.

تعریف داروخانه‌های شبکه

- منظور از داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که می‌پذیرند نسخه‌های اعضای بیمه ما را بپیچند. از *فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* برای پیدا کردن داروخانه موردنظر 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 بیمه ما در پرداخت هزینه آن به شما کمک کند.
- برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید. خدمات اعضا و وبسایت ما هر دو می‌توانند جدیدترین اطلاعات را درباره تغییرات ایجادشده در شبکه ما به اطلاع شما برسانند.

3. فهرست داروهای تحت پوشش

طرح بیمه ما یک *فهرست داروهای تحت پوشش* دارد. ما به‌طور مختصر آن را *فهرست دارویی* می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید طرح ما کدام داروها را پوشش می‌دهد. داروهای مندرج در این فهرست توسط طرح ما با کمک پزشکان و داروخانه‌ها انتخاب شده‌اند. این

فهرست دارویی باید مطابق با الزامات Medicare باشد. داروهایی با قیمت‌های مذاکره‌شده تحت برنامه مذاکره قیمت دارو Medicare در *فهرست داروهای شما* گنجانده خواهند شد، مگر اینکه همان‌طور که در **فصل 5، بخش B** توضیح داده شده است، حذف و جایگزین شده باشند. Medicare *فهرست دارویی* L.A. Care Medicare Plus را تأیید کرد.

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 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

هر سال، اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به *فهرست دارویی* را برای شما ارسال می‌کنیم، اما ممکن است در طول سال تغییراتی در آن صورت بگیرد. برای دریافت جدیدترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی [www.lacare.org](#) موجود در پایین صفحه مراجعه کنید.

4. توصیف مزایا

زمانی که از مزایای داروهای Medicare بخش D خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در درک و پیگیری پرداخت‌های داروهای تحویلی Medicare بخش D به شما کمک می‌کند. این خلاصه، *توصیف مزایا* (Explanation of Benefits, EOB) نامیده می‌شود.

EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهای Medicare بخش D هزینه کرده‌اید و کل مبلغی را که ما برای هریک از داروهای Medicare بخش D شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، نشان می‌دهد. EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما ارائه می‌کند. **فصل 6** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا درباره EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری پوشش دارویی‌تان اطلاعات بیشتری می‌دهد.

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

K. به روز نگه داشتن سوابق عضویتان

می‌توانید با اطلاع دادن تغییرات ایجادشده در اطلاعات خود به ما، سوابق خود را به روز نگه دارید.

ما به این موارد نیاز داریم تا مطمئن شویم اطلاعات شما در سوابق ما صحیح است. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه برنامه ما از سوابق عضویت شما استفاده می‌کنند تا بدانند کدام خدمات و داروها تحت پوشش هستند و میزان سهم هزینه شما چقدر است. به این دلیل، بسیار حائز اهمیت است که ما را در به روز نگه داشتن اطلاعات‌تان کمک کنید.

به محض وقوع موارد زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما؛

- تغییراتی که در هر پوشش بیمه سلامت دیگر، مانند بیمه از جانب کارفرمای خود، کارفرمای همسران، یا کارفرمای شریک زندگی‌تان یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان ایجاد شده است.
 - هرگونه تعهد پرداخت خسارت، مانند حبران خسارت برای یک تصادف با اتومبیل؛
 - پذیرش در مرکز پرستاری یا بیمارستان؛
 - دریافت مراقبت از بیمارستان یا بخش اورژانس؛
 - اگر مراقب شما (یا هر شخصی که مسئول شما است) تغییر کند؛ و
 - اگر در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی شرکت کنید. **توجه:** شما ملزم به اطلاع‌رسانی درباره پژوهش تحقیقاتی بالینی که قصد شرکت در آن را دارید، نیستید، اما توصیه می‌کنیم این کار را انجام دهید.
- اگر هرگونه اطلاعاتی تغییر کرد، از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید با استفاده از حساب آنلاین L.A. Care Connect خود تغییراتی را ایجاد کنید. L.A. Care Connect یک حساب آنلاین برای 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** مراجعه کنید. پس از ثبت‌نام می‌توانید برای انجام کارهای زیر وارد شوید:
- مشاهده شرایط صلاحیت و مزایای خود
 - درخواست، مشاهده و/یا چاپ کارت شناسایی عضویت خود
 - تغییر پزشک یا گروه پزشکی‌تان
 - مدیریت داروها، سابقه مصرف دارو، یافتن داروخانه و دسترسی به همه مزایای دیگر داروخانه
 - شرکت در برنامه‌های تندرستی موجود

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

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

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس مربوط به منابع مهمی را در اختیارتان قرار می‌دهد که می‌توانند به شما در یافتن پاسخ سؤالاتتان درباره طرح ما و مزایای مراقبت‌های بهداشتی به شما کمک کنند. همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات درباره نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت و سایر افراد استفاده کنید تا از شما حمایت کنند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل *دفتربه اطلاعاتی اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A.	خدمات اعضا	25
B.	مدیر مراقبتی شما	28
C.	برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)	31
D.	خط تماس مشاوره پرستاری	32
E.	خط تلفن بحران سلامت رفتاری	33
F.	سازمان بهبود کیفیت (QIO)	34
G.	Medicare	35
H.	Medi-Cal	36
I.	دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ و سلامت روان Medi-Cal	37
J.	خدمات اجتماعی کانتی	38
K.	سازمان خدمات سلامت رفتاری کانتی	39
L.	سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا	40
M.	برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروها	41
M1.	کمک اضافی Medicare	41
M2.	برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)	42
M3.	طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare	42
N.	تأمین اجتماعی	43
O.	هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)	44
P.	منابع دیگر	45
Q.	Medi-Cal Dental	46
	مقدمه	47

A. خدمات اعضا

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

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

- پرسش‌های مربوط به طرح
- پرسش درباره مطالبات یا صورت‌حساب
- تصمیمات پوششی مراقبت‌های درمانی شما
 - منظور از تصمیم پوششی درباره مراقبت درمانی شما تصمیمی است درباره:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
 - در صورت داشتن پرسش درباره یک تصمیم پوششی درمورد مراقبت درمانی خود، با ما تماس بگیرید.



- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات پوششی، به فصل 9 از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- **تجدیدنظرها درباره مراقبت‌های درمانی شما**
 - درخواست تجدیدنظر 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 هستید، از ما بخواهید آن را تغییر دهیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - **شکایات درباره مراقبت‌های درمانی شما**
 - شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده خدمات (ارائه‌دهنده داخل شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه یک ارائه‌دهنده است که با طرح ما همکاری می‌کند. شما همچنین می‌توانید در رابطه با کیفیت مراقبت‌های دریافتی، به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (به **بخش F** مراجعه کنید).
 - در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، می‌توانید از طریق شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید و شکایت خود را توضیح دهید.
 - اگر شکایت شما از تصمیمات پوششی درمورد خدمات درمانی شما باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش فوق مراجعه کنید).
 - می‌توانید شکایت درباره برنامه ما را به Medicare ارسال کنید. فرم آنلاین را می‌توانید در نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint بیابید. یا جهت دریافت کمک با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - از طریق تماس با شماره 1-855-501-3077 می‌توانید نزد برنامه بازرس کل Medicare از Medi-Cal ما شکایت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح شکایت در زمینه مراقبت‌های بهداشتی خود، به **فصل 9** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
 - **تصمیمات پوششی درباره داروهای شما**
 - منظور از تصمیمات پوششی درباره داروهای شما تصمیمی است درباره:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت می‌کنیم.
 - داروهای خارج از پوشش، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاصی ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات پوششی مربوط به داروهای خود، به **فصل 9** از این دفترجه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر برای داروهایتان
 - تجدیدنظر روشی است برای این که از ما بخواهید تصمیم پوششی را تغییر دهیم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظر در زمینه داروهایتان، به **فصل 9** از این دفترجه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به داروهای شما
 - می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل شکایت درباره داروهای شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما درباره تصمیم پوششی مربوط به داروهای شما است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. (به بخش فوق مراجعه کنید).
 - می‌توانید شکایت درباره برنامه ما را به Medicare ارسال کنید. فرم آنلاین را می‌توانید در نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint بیابید. یا جهت دریافت کمک با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایت در زمینه داروهایتان، به **فصل 9** از این دفترجه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت‌های درمانی یا داروهایی که هزینه آن‌ها را از پیش پرداخت کرده‌اید
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست بازپرداخت هزینه از ما، یا پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** از این دفترجه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
 - اگر شما از ما بخواهید که صورت‌حسابی را پرداخت کنیم و ما بخشی از درخواست شما را نپذیریم، می‌توانید برای این تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. به **فصل 9** از این دفترجه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

B. مدیر مراقبتی شما

مدیر مراقبتی چه کسی است؟

- مدیر مراقبتی یک پرستار یا فرد محوزدار دیگر است که شما را می‌شناسد و نیازهای بهداشتی شما را درک می‌کند. مدیر مراقبتی می‌تواند عضو گروه پزشکی شما یا L.A. Care Health Plan باشد. مدیر مراقبتی شما با شما، پزشک(های) شما، مراقبت‌کنندگان و سایر افرادی که در مراقبت درمانی شما مشارکت دارند در یک تیم همکاری می‌کند. مدیر مراقبتی به بررسی 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 سؤالات خود و پیدا کردن منابع صحیح و اطمینان از حفظ سلامتتان، با مدیر مراقبتی خود صحبت کنید.

چگونه می‌توانید با مدیر مراقبت خود تماس بگیرید؟

- می‌توانید از طریق شماره‌های زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید. آن‌ها شما را به واحد مدیریت مراقبت متصل خواهند کرد.

چگونه می‌توانید مدیر مراقبتی خود را تغییر دهید؟

با خدمات اعضا به 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.

تلفن	1-833-522-3767. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات رایگان ترجمه 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. <i>24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل</i>
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

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

- سوالات درباره مراقبت‌های سلامتی خود
- سوالات مربوط به استفاده از خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روان و اختلال سوءمصرف مواد)
- سوالات مربوط به مزایای بینایی و دندانپزشکی
- سوالات مربوط به خدمات حمل‌ونقل برای مراجعه به نوبت‌های پزشکی
- سوالات مربوط به خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (Long-term Services and Supports, LTSS) شامل خدمات محلی بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF)
- سوالات مربوط به پشتیبانی‌های جامعه برای کمک به حفظ ایمنی شما در خانه (مثلاً خدمات مراقب، اصلاحات خانه، برنامه‌های قسکن و غذا)



ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات انتقال به مراکز زندگی همراه با مراقبت
- خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)
- خدمات انتقال یا محلی
- اصلاحات مربوط به منزل
- آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ
- خدمات حمایتی در محیط خانه (In-Home Supportive Services, IHSS)، از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی‌تان
- مراقبت‌های پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتاردرمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت‌های بهداشتی در منزل
- مراقبت بلندمدت (Long Term Care, LTC) در مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت واسطه برای افراد دارای معلولیت‌های رشدی (Intermediate Care Facility for Developmentally Disabled, ICF/DD) (توجه: در صورتی که مرکز با L.A. Care **قرارداد** داشته باشد، نیاز به اجازه قبلی نیست.)
- مراقبت تسکینی
- خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
- خدمات استراحت فرجه‌ای برای مراقبان
- گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های سلامت روزانه و نیازهای زندگی کمک دریافت کنید.
- خدمات انتقال و گذار به مراکز پرستاری
- اصلاحات منزل

C. برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)

برنامه مشاوره بیمه سلامت ایالتی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش‌دیده در هر ایالت است که کمک، اطلاعات و پاسخ به سؤالات Medicare شما را به صورت رایگان ارائه می‌دهد. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) نام دارد. مشاوران HICAP همچنین می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ داده و در درک آنچه باید در رابطه با مشکل خود انجام دهید کمک می‌کنند. HICAP مشاورین آموزش‌دیده را در هر کانتی در استخدام دارد، و خدمات رایگان می‌باشند.

برنامه HICAP یک برنامه مستقل ایالتی است (که به هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی متصل نیست) و از دولت فدرال بودجه دریافت می‌کند تا مشاوره بیمه سلامت محلی رایگان به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

تلفن	1-800-434-0222 یک نوبت 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	Los Angeles County HICAP Office 4601 Wilshire Blvd., Suite 160 Los Angeles, CA 90010
وبسایت	www.cahealthadvocates.org/HICAP/

برای دریافت کمک در موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

- پرسش‌های مربوط به Medicare
- مشاوران HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر به یک برنامه جدید پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا:
 - حقوق‌تان را درک کنید،
 - گزینه‌های طرح‌تان را درک کنید،
 - به سؤالات مربوط به تغییر طرح‌ها پاسخ دهند،
 - شکایتی درباره مراقبت‌های بهداشتی یا درمان خود ارائه کنید، و
 - در حل مسائل مربوط به صورت حساب یا مطالبات کمک کنند.

D. خط تماس 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 بهداشتی درمانی معتبر، آموزش و مشاوره بپردازند و شما را در زمینه دسترسی به مراقبت‌های فوری یا اضطراری یاری کنند. اگر پرسش‌های خاصی درباره درمان جاری دارید، باید با مطب پزشکتان تماس بگیرید. تلفن خط مشاوره پرستاری جایگزین مطب پزشک شما نیست. برای مطرح کردن سؤالات خود درباره سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی درمانی می‌توانید با خط تماس مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

تلفن 1-800-249-3619 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند جاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌دهیم.	
TTY 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، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل	

E. خط تلفن بحران سلامت رفتاری

اگر احساس تنهایی، سرگیجه یا ناامیدی می‌کنید، یا افکار خودکشی در سر دارید، خدمات بحران برای ارائه حمایت عاطفی و منابع در دسترس شما هستند.

تلفن	988 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند جاب درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌دهیم.
TTY	988 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 شبانه روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل

اگر نیاز فوری به خدمات بهداشت رفتاری دارید ولی وضعیت اضطراری نیست، می‌توانید با خطوط خدمات بهداشت رفتاری ما تماس بگیرید تا پرسش‌های بالینی خود را مطرح کنید.

تلفن	در رابطه با خدمات سلامت روان: 1-877-344-2858 این تماس رایگان است. در رابطه با خدمات سوءمصرف مواد: 1-844-804-7500 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی. شما می‌توانید این اطلاعات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر مانند جاب درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی از طریق تماس با شماره بالا دریافت کنید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات مترجمی شفاهی ارائه می‌دهیم.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل

در موارد زیر با خط بحران بهداشت رفتاری تماس بگیرید:

- پرسش درباره خدمات بهداشت رفتاری و سوءمصرف مواد

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

F. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام Commence Health است. این سازمان متشکل است از گروهی از پزشکان و دیگر افراد حرفه‌ای در امور درمانی که در ارتقاء کیفیت مراقبت‌های بهداشتی اعضای Medicare کمک می‌کنند. سازمان Commence Health یک سازمان مستقل است. این سازمان ارتباطی با این برنامه ندارد.

تلفن	1-877-588-1123
TTY	711 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
مکاتبه	Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وبسایت	www.livantaqio.com

برای دریافت کمک در موارد زیر، با Commence Health (BFCC-QIO) تماس بگیرید:

- سؤالات درباره حقوق مراقبت‌های بهداشتی خود
- ثبت شکایت درباره مراقبت دریافتی در صورتی که شما:
 - با کیفیت مراقبت مشکلی داشته باشید، مانند دریافت داروی اشتباه، انجام آزمایش‌ها یا روش‌های غیرضروری، یا تشخیص نادرست،
 - معتقد هستید پیش از موعد از بیمارستان مرخص می‌شوید، یا
 - معتقد هستید که خدمات مراقبت‌های بهداشتی خانگی، مراقبت‌های مرکز پرستاری تخصصی، یا تسهیلات جامع توانبخشی بیماران سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) زودتر از حد لازم خاتمه می‌یابد.

Medicare .G

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

آژانس فدرال که مسئول Medicare است مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicaid and Medicare, CMS) است. این سازمان با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله برنامه ما قرارداد دارد.

تلفن	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، 24 ساعت شبانه‌روز، 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.
جت آنلاین	جت آنلاین در وبسایت www.Medicare.gov/talk-to-someone
مکاتبه	از طریق نشانی PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 با Medicare مکاتبه کنید.
وبسایت	www.medicare.gov - اطلاعات درباره برنامه‌های بهداشت و داروی Medicare در منطقه خود، از جمله هزینه‌ها و خدمات ارائه‌شده توسط آن‌ها را پیدا کنید. - یزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان خدمات بهداشتی که در برنامه Medicare شرکت دارند را پیدا کنید. - آنچه Medicare پوشش می‌دهد، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند معاینات تشخیصی، تزریقات یا واکسن‌ها، و ویزیت‌های سالانه «سلامتی») را پیدا کنید. - اطلاعات و فرم‌های تحدیدنظر Medicare را پیدا کنید. - اطلاعات درباره کیفیت مراقبت ارائه‌شده توسط برنامه‌ها، آسایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، یزشکان، سازمان‌های مراقبت سلامت در منزل، مراکز دیالیز، آسایشگاه‌های بیماران روبه‌مرگ، مراکز توانبخشی بستری و بیمارستان‌های مراقبت بلندمدت را پیدا کنید. - وبسایت‌ها و شماره‌های تلفن مفید را جستجو کنید. برای ثبت شکایت در Medicare، به www.medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید. Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات استفاده می‌کند تا کیفیت برنامه Medicare را بهبود بخشد.

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. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



H. Medi-Cal

Medi-Cal برنامه بیمه Medicaid کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه درمانی عمومی است که خدمات مراقبت درمانی مورد نیاز را برای افراد کم‌درآمد فراهم می‌کند، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی در مراکز مراقبت‌های پرورشگاهی، و زنان باردار. بودجه Medi-Cal از طریق منابع مالی دولت ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندانپزشکی، بهداشت رفتاری و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت است.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر درباره مزایای Medi-Cal خود سؤال دارید، با مدیر مراقبتی برنامه خود تماس بگیرید. اگر درباره ثبت‌نام در برنامه Medi-Cal سؤال دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تلفن	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 6 عصر
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	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

۱. دفتر بازرس کل مراقبت‌های هماهنگ و سلامت روان Medi-Cal

دفتر بازرس کل به حل مشکلات از دیدگاه بی‌طرف کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که اعضای ما تمام خدمات تحت پوشش و دارای ضرورت پزشکی را دریافت می‌کنند. آن‌ها به صحبت‌های شما گوش می‌دهند، به سؤالاتتان پاسخ می‌دهند، وضعیت شما را تحلیل می‌کنند، سیاست‌ها و رویه‌ها را توضیح می‌دهند، اطلاعات، مشاوره و گزینه‌ها را ارائه می‌کنند و ارجاعات مناسب را پیشنهاد می‌دهند. وظیفه آن‌ها کمک به توسعه راه‌حل‌های منصفانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. آن‌ها با برنامه درمانی ما یا هرگونه شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشند. خدمات آن‌ها رایگان هستند.

تلفن	1-888-452-8609 روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 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
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx



۱. خدمات اجتماعی کانتی

اگر درمورد خدمات حمایتی خانگی (IHSS)، درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (Supplemental Social Income, SSI)، بهداشت روانی یا مزایای مربوط به سوءمصرف مواد به کمک نیاز دارید، با آژانس خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید. برای اعضای جامعه کانتی لس‌آنجلس که به دنبال انواع خدمات بهداشتی، انسانی و اجتماعی در کانتی لس‌آنجلس هستند، لطفاً برای دریافت حمایت، منابع و/یا ارجاعات بیشتر با شماره 2-1-1 تماس بگیرید.

برای درخواست خدمات حمایتی در محیط خانه، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید، که به پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با ایمنی در خانه خود بمانید. انواع خدمات می‌تواند شامل کمک در تهیه غذا، استحمام، لباس پوشیدن، شستشو، خرید یا حمل‌ونقل باشد.

برای هرگونه سؤال درباره صلاحیت خود در Medi-Cal، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

تلفن 1-866-613-3777 تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 7:30 صبح تا 6:30 بعدازظهر، به‌استثنای 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: CalFresh، CalWORKs، General Relief و Medi-Cal، با خدمات به زبان‌های ارمنی، کامبوجی، انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، چینی، فارسی، تاگالوگ، روسی و کره‌ای.	
TTY 711 این شماره تلفن برای اشخاص دچار مشکل شنوایی یا گفتاری است. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.	
مکاتبه <i>Los Angeles County Department of Public Social Services</i> <i>12860 Crossroads Parkway South</i> <i>City of Industry, CA 91746</i>	
وبسایت http://dpss.lacounty.gov	

K. سازمان خدمات سلامت رفتاری کانتی

در صورت برخورداری از معیارهای دسترسی، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal و خدمات اختلال سوءمصرف مواد از طریق کانتی در دسترس هستند.

تلفن 1-800-854-7771 تماس با این شماره رایگان است. برای خدمات بهداشت روانی عدد 1 و برای خدمات سوءمصرف مواد عدد 2 را فشار دهید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می‌دهیم.	
TTY 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 شبانه روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل	

برای دریافت کمک در این موارد، با سازمان سلامت رفتاری کانتی تماس بگیرید:

- سوالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان ارائه‌شده توسط کانتی
- سوالات مربوط به خدمات سوءمصرف مواد ارائه‌شده از سوی کانتی
- سازمان بهداشت روان (Los Angeles County Department of Mental Health, DMH) کانتی لس‌آنجلس به ارائه خدمات تخصصی سلامت روان می‌پردازد، از جمله خدمات سرپایی سلامت روان، توان‌بخشی روزانه یا خدمات درمان فشرده، مداخله و تثبیت در شرایط بحران، مدیریت هدفمند پرونده، خدمات پشتیبانی دارویی، خدمات درمان بزرگسالان و درمان اسکان در وضعیت بحرانی، و خدمات سیار بحران.

1. سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (California Department of Managed Health Care, DMHC) از کالیفرنیا مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC Help Center برای درخواست تجدیدنظر یا شکایت درمورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند.

تلفن	1-888-466-2219 کارکنان DMHC بین ساعات 8:00 صبح و 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	www.dmhc.ca.gov

M. برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروها

وبسایت Medicare (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) اطلاعاتی درباره جگونگی کاهش هزینه داروهای شما ارائه می‌دهد. برای افرادی که درآمد محدودی دارند، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارد که در ادامه توضیح داده شده است.

M1. کمک اضافی Medicare

از آنجا که شما واحد شرایط Medi-Cal هستید، شرایط لازم برای «کمک اضافی» Medicare را دارید و این کمک برای پرداخت هزینه‌های برنامه دارویی شما ارائه می‌شود. برای دریافت این «کمک اضافی» نیازی به انجام کاری ندارید.

تلفن	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، 24 ساعت شبانه‌روز، 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	www.medicare.gov

اگر در داروخانه احساس کردید مبلغ نادرستی برای نسخه خود پرداخت می‌کنید، برنامه ما فرایندی دارد تا به شما کمک کند مدرکی از میزان سهم پرداختی صحیح خود دریافت کنید. اگر قبلاً مدرکی از میزان صحیح پرداخت دارید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم این مدرک را با ما به اشتراک بگذارید.

- وقتی مدرکی که میزان سهم پرداختی را نشان می‌دهد دریافت کنیم، سیستم خود را به‌روزرسانی کرده تا در زمان دریافت نسخه بعدی، سهم پرداختی صحیح را پرداخت کنید. اگر بیش از سهم پرداختی خود پرداخت کنید، ما مبلغ اضافی را یا از طریق چک به شما بازپرداخت می‌کنیم یا به‌عنوان اعتبار برای سهم پرداختی‌های آینده منظور می‌کنیم. اگر داروخانه سهم پرداختی شما را دریافت نکرده و شما بدهکار هستید، ممکن است پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالت به‌حای شما هزینه را پرداخت کرده باشد، ممکن است پرداخت را مستقیماً به ایالت انجام دهیم. در صورت داشتن سؤال، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

M2. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)

برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) به افرادی که واحد شرایط این برنامه هستند و با HIV/AIDS زندگی می‌کنند، امکان دسترسی به داروهای حیاتی HIV را فراهم می‌کند. داروهای Medicare بخش D که در فهرست دارویی ADAP قرار دارند، مشمول کمک به پرداخت هزینه نسخه از طریق برنامه ADAP مختص هر ایالت می‌شوند. توجه: برای واحد شرایط بودن در برنامه ADAP ایالت خود، افراد باید شرایط خاصی را داشته باشند، از جمله ارائه مدرکی از محل اقامت ایالت و وضعیت HIV، درآمد پایین (طبق تعریف ایالت) و وضعیت بدون بیمه یا بیمه ناقص. اگر برنامه خود را تغییر دادید، به کارمند ثبت‌نام ADAP محلی خود اطلاع دهید تا بتوانید به دریافت کمک ادامه دهید. برای دریافت اطلاعات درباره شرایط صلاحیتی، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح الی 5 بعدازظهر (به‌جز تعطیلات) با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید.

M3. طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare

طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare یک گزینه پرداختی است که با پوشش دارویی فعلی شما هماهنگ می‌شود تا با تقسیم هزینه‌های پرداختی از جیب شما در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر)، به شما در مدیریت هزینه‌های داروهای تحت پوشش طرح ما کمک کند. هر کسی که برنامه دارویی Medicare یا برنامه بهداشتی Medicare با پوشش دارویی (مانند برنامه Medicare Advantage با پوشش دارویی) داشته باشد، می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. **این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت مخارج کمک کند، اما بولی برای شما صرفه‌جویی نکرده یا هزینه داروهای شما را کاهش نمی‌دهد. اگر در طرح پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌دار Medicare مشارکت می‌کنید و در همان برنامه درمانی می‌مانید، لازم نیست برای ماندن در طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare کاری انجام دهید.** «کمک اضافی» Medicare و کمک از برنامه SPAP و ADAP، برای کسانی که واحد شرایط هستند، از شرکت در این گزینه پرداخت سودمندتر است، فارغ از اینکه سطح درآمد شما چقدر است، و برنامه‌هایی با پوشش دارویی باید این گزینه پرداخت را ارائه دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، از طریق شماره تلفن پایین صفحه با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت www.medicare.gov بازدید نمایید.

N. تأمین اجتماعی

واحد شرایط بودن برای Medicare را سازمان تأمین اجتماعی تعیین می‌کند و به ثبت‌نام در Medicare رسیدگی می‌نماید.

ضروری است در صورت نقل مکان یا تغییر نشانی پستی خود، با سازمان تأمین اجتماعی تماس بگیرید و آنها را مطلع سازید.

1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. ساعات کاری: دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8:00 صبح تا 7:00 عصر. می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار آنها برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی امور به صورت 24 ساعته در روز استفاده کنید.	تلفن
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.	TTY
www.ssa.gov	وبسایت

0. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

هیئت بازنشستگی راه‌آهن (Railroad Retirement Board, RRB) یک سازمان فدرال مستقل است که برنامه‌های مزایای جامع را برای کارگران راه‌آهن کشور و خانواده‌های آن‌ها اجرا می‌کند. اگر Medicare خود را از طریق RRB دریافت می‌کنید، در صورت نقل مکان یا تغییر آدرس پستی خود، به آن‌ها اطلاع دهید. برای سؤالات درباره مزایای خود از RRB، با این سازمان تماس بگیرید.

تلفن	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با نماینده RRB عدد «0» را فشار دهید. ساعات کاری: دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعدازظهر و چهارشنبه از ساعت 9 صبح تا 12 ظهر. برای دسترسی به خط کمک خودکار RRB و دریافت اطلاعات ضبط‌شده به‌صورت 24 ساعته، از حمله در تعطیلات و آخر هفته‌ها، عدد «1» را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است. تماس با این شماره رایگان نیست.
وبسایت	www.rrb.gov

P. منابع دیگر

برنامه بازرسی کل Medicare و Medi-Cal به طور رایگان به افرادی یاری می‌رساند که در به دست آوردن یا حفظ بیمه درمانی خود با مشکل مواجه‌اند و همچنین به حل مشکلات آنها با شرکت‌های بیمه درمانی کمک می‌کند.

اگر با موارد زیر مشکل دارید:

- Medi-Cal
 - Medicare
 - برنامه درمانی شما
 - دسترسی به خدمات پزشکی
 - درخواست استیناف در خصوص خدمات ردشده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME)، خدمات سلامت روان و موارد دیگر.
 - صورت‌حساب پزشکی
 - خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)
- برنامه بازرسی کل Medicare Medi-Cal در زمینه شکایات، تجدیدنظرها و دادرسی‌ها کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه بازرسی کل 1-855-501-3077 است.

Q. Medi-Cal Dental

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

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

مزایای دندان‌پزشکی از طریق برنامه کارانه (Fee-for-Service, FFS) Medi-Cal Dental و مراقبت هماهنگ دندان‌پزشکی (Dental Managed Care, DMC) در دسترس هستند.

تلفن	1-800-322-6384 تماس با این شماره رایگان است. نمایندگان FFS طرح Medi-Cal Dental از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره تلفن برای اشخاصی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با این شماره نیاز به دستگاه تلفن خاصی است.
وبسایت	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

به‌حای کارانه Medi-Cal Dental، می‌توانید مزایای دندان‌پزشکی را از طریق طرح مراقبت‌های هماهنگ دندان‌پزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت هماهنگ 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 Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). تماس با این شماره رایگان است. اطلاعات تماس برنامه مراقبت‌های هماهنگی دندان‌پزشکی همچنین در اینجا قابل‌دسترسی هستند:

www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی 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 درباره مدیر مراقبتی‌تان، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، درمورد اینکه در صورت دریافت مستقیم صورت‌حساب بابت خدماتی که تحت پوشش ما هست چه کاری انجام دهید، و قوانین مربوط به داشتن تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME) به شما اطلاعات می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان..... 49
- B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد 49
- C. مدیر مراقبتی شما..... 51
- C1. مدیر مراقبتی چه کسی است..... 51
- C2. چگونه می‌توانید با مدیر مراقبتی خود تماس بگیرید
با خدمات اعضا به 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..... 51
- C3. چگونه می‌توانید مدیر مراقبتی خود را تغییر دهید..... 52
- D. خدمات مراقبتی از سوی ارائه‌کنندگان..... 52
- D1. دریافت مراقبت از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اصلی (PCP)..... 52
- D2. مراقبت از سوی متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان شبکه..... 55
- D3. وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود چه باید کرد..... 56
- D4. ارائه‌کننده خارج از شبکه..... 57
- E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)..... 57
- F. خدمات بهداشت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)..... 59
- F1. خدمات بهداشت رفتاری Medi-Cal خارج از طرح ما..... 59



- G. خدمات حمل‌ونقل..... 62
- G1. حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری..... 62
- G2. حمل‌ونقل غیر پزشکی..... 63
- H. خدمات تحت پوشش در شرایط اضطراری پزشکی،
در صورت نیاز فوری، یا در هنگام فاجعه..... 64
- H1. دریافت مراقبت در شرایط پزشکی اورژانسی..... 64
- H2. دریافت مراقبت‌های اضطراری در صورتی که وضعیت واقعاً اضطراری نبوده باشد..... 65
- H3. دریافت مراقبت‌های مورد نیاز فوری..... 66
- H.3. دریافت مراقبت در هنگام فاجعه..... 67
- I. اگر برای خدمات تحت پوشش مستقیماً صورتحساب دریافت کنید چه می‌شود؟..... 67
- I1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد، باید چه کاری انجام دهید..... 67
- J. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی..... 68
- J1. تعریف پژوهش بالینی..... 68
- J2. پرداخت هزینه‌های خدمات وقتی در مطالعه بالینی شرکت می‌کنید..... 68
- J3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعه‌های بالینی..... 69
- K. در یک مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی،
خدمات مراقبت درمانی شما چگونه پوشش داده می‌شود..... 69
- K1. تعریف مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی..... 69
- K2. دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی..... 69
- L. خدمات تجهیزات پزشکی بادوام (DME)..... 70
- L1. DME برای اعضای طرح ما..... 70
- L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare..... 71
- L3. مزایای دستگاه اکسیژن به‌عنوان عضو طرح ما..... 71
- L4. دستگاه اکسیژن، وقتی به Original Medicare یا طرح
Medicare Advantage (MA) دیگری می‌روید..... 72

A. اطلاعات مربوط به خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات شامل خدمات درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (long-term services and supports, LTSS)، لوازم، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات می‌شود. **خدمات تحت پوشش** شامل هر خدمتی است که بیمه ما پوشش می‌دهد. مراقبت‌های بهداشتی درمانی تحت پوشش، سلامت رفتاری، و LTSS در **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای تحت پوشش تحویلی و بدون نسخه در **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است.

ارائه‌دهندگان خدمات شامل پزشکان، پرستارها و دیگر افرادی هستند که به شما خدمات می‌رسانند و از شما مراقبت می‌کنند و از سوی ایالت دارای مجوز هستند. ارائه‌دهندگان خدمات همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مراکزی است که به شما خدمات مراقبت بهداشتی درمانی، خدمات سلامت رفتاری، لوازم پزشکی و برخی LTSS خاص ارائه می‌دهند.

ارائه‌دهندگان شبکه آن‌هایی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌کنندگان موافقت می‌کنند که مبلغ پرداختی ما را به‌عنوان کل مبلغ قابل پرداخت بپذیرند. ما هماهنگ کرده‌ایم که این ارائه‌کنندگان خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. ارائه‌کنندگان شبکه معمولاً صورت‌حساب خدمات مراقبتی که به شما ارائه می‌دهند را مستقیماً برای ما می‌فرستند. هنگامی که از یک ارائه‌کننده شبکه استفاده می‌کنید، معمولاً مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

طرح ما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و اکثر خدمات Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل برخی خدمات بهداشت رفتاری و LTSS است.

طرح ما معمولاً هزینه خدمات مراقبت بهداشتی درمانی، خدمات بهداشت رفتاری و بسیاری از LTSSها را که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. برای اینکه تحت پوشش طرح ما قرار بگیرید:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید در جدول مزایای پزشکی ما در **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا ذکر شده باشد.
- مراقبت‌ها باید **دارای ضرورت پزشکی** باشند. منظور ما از ضرورت پزشکی، خدماتی است که برای تشخیص و درمان وضعیت پزشکی شما معقول و ضروری باشند. مراقبت با ضرورت پزشکی برای جلوگیری از ابتلای افراد به بیماری‌های شدید یا ناتوانی مورد نیاز است و با درمان بیماری، ناخوشی یا آسیب، درد شدید را کاهش می‌دهد.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه‌دهنده مراقبت‌های اصلی (Primary Care Provider, PCP)** از شبکه داشته باشید که مراقبت شما را مدیریت و ارائه کند. به‌عنوان عضو برنامه درمانی، شما باید یک ارائه‌کننده شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای اطلاعات بیشتر به **بخش D1** این فصل مراجعه کنید).

- در اکثر مواقع، PCP شبکه شما یا برنامه ما باید قبل از اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست یا از سایر ارائه‌کنندگان شبکه برنامه ما استفاده کنید، به شما تأیید بدهند. به این روند، **ارجاع** می‌گویند. اگر شما معرفی‌نامه یا ارجاع دریافت نکنید، ممکن است ما خدمات را پوشش ندهیم.
- PCP‌های طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید. بدین معنی که PCP‌تان شما را به متخصصین و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی وی وابستگی دارند. یک گروه پزشکی *انحمنی متشکل از PCP‌ها و متخصصین برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هماهنگ شده است.*
- شما نیازی به ارجاع از PCP خود برای مراقبت اورژانسی یا مراقبت فوری، استفاده از ارائه‌دهنده مراقبت سلامت زنان، یا هریک از خدمات دیگر ذکرشده در **بخش D1** این فصل ندارید.

• شما باید خدمات مراقبتی خود را از ارائه‌کنندگان شبکه دریافت کنید

- (برای اطلاعات بیشتر به **بخش D** در این فصل مراجعه کنید). معمولاً، برنامه درمانی ما مراقبت‌های ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده‌ای را که با برنامه ما همکاری نمی‌کند، پوشش نمی‌دهد. این بدان معناست که شما باید برای خدمات دریافتی، هزینه کامل را به ارائه‌کننده پرداخت کنید. در اینجا چند مورد وجود دارد که این قانون شامل آنها نمی‌شود:
- ما مراقبت‌های اورژانسی یا فوری را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه پوشش می‌دهیم (برای اطلاعات بیشتر در این رابطه، به **بخش H** همین فصل بروید).
- اگر به مراقبتی نیاز دارید که برنامه ما پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه ما قادر به ارائه آن نیستند، می‌توانید مراقبت خود را از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید. برای دریافت خدمات غیراضطراری، باید محوز مربوطه را از L.A. Care Medicare Plus قبل از دریافت آن مراقبت کسب کنید. در این شرایط، ما این خدمات را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهیم. جهت اطلاعات درباره دریافت تأیید برای استفاده از ارائه‌کننده خارج از شبکه، به **بخش D4** از این فصل مراجعه کنید.
- زمانی که ارائه‌کننده شما موقتاً در دسترس نیست یا خارج از محدوده خدمات‌رسانی برنامه ما هستید، ما خدمات دیالیز کلیه را پوشش می‌دهیم.
- در بدو پیوستن به این طرح، می‌توانید تقاضا کنید همچنان به ارائه‌دهندگان خدمات فعلی خود مراجعه کنید. به‌استثنای برخی موارد، اگر بتوانیم ثابت کنیم شما با ارائه‌دهندگان در ارتباط بوده‌اید، باید این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1** از این دفترچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید. اگر با درخواست شما موافقت کنیم، می‌توانید با مراجعه به ارائه‌کنندگانی که درحال حاضر مراجعه می‌کنید برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در این مدت، مدیر مراقبتی‌تان با شما تماس خواهد گرفت تا به شما کمک کند ارائه‌کنندگانی در شبکه ما پیدا کنید که با گروه پزشکی PCP شما مرتبط هستند. پس از این دوره 12 ماهه، 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 نخواهیم داد.

سایر پوشش‌های درمانی: زمانی که همان خدمت تحت پوشش بیمه شما در دسترس است، اعضای Medi-Cal باید ابتدا از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage) استفاده کنند، زیرا Medi-Cal در این شرایط فقط به‌عنوان آخرین گزینه پرداخت عمل می‌کند. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده ثانوی نسبت به OHC عمل می‌کند و هزینه‌های محاز که توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های درمانی پرداخت نشده است را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

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 آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق L.A. Care Medicare Plus دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از حمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

C. مدیر مراقبتی شما

C1. مدیر مراقبتی چه کسی است

مدیر مراقبتی، یک پرستار یا فرد محوزدار دیگر است که شما را می‌شناسد و نیازهای بهداشتی شما را درک می‌کند. مدیر مراقبتی می‌تواند عضو گروه پزشکی شما یا L.A. Care Health Plan باشد. مدیر مراقبتی‌تان با شما، پزشک(های) شما، مراقبت‌کنندگان و سایر افرادی که در مراقبت درمانی شما مشارکت دارند در یک تیم همکاری می‌کند.

مدیر مراقبتی شما با شما همکاری می‌کند تا:

- نیازهای مراقبت‌های پزشکی شما را مرور کند
- برنامه مراقبتی شما را همراه با شما و تیم امور مراقبتی‌تان تنظیم کند
- برنامه مراقبتی شخصی‌شده شما را ایجاد کند که بر نیازها و انتخاب‌های شما متمرکز باشد
- در هماهنگی مراقبت‌هایتان از شما پشتیبانی کند
- با شما و پزشکانتان صحبت کند
- پیگیری کند تا ببیند وضعیت شما چگونه است و در صورت نیاز تغییراتی اعمال کند

C2. چگونه می‌توانید با مدیر مراقبتی خود تماس بگیرید

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



C3. چگونه می‌توانید مدیر مراقبتی خود را تغییر دهید

با خدمات اعضا به 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. خدمات مراقبتی از سوی ارائه‌کنندگان**D1. دریافت مراقبت از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اصلی (PCP)**

شما باید یک PCP برای ارائه و مدیریت خدمات درمانی خود انتخاب کنید. PCP‌های طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، شما گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف PCP، و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

در هنگام پیوستن به طرح ما، باید یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. PCP شما می‌تواند یک متخصص بیماری‌های داخلی، پزشک عمومی، متخصص کودکان یا متخصص حراحی زنان و زایمان باشد که از الزامات ایالتی برخوردار و برای ارائه خدمات پزشکی پایه آموزش دیده است. شما مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP دریافت می‌کنید. همچنین می‌توانید یک مرکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال (Federally Qualified Health Center, FQHC) به عنوان PCP خود انتخاب کنید. FQHC‌ها مراکز درمانی واقع در مناطقی هستند که تعداد ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت درمانی زیاد نیست.

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 ابتدا از PCP خود ارجاع بگیرید (به این فرایند «ارجاع» به متخصص گفته می‌شود). نمونه‌هایی از خدمات تخصصی که به ارجاع نیاز دارد:

- عکسبرداری با اشعه ایکس
- تست‌های آزمایشگاهی
- درمان‌ها
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند
- پذیرش بیمارستان
- مراقبت پیگیری

«هماهنگ‌سازی» خدمات شما شامل مشاوره با دیگر ارائه‌کنندگان 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 درمانی مورد تأیید فدرال (FQHC) یک درمانگاه است و می‌تواند PCP شما باشد. FQHC ها 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 طرح L.A. Care Medicare Plus کار می‌کنند، با L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید یا به فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات مراجعه کنید.

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

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اصلی‌تان (PCP) شما را به متخصصان و خدماتی ارجاع می‌دهد که با گروه پزشکی، IPA یا L.A. Care Medicare Plus مرتبط هستند. اگر هم‌اکنون قرار است به متخصص مراجعه کنید، با PCP خود صحبت کنید یا با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY 711) تماس بگیرید. بخش خدمات اعضا در صورتی که برای ادامه مراقبت واحد شرایط باشید به شما کمک خواهد کرد که به آن ارائه‌کننده مراجعه کنید.

گزینه PCP شما

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

ابتدا، باید یک PCP انتخاب کنید. ممکن است بتوانید از یک متخصص به عنوان PCP خود استفاده کنید. متخصص پزشکی است که خدمات بهداشتی 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 ارائه‌کننده‌ای که در شبکه شماست و اعضای جدید قبول می‌کند دریافت کنید.

o می‌توانید ارائه‌دهنده خدمات فعلی خود را انتخاب کنید، یا

– به توصیه شخصی که مورد اعتمادتان است او را انتخاب کنید، یا

– مراجعه به مطب وی برای شما آسان است.

– اگر در انتخاب PCP به کمک نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. یا از medicare.lacare.org بازدید کنید.

در صورت داشتن سؤال درباره اینکه ما هزینه برخی خدمات پزشکی یا مراقبتی را بنابه نیاز یا تقاضای شما پرداخت خواهیم کرد یا خیر، پیش از دریافت آن خدمات یا مراقبت با خدمات اعضا تماس بگیرید.



اگر متخصص یا بیمارستانی خاصی وجود دارد که می‌خواهید استفاده کنید، بررسی کنید که آیا با گروه پزشکی PCP شما وابستگی دارند. می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* مراجعه کنید یا از خدمات اعضا پرسید تا متوجه شوید آیا PCP مورد نظر شما برای مراجعه به آن متخصص یا بیمارستان به شما ارجاع می‌دهد یا خیر.

نحوه تغییر PCP شما

شما می‌توانید در هر زمان، به هر دلیل، ارائه‌دهنده اولیه خدمات خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه برنامه ما خارج شود. اگر PCP شما شبکه ما را ترک کند، ما می‌توانیم به شما در پیدا کردن یک PCP جدید که در شبکه ما قرار دارد کمک کنیم.

برای تغییر PCP خود، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر درخواست خود مبنی بر تغییر PCP تا آن را با خدمات اعضا پیش از آخرین روز کاری ما اطلاع دهید، تغییر از اولین روز ماه بعدی اعمال خواهد شد. خدمات اعضا تایید خواهد کرد که آیا PCP مورد انتخاب شما بیماران جدید می‌پذیرد یا خیر. خدمات اعضا سوابق عضویت شما را تغییر خواهد داد تا نام PCP جدید شما نشان داده شود و تاریخ تغییر PCP جدیدتان را به شما می‌گوید. 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.

PCP‌های طرح ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است ناچار به تغییر گروه پزشکی خود هم باشید. هنگامی که برای تغییر درخواست می‌کنید، به خدمات اعضا اطلاع دهید آیا از متخصص استفاده می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری دریافت می‌کنید که نیاز به تأیید PCP داشته باشند یا نه. خدمات اعضا به شما کمک خواهد کرد تا بعد از تغییر PCP خود، همچنان مراقبت‌های تخصصی و سایر خدمات موردنیاز را دریافت کنید.

خدماتی که می‌توانید بدون گرفتن تأیید از PCP خود دریافت کنید

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

- خدمات اضطراری از ارائه‌کنندگان خدمات داخل و خارج از شبکه
- خدمات تحت پوشش فوری که نیاز به مراقبت پزشکی فوری دارند (اما اضطراری نیستند)، زمانی که شما موقتاً خارج از محدوده خدمات‌رسانی برنامه ما هستید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایط شما دریافت این خدمات از ارائه‌کنندگان شبکه نامعقول است. نمونه‌هایی از خدمات فوری شامل بیماری‌ها و آسیب‌های غیرمنتظره یا تشدید ناگهانی وضعیت‌های موجود است. ویزیت‌های روتین ارائه‌کننده با ضرورت پزشکی (مانند جکاپ سالانه) حتی اگر شما خارج از محدوده خدمات‌رسانی برنامه ما باشید یا شبکه ما موقتاً در دسترس نباشد، به‌عنوان خدمات فوری در نظر گرفته نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه از یک مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما هستید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات‌رسانی با خدمات اعضا تماس بگیرید، می‌توانیم هنگامی که در محدوده خدمات‌رسانی نیستید، در انجام دیالیز به شما کمک کنیم.

- واکسن آنفولانزا و واکسن COVID-19، و نیز واکسن‌های هیاتیت B و ذات‌الریه، مادامی که آن‌ها را از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه دریافت کنید.
- مراقبت‌های بهداشتی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این شامل موارد ذیل است: معاینه سینه، ماموگرام (اشعه ایکس از سینه‌ها)، آزمایش‌های پاپ اسمیر، و لگن مادامی که آن‌ها را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید.
- علاوه بر این، اگر عضو سرخ‌پوست آمریکایی هستید، می‌توانید بدون ارجاع از PCP درون شبکه یا تاییدیه قبلی، خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی سرخ‌پوستان مدنظرتان دریافت کنید.

D2. مراقبت از سوی متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان شبکه

- یک متخصص یعنی پزشکی که به شما برای بیماری خاص یا عضو خاصی از بدن شما خدمات درمانی ارائه می‌دهد. انواع مختلف متخصصین وجود دارند، از جمله:
- آنکولوژیست‌ها که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند
 - متخصصین قلب که از بیماران دارای مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند
 - متخصصین ارتوپد که از بیماران دارای مشکلات استخوان، مفصل یا عضله مراقبت می‌کنند

در صورت وجود ضرورت پزشکی، ارائه‌کننده خدمات‌تان به شما معرفی‌نامه برای مراجعه به یک متخصص یا دیگر ارائه‌کنندگان عضو شبکه می‌دهد تا بتوانید سلامت خود را در سطح مناسب حفظ کنید. برای برخی از ارجاع‌ها، ممکن است ارائه‌کننده خدمات شما از گروه پزشکی وابسته خود یا L.A. Care Medicare Plus پیشاپیش تأییدیه بگیرد. به این فرایند «محور قبلی» می‌گویند.

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

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

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

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



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

ارائه‌کننده شبکه‌ای که از آن استفاده می‌کنید ممکن است برنامه ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌کنندگان خدمات شبکه ما را ترک کند، شما از این حقوق و حمایت‌ها به شرح زیر برخوردار خواهید بود:

- حتی با وجود اینکه ممکن است ارائه‌کنندگان خدمات شبکه ما طی سال تغییر کنند، ما باید به شما دسترسی به ارائه‌کنندگان واحد شرایط را ارائه دهیم.
- ما به شما اطلاع خواهیم داد که ارائه‌کننده شما برنامه ما را ترک می‌کند تا فرصت داشته باشید ارائه‌کننده جدیدی انتخاب کنید.
 - اگر ارائه‌دهنده مراقبت‌های اصلی یا ارائه‌دهنده سلامت رفتاری شما برنامه ما را ترک کند، در صورتی که در سه سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر هریک از سایر ارائه‌کنندگان شما برنامه ما را ترک کنند، در صورتی که به آن ارائه‌دهنده اختصاص یافته باشید، هم‌اکنون از او مراقبت دریافت می‌کنید یا در سه ماه گذشته به او مراجعه کرده‌اید، به شما اطلاع خواهیم داد.
- ما به شما کمک خواهیم کرد تا با انتخاب یک ارائه‌دهنده واحد شرایط جدید از شبکه، مدیریت نیازهای مراقبت‌های پزشکی شما ادامه یابد.
- اگر در حال حاضر تحت درمان‌ها یا مراقبت‌های پزشکی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید که درمان‌ها یا مراقبت‌های پزشکی با ضرورت پزشکی ادامه یابد. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید به دریافت مراقبت خود ادامه دهید.
- ما اطلاعاتی درباره دوره‌های ثبت‌نام موجود و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر برنامه‌ها داشته باشید در اختیارتان قرار می‌دهیم.
- وقتی ارائه‌دهنده شبکه یا مزایا نتوانند نیازهای پزشکی شما را برآورده کنند و نتوانیم متخصص واحد شرایط درون شبکه که در دسترس شما باشد پیدا کنیم، باید یک متخصص خارج از شبکه بیابیم تا مراقبت شما را ارائه دهد. *احازه قبلی لازم است.*
- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌کنندگان شما دارد از برنامه ما خارج می‌شود، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا ارائه‌دهنده جدیدی برای مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید.
- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه‌دهنده قبلی شما را با یک ارائه‌کننده واحد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، حق دارید یک شکایت درباره کیفیت مراقبت نزد سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، یک نارضایتی درباره کیفیت مراقبت، یا هر دو را ثبت کنید. (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** مراجعه کنید.)

D4. ارائه‌کننده خارج از شبکه

وقتی تشخیص داده می‌شود که یک خدمات درمانی خاص برای تداوم درمان ضرورت پزشکی دارد و آن خدمات توسط ارائه‌کنندگان شبکه ما موجود نباشد، L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی آن عضو یک ارائه‌کننده خارج از شبکه برای آن خدمات درمانی شناسایی خواهد کرد. L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی با ارائه‌کننده خارج از شبکه یک قرارداد خاص انعقاد خواهند کرد. قبل از مراجعه به ارائه‌کننده خارج از شبکه در داخل محدوده خدمات‌رسانی L.A. Care Medicare Plus، باید اجازه قبلی دریافت کنید، به‌جز در موارد مراقبت اضطراری و خدمات فوری مورد نیاز. در صورت عدم دریافت تأییدیه اولیه پیش از دریافت خدمات از یک متخصص یا دیگر ارائه‌کنندگان خدمات، ممکن است لازم شود خودتان هزینه آن را پرداخت کنید.

اگر شما تازه به L.A. Care پیوسته‌اید و عضو یک طرح درمان فعال هستید یا از ارائه‌دهنده‌ای خدمات دریافت می‌کنید که در شبکه برنامه L.A. Care Medicare Plus نیست، L.A. Care Medicare Plus یا گروه پزشکی با ارائه‌دهنده خارج از شبکه مشخص، قرارداد ویژه‌ای منعقد خواهند کرد. برخی محدودیت‌ها اعمال می‌شود. با خدمات اعضا به 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.

اگر از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید، ارائه‌دهنده باید Medicare و/یا Medi-Cal را بپذیرد.

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

E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)

LTSS می‌تواند به شما کمک کند در منزل بمانید و از بستری شدن در بیمارستان یا اقامت در مرکز پرستاری حرفه‌ای خودداری کنید. شما از طریق برنامه ما به برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت دسترسی دارید، از جمله:

- خدمات محلی مخصوص بزرگسالان (Community Based Adult Services, CBAS)
- برنامه‌ای است که امکان مراجعه اعضا به مراکز ویژه کمک‌رسانی در زمینه نیازهای روزمره را فراهم می‌کند.

- پشتیبانی‌های جامعه محلی
 - خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
 - خدمات موقت برای افرادی که به کمک در انجام فعالیت‌های روزمره مانند نظافت منزل، آماده‌سازی غذا یا خرید مواد غذایی نیاز دارند. سایر خدمات نیز ممکن است در دسترس باشند.
 - خدمات استراحت فرجه‌ای برای مراقبان
 - این خدمت فقط برای مراقب اصلی عضو، فرصتی برای استراحت فراهم می‌کند.
 - اصلاحات مربوط به منزل
 - تغییرات فیزیکی در منزل که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری هستند.
 - خدمات انتقال به «مراکز زندگی همراه با مراقبت»
 - تسهیل انتقال از مراکز پرستاری به محیطی شبیه خانه و جامعه محلی یا جلوگیری از ورود به مرکز پرستاری. این خدمات به اعضا کمک می‌کنند تا در جامعه محلی زندگی کنند و/یا در صورت امکان از بستری شدن در مراکز مراقبتی جلوگیری شود.
- آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ
 - مراقبت قبل از مرگ، رویکردی جامع برای اعضای دارای بیماری لاعلاج است. این شامل خدمات پزشکی، پرستاری، اجتماعی، روان‌شناختی، عاطفی و معنوی می‌شود. آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ شامل مداخلاتی است که بر کیفیت زندگی تمرکز دارند، از جمله مراقبت جامع فردی.
 - برای اطلاعات بیشتر به فصل 4: جدول مزایا - خدمات تحت پوشش برای مراقبت قبل از مرگ مراجعه کنید.
- برنامه خدمات حمایتی در محیط خانه (In Home Supportive Services, IHSS)
 - IHSS یک برنامه ایالتی کالیفرنیا است که از طریق اداره خدمات اجتماعی شهرستان شما در دسترس است. IHSS مراقبت در منزل برای کمک به انجام فعالیت‌های روزمره مانند نظافت منزل، آماده‌سازی غذا یا خرید مواد غذایی فراهم می‌کند. سایر خدمات نیز ممکن است در دسترس باشند.
- مرکز مراقبت میان دوره‌ای
 - خانه‌ای در جامعه که مراقبت 24 ساعته برای اعضای دارای ناتوانی رشد فراهم می‌کند.
- مراقبت تسکینی
 - مراقبتی که بر پیشگیری، درمان و کاهش درد و سایر اثرات ناتوان‌کننده بیماری‌های حاد و مزمن تمرکز دارد.

- مراقبت مرکز پرستاری تخصصی
- LTC مراقبت‌های پزشکی، اجتماعی و فردی را برای اعضای که دارای شرایط پزشکی یا روانی هستند و نیازمند مراقبت مداوم و پیوسته می‌باشند، فراهم می‌کند.
- اگر دارای معیارهای برنامه‌های LTSS باشید، کمک می‌کنیم این خدمات را هماهنگ کنید تا تضمین شود از مراقبت و حمایت موردنیاز در منزل برخوردار شوید. برای صحبت درباره این برنامه‌ها می‌توانید با اداره LTSS تماس بگیرید یا برای صحبت درباره نیازهای مراقبت خود می‌توانید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود صحبت کنید.

F. خدمات بهداشت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)

شما حق دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری ضروری از نظر پزشکی را دارید که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار می‌گیرند. ما دسترسی به خدمات تحت پوشش Medicare و مراقبت‌های هماهنگ Medi-Cal را ارائه می‌دهیم. طرح ما خدمات بهداشت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد کانتی را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق سازمان بهداشت روانی کانتی لس‌آنجلس یا سازمان بهداشت عمومی کانتی لس‌آنجلس برای پیشگیری و کنترل سوءمصرف مواد در دسترس شما قرار دارند.

L.A. Care مسئولیت مراقبت از اختلالات خفیف تا متوسط ناشی از یک اختلال روانی را بر عهده دارد، که به آن خدمات بهداشت روان غیرتخصصی (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS) گفته می‌شود و از طریق پیمانکار L.A. Care تحت عنوان Carelon Behavioral Health ارائه می‌گردد. این خدمات عبارت‌اند از موارد زیر، ولی محدود به این موارد نخواهد بود:

- ارزیابی و درمان بهداشت روان، شامل روان‌درمانی فردی، گروهی و خانوادگی
- خدمات سرپایی که شامل تست آزمایشگاهی، داروها و لوازم می‌شود؛
- خدمات سرپایی برای نظارت بر دارو درمانی
- مشاوره روان‌پزشکی
- آزمایش روان‌شناسی برای ارزیابی عارضه سلامت روان؛
- پذیرش‌های روان‌درمانی بستری

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 (Mental Health Plan, MHP) کانتی در دسترس شماست. خدمات بهداشت روان تخصصی Medi-Cal که توسط سازمان بهداشت روان شهر لس‌آنجلس (Department of Mental Health, DMH) ارائه می‌شوند عبارت‌اند از:

- خدمات بهداشت روانی
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات مراقبت‌های ویژه روزانه

- خدمات توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در بحران
- خدمات تثبیت در شرایط بحران
- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمان اقامتی در شرایط بحرانی
- خدمات مراکز سلامت روان
- خدمات بستری روانپزشکی
- مدیریت پرونده هدفمند
- بازگشت به جامعه برای افراد با دخالت قضایی
- درمان جامعه‌محور قاطع (Assertive Community Treatment, ACT)
- درمان جامعه‌محور قاطع حقوقی (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (Coordinated Specialty Care, CSC) برای اولین دوره روان‌پریشی (First Episode Psychosis, FEP)
- خدمات باشگاه حمایتی
- خدمات ارتقایافته مددکاران بهداشت جامعه (Community Health Worker, CHW)
- اشتغال حمایت‌شده
- خدمات پشتیبانی هم‌تا
- خدمات سیار مداخله در بحران جامعه‌محور
- خدمات رفتاردرمانی
- مراقبت پرورشگاهی درمانی
- هماهنگ‌سازی مراقبت‌های ویژه
- خدمات مراقبت ویژه در منزل
- خدمات دارویی Medi-Cal ارائه‌شده توسط سازمان بهداشت عمومی لس‌آنجلس برای جلوگیری و کنترل اختلال سوءمصرف مواد (Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) عبارت‌اند از:
- خدمات درمان ویژه سرپایی
- درمان اختلال سوءمصرف مواد پیش از زایمان اقامتی
- خدمات توان‌بخشی سرپایی

- برنامه ترک مواد مخدر
 - داروهای درمان اعتیاد (همچنین معروف به درمان با کمک دارو)
- خدمات سیستم تحویل سازمان‌یافته داروهای
 کانتی لس‌آنجلس برای سوءمصرف مواد، پیشگیری و کنترل آن (DPH-SAPC)، در صورت برخورداری
 از معیارهای دریافت این خدمات در دسترس شما قرار می‌گیرد. خدمات DMC-ODS عبارتند از:
- خدمات توان‌بخشی سرپایی
 - خدمات درمان ویژه سرپایی
 - داروهای درمان اعتیاد (همچنین معروف به درمان با کمک دارو)
 - خدمات درمانی اقامتی
 - خدمات مدیریت ترک
 - برنامه ترک مواد مخدر
 - خدمات ریکاوری
 - مدیریت پرونده
 - خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
 - غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
 - خدمات توان‌بخشی سرپایی
- علاوه بر خدمات ذکرشده در بالا، در صورت داشتن معیارها، ممکن است به خدمات داوطلبانه
 سم‌زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.
- اعضای D-SNP که به خدمات بهداشت رفتاری نیاز دارند از جمله هر دو سلامت روان و خدمات
 سوء مصرف مواد مخدر می‌توانند از طریق فروشنده مراقبت‌های بهداشتی L.A. Care،
 مراقبت‌های بهداشتی Carelon، سازمان سلامت روان Los Angeles (DMH) و اداره خدمات
 بهداشتی روانی Los Angeles، سوءمصرف مواد و پیشگیری بیماری (DPH-SAPC) به خدمات
 دسترسی یابند. سیستم تحویل که اعضا می‌توانند در آن به خدمات مراقبتی دسترسی یابند
 براساس نوع و شدت علائم و اختلال است. برای دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری نیازی
 به ارجاع PCP نیست و با نقاط ورود متعدد یک رویکرد «نبود ورودی اشتباهی» برای دسترسی
 به خدمات وجود دارد. خدمتی «ضرورت پزشکی» دارد یا «از نظر پزشکی ضروری است» که برای
 محافظت از زندگی، پیشگیری از بیماری عمده یا معلولیت عمده یا تسکین درد شدید اقدامی
 منطقی و لازم باشد.
- وقتی اعضا برحسب لزوم از طریق نهادهای کانتی به خدمات بهداشت رفتاری دسترسی
 می‌یابند و زمانی که رضایت‌نامه‌های لازم و مناسب امضا شود، L.A. Care هماهنگ‌سازی خدمات
 بهداشت رفتاری را برای اعضای D-SNP تسهیل خواهد کرد. L.A. Care و نهادهای کانتی از یک
 روند بازبینی با توافق دوطرفه برای تسهیل حل و فصل به موقع اختلافات مدیریتی و بالینی
 پیروی می‌کنند.



برای خدمات بهداشت روان که تحت پوشش برنامه قرار دارند، با Caelon Behavioral Health به شماره 1-877-344-2858 تماس بگیرید.

برای خدمات بهداشت روان تخصصی، با خط کمک سازمان بهداشت روانی کانتی لس‌آنجلس به شماره 1-800-854-7771 تماس بگیرید.

برای خدمات مربوط به سوء مصرف مواد با سازمان جلوگیری و کنترل اختلال سوء مصرف مواد کانتی لس‌آنجلس، با خط تلفن راهنمایی خدمات سوء مصرف مواد (Substance Abuse Services Hotline, SASH) به شماره 1-844-804-7500 تماس بگیرید.

در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، یک نفر آماده است برای دسترسی به خدمات به شما کمک کند.

G. خدمات حمل‌ونقل

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه استفاده از ماشین، اتوبوس یا تاکسی را برای نوبت شما نمی‌دهد، حق استفاده از حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش مانند نوبت پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه ارائه کرد. اگر به حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی نیاز دارید، می‌توانید با PCP یا ارائه‌دهنده دیگر صحبت کنید و آن را درخواست کنید. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر بهترین نوع حمل‌ونقل را برای رفع نیازهای شما تعیین می‌کند. اگر به حمل‌ونقل 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، این تأیید برای مدت یک سال معتبر است. PCP شما یا ارائه‌دهنده دیگر هر 12 ماه یکبار نیاز شما به حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری را برای تمدید تأیید مجدد، مورد ارزیابی قرار خواهد داد.

حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی شامل آمبولانس، ون اصلاح شده، ون ویلچردار یا حمل‌ونقل هوایی است. L.A. Care Medicare Plus امکان حمل‌ونقل تحت پوشش با کمترین هزینه و مناسب‌ترین حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی را برای نیازهای پزشکی شما در زمانی که به وسیله نقلیه برای رفتن به نوبت خود نیاز دارید، فراهم می‌کند. برای مثال اگر شما از لحاظ جسمانی یا پزشکی بتوانید از ون صندلی جرخدار استفاده کنید، L.A. Care Medicare Plus هزینه حمل با آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. شما تنها در صورتی برای حمل‌ونقل هوایی واجد شرایط هستید که استفاده از هرگونه وسیله حمل‌ونقل زمینی به دلیل عارضه پزشکی شما غیرممکن باشد.

وسایل حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی باید در موارد زیر استفاده شود:

- طبق محوز کتبی PCP یا ارائه‌دهنده دیگر، شما از نظر فیزیکی یا پزشکی به آن نیاز دارید زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به نوبت خود استفاده کنید.
- شما برای رفت‌وآمد به منزل، ماشین یا محل مداوای خود به واسطه معلولیت جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز دارید.

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی

L.A. Care Medicare Plus کمترین هزینه حمل‌ونقل پزشکی را پوشش می‌دهد که نیازهای پزشکی شما را از خانه‌تان تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده که در آن نوبت در دسترس است، برآورده کند. اگر Medicare یا Medi-Cal خدمات را پوشش ندهند، حمل‌ونقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع ویزیت شما تحت پوشش Medi-Cal است ولی تحت پوشش طرح درمانی نیست، L.A. Care Medicare Plus در برنامه‌ریزی برای حمل‌ونقل به شما کمک خواهد کرد. فهرستی از خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه راهنما آمده است. حمل‌ونقل در خارج از شبکه L.A. Care Medicare Plus یا محدوده خدمات‌سانی تحت پوشش نیست، مگر اینکه از قبل محاز شمرده شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیر پزشکی

مزایای حمل‌ونقل غیرپزشکی شامل رفت‌وآمد به نوبت شما برای خدماتی است که توسط ارائه‌دهنده شما محاز شمرده شده است. شما می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای از خدمات حمل‌ونقل استفاده کنید، زمانی که:

- رفت‌وبرگشت به نوبت برای خدمات محاز تأییدشده ارائه‌دهنده‌تان باشد، یا
 - برای دریافت داروهای تحویزی و لوازم پزشکی مراجعه می‌کنید.
- L.A. Care Medicare Plus به شما امکان می‌دهد از ماشین، تاکسی، اتوبوس یا سایر روش‌های عمومی/خصوصی برای رفتن به نوبت خود برای دریافت خدمات محازی که ارائه‌دهنده‌تان تعیین کرده است استفاده کنید. L.A. Care Medicare Plus از Call the Car برای ترتیب دادن حمل‌ونقل غیرپزشکی استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع حمل‌ونقل غیرپزشکی را پوشش می‌دهیم که نیازهای شما را برآورده می‌کند.

گاهی اوقات، می‌توانید هزینه سفر با وسیله نقلیه شخصی که خودتان ترتیب داده‌اید را دریافت کنید. L.A. Care Medicare Plus باید این موضوع را **پیش** از گرفتن سرویس تأیید کند و شما باید به ما بگویید که چرا نمی‌توانید به روش دیگری، مثل استفاده از اتوبوس، سرویس بگیرید. می‌توانید این موضوع را از طریق تماس تلفنی به ما اطلاع دهید. **اگر خودتان رانندگی کنید، نمی‌توانید هزینه را بازپس بگیرید.**

بازپرداخت مسافت پیموده‌شده به تمام موارد زیر نیاز دارد:

- گواهینامه رانندگی راننده.
- کارت وسیله نقلیه راننده.
- ارائه گواهی بیمه ماشین برای راننده.

برای درخواست حمل‌ونقل برای خدماتی که تأیید شده‌اند، با L.A. Care Medicare Plus به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، حداقل دو روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از نوبت خود تماس بگیرید. برای **ویزیت‌های فوری**، هر چه سریع‌تر تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی عضویت خود را هنگام تماس آماده داشته باشید. همچنین در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر می‌توانید تماس بگیرید.

توجه: اعضای سرخ‌پوست می‌توانند برای درخواست حمل‌ونقل غیرپزشکی با کلینیک سلامت سرخ‌پوستان تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل‌ونقل غیرپزشکی

برنامه درمانی L.A. Care Medicare Plus کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل غیرپزشکی را فراهم می‌سازد که در مسیر منزلتان تا نزدیک‌ترین ارائه‌کننده که وقت ملاقات در آن موجود است، برآورده‌کننده نیازهایتان باشد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید و یا مستقیماً بازپرداخت دریافت کنید.**

حمل‌ونقل غیرپزشکی در موارد زیر اعمال نمی‌شود:

- یک آمبولانس، ون اصلاح‌شده، ون ویلچردار، یا سایر اشکال حمل‌ونقل پزشکی غیر اورژانسی برای رسیدن به یک خدمات مورد نیاز باشد.
- شما برای رفت و برگشت به منزل، ماشین یا محل مداوا به واسطه عارضه جسمانی یا روانی به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- از صندلی جرخدار استفاده کنید و نتوانید بدون کمک راننده از خودرو پیاده یا به آن سوار شوید.
- این خدمت تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal قرار نمی‌گیرد.

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

H1. دریافت مراقبت در شرایط پزشکی اورژانسی

اورژانس پزشکی وضعیتی پزشکی است با علائمی مانند بیماری، درد شدید، مصدومیت جدی، یا وضعیتی پزشکی که به سرعت در حال بدتر شدن است. این وضعیت آن‌قدر جدی است که اگر فوراً مراقبت‌های پزشکی دریافت نشود، شما یا هر فردی با دانش متوسط در زمینه بهداشت و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که نتیجه آن به شکل زیر باشد:

- این وضعیت ممکن است موجب ایجاد خطر جدی برای جان شما یا جان فرزند متولد نشده‌تان شود؛ یا
- این وضعیت ممکن است باعث از دست رفتن یا آسیب جدی به عملکردهای بدنی شود؛ یا
- این وضعیت ممکن است باعث اختلال جدی در هر عضو یا بخش بدن شود؛ یا

- در مورد زنان باردار که در شرف وضع حمل هستند، هنگامی که:
 - وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود ندارد.
 - 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 از نزدیک‌ترین بخش اورژانس یا بیمارستان استفاده کنید. در صورت نیاز به آمبولانس زنگ بزنید. شما نیازی به دریافت تأییدیه یا دریافت معرفی‌نامه از PCP خود **ندارید**. لازم نیست حتماً از ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید. شما می‌توانید هر زمان که نیاز داشتید، مراقبت‌های پزشکی اضطراری تحت پوشش را در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمروهای آن و از هر ارائه‌کننده‌ای که محوز ایالتی مناسب دارد دریافت کنید، حتی اگر جزء شبکه ما نباشد.
- **هر چه سریع‌تر، وضعیت اضطراری خود را به برنامه درمانی ما اطلاع دهید.** ما پیگیری مراقبت‌های اضطراری شما را انجام می‌دهیم. شما، مدیر مراقبت خود یا شخصی دیگر باید معمولاً ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرد و درباره مراقبت‌های اضطراری شما اطلاع دهد. با این حال، اگر در اطلاع دادن به ما تأخیر بیندازید، هزینه‌ای برای خدمات اضطراری پرداخت نخواهید کرد. با خدمات اعضا به شماره 1-833-522-3767 در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از حمله روزهای تعطیل، تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در یک وضعیت اضطراری پزشکی

برنامه درمانی ما خدمات آمبولانس را در شرایطی پوشش می‌دهد که رسیدن به اورژانس به هر روش دیگری بتواند سلامت شما را به خطر بیندازد. ما همچنین خدمات پزشکی را در طول وضعیت اضطراری پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی که مراقبت‌های اضطراری را به شما ارائه می‌دهند، تصمیم می‌گیرند که وضعیت شما پایدار شده و وضعیت اضطراری پزشکی پایان یافته است. آن‌ها به درمان شما ادامه می‌دهند و در صورت نیاز به مراقبت‌های بعدی جهت بهبودی، برای برنامه‌ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

برنامه Medicare خدمات پزشکی اورژانسی در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

برنامه درمانی ما مراقبت‌های پیگیری شما را پوشش می‌دهد. اگر خدمات اضطراری خود را از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید، سعی خواهیم کرد از ارائه‌دهندگان خدمات شبکه خواهیم در اسرع وقت مراقبت شما را بر عهده بگیرند.

دریافت مراقبت‌های اضطراری در صورتی که وضعیت واقعاً اضطراری نبوده باشد

گاهی اوقات تشخیص اینکه مورد اضطراری است یا نه دشوار است. ممکن است برای مراقبت‌های اضطراری مراجعه کنید و پزشک بگوید وضعیت واقعاً اضطراری نبوده است. اگر دلیل منطقی داشته باشید که فکر کنید خطر جدی وجود داشته است، ما مراقبت درمانی شما را پوشش می‌دهیم.

با وجود این، وقتی پزشک تشخیص دهد که مورد اضطراری نبوده است، ما فقط در صورت موارد زیر مراقبت اضافی شما را پوشش می‌دهیم:

- به یک ارائه‌دهنده عضو شبکه مراجعه کرده باشید، یا
- مراقبت‌های اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت‌های موردنیاز فوری» محسوب شوند و شما برای دریافت آن مقررات را رعایت کنید. به بخش بعد مراجعه کنید.

H2. مراقبت‌های موردنیاز فوری

منظور از خدمات مراقبتی موردنیاز فوری خدماتی است که شما برای شرایطی دریافت می‌کنید که اضطراری نیست، اما نیاز به مراقبت فوری دارند. برای مثال، ممکن است شرایط کنونی بیماری‌تان وخامت یابد یا بیماری یا مصدومیت پیش‌بینی نشده داشته باشید.

مراقبت‌های موردنیاز فوری در محدوده خدمات‌رسانی طرح ما

ما خدمات مراقبت‌های موردنیاز فوری را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که:

- شما این خدمات مراقبتی را از یک ارائه‌کننده عضو شبکه دریافت کنید، و
- مقررات ذکرشده در این فصل را رعایت کنید.

اگر با توجه به زمان، مکان یا شرایط، 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

- برای یافتن یک مرکز مراقبت فوری در نزدیکی خود، لطفاً با شماره 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، تماس بگیرید.

مراقبت‌های موردنیاز فوری خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما

اگر خارج از منطقه خدماتی طرح باشید، شاید نتوانید از مراقبت ارائه‌دهنده شبکه بهره‌مند شوید. در این صورت، طرح ما مراقبت موردنیاز فوری را از هر ارائه‌دهنده‌ای که دریافت کنید پوشش می‌دهد. با این حال، مراجعات معمولی ارائه‌کننده که از نظر پزشکی ضروری هستند، مانند جکاپ‌های سالانه، حتی اگر خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا شبکه برنامه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد، به‌عنوان مراقبت موردنیاز فوری در نظر گرفته نمی‌شوند.

برنامه L.A. Care Medicare Plus پوشش فوری در سراسر جهان را در هر مکانی خارج از ایالات متحده ارائه می‌دهد. ما مجموع هزینه اضطراری/فوری را تا سقف \$10,000 پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

برنامه درمانی ما مراقبت موردنیاز فوری یا هر مراقبت غیراضطراری دیگری که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت می‌کنید را پوشش نمی‌دهد.

H3. مراقبت در هنگام فاجعه

اگر فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی، یا رئیس جمهور ایالت متحده اعلام کند که در منطقه جغرافیایی شما فاجعه یا وضعیت اضطراری ایجاد شده است، شما همچنان حق دریافت خدمات از طرح ما را خواهید داشت.

برای اطلاعات درباره نحوه دریافت مراقبت‌های لازم در زمان بلایای اعلام‌شده، به وبسایت ما مراجعه کنید: medicare.lacare.org.

در طول یک فاجعه اعلام‌شده، اگر نتوانید از یک ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، می‌توانید مراقبت‌های پزشکی خود را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه با نرخ تقسیم هزینه داخل شبکه دریافت کنید. اگر نتوانید از یک داروخانه شبکه در طول یک فاجعه اعلام‌شده استفاده کنید، می‌توانید داروهای نسخه‌دار خود را از یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

1. اگر برای خدمات تحت پوشش مستقیماً صورتحساب دریافت کنید چه می‌شود؟

اگر برای خدمات تحت پوشش مبلغی بیش از مبلغ تقسیم هزینه طرحتان پرداخت کرده‌اید یا صورتحساب کل هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش را دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از نحوه اقدام به **فصل 7** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

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

1.1. اگر طرح ما خدمات را پوشش ندهد، باید چه کاری انجام دهید

برنامه درمانی ما تمام خدمات زیر را پوشش می‌دهد:

- خدماتی که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده‌اند، و
- خدماتی که در جدول مزایای برنامه درمانی ما ذکر شده‌اند (به **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید)، و
- خدماتی که بتوانید با رعایت مقررات طرح به آن‌ها دسترسی داشته باشید.

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

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

فصل 9 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا توضیح می‌دهد که اگر بخواهید برنامه ما یک خدمت یا آئتم پزشکی را پوشش دهد، چه کاری باید انجام دهید. همچنین به شما درباره چگونگی طرح

درخواست تجدیدنظر بر علیه تصمیم ما اطلاعاتی می‌دهد. برای آگاهی بیشتر نسبت به حقوق مربوط به اقامه استیناف با خدمات اعضا تماس بگیرید.

ما برای برخی از خدمات تا حد خاصی پرداخت می‌کنیم. اگر شما از این حد بگذرید، مابقی هزینه را برای دریافت چنین خدماتی خودتان پرداخت می‌کنید. برای محدودیت‌های خاص مزایا، به **فصل 4** مراجعه کنید. برای اطلاع از محدودیت‌های مزایا و میزان استفاده شما از آن‌ها، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

1. پوشش خدمات مراقبت درمانی در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی

1.1 تعریف پژوهش بالینی

L.A. Care هزینه‌های مراقبت روتین از بیمار را برای بیماران پذیرش‌شده در آزمون‌های بالینی، از جمله کارآزمایی‌های بالینی برای سرطان که در <https://clinicaltrials.gov> ذکر شده است، پوشش می‌دهد. Medi-Cal Rx، که بخشی از خدمات کارانه Medi-Cal (Fee-For-Service, FFS) است، اکثر داروهای تحویزی سرپایی را پوشش می‌دهد.

منظور از تحقیقات بالینی (که آزمایش بالینی هم خطاب می‌شود) روشی است که پزشکان به منظور آزمایش انواع جدید مراقبت درمانی و داروها انجام می‌دهند. یک پژوهش تحقیقاتی بالینی که توسط Medicare تأیید شده باشد، معمولاً از داوطلبان برای شرکت در مطالعه دعوت می‌کند. وقتی در یک پژوهش تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید، می‌توانید در برنامه درمانی ما باقی بمانید و ادامه مراقبت‌های دیگر خود (مراقبت‌هایی که به پژوهش مربوط نمی‌شوند) را از طریق برنامه ما دریافت کنید.

اگر می‌خواهید در یک مطالعه بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به اطلاع‌رسانی به ما یا دریافت تأییدیه از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود **ندارید**. ارائه‌دهندگانی که به عنوان بخشی از آن تحقیقات به شما خدمات مراقبتی ارائه می‌دهند، لازم نیست عضو شبکه باشند. این موضوع شامل مزایای تحت پوشش که نیاز به کارآزمایی بالینی یا ثبت نام برای ارزیابی مزیت دارند نمی‌شود، از جمله برخی مزایا که نیازمند پوشش با توسعه شواهد (National Coverage Determinations requiring Coverage with Evidence Development, NCDs-CED) و مطالعات معافیت دستگاه‌های تحقیقاتی (investigational device exemption, IDE) هستند. این مزایا همچنین ممکن است مشمول اجازه قبلی و سایر قوانین برنامه درمانی باشند.

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

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت کنید که برای ثبت نام شده‌ها تحت پوشش Original Medicare است، شما یا مدیر مراقبت شما باید با خدمات اعضا تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید در کارآزمایی بالینی حضور خواهید داشت.

2. پرداخت هزینه‌های خدمات وقتی در مطالعه 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.

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به [medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org) مراجعه کنید.



هنگامی که به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare می‌پیوندید، اکثر موارد و خدماتی که به‌عنوان مشارکت در آن مطالعه دریافت می‌کنید، پوشش داده می‌شود. اینها عبارت‌اند از:

- اتاق و اقامت در بیمارستان که اگر در پروژه تحقیقاتی نبودید Medicare هزینه آنها را پرداخت می‌کرد
 - عمل جراحی یا فرآیند پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی است
 - درمان هر نوع عوارض جانبی و مشکلاتی که در رابطه با خدمات درمانی جدید پیش بیاید
- اگر جزء پروژه مطالعاتی باشید که مورد تأیید Medicare **نباشد**، خودتان هرگونه هزینه ناشی از شرکت در آن پروژه را متقبل می‌شوید.

3. کسب اطلاعات بیشتر درباره مطالعه‌های بالینی

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

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 شماست، 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 غیرپزشکی مراقبت درمانی) است.

K2. دریافت مراقبت از مؤسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات از یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی، باید یک سند حقوقی امضا کنید که در آن گفته شده است شما با دریافت خدمات درمانی «غیراستثنایی» مخالف هستید.

- درمان پزشکی «غیراستثنایی» هر مراقبت یا درمانی است که به‌صورت **داوطلبانه و بدون الزام قانونی انجام شود و توسط هیچ قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نباشد.**

- درمان پزشکی «استثنایی» هر مراقبت یا درمانی است که **داوطلبانه نبوده و تحت**



قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزامی باشد.

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

- مؤسسه ارائه‌دهنده خدمات باید مورد تأیید Medicare باشد.
- برنامه درمانی ما فقط جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
- اگر خدماتی را از این مؤسسه دریافت می‌کنید که در یک مرکز به شما ارائه می‌شود:
 - باید سلامتی شما دچار مشکل شده باشد که طبق آن قادر به دریافت تحت پوشش خدمات درمانی با بستری در بیمارستان یا تسهیلات پرستاری حرفه‌ای باشید.
 - باید پیش از پذیرش در این مؤسسه از ما تأییدیه 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 اعضای طرح ما

DME شامل برخی اقلام با ضرورت پزشکی است که توسط ارائه‌کننده تحویز شده‌اند، مانند ویلچرها، جوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، ملزومات دیابتی، تخت‌های بیمارستان تحویز شده توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل، پمپ‌های انفوزیون درون‌وریدی (intravenous, IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و ملزومات اکسیژن، مهپاش‌ها/افشانه‌ها و واکرها.

شما مالک برخی از اقلام DME هستید، مانند پروتزها.

سایر انواع DME که باید اجاره کنید به عنوان عضو برنامه درمانی ما، معمولاً مالک اقلام DME اجاره‌ای **نخواهید بود**، فارغ از اینکه مدت زمان اجاره آن‌ها چقدر است.

در برخی شرایط محدود، مالکیت اقلام DME به شما منتقل می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن‌های پایین صفحه 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**.

برنامه Medicare معمولاً فقط هزینه تجهیزات پزشکی مورد استفاده در خانه را پرداخت می‌کند. اما Medicare می‌تواند برای پرداخت هزینه تجهیزات مورد نیازتان در خارج از خانه، مثلاً در محله، نیز به شما کمک کند.

1.2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

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

اگر دیگر تحت پوشش Medi-Cal نباشید، برای مالکیت اقلام DME باید 13 پرداخت متوالی بر اساس Original Medicare، یا تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید، چنانچه:

- طی دورانی که عضو برنامه ما بودید DME به تملک شما در نیامد و
 - برنامه درمانی ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را از هر برنامه درمانی دیگر در برنامه Original Medicare یا MA دریافت می‌کنید.
- اگر DME را بر اساس برنامه Original Medicare یا یک برنامه MA قبل از پیوستن به برنامه ما پرداخت‌هایی را انجام داده باشید، آن پرداخت‌های Original Medicare یا MA جزء پرداخت‌های ضروری پس از ترک برنامه ما محسوب نخواهد شد.
- برای اینکه مالک DME شوید، باید 13 پرداخت متوالی جدید را بر اساس Original Medicare انجام دهید، یا باید تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید.
 - موارد استثنایی برای زمانی که به Original Medicare یا یک برنامه MA بر می‌گردید وجود ندارد.

1.3. مزایای دستگاه اکسیژن به عنوان عضو طرح ما

اگر واحد شرایط دریافت تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید، ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- اجاره دستگاه اکسیژن
 - تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
 - لوله‌ها و لوازم مرتبط به تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
 - نگهداری و تعمیر دستگاه اکسیژن
- اگر استفاده از دستگاه اکسیژن دیگر ضرورت پزشکی نداشته باشد، یا اگر از برنامه درمانی ما خارج شوید، باید دستگاه اکسیژن را بازگردانید.

1.4. 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 تأمین‌کننده کرایه کنید. اجاره‌بهای ماهانه شما شامل دستگاه اکسیژن و امکانات و خدمات پیش‌گفته خواهد بود. اگر همچنان در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام باشید، Medicare و Medi-Cal این هزینه‌ها را پوشش می‌دهند.

اگر استفاده از دستگاه اکسیژن پس از دوره اجاره 36 ماهه ضرورت پزشکی داشته باشد، تأمین‌کننده شما باید موارد زیر را فراهم کند:

- دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات مرتبط به مدت 24 ماه دیگر
- دستگاه اکسیژن و امکانات 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:
 - تأمین‌کننده، دیگر الزامی برای تأمین آن نخواهد داشت و شما می‌توانید دستگاه دیگری را از تأمین‌کننده دیگری تهیه کنید.
 - دوره 5 ساله جدیدی آغاز می‌شود.
 - آن را به مدت 36 ماه از یک تأمین‌کننده کرایه می‌کنید.
 - تأمین‌کننده 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 جرخه جدید آغاز می‌شود.

اگر استفاده از دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد و شما طرح بیمه ما را ترک کنید و به یک طرح بیمه MA دیگر بروید، این طرح باید حداقل موارد تحت پوشش Medicare را برای شما پوشش دهد. می‌توانید از طرح MA جدیدتان پرسید کدام دستگاه‌ها و تجهیزات اکسیژن را با چه هزینه‌هایی پوشش می‌دهد.

فصل 4: نمودار مزایا

مقدمه

این فصل به شما اطلاعاتی درباره خدماتی که برنامه ما پوشش می‌دهد و هرگونه محدودیت یا سقف موجود بر این خدمات ارائه می‌دهد. همچنین مزایایی که تحت پوشش برنامه ما نیست را به شما اطلاع می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در فصل آخر دفترچه اطلاعاتی اعضا 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 دیگر 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 ایجاد نخواهد شد. اگر سؤالی دارید، لطفاً از طریق شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، با ما تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش.....	74
B. قوانین مقابله با ارائه‌کنندگانی که بابت خدمات از شما پول مطالبه می‌کنند	74
C. درباره جدول مزایای طرح ما	74
D. جدول مزایای طرح ما	78
آنچه شما پرداخت می‌کنید.....	78
خدمات تحت پوشش.....	78
E. پشتیبانی‌های محلی.....	138
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما	140
F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT).....	141
F2. Medi-Cal Dental.....	141
F3. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)	142
F4. 1915(c) برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)	143
F5. ارائه خدمات سلامت رفتاری کانتی در خارج از طرح ما (خدمات سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد)	146
G. مزایای خارج از پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal.....	148



A. خدمات تحت پوشش

این فصل شما را با خدماتی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد آشنا می‌کند. شما همچنین از خدماتی مطلع می‌شوید که تحت پوشش نیستند. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** از این *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* آمده است. این فصل همچنین توضیحاتی درباره محدودیت‌های قابل اعمال بر برخی خدمات ارائه می‌دهد.

به دلیل استفاده از Medi-Cal، مادامی که قوانین این طرح را رعایت کنید نیازی به پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش ما نخواهید داشت. برای جزئیات مربوط به قوانین برنامه ما، به **فصل 3** از این *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* مراجعه کنید.

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

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

ما به ارائه‌کنندگان خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات تحت پوشش شبکه برای شما صورت‌حساب صادر کنند. پرداخت به ارائه‌کنندگان 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 ارائه‌دهندگان خدمات، از مبلغی که ارائه‌دهنده برای آن خدمات مطالبه می‌کند، کمتر باشد، این موضوع هنوز صادق است.

شما هیچ‌وقت نباید از یک ارائه‌دهنده بابت خدمات تحت پوشش صورت‌حساب دریافت کنید. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید، به **فصل 7** از این *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* مراجعه کرده یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای طرح ما

نمودار مزایا نشان دهنده خدماتی است که هزینه آن‌ها توسط طرح ما پرداخت می‌شود. در این فهرست، خدمات تحت پوشش به ترتیب الفبایی ارائه و توضیح داده می‌شود.

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

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را مطابق با قوانینی که توسط Medicare و Medi-Cal تعیین شده است، ارائه می‌دهیم.
- این خدمات (شامل خدمات مراقبت پزشکی، بهداشت رفتاری و سوء مصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، وسایل، تجهیزات، و داروها) باید از نظر پزشکی ضرورت داشته باشد. 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. آن دسته از خدمات درمانی می‌شود از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری پیشگیری می‌کند نیز شامل آن می‌شود. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند.

- برای اعضای جدید، در 90 روز اول ممکن است شما را ملزم نکنیم که برای هرگونه دوره فعال مداوا تأییدیه قبلی بگیرید، حتی اگر آن دوره مداوا مربوط به نوعی خدمات باشد که با یک ارائه‌کننده خارج از شبکه شروع شده است.
- این خدمات از سوی یکی از اعضای شبکه ارائه‌دهندگان خدمات به شما عرضه می‌شود. ارائه‌کننده خدمات شبکه ارائه‌کننده خدماتی است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبت‌های پزشکی که از یک ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد مگر اینکه این مراقبت اضطراری باشد یا مراقبت فوری و لازم، یا اینکه برنامه درمانی شما یا یکی از ارائه‌کنندگان شبکه شما را ارجاع داده باشد. **فصل 3** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا شامل اطلاعات بیشتری را درمورد استفاده از خدمات ارائه‌کنندگان عضو شبکه و خارج از شبکه در اختیار شما قرار خواهد داد.
- شما یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (primary care provider, PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت‌های پزشکی شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما باید پیش از استفاده از یک ارائه‌کننده دیگر که PCP شما نیست یا استفاده از سایر ارائه‌کنندگان در شبکه برنامه درمانی ما، به شما اجازه قبلی بدهد. به این فرایند ارجاع می‌گویند. **فصل 3** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا شامل اطلاعات بیشتری درباره دریافت ارجاع و زمان‌هایی است که به آن نیاز ندارید.
- ما برخی خدمات ذکرشده در جدول مزایا را تنها در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان شبکه ابتدا اجازه قبلی ما را دریافت کنند. این تأییدیه، اجازه قبلی (Prior Authorization, PA) نامیده می‌شود. ما خدمات تحت پوشش را در جدول مزایا که نیاز به PA دارند، با ستاره (*) علامت‌گذاری می‌کنیم.
- اگر طرح شما تأییدیه یک درخواست PA را برای یک روند درمان ارائه کند، تأییدیه باید تا مدتی که از نظر پزشکی معقول و ضروری است، معتبر باشد تا از توقف مراقبت بر اساس معیارهای پوشش، سابقه درمانی شما و توصیه‌های ارائه‌دهنده معالج اجتناب شود.
- اگر شما مزایای Medi-Cal خودتان را ظرف 3 ماه از دوره فرضی استمرار صلاحیت از دست بدهید، مزایای Medicare شما در این طرح ادامه خواهند یافت. با این حال، خدمات Medi-Cal شما ممکن است پوشش داده نشوند. برای اطلاعات بیشتر درباره صلاحیت Medi-Cal خودتان، با دفتر صلاحیت کانتی یا Health Care Options تماس بگیرید. می‌توانید مزایای Medicare خودتان را حفظ کنید، ولی مزایای Medi-Cal را نخواهید داشت.

اطلاعات مهم درباره مزایا برای اعضای که دارای برخی عارضه‌های مزمن هستند.

برای اینکه واحدشرایط SSBCI باشید، باید به یک یا چند مورد از بیماریهای مزمن (از فهرست فوق) مبتلا باشید که با معیارهای صلاحیت مطابقت داشته باشد. به علاوه، باید دچار یک مشکل سلامت جدی بلندمدت باشید که بر زندگی روزمره شما اثرگذار باشد، در خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر مشکلات سلامت عمده باشید، و در مدیریت خدمات مراقبتی خود نیاز به کمک چشمگیر داشته باشید. از پاسخهای «ارزیابی ریسک سلامت» (Health Risk Assessment, HRA) و سوابق پزشکی شما برای کمک به تعیین صلاحیتتان استفاده میشود. همچنین میتوانید از پزشکتان بخواهید درخواستی به L.A. Care ارسال کند که طبق آن عارضه(های) پزشکی موحد شرایط شما و سایر معیارهای صلاحیتی مربوط به SSBCI محرز شود. لطفاً به خاطر داشته باشید که مزایای SSBCI و صلاحیتهای شما (پس از تأیید) در پایان سال مزایا به اتمام میرسد. تنها بعضی از افراد واحدشرایط خواهند بود.

• اگر هریک از عارضه‌های مزمن ذکرشده در زیر را داشته و از معیارهای پزشکی خاصی برخوردار باشید، ممکن است واحد شرایط مزایای اضافه‌تر باشید:

- وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد
- اختلالات خود ایمنی
- سرطان
- اختلالات قلبی روقی
- نارسایی مزمن قلبی
- زوال عقل
- دیابت ملیتوس
- اضافه‌وزن، جاقی و سندرم متابولیک
- عارضه مزمن دستگاه گوارش
- بیماری مزمن کلیه (Chronic kidney disease, CKD)
- اختلالات هماتولوژیک شدید
- HIV/ایدز
- اختلالات مزمن ریه
- اختلالات بهداشت روانی مزمن و ناتوان‌کننده
- اختلالات عصبی
- سکته
- مشکلات پس از پیوند عضو

- اختلالات نقص سیستم ایمنی و سرکوب سیستم ایمنی
 - عارضه‌های مرتبط با اختلال شناختی
 - اختلالات همراه با جالشی‌های عملکردی
 - عارضه‌های مزمن که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، جشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند
 - اختلالاتی که نیاز به ادامه مداوا دارند تا افراد بتوانند عملکرد خود را حفظ کنند یا نگه دارند
 - برای اطلاعات بیشتر، به ردیف «کمک برای برخی عارضه‌های مزمن» در جدول مزایا مراجعه کنید.
 - برای اطلاعات بیشتر با ما تماس بگیرید.
- همه **یا** اکثر خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این نماد سیب 🍏 خدمات پیشگیرانه را در جدول مزایا نشان می‌دهد.

D. جدول مزایای طرح ما

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 غریبالگری آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه یک سونوگرافی تشخیصی را برای افراد در معرض خطر می‌پردازیم. برنامه درمانی ما فقط در صورتی این غریبالگری را پوشش می‌دهد که شما دارای برخی عوامل خطر باشید و از ارائه‌کننده خود برای آن ارجاع دریافت کنید.
\$0	طب سوزنی ما هزینه دو مورد طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر، پرداخت می‌کنیم. ما هزینه حداکثر 12 نوبت طب سوزنی را در بازه 90 روزه می‌پردازیم، مشروط بر اینکه شما دچار درد مزمن در ناحیه کمر، با تعریف زیر، باشید: • با دوره حداقل 12 هفته؛ • بدون دلیل مشخص (فاقد دلیل سیستمی قابل‌شناسایی، مثلاً بدون ارتباط با بیماری متاستازیک، التهابی یا عفونی)؛ • نامرتب با جراحی؛ و • نامرتب با بارداری. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	طب سوزنی (ادامه) در ضمن، اگر نشانه‌های بهبود در شما دیده شود، ما هزینه هشت جلسه طب سوزنی دیگر را برای درد پایین کمر خواهیم پرداخت. در هر سال، حداکثر 20 نوبت طب سوزنی برای درد مزمن ناحیه پایین کمر پوشش داده می‌شود. اگر وضعیت شما بهبود نیابد یا بدتر شود، طب سوزنی باید متوقف شود. الزامات ارائه‌کننده: پزشکان (همان‌طور که در بخش [1][r] 1861 قانون تأمین اجتماعی [قانون] تعریف شده است) می‌توانند طبق الزامات ایالتی قابل اجرا، طب سوزنی ارائه دهند. دستیاران پزشک (Physician assistants, PA)، پرستاران کارور (nurse practitioners, NP)/پرستاران بالینی متخصص (clinical nurse specialists, CNS) (همان‌طور که در بخش [5] [aa] 1861 قانون مشخص شده‌اند) و پرسنل کمکی، در صورتی که تمامی الزامات ایالتی قابل اجرا را رعایت کرده و داشته باشند، می‌توانند طب سوزنی ارائه دهند: • دارای مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب سوزنی یا طب شرقی از مدرسه‌ای که توسط «کمیسیون اعتبارسنجی طب سوزنی و طب شرقی» (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM) معتبر شناخته شده است؛ و، • دارای محوز کامل، فعال و بدون محدودیت برای ارائه طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو، یا قلمرو مشترک‌المنافع (به‌عنوان مثال، پورتوریکو) ایالات متحده، یا ناحیه کلمبیا باشد. پرسنل کمکی که طب سوزنی ارائه می‌دهند باید تحت سطح نظارت مناسب یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار کارور/پرستار بالینی متخصص قرار داشته باشند که طبق مقررات ما در فصل 42 از آیین‌نامه مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR)، بخش‌های 410.26 و 410.27، الزامی است.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	طب سوزنی و کایروپراکتیک روتین (تکمیلی) طرح ما حداکثر 45 نوبت ترکیبی را هر سال برای خدمات طب سوزنی، کایروپراکتیک روتین خارج از پوشش Medi-Cal و Medicare پوشش می‌دهد. در بیشتر موارد، برای دریافت خدمات تحت پوشش باید از یک ارائه‌دهنده تحت قرارداد استفاده کنید. اگر درباره نحوه استفاده از این مزیت سؤال دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. خدمات تحت پوشش طب سوزنی عبارت‌اند از: • ارزیابی و معاینه • فشاردرمانی • روش‌ها و درمان‌های پزشکی برای سندرم‌های درد • عارضه‌های اسکلتی-عضلانی • تهوع خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • ارزیابی و معاینه • معاینه تشخیصی با اشعه ایکس • درمان دستی کایروپراکتیک، روال‌ها و اقدامات درمانی • توان‌بخشی فیزیکی برای عارضه‌های اسکلتی عضلانی ستون فقرات و اندام‌ها با گزینه‌های مبتنی بر کلینیک و سلامت از راه دور
\$0	غربالگری و مشاوره سوءمصرف الکل  ما هزینه یک نوبت غربالگری سوءمصرف الکل (Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment, SABIRT) را برای بزرگسالانی که سوءمصرف الکل دارند اما به الکل وابسته نیستند، پرداخت می‌کنیم. این مورد 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 ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) و یا متخصص امور سلامت داشته باشید (به شرط اینکه توانایی حضور داشته باشید و در طول جلسات کاملاً هوشیار باشید).

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای یک وضعیت اضطراری یا غیراضطراری، شامل آمبولانس زمینی و هوایی (هواپیما و هلیکوپتر) است. آمبولانس شما را به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی که می‌تواند به شما خدمات ارائه دهد، منتقل می‌کند. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش‌های مراجعه به مراکز پزشکی برای سلامتی یا جان شما خطر داشته باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اضطراری) باید از سوی ما تأیید شود. در مواردی که اضطراری نیستند، ممکن است ما هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به قدری حاد باشد که سایر روش‌های مراجعه به مراکز پزشکی برای جان یا سلامتی شما خطر داشته باشد.
\$0	معاینه سالانه ما هزینه یک معاینه جسمانی سالانه در هر سال را علاوه بر ویزیت سالانه سلامت پرداخت می‌کنیم. یک معاینه جسمانی سالانه شامل سابقه پزشکی/خانوادگی دقیق و ارزیابی کامل از سر تا پا با معاینه حضوری است.
\$0	ویزیت سالانه تندرستی  می‌توانید یک بار در سال معاینه کامل شوید. این امر به منظور ایجاد یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری و بر اساس عوامل خطر ساز شما صورت می‌پذیرد. هزینه این معاینه را هر 12 ماه یکبار می‌پردازیم. توجه: اولین ویزیت تندرستی سالانه شما نمی‌تواند ظرف 12 ماه پس از ویزیت استقبال از ورود به Medicare انجام شود. با این حال، برای دریافت ویزیت‌های تندرستی سالانه پس از داشتن داروی Medicare بخش B به مدت 12 ماه، نیازی نیست حتماً ویزیت استقبال از ورود به Medicare را انجام داده باشید.
\$0	خدمات پیشگیرانه آسم در صورتی که آسم شما به‌طور کامل کنترل نمی‌شود، می‌توانید آموزش‌های مرتبط با آسم و همچنین ارزیابی‌های محیطی منزل را برای شناسایی عوامل تحریک‌کننده موجود در خانه دریافت نمایید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بهداشت رفتاری برنامه L.A. Care Medicare Plus پشتیبانی برای اختلالات خفیف، متوسط، یا شدید ناشی از بهداشت رفتاری ارائه می‌دهد که از طریق Carelon Behavioral Health ارائه می‌شوند. این خدمات شامل موارد زیر است، اما محدود به آن‌ها نمی‌شود: • ارزیابی و درمان سلامت روان، شامل روان‌درمانی انفرادی، گروهی و خانوادگی • خدمات سرپایی که شامل تست آزمایشگاهی، داروها و لوازم می‌شود؛ • خدمات سرپایی برای نظارت بر دارو درمانی • مشاوره روان‌پزشکی • آزمایش روان‌شناسی برای ارزیابی عارضه سلامت روان؛ • پذیرش‌های روان‌درمانی بستری برای اطلاعات بیشتر، با Carelon Behavioral Health تماس بگیرید: • از طریق تلفن: 1-800-735-2929/1-877-344-2858 TTY/TDD • برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات Carelon Behavioral Health، لطفاً به این وبسایت مراجعه کنید: www.carelonbehavioralhealth.com در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، از جمله روزهای تعطیل، یک نفر آماده است برای دسترسی به خدمات به شما کمک کند.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	کمک‌هزینه کارت اعتباری مزایا - داروی بدون نسخه (OTC) مبلغ \$110 کمک‌هزینه ماهانه، از پیش در کارت Benefits Mastercard® برای مزایای شما واریز می‌شود تا برای اقلام مورد تأیید بهداشتی و سلامت بدون نسخه (Over-the-counter, OTC) مانند داروهای ضد سرفه و سرماخوردگی، ویتامین‌ها، مسکن‌ها، بانداژ و موارد دیگر استفاده کنید. کارت و دستورالعمل‌های فعال‌سازی حدود 7 تا 10 روز پس از عضویت شما در طرح برایتان پست خواهد شد. همچنین یک کاتالوگ اقلام OTC و غذاهای سالم را از طریق پست دریافت خواهید کرد که لیست تمام اقلام تأییدشده در آن آمده است. وقتی پوشش شما آغاز و کارت فعال شود، می‌توانید شروع به ثبت سفارش کنید. ارسال کالا رایگان است و بیشتر اقلام در حدود دو روز کاری به دستتان می‌رسند. فقط اقلام تأییدشده تحت پوشش این مبلغ قرار دارند. برای اطلاع از محصولات واحد شرایط، می‌توانید از کاتالوگ چاپی استفاده کنید یا به وبسایت lacare.nationsbenefit.com مراجعه کنید. لطفاً توجه داشته باشید که وجوه مصرف‌نشده به ماه بعد منتقل نمی‌شود. برای استفاده بهینه از مزایایتان، بهتر است هر ماه از کل کمک‌هزینه استفاده کنید. دریافت این اقلام آسان است! می‌توانید از کارت نقدی Mastercard® مزایا برای خرید اقلام به صورت خرید حضوری در داروخانه‌های عضو و خرده‌فروشی‌ها، به صورت آنلاین یا تلفنی استفاده کنید. • درون فروشگاه: می‌توانید وسایل تأییدشده را از Albertsons, Walmart, Walgreens, Ralphs, Food-4-Less, CVS و فروشگاه‌های دیگر بخرید. برای یافتن فروشگاه‌های نزدیک به خود، به lacare.nationsbenefits.com مراجعه کنید. • آنلاین: برای مشاهده محصولات تأییدشده، به lacare.nationsbenefits.com بروید. اگر اولین بار است که آنلاین سفارش می‌دهید، باید با ثبت نام در پورتال Benefits Pro یا برنامه Portal یا برنامه Benefits Pro، حسابی ایجاد کنید. اگر از قبل حساب دارید، کافی است وارد آن شوید، موارد مدنظرتان را انتخاب نمایید و هرگاه آماده شدید، روی Checkout (پرداخت) کلیک کنید. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	کمک‌هزینه کارت اعتباری مزایا - داروی بدون نسخه (OTC) (ادامه) با تلفن: برای پیدا کردن محصولات که می‌خواهید سفارش دهید، کاتالوگ OTC را ببینید یا به lacare.nationsbenefits.com مراجعه کنید. برای سفارش تلفنی، لطفاً با 1-833-571-7587 (TTY: 711) تماس بگیرید. نمایندگان خدمات اعضا از ساعت 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی در دسترس هستند.
\$0	اندازه‌گیری تراکم استخوان  ما هزینه‌های مربوط به روال‌های مشخصی را برای اعضای واحد شرایط می‌پردازیم (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان و یا ابتلا به پوکی استخوان قرار دارند). با این اقدامات، تراکم و کیفیت استخوان تعیین می‌شود و همچنین از دست رفتن تراکم استخوان مشخص می‌گردد. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یکبار، یا در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر، می‌پردازیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز تقبل می‌کنیم.
\$0	غربالگری سرطان پستان (ماموگرام)  ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: - یک ماموگرام پایه بین 35 تا 39 سالگی - یک ماموگرام تشخیصی هر 12 ماه - معاینه بالینی پستان هر 24 ماه
\$0	خدمات توان‌بخشی قلبی* ما هزینه خدمات توان‌بخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را به عهده می‌گیریم. اعضا باید دارای شرایط ویژه‌ای باشند و از پزشک ارجاع دریافت کنند. ما همچنین برنامه‌های توان‌بخشی قلبی فشرده را که سنگین‌تر از برنامه‌های توان‌بخشی قلبی هستند پوشش می‌دهیم.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 ویزیت کاهش خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی (درمان بیماری‌های قلبی*) به‌منظور کاهش خطر بیماری‌های قلبی، هزینه یک ویزیت سالانه توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما را می‌پردازیم. در طول این ویزیت یا ویزیت‌ها، پزشک شما می‌تواند: • درباره استفاده از آسپرین با شما صحبت کند، • فشارخون شما را اندازه‌گیری کند، و/یا • شما را در رابطه با تغذیه صحیح راهنمایی کند.
\$0	 آزمایش‌های غربالگری مربوط به بیماری‌های قلبی‌عروقی هر پنج سال (60 ماه) یکبار هزینه‌های آزمایش خون جهت تشخیص بیماری‌های قلبی‌عروقی را می‌پردازیم. این آزمایش‌ها نواقص افزایش‌دهنده خطر بیماری‌های قلبی را نیز بررسی می‌کنند.
\$0	 غربالگری سرطان دهانه رحم و واژن ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • برای همه خانم‌ها: آزمایش‌های پاپ اسمیر و سرطان رحم هر 24 ماه یکبار • برای خانم‌هایی که در خطر بالای ابتلا به سرطان رحم یا واژن هستند: آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یکبار • برای خانم‌هایی که در سه سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرعادی داشته‌اند، و در سن بجه‌دار شدن هستند: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یکبار • برای زنان 30-65 ساله: آزمایش پاپیلوماویروس انسانی (human papillomavirus, HPV) یا آزمایش پاپ به اضافه HPV یک نوبت در هر 5 سال

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
شما هزینه کلیه خدمات و آزمایشات دیگری را که متخصص کایروپراکتیک تحویل کرده باشد (از جمله آزمایش اشعه ایکس) خودتان پرداخت خواهید کرد.	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • حابه‌حایی ستون فقرات برای هم تراز توجه: شما باید هزینه دیگر خدمات یا آزمایش‌هایی را که با دستور متخصص کایروپراکتیک انجام می‌گیرد (شامل پرتونگاری) بپردازید. برای مزایای بیشتر، نگاه کنید به: طب سوزنی و کایروپراکتیک (تکمیلی).
مبلغ تقسیم هزینه برای این خدمات متغیر است و بستگی به هریک از خدماتی دارد که طی دوره درمان ارائه می‌شود.	مدیریت عارضه مزمن و خدمات مداوا خدمات ماهانه تحت پوشش برای افرادی که با عارضه مزمن زندگی می‌کنند (درد پایدار یا مکرر که بیش از 3 ماه ماندگار است). خدمات ممکن است شامل ارزیابی درد، مدیریت دارو، و هماهنگی و برنامه‌ریزی مراقبت‌های پزشکی باشد.

آنجي پرداخت مي‌کنيد	خدمات تحت پوشش
\$0	غريبالگري سرطان روده و مقعد  ما هزينه خدمات زير را مي‌پردازيم: • كولونوسكوبي هيچ محدوديت سني حداقل يا حداكثرى ندارد و براي بيماراني كه در معرض ريسك بالا نيستند، يكبار در هر 120 ماه (10 سال) پوشش داده مي‌شود، يا 48 ماه پس از سيگموئيدوسكوبي انعطاف‌پذير قبلي براي بيماراني كه در معرض ريسك بالا براي سرطان روده بزرگ و مقعد نيستند، و يكبار هر 24 ماه براي بيماراني كه در معرض ريسك بالا هستند پس از غريبالگري كولونوسكوبي توموگرافي كامپيوتري كولون قبلي. • تصويربرداري توموگرافي كامپيوتري كولون براي بيماران 45 سال به بالا كه در معرض ريسك بالا براي سرطان روده بزرگ و مقعد نيستند، پوشش داده مي‌شود زماني كه حداقل 59 ماه از ماه انجام آخرين غريبالگري تصويربرداري توموگرافي كامپيوتري كولون گذشته باشد، يا زماني كه 47 ماه از ماه انجام آخرين غريبالگري سيگموئيدوسكوبي انعطاف‌پذير يا كولونوسكوبي گذشته باشد. براي بيماراني كه در معرض ريسك بالا براي سرطان روده بزرگ و مقعد هستند، پرداخت ممكن است براي يك غريبالگري تصويربرداري توموگرافي كامپيوتري كولون انجام شود كه پس از حداقل 23 ماه از ماه انجام آخرين غريبالگري تصويربرداري توموگرافي كامپيوتري كولون يا آخرين غريبالگري كولونوسكوبي صورت گيرد. • سيگموئيدوسكوبي انعطاف‌پذير براي بيماران 45 سال به بالا. يكبار هر 120 ماه براي بيماراني كه در معرض ريسك بالا نيستند، پس از انجام يك غريبالگري كولونوسكوبي. يكبار هر 48 ماه براي بيماراني با ريسك بالا از زمان انجام آخرين سيگموئيدوسكوبي انعطاف‌پذير يا تنقيه باريم. • غريبالگري خون پنهان مدفوع براي بيماران 45 سال به بالا. هر 12 ماه يكبار. • آزمايش DNA مدفوع جندهدفه براي بيماران 45 تا 85 سال كه معيارهاي ريسك بالا را ندارند. هر 3 سال يكبار • آزمايش‌هاي نشانگر زيستي مبتني بر خون براي بيماران 45 تا 85 سال كه معيارهاي ريسك بالا را ندارند. هر 3 سال يكبار اين مزيت در صفحه بعد ادامه مي‌يابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	غریبالگری سرطان روده بزرگ و مقعد (ادامه) • تنقیه باریم به‌عنوان هایگزین کولونوسکوپی برای بیمارانی با ریسک بالا و 24 ماه پس از انجام آخرین غریبالگری تنقیه باریم یا آخرین غریبالگری کولونوسکوپی. • آزمایشات غریبالگری سرطان روده بزرگ شامل یک نوبت کولونوسکوپی غریبالگری برای پیگیری می‌شود، البته پس از اینکه نتیجه آزمایش غیرتهاجمی غریبالگری سرطان روده بزرگ که برپایه مدفوع است و Medicare پوشش می‌دهد مثبت اعلام شود. • آزمایشات غریبالگری سرطان روده بزرگ شامل یک غریبالگری برنامه‌ریزی‌شده با سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر یا کولونوسکوپی می‌شود که طی آن اقدام به برداشتن بافت یا مواد دیگر می‌گردد، یا اقدامات دیگری در آن دخیل است که در ارتباط با همان آزمایش غریبالگری، در نتیجه آن، و در همان جلسه انجام می‌گیرد.
\$0	خدمات مددکار بهداشت جامعه محلی L.A. Care خدمات مددکار بهداشت جامعه محلی (community health worker, CHW) را برای افراد دارای توصیه‌نامه از پزشک یا دیگر کاروران مجاز، با هدف پیگیری از بروز یا پیشرفت بیماری، معلولیت، و دیگر مشکلات جسمی؛ افزایش عمر؛ و ارتقای سطح سلامت و کارآیی جسمی و روانی، پوشش می‌دهد. این خدمات ممکن است شامل موارد زیر شود: • آموزش و تربیت در زمینه سلامت، از جمله کنترل و پیگیری از بیماری‌های مزمن یا عفونی؛ مشکلات سلامت رفتاری، بارداری و دهان؛ و پیگیری از مصدومیت ارتقاء و آموزش در زمینه سلامت، شامل تعیین هدف و ایجاد برنامه‌های عملی برای رسیدگی به پیگیری و مدیریت بیماری

آنچه شما پرداخت مي‌کنيد	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات دندانپزشكي ما هزينه بعضي از خدمات دندانپزشكي، از جمله، اما نه فقط، حرم‌گيري، پر کردن و دندان مصنوعي را مي‌پردازيم. موارد خارج از پوشش ما از طريق دندانپزشكي Medi-Cal، طبق توصيف بخش G2 در زير، در دسترس است. هزينه بعضي از خدمات دندانپزشكي را زماني پرداخت مي‌کنيم که جزء حديدي ناپذير درمان خاص براي وضعيت پزشكي اصلي فرد باشد. نمونه‌ها شامل بازسازي فک پس از شکستگی يا مصدوميت، کشيدن دندان‌ها به عنوان آماده‌سازي براي مداوا با پرتو براي سرطان مربوط به فک، يا معاینات دهان پيش از پيوند عضو مي‌باشد. خدمات دندانپزشكي اضافي (تكميلي) برنامه درمانی ما خدمات و درمان‌های دندانپزشكي اضافي را پوشش مي‌دهد. اين خدمات عبارت‌اند از موارد زير که البته فقط محدود به اين موارد نخواهد بود: • خدمات پيشگيرانه ◦ معاینات دهان و دندان - 1 بار در سال ◦ حرم‌گيري - 1 بار در سال ◦ درمان فلورايد - کاربرد موضعي 1 بار در سال ◦ اشعه ايكس - 1 بار در سال • خدمات جامع ◦ ترميمي* ◦ اندودونتیکس (عصب‌کشي)* - 1 نوبت به‌ازاي هر دندان در کل عمر ه پريودنتیک (بيماري‌های لثه)* ◦ دندان‌سازي (ثابت و متحرک)* ◦ جراحی دهان/فک و صورت ◦ خدمات عمومي مکمل* طرح ما براي ارائه مزايای دندانپزشكي با Liberty Dental همکاري مي‌کند. اين مزيت در صفحه بعد ادامه مي‌يابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	خدمات دندان پزشکی (ادامه) ممکن است استثنائات و محدودیت‌های مزایا اعمال شود. در صورت ضرورت پزشکی، ممکن است استثنا لحاظ شود. لطفاً توجه داشته باشید برخی از خدمات برای تأیید محوز قبلی پیش از درمان، به بازبینی کلینیکی نیاز دارند. همراه این درخواست‌های محوز قبلی، باید مدارک خاصی ارائه گردد. این خدمات با استفاده از مدارک پیرونده ارائه شده به صورت بالینی بررسی می‌شوند تا تعیین شود آیا آن‌ها بر اساس استانداردهای صنعتی منظور گردیده‌اند و مناسب هستند و با تمام الزامات مختص چنین خدماتی طبق توصیف معیارها و رهنمودهای کلینیکی Liberty همخوانی دارند. هر درمانی که از نظر مدیر دندان پزشکی LIBERTY ضروری نباشد یا با معیارهای طرح همخوانی نداشته باشد، پوشش داده نمی‌شود. اگر اسناد مورد نیاز ارائه نشوند، این خدمات را نمی‌توان به قدر کافی بازبینی کرد و از این رو رد خواهد شد. اگر محوز قبلی به هر دلیلی رد شود، این خدمات تحت پوشش قرار نخواهند گرفت و در قبال تمام هزینه‌های مربوطه مسئول خواهید بود. روال‌های دندان پزشکی به دلایل زیباسازی یا زیبایی‌شناختی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. پوشش‌دهی محدود به خدماتی است که در جدول زمان‌بندی مزایا ذکر شده است. برای اطلاع از فهرست دقیق پوشش می‌توانید به وبسایت medicare.lacare.org مراجعه کنید یا با شماره 1-855-552-8243، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب به وقت محلی تماس بگیرید. خدماتی که طرح ما پوشش نمی‌دهد، ممکن است از طریق برنامه دندان پزشکی Medi-Cal در دسترس باشند. برای یافتن دندان پزشک شبکه می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 1-855-552-8243 تماس بگیرید یا در فهرست آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات دندان پزشکی در نشانی libertydentalplan.com/lacaremedicare جست‌وجو کنید. توصیه می‌شود قبل از دریافت خدمات دندان پزشکی، برای بررسی پوشش مزایا، با دندان پزشکتان در داخل شبکه همکاری کنید. اگر انتخابتان استفاده از یک دندان پزشک خارج از شبکه باشد، خدمات دریافتی شما تحت پوشش برنامه ما نخواهد بود. از اول ژوئیه 2026، مزایای دندان پزشکی دیگر برای اعضای که الزامات وضعیت مهاجرت قابل قبول را ندارند، در دسترس نخواهد بود.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غریبالگری افسردگی  ما هر سال هزینه یک نوبت غریبالگری افسردگی را می‌پردازیم. غریبالگری باید در محیط مراقبت‌های درمانی اولیه صورت گیرد که می‌تواند درمان و/یا ارجاعات پیگیری را ارائه کند.
\$0	غریبالگری دیابت  در صورت دارا بودن هر یک از فاکتورهای خطر ساز، ما هزینه این غریبالگری (شامل آزمایش قند خون ناشتا) را تحت پوشش قرار می‌دهیم: • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه کلسترول و تری‌گلیسرید غیرعادی (دیس لیپیدمی) • جاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد خاص مانند اضافه‌وزن همراه با سابقه خانوادگی دیابت، هزینه آزمایشات پرداخت می‌شود. هر 12 ماه پس از تاریخ آخرین غریبالگری دیابت خود ممکن است برای حداکثر دو نوبت غریبالگری دیابت واحد شرایط باشید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	 آموزش، خدمات و تجهیزات موردنیاز برای درمان خود محور دیابت* هزینه خدمات زیر برای همه بیماران دیابتی پرداخت می‌شود (صرف‌نظر از اینکه آیا انسولین مصرف می‌کنند یا خیر): • تجهیزات و مواد مصرفی موردنیاز برای پایش قند خون، شامل موارد ذیل: ◦ دستگاه اندازه‌گیری قند خون ◦ نوارهای تست قند خون ◦ لانس و سوزن‌های آن ◦ محلول‌های کنترل گلوکز برای بررسی دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های پایش • برای افراد دیابتی مبتلا به عوارض شدید پای دیابتی، هزینه خدمات زیر پرداخت می‌شود: ◦ یک حفت کفش قالب سفارشی طبی (همراه با کفی) شامل اندازه‌گیری و دو حفت کفی اضافه در هر سال، یا ◦ یک حفت کفش دیابتی، شامل فیتینگ (سایزبندی) و سه حفت کفی در هر سال (بدون احتساب کفی‌های غیرسفارشی و قابل تعویض که با این کفش‌ها عرضه می‌شود) • در برخی موارد، ما هزینه خدمات پزشکی آموزشی برای کمک به شما در مدیریت دیابت را پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اعضای مبتلا به دیابت واحد شرایط برنامه L.A. Cares About Diabetes® هستند. این یک برنامه رایگان برای کمک به اعضا در کنترل بیماری دیابت خود است، که شامل موارد زیر می‌شود: - ارسال مطالب آموزشی سلامت دیابت از طریق پست - دستورالعمل‌هایی درباره نحوه ورود به پورتال MyHIM Wellness - کلاس‌های آموزش خودمدیریتی دیابت (گزینه محازی نیز در دسترس است) این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	آموزش، خدمات و تجهیزات موردنیاز برای درمان خود محور دیابت* (ادامه) – دسترسی به متخصصان تغذیه ثبت‌شده برای: • راهنمایی شما در مورد نحوه مدیریت سطح قند خون • راهنمایی شما برای تغذیه سالم • ارائه نکات مفید در مورد نحوه صحبت با ارائه‌کننده خود درباره دیابت
\$0	خدمات همراه زائو برای افرادی که باردار هستند، ما هزینه نه ویزیت با حضور قابله در دوران قبل از زایمان و پس از زایمان و همچنین حمایت در طول زایمان و وضع حمل را پرداخت می‌کنیم. تا سقف نه خدمات مامایی اضافی پس از زایمان نیز می‌تواند ارائه شود.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه* برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)»، به فصل 12 از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • ویلچرها، شامل ویلچرهای برقی • عصای زیربغل • سیستم‌های تشک برقی • پد فشاری رطوبت‌گیر برای تشک • لوازم دیابت • تخت‌های بیمارستان که ارائه‌دهنده برای مصرف در منزل سفارش می‌دهد • بمب‌های تزریق درون‌وریدی (intravenous, IV) و آسند نگهدارنده • دستگاه‌های تولید گفتار • تجهیزات و ملزومات اکسیژن • نبولایزر • واکر • عصای استاندارد با دسته خمیده یا عصای چهارپایه و ملزومات جایگزین • کشش گردن (مدل آویزان از در) • دستگاه محرک استخوان • تجهیزات مراقبت دیالیز ممکن است اقلام دیگری پوشش داده شوند. ما هزینه همه اقلام DME دارای ضرورت پزشکی را که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه‌های آن‌ها را تقبل می‌کنند، پوشش می‌دهیم. اگر عرضه‌کننده تجهیزات ما در منطقه شما محصولات یک مارک یا تولیدکننده خاص را ندارد، می‌توانید از وی بخواهید در صورت امکان، آن را به صورت ویژه برای شما سفارش دهد.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 در صورت استفاده از خدمات اضطراری بیمارستان‌های خارج از شبکه، پس از تثبیت وضعیت بیماری، باید به یکی از بیمارستان‌های عضو شبکه منتقل شوید. بستری شما تنها در صورتی می‌توانید در بیمارستان خارج از شبکه ادامه یابد که طرح درمانی ما آن را تأیید نماید.	مراقبت‌های اضطراری منظور از مراقبت‌های اضطراری خدماتی است که: • توسط ارائه‌دهنده خدماتی ارائه شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده باشد، و • برای ارزیابی و مداوای موارد اضطراری پزشکی مورد نیاز باشد. مورد اضطراری پزشکی به معنی یک بیماری، مصدومیت، درد شدید، یا وضعیت پزشکی است که به سرعت در حال وخیم‌تر شدن است. موقعیت به قدری بحرانی است که اگر فوراً مراقبت‌های پزشکی به عمل نیاید، هر فردی با آگاهی متوسط در زمینه سلامتی و پزشکی بداند که: • این وضعیت ممکن است موجب ایجاد خطر جدی برای سلامت شما یا جان فرزند متولد نشده‌تان شود؛ یا • این وضعیت ممکن است به عملکردهای بدن صدمه شدیدی وارد کند؛ یا • این وضعیت ممکن است باعث اختلال جدی در هر عضو یا بخش بدن شود یا • می‌تواند منجر به از دست دادن یکی از اندام یا عملکرد آن شود • درمورد زنان باردار که در شرف وضع حمل هستند، هنگامی که: ◦ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود ندارد. ◦ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت یا ایمنی شما یا جنین را تهدید کند. خدمات اضطراری یا دارای ضرورت فوری در سراسر جهان بدون محوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما تا \$10,000 از هزینه‌ها را در هر سال تقویمی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی خدمات تنظیم خانواده، ارائه‌کننده دلخواهتان را انتخاب کنید - چه ارائه‌کننده عضو شبکه باشد و چه خارج از شبکه. این بدان معناست که محدودیتی در انتخاب پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه و یا مرکز تنظیم خانواده وجود ندارد. ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • معاینه و درمان پزشکی مربوط به تنظیم خانواده • آزمایش‌های تشخیصی و آزمایشگاهی تنظیم خانواده • روش‌های تنظیم خانواده (دستگاه درون‌رحمی [Intrauterine Device, IUD] و جلوگیری از بارداری درون‌رحمی [Intrauterine Contraception, IUC], تجهیزات تعبیه‌شده، تزریق، قرص ضدبارداری، پیچ یا حلقه) • وسایل تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، نوار، دیافراگم، کاپ) • خدمات باروری محدود مانند مشاوره و آموزش درباره تکنیک‌های آگاهی باروری، و/یا جلسه اولیه مشاوره سلامت، تست و درمان بیماری‌های مقاربتی (Sexually Transmitted Infections, STI) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • جلوگیری دائم از بارداری (شما باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده، به سن 21 سال رسیده باشید. شما باید یک فرم رضایت عقیم‌سازی فدرال را حداقل 30 و حداکثر 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضا کنید). • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می‌پردازیم. با وجود این، شما باید جهت استفاده از خدمات زیر به یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه مراجعه نمایید: • درمان‌های پزشکی ناباروری (این خدمات شیوه‌های مصنوعی باردارشدن را شامل نمی‌شود). • درمان ایدز و سایر بیماری‌های مرتبط با HIV • آزمایش‌های ژنتیک

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مزایای تندرستی (SilverSneakers) طرح ما یک مزیت تندرستی را از طریق SilverSneakers® ارائه می‌کند. SilverSneakers بیش از یک برنامه تندرستی سنتی است. این برنامه راهی است برای اینکه سلامتتان را بهبود بخشید و سبک زندگی دلخواهتان را داشته باشید. چه از کلاس‌های تناسب اندام گروهی و چه از ورزش‌ها یا از تجهیزات قدرتی و قلب و عروق لذت می‌برید، یا ترجیح می‌دهید در خانه فعال بمانید، SilverSneakers این فرصت را به شما می‌دهد تا سلامتتان را بهبود بخشید، اعتماد به نفس خود را به دست آورید و با انسان‌های اطرافتان ارتباط برقرار کنید. SilverSneakers دسترسی شما را به این موارد تأمین می‌کند: • شبکه ملی سالن‌های ورزش و مکان‌های محلی 1 همراه با کلاس‌های تناسب اندام گروهی 2 در مکان‌های منتخب - در هر زمان و در هر تعداد کلاس که مایل بودید، ثبت‌نام کنید • کارگاه‌ها و کلاس‌های آنلاین SilverSneakers LIVE تحت مدیریت مربیان آموزش‌دیده ویژه، ارائه‌شده در 7 روز هفته، صبح، بعدازظهر و عصر • بیش از 200 ویدئوی تمرینی آنلاین SilverSneakers با دسترسی 24 ساعته در 7 روز هفته به محض تقاضا • اپلیکیشن تلفن همراه SilverSneakers GO با برنامه‌های تمرینی قابل تنظیم و قابلیت‌های دیگر در 3 مرحله ساده آغاز کنید 1. به صورت آنلاین به SilverSneakers.com/StartHere بروید تا یک حساب آنلاین ایجاد کنید. 2. وارد حساب شوید تا شماره عضویت خود را ببینید و آن را با خود به محل کلاس ببرید. 3. همچنین می‌توانید از تمرین‌های محازی آنلاین از طریق حساب جدید خود لذت ببرید. به عنوان عضو SilverSneakers می‌توانید هزاران دلار در هزینه تدریس برای عزیزان خود صرفه‌جویی کنید، آن هم فقط با تمرین کردن در یک مرکز SilverSneakers. این کار برای شما آسان و بدون هزینه است. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً از SilverSneakers.TuitionRewards.com بازدید کنید. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	مزایای تندرستی (SilverSneakers) (ادامه) 1. مکان‌های همکار (Participating Locations, PL) تحت مالکیت یا مدیریت شرکت Tivity Health یا شرکت‌های وابسته به آن نیست. استفاده از امکانات و مراکز PL با رعایت ضوابط و شرایط عضویت ابتدایی PL امکان‌پذیر است. مراکز و امکانات در PL‌های مختلف فرق می‌کند. 2. عضویت شامل کلاس‌های ورزش گروهی با هدایت مربی SilverSneakers است. در برخی مکان‌ها، کلاس‌های دیگری نیز برای اعضا برگزار می‌شود. کلاس‌ها بسته به محلشان متفاوت هستند. SilverSneakers نشان تجاری © 2025 Tivity Health, Inc. است. کلیه حقوق محفوظ است.
	 برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های گوناگونی داریم که پیرامون بیماری‌های خاص طراحی شده‌اند: مثال‌هایی از این موارد عبارت‌اند از: • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک استعمال دخانیات و تنباکو؛ و • تلفن مشاوره پرستاری به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته در دسترس است و می‌تواند به پاسخگویی به سؤالات شما درباره علائم کمک کند، اطلاعات بهداشتی عمومی ارائه دهد و مطالب آموزش بهداشت را ارسال کند. • مشاوره تلفنی انفرادی، نوبت‌های گروهی حضوری، و کارگاه‌های سلامت آنلاین در انواع زمینه‌ها شامل تغذیه، پیشگیری از زمین خوردن، پوکی استخوان، سلامت قلب، مدیریت وزن، آسم، و پیشگیری از دیابت. • مشاوره تلفنی فردی با یک مربی بهداشت دارای مجوز. • درمان تغذیه پزشکی با متخصص مجاز تغذیه (با معرفی PCP) • پورتال سلامت و تندرستی آنلاین به نام My Health In Motion (MyHIM) که اطلاعات بهداشتی مکتوب، ویدیوها و قابلیت جست‌وجو ارائه می‌دهد • برنامه‌های آموزشی و پشتیبانی برای آسم، بیماری مزمن انسدادی ریه (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)، دیابت، دیابت با عارضه مزمن کلیوی و بارداری با ریسک بالا این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی (ادامه) - آموزش و کمک در استفاده از فناوری برای دسترسی به خدمات و اطلاعات مراقبت‌های درمانی (سواد سلامت دیجیتال) - مطالب آموزشی سلامت به زبان‌ها و فرمت‌های خوانا، شامل چاپ درشت.
\$0	خدمات شنوایی ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن را که ارائه‌کننده شما انجام دهد پرداخت می‌کنیم. با این آزمایشات، نیاز شما به درمان‌های پزشکی مشخص می‌شوند. این خدمات زمانی که از یک پزشک، شنوایی‌سنج، یا سایر ارائه‌کنندگان واحد شرایط دریافت شوند، به‌عنوان مراقبت سرپایی پوشش داده می‌شوند. ما همچنین هزینه سمک‌ها را در صورتی که پزشک یا ارائه‌دهنده دی‌صلاح دیگر تحویل کرده باشد، می‌پردازیم، از جمله: - قالب‌گیری، لوازم مصرفی و نصب - تعمیرات - اولین باتری نصب‌شده - شش ویزیت برای آموزش، تنظیم، و نصب، پس از دریافت سمک، نزد همان فروشنده - دوره آزمایشی استفاده از سمک - تجهیزات کمک‌شنیداری، دستگاه‌های هدایت استخوانی قابل نصب روی پوست - شنوایی‌سنجی مرتبط با سمک و خدمات پس از ارزیابی - با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید و ارجاع بگیرید.



آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	کمک برای برخی از عارضه‌های مزمن مزایای تکمیلی ویژه برای اشخاص مبتلا به بیماری مزمن (SSBCI) برنامه‌ای است که به افرادی دچار مشکلات جدی و بلندمدت سلامت، کمک اضافی ارائه می‌دهد. این برنامه برای آسان‌تر کردن زندگی روزمره و کمک به اعضا جهت مراقبت بهتر از سلامت‌شان در خانه طراحی شده است. اگر واحد شرایط باشید، گزینه‌های بیشتری برای هزینه کردن خواهید داشت تا از کمک‌هزینه کارت مزایای نقدی ماهانه \$110 خود که به کارت Benefits Mastercard واریز شده است، برای پرداخت اقلام تأییدشده فراتر از اقلام سلامت و تندرستی بدون نسخه (OTC) استفاده کنید. همچنین شما قادر خواهید بود هزینه موارد زیر را با این کارت پرداخت کنید: • غذاهای سالم مانند میوه‌ها، سبزیجات و غلات کامل • صورت‌حساب‌های خدمات منزل مانند برق، گاز، آب و زباله • بنزین در جایگاه سوخت برای کمک به شما تا به جایی که نیاز دارید بروید مهم: مبلغ باقیمانده از کمک‌هزینه کارت مزایای نقدی شما به ماه بعد منتقل نمی‌شود. سعی کنید هر ماه از تمام \$110 استفاده کنید تا حداکثر بهره را از مزایای اضافی خود ببرید. لطفاً توجه کنید که تنها بعضی از افراد واجد شرایط هستند. چطور واجد شرایط محسوب می‌شوید؟ باید موارد زیر را داشته باشید: • مشکلات سلامت جدی بلندمدت که بر زندگی روزمره‌تان اثر بگذارد، و • قرار داشتن در خطر بالای مراجعه به بیمارستان یا سایر مشکلات سلامت عمده، و • نیاز به کمک زیاد در مراقبت از سلامت خود، و برای اینکه واجد شرایط SSBCI باشید، باید یک یا چند عارضه مزمن داشته باشید که با معیارهای صلاحیتی مطابقت داشته باشد: • دیابت ملیتوس، • اضافه وزن، جاقی، و سندروم متابولیک،

آنچه شما پرداخت مي‌کنيد	خدمات تحت پوشش
\$0	غريالگري HIV  ما هر 12 ماه يكبار هزينه يك نوبت غريالگري HIV را براي افراد ذيل پرداخت مي‌کنيم: • افرادي كه براي غريالگري HIV درخواست كنند، يا • كساني كه در خطر ابتلا به عفونت HIV هستند. اگر باردار هستيد، ما هزينه غريالگري HIV را تا سه نوبت در طول دوره بارداري پرداخت مي‌كنيم. ما همچنين هزينه غريالگري(هاي) HIV را در صورت توصيه از سوي ارائه‌دهنده مي‌پردازيم.
	خدمات بنگاه‌هاي مراقبت در خانه* پيش از دريافت خدمات مراقبت در خانه، يك پزشك بايد نياز شما به اين خدمات را به ما اعلام كند و سپس سازمان مراقبت در خانه اين خدمات را ارائه نمايد. بايد خانه‌نشين شده باشيد، يعني ترك خانه زحمات زيادي براي شما داشته باشد. ما هزينه‌هاي خدمات زير و شايد خدمات ديگري را كه ممكن است اينجا ذكر نشده باشند، مي‌پردازيم: • خدمات پرستاري تخصصي نيمه‌وقت يا متناوب، و خدمات كمكي در خانه (تحت عنوان مزايای مراقبت درماني در خانه، خدمات پرستاري تخصصي و خدمات كمكي در خانه مجموعاً بايد کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد). • فيزيوتراپي، كاردرماني، و گفتاردرماني • خدمات پزشكي و اجتماعي • تجهيزات و لوازم پزشكي با ارائه‌دهنده‌تان صحبت كنيد و ارجاع بگيريد.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تزریق درمانی در منزل طرح ما هزینه تزریق درمانی در منزل را می‌پردازد. این درمان در منزل شامل داروها یا مواد زیستی است که از طریق سیاهرگ تزریق یا در زیر پوست استعمال می‌شود. برای تزریق در منزل به اقلام زیر نیاز خواهید داشت: • دارو یا ماده زیستی، مانند داروی ضد ویروس یا ایمونوگلوبولین؛ • وسایلی مانند پمپ؛ و • امکاناتی مانند لوله یا کاتتر. طرح ما خدمات تزریق در منزل، شامل (و نه محدود به) موارد زیر را پوشش می‌دهد: • خدمات حرفه‌ای، شامل خدمات پرستاری که طبق برنامه مراقبت به شما ارائه می‌شود؛ • آموزش اعضا که قبلاً در مزیت DME قرار نگرفته است؛ • پایش راه دور؛ و • خدمات پایش برای ارائه تزریق درمانی در منزل و داروهای تزریقی در منزل که تأمین‌کننده تزریق درمانی محاز فراهم می‌کند.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت قبل از مرگ اگر ارائه‌کننده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که وضعیت شما بیماری لاعلاج است، شما حق انتخاب آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ را دارید. منظور از پیش‌بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می‌رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند. می‌توانید از هریک از برنامه‌های آسایشگاه بیماران رو به‌مرگ موردتأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما کمک کند برنامه‌های آسایشگاهی موردتأیید Medicare را پیدا کنید، از جمله برنامه‌هایی که ما مالک آن‌ها هستیم، کنترل می‌کنیم یا در آن‌ها سهم مالی داریم. پزشک آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • داروهای مورد نیاز جهت درمان درد و دیگر نشانه‌های بیماری • مراقبت کوتاه‌مدت فرجه‌ای • مراقبت خانگی برای خدمات آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ و خدماتی که توسط Medicare بخش A یا داروی Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند و مربوط به پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما هستند، صورت‌حساب به Medicare ارائه می‌شود. • Original Medicare (به‌حای برنامه ما) هزینه‌های آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ شما و هرگونه خدمات Medicare بخش A یا داروی Medicare بخش B مرتبط با بیماری لاعلاج شما را به ارائه‌کننده آسایشگاه پرداخت خواهد کرد. طی مدتی که در برنامه آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ هستید، ارائه‌کننده خدمات آسایشگاهی شما بابت هزینه خدماتی که Original Medicare پرداخت می‌کند، برای آن‌ها صورت‌حساب صادر خواهد کرد. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
هنگامی که در یک برنامه آسایشگاهی دارای گواهی Medicare ثبت نام می‌کنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare پرداخت می‌شود، نه L.A. Care Medicare Plus. شما \$0 برای خدمات مشاوره آسایشگاه (فقط یک بار) پرداخت می‌کنید.	مراقبت قبل از مرگ (ادامه) برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما توسط Medicare بخش A یا Medicare بخش B پوشش داده نمی‌شوند: • طرح ما خدمات تحت پوشش برنامه درمانی خارج از پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را پوشش خواهد داد. ما خدمات را فارغ از اینکه به پیشروی بیماری لاعلاج شما مربوط باشند یا نباشند، پوشش می‌دهیم. شما هزینه‌ای بابت این خدمات نمی‌پردازید. برای داروهایی که ممکن است توسط مزایای Medicare بخش D طرح ما پوشش داده شوند: • داروها هیچ‌وقت توسط آسایشگاه و طرح ما همزمان پوشش داده نمی‌شوند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. توجه: اگر یک بیماری جدی داشته باشید، ممکن است برای مراقبت تسکینی واحد شرایط باشید؛ این نوع مراقبت ارائه‌دهنده مراقبت‌های بیمار محور و خانواده محور مبتنی بر تیم است که برای بهبود کیفیت زندگی شما فراهم می‌شود. همزمان با مراقبت درمانی/مرتب، می‌توانید مراقبت تسکینی دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت تسکینی مراجعه کنید. توجه: 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. طرح ما خدمات مشاوره آسایشگاه (فقط یک‌بار) را برای یک عضو دارای بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است، پوشش می‌دهد.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	واکسیناسیون  ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • واکسن‌های ذات‌الریه • واکسن آنفلوانزا، یک نوبت در هر فصل آنفلوانزا در پاییز و زمستان، با دوز تکمیلی آنفلوانزا، بنا به ضرورت پزشکی • واکسن‌های هپاتیت B در صورتی که در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید • واکسن‌های COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • سایر واکسن‌ها، به شرطی که در معرض خطر باشید و این واکسن‌ها با قوانین پوشش خدمات در Medicare بخش B همخوانی داشته باشند ما هزینه سایر واکسن‌هایی را که با مقررات پوشش Medicare بخش D همخوانی داشته باشند پرداخت خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 6 از این <i>دفتربه اطلاعاتی اعضا</i> مراجعه نمایید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0 برای دریافت خدمات بستری در بیمارستان‌های خارج از شبکه، پس از تثبیت وضعیت اضطراری باید از طرح ما محوز بگیرید.	مراقبت‌های بستری در بیمارستان* ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده باشد، پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه‌های واحدهای مراقبت ویژه، مانند واحد مراقبت‌های ویژه یا واحد مراقبت کرونری • هزینه دارو • تست‌های آزمایشگاهی • عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم مصرفی مورد نیاز جراحی و پزشکی • وسایلی همچون صندلی جرخدار • خدمات اتاق عمل و ریکاوری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات بستری برای اختلال مصرف مواد • در برخی موارد، این پیوندها: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/جند احشایی این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت‌های بستری در بیمارستان* (ادامه) اگر به پیوند نیاز دارید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی خواهد کرد تا تصمیم بگیرد آیا شما مورد مناسب برای پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند اعضا می‌توانند در منطقه محلی یا خارج از محدوده خدمات‌رسانی باشند. اگر ارائه‌دهنده پیوند محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشد، می‌توانید خدمات پیوند خود را در منطقه خودتان یا در خارج از شبکه مراقبت جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبت جامعه ما ارائه کند و شما بخواهید پیوند خود را آنجا دریافت کنید، ما هزینه‌های اسکان و سفر را برای شما و یک نفر دیگر می‌پردازیم یا ترتیبی می‌دهیم که این هزینه‌ها پوشش داده شوند. • خون، شامل نگهداری و تزریق • خدمات پزشک توجه: برای اینکه بیمار بستری شوید، ارائه‌کننده شما باید دستور دهد تا شما رسماً به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان پذیرش شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان به‌عنوان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر تردید دارید بیمار سرپایی یا بستری محسوب می‌شوید، از کارکنان بیمارستان سؤال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به برگه اطلاع‌رسانی Medicare با عنوان «مزایای بیمارستانی Medicare» مراجعه کنید. این برگه اطلاع‌رسانی در وبسایت Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا از طریق تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) قابل دریافت است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

آنچه شما پرداخت مي‌کنيد	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات بستري در بيمارستان روان‌پزشكي ما هزينه خدمات مراقبت سلامت روان را كه نياز به بستري شدن در بيمارستان دارند، پرداخت خواهيم كرد. • در صورت نياز به خدمات بستري در بيمارستان‌هاي روان‌پزشكي مستقل، ما هزينه 190 روز اول را پرداخت مي‌كنيم. پس از اين مدت، سازمان سلامت روان محلي شهر هزينه خدمات بستري روان‌پزشكي را در صورت ضرورت پزشكي مي‌پردازد. براي محوز مراقبت‌هاي طولاني‌تر از 190 روز بايد با بنگاه سلامت رواني محلي كائنتي هماهنگي شود. ◦ محدوديت 190 روزه در مورد خدمات بستري در بخش روانپزشكي بيمارستان‌هاي عمومي اعمال نمي‌شود. • اگر 65 سال به بالا داريد، ما هزينه خدمات دريافت‌شده در «انستيتوي بيماري‌هاي رواني» (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت مي‌كنيم.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	اقامت بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول یک اقامت بستری که خارج از پوشش است اگر تمام مزایای بستری خود را استفاده کرده باشید یا اگر اقامت بستری شما معقول نبوده و ضرورت پزشکی نداشته باشد، ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. البته، در موارد خاصی که مراقبت بستری پوشش داده نمی‌شود، باز هم ممکن است هزینه خدمات ارائه‌شده در دوره اقامت شما در بیمارستان یا آسایشگاه را بپردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما هزینه‌های خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند، می‌پردازیم: • خدمات پزشکی • تست‌های تشخیصی، مانند تست‌های آزمایشگاهی • عکس‌برداری با اشعه ایکس، رادیوم و درمان با ایزوتوپ، شامل مواد مصرفی و خدمات تکنسین • پانسمان جراحی • تخته شکسته‌بندی، گچ‌گیری و سایر وسایل مورد استفاده در شکستگی و دررفتگی • وسایل پروتز و اورتز، به‌جز وسایل دندانپزشکی، شامل تعویض یا تعمیر این وسایل. این‌ها دستگاه‌هایی هستند که جایگزین تمام یا بخشی از موارد زیر می‌شوند: ◦ یک عضو داخلی بدن (از جمله بافت‌های محاور)، یا ◦ عملکرد یک عضو داخلی بدن که از کار افتاده یا دچار اختلال است. • انواع بریس‌های پا، دست، کمر و گردن، فتق‌بندها و پروتزهای پا، دست و چشم. این شامل پوشش‌دهی هزینه تنظیم، تعمیر و جایگزینی در صورت لزوم به دلیل شکستگی، خرابی، گم شدن یا تغییر در شرایط شما نیز می‌باشد. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات و لوازم مصرفی بیماری‌های کلیوی ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • خدمات آموزشی بیماری‌های کلیه برای آموزش نحوه مراقبت از کلیه و کمک به شما برای تصمیم‌گیری مناسب درباره نیازهای مراقبتی خود. شما باید مبتلا به مرحله 4 بیماری مزمن کلیه باشید و پزشکتان باید شما را ارجاع داده باشد. ما هزینه شش جلسه آموزش بیماری‌های کلیوی را پرداخت می‌کنیم. • درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از محدوده خدمات‌رسانی هستند، همانطور که در فصل 3 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده شما برای این خدمات به‌طور موقت کار نمی‌کند یا غیرقابل دسترسی است. • درمان دیالیزی بستری در صورتی که در بیمارستان برای مراقبت‌های ویژه بستری شده باشید. • آموزش‌های خود دیالیزی، شامل آموزش انجام درمان‌های دیالیزی در خانه به شما و سایر بستگانی که به شما کمک می‌کنند • تجهیزات و لوازم مصرفی دیالیز خانگی • برخی خدمات پشتیبانی خانگی مانند ویزیت‌های ضروری کارکنان آموزش‌دیده دیالیز برای بررسی وضعیت دیالیز شما در خانه، برای کمک در مواقع اضطراری و نیز برای بررسی تجهیزات دیالیز و وضعیت آب مصرفی. طرح Medicare بخش B هزینه برخی از داروهای دیالیز را می‌پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «داروهای Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.

آنجہ شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری سرطان ریه با استفاده از توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) برنامه ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کند، به شرطی که شما: • بین 50 تا 77 سال باشید، و • برای مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک به پزشک یا ارائه‌دهنده محاز دیگر مراجعه کرده باشید، و • 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 پس از اولین نوبت غربالگری، برنامه ما هزینه یک غربالگری دیگر را در هر سال با دستور کتبی از پزشک یا ارائه‌کننده واحد شرایط شما پرداخت می‌کند. اگر یک ارائه‌کننده واحد شرایط تصمیم بگیرد که ویزیت مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک برای غربالگری سرطان ریه را ارائه دهد، این ویزیت باید با معیارهای Medicare برای جنین ویزیت‌هایی مطابقت داشته باشد.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مزایای وعده‌های غذایی برنامه L.A. Care's Meals As Medicine به اعضا کمک میکند از غذاهای سالم و عادات غذایی خوب آگاهی پیدا کنند. این برنامه همچنین ارائه‌دهنده سرویس تحویل غذا به خانه یا اقلام غذایی سالم است که می‌توان در خانه تهیه کرد. با عضویت در آن، از موارد زیر بهره‌مند می‌شوید: • مواد غذایی سالم مطابق با نیازهای سلامت شما. • ارسال غذا به خانه‌تان. • حداقل 2 وعده غذایی در روز یا 1 جعبه مواد غذایی برای یک دوره حداکثر 12 هفته‌ای براساس نیازها و اهداف سلامت شما. • جلسه مشاوره با متخصص تغذیه برای آگاهی از نکات مربوط به تغذیه سالم. برای عضویت در برنامه، باید دچار عارضه‌ای باشید که با یک رژیم غذایی ویژه بتوان به بهبود آن کمک کرد. این عارضه می‌تواند دیابت، بیماری کلیوی، فشار خون بالا یا سایر مشکلات قلبی باشد. یک «متخصص تغذیه رسمی» از L.A. Care چند سؤال از شما می‌پرسد تا ببیند این برنامه برای شما مناسب هست یا خیر. طی این برنامه، باید امکان دریافت غذا با پیک را هر هفته داشته باشید. همچنین باید وعده‌های غذایی را به شکل مناسب نگهداری و آماده سازی کنید. برای اطلاعات بیشتر، با برنامه Meals As Medicine به شماره 856-6943 (855) تماس بگیرید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تغذیه درمانی پزشکی  این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری‌های کلیوی بی‌نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از عمل‌های جراحی پیوند کلیه و در صورت ارجاع از سوی پزشک شما است. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری فرد به فرد را در سال اولی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت Medicare دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. اگر ضرورت پزشکی داشته باشد، ممکن است خدمات اضافه‌تری را نیز تأیید کنیم. در سال‌های بعدی، این هزینه برای دو ساعت خدمات مشاوره یک‌به‌یک در سال 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 تحویل شود؛ همچنین در صورت نیاز شما به مداوا در سال تقویمی بعدی، ارجاع باید هر سال از سوی پزشک شما تمدید گردد. ممکن است خدمات اضافه‌تری را نیز در صورت ضرورت پزشکی تأیید کنیم.
\$0	برنامه Medicare برای پیشگیری از دیابت (MDPP)  برنامه ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واحد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به شما در تقویت رفتار سالم طراحی شده است. هدف آن ارائه آموزش عملی در موارد زیر است: • تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، و • افزایش فعالیت بدنی، و • روش‌های از دست دادن وزن و داشتن سبک زندگی سالم.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	داروهای Medicare بخش B* این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می‌باشند. برنامه ما هزینه داروهای زیر را پرداخت می‌کند: • داروهایی که به صورت معمول مصرف نمی‌کنید و هنگام استفاده از خدمات پزشکی، درمان‌های سرپایی بیمارستانی و یا مراکز جراحی سرپایی به شما تزریق می‌شود • انسولین تهیه شده از طریق یک مورد تجهیزات پزشکی بادوام (نظیر پمپ انسولین دارای ضرورت پزشکی) • داروهای دیگر که با استفاده از لوازم پزشکی بادوام مصرف می‌کنید (مانند نبولایزر) که طرح ما تأیید کرده است • داروی آلزایمر، Leqembi® (lecanemab عمومی) که به صورت درون وریدی (IV) داده می‌شود • فاکتورهای انعقاد خونی که در صورت ابتلا به هموفیلی، به خود تزریق می‌کنید • داروهای پیوند/سرکوب کننده ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، Medicare هزینه داروی پیوند را پوشش می‌دهد. در زمان انجام پیوند تحت پوشش، باید بخش A داشته باشید و در زمانی که داروهای سرکوب کننده ایمنی را دریافت می‌کنید، باید بخش B داشته باشید. اگر داروهای سرکوب کننده ایمنی را بخش B پوشش ندهد، Medicare بخش D پوشش خواهد داد • داروهای تزریقی پوکی استخوان. اگر زمین گیر 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 • برخی آنتی ژن‌ها: اگر یک پزشک آنتی ژن‌ها را تهیه کند و فردی با آموزش مناسب (که می‌تواند خود شما، یعنی بیمار، باشد) آن‌ها را تحت نظارت تزریق کند، Medicare آنتی ژن‌ها را پوشش می‌دهد • برخی داروهای خوراکی سرطان: اگر دارویی به صورت تزریقی نیز موجود باشد یا دارو یک پیش دارو (شکل خوراکی دارویی که در هنگام هضم شدن، به همان ماده مؤثر موجود در داروی تزریقی تحزیه می‌شود) باشد، Medicare آن داروی خوراکی سرطان را پوشش می‌دهد. اگر داروهای خوراکی جدیدی برای سرطان عرضه شوند، بخش B ممکن است آن‌ها را پوشش دهد. اگر بخش B آن‌ها را پوشش ندهد، بخش D پوشش می‌دهد این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	داروهای Medicare بخش B (ادامه) - داروهای خوراکی ضدتهوع: Medicare داروهای خوراکی ضدتهوع را که به‌عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضدسرطان مصرف می‌کنید در صورتی پوشش می‌دهد که آن‌ها پیش از شیمی درمانی، در حین آن یا ظرف 48 ساعت پس از آن مصرف شوند یا به‌عنوان جایگزین کامل درمان برای یک داروی درون‌وریدی ضدتهوع استفاده شوند - برخی داروهای خوراکی بیماری مرحله نهایی کلیه (End-Stage Renal Disease, ESRD) که تحت Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند - داروهای کلسیم‌میتیک و بایندر فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی درون‌وریدی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar - داروهای خاص برای دیالیز خانگی، از جمله هیپارین، یادزهر هیپارین (در صورت ضرورت پزشکی) و بی‌حس‌کننده‌های موضعی - عوامل محرک اریتروپوئز (تولید گلبول قرمز): در صورت داشتن ESRD یا نیاز به اریتروپویتین برای درمان کم‌خونی مربوط به برخی عوارض دیگر، Medicare اریتروپویتین به شکل تزریقی را پوشش می‌دهد - ایمونوگلوبولین IV به منظور درمان خانگی بیماری‌های اولیه ضعف سیستم ایمنی بدن - تغذیه تزریقی و روده‌ای (تغذیه درون‌وریدی و با لوله) این لینک شما را به فهرست داروهای Medicare بخش B که ممکن است مشمول درمان گام‌به‌گام باشد، هدایت می‌کند: medicare.lacare.org همچنین برخی واکسن‌ها را بر اساس Medicare بخش B و بسیاری از واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای تحویزی Medicare بخش D پوشش می‌دهیم. فصل 5 از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. قوانینی که باید برای پوشش نسخه‌ها رعایت کنید در این بخش شرح داده شده است. فصل 6 از این دفتربه اطلاعاتی اعضا توضیح می‌دهد که شما از طریق برنامه ما چه هزینه‌ای برای داروهای خود پرداخت می‌کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری* مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آنها نیست، اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که هزینه‌های آنها را می‌پردازیم عبارت‌اند از موارد زیر، که البته فقط محدود به این موارد نخواهد بود: • اتاق نیمه‌خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی، و گفتاردرمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح درمانی‌تان مصرف می‌کنید. (شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند عوامل انعقاد خون). • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت‌های مراکز پرستاری* (ادامه) • تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً مراکز پرستاری انجام می‌دهند • عکس‌برداری‌های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً مراکز پرستاری ارائه می‌دهند • استفاده از وسایلی همچون صندلی جرخدار که معمولاً مراکز پرستاری ارائه می‌دهند • خدمات پزشکی/کارور پزشکی • وسایل پزشکی بادوام • خدمات دندان‌پزشکی، شامل دندان مصنوعی • مزایای بینایی‌سنجی • تست‌های شنوایی‌سنجی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی شما معمولاً مراقبت‌های موردنیاز خود را از مراکز عضو شبکه دریافت می‌کنید. با وجود این، می‌توانید این خدمات را از مراکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز زیر، می‌توانید خدمات موردنیاز خود را از آن‌ها دریافت نمایید: • یک مرکز پرستاری و یا خانه بازنشستگان برای استمرار مراقبت، که دقیقاً پیش از بستری در بیمارستان در آنجا زندگی می‌کرده‌اید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسران یا هم‌خانه قانونی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید، در آن زندگی می‌کند. برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غریبالگری جاقی مفرط و درمان‌های موردنیاز جهت پایین نگه داشتن وزن  در صورتی که شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه‌های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت‌های اولیه دریافت نمایید. بدین ترتیب می‌توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای اطلاعات بیشتر با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.
\$0	خدمات برنامه درمان سوءمصرف داروهای مخدر (OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال سوءمصرف داروهای مخدر (Opioid Use Disorder, OUD) از طریق یک برنامه درمان با داروهای مخدر (Opioid Treatment Program, OTP) پرداخت می‌کند که شامل خدمات زیر است: • فعالیتهای مربوط به مصرف مواد • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای موردتأیید سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) و، در صورت لزوم، مدیریت و رساندن این داروها به شما • مشاوره سوءمصرف مواد مخدر • درمان فردی و گروهی • آزمایش وجود مواد مخدر یا شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی)

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم مصرفی درمانی* ما هزینه خدمات زیر و دیگر خدمات دارای ضرورت پزشکی را که در اینجا ذکر نشده باشد، پرداخت می‌کنیم: • عکس‌برداری با اشعه ایکس • پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم مصرفی تکنیسین • لوازم جراحی مصرفی مانند پانسمان‌ها • تخته شکسته‌بندی، گچ‌گیری و سایر وسایل مورد استفاده در شکستگی و دررفتگی • تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل نگهداری و تزریق • آزمایش‌های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند CT scan، EKG، MRI و PET scan زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی آن‌ها را برای درمان یک بیماری تحویز کنند. • سایر تست‌های تشخیصی سرپایی جز برای روال‌های تشخیصی و خدمات مربوط به COVID-19، محوز قبلی و ارجاع ضروری است.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات نظارت بیمارستانی سرپایی ما هزینه خدمات نظارت بیمارستانی سرپایی را برای تعیین لزوم بستری شدنتان به عنوان بیمار بستری یا نیاز به ترخیص پرداخت می‌کنیم. این خدمات باید با معیارهای Medicare مطابقت داشته و معقول و دارای ضرورت تلقی شوند. خدمات بستری موقت فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که با دستور یک پزشک یا فرد دیگری که طبق قوانین ایالتی و آیین‌نامه‌های داخلی بیمارستان مجاز به بستری کردن بیماران در بیمارستان یا تحویل آزمایش‌های سرپایی باشد، ارائه شوند. توجه: شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید مگر در صورتی که ارائه‌کننده دستوری کتبی برای بستری کردن شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان نوشته باشد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان به عنوان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید یا نه، از کارکنان بیمارستان پرسید. اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعاتی Medicare با عنوان «مزایای بیمارستان Medicare» دریافت کنید. این برگه اطلاعاتی در نشانی: Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf موجود است.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات سرپایی بیمارستانی* ما هزینه خدمات ضروری پزشکی را که شما در بخش سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می‌کنید، می‌پردازیم؛ مانند: • خدمات در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مانند جراحی سرپایی یا خدمات نظارت سرپایی • خدمات پایش به پزشک کمک می‌کند بفهمد آیا پذیرش شما در بیمارستان به عنوان «بیمار بستری» ضرورت دارد یا خیر. • گاهی ممکن است در طول شب در بیمارستان بمانید و باز هم «بیمار سرپایی» محسوب شوید. • اطلاعات بیشتر درباره بستری یا سرپایی بودن را می‌توانید در این برگه اطلاعاتی دریافت کنید: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • تست‌های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان درخواست هزینه می‌کند • خدمات روان‌پزشکی شامل مراقبت‌های مربوط به طرح نیمه بستری، به شرطی که پزشک گواهی کند بدون استفاده از این طرح به بستری نیاز خواهد بود • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آن‌ها از سوی بیمارستان درخواست می‌گردد • لوازم پزشکی مانند آتل و قالب گچ • غربالگری‌ها و خدمات پیشگیرانه ذکر شده در نمودار مزایا • برخی داروها که خودتان نمی‌توانید برای خودتان تزریق کنید برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت سلامت روان سرپایی* ما هزینه‌های مربوط به خدمات سلامت روان ارائه‌شده توسط افراد یا مراکز زیر را می‌پردازیم: • روانپزشک یا پزشک دارای گواهی ایالتی • روان‌شناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی • پرستار بالینی متخصص • یک مشاور حرفه‌ای دارای محوز (licensed professional counselor, LPC) • یک روان‌درمانگر ازدواج و خانواده دارای محوز (licensed marriage and family therapist, LMFT) • پرستار متخصص (NP) • دستیار پزشک (PA) • سایر متخصصان سلامت روان مورد تأیید Medicare طبق توصیف در قوانین ایالتی مربوطه ما هزینه‌های خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند، می‌پردازیم: • خدمات بالینی • درمان روزانه هنگامی که از معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات سلامت روان تخصصی برخوردار باشید • خدمات توان‌بخشی روانی اجتماعی - هنگامی که از معیار ضرورت پزشکی مربوط به خدمات سلامت روان تخصصی برخوردار باشید • بستری جزئی یا برنامه‌های ویژه بیماران سرپایی • ارزیابی و درمان سلامت روان فردی و گروهی • آزمایش‌های روان‌شناسی در صورتی که از لحاظ بالینی نشانگر نتایج ارزیابی سلامت روان باشند • خدمات سرپایی به منظور پایش دارو درمانی • آزمایشگاه، داروها، لوازم و تجهیزات سرپایی • مشاوره روان‌پزشکی برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات توانبخشی سرپایی* ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی 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) و سایر مراکز دریافت کنید. برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
	خدمات سرپایی اختلال سوءمصرف مواد* ما هزینه‌های خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند، می‌پردازیم: • غربالگری و مشاوره سوءمصرف الکل • درمان سوءمصرف مواد • درمان گروهی یا فردی توسط متخصص واحد شرایط • سم‌زدایی نیمه‌حاد در برنامه اعتیاد در مراکز اقامتی • خدمات الکل و مواد مخدر در مرکز درمان سرپایی متمرکز • درمان با Naltrexone (vivitrol) آهسته‌رهش
\$0	جراحی سرپایی* ما هزینه جراحی سرپایی را در بخش جراحی‌های سرپایی بیمارستان و نیز مراکز جراحی‌های سرپایی می‌پردازیم. توجه: اگر در یک مرکز بیمارستانی تحت جراحی قرار می‌گیرید، باید با ارائه‌کننده خود بررسی کنید که آیا شما بیمار بستری خواهید بود یا بیمار سرپایی. شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید مگر در صورتی که ارائه‌کننده دستوری کتبی برای بستری کردن شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان بنویسد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان به عنوان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت تسکینی طرح ما مراقبت تسکینی را پوشش می‌دهد. مراقبت تسکینی برای افراد دچار بیماری شدید است. مراقبت‌های بیمارمحور و خانواده‌محور را ارائه می‌کند که کیفیت زندگی را با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان بیماری بهبود می‌بخشد. مراقبت تسکینی با آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ یکسان نیست، بنابراین برای اینکه برای مراقبت تسکینی واحد شرایط باشید، لازم نیست احتمال زنده ماندن‌تان شش ماه یا کمتر باشد. مراقبت تسکینی هم‌زمان با مراقبت درمانی/منظم ارائه می‌شود. مراقبت تسکینی شامل این موارد است: • برنامه‌ریزی قبلی برای مراقبت • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • یک طرح مراقبت شامل همه مراقبت‌های تسکینی و درمانی محاز، از جمله خدمات سلامت روان و خدمات اجتماعی درمانی • خدمات از تیم مراقبت تعیین‌شده شما • هماهنگ‌سازی مراقبت • مدیریت درد و نشانه‌ها اگر بالای 21 سال باشید، نمی‌توانید هم‌زمان مراقبت قبل از مرگ و مراقبت تسکینی دریافت کنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و برای مراقبت قبل از مرگ واحد شرایط باشید، در هر لحظه می‌توانید درخواست کنید به مراقبت قبل از مرگ منتقل شوید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات جزئی بستری و خدمات فشرده سرپایی* بستری جزئی یک برنامه ساختارمند از درمان روان‌پزشکی فعال است. این خدمت به عنوان یک خدمات سرپایی بیمارستانی یا توسط یک مرکز بهداشت روانی جامعه ارائه می‌شود و نسبت به مراقبت‌هایی که در مطب پزشک، درمانگر، روان‌درمانگر ازدواج و خانواده دارای محوز (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای محوز (LPC) دریافت می‌کنید فشرده‌تر است. این خدمات می‌تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما گردد. خدمات سرپایی فشرده یک برنامه ساختارمند از درمان فعال سلامت رفتاری (روان) است که به صورت خدمات سرپایی بیمارستانی، مرکز محلی سلامت روان، مرکز سلامت ذی‌صلاح فدرال، یا کلینیک سلامت روستایی ارائه می‌شود که فشرده‌تر از مراقبت‌هایی است که در مطب پزشک، درمانگر، LMFT یا دفتر مشاور حرفه‌ای محاز خود دریافت می‌کنید، ولی نسبت به بستری شدن جزئی در بیمارستان فشرده‌گی کمتری دارد.
\$0	سیستم واکنش اضطراری شخصی (PERS) پوشش برای یک سیستم واکنش اضطراری شخصی (Personal Emergency Response System, PERS) سیستم واکنش اضطراری شخصی یک سیستم نظارت هشدار درمانی است که با فشار یک دکمه، دسترسی 24 ساعته در 7 روز هفته به کمک را فراهم می‌کند.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت در مطب پزشک* ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • مراقبت‌های پزشکی ضروری و یا خدمات جراحی ارائه‌شده در مراکزی از قبیل: ◦ مطب پزشک ◦ مرکز جراحی‌های سرپایی تأییدشده ◦ بخش سرپایی بیمارستان • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • تست‌های مقدماتی شنوایی یا حفظ تعادل ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما یا متخصص، در صورتی‌که پزشک شما آن‌ها را برای بررسی نیاز شما به مداوا درخواست دهد • برخی خدمات دوراپزشکی (سلامت از راه دور)، شامل موارد مربوط به سرماخوردگی، آنفلوآنزا، سرفه، عفونت سینوس و سینه، حساسیت، پوست، تب، گلودرد و عفونت گوش. ◦ شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا دوراپزشکی دریافت کنید. اگر بخواهید این خدمات را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه که خدمات را از طریق دور-پزشکی ارائه می‌کند استفاده کنید. PCP شما یا گروه پزشکی PCP ممکن است خدمات دوراپزشکی ارائه دهند. شما باید با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید تا بررسی کنید آیا خدمات دوراپزشکی ارائه می‌دهد یا خیر. ◦ مشاوره تلفنی: Teladoc به اعضا امکان می‌دهد به صورت رایگان و نامحدود از مشاوره تلفنی پزشکان محاز ایالت استفاده کنند. برای این کار، با شماره 1-800-835-2362 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. ◦ مشاوره تصویری: Teladoc به اعضا امکان می‌دهد به روش محرمانه و امن از پزشک محاز مستقر در ایالت محل سکونت عضو، مشاوره تصویری بگیرند. این سرویس در 7 روز هفته از ساعت 7 صبح تا 9 شب در دسترس است. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	خدمات ارائه‌کنندگان/پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان (ادامه) (مشاوره‌های تصویری با دانلود اپلیکیشن Teladoc در دستگاه تلفن همراه امکان‌پذیر است. اپلیکیشن را از اینجا دریافت کنید: https://www.teladoc.com/mobile/.) • خدمات دورپزشکی 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 • خدمات دورپزشکی برای تشخیص، ارزیابی یا درمان نشانه‌های سکته • خدمات سلامت از راه دور برای اعضای دارای اختلال سوءمصرف مواد یا اختلال هم‌زمان سلامت روان • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر: ◦ ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت سلامت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید ◦ در حین دریافت این خدمات سلامت از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید ◦ در موارد خاص، می‌توان استثناهایی برای موارد فوق قائل شد. • خدمات دورپزشکی برای ویزیت‌های بهداشت روانی که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال ارائه می‌شوند. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	خدمات ارائه‌کنندگان/پزشک، شامل ویزیت مطب پزشکان (ادامه) • ملاقات مجازی (مثلاً، از طریق تلفن یا تماس تصویری) با پزشک به مدت 5 تا 10 دقیقه، اگر: ◦ بیمار جدید نباشید و ◦ ملاقات به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و ◦ ملاقات به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین قرار ممکن منجر نشود • ارزیابی ویدئو و/یا تصویری که به پزشک می‌فرستید، و تفسیر و پیگیری از سوی پزشک ظرف 24 ساعت، اگر: ◦ بیمار جدید نباشید و ◦ ارزیابی به مراجعه‌ای که طی 7 روز گذشته به مطب صورت گرفته است، مربوط نباشد، و ◦ ارزیابی به مراجعه به مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین نوبت ممکن منجر نشود • مشاوره‌ای که پزشک شما به صورت تلفنی، اینترنتی یا الکترونیکی درباره پرونده پزشکی با پزشکان دیگر انجام می‌دهد، اگر بیمار جدید نباشید • نظر ثانویه یکی دیگر از ارائه‌دهندگان عضو شبکه پیش از عمل جراحی برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
\$0	خدمات پا درمانی* ما هزینه خدمات زیر را می‌پردازیم: • تشخیص و درمان طبی یا جراحی حراحت و بیماری‌های پا (مانند شست پای چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت‌های روتین پا برای کاربران مبتلا به امراض پا مانند دیابت برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	خدمات معمول پزشکی* طرح ما هر سال حداکثر 14 ویزیت معمول مراقبت از پا را برای خدمات پایزشکی خارج از پوشش Medicare و Medi-Cal پوشش می‌دهد. ویزیت عادی مراقبت از پا می‌تواند شامل این موارد باشد: • بریدن یا برداشتن میخچه و پینه • نظافت، کوتاه کردن و گرفتن ناخن‌ها مراقبت‌های بهداشتی یا سایر مراقبت‌های پیشگیرانه، مانند تمیز کردن پاها برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
\$0	پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV  اگر شما HIV ندارید، اما پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی تشخیص دهند که شما در معرض خطر مشدد آلوده شدن به HIV هستید، ما داروی پیشگیری پیش از مواجهه (pre-exposure prophylaxis, PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می‌دهیم. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند: • داروی خوراکی یا تزریقی پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) با تأییدیه FDA اگر داروی تزریقی دریافت می‌کنید، ما هزینه تزریق دارو را نیز پوشش می‌دهیم. • تا حداکثر 8 جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پیروی از دارو) هر 12 ماه. • تا حداکثر 8 نوبت غربالگری HIV هر 12 ماه. • یک غربالگری تک‌مرتب‌ای برای ویروس هپاتیت B.
\$0	آزمایشات غربالگری سرطان پروستات  برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات ذیل را هر 12 ماه یکبار پرداخت می‌کنیم: • آزمایش دیجیتال رکتوم • یک تست آنتی‌ژن مخصوص پروستات (prostate specific antigen, PSA)

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	تجهیزات پروتز و ارتز و لوازم مربوطه* لوازم پروتزی که جایگزین بخشی از یک عضو بدن یا کل آن عضو یا کارکرد آن می‌شوند. اینها عبارت‌اند از موارد زیر، ولی محدود به این موارد نخواهند بود: • تست، نصب، یا آموزش استفاده از تجهیزات پروتز و ارتز • کیسه‌های کولوستومی و لوازم مصرفی مرتبط با مراقبت‌های کولوستومی • تغذیه روده‌ای و وریدی، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ تزریق، لوله و رابط، محلول‌ها و امکانات ویژه تزریق شخصی • ضربان‌سازها • بريس • کفش‌های پروتزی • دست و پای مصنوعی • پروتزهای سینه (شامل سوتین مخصوص پس از عمل برداشت سینه) • پروتزهایی برای جایگزینی بخشی از یک عضو خارجی صورت یا کل آن که به دلیل بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزادی برداشته شده یا آسیب دیده است • کرم و پوشک مخصوص بی‌اختیاری ادرار همچنین هزینه برخی لوازم مرتبط با پروتزها و ارتزها را می‌پردازیم. همچنین هزینه تعمیر و یا جایگزینی پروتزها و ارتزها را می‌پردازیم. همچنین برخی از هزینه‌های برداشت آب‌مروارید و یا عمل آب‌مروارید را نیز قبل می‌کنیم. برای جزئیات، بعداً به «مراقبت بینایی» در این نمودار مراجعه کنید.
\$0	خدمات توان‌بخشی ریوی* هزینه برنامه‌های توان‌بخشی ریوی افرادی که به بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) نسبتاً شدید و شدید دچار هستند پرداخت می‌شود. شما باید از طرف پزشک و یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی COPD برای بهره‌مندی از برنامه‌های توان‌بخشی ریوی ارجاع شده باشید. برای دریافت ارجاع، با ارائه‌کننده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	غربالگری عفونت ویروس هپاتیت C  اگر پزشک مراقبت‌های اولیه شما یا سایر ارائه‌کنندگان واحد شرایط مراقبت‌های پزشکی یک نوبت غربالگری هپاتیت C را تحویل کنند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید، ما این غربالگری را پوشش می‌دهیم: • شما به دلیل مصرف مواد مخدر تزریقی غیرقانونی در زمان حال یا گذشته، در معرض خطر بالایی باشید. • شما قبل از سال 1992 تزریق خون داشته‌اید. • سال تولدتان بین سال‌های 1945 تا 1965 باشد. اگر شما بین سال‌های 1945 تا 1965 به دنیا آمده‌اید و در گروه پرخطر محسوب نمی‌شوید، ما هزینه یکبار غربالگری را پرداخت می‌کنیم. اگر شما در معرض خطر بالا هستید (برای مثال، از زمان آخرین تست غربالگری هپاتیت C منفی خود به استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی ادامه داده‌اید)، ما هزینه غربالگری‌های سالانه را پوشش می‌دهیم.
\$0	غربالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی (STI)  ما هزینه غربالگری‌های مربوط به کلامدیا، سوزاک، سیفیلیس، و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این آزمایش‌ها برای زنان باردار و افرادی که در معرض خطر STI هستند تحت پوشش قرار دارد. این آزمایش‌ها را باید یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه تحویل کند. این آزمایش‌ها را هر 12 ماه یکبار و یا در مقاطع خاص طی بارداری پوشش می‌دهیم. همچنین هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره حضوری و مشاوره رفتاری فشرده در هر سال برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض ابتلا به STI هستند، پرداخت می‌شود. مدت این جلسات 20 تا 30 دقیقه است. ما هزینه این خدمات را تنها در صورتی به عنوان خدمات پیشگیرانه متقبل می‌شویم که ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه آن‌ها را تحویل کرده باشد. این جلسات باید در محیط مراقبت‌های درمانی اولیه مانند مطب پزشک برگزار شود.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)* برای تعریف مراقبت‌های پرستاری تخصصی، به فصل 12 مراجعه کنید. ما هزینه‌های خدمات زیر و شاید خدمات دیگری را که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند، می‌پردازیم: • اتاق نیمه‌خصوصی، یا اتاق خصوصی در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد • وعده‌های غذایی، شامل رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری تخصصی • فیزیوتراپی، کاردرمانی، و گفتاردرمانی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتی دریافت می‌کنید، شامل موادی که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل نگهداری و تزریق • لوازم مصرفی پزشکی و جراحی که از سوی مرکز پرستاری ارائه می‌شود. • تست‌های آزمایشگاهی ارائه‌شده توسط مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF) • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط SNF ارائه می‌شود • استفاده از وسایلی همچون صندلی جرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌کننده شما معمولاً مراقبت‌های مورد نیاز خود را از SNF دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاصی می‌توانید این خدمات را از مراکز خارج از شبکه نیز دریافت کنید. در صورت پذیرش مبالغ پیشنهادی طرح ما از سوی مراکز زیر، می‌توانید خدمات موردنیاز خود را از آن‌ها دریافت نمایید: • یک مرکز پرستاری و یا خانه بازنشستگان برای استمرار مراقبت، که پیش از بستری در بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (در صورتی که خدمات پرستاری ارائه دهد). • مرکز پرستاری که همسران یا همخانه قانونی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آن زندگی می‌کند برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	ترک استعمال دخانیات و تنباکو 🍏 خدمات مشاوره ترک سیگار و مصرف دخانیات برای بیماران سرپایی و بستری که معیارهای زیر را داشته باشند پوشش داده می‌شود: • مصرف‌کننده دخانیات باشند، فارغ از اینکه علائم یا نشانه‌هایی از بیماری مرتبط با دخانیات دارند یا نه • طی جلسه مشاوره از هشیاری و قدرت تصمیمگیری برخوردار باشند • ارائه مشاوره از سوی یک پزشک محرب یا سایر کارشناسان مورد تأیید Medicare صورت گیرد ما دوبار اقدام به ترک دخانیات را در سال پوشش می‌دهیم (هر اقدام می‌تواند حداکثر شامل چهار جلسه متوسط یا فشرده باشد، و حداکثر هشت جلسه در هفته را شامل می‌شود).

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET)* ما هزینه ورزش‌درمانی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET) را برای اعضای دارای بیماری نارسایی شریانی (Peripheral Artery Disease, PAD) پرداخت می‌کنیم. طرح ما هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کند: • تا 36 جلسه طی دوره 12 هفته‌ای، به شرطی که تمامی الزامات SET برآورده شود • 36 جلسه دیگر با گذشت زمان، در صورتی که از نظر یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی، ضرورت پزشکی داشته باشد برنامه SET باید شروط زیر را داشته باشد: • جلسات 30 تا 60 دقیقه‌ای از یک برنامه تمرینی درمانی برای PAD در اعضای که به دلیل جریان خون ضعیف پا دچار گرفتگی پا (لنگیدن) هستند. • برگزاری در یک مکان سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک • ارائه توسط پرسنل واحد شرایط که اطمینان حاصل کنند مزایا از آسیب‌ها بیشتر است و در درمان با تمرین برای PAD آموزش دیده‌اند. • 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 برای دریافت ارجاع، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری* این مزيت امکان حمل‌ونقل پزشکی برای خدمتي که توسط برنامه شما و Medicare پوشش داده می‌شود را فراهم می‌کند. این وسایل شامل آمبولانس، وانت برانکار، خدمات انتقال پزشکی با وانت مخصوص صندلي جرخدار، و هماهنگی با para transit می‌شود. اشکال مختلف حمل‌ونقل زمانی تأیید می‌شود که: • ارائه‌کننده مراقبت‌های پزشکی شما تشخیص دهد وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما اجازه نمی‌دهد با اتوبوس، خودروی مسافری، تاکسی یا سایر وسایل نقلیه عمومی یا خصوصی سفر کنید، و اجازه قبلی لازم باشد، شما باید با برنامه خود تماس بگیرید تا سفر خود را هماهنگ کنید. L.A. Care با پزشک شما همکاری می‌کند تا به شما در برنامه‌ریزی حمل‌ونقل مورد نیاز برای رفت و برگشت به خدمات تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. برای زمان‌بندی ممکن است نیاز به درخواست ارائه‌کننده و تأیید L.A. Care باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های حمل‌ونقل و نحوه برنامه‌ریزی سفر، با خدمات اعضای 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.
\$0	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل غیر پزشکی این مزاي هزینه حمل‌ونقل به خدمات پزشکی توسط ماشین مسافری، تاکسی یا سایر اشکال حمل و نقل عمومی/شخصی را پرداخت می‌کند. حمل و نقل برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز که تحت پوشش Medi-Cal هستند الزامی است، از جمله سفر به ویزیت‌های دندانپزشکی و برای دریافت داروها. حمل‌ونقل برای خدماتی که به صورت دوگانه توسط Medicare و Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، تحت پوشش است. L.A. Care می‌تواند به شما در زمینه زمان‌بندی حمل و نقل مورد نیاز برای رفت و آمد به مراکز خدماتی تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus کمک کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های حمل‌ونقل و نحوه برنامه‌ریزی سفر، با خدمات اعضای 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.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت‌های موردنیاز فوری مراقبت‌های موردنیاز فوری نوعی خدمات درمانی است که در مواقع زیر ارائه می‌شود: • وضعیت غیراورژانسی که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارد، یا • یک بیماری غیرقابل پیش‌بینی، یا • آسیب‌دیدگی، یا • عارضه‌ای که نیازمند مراقبت‌های فوری است. در صورت نیاز به مراقبت‌های موردنیاز فوری، ابتدا سعی کنید از ارائه‌دهندگان شبکه استفاده کنید. با وجود این، هنگامی که قادر به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه نیستید، یعنی وقتی با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه ممکن نیست یا غیرمنطقی است (برای مثال، هنگامی که خارج از محدوده خدمات‌رسانی طرح هستید و به خدمات پزشکی موردنیاز فوری برای یک وضعیت پیش‌بینی نشده نیاز دارید، اما به‌عنوان وضعیت اورژانسی پزشکی محسوب نمی‌شود)، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید. خدمات اضطراری و خدمات موردنیاز فوری در سراسر جهان بدون محوز قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. ما تا \$10,000 از هزینه‌ها را در هر سال تقویمی پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید. یک مرکز مراقبت‌های فوری را انتخاب کنید که با گروه پزشکی شما همکاری می‌کند. می‌توانید گروه پزشکی‌تان را روی کارت شناسایی عضویت‌تان پیدا کنید.

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
\$0	مراقبت‌های بینایی  خدمات معمول بینایی ما خدمات معمول بینایی را زمانی که از ارائه‌کننده‌ای در شبکه VSP استفاده می‌کنید، پوشش می‌دهیم. برای پیدا کردن یک ارائه‌کننده عضو طرح در نزدیکی خود، لطفاً به فهرست ارائه‌کنندگان ما مراجعه کنید. مزایای معمول بینایی شما عبارت‌اند از: • یک نوبت معاینه معمول بینایی در هر سال تقویمی* • تا سقف \$500 برای یک عینک طبی (فقط فریم) یا لنزهای تماسی یکبار در هر دو سال تقویمی • عدسی‌های طبی پایه تحت پوشش قرار می‌گیرند؛ مانند عدسی‌های شیشه‌ای یا پلاستیکی، تک‌کانونی، دوکانونی، خطدار، سه‌کانونی خطدار یا لنزهای لنتیکولار، هر دو سال یکبار. • ارتقاها و بهبودهایی مانند لنزهای تدریجی، پوشش‌های ضدخش، سایر پوشش‌ها و افزودنی‌ها تحت پوشش نیستند. توجه: عدسی‌های طبی پایه در محاسبه کمک‌هزینه \$500 لحاظ نمی‌شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره مراقبت بینایی از طریق L.A. Care Medicare Plus، لطفاً با شماره 1.855.492.9028 (TTY 711 TTD 1.800.428.4833) از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، در 7 روز هفته تماس بگیرید یا از فهرست ارائه‌کنندگان در وب سایت ما به آدرس www.vsp.com/advantageonly بازدید کنید خدمات تحت پوشش Medicare* ما هزینه‌های سرپایی پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری‌ها و مصدومیت‌های چشم را می‌پردازیم. برای مثال، درمان دژنراسیون ماکولا ناشی از سن. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک غربالگری گلوکوم را می‌پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارت‌اند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم • افراد مبتلا به دیابت • افراد نژاد آفریقایی-آمریکایی 50 سال به بالا • آمریکایی‌های هیسپانیک سنین 65 سال به بالا با ارائه‌دهنده‌تان صحبت کنید و ارجاع بگیرید. این مزیت در صفحه بعد ادامه می‌یابد

آنچه شما پرداخت می‌کنید	خدمات تحت پوشش
	مراقبت‌های بینائی خدمات معمول بینائی برای افرادی که دیابت دارند، ما هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را یکبار در سال پوشش می‌دهیم. هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد، پرداخت می‌شود. اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی‌توانید پس از عمل دوم دو عدد عینک دریافت حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید.
\$0	ویزیت پیشگیرانه «استقبال از ورود به Medicare»  هزینه ویزیت پیشگیرانه «استقبال از ورود به Medicare» را فقط یکبار تحت پوشش قرار می‌دهیم. این ویزیت شامل موارد ذیل است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه‌ای که شما نیاز دارید (شامل واکسن‌ها و غربالگری‌ها)، و • ارجاع‌های موردنیاز برای سایر مراقبت‌ها، در صورت نیاز. توجه: 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.

E. پشتیبانی‌های محلی

شما می‌توانید تحت برنامه مراقبت شخصی، پشتیبانی‌هایی دریافت کنید. پشتیبانی‌های اجتماعی به شرایط یا خدمات جایگزین مناسب از نظر پزشکی و مقرون به صرفه به افراد تحت پوشش طرح ایالتی Medi-Cal گفته می‌شود. استفاده از این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات می‌تواند به شما در داشتن زندگی مستقل‌تر کمک کند. آن‌ها جایگزین مزایایی که از قبل تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شوند.

شما می‌توانید تحت برنامه مراقبت شخصی، پشتیبانی‌هایی دریافت کنید. پشتیبانی‌های اجتماعی به شرایط یا خدمات جایگزین مناسب از نظر پزشکی و مقرون به صرفه به افراد تحت پوشش طرح ایالتی Medi-Cal گفته می‌شود. استفاده از این خدمات برای اعضا اختیاری است. اگر واحد شرایط باشید، این خدمات می‌تواند به شما در داشتن زندگی مستقل‌تر کمک کند.

این‌ها جایگزین مزایایی که از قبل تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شوند. 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) یا با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود تماس بگیرید. برای اعضا، خدمات حمایت‌های جامعه هیچ هزینه‌ای ندارد.

خدمات زیر جزء حمایت‌های جامعه هستند که L.A. Care Health Plan ارائه می‌دهد:

- خدمات راهنمایی برای یافتن مسکن و خدمات مربوط به پایداری و حفظ آماره‌نشینی
 - شامل خدماتی جهت کمک به اعضا در یافتن و حفظ اسکان ثابت و ایمن
- غذاهای اختصاصی درمانی
 - برنامه غذا که به اعضا کمک می‌کند شرایط سلامتشان را مدیریت کنند و با غذاهای سالم آشنا شوند. اعضای واحد شرایط می‌توانند تا 12 هفته غذاهایی را که مستقیماً به آن‌ها فرستاده می‌شوند، دریافت کنند.
- خدمات مراقبت بهبود (استراحت پزشکی)
 - مراقبت یکپارچه و بالینی کوتاه‌مدت برای اعضای که دیگر نیاز به بستری شدن ندارند اما همچنان نیاز به بهبود از مصدومیت یا بیماری دارند (شامل مشکلات بهداشت رفتاری)
- سپرده‌های مسکن
 - کمک در شناسایی، هماهنگی، تأمین یا بودجه‌بندی خدمات یک‌باره و اصلاحاتی که برای ایجاد یک خانه پایه برای یک فرد لازم است؛ شامل اقامت و غذا نمی‌شود.
- مراکز ترک الکل
 - مقاصد جایگزین برای افرادی که در حالت مستی در ملاء عام تشخیص داده می‌شوند و در نبود این مراکز به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شدند.
- خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری
 - پشتیبانی از اعضای که به کمک در فعالیت‌های روزانه نیاز دارند، مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، بهداشت شخصی، آشپزی و غذا خوردن

- خدمات استراحت فرجه‌ای برای مراقبان
 - خدمات کوتاه‌مدت ارائه شده به مراقبان افرادی که به نظارت موقت گاه‌به‌گاه نیاز دارند تا به مراقب استراحت داده شود
- اصلاحات محیطی دسترسی‌پذیری (اصلاحات خانه)
 - تعدیل‌های فیزیکی در منزل برای تضمین سلامت و ایمنی فرد یا امکان عملکرد بهتر عضو با استقلال بیشتر در خانه
- درمان آسم
 - فراهم کردن اصلاحات فیزیکی در محیط خانه که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو لازم است، یا امکان عملکرد عضو در خانه را فراهم می‌کند و در صورت نبود آن، حملات حاد آسم می‌تواند منجر به نیاز به خدمات اضطراری و بستری شدن شود
- انتقال/تغییر مسیر از مراکز پرستاری به مراکز اقامتی با خدمات کمکی
 - کمک به اعضا برای زندگی در جامعه با تسهیل انتقال از مرکز مراقبت پرستاری تخصصی به محیطی شبیه خانه و جامعه، یا جلوگیری از بستری شدن در مرکز پرستاری برای کسانی که نیاز فوری دارند.
- خدمات انتقال جامعه / انتقال از مرکز مراقبت پرستاری تخصصی 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.
- اسکان بستری کوتاه‌مدت
 - به افرادی که محل اسکان ندارند و افرادی که نیازهای بالای درمانی یا سلامت رفتاری دارند امکان می‌دهد بازیابی درمانی، روانی یا سوءمصرف مواد را بلافاصله پس از خروج از یک محیط مراقبت بستری ادامه دهند
- برنامه‌های توان‌بخشی روزانه
 - خدمات داخل و خارج از خانه شخص را ارائه می‌کند تا در به دست آوردن، حفظ و بهبود خودیاری به آن‌ها کمک کند. مهارت‌های معاشرت اجتماعی و سازگاری که برای اسکان موفق در جامعه ضروری هستند
- اگر در یافتن پشتیبانی‌های جامعه محلی به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید از پشتیبانی‌های جامعه محلی در دسترس خود مطلع شوید، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) یا با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی درمانی خود تماس بگیرید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق طرح کارانه Medi-Cal در دسترس هستند.

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



F1. انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) از سازمان‌های پیشرو منطقه استفاده می‌کند تا به افراد ذینفع Medi-Cal که بیش از 60 روز پیاپی در یک مرکز مراقبتی به صورت بستری سیری کرده‌اند، 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 مراقبت‌های بهداشتی به این آدرس پیدا کنید:
www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

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

برای هزینه‌هایی که مربوط به انتقال CCT نمی‌شوند

ارائه‌کننده برای خدمات شما به ما صورت‌حساب می‌دهد. طرح ما هزینه خدمات انجام‌شده 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 خدمات ذکر شده در جدول مزایا در **بخش D** را پرداخت می‌کنیم.

تغییری در مزایای پوشش دارو وجود ندارد

برنامه CCT داروها را پوشش **نمی‌دهد**. شما کماکان مزایای مربوط به دارو را از طریق خدمات معمول طرح ما دریافت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به خدمات غیر از CCT نیاز دارید، با مسئول هماهنگی امور مراقبتی خود تماس بگیرید تا ترتیب چنین خدماتی را بدهد. خدمات مراقبتی انتقال غیر CCT، خدماتی هستند که به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز درمانی ارتباطی **ندارند**.

F2. Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندانپزشکی تحت Medi-Cal Dental ارائه می‌شوند. اطلاعات بیشتر در وبسایت SmileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی مانند این موارد است، ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود:

- معاینات اولیه، اشعه ایکس، حرم‌گیری و درمان با فلوراید
- ترمیم و روکش

- درمان ریشه دندان
 - دندان مصنوعی جزئی و کامل با تنظیم، ترمیم و تراز کردن
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای دندان پزشکی موجود در Medi-Cal Dental، یا نیاز به کمک در یافتن دندان پزشک 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 Medi-Cal Dental از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر روزهای دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما آمادگی دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از وبسایت ما به نشانی smilecalifornia.org نیز بازدید کنید.
- در کانتی‌های Los Angeles و Sacramento می‌توانید مزایای دندان پزشکی Medi-Cal را از طریق طرح مراقبت‌های هماهنگ دندان پزشکی (Dental Managed Care, DMC) دریافت کنید. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندان پزشکی Medi-Cal نیاز دارید، یا می‌خواهید تغییراتی ایجاد کنید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با گزینه‌های مراقبت‌های درمانی به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. افراد پاسخگوی DMC همچنین در اینجا قابل دسترسی هستند:
- www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx www.hpsm.org/dental
- توجه:** طرح ما خدمات دندان پزشکی تکمیلی ارائه می‌دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در بخش D مراجعه کنید.
- F3. خدمات حمایتی در محیط خانه (IHSS)**
- برنامه خدمات حمایتی در محیط خانه (In-Home Supportive Services, IHSS) به پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان مراقبتی ثبت‌نام‌شده برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهند کمک می‌کند تا بتوانید به طور 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.
 - برای دریافت خدمات، با انجام ارزیابی مشخص می‌شود کدام نوع خدمات می‌تواند برای هر شرکت‌کننده بر اساس نیازهای او مجاز باشد. انواع خدماتی که می‌توان از طریق IHSS محوز داد عبارت‌اند 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.
 - مسئول هماهنگی خدمات مراقبتی شما می‌تواند در درخواست IHSS از سازمان خدمات اجتماعی کانتی به شما کمک کند.

F4. 1915(c) برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS)**معافیت کمک در زندگی روزانه (ALW)**

معافیت کمک در زندگی روزانه (Assisted Living Waiver, ALW) به افراد واحد شرایط Medi-Cal امکان می‌دهد به جای قرارگیری بلندمدت در مرکز مراقبت پرستاری تخصصی، در یک محیط زندگی همراه با مراقبت سکونت داشته باشند. 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 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.

درحال حاضر، ALW فقط در کانتی‌های زیر در دسترس است: آلامدا، کانترا کوستا، فرزنو، کرن، لس آنجلس، اورنج، ریورساید، ساکرامنتو، سن برناردینو، سن دیگو، سن فرانسیسکو، سن هواکین، سن ماتئو، سانتا کلارا و سونوما.

مسئول هماهنگی خدمات مراقبتی شما می‌تواند در درخواست ALW به شما کمک کند. فهرست فعلی آژانس‌های هماهنگی مراقبت را می‌توان در وبسایت زیر یافت: <https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

معافیت HCBS برای ساکن کالیفرنیا با ناتوانی‌های رشدی (HCBS-DD)**معافیت برنامه استقلال (SDP) کالیفرنیا ویژه افراد دچار ناتوانی‌های رشدی**

- دو چشم‌پوشی 1915(c) وجود دارد، چشم‌پوشی خدمات مبتنی بر خانه و جامعه برای ناتوانان رشدی (Home- and Community-Based Services for the Developmentally Disabled, HCBS-DD) و چشم‌پوشی 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 معافیت روشی برای تأمین مالی برخی خدمات هستند که به افراد دارای ناتوانی‌های رشد امکان می‌دهد به جای سکونت در یک مرکز بهداشتی دارای مجوز، در خانه یا جامعه زندگی کنند. هزینه‌های این خدمات به طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می‌شود. مسئول هماهنگی خدمات مراقبتی‌تان می‌تواند به شما در دسترسی به خدمات معافیت ناتوانی‌های رشدی کمک کند.

معافیت جایگزین خانگی و اجتماعی (HCBA)

- معافیت 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 برای خدمات معافیت و طرح ایالتی (نظیر خدمات پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در منزل و مواردی از این دست)

هماهنگی می‌کند، و هماهنگی‌های دیگر برای سایر خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت در جامعه محلی را انجام می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبت و معافیت 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 طرح معافیت HCBA می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در طرح معافیت HCBA بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان چشم‌پوشی HCBA همکاری می‌کند.
- هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت شما می‌تواند در درخواست HCBA به شما کمک کند.

برنامه چشم‌پوشی Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) خدمات مدیریت جامع پرونده و مراقبت مستقیم را به افرادی که با HIV زندگی می‌کنند، به عنوان جایگزینی برای مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا بستری شدن در بیمارستان 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 نبود این برنامه نیازمند خدمات بستری در یک مرکز باشند؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان در زمینه مدیریت سلامت HIV؛ (3) ارتقای دسترسی به پشتیبانی اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگ کردن ارائه‌دهندگان خدمات و رفع نیاز به تکرار خدمات.
- اعضای ثبت‌نام‌شده در طرح معافیت MCWP می‌توانند همچنان که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را دریافت می‌کنند، در طرح معافیت MCWP بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان چشم‌پوشی MCWP همکاری می‌کند.
- مسئول هماهنگی خدمات مراقبتی شما می‌تواند در درخواست MCWP به شما کمک کند.

(866) 243-7435	1045 Atlantic Avenue, Suite 1016, Long Beach, CA 90813	Dignity Health - St. Mary Medical Center
(727) 409-0759	,6255 Sunset Blvd., 19th Floor Los Angeles, CA 90028	AIDS Healthcare Foundation
(323) 869-5468	,5427 E. Whittier Blvd Los Angeles, CA 90022	AltaMed Health Services Corporation
(213) 201-1600	,611 S. Kingsley Drive Los Angeles, CA 90005	APLA Health & Wellness
(323) 936-4949	,5149 W. Jefferson Blvd Los Angeles, CA 90016	Minority AIDS Project
(888) 777-8565	7101 Baird Avenue, Reseda, CA 91335	Tarzana Treatment Centers

برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) خدمات مدیریت اجتماعی و مراقبت‌های پزشکی را باهم ارائه می‌دهد تا به افراد کمک کند در خانه‌ها و جوامع خود باقی بمانند.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان برنامه خدمات حمایتی در محیط خانه را نیز دریافت می‌کنند، MSSP اقدامات ذیل را برای جلوگیری از قرارگیری در مراکز نهادی یا به تأخیر انداختن آن انجام می‌دهد: ارائه هماهنگی مستمر مراقبت، برقراری ارتباط شرکت‌کنندگان با سایر خدمات و منابع مورد نیاز جامعه، هماهنگی با ارائه‌کنندگان مراقبت‌های پزشکی، و خرید برخی خدمات مورد نیاز که به‌طور دیگر در دسترس نیستند. هزینه کل سالانه ترکیبی مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در مرکز مراقبت پرستاری تخصصی باشد.
- یک تیم از متخصصان بهداشت و خدمات اجتماعی به هر شرکت‌کننده MSSP یک ارزیابی کامل سلامت و روانی اجتماعی ارائه می‌دهد تا خدمات مورد نیاز مشخص شود. سپس تیم با شرکت‌کننده MSSP، پزشک، خانواده و سایر افراد همکاری می‌کند تا یک طرح مراقبت شخصی‌سازی شده تدوین شود. این خدمات عبارت‌اند از:
 - مدیریت مراقبت
 - مراقبت روزانه بزرگسالان
 - تعمیرات جزئی در منزل
 - خدمات تکمیلی خانه‌داری، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی در منزل
 - خدمات استراحت فرجه‌ای برای مراقبان

- خدمات حمل و نقل
- خدمات مشاوره و درمان
- خدمات غذایی
- خدمات ارتباطات.
- اعضای ثبت نام شده در چشمپوشی MSSP می توانند همچنان که مزایای ارائه شده توسط طرح ما را دریافت می کنند، در چشمپوشی MSSP بمانند. طرح ما برای هماهنگ کردن خدماتی که دریافت می کنید، با ارائه دهنده MSSP شما همکاری می کند.
- مسئول هماهنگی خدمات مراقبتی شما می تواند در درخواست MSSP به شما کمک کند.

F5. ارائه خدمات سلامت رفتاری کانتی در خارج از طرح ما (خدمات سلامت روان و اختلال سوء مصرف مواد)

شما به خدمات بهداشت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته باشند و تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal باشند، دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات تحت پوشش Medicare و مراقبت های هماهنگ Medi-Cal را ارائه می دهیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی یا اختلال سوء مصرف مواد Medi-Cal کانتی را ارائه نمی کند، ولی این خدمات از طریق سازمان های سلامت رفتاری کانتی در دسترس شما هستند.

در صورتی که معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان کانتی (Mental Health Plan, MHP) در دسترس شما است. خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal ارائه شده از سوی MHP کانتی شما عبارت اند از:

- خدمات سلامت روان
- خدمات حمایت دارویی
- خدمات درمان فشرده روزانه
- توان بخشی روزانه
- خدمات مداخله در شرایط بحران
- خدمات تثبیت در شرایط بحران
- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمان اقامتی در شرایط بحران
- خدمات مراکز سلامت روان

- خدمات روانپزشکی برای بیماران بستری
 - مدیریت هدفمند پرونده
 - خدمات رفتاردرمانی
 - مراقبت پرورشگاهی درمانی
 - هماهنگ‌سازی مراقبت‌های ویژه
 - خدمات مراقبت فشرده در منزل
 - بازگشت به جامعه برای افراد با دخالت قضایی
 - درمان جامعه‌محور قاطع (Assertive Community Treatment, ACT)
 - درمان جامعه‌محور قاطع حقوقی (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
 - مراقبت تخصصی هماهنگ (Coordinated Specialty Care, CSC) برای اولین دوره روان‌پریشی (First Episode Psychosis, FEP)
 - خدمات باشگاه حمایتی
 - خدمات ارتقایافته مددکاران بهداشت جامعه (CHW)
- در صورتی‌که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات سیستم تحویل سازماندهی‌شده داروی Medi-Cal از طریق سازمان سلامت رفتاری کانتی شما در دسترس شما هستند.
- خدمات درمان سرپایی فشرده
 - درمان اختلال سوءمصرف مواد پیش از زایمان اقامتی
 - خدمات توان‌بخشی سرپایی
 - برنامه ترک مواد مخدر
 - داروهای درمان اعتیاد (همچنین معروف به درمان با کمک دارو)
 - خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
 - غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات سیستم تحویل سازماندهی‌شده داروی Medi-Cal عبارت‌اند از:
- خدمات توان‌بخشی سرپایی
 - خدمات درمان سرپایی فشرده
 - داروهای درمان اعتیاد (همچنین معروف به درمان با کمک دارو)

- خدمات درمانی اقامتی
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه ترک مواد مخدر
- خدمات ریکاوری
- مدیریت مراقبت
- خدمات مداخله زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- غربالگری، تشخیص و درمان دوره‌ای زودهنگام (برای اعضای زیر 21 سال)
- خدمات درمان بستری

علاوه بر خدمات فوق، در صورت داشتن معیارها، ممکن است به خدمات داوطلبانه سم‌زدایی بیماران بستری نیز دسترسی داشته باشید.

اعضای طرح نیازهای ویژه دوگانه (Dual-Special Needs Plan, D-SNP) که به خدمات بهداشت رفتاری نیاز دارند از جمله هر دو سلامت روان و خدمات سوء مصرف مواد مخدر می‌توانند از طریق تأمین‌کننده بهداشت رفتاری L.A. Care، سازمان بهداشت رفتاری Carelon، اداره بهداشت روانی، و اداره سلامت عمومی، سوء مصرف مواد و پیشگیری بیماری (Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC) از کانتی لس‌آنجلس به خدمات دسترسی یابند. سیستم تحویل که اعضا می‌توانند در آن به خدمات مراقبتی دسترسی یابند براساس نوع و شدت علائم و اختلال است. برای دسترسی به خدمات بهداشت رفتاری نیازی به ارجاع PCP نیست و با نقاط ورود متعدد یک رویکرد «نبود ورودی اشتباهی» برای دسترسی به خدمات وجود دارد. خدمتی «ضرورت پزشکی» دارد یا «از نظر پزشکی ضروری است» که برای محافظت از زندگی، پیشگیری از بیماری عمده یا معلولیت عمده یا تسکین درد شدید اقدامی منطقی و لازم باشد.

وقتی اعضا برحسب لزوم از طریق نهادهای کانتی به خدمات بهداشت رفتاری دسترسی می‌یابند و زمانی که رضایت‌نامه‌های لازم و مناسب امضا شود، L.A. Care هماهنگ‌سازی خدمات بهداشت رفتاری را برای اعضای D-SNP تسهیل خواهد کرد. L.A. Care و نهادهای کانتی از یک روند بازبینی با توافق دوطرفه برای تسهیل حل و فصل به موقع اختلافات مدیریتی و بالینی پیروی می‌کنند.

G. مزایای خارج از پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal

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

فهرست ذیل حاوی خدمات و اقلامی است که در هیچ شرایطی تحت پوشش ما قرار نگرفته و مواردی که فقط در برخی حالت‌ها از پوشش خارج می‌شود.

برای مزایای پزشکی مستثنی که در اینجا (یا هر جای دیگری از این دفترچه اطلاعاتی اعضا فهرست شده‌اند، پرداختی انجام نمی‌دهیم) مگر در شرایط خاصی که ذکر شده‌اند. حتی اگر خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح هزینه خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید طرح ما باید خدمتی که تحت پوشش نیست را پرداخت کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** از دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه نمایید.

علاوه بر هرگونه مستثنی یا محدودیت‌های موصوف 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 در فهرست خدمات تحت پوشش قرار داشته باشند
- درمان‌های پزشکی و جراحی، اقلام و داروهایی که ماهیت آزمایشی دارند، مگر اینکه Medicare، یک پژوهش تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare، یا طرح ما آن‌ها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی، به **فصل 3** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. درمان و اقلام تحقیقاتی مواردی هستند که اکثریت جامعه پزشکی آن‌ها را قبول ندارند.
- درمان جراحی جاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و Medicare هزینه آن را بپردازد
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد
- پرستاران خصوصی
- اقلام شخصی در اتاق شما در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری مانند تلفن یا تلویزیون
- مراقبت پرستاری تمام‌وقت در منزل شما
- هزینه‌های مطالبه‌شده توسط بستگان درجه یک یا اعضای خانوار شما
- روش‌ها یا خدمات تقویتی اختیاری (شامل کاهش وزن، رشد مو، فعالیت جنسی، فعالیت ورزشی، اهداف زیبایی، ضد پیری و مسائل روانی)، به غیر از مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشند
- جراحی زیباسازی یا روش زیباسازی دیگر، مگر اینکه به خاطر مصدومیت تصادفی یا برای بهبود بخشی از بدن که به شکل و شمایل صحیح نیست لازم باشد. با این حال، ما هزینه ترمیم سینه پس از عمل برداشتن قسمتی از آن و نیز هم‌شکل کردن سینه دیگر با آن را می‌پردازیم.

- کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از سایورت یا بوده و در هزینه سایورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به دیابت یا می‌باشند
- لوازم کمکی یا به غیر از کفش‌های ارتوپدیک و طبی برای افراد مبتلا به بیماری پای دیابتی
- برش شعاعی قرنیه، جراحی لیزیک (LASIK) و دیگر وسایل کمکی ویژه افراد کم‌بینا
- معکوس کردن فرایندهای ضد عفونی کردن
- 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 مبلغ تقسیم هزینه VA بیش از مبلغ تقسیم هزینه برنامه ماست، مابه‌تفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان مسئول پرداخت مبالغ تقسیم هزینه هستید.
- عدسی‌های روتین بینایی: ارتقاها و بهبودهایی مانند عدسی‌های تدریجی، پوشش‌های ضدخش، سایر پوشش‌ها و افزودنی‌ها.

فصل 5: دريافت داروهای سرپايی خود

مقدمه

این فصل درباره قوانین موجود برای گرفتن داروهای سرپايی توضیح می‌دهد. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده 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. **فصل 6** از این *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* درباره مبلغی که باید برای این داروها پرداخت کنید توضیح داده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در فصل آخر *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* آمده است.

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

- **داروهای که توسط Medicare بخش A پوشش داده می‌شوند.** این‌ها معمولاً شامل داروهای می‌شوند که حین حضور شما در مرکز پرستاری تخصصی یا بیمارستان به شما داده می‌شوند.
- **داروهای که توسط Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند.** این‌ها شامل موارد ذیل است: برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که به شما در مطب پزشک یا دیگر ارائه‌کنندگان خدمات داده می‌شود، و داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما می‌دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در **فصل 4** از این *دفتريجه اطلاعاتي اعضا* مراجعه نمایید.
- در صورتی که در آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ Medicare به سر می‌برید، علاوه بر پوشش مزایای پزشکی و Medicare بخش D طرح، ممکن است Original Medicare داروهای شما را پوشش دهد. جهت کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش D**، تحت عنوان «اگر عضو یکی از برنامه‌های آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ موردتأیید Medicare بودید» مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش داروهای سرپایی طرح ما

تا زمانی که قوانین این بخش از دفتربه را رعایت کنید، داروهای شما را پوشش می‌دهیم. شما باید از ارائه‌دهنده (پزشک یا تحویزکننده) دیگری بخواهید نسخه شما را بنویسد، طوری که طبق قانون ذی‌ربط ایالتی معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های درمانی اولیه (Primary Care Provider, PCP) شما است. همچنین ممکن است ارائه‌کننده دیگری باشد که PCP شما را جهت خدمات درمانی به وی معرفی کرده باشد.

تحویزکننده شما **نباید** در فهرست‌های استثنا یا ممنوعه Medicare یا هرگونه فهرست Medi-Cal مشابه قرار داشته باشد.

عموماً باید نسخه‌تان را در داروخانه‌های عضو شبکه پیچید. (برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش A1** مراجعه کنید). یا می‌توانید داروهای تحویزی خود را از طریق خدمات سفارش پستی طرح دریافت کنید.

داروهای تحویزی شما باید در *فهرست داروهای تحت پوشش* طرح ما باشند. ما به‌طور مختصر آن را «*فهرست دارویی*» می‌نامیم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید).

- اگر دارو در *فهرست دارویی* نباشد، شاید بتوانیم با قائل شدن استثنا برای شما آن را پوشش دهیم.

- برای آشنایی با نحوه درخواست استثنا، به **فصل 9** مراجعه کنید.

- لطفاً توجه داشته باشید که درخواست برای پوشش داروی تحویز شده شما تحت استانداردهای Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

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. تحویزکننده شما ممکن است بتواند در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی مورد مصرف درخواست شده داروی تحویزی کمک کند.

قبل از اینکه دارویتان را پوشش دهیم، ممکن است بر اساس معیارهای خاصی نیاز به دریافت اجازه قبلی از برنامه درمانی ما باشد. (به **بخش C** این فصل مراجعه کنید).

فهرست مطالب

A.	دريافت داروهاي تحويزي.....	154
A1.	پيچيدن نسخه خود در يك داروخانه شبكه.....	154
A2.	هنگام پيچيدن نسخه، كارت شناسايي عضويت بيمه خود را نشان دهيد.....	154
A3.	درصورتى كه داروخانه شبكه خود را تغيير داديد، بايد چه كاري انجام بدهيد.....	154
A4.	درصورتى كه داروخانه شما شبكه را ترك كند، بايد چه كاري انجام بدهيد.....	155
A5.	استفاده از داروخانه تخصصي.....	155
A6.	استفاده از خدمات سفارش پستي براي دريافت داروها.....	155
A7.	دريافت داروها براي دوره مصرف بلندمدت.....	157
A8.	استفاده از داروخانه اي كه تحت پوشش شبكه طرح ما قرار ندارد.....	158
A9.	بازپرداخت هزينه براي نسخه.....	158
B.	فهرست دارويي طرح ما.....	159
B1.	داروهاي موجود در فهرست دارويي ما.....	159
B2.	چگونه مي توان دارويي را در فهرست دارويي ما پيدا كرد.....	160
B3.	داروهائي كه در فهرست دارويي ما نيستند.....	160
B4.	رديف هاي تقسيم هزينه فهرست دارويي.....	161
C.	محدوديتهايي درباره برخي داروها.....	162
D.	دلایل مربوط به اينكه داروي شما ممكن است تحت پوشش قرار نگيرد.....	164
D1.	دريافت دارو براي دوره مصرف موقت.....	164
D2.	درخواست تأمين موقت.....	166
E.	تغييرات در پوشش داروهاي شما.....	166
F.	پوشش دارو در مواقع خاص.....	168
F1.	اگر در بيمارستان و يا مركز پرستاري تخصصي تحت پوشش طرح ما بستري هستيد.....	168
F2.	اگر در يك مركز مراقبت هاي بلندمدت هستيد.....	169
F3.	اگر در يك برنامه آسايشگاه بيماري هاي لاعلاج مورد تأييد Medicare باشيد.....	169
G.	برنامه هاي ايمني دارويي و مديريت دارو.....	170
G1.	برنامه هاي كمك به شما براي استفاده بي خطر از دارو.....	170
G2.	برنامه هايي براي كمك به مديريت داروهايتان.....	170
G3.	برنامه مديريت دارو (DMP) براي كمك به اعضا به منظور استفاده ايمن از داروهاي افويوني.....	171

A. دریافت داروهای تحویزی

A1. پیچیدن نسخه خود در یک داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، هزینه نسخه‌هایتان را تنها زمانی پرداخت می‌کنیم که داروها از داروخانه‌های شبکه فراهم شده باشد. منظور از داروخانه شبکه درگاه‌استوری است که قبول کرده است نسخه‌های اعضای بیمه ما را بپیچد. می‌توانید به هریک از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید. (برای اطلاعات درباره زمانی که ما داروهای تحویزی تهیه‌شده از داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

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

A2. هنگام پیچیدن نسخه، کارت شناسایی عضویت بیمه خود را نشان دهید

برای دریافت داروی تحویزی خود، **کارت شناسایی عضویت** خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای سهم ما از هزینه داروی تحت پوشش صورتحساب 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 یا BIC را در زمان پیچیدن نسخه به همراه نداشته باشید، از داروخانه بخواهید برای گرفتن اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد یا می‌توانید از داروخانه بخواهید در اطلاعات ثبت‌نام طرحتان جست‌وجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، باید هزینه کامل داروها را هنگام تحویل گرفتن آن‌ها بپردازید. شما سپس می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود را به شما بازپرداخت کنیم. **اگر نمی‌توانید هزینه دارو را بپردازید، بلادرنگ با خدمات تماس بگیرید.** ما تمام تلاش خود را خواهیم کرد تا کمک کنیم.

- برای درخواست از ما جهت بازپرداخت، **فصل 7** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا را مطالعه کنید.
- اگر برای پیچیدن نسخه خود به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات تماس بگیرید.

A3. در صورتی‌که داروخانه شبکه خود را تغییر دادید، باید چه کاری انجام بدهید

اگر داروخانه خود را تغییر دهید و بخواهید نسخه را دوباره بپیچید، می‌توانید از یک ارائه‌دهنده بخواهید برای شما نسخه جدید بنویسد یا از داروخانه بخواهید 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 تماس بگیرید.

A4. در صورتی که داروخانه شما شبکه را ترک کند، باید جه‌کاری انجام بدهید

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

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

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی باید نسخه خود را از داروخانه‌ای تخصصی تهیه کنید. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر است:

- داروخانه‌هایی که داروهای درمان تزریقی خانگی را تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که دارو برای افراد ساکن مراکز مراقبت بلندمدت، مانند مراکز پرستاری، تأمین می‌کنند.
 - معمولاً، مراکز مراقبت طولانی‌مدت داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت قرار دارید، ما اطمینان می‌یابیم که داروهای موردنیازتان را بتوانید از داروخانه این مرکز دریافت کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت شما عضو شبکه ما نباشد، یا اگر برای دریافت مزایای دارویی خود در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت مشکلی وجود دارد، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروخانه‌های ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی سرخ‌پوستان (Indian Health Care Provider, IHCP). اعضای سرخ‌پوست آمریکایی و بومی آلاسکا به داروخانه‌های مرکز ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی سرخ‌پوستان (IHCP) دسترسی دارند، به شرطی که این مرکز دارای داروخانه خرده‌فروشی ثبت‌شده در طرح باشد. اگر سرخ‌پوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، اگر به کلینیک تخصیص یافته باشید یا در وضعیت اورژانسی قرار داشته باشید، همچنان ممکن است بتوانید از داروخانه خرده‌فروشی در IHCP خدمات دریافت کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهای محدودشده توسط FDA را 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 بازدید کنید، یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

شما برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. عموماً، داروهایی 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 دوره مصرف حداقل 30 روز و حداکثر 100 روز

را به شما می‌دهد. مبلغ سهم بیمه‌شده برای مصرف 10 روزه با مبلغ سهم بیمه‌شده برای مصرف یک‌ماهه یکسان است.

پیچیدن نسخه‌ها از طریق پست

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

معمولاً داروهای سفارش پستی ظرف 14 روز می‌رسد. با این وجود، برخی اوقات ممکن است سفارش پستی شما تأخیر داشته باشد. تا زمان تحویل داروی سفارش‌داده‌شده پستی، باید از پزشک معالجتان درخواست کنید نسخه‌ای کوتاه‌مدت برای پوشش این مدت به شما بدهد.

فرآیندهای سفارش پستی دارو

خدمات سفارش پستی، برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند و نسخه‌های جدیدی که از مطب ارائه‌دهنده خدمات شما دریافت می‌کند، و تأمین مجدد داروهای تحویلی با سفارش پستی، فرآیندهای متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدید شما را آماده می‌کند و تحویل می‌دهد.

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

داروخانه به‌طور خودکار نسخه‌های جدیدی را که از ارائه‌کننده‌های مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کند، بدون اینکه ابتدا با شما بررسی کند، آماده و ارسال می‌کند اگر:

- شما قبلاً از خدمات پستی در برنامه درمانی ما استفاده کرده باشید، یا
- برای تحویل خودکار تمام نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از ارائه‌کننده‌های مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کنید ثبت‌نام کنید. اکنون یا در هر زمانی می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به نشانی 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 نسخه‌ای را به‌طور خودکار از طریق پست دریافت کردید که آن را نمی‌خواهید، و قبل از ارسال برای اطمینان از خواستن آن با شما تماس گرفته نشده باشد، ممکن است واحد شرایط بازپرداخت باشید.

اگر قبلاً از خدمات پستی استفاده کرده‌اید و نمی‌خواهید داروخانه هر نسخه جدید را به‌طور خودکار آماده و ارسال کند، با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767** (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، حتی در تعطیلات، در دسترس است.

اگر هرگز از تحویل پستی ما استفاده نکرده‌اید و/یا تصمیم گرفته‌اید که پر کردن

خودکار نسخه‌های جدید متوقف شود، داروخانه هربار که نسخه جدیدی از یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی دریافت می‌کند، با شما تماس می‌گیرد تا مشخص شود آیا می‌خواهید دارو بلافاصله آماده و ارسال شود یا خیر.

- این به شما فرصت می‌دهد تا مطمئن شوید داروخانه در حال تحویل داروی درست است (شامل دوز، مقدار و شکل) و به شما امکان می‌دهد در صورت نیاز، قبل از صدور صورت‌حساب و ارسال داروها اقدام به لغو یا تعویق آن‌ها 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 لغو تحویل خودکار نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از دفتر ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی خود دریافت می‌کنید، با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767** (TTY: 711)، به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، شامل تعطیلات، تماس بگیرید.

3. **تجدید دارو از طریق سفارش پستی**

- برای تجدید داروهای خود، این گزینه را دارید که در یک برنامه تجدید خودکار ثبت‌نام کنید. در این برنامه، وقتی سوابق ما نشان دهد به اتمام داروی‌تان نزدیک هستید، به طور خودکار شروع به تجدید داروی شما می‌کنیم.
- داروخانه قبل از ارسال هر تجدید نسخه، با شما تماس می‌گیرد تا مطمئن شود به داروی بیشتری نیاز دارید؛ ضمناً در صورت داشتن داروی کافی یا تغییر یافتن دارویتان، می‌توانید تعدیلهای برنامه‌ریزی‌شده را لغو کنید.
 - اگر مایل به استفاده از برنامه تجدید دارو نیستید، 21 روز پیش از زمان اتمام نسخه فعلی، با داروخانه تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع به دستتان برسد.
- برای لغو عضویت در برنامه ما که به طور خودکار تجدید نسخه‌های پستی را آماده می‌کند، با خدمات اعضا به شماره **1-833-522-3767** (TTY: 711)، به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، شامل تعطیلات، تماس بگیرید.
- به داروخانه اطلاع دهید بهترین روش‌های تماس با شما چیست تا بتوانند قبل از ارسال، سفارش شما را تأیید کنند. با خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید و بهترین روش ارتباطی‌تان را به آنها اطلاع دهید.

A7. **دریافت داروها برای دوره مصرف بلندمدت**

می‌توانید برای داروهای حفظ سلامتی در *فهرست دارویی* برنامه درمانی ما را برای دوره مصرف بلندمدت دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی آنهایی است که برای عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت به طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند داروهای مربوط به بیماری‌های مزمن را

برای مصرف بلندمدت تأمین کنید. مبلغ سهم بیمه‌شده برای مصرف 100 روزه با مبلغ سهم بیمه‌شده برای مصرف یک‌ماهه یکسان است. *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* به شما نشان می‌دهد تأمین بلندمدت داروهای حفظ سلامتی را از کدام داروخانه‌ها می‌توانید انجام دهید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضا برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از دارو، می‌توانید از خدمات سفارش پستی طرح ما برای تهیه بلندمدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. به **بخش A6** مراجعه کنید تا درباره خدمات پستی اطلاعات کسب 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. در چنین شرایطی، ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطلع شوید در نزدیکی شما داروخانه شبکه هست یا خیر.

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

- در صورتی که داروی تحت پوشش بخش D مربوط به درمان فوریت پزشکی باشد.
- اگر یک داروی تحت پوشش بخش D (به‌طورمثال، یک داروی یتیم یا دیگر داروهای خاص ارسال‌شده توسط تولیدکنندگان یا فروشندگان خاص) در مکان خرده‌فروشی قابل دسترسی یا داروخانه‌های سفارش پستی مرتباً انبار نشود.
- اگر داروی تحت پوشش بخش D توسط یک داروخانه وابسته به یک نهاد زمانی توزیع شده باشد که بیمار در بخش اورژانس، کلینیک وابسته به ارائه‌دهنده خدمات، جراحی سرپایی یا دیگر بخش‌های سرپایی بوده باشد.
- در طول هر نوع فاجعه فدرال یا موقعیت سلامتی عمومی اضطراری که منجر به بیرون راندن یک عضو شود یا از خانه خود انتقال داده شوند.
- در شرایط اضطراری که عضو قادر به استفاده از داروخانه‌های شبکه نیست، ما هزینه تحدید 30 روزه داروهای ژنریک را برای یک نوبت پرداخت خواهیم کرد. برای داروهای برند، ما هزینه تحدید 30 روزه را برای یک نوبت پرداخت خواهیم کرد. در چنین شرایطی، ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطلع شوید در نزدیکی شما داروخانه شبکه هست یا خیر.

A9. بازپرداخت هزینه برای نسخه

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، عموماً مجبور خواهید بود به‌جای پرداخت مبلغ سهم بیمه‌شده، کل هزینه را در زمان تهیه نسخه بپردازید. می‌توانید درخواست کنید که ما سهم خود را از هزینه‌ها به شما برگردانیم. ممکن است لازم باشد مابه‌تفاوت مبلغ قابل پرداخت برای دارو در داروخانه خارج از شبکه و هزینه‌ای که ما در داروخانه عضو شبکه پوشش می‌دهیم را بپردازید.

اگر کل هزینه نسخه‌ای را که ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شود پرداخت کنید، ممکن است پس از اینکه Medi-Cal Rx هزینه نسخه را پرداخت کرد، بتوانید از داروخانه بازپرداخت بگیرید. به‌طور جایگزین، می‌توانید با ارائه ادعای «بازپرداخت هزینه پرداختی از جیب برای (Conlan) Medi-Cal»، از Medi-Cal Rx درخواست بازپرداخت کنید. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وبسایت Medi-Cal Rx بیابید: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به **فصل 7** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا 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 دارویی همچنین شامل قوانینی است که باید برای گرفتن داروهایتان رعایت کنید.

تا زمانی که قوانین مشروح 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 داروهایی 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 وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌های خود از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

فهرست دارویی ما هم شامل داروهای برند (دارای نام تجاری) و هم داروهای ژنریک و هم محصولات بیولوژیک است (که می‌تواند شامل بیوسیمیلارها باشد).

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

داروهای ژنریک همان مواد فعال موجود در داروهای دارای نام تجاری را دارند. محصولات بیولوژیک جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار گفته می‌شوند. عموماً، تأثیرگذاری داروهای ژنریک به خوبی داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی است و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی عمومی برای بسیاری از داروهای برند و جایگزین‌های بیوسیمیلار برای برخی از محصولات بیولوژیک اصلی وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای

قابل‌حایگزینی هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید، به‌حای محصول بیولوژیکی ارائه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند حایگزین داروهای برند شوند.

برای تعاریف انواع داروهایی که ممکن است در *فهرست دارویی* باشد، به **فصل 12** مراجعه کنید.

طرح ما همچنین داروها و محصولات خاص OTC را پوشش می‌دهد. برخی داروهای OTC هزینه کمتری نسبت به داروهای تحویزی دارند و درعین‌حال اثربخشی‌شان به همان اندازه است. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

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

- از وبسایت طرح ما به آدرس medicare.lacare.org بازدید کنید. *فهرست دارویی* در وبسایت ما همیشه به‌روزترین لیست است.
- برای اطلاع از وجود یک دارو در *فهرست دارویی* ما یا درخواست نسخه‌ای از این فهرست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.
- از ابزار ما به نام «ابزار مزایای لحظه‌ای» در medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search جستجوی داروهای موجود در *فهرست دارویی* استفاده کنید تا برآوردی از هزینه‌ای که پرداخت خواهید کرد و وجود داروهای حایگزین دیگر در *فهرست دارویی* که بتوانند همان عارضه را درمان کنند، به دست آورید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B3. داروهایی که در *فهرست دارویی* ما نیستند

این‌طور نیست که ما تمام داروهای تحویزی را پوشش دهیم.

- برخی داروها در *فهرست دارویی* ما نیستند، چرا که قانون اجازه نمی‌دهد آن داروها را پوشش دهیم.
- در برخی موارد دیگر، ما تصمیم گرفته‌ایم دارویی را در *فهرست دارویی* خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را دریافت کنید که در *فهرست دارویی* ما نیست. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.

طرح ما برای انواع داروهای ذکرشده در این بخش هزینه‌ای پرداخت نمی‌کند. این داروها **داروهای خارج از فهرست** نام دارند. اگر نسخه‌ای برای یک داروی مستثنی دریافت می‌کنید، ممکن است لازم باشد هزینه آن را خودتان بپردازید. اگر فکر می‌کنید به دلیل شرایط شما باید هزینه یک داروی خارج از فهرست را بپردازیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

سه قانون عمومی برای داروهای خارج از فهرست وجود دارد:

1. پوشش دارویی سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D می‌شود) نمی‌تواند برای دارویی که Medicare بخش A یا Medicare بخش B هم‌اکنون پوشش می‌دهد، 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 سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
 2. طرح ما نمی‌تواند داروی خریداری‌شده در خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن را پوشش دهد.
 3. مورد مصرف دارو باید توسط FDA تأیید شده باشد یا توسط مراجع پزشکی خاص به‌عنوان درمان‌کننده بیماری شما تأیید گردد. پزشک شما یا ارائه‌دهنده دیگر ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تحویز کند، حتی اگر برای درمان این بیماری تأیید نشده باشد. به این مورد مصرف «استفاده خارج از برجسب» می‌گویند. طرح ما معمولاً داروهایی را که برای استفاده خارج از برجسب تحویز می‌شوند پوشش نمی‌دهد.
- همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند انواع داروهای زیر را پوشش دهند.
- داروهای مورد استفاده برای تقویت قدرت باروری
 - داروهایی که برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی استفاده می‌شوند*
 - داروهای مورد استفاده برای اهداف آرایشی و یا تقویت رشد مو
 - داروهای ویتامین و محصولات معدنی تحویزی، به جز ویتامین‌های قبل از بارداری و ترکیبات فلوراید*
 - داروهای مورد استفاده برای درمان اختلال عملکرد جنسی یا نعوظ
 - داروهایی که برای درمان بی‌اشتهایی، کاهش وزن یا افزایش وزن استفاده می‌شوند*
 - داروهای سرپایی ساخته‌شده توسط شرکتی که می‌گوید شما باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط توسط آن‌ها انجام دهید

*برخی از محصولات ممکن است توسط Medi-Cal پوشش داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید.

B4. ردیف‌های تقسیم هزینه فهرست دارویی

هریک از داروهای **فهرست دارویی** در یکی از 5 ردیف قرار دارد. یک ردیف یعنی گروهی از داروهایی که عموماً از نوع مشابه هستند (برای مثال، داروهای برند، ژنریک یا بدون نسخه). عموماً، هرچه ردیف تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم شما برای آن دارو بالاتر خواهد بود.

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- داروهای ردیف 1، داروهای ژنریک ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده \$0 است.
 - داروهای ردیف 2، داروهای ژنریک هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده بین \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
 - داروهای ردیف 3، داروهای برند ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده بین \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
 - داروهای ردیف 4، داروهای غیر ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده بین \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
 - داروهای ردیف 5، داروهای تخصصی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. مبلغ تقسیم هزینه 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
- برای دانستن اینکه داروی شما در کدامیک از ردیف‌های تقسیم هزینه قرار دارد، به *فهرست دارویی* مراجعه کنید.
- فصل 6** از این *دفترچه اطلاعاتی اعضا* درباره مبلغی که باید برای داروهای خود در هریک از ردیف‌ها پرداخت کنید توضیح داده است.

C. محدودیت‌هایی درباره برخی داروها

برای برخی داروها، جگونگی و زمان پوشش این داروها توسط طرح ما به واسطه قوانینی ویژه محدود شده است. به‌طور کلی، قوانین 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 داروی ارزان‌تر را برای شما تحویل کند.

توجه داشته باشید که گاهی یک دارو ممکن است بیش از یک‌بار در *فهرست دارویی* ما ظاهر شود. این بدان دلیل است که همان داروها می‌توانند بر اساس دوز، مقدار یا شکل داروی تحویل‌شده توسط ارائه‌کننده شما متفاوت باشند، و محدودیت‌های مختلفی ممکن است برای نسخه‌های مختلف دارو اعمال شود (برای مثال، 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یک عدد در روز در مقابل دو عدد در روز؛ قرص در مقابل شربت).

در صورت وجود قانون ویژه برای داروی شما، معمولاً این بدان معنی است که شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما مجبور خواهید بود مراحل اضافی برای اینکه ما این دارو را پوشش دهیم، انجام دهید. به‌طور مثال، ممکن است ارائه‌کننده خدمات درمانی ناگزیر باشد تشخیصی را که برای شما داشته است به ما بگوید یا ابتدا نتایج آزمایشات خون را ارائه دهد. اگر شما یا ارائه‌کننده شما فکر می‌کنید قانون ما نباید در

مورد وضعیت شما اعمال شود، از ما بخواهید از فرآیند تصمیم پوششی برای اعمال استثنا استفاده کنیم. ما ممکن است موافقت بکنیم یا نکنیم که به شما اجازه دهیم بدون نیاز به انجام اقدامات اضافی، از دارو استفاده کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا، به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

1. محدود کردن استفاده از داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی هنگامی که به ترتیب نوع ژنریک یا نوع بیوسیمیلار مشابه از آن دارو در دسترس است

به طور کل، داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل‌حایگزین مانند همان داروی برند یا محصول بیولوژیک اصلی عمل می‌کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. در اکثر موارد، اگر نوع ژنریک یا بیوسیمیلار قابل‌حایگزین از یک داروی برند یا محصول بیولوژیک اصلی موجود باشد، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک یا قابل‌حایگزین بیوسیمیلار را به شما می‌دهند.

- در صورت وجود داروی ژنریک، ما معمولاً هزینه داروهای برند یا بیوسیمیلار اصلی را پرداخت نمی‌کنیم.
- با وجود این، اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما دلایل پزشکی ارائه دهد که نه داروی ژنریک، بیوسیمیلار حایگزین و نه داروهای تحت پوشش که برای درمان همان بیماری به کار می‌روند هیچ‌کدام روی شما تأثیر نخواهند داشت، آنگاه ما داروی برند را پوشش می‌دهیم.
- سهم بیمه‌شده شما ممکن است برای داروهای برند یا محصولات بیولوژیکی اصلی بیشتر از داروهای ژنریک یا بیوسیمیلار حایگزین باشد.

2. دریافت پیش‌تأییدیه از طرح

برای برخی از داروها، شما یا تحویزکننده شما باید پیش از دریافت داروی تحویزی، از طرح ما تأییدیه دریافت کنید. این فرایند را اجازه قبلی می‌نامند. این اقدام به منظور اطمینان از ایمنی دارو و کمک به هدایت استفاده مناسب از برخی داروها انجام می‌شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما داروی مدنظر را پوشش ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اجازه قبلی، با خدمات اعضا به شماره‌ای که در پایین صفحه یا در وبسایت ما به آدرس medicare.lacare.org آمده تماس بگیرید.

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 باشد، ممکن است از شما بخواهیم ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نباشد، ما داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درمان گام‌به‌گام، با خدمات اعضا به شماره‌ای که در پایین صفحه یا در وبسایت ما به آدرس medicare.lacare.org آمده تماس بگیرید.

4. محدودیت‌های مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید، محدود است. به این موضوع محدودیت مقدار می‌گویند. برای مثال، اگر معمولاً مصرف تنها یک قرص در روز برای یک داروی خاص ایمن در نظر گرفته شود، ممکن است مقدار قابل دریافت از دارو را برای هربار که تحدید می‌کنید محدود نماییم.

جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول قوانین فوق می‌شود یا خیر، *فهرست دارویی* را بررسی کنید. برای کسب جدیدترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی medicare.lacare.org مراجعه کنید. اگر با تصمیم پوششی ما بر اساس هریک از دلایل فوق مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. لطفاً به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

D. دلایل مربوط به اینکه داروی شما ممکن است تحت پوشش قرار نگیرد

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

- برنامه درمانی ما دارویی را که می‌خواهید مصرف کنید پوشش نمی‌دهد. دارو ممکن است در *فهرست دارویی* ما نباشد. ما ممکن است نسخه ژنریک دارو را پوشش دهیم، اما نسخه برند را که می‌خواهید مصرف کنید، پوشش نمی‌دهیم. ممکن است یک دارو جدید باشد و ما هنوز آن را از نظر ایمنی و اثربخشی بررسی نکرده باشیم.
- برنامه درمانی ما دارو را پوشش می‌دهد، اما قوانین یا محدودیت‌های خاصی برای پوشش وجود دارد. همان‌طور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد قوانینی دارند که استفاده از آن‌ها را محدود می‌کند. در برخی موارد، ممکن است شما یا تحویزکننده‌تان از ما درخواست استثنا داشته باشید.
- دارو پوشش داده می‌شود، اما در ردیف تقسیم هزینه‌ای قرار دارد که هزینه شما را از آنجه انتظار دارید بالاتر می‌برد.

اگر ما دارویی را به روشی که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت دارو برای دوره مصرف 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 را بدهیم. این کار به شما زمان می‌دهد که با ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان درباره گرفتن داروی متفاوت صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

برای گرفتن دارو با تأمین موقت، باید دو قانون زیر را رعایت کنید:

1. دارویی که شما درحال مصرف آن هستید:
 - دیگر در *فهرست دارویی* ما نباشد، یا
 - یا هیچوقت در *فهرست دارویی* ما نبوده باشد، یا
 - درحال حاضر به نحوی محدود شده است.
2. شما باید در یکی از این موقعیت‌ها باشید:
 - شما سال گذشته در برنامه درمانی ما بودید.
 - ما تأمین موقت دارویتان را در 90 روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.
 - این تأمین موقت برای مصرف حداکثر 30 روز می‌باشد.
 - اگر نسخه‌تان برای دوره کوتاه‌تری تحویز شده باشد، اجازه تحدید دارو به دفعات متعدد را تا رسیدن به دوره تأمین حداکثر 30 روزه می‌دهیم. شما باید نسخه‌تان را از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
 - ممکن است داروخانه‌های مراقبت بلندمدت داروهای شما را هر بار به مقدار کمی تأمین کنند تا از اتلاف آن‌ها جلوگیری شود.
 - شما تازه به برنامه درمانی ما پیوسته‌اید.
 - ما یک مقدار موقت از داروی شما را طی 90 روز اول عضویتتان در طرح خود پوشش می‌دهیم.
 - این تأمین موقت برای مصرف حداکثر 30 روز می‌باشد.
 - اگر نسخه‌تان برای دوره کوتاه‌تری تحویز شده باشد، اجازه تحدید دارو به دفعات متعدد را تا رسیدن به دوره تأمین حداکثر 30 روزه می‌دهیم. شما باید نسخه‌تان را از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
 - ممکن است داروخانه‌های مراقبت بلندمدت داروهای شما را هر بار به مقدار کمی تأمین کنند تا از اتلاف آن‌ها جلوگیری شود.
 - بیش از 90 روز است که در طرح ما هستید، در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید و بلافاصله به دارو نیاز دارید:
 - ذخیره 31 روزه و یا کمتر از این مقدار در صورت تحویز تعداد کمتر، پوشش داده می‌شود. این علاوه بر تأمین ذخیره موقت است که در بالا ذکر شد.
 - ممکن است تغییری در سطح مراقبت‌های دریافتی خود تجربه کنید/ یا ممکن است احتیاج به انتقال از یک مرکز درمانی به جای دیگری را داشته باشید. اگر تغییری در سطح مراقبت‌های دریافتی تجربه کنید، موارد استثنا (موارد ویژه) برای شما وجود دارد. اگر تغییری در سطح مراقبت‌هایتان احساس کردید، L.A. Care Medicare Plus تأمین موقت 30-روزه را پوشش خواهد داد (مگر اینکه نسخه شما برای تعداد روز کمتری نوشته شده باشد).

D2. درخواست تأمین موقت

برای درخواست تأمین موقت دارو، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

زمانی که دارو را به صورت تأمین موقت می‌گیرید، با ارائه‌دهنده خود هرچه زودتر صحبت کنید تا مشخص شود که پس از اتمام دارویتان چه باید بکنید. گزینه‌های شما عبارت‌اند از:

- دارویتان را عوض کنید.

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

یا

- می‌توانید درخواست استثنا کنید.

شما و ارائه‌کننده‌تان می‌توانید از ما درخواست کنید استثنا قائل شویم. به عنوان مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در *فهرست دارویی* ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده‌تان دلیل پزشکی خوبی برای در نظر گرفتن استثنا داشته باشد، می‌تواند به شما برای درخواست آن کمک کند.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

بیشتر تغییرات در پوشش دارو در روز 1 ژانویه اتفاق می‌افتد، اما ممکن است در طول سال داروهایی را به *فهرست دارویی* خود اضافه یا از آن حذف کنیم. همچنین، ممکن است قوانین 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 مدنظر را دریافت کنید).
- مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید را اضافه کنیم یا تغییر دهیم (اصطلاحاً «محدودیت‌های مقدار» نامیده می‌شود).
- محدودیت‌های درمان گام‌به‌گام را روی یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم (شما باید یک دارو را امتحان کنید قبل از اینکه ما داروی دیگری را پوشش دهیم).
- محصول بیولوژیکی اصلی را با نسخه بیوسیمیلار مشابه با همان محصول بیولوژیکی جایگزین کنیم.

ما باید قبل از تغییر *فهرست دارویی* در طرح خود، الزامات Medicare را رعایت کنیم. برای اطلاعات بیشتر درباره این قوانین دارو، به **بخش C** مراجعه کنید.

اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در **ابتدای** سال پوشش داده‌ایم، معمولاً **در طول بقیه سال** پوشش آن دارو را 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

اگر پوشش‌دهی برای دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند، چگونه؟

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه وقتی *فهرست دارویی* ما تغییر می‌کند چه اتفاقی می‌افتد، همیشه می‌توانید:

- *فهرست دارویی* فعلی ما را به صورت آنلاین در medicare.lacare.org بررسی کنید یا
- برای بررسی *فهرست داروهای* فعلی ما با خدمات اعضا با شماره در پایین صفحه تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است برای *فهرست دارویی* اعمال کنیم که بر شما در طول سال جاری طرح ما تأثیرگذار باشد

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

یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات یک داروی جدید ژنریک یا بیوسیمیلار به بازار عرضه می‌شود که به همان اندازه داروی برند یا محصول بیولوژیک اصلی که اکنون در *فهرست دارویی* قرار دارد اثربخش است. در این صورت، ما ممکن است داروی برند را حذف کرده و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم ولی هزینه شما برای داروی جدید در همان سطح باقی مانده یا کمتر خواهد شد. وقتی یک داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی برند را در *فهرست* نگه داریم اما قوانین یا محدودیت‌های پوشش آن را تغییر دهیم.

• ممکن است این موضوع را قبل از اعمال این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما پس از اعمال تغییر خاصی که انجام داده‌ایم، اطلاعاتی درباره آن برای تان ارسال خواهیم کرد.

• شما یا ارائه‌دهنده تان می‌توانید درخواست «استثنا» از این محدودیت‌ها را داشته باشید. ما اطلاعاتی را حاوی مراحل که می‌توانید برای درخواست استثنا پشت سر بگذارید، برای شما ارسال خواهیم کرد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره استثنایا، به **فصل 9** این دفترچه مراجعه کنید.

حذف داروهای نایمن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده‌اند. گاهی ممکن است یک دارو نایمن شناخته شود یا به دلایل دیگر از بازار خارج شود. در صورتی که چنین اتفاقی بیفتد، ممکن است فوراً آن را از *فهرست دارویی* خود حذف کنیم. اگر مصرف‌کننده این دارو باشید، اطلاعاتی پس از اعمال این تغییر برای شما ارسال خواهیم کرد. 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 اعمال کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. از قبل درباره تغییرات دیگر بر *فهرست دارویی* خود به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر پیش آید:

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- FDA راهنمایی‌های جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی درباره یک دارو وجود دارد.
- هنگامی که این تغییرات رخ می‌دهد، کارهای زیر را انجام خواهیم داد:
- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییرات در *فهرست دارویی* خود به شما اطلاع خواهیم داد یا
- بعد از اینکه درخواست تجدید نسخه کردید، به شما اطلاع داده و دارو را برای دوره مصرف 30 روزه برایتان تأمین می‌کنیم.
- به این ترتیب، فرصت خواهید داشت تا با پزشک خود یا تحویزکننده 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 بتوانید به‌جای آن مصرف کنید یا
- آیا باید برای ادامه پوشش‌دهی این دارو یا نوعی از دارویی که مصرف می‌کنید، درخواست استثنا در اعمال این تغییرات را بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا، به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

تغییرات در *فهرست دارویی* که در طول سال طرح داری بر شما تأثیر نمی‌گذارند

ممکن است داروهای مصرفی شما را مشمول تغییراتی کنیم که در بالا ذکر نشده است و فعلاً تأثیری 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**.

برای مثال، اگر ما دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم، هزینه‌ای که برای دارو می‌پردازید را افزایش دهیم یا استفاده از آن را محدود کنیم، آن تغییر بر استفاده شما از دارو یا هزینه‌ای که برای دارو طی مابقی سال می‌پردازید تأثیری ندارد.

اگر هریک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به‌جز تغییراتی که در بخش بالا ذکر شد)، این تغییر تا تاریخ 1 ژانویه سال بعد بر مصرف شما تأثیری نخواهد داشت.

در طول سال جاری، درباره انواع این تغییرات به شما اطلاع‌رسانی خواهیم کرد. شاید لازم شود برای طرح سال بعد *فهرست دارویی* را بررسی کنید (در صورتی که فهرست در طول دوره ثبت‌نام آزاد قابل‌دسترس باشد) تا مشاهده کنید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال بعدی طرح بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.

F. پوشش دارو در مواقع خاص

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

اگر در یک بیمارستان و یا مرکز پرستاری تخصصی تحت پوشش طرح ما پذیرش شده‌اید، عموماً هزینه داروهای تحویزی در طول مدت اقامتتان را پوشش می‌دهیم. شما مبلغی به‌عنوان سهم بیمه‌شده پرداخت نخواهید کرد. زمانی که از بیمارستان و یا مرکز پرستاری

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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 مبلغ قابل پرداخت، به **فصل 6** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه نمایید.

F2. اگر در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت هستید

معمولاً، مراکز مراقبت بلندمدت از قبیل مرکز پرستاری، داروخانه مختص خود را دارد و یا داروخانه‌ای که داروهای تمام ساکنینش را تأمین می‌کند. اگر در یکی از مراکز مراقبت بلندمدت اقامت دارید، می‌توانید داروهای خود را از طریق داروخانه آن مرکز، در صورتی‌که عضو شبکه ما باشد، دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز ارائه‌دهنده خدمات بلندمدت به شما تحت شبکه ما فعالیت می‌کند یا خیر، به *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* مراجعه کنید. اگر داروخانه در شبکه نبود یا اگر احتیاج به اطلاعات بیشتری داشتید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماری‌های لاعلاج موردتأیید Medicare باشید

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

- ممکن است در یک آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروهای خاصی (مثل ضددرد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که آسایشگاه شما آن را پوشش نمی‌دهد، زیرا به پیشروی و مشکلات بیماری لاعلاج شما مربوط نیست. در آن صورت، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، از تحویزکننده یا ارائه‌دهنده آسایشگاه شما اعلانی دریافت کند مبنی بر اینکه دارو مرتبط نیست.

- به منظور جلوگیری از تأخیر در دریافت هر داروی نامربوط که بیمه ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌کننده خدمات آسایشگاه خود یا تحویزکننده بخواهید مطمئن شود که ما پیش از مراجعه شما به داروخانه برای پیچیدن نسخه، اعلانی دریافت کنیم مبنی بر اینکه داروی مورد درخواست شما نامربوط است.

در صورت ترک آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ، طرح ما باید همه داروهای شما را پوشش دهد. به منظور جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه زمانی که مزایای آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ Medicare به پایان می‌رسد، شما باید مدارک مربوطه را به‌عنوان گواهی خروج از آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ با خود به داروخانه ببرید.

به بخش‌های قبلی این فصل مراجعه کنید که درباره داروهای تحت پوشش طرح ما توضیح می‌دهند. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ، به **فصل 4** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* 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 مشابه دیگری با همان تأثیرات را مصرف می‌کنید
 - ممکن است برای سن و جنسیت شما خطر داشته باشد
 - 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
 - داروهایی که ممکن است از لحاظ مقدار (دوز) اشتباه باشند
 - دارای مقادیر خطرناک از داروهای مسکن افیونی باشد
- اگر مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها مشاهده کنیم، با ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنیم تا مشکل را رفع نماییم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهایتان

برنامه درمانی ما طراحی دارد که به اعضای دارای نیازهای پیچیده در زمینه سلامت کمک می‌کند. در چنین مواردی، ممکن است واحد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (Medication Therapy Management, MTM) باشید. شرکت در این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌کننده خدمات شما کمک می‌کند مطمئن شوید که داروهایتان برای بهبود سلامتتان کارساز هستند. اگر واحد شرایط این 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 حد اکثر استفاده از داروهای مصرفی‌تان را ببرید
- هر نگرانی که داشته باشید، مانند هزینه و واکنش داروها
- بهترین روش مصرف داروهایتان چیست
- هر نوع پرسش یا مشکلی که ممکن است درباره نسخه خود و داروهای بدون نسخه داشته باشید

آنها سپس موارد زیر را به شما ارائه می‌دهند:

- یک خلاصه کتبی از این گفت‌وگو. در این خلاصه، یک برنامه عملی دارویی گنجانده می‌شود که به شما توصیه می‌کند برای بهره‌مندی هرچه بیشتر از داروی خود چه کنید.
- لیست داروهای شخصی شامل تمام داروهای مصرفی، میزان و زمان مصرف و دلیل مصرف آن‌هاست.

- اطلاعات درباره معدوم کردن ایمن داروهای تحویزی که جزء مواد کنترل شده محسوب می شوند.
 - توصیه می شود با تحویزکننده خود درباره برنامه عمل و فهرست دارویی خود صحبت کنید.
 - برنامه عمل و فهرست داروی خود را در نوبت یا زمان گفت و گو با پزشکان، داروسازان، و دیگر متخصصین درمانی خود به همراه داشته باشید.
 - فهرست دارویی را در صورت رفتن به بیمارستان یا اورژانس به همراه ببرید.
- برنامه های MTM برای اعضا واحد شرایط، داوطلبانه و رایگان است. اگر برنامه ای داشته باشیم که متناسب نیازهای شما باشد، شما را در این برنامه ثبت نام می کنیم و اطلاعات مربوطه را برای شما می فرستیم. اگر نمی خواهید در این برنامه باشید، به ما اطلاع دهید تا شما را از آن خارج کنیم.
- در صورت داشتن پرسش درباره این برنامه ها، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

- ما برنامه ای داریم که کمک می کند از مصرف ایمن داروهای تحویزی افیونی (مخدر) و سایر داروهایی که مکرراً موجب سوء مصرف می شود اطمینان حاصل شود. این برنامه با نام «برنامه مدیریت دارو» (Drug Management Program, DMP) شناخته می شود.
- اگر داروهای مخدر مصرفی خود را از چندین تحویزکننده یا داروخانه دریافت کرده اید یا اخیراً دچار مصرف بیش از حد داروهای مخدر شده اید، ما می توانیم با تحویزکنندگان شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که مصرف شما با رعایت ضرورت پزشکی است. با همکاری ارائه کنندگان نسخه شما، اگر تصمیم بگیریم که مصرف داروهای تحویزی افیونی یا بنزودیازپین شما ممکن است ایمن نباشد، ممکن است محدودیتی درخصوص نحوه دریافت این داروها اعمال کنیم. اگر شما را در DMP خود قرار دهیم، محدودیت ها ممکن است شامل موارد زیر باشند:
- الزام شما به دریافت تمام نسخه ها برای آن داروها از داروخانه (های) مشخص
 - الزام شما به دریافت تمام نسخه های داروهای اپیوئید یا بنزودیازپین از تحویزکننده (های) مشخص
 - محدود کردن مقدار داروهای افیونی یا بنزودیازپین که ما برای شما پوشش می دهیم
- اگر قصد داشته باشیم محدودیتی درخصوص نحوه دریافت یا میزان دریافت این داروها اعمال کنیم، از قبل نامه ای برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می دهد آیا پوشش این داروها را برایتان محدود خواهیم کرد و اینکه آیا ملزم به دریافت نسخه های دارویی برای این داروها صرفاً از یک ارائه دهنده یا داروخانه خاص خواهید بود یا خیر.

شما این فرصت را خواهید داشت به ما اطلاع دهید می خواهید از کدام تحویزکنندگان یا داروخانه ها استفاده کنید و همچنین می توانید هرگونه اطلاعات مهم را در اختیار ما قرار دهید. پس از اینکه فرصت پاسخ گویی داشتید، اگر تصمیم بگیریم پوشش شما برای این داروها را محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال خواهیم کرد که محدودیت ها را تأیید می کند.

اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، یا اگر با تصمیم پوششی یا محدودیت موافق نیستید، شما و تحویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. در صورتی که تقاضای تجدیدنظر کنید، ما پرونده شما را بررسی و در مورد آن تصمیم‌گیری جدیدی خواهیم کرد. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مربوط به محدودیت‌های اعمال‌شده برای 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 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.)

در شرایط زیر ممکن است DMP درمورد شما اعمال نشود:

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

فصل 6: مبلغی که برای داروهای نسخه‌دار Medi-Cal و Medicare خود می‌پردازید

مقدمه

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

- داروهای Medicare بخش D، و
- داروها و اقلامی که تحت پوشش Medi-Cal هستند، و
- داروها و اقلام تحت پوشش طرح ما به‌عنوان مزایای اضافه‌تر.

چون شما برای Medi-Cal واحد شرایط هستید، از Medicare برای کمک در پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D خود «کمک اضافی» دریافت می‌کنید. ما یک الحاقیه جداگانه برای شما ارسال کرده‌ایم، با عنوان «مدارک بیمه برای افرادی که کمک اضافی برای پرداخت داروهای تحویزی دریافت می‌کنند» (که همچنین به عنوان «الحاقیه یارانه افراد کم‌درآمد» (Low Income Subsidy Rider) یا «الحاقیه LIS» شناخته می‌شود)، که درباره پوشش داروی شما اطلاعات می‌دهد. اگر این الحاقیه را ندارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست «الحاقیه LIS» کنید.

کمک اضافی نوعی برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های داروهای Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. به این کمک اضافه «یارانه افراد کم‌درآمد» (Low-Income Subsidy, LIS) هم گفته می‌شود.

اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در فصل آخر دفتريجه اطلاعاتي اعضا آمده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروها، می‌توانید به اینجا مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش ما.
 - ما این فهرست را «فهرست دارویی» می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
 - هر دارو به کدامیک از 5 ردیف تقسیم هزینه تعلق دارد
 - هرگونه محدودیتی که برای داروها وجود دارد

- اگر به یک کپی از *فهرست دارویی* نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. شما همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از *فهرست دارویی* ما را در وبسایت ما به آدرس medicare.lacare.org ببایید.
- اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه و ویتامین‌های خاصی ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع (Beneficiary Identification Card, BIC) از Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.
- **فصل 5 از دفتربه اطلاعاتی اعضا را بخوانید.**
 - توضیح می‌دهد که چگونه داروهای سرپایی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.
 - شامل قوانینی می‌شود که شما باید آن‌ها را رعایت کنید. همچنین نشان می‌دهد طرح ما کدام نوع داروها را پوشش نمی‌دهد.
 - وقتی از «ابزار مزایای لحظه‌ای» برنامه برای بررسی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه درج‌شده تخمینی است از هزینه‌های پرداختی از جیب که انتظار می‌رود شما پرداخت کنید. می‌توانید با خدمات اعضا برای اطلاعات بیشتر تماس بگیرید.
- **فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌های ما.**
 - در اکثر موارد، باید برای دریافت داروهای تحت پوشش خود به یکی از داروخانه‌های عضو شبکه مراجعه کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که قبول کرده‌اند با ما همکاری کنند.
 - در *فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌ها*، فهرست داروخانه‌های عضو شبکه ما درج شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. توصیف مزایا (EOB)	176
B. چگونه هزینه داروهای خود را رهگیری کنید	177
C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D	179
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	179
D1. گزینه‌های شما برای انتخاب داروخانه	180
D2. تأمین بلندمدت یک دارو	180
D3. آنچه شما پرداخت می‌کنید	180
D4. پایان مرحله پوشش اولیه	182

- E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی 183
- F. هزینه دارویی شما اگر پزشکتان برای مصرف کمتر از یک ماه کامل تحویز کرده باشد . 183
- G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید..... 184
- G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید 184
- G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید 184

A. توصیف مزایا (EOB)

طرح ما هزینه داروها و پرداخت‌هایی که هنگام دریافت نسخه‌ها در داروخانه انجام می‌دهید را پیگیری می‌کند. ما دو نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه‌های پرداختی از حیب.** این کل مبلغی است که شما یا شخصی از جانب شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازید. این شامل مبلغی می‌شود که هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D دریافت کرده‌اید، تمام مبلغی که خانواده یا دوستانتان برای داروها پرداخت کرده‌اند و مبلغی که توسط «کمک اضافی» از Medicare، کارفرما یا برنامه‌های درمانی اتحادیه کارگری، خدمات بهداشتی سرخپوستان، برنامه‌های کمک به داروی AIDS، خیریه‌ها و اکثر برنامه‌های کمک داروخانه‌ای ایالتی (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP) صورت می‌گیرد.
 - **کل هزینه داروهای شما.** این مجموع کل پرداخت‌هایی است که برای داروهای تحت پوشش بخش D شما انجام شده است. شامل مبلغی می‌شود که طرح ما پرداخت کرده است و مبلغی که برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگر برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اند.
- وقتی از طریق طرح ما داروهای خود را دریافت می‌کنید، برای شما خلاصه‌ای به نام *توصیف مزایا (Explanation of Benefits, EOB)* ارسال می‌کنیم. به‌طور مختصر آن را EOB می‌نامیم. EOB یک صورت حساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهایی که مصرف می‌کنید ارائه می‌دهد، مانند افزایش قیمت و سایر داروهایی با سهم بیمه‌شده کمتر که ممکن است در دسترس باشند. درباره این گزینه‌های ارزان‌تر با مرجع تحویزکننده دارو مشورت کنید. EOB شامل موارد زیر است:
- **اطلاعات ماهانه.** این خلاصه حاوی داروهایی است که برای ماه قبل دریافت کردید. این سند هزینه کل دارو، مبلغی که ما پرداخت کرده‌ایم و مبلغی که شما و دیگران برای شما پرداخت کرده‌اند را نشان می‌دهد.
 - **جمع کل برای سال از تاریخ 1 ژانویه.** این نشان‌دهنده کل هزینه‌های دارو و کل پرداخت‌ها برای داروهای شما از ابتدای سال است.
 - **اطلاعات قیمت دارو.** این قیمت کل دارو و تغییرات قیمت دارو از زمان اولین تحدید نسخه برای هر درخواست نسخه با همان مقدار را نشان می‌دهد.
 - **حایگزین‌های کم‌هزینه‌تر.** در صورت لزوم، اطلاعاتی درباره سایر داروهای موجود با سهم بیمه‌شده کمتر برای هر نسخه ارائه می‌شود.

ما داروهایی که Medicare پوشش نمی‌دهد را پوشش می‌دهیم.

- پرداخت‌هایی که برای این داروها انجام می‌شود در محاسبه مجموع هزینه‌های پرداختی از حیب شما لحاظ نمی‌شود.
- اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح 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 وبسایت Medi-Cal Rx (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 Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

- برای آگاهی از داروهایی که بیمه ما پوشش 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 می‌پسجید، نشان دهید. این به ما کمک می‌کند تا از نوع داروهای شما و مبلغی که بابت آن پرداخت می‌کنید اطلاع داشته باشیم.

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

شما می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه داروهای شما را بازپرداخت کنیم. لطفاً «بازپرداخت مستقیم عضو» را با استفاده از فرم «بازپرداخت عضو برای داروهای تحویزی» که در وبسایت L.A. Care (<https://www.lacare.org/providers/pharmacy-services/prior-authorizations>) قرار دارد، ارسال کنید. اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. در زیر مواردی آمده است که طی آن باید کپی رسیدهای خود را در اختیار ما قرار دهید:

- وقتی یک داروی تحت پوشش به قیمت خاص از یک داروخانه شبکه تهیه می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که جزء مزایای طرح ما نیست
 - وقتی سهم بیمه‌شده را برای داروهایی پرداخت می‌کنید که تحت برنامه کمک به بیماران تولید کننده دارو دریافت می‌کنید
 - وقتی که داروهای تحت پوشش را از داروخانه‌ای خارج از شبکه تهیه می‌کنید
 - وقتی کل هزینه یک داروی تحت پوشش را در شرایط خاص پرداخت می‌کنید
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست بازپرداخت سهم ما از هزینه یک دارو، به **فصل 7** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

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

پرداخت‌هایی که افراد و سازمان‌های دیگر برای شما انجام داده‌اند نیز جزء هزینه‌های پرداختی از جیب شما محسوب می‌شود. برای مثال، پرداخت‌هایی که توسط برنامه کمک دارویی ایالتی، برنامه کمک دارویی برای بیماران مبتلا به ایدز (AIDS drug assistance program, ADAP)، خدمات

بهداشتی سرخیوستان و بیشتر مؤسسات خیریه انجام می‌شود، در محاسبه هزینه پرداختی از جیب شما منظور می‌شوند. این موضوع می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واحد شرایط شوید. وقتی به مرحله پوشش بحرانی می‌رسید، برنامه درمانی ما تمام هزینه‌های داروهای Medicare بخش D شما را طی مابقی سال پرداخت می‌کند.

4. EOB‌هایی را که برای شما می‌فرستیم بررسی کنید.

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

- **آیا نام هر داروخانه را می‌شناسید؟** تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا آن روز دارو دریافت کردید؟
- **آیا داروهای فهرست‌شده را دریافت کردید؟** آیا با داروهای ذکرشده در رسیدهای شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با آنچه پزشک شما تحویل کرده است مطابقت دارند؟

اگر در این خلاصه اشتباهاتی یافتید، جکار کنید؟

اگر چیزی در این EOB گیج‌کننده است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سؤالات را در وبسایت ما بیابید: medicare.lacare.org.

آیا احتمال تقلب و کلاهبرداری وجود دارد؟

اگر این خلاصه داروهایی را نشان می‌دهد که مصرف نمی‌کنید یا هر چیز دیگری که مشکوک به نظر می‌رسد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با ما در بخش خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus تماس بگیرید.
- یا از طریق شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 با Medicare تماس بگیرید.
- کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید به صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید ارائه‌دهنده‌ای که Medi-Cal دریافت می‌کند مرتکب تقلب، اتلاف یا سوءاستفاده شده است، حق دارید آن را از طریق 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.
- اگر فکر می‌کنید چیزی از قلم افتاده یا اشتباه است یا اگر هر پرسشی برای شما پیش آمده، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با استفاده از حساب آنلاین L.A. Care Connect خود اطلاعات را مشاهده کنید یا تغییر دهید. 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 medicare.lacare.org مراجعه کنید. این EOB‌ها را نگه دارید. این گزارش‌ها سابقه مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

دو مرحله پرداخت برای داروهای Medicare بخش D تحت پوشش برنامه دارویی ما وجود دارد. مبلغی که باید برای هر نسخه پردازید به این بستگی دارد که در موقع پیچیدن اولین نسخه و تجدید آن، در کدام مرحله قرار داشته باشید. این دو مرحله عبارت است از:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی
طی این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم، و شما هم سهم خود را پرداخت می‌کنید. سهم پرداختی شما سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود. این مرحله را پس از دریافت اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در این مرحله، ما تمام هزینه داروهای شما را تا تاریخ 31 دسامبر 2026 پرداخت می‌کنیم. این مرحله بعد از زمانی شروع می‌شود که مبالغ پرداختی از حیب برای شما به میزان خاصی رسیده باشد.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در «مرحله پوشش اولیه»، ما بخشی از هزینه داروهای تحت پوشش شما را می‌پردازیم و شما سهم خود را می‌پردازید. سهم پرداختی شما سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود. سهم بیمه‌شده به ردیف تقسیم هزینه دارو و محلی که دارو را از آنجا تهیه می‌کنید بستگی دارد.

ردیف‌های تقسیم هزینه یعنی گروه‌هایی از داروها که سهم بیمه‌شده یکسانی دارند. هر دارو در *فهرست دارویی* برنامه درمانی ما در یکی از 5 ردیف تقسیم هزینه قرار دارد. عموماً، هر چه عدد ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه‌شده هم بیشتر است. برای یافتن ردیف‌های تقسیم هزینه مربوط به داروهای خود، به *فهرست دارویی* ما مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1، داروهای ژنریک ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده \$0 است.
- داروهای ردیف 2، داروهای ژنریک هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده از \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
- داروهای ردیف 3، داروهای برند ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده از \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
- داروهای ردیف 4، داروهای غیر ترجیحی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده از \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.

- داروهای ردیف 5، داروهای تخصصی هستند که L.A. Care Medicare Plus پوشش می‌دهد. سهم بیمه‌شده از \$0 تا \$12.65 یا 25% است. مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.

D1. گزینه‌های شما برای انتخاب داروخانه

مبلغی که برای یک دارو پرداخت می‌کنید به این بستگی دارد دارو را از کجا تهیه کنید:

- یک داروخانه خرده‌فروشی داخل شبکه یا
- یک داروخانه خارج از شبکه. فقط در چند مورد، ما نسخه‌هایی که توسط داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات درمورد مواقعی که این کار را می‌کنیم، به **فصل 5** از *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.
- داروخانه‌های سفارش پستی.

برای اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های داروخانه، به **فصل 5** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* و *فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌ها* مراجعه نمایید.

D2. تأمین بلندمدت یک دارو

برای برخی داروها، وقتی که نسخه را برای خرید دارو می‌برید، می‌توانید از تأمین بلندمدت آن (که «تأمین طولانی» هم می‌گوییم) بهره‌مند شوید. تأمین درازمدت به تأمین حداکثر 100 روزه دارو گفته می‌شود. هزینه آن برابر همان هزینه تأمین یک ماهه است.

برای جزئیات درباره مکان و نحوه تأمین بلندمدت دارو، به **فصل 5** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* یا *فهرست ارائه‌کنندگان خدمات و داروخانه‌ها* در طرح ما مراجعه کنید.

D3. آنچه شما پرداخت می‌کنید

در مرحله پوشش اولیه، هر بار که شما داروهای یک نسخه را می‌پسجید، ممکن است مبلغی به‌عنوان سهم بیمه‌شده پرداخت کنید. اگر هزینه داروهای تحت پوشش خریداری‌شده از سهم بیمه‌شده کمتر باشد، فقط هزینه کمتر را پرداخت می‌کنید.

برای اطلاع از میزان سهم بیمه‌شده خود برای هر داروی تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

سهم پرداختی شما برای تأمین یک ماهه یا بلندمدت یک داروی تحت پوشش:

داروخانه شبکه	خدمات پستی طرح ما	یک داروخانه مراقبت‌های بلندمدت داخل شبکه	یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده باشید	
تأمین یک ماهه یا تا 100 روز	تأمین یک ماهه یا تا 100 روز	تأمین دارو تا 31 روز	برای مصرف تا 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات بیشتر، به فصل 5 از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه نمایید.	
\$0	\$0	\$0	\$0	مبلغ تقسیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک ترجیحی)
از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	مبلغ تقسیم هزینه ردیف 2 (داروهای ژنریک)
مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	
از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	از \$0 تا \$12.65 یا 25%	مبلغ تقسیم هزینه ردیف 3 (داروهای برند ترجیحی)
مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان
است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



داروخانه شبکه	خدمات پستی طرح ما	یک داروخانه مراقبت‌های بلندمدت داخل شبکه	یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کرده باشید
تأمین یک ماهه یا تا 100 روز	تأمین یک ماهه یا تا 100 روز	تأمین دارو تا 31 روز	برای مصرف تا 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزئیات بیشتر، به فصل 5 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه نمایید.
مبلغ تقسیم هزینه ردیف 4 (داروهای غیرترجیحی)	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.
مبلغ تقسیم هزینه ردیف 5 (داروهای تخصصی)	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.	از \$0 تا \$12.65 یا 25% مبلغ بیمه مشترک شما به میزان «کمک اضافی» دریافتی‌تان بستگی دارد.

برای کسب اطلاع از اینکه چه داروخانه‌هایی می‌توانند به شما دارویتان را برای مصرف بلندمدت ارائه دهند، به *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی پایان می‌یابد که مجموع هزینه‌های پرداختی از حیب شما به \$2,100 برسد. در این زمان، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. ما همه هزینه‌های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد.

EOB شما به شما کمک می‌کند تا میزان پرداختی‌تان برای داروها در طول سال را پیگیری کنید. اگر به حد \$2,100 برسید، به شما اطلاع خواهیم داد. خیلی از افراد در طول سال به این حد نمی‌رسند.

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



E. مرحله 2: مرحله پوشش بحرانی

وقتی به محدوده \$2,100 داروهای خود برسید، مرحله پوشش بحرانی آغاز می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش بحرانی باقی می‌مانید. در طول این مرحله، هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش بخش D نمی‌پردازید.

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

- در برخی موارد، شما سهم بیمه‌شده را برای پوشش تأمین یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. با وجود این، پزشک شما می‌تواند داروها را برای کمتر از یک ماه تحویل کند.
- شاید گاهی بخواهید از پزشک خود درباره تحویل دارو برای کمتر از یک ماه پرسید (برای مثال، وقتی برای اولین بار یک دارو را امتحان می‌کنید).
- اگر پزشک شما موافقت کند، شما مجبور نیستید برای مصرف یک ماه کامل برای تهیه برخی از داروهای خاص پول پرداخت کنید.
- اگر دارویی برای کمتر از یک ماه برای شما تحویل شود، مبلغی که شما می‌پردازید بر اساس تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید محاسبه خواهد شد. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید («نرخ تقسیم هزینه روزانه») محاسبه کرده و آن را در تعداد روزهای دریافت دارو ضرب خواهیم کرد.
- به یک مثال توجه کنید: فرض کنید سهم بیمه‌شده برای تأمین یک ماه کامل از داروی شما (تأمین 30 روزه) \$1.60 باشد. این بدان معناست که مبلغی که برای آن دارو می‌پردازید کمتر از \$0.05 در روز است. اگر دارو را برای دوره 7 روزه دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز است که کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 می‌شود.
- مبلغ تقسیم هزینه روزانه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه هزینه تأمین کل ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما فایده داشته است.
- همچنین می‌توانید از تحویل‌کننده خود بخواهید کمتر از یک ماه کامل از یک دارو را برایتان تحویل کند تا به شما کمک کند:
 - بهتر برای زمان‌بندی تحدید داروهای خود برنامه‌ریزی کنید،
 - تحدید داروهای خود را با سایر داروهایی که مصرف می‌کنید هماهنگ کنید، و
 - تعداد دفعات مراجعه به داروخانه را کاهش دهید.

G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها می‌پردازید: برخی از واکسن‌هایی که از نظر مزایای پزشکی قابل توجه هستند، تحت پوشش Medicare بخش B قرار دارند. سایر واکسن‌ها به عنوان داروهای Medicare بخش D در نظر گرفته می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در *فهرست دارویی* طرح ما مشاهده نمایید. طرح ما اکثر واکسن‌های بزرگسالان Medicare بخش D را بدون هزینه برای شما پوشش می‌دهد. برای جزئیات مربوط به پوشش و مبلغ تقسیم هزینه واکسن‌های خاص، به *فهرست دارویی* طرح خود مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش برای هزینه **خود واکسن** 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 می‌کند دریافت کنید.

G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید

ما توصیه می‌کنیم در صورتی که قصد دریافت واکسن دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

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

مبلغی که برای واکسن پرداخت می‌کنید بستگی به نوع واکسن دارد (اینکه در مقابل چه نوع بیماری واکسینه می‌شوید).

- برخی واکسن‌ها جزء مزایای بهداشتی محسوب می‌شوند تا دارو. این واکسن‌ها بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- سایر واکسن‌ها به عنوان داروهای Medicare بخش D در نظر گرفته می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در *فهرست دارویی* طرح ما پیدا کنید. ممکن است لازم باشد مبلغی به عنوان سهم بیمه‌شده برای واکسن‌های Medicare بخش D پرداخت کنید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام **کمیته مشورتی روال‌های واکسیناسیون (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)** برای بزرگسالان توصیه شده باشد، هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

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

1. شما واکسن Medicare بخش D خود را دریافت می‌کنید و تزریق آن را در یک داروخانه درون شبکه‌ای انجام می‌دهید.
 - برای اکثر واکسن‌های بزرگسالان تحت Medicare بخش D، شما هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.
 - برای سایر واکسن‌های Medicare بخش D، شما **یا** هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید یا مبلغی به‌عنوان سهم بیمه‌شده برای واکسن خواهید داشت.
2. شما واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشک خود دریافت می‌کنید و پزشک تزریق آن را انجام می‌دهد.
 - شما برای واکسن هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید **یا** سهم بیمه‌شده را به پزشک پرداخت می‌کنید.
 - طرح ما هزینه انجام واکسیناسیون را پرداخت می‌کند.
 - مطب پزشک در این موقعیت باید با برنامه درمانی ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که می‌دانند شما هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید **یا** تنها سهم بیمه‌شده برای واکسن خواهید داشت.
3. شما داروی واکسن Medicare بخش D را از داروخانه دریافت می‌کنید و آن را به مطب پزشک خود می‌برید تا تزریق انجام شود.
 - برای اکثر واکسن‌های بزرگسالان تحت Medicare بخش D، شما برای خود واکسن هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.
 - برای سایر واکسن‌های Medicare بخش D، شما **یا** هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید یا مبلغی به‌عنوان سهم بیمه‌شده برای واکسن خواهید داشت.
 - طرح ما هزینه انجام واکسیناسیون را پرداخت می‌کند.

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

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد چگونه و چه زمان می‌توانید صورتحسابی را برای درخواست پرداخت به ما بفرستید. همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید در صورتی که با تصمیم پوششی موافق نیستید، درخواست تجدیدنظر کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در آخرین فصل *دفترچه اطلاعاتی اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 187
- B. فرستادن درخواست برای ما جهت پرداخت 191
- C. تصمیمات پوششی 191
- D. درخواست‌های تجدیدنظر 192

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

ما به ارائه‌دهندگان L.A. Care Medicare Plus اجازه نمی‌دهیم بابت این خدمات یا داروها برای شما صورتحساب بفرستند. پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات به صورت مستقیم توسط ما انجام می‌شود و بدین ترتیب شما از پرداخت هرگونه هزینه‌ای بی‌نیاز هستید.

اگر صورتحسابی برای کل هزینه خدمات درمانی یا داروها دریافت کردید، آن صورتحساب را پرداخت نکنید و برای ما بفرستید. برای ارسال صورتحساب به ما، به بخش B مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش ما باشد، هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم و شما قبلاً بیش از سهم خود از هزینه را پرداخت کرده‌اید، حق دارید مبلغ اضافی به شما بازپرداخت شود.
- اگر شما هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما مبلغ آن را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.
- اگر شما هزینه خدمات Medi-Cal را که قبلاً دریافت کرده‌اید پرداخت کرده‌اید، ممکن است در صورت برخورداری از همه شرایط زیر، واحد شرایط بازپرداخت (برگشت هزینه به شما) باشید:
 - خدمتی که دریافت کرده‌اید، یک خدمت تحت پوشش Medi-Cal است که ما مسئول پرداخت آن هستیم. ما هزینه خدماتی که تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus نیست را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
 - شما خدمات تحت پوشش را پس از اینکه برای عضویت در L.A. Care Medicare Plus واحد شرایط شدید دریافت کرده‌اید.
 - شما درخواست می‌کنید که ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش، هزینه‌ها بازپرداخت شود.
 - شما مدرکی ارائه می‌کنید که نشان می‌دهد برای خدمات تحت پوشش هزینه پرداخت کرده‌اید، مانند رسید دقیق و با حزییات از ارائه‌دهنده خدمات.
 - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده ثبت‌شده Medi-Cal در شبکه L.A. Care Medicare Plus دریافت کرده‌اید. در صورت دریافت خدمات مراقبت اضطراری، خدمات تنظیم خانواده، یا دیگر خدماتی که Medi-Cal دریافت بدون پیش‌تأییدیه (اجازه قبلی) آن‌ها از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را محاز کرده است، نیازی به برآورده کردن این شرط نخواهید داشت.
- اگر ارائه خدمت تحت پوشش معمولاً مستلزم دریافت پیش‌تأییدیه (مجاز قبلی) باشد، گواهی ارائه‌دهنده مبنی بر وجود ضرورت پزشکی در مورد آن خدمت تحت پوشش را ارائه کنید.

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

• L.A. Care Medicare Plus نظر خود درباره بازگشت هزینه را در نامه‌ای با عنوان اطلاعیه اقدامات (Notice of Action, NOA) به آگاهی شما می‌رساند. اگر همه شرایط فوق را دارید، ارائه‌دهنده ثبت‌شده در Medi-Cal باید تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌دهنده از بازپرداخت به شما امتناع ورزد، L.A. Care Medicare Plus تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما طی 45 روز کاری از تاریخ دریافت درخواست مطالبه، بازپرداخت را برایتان انجام خواهیم داد. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت‌نام کرده باشد، اما در شبکه L.A. Care Medicare Plus نباشد و از بازپرداخت هزینه به شما امتناع کند، L.A. Care Medicare Plus به شما بازپرداخت می‌کند، اما فقط تا سقف مبلغی که خدمات کارانه (Fee-For-Service, FFS) از Medi-Cal می‌پردازد. L.A. Care Medicare Plus برای خدمات اضطراری، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری که Medi-Cal اجازه می‌دهد تا توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه بدون اجازه قبلی ارائه شود، به شما مبلغ کامل را از منابع مالی خود بازپرداخت می‌کند. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.

• ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد اگر:

- شما خدماتی را درخواست کرده و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.
- این خدمت جزء خدمات تحت پوشش L.A. Care Medicare Plus نیست.
- پزشک شما عضو Medi-Cal نباشد و شما با امضا کردن فرم مرتبط، خواستار مراجعه به همان پزشک شده باشید و هزینه‌های خدمات را خودتان پرداخت کرده باشید.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

در صورت داشتن هرگونه سؤال، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید جقدر باید پرداخت می‌کردید یا اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر درباره پرداخت صورتحسابی که از قبل برای ما ارسال کرده‌اید سؤال داشته باشید نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید.

مثال‌هایی از مواقعی که شما می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت به خودتان یا پرداخت یک صورتحساب را بکنید:

1. وقتی از ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه خدمات اضطراری یا فوری دریافت می‌کنید

باید از ارائه‌دهنده خدمات بخواهید که صورتحساب خود را برای ما بفرستد.

- اگر مبلغ کل هزینه خدمات دریافت‌شده را پرداخت کنید، باید از ما بخواهید سهم خود را از هزینه به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.
- ممکن است از یک ارائه‌دهنده خدمات صورتحسابی دریافت کنید که فکر کنید بدهی بابت آن ندارید. صورتحساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود به ما بفرستید.
- اگر ارائه‌دهنده خدمات مستحق دریافت پرداختی باشد، ما هزینه آن‌ها را مستقیماً

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

به خود ارائه‌دهنده پرداخت می‌کنیم.

- اگر قبلاً بیش از سهم خود از هزینه خدمات Medicare پرداخت کرده باشید، ما مبلغ بدهی شما را محاسبه کرده و سهم خود از هزینه را به شما پرداخت می‌کنیم.

2. هنگامی که یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه صورتحسابی برای شما می‌فرستد

شبکه ارائه‌دهندگان همیشه باید صورتحساب خود را برای ما بفرستند. هنگام دریافت هرگونه خدمات یا نسخه‌ها، مهم است که کارت عضویتتان را نشان دهید؛ با این حال، بعضاً ارائه‌دهندگان شبکه اشتباهاتی مرتکب می‌شوند و از شما می‌خواهند هزینه خدماتتان را بپردازید یا بیش از سهم هزینه‌تان درخواست می‌کنند. **در صورت دریافت هرگونه صورتحساب، از طریق شماره‌ای که در پایین این صفحه درج شده است، با خدمات اعضا تماس بگیرید.**

- به‌عنوان یک عضو طرح، شما فقط سهم بیمه‌شده را موقع دریافت خدمات تحت پوشش ما پرداخت می‌کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه نمی‌دهیم مبلغی بیش از این از شما مطالبه کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌دهنده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌دهنده برای خدمات مطالبه کرده صادق است. حتی اگر تصمیم بگیریم که هزینه برخی مطالبات را نپردازیم، شما همچنان آن‌ها را پرداخت نمی‌کنید.
- هرگاه صورتحسابی از ارائه‌دهنده خدمات درمانی دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مقداری است که باید بپردازید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما با ارائه‌دهنده مستقیماً تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم.
- اگر قبلاً هزینه صورتحسابی را که از یک ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare گرفتید پرداخت کرده‌اید، اما فکر می‌کنید بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرکی برای اثبات پرداخت آن را برای ما بفرستید. ما هزینه خدمات تحت پوشش یا مابه‌تفاوت مبلغ پرداختی شما با مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بودید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. اگر به‌صورت عطف به ماسبق در طرح ما ثبت‌نام شده‌اید

- گاهی اوقات، ثبت‌نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق باشد. (این بدان معناست که اولین روز ثبت‌نام شما سپری شده است. حتی ممکن است مربوط به سال گذشته باشد.)
- اگر به‌صورت عطف به ماسبق در طرح ثبت‌نام شده‌اید و پس از تاریخ ثبت‌نام قبض یا صورتحسابی را پرداخت کرده‌اید، 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 خود را پرداخت می‌کنید.

- فقط در چند مورد، ما نسخه‌هایی را که توسط داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند، پوشش می‌دهیم. هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

نسخه، رسید آن را هم برایمان بفرستید.

- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های خارج از شبکه، به **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید.
- ما ممکن است مابه‌تفاوت مبلغ پرداختی شما بابت دارو در داروخانه خارج از شبکه با مبلغی که در صورت خرید همان دارو از داروخانه درون شبکه پرداخت می‌کردیم را به شما بازپرداخت نکنیم.

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 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 کل هزینه نسخه را خودتان پرداخت کنید یا با کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه برگردید.
- هنگام درخواست از ما برای پرداختن سهم خود از هزینه نسخه، رسید آن را هم برایمان بفرستید.
- اگر پول نقدی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از مبلغ موردتوافق ما برای نسخه باشد، ممکن است مبلغ کامل پرداختی شما را بازپرداخت نکنیم.

6. زمانی که هزینه کامل نسخه Medicare بخش D را برای دارویی که تحت پوشش نیست پرداخت می‌کنید

- 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 وبسایت 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 دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد هزینه کامل آن را پرداخت کنید.
 - اگر برای دارو پولی نمی‌پردازید، اما فکر می‌کنید ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید یک تصمیم پوشش درخواست کنید (به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید).
 - اگر شما و پزشک شما یا تحویزکننده دیگری فکر می‌کنید فوراً (ظرف 24 ساعت) به دارو نیاز دارید، می‌توانید برای یک تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید).
- هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسیدتان را برای ما بفرستید. در برخی شرایط، ممکن است ما نیاز به کسب اطلاعات بیشتری از شما یا پزشکتان یا تحویزکننده دیگری داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بپردازیم. اگر پولی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از مبلغ موردتوافق ما برای نسخه باشد،

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

ممکن است مبلغ کامل پرداختی شما را بازپرداخت نکنیم.

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 فرایند اتخاذ «تصمیم پوششی» می‌گویند. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارویی باید پوشش داده شود، سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد.

اگر درخواستتان برای پرداخت را رد کنیم، شما می‌توانید علیه تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

B. فرستادن درخواست برای ما جهت پرداخت

صورتحساب و مدرکی برای اثبات پرداخت خود برای خدمات Medicare به ما بفرستید. مدرک اثبات پرداخت می‌تواند تحویلی از جکی که نوشته‌اید یا رسید صادرشده از جانب ارائه‌دهنده باشد. **آیده خوبی است که از صورتحساب و رسیدهای خود برای نگه داشتن سوابق و پرونده‌های خود کپی بگیرید.** می‌توانید از مدیر امور مراقبتی خود درخواست راهنمایی کنید. شما باید اطلاعات خود را حداکثر ظرف 365 روز از تاریخی که خدمت، کالا یا دارو را دریافت کرده‌اید برای ما ارسال کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید به این نشانی ارسال 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 به 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.**

C. تصمیمات پوششی

وقتی ما درخواست شما برای بازپرداخت را دریافت کنیم، یک تصمیم پوششی اتخاذ خواهیم کرد. این بدان معناست که ما تصمیم می‌گیریم آیا طرح ما خدمت، کالا یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. همچنین اگر مبلغی هست که باید پرداخت کنید، میزان آن را تعیین می‌کنیم.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر، با شما تماس خواهیم گرفت.
- اگر ما تصمیم بگیریم که طرح ما آن خدمت، کالا یا دارو را پوشش می‌دهد و شما همه قوانین مربوط به دریافت آن را رعایت کرده‌اید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمت یا دارو را پرداخت کرده‌اید، ما یک چک 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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

مبلغی که پرداخت کرده‌اید یا سهم خود از هزینه را برایتان پست خواهیم کرد. اگر هزینه کامل یک دارو را پرداخت کردید، ممکن است بازپرداخت کامل به شما انجام نشود (مثلاً، اگر دارویی را در یک داروخانه خارج از شبکه دریافت کردید، یا اگر پول نقدی که پرداخت کردید بیشتر از مبلغ توافق‌شده باشد). اگر پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 از این دفترچه اطلاعات اعضا مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توصیف می‌کند. **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مقررات مربوط به دریافت داروهای Medicare بخش D تحت پوشش را توصیف می‌کند.

- اگر تصمیم بگیریم سهم خود از هزینه خدمت یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای همراه با دلایل آن برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوششی، به **فصل 9** مراجعه کنید.

D. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر فکر می‌کنید ما درخواست شما برای پرداخت را به اشتباه رد کرده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم خود را عوض کنیم. به این فرایند «درخواست تجدیدنظر» گفته می‌شود. همچنین در صورت عدم موافقت با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم می‌توانید درخواست تجدیدنظر نمایید.

فرایند تجدیدنظر رسمی دارای مراحل و مهلت‌های زمانی دقیق است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی 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 یکی از اعضای طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در فصل آخر دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. حَقْكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْخِدْمَاتِ وَالْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةِ تَلْبِيِ احْتِیَاحَاتِكَ 204
- B. مسئولیت ما درقبال دسترسی به‌موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 205
- C. مسئولیت ما درقبال حفاظت از اطلاعات بهداشتی شخصی شما (PHI) 206
- C1. نحوه محافظت از PHI شما 206
- C2. حق شما برای دیدن سوابق پزشکی‌تان 207
- D. برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق حریم خصوصی خود می‌توانید نسخه‌ای از سیاست‌های حریم خصوصی (NOPP) را درخواست کنید. NOPP در وبسایت ما (medicare.lacare.org) یا از طریق تماس با خدمات اعضا در دسترس است. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما .. 207
- E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما 209
- F. حق شما برای خروج از طرح ما 209
- G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خودتان 209
- G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری 209
- G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر قادر نبودید تصمیم‌های سلامت خود را خودتان بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد 210
- G3. در صورتی که از دستورالعمل‌های شما پیروی نشود چه باید کرد 211
- H. حق شما برای ثبت شکایت و درخواست از ما برای بازنگری در تصمیماتمان 211
- H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق‌تان چه باید کرد 212
- I. مسئولیت‌های شما به‌عنوان یکی از اعضای برنامه 212

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.

Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
12000 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.
- 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). 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.

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, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. 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

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina "solicitud permanente". Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- 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.
- 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.

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



A. ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

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

- Ձեզ հարմար 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, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հոնգ, ճապոներեն, լաոսերեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տագալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

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

- Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:
- Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:



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

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- 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 միջոցով ստացվող օգնության և օգնության ստացման մեթոդներ

Կենտրոնացված ռազմավարական միջոցառումները հիմնականում նպատակ ունենում են օգնել մարդկանց ստանալ անհրաժեշտ օգնություն և ծառայություններ: Կենտրոնացված ռազմավարական միջոցառումները նաև օգնում են մարդկանց հասնել օգնության և ծառայությունների:

- Եթե օգնության միջոցով ստացվող օգնությունը չի օգնում, մենք կօգնենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:
- Սեփական ծախսերի մասին: Եթե օգնության միջոցով ստացվող օգնությունը չի օգնում, մենք կօգնենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:
- Եթե օգնության միջոցով ստացվող օգնությունը չի օգնում, մենք կօգնենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:

L.A. Care Medicare Plus
Մենք օգնում ենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

- Եթե օգնության միջոցով ստացվող օգնությունը չի օգնում, մենք կօգնենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:
- Եթե օգնության միջոցով ստացվող օգնությունը չի օգնում, մենք կօգնենք ձեզ հասնել օգնության և ծառայությունների:



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

- 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 1-800-633-4227 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).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 편자브어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

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

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다. 언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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

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

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:
L.A. Care Medicare Plus
Attn: Member Services Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017
- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.
- 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:

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- 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.

- 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.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

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

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.
- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

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



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 Serbisong 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的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。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

您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (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）。代表可協助您提出或變更長期申請。

- 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

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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- 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 các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

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

- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- 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 تلي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم كافة الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا 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 يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

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

- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 711: TTY، 522-3767 (833)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
- 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 (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-800-537-7697.
- 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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش

حقوق شما به عنوان یکی از اعضای طرح.

- شما حق انتخاب یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (Primary Care Provider, PCP) را در شبکه ما دارید. ارائه‌دهنده شبکه یک ارائه‌دهنده 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 دفترچه اطلاعاتی اعضا ارائه شده است.
- با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید تا در مورد ارائه‌دهندگان شبکه اطلاعات بیشتری کسب کنید و متوجه شوید کدام پزشکان بیمار جدید می‌پذیرند.
- شما حق دارید بدون دریافت ارجاع، به متخصص بهداشت زنان مراجعه کنید. ارجاع عبارت است از تأیید PCP شما برای استفاده از خدمات یک ارائه‌دهنده که PCP شما نیست.
- شما از این حق برخوردار هستید که خدمات تحت پوشش ارائه‌دهندگان شبکه را در مدت‌زمان قابل قبولی دریافت کنید.
- این مورد شامل خدمات تحت پوشش متخصصین هم می‌شود.
- اگر نتوانید خدمات را طی مدت‌زمان 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 اجازه قبلی (Prior Authorization, PA) دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که نسخه خود را از هریک از داروخانه‌های شبکه ما بدون تأخیر طولانی دریافت کنید.
- شما از این حق برخوردار هستید که بدانید چه زمانی می‌توانید از ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- وقتی در طرح ما عضو می‌شوید، از این حق برخوردارید که در صورت برآوری شرایط خاص، برای حداکثر 12 ماه به ارائه‌دهنده خدمات فعلی خود مراجعه کنید و خدمات تأیید شده خود را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نگه داشتن ارائه‌دهندگان و اجازه‌های خدماتی خود، به **فصل 1** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- شما از این حق برخوردارید که تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی خود را با کمک تیم مراقبت و مدیر مراقبتی خود بگیرید.

فصل 9 از این *دفتربه اطلاعاتی/عضا* اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد درمورد اینکه اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت‌زمان قابل قبول دریافت نمی‌کنید چه کار می‌توانید بکنید. این فصل همچنین اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد درمورد 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 قبال حفاظت از اطلاعات بهداشتی شخصی شما (PHI)

ما از اطلاعات بهداشتی شخصی (Protected Health Information, PHI) شما طبق الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

اطلاعات بهداشتی شخصی شما عبارتند از اطلاعاتی که شما به هنگام ثبت‌نام با این طرح در اختیار ما می‌گذارید. همچنین شامل سوابق پزشکی و دیگر اطلاعات بهداشتی و درمانی شما می‌شود.

شما حق دارید اطلاعاتی را دریافت کرده و نحوه استفاده از PHI خود را مدیریت کنید. ما یک اطلاعیه کتبی به شما ارائه می‌کنیم که درباره این حقوق به شما توضیح می‌دهد و نیز توضیح می‌دهد که ما چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این اطلاعیه را «اطلاعیه اقدامات حفظ حریم خصوصی» می‌نامند.

اعضایی که با دریافت خدمات حساس موافقت می‌کنند، ملزم نیستند رضایت اعضای دیگر را برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست خدمات حساس جلب کنند. L.A. Care Medicare Plus مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن فرد تعیین‌شده برای عضو، یا در صورت عدم تعیین فرد جایگزین، به نام عضو در آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده ارسال خواهد کرد. L.A. Care Medicare Plus اطلاعات پزشکی مرتبط با خدمات حساس را بدون کسب محوز کتبی صریح از عضو دریافت‌کننده خدمات مراقبتی در اختیار اعضای دیگر نمی‌گذارد. L.A. Care Medicare Plus با درخواست‌های مبنی بر ارسال مکاتبات محرمانه به آدرس‌های جایگزین یا ارائه آنها در شکل و قالب درخواست‌شده موافقت خواهد کرد، به شرطی که به آسانی در شکل و قالب درخواست‌شده قابل تولید باشد. درخواست اعضا در مورد مکاتبات محرمانه مرتبط با خدمات حساس تا زمانی که عضو آن درخواست را لغو کند یا درخواست دیگری درمورد مکاتبات محرمانه ارائه کند، معتبر می‌ماند.

برنامه ممکن است از اعضا بخواهد درخواست‌های مربوط به مکاتبات محرمانه را به صورت مکتوب یا از طریق انتقال الکترونیکی ارائه دهند.

C1. نحوه محافظت از PHI شما

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که هیچ فرد غیرمجاز به سوابق شما دسترسی نداشته باشد یا آن‌ها را تغییر ندهد.

به جز موارد ذکرشده در ادامه، PHI شما را به هیچ فردی که ارائه‌دهنده خدمات شما نباشد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نکند، ارائه نمی‌دهیم. اگر بخواهیم این کار را انجام دهیم، ابتدا باید اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. شما یا فردی که به‌طور قانونی مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.



گاهی اوقات نیازی نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. این استثنای طبق قانون محاز یا الزامی هستند:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم که کیفیت خدمات ما را بررسی می‌کنند.
- ما در صورت دریافت دستور از دادگاه، PHI را افشا می‌کنیم، ولی فقط در صورتی که این کار بر اساس قانون کالیفرنیا محاز باشد.
- ما موظفیم PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D شما، را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI را برای تحقیقات یا موارد دیگر افشا کند، این کار را مطابق قوانین فدرال انجام می‌دهد. اگر پوشش دوگانه Medicare و Medi-Cal coverage دارید، برای ارائه خدمات بهتر به شما و بهبود مراقبت سلامت، ما ممکن است اطلاعات بهداشتی 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. در مواردی که قانون مقرر کرده است، هنگامی که شرکای تجاری با ما همکاری می‌کنند، آنها باید از محرمانگی PHI که به آنها واگذار می‌کنیم محافظت کرده و اجازه ندارند PHI را به اشخاص دیگری بدهند، مگر اینکه طبق قانون و این اطلاعیه محاز باشد.

C2. حق شما برای دیدن سوابق پزشکی‌تان

- شما از این حق برخوردار هستید که سوابق پزشکی خود را ببینید و تئویزی 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 ارائه‌دهنده مراقبت درمانی شما همکاری می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که اعمال تغییرات لازم است یا خیر.
 - شما حق دارید بدانید که آیا PHI برای مقاصد غیررایج با دیگران به اشتراک گذاشته می‌شود و در صورت اشتراک، چگونه این کار انجام می‌شود.
- اگر درباره محرمانه نگه داشتن PHI خود پرسش یا نگرانی دارید، با خدمات تماس بگیرید.

D. برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق حریم خصوصی خود می‌توانید نسخه‌ای از سیاست‌های حریم خصوصی (NOPP) را درخواست کنید. NOPP در وبسایت ما (medicare.lacare.org) یا از طریق تماس با خدمات اعضا در دسترس است. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

به‌عنوان 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 خدمات مترجم شفاهی داریم تا به سؤالات شما درباره طرح ما پاسخ دهند. برای بهره‌مندی از خدمات مترجم شفاهی، با خدمات اعضا تماس بگیرید. این سرویس برای شما رایگان است. شما می‌توانید مطالب مربوط به اعضا را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر مانند عربی، ارمنی، چینی، کره‌ای، کامبوجی، فارسی، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی دریافت کنید. ما می‌توانیم اطلاعات را در قالب چاپ درشت، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهیم.

اگر اطلاعاتی درباره هریک از موارد زیر می‌خواهید، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- جگونگی انتخاب یا تغییر طرح
- طرح ما، شامل:
 - اطلاعات مالی
 - نحوه ارزیابی ما توسط اعضای طرح
 - تعداد درخواست‌های تحدیدنظر ارائه شده از سوی اعضا
 - نحوه ترک برنامه درمانی ما
- ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما، شامل موارد زیر:
 - چگونه می‌توان ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی اصلی را انتخاب کرد یا تغییر داد
 - صلاحیت ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - جگونگی پرداخت به ارائه‌دهندگان شبکه از سوی ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
 - خدمات (به **فصل‌های 3 و 4** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* خود مراجعه کنید) و داروهای (به **فصل‌های 5 و 6** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید) تحت پوشش برنامه ما
 - محدودیت‌های موحود برای پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی 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** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید)، از جمله اینکه از ما بخواهید:
 - کتباً توضیح دهیم چرا این موارد را پوشش نمی‌دهیم
 - تصمیمی را که گرفته‌ایم تغییر دهیم
 - پرداخت صورت‌حسابی که دریافت کرده‌اید

E. عدم توانایی ارائه‌دهندگان شبکه در صدور مستقیم صورت‌حساب برای شما

پزشکان، بیمارستان‌ها، و دیگر ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار به پرداخت هزینه برای خدمات تحت پوشش بکنند. همچنین اگر پرداختی ما کمتر از مبلغی باشد که ارائه‌دهنده مطالبه کرده است، آن‌ها نمی‌توانند بابت آن صورت‌حساب صادر کنند یا از شما هزینه دریافت کنند. برای کسب اطلاعات درمورد اقدام لازم در صورتی که ارائه‌دهنده شبکه تلاش کرد هزینه‌ای را بابت خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند، به **فصل 7** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

F. حق شما برای خروج از طرح ما

در صورت عدم تمایل، کسی نمی‌تواند شما را مجبور به ماندن در طرح ما بکند.

- شما از این حق برخوردار هستید که اکثر خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا یک برنامه Medicare Advantage (MA) دیگر دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای دارویی Medicare بخش D را از یک طرح دارویی یا یک طرح دیگر MA دریافت کنید.
- برای موارد زیر، به **فصل 10** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید:
 - برای اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید به یک طرح جدید MA یا طرح مزایای دارویی بپیوندید.
 - برای اطلاعات درباره اینکه در صورت خروج از برنامه ما، چگونه مزایای Medi-Cal خود را دریافت خواهید کرد.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خودتان

شما حق دارید از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی اطلاعات کامل دریافت کنید تا به شما در تصمیم‌گیری درباره مراقبت‌های درمانی‌تان کمک کند.

G1. حق شما برای دانستن انتخاب‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهنده 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 از تمام گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- از خطرات آگاه باشید. شما از این حق برخوردار هستید که از همه خطرات موجود مطلع شوید. اگر خدمات یا درمان‌هایی که به شما ارائه می‌شود بخشی از یک آزمایش تحقیقاتی باشد، باید از پیش به شما اطلاع دهیم. شما این حق را دارید که درمان‌های تحقیقاتی را نپذیرید.

- **می‌توانید نظر پزشکی ثانویه دریافت کنید.** شما از این حق برخوردار هستید که پیش از تصمیم‌گیری درباره درمان، به پزشک دیگری مراجعه کنید.
 - **مخالفت کنید.** 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 چنین کاری را نکنید. شما این حق را دارید که مصرف داروهای تحویزی خود را متوقف کنید. اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تحویز شده‌ای را متوقف کنید، باید این‌ها را حذف نخواهید شد. با این حال، اگر نوعی درمان را نپذیرید یا مصرف داروی تحویز شده‌ای را متوقف کنید، مسئولیت کامل عواقب آن با خودتان خواهد بود.
 - **از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه‌دهنده مراقبت را نپذیرفت.** شما از این حق برخوردار هستید که اگر ارائه‌دهنده‌ای از ارائه مراقبت احتناپ کرده باشد و شما تصور کنید که باید آن خدمات را دریافت می‌کردید، از ما درباره آن توضیح بخواهید.
 - **از ما بخواهید خدمات یا دارویی را که رد کرده‌ایم یا معمولاً پوشش نمی‌دهیم، تحت پوشش قرار دهیم.** به این فرایند، تصمیم پوششی می‌گویند. **فصل 9** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تصمیم پوششی را به ما ارائه دهید.
- G2. حق شما برای اعلام اینکه اگر قادر نبودید تصمیم‌های سلامت خود را خودتان بگیرید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد**
- گاهی اوقات افراد قادر نیستند درباره خدمات درمانی خود تصمیم بگیرند. پیش از آنکه چنین موردی برای شما پیش بیاید، می‌توانید:
- **فرمی کتبی بر کنید که طی آن، اگر شما نتوانستید خودتان تصمیم بگیرید، به فردی حق تصمیم‌گیری در زمینه مراقبت‌های بهداشتی شما را بدهید.**
 - 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 دستورالعمل‌های قبلی وجود دارد و نام‌های متفاوتی برای آن‌ها استفاده می‌شود. به عنوان مثال می‌توان به «وصیت‌نامه شخص در قید حیات» و «وکالت‌نامه برای مراقبت‌های بهداشتی» اشاره کرد.
- داشتن دستورالعمل قبلی الزامی نیست، اما می‌توانید آن را داشته باشید. اگر می‌خواهید از دستورالعمل قبلی استفاده کنید، این‌گونه عمل کنید:
- **فرم را تهیه کنید.** می‌توانید فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی فروشگاه‌های لوازم اداری دریافت کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه‌دهندگان اغلب این فرم‌ها را دارند. همچنین می‌توانید یک فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا و دانلود کنید.



- **فرم را پر و امضا کنید.** این فرم یک مدرک حقوقی است. توصیه می‌شود برای تکمیل آن از وکیل یا هر فرد قابل اعتماد دیگر، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود، کمک بگیرید.
 - **نسخه‌هایی از فرم را به افرادی که نیاز است مطلع باشند، بدهید.** یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. همچنین باید یک نسخه از فرم را به فردی که برای تصمیم‌گیری به جای شما تعیین کرده‌اید بدهید تا در صورت عدم توانایی شما در تصمیم‌گیری، از آن استفاده کند. ممکن است بخواهید یک نسخه از آن را به دوستان نزدیک و اعضای خانواده خود بدهید. یک نسخه از آن را در خانه خود نگهداری کنید.
 - اگر قرار است در بیمارستان بستری شوید و یک فرم دستورالعمل قبلی را امضا کرده باشید، **نسخه‌ای از آن را با خود به بیمارستان ببرید.**
 - بیمارستان خواهد پرسید که آیا فرم امضا شده دستورالعمل قبلی را دارید و همراه خود آورده‌اید یا نه.
 - اگر فرم امضا شده دستورالعمل قبلی نداشته باشید، بیمارستان فرم‌ها را در اختیار دارد و از شما می‌پرسد که آیا می‌خواهید یکی را امضا کنید.
- شما حق دارید:

- فرم دستورالعمل قبلی خود را در پرونده پزشکی‌تان قرار دهید.
 - در هر زمان دستورالعمل قبلی خود را تغییر داده یا لغو کنید.
 - درباره تغییرات در خصوص قوانین دستورالعمل قبلی بیشتر بدانید. L.A. Care Medicare Plus تغییرات قوانین ایالتی را حداکثر ظرف 90 روز پس از ایجاد تغییر به شما اطلاع خواهد داد.
- طبق قانون، هیچ‌کس نمی‌تواند بر اساس اینکه آیا فرم دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید یا خیر، از ارائه مراقبت به شما خودداری کند یا در این روند نسبت به شما تبعیض قائل شود. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

اگر فرم دستورالعمل قبلی را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید یک پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موحود در آن را دنبال نکرده است، می‌توانید شکایتی را به دفتر بازرسی 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. حق شما برای ثبت شکایت و درخواست از ما برای بازنگری در تصمیماتمان

فصل 9 از این دفترچه اطلاعاتی اعضا به شما می‌گوید که در صورت داشتن هرگونه مشکل یا نگرانی درباره خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش، 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 اینکه شکایتی ارائه دهید.

شما حق دارید اطلاعاتی را در مورد تجدیدنظرها و شکایاتی که سایر اعضای برنامه درمانی علیه ما اقامه کرده‌اند دریافت کنید. برای کسب این اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

اگر فکر می‌کنید با شما غیرمنصفانه رفتار شده است - و این موضوع مربوط به تبعیض بر اساس دلالی که در **فصل 11** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا ذکر شده نیست - یا اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود داشته باشید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- خدمات اعضا.
- برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222. برای جزئیات بیشتر درباره HICAP، به **فصل 2** مراجعه کنید.
- تماس با بازرس کل از طریق شماره 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر درباره این برنامه، به **فصل 2** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید سند «حقوق و محافظت‌های Medicare» را از وبسایت Medicare به نشانی www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf دانلود و مطالعه کنید.)

ا. مسئولیت‌های شما به عنوان یکی از اعضای برنامه

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

- این دفترچه اطلاعاتی اعضا را مطالعه کرده و درباره آنچه تحت پوشش قرار می‌گیرد و قوانین مربوط به دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش اطلاعاتی کسب کنید. برای اطلاع از جزئیات درباره:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل‌های 3 و 4** دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید. در این فصل‌ها به شما گفته شده که چه مواردی تحت پوشش است، چه مواردی تحت پوشش نیست، از چه مقرراتی باید پیروی کنید و چه هزینه‌ای باید بپردازید.
 - برای داروهای تحت پوشش، به **فصل‌های 5 و 6** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- اگر پوشش درمانی و دارویی دیگری دارید به ما اطلاع دهید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که هنگام دریافت مراقبت‌های درمانی از همه گزینه‌های پوشش خود استفاده کنید. در صورتی که پوشش دیگری دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- به پزشک و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی خود بگویید عضو طرح ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا دارو، کارت شناسایی عضویت خود را نشان بدهید.

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- **به پزشکان خود و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.**
 - اطلاعات مورد نیاز درباره خود و وضعیت سلامتی‌تان را در اختیار آن‌ها بگذارید. تا جایی که می‌توانید درباره مشکلات سلامتی خود آگاهی کسب کنید. از برنامه‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی که با ارائه‌دهنده خود درمورد آن‌ها توافق کرده‌اید پیروی کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات شما درباره همه داروهایی که مصرف می‌کنید مطلع هستند. این موضوع شامل داروها، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.
 - هر سؤالی که دارید پرسید. پزشکان و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات باید مسائل را به روشی که برای شما قابل‌درک باشد توضیح دهند. اگر سؤالی کردید و پاسخ برای‌تان قابل‌درک نیست، دوباره سؤال کنید.
 - از بخش اورژانس به‌نحوی مسئولانه استفاده کنید؛ فقط در موارد اضطراری یا طبق دستور تیم مراقبت سلامت.
- **از طریق شرکت در برنامه مراقبت خود و تکمیل ارزیابی سالانه خطر بهداشتی، با تیم مدیریت مراقبتی خود همکاری کنید.**
- **باملاحظه باشید.** ما از همه اعضای برنامه انتظار داریم به حقوق دیگران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم شما با تمام کارکنان مراقبت‌های بهداشتی دخیل در مراقبت خود با احترام رفتار کنید، از جمله مدیران مراقبت، نمایندگان خدمات اعضا و همچنین کارکنان دفتر پزشک، بیمارستان‌ها و سایر دفاتر ارائه‌دهندگان خدمات.
- **بدهی و هزینه‌های خود را پرداخت کنید.** به‌عنوان یکی از اعضای طرح، شما موظف به پرداخت موارد زیر هستید:
 - حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B. برای اکثر اعضای برنامه، طرح Medi-Cal حق بیمه‌های بخش A و بخش B از Medicare شما را پرداخت می‌کند.
 - برای برخی از داروهای تحت پوشش طرح ما، شما باید سهم خود از هزینه را هنگام دریافت دارو پرداخت کنید. این مبلغ همان سهم بیمه‌شده خواهد بود و **فصل 6** توضیح می‌دهد که چه مبلغی باید برای داروهای خود بپردازید.
 - **اگر هرگونه خدمات یا دارویی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نباشد، باید کل هزینه آن را پرداخت کنید.** (توجه: اگر با تصمیم ما برای عدم پوشش یک خدمت یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. برای آگاهی از جگونگی درخواست تجدیدنظر به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- **در صورت نقل‌مکان به ما اطلاع دهید.** اگر قصد نقل‌مکان دارید، فوراً به ما بگویید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **اگر به خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما نقل‌مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید.** فقط افرادی که در محدوده خدمات‌رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** از این کتابچه راهنمای اعضا به شما درباره محدوده خدمات‌رسانی ما توضیح می‌دهد.
- ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا متوجه شوید که آیا دارید به خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما نقل‌مکان می‌کنید یا خیر.
- نشانی جدید خود را بعد از نقل‌مکان به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره‌های تلفن Medicare و Medi-Cal، به **فصل 2** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.
- **در صورت نقل‌مکان به مکانی در محدوده خدمات‌رسانی ما، باز هم لازم است به ما اطلاع دهید.** ما باید سوابق عضویت شما را به‌روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
- **در صورت نقل‌مکان، به اداره تأمین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن) اطلاع دهید.**
- **اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.**
- **اگر پرسش یا مشکلی دارید، برای کمک گرفتن با خدمات اعضا تماس بگیرید.**

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصمیم پوششی، تحدیدنظر، شکایات)

مقدمه

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

- دشواری یا شکایتی درباره برنامه پوشش خود دارید.
- به خدمات، وسایل یا داروهایی نیاز دارید که تحت پوشش برنامه شما نیست.
- با تصمیمی که درباره میزان پوشش شما گرفته شده است موافق نیستید.
- به نظر شما خدمات تحت پوشش شما خیلی زود پایان می‌پذیرد.
- مشکل یا شکایتی درباره خدمات و حمایت بلندمدت خود دارید، که شامل موارد زیر می‌شود: خدمات بزرگسالان جامعه‌محور (Community Based Adult Service, CBAS) و خدمات مرکز پرستاری (Nursing Facility, NF).

این فصل به قسمت‌هایی تقسیم شده که بتوانید به‌سادگی مطالب مدنظر 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 بلندمدت 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 برای دریافت کمک از طریق شماره 1-855-501-3077 با برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal تماس بگیرید.** این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی داده ولی همیشه می‌توانید با برنامه بازرس کل برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. به‌منظور آگاهی از سایر منابع اطلاعاتی که به نگرانی‌های شما می‌پردازند و روش‌های تماس در رابطه با آن‌ها، به **فصل 2 از دفترچه اطلاعاتی اعضا** مراجعه کنید.

فهرست مطالب

- A. اگر مشکل یا نگرانی دارید، چه کاری باید انجام دهید. 218
- A1. واژگان و اصطلاحات حقوقی. 218
- B. از کجا کمک بگیرید. 218
- B1. برای دریافت اطلاعات و کمک بیشتر. 218
- C. آگاهی از شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما. 220

D.	مشکلات مربوط به مزایا.....	220
E.	تصمیمات پوششی و تحدیدنظرها.....	221
E1.	تصمیمات پوششی.....	221
E2.	تحدیدنظرها.....	221
E3.	کمک گرفتن برای تصمیم‌های پوششی و درخواست تحدیدنظر.....	222
E4.	کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند.....	223
F.	مراقبت‌های پزشکی.....	223
F1.	استفاده از این بخش.....	224
F2.	درخواست برای تصمیم پوششی.....	225
F3.	درخواست تحدیدنظر سطح 1.....	227
F4.	درخواست تحدیدنظر سطح 2.....	230
F5.	مشکلات مربوط به پرداخت.....	239
G.	داروهای Medicare بخش D.....	240
G1.	تصمیمات پوشش‌دهی و تحدیدنظرهای Medicare بخش D.....	240
G2.	استثنائات Medicare بخش D.....	242
G3.	نکات مهم درباره درخواست استثنا.....	243
G4.	درخواست برای اتخاذ تصمیم پوششی، شامل یک استثنا.....	243
G5.	درخواست تحدیدنظر سطح 1.....	246
G6.	درخواست تحدیدنظر سطح 2.....	248
H.	درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر در بیمارستان.....	250
H1.	آگاهی از حق و حقوق Medicare خود.....	250
H2.	درخواست تحدیدنظر سطح 1.....	251
H3.	درخواست تحدیدنظر سطح 2.....	253
I.	درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی.....	254
I1.	اطلاع قبلی پیش از پایان پوشش شما.....	255
I2.	درخواست تحدیدنظر سطح 1.....	255
I3.	درخواست تحدیدنظر سطح 2.....	257

258	J. درخواست تحدیدنظر بعد از سطح 2
258	J1. گام‌های بعد برای خدمات و وسایل Medicare
259	J2. سایر تحدیدنظرهای Medi-Cal
261	J3. سطوح درخواست تحدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D
263	K. چگونه می‌توان شکایت کرد
263	K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد
265	K2. شکایت‌های درون‌سازمانی
266	K3. شکایت‌های برون‌سازمانی

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

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه با مشکلات و نگرانی‌ها برخورد کنید. فرایندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. از یک فرایند برای **تصمیمات پوششی و تحدیدنظرها** و از فرایند دیگر برای **شکایات** استفاده کنید (که اعتراض نیز نامیده می‌شود).

برای اطمینان از انصاف و سرعت، هر فرایند 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، یک سری اصطلاحات حقوقی برای برخی قوانین و مهلت‌ها وجود دارد. درک بسیاری از این اصطلاحات ممکن است سخت باشد، بنابراین ما هر زمان که ممکن باشد، از کلمات ساده‌تر به جای برخی اصطلاحات حقوقی استفاده می‌کنیم. تا حد امکان از استفاده از مخفف کلمات خودداری کرده‌ایم.

به عنوان مثال، ما می‌گوییم:

- «شکایت کردن» به جای «طرح شکوائیه»
- «تصمیم پوششی» به جای «تعیین سازمانی»، «تعیین مزایا»، «تعیین در معرض ریسک» یا «تعیین پوشش»
- «تصمیم‌گیری سریع درباره میزان پوشش» به جای «تعیین در تکلیف»
- «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (Independent Review Entity, IRE)

دانستن اصطلاحات حقوقی شما را برای برقراری ارتباط بهتر یاری می‌دهد و به همین منظور این اصطلاحات نیز ذکر شده است.

B. از کجا کمک بگیرید

B1. برای دریافت اطلاعات و کمک بیشتر

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل موجب سردرگمی می‌شود. به ویژه اگر حالتان خوب نباشد یا توان کمی داشته باشید. گاهی نیز ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP)

می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تماس بگیرید. مشاوران HICAP همچنین می‌توانند به پرسش‌های شما پاسخ داده و در درک آنچه باید در مورد مشکل خود انجام دهید کمک می‌کنند. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد. HICAP مشاورین آموزش‌دیده را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. ارتباط با HICAP به شماره تلفن 1-800-434-0222 مقدور است.

کمک از برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal:

می‌توانید با برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal تماس بگیرید و با یک نماینده درباره سؤالات خود در مورد پوشش درمانی صحبت کنید. آن‌ها ممکن است بتوانند کمک حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه بازرس کل با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد. شماره تلفن آن‌ها 1-855-501-3077 و وبسایت آن‌ها www.healthconsumer.org است.

راهنمایی و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات و دریافت کمک بیشتر، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. دو راه برای کمک گرفتن از Medicare وجود دارد:

- با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- از وبسایت Medicare بازدید کنید (www.medicare.gov).

کمک از اداره خدمات مراقبت 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 درباره 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 هماهنگ کالیفرنیا

برای کمک رایگان با سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به افرادی که درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تجدیدنظر دارند، کمک می‌کند. شماره تلفن آن‌ها 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا ناگویا هستند، می‌توانند از شماره‌های رایگان TDD یعنی 1-877-688-9891 استفاده نمایند. همچنین می‌توانید به وبسایت DMHC به نشانی www.dmhca.gov مراجعه کنید.

سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های خدمات مراقبت درمانی می‌باشد. اگر اعتراضی به برنامه خدمات بهداشتی و درمانی خود دارید، باید قبل از تماس با سازمان ابتدا با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی خود به شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید و از روال اعتراضات برنامه خدمات بهداشتی و درمانی استفاده کنید. استفاده از این روش رسیدگی به شکایات مانع دسترسی شما به هرگونه حقوق یا راهکار قانونی ممکن که در دسترس شما باشد نمی‌شود. اگر در رابطه با شکایت مربوط به مورد اورژانسی، شکایتی که طرح سلامت شما به نحوی قانع‌کننده حل و فصل نشده است، یا شکایتی که بیش از 30 روز همچنان حل و فصل نشده است به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با سازمان نامبرده در بالا تماس بگیرید. ممکن است واحد شرایط «بررسی پزشکی مستقل» (Independent Medical Review, IMR) نیز باشید. اگر



واحد شرایط IMR باشید، تصمیمات پزشکی برنامه درمانی درباره ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان خاص، تصمیمات پوششی مربوط به درمان‌های دارای ماهیت تجربی یا تحقیقاتی و اختلافات مربوط به هزینه خدمات اورژانسی یا فوری پزشکی به‌طور بی‌طرف از طریق فرایند IMR بازبینی می‌شود. اداره همچنین دارای شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) ویژه افراد مبتلا به اختلالات شنوایی یا گفتاری است. وبسایت اینترنتی این سازمان www.dmhca.gov حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های تقاضا برای IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

C. آگاهی از شکایات و درخواست‌های Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستید. اطلاعات این فصل برای تمام مزایای مراقبت‌های هماهنگ Medicare و Medi-Cal شما اعمال می‌شود. این را گاهی اوقات «فرایند یکپارچه» می‌نامند، 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 وضعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایا

اگر دشواری یا نگرانی دارید، بخش‌های مربوط به آن‌ها را در این فصل بخوانید. نمودار زیر به شما کمک می‌کند بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش شما است؟	
از جمله مشکلات مرتبط با خدمات مراقبت پزشکی خاص (وسایل پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B) پوشش داده می‌شود یا خیر، روش پوشش‌دهی این موارد و مشکلات مرتبط با پرداخت هزینه خدمات درمانی پزشکی است.	
بله. مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش درمانی است. به بخش E: «تصمیمات پوششی و تحدیدنظرها» مراجعه کنید.	خیر. مشکل من در زمینه مزایا یا پوشش درمانی نیست. به بخش K: «چگونه می‌توان شکایت کرد» مراجعه کنید.

E. تصمیمات پوششی و تحدیدنظرها

این فرایند شامل درخواست اتخاذ تصمیم پوششی و درخواست‌های تحدیدنظر در رابطه با مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش‌دهی طرح برای مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، وسایل و داروهای بخش B، از جمله پرداخت) است. برای سهولت، ما معمولاً به وسایل پزشکی، خدمات و داروهای بخش B با عنوان مراقبت پزشکی اشاره می‌کنیم.

E1. تصمیمات پوششی

تصمیم پوششی یک تصمیم‌گیری درباره مزایا یا پوشش شما، یا درباره مبلغ پرداختی ما برای خدمات پزشکی یا داروهای شماست. شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم پوششی کنید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما یک خدمت پزشکی خاص را پوشش می‌دهیم یا ممکن است ارائه مراقبت پزشکی که از نظرتان برای شما ضروری است را رد کنیم. **اگر می‌خواهید قبل از دریافت یک خدمت پزشکی بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید تا برای شما یک تصمیم پوششی بگیریم.**

ما در هنگام بررسی درخواست خدمات یا یک مطالبه، اقدام به اتخاذ تصمیم پوششی می‌کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش نیست یا دیگر توسط Medicare یا Medi-Cal برای شما پوشش داده نمی‌شود. اگر با این تصمیم پوششی موافق نیستید، می‌توانید درخواست تحدیدنظر کنید.

E2. تحدیدنظرها

اگر ما یک تصمیم پوششی بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید نسبت به آن تصمیم درخواست «تحدیدنظر» کنید. درخواست تحدیدنظر یک روش رسمی است که طی آن از ما درخواست می‌کنید تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی کرده و تغییر دهیم.

وقتی برای اولین بار نسبت به یک تصمیم تحدیدنظر می‌کنید، آن را «تحدیدنظر سطح 1» می‌نامند. در این تحدیدنظر، تصمیم پوششی که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم تا اطمینان حاصل شود که تمام قوانین به درستی رعایت شده‌اند. تحدیدنظر شما توسط بازبین‌هایی غیر از آن‌هایی که تصمیم نامطلوب اولیه را گرفته‌اند انجام می‌شود.

در اکثر مواقع، باید درخواست تحدیدنظر را از سطح 1 شروع کنید. اگر مشکل درمانی شما فوری است یا مربوط به یک تهدید فوری و جدی به سلامتی شما می‌شود یا اگر درد شدید دارید و به تصمیم سریع‌تر نیاز دارید، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ به آدرس www.dmhca.gov برای بررسی پزشکی IMR درخواست کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش F4** مراجعه کنید.

وقتی بازبینی را کامل کنیم، تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم. تحت شرایط خاص، که بعداً در این فصل توضیح داده می‌شود، می‌توانید درخواست یک «تصمیم‌گیری سریع درباره میزان پوشش» یا «تحدیدنظر سریع» نسبت به یک تصمیم پوششی کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی از موارد درخواست شما یا کل آن **منفی** باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی مراقبت پزشکی یا وسایل مربوط به Medicare است، طی نامه به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما را برای درخواست



تحدیدنظر سطح 2 به واحد بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO) ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare بخش D یا Medicaid باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تحدیدنظر مرحله 2 را تسلیم کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تحدیدنظر سطح 2، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر از تصمیم تحدیدنظر سطح 2 راضی نباشید، ممکن است بتوانید مراحل بیشتری از تحدیدنظر را طی کنید.

E3. کمک گرفتن برای تصمیم‌های پوششی و درخواست تحدیدنظر

می‌توانید از هریک از موارد زیر کمک بخواهید:

- **خدمات اعضا** از طریق شماره‌های پایین صفحه.
- **برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077.**
- **برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)** به شماره 1-800-434-0222.
- **مرکز کمک‌رسانی در سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC)** برای کمک رایگان. DMHC به افرادی که در مورد خدمات Medi-Cal یا مشکلات صورت حساب درخواست تحدیدنظر دارند، کمک می‌کند. شماره تلفن آنها 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا ناگویا هستند، می‌توانند از شماره‌های رایگان TDD یعنی 1-877-688-9891 استفاده نمایند. همچنین می‌توانید به وبسایت DMHC به نشانی www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید. در حالی که DMHC می‌تواند به افرادی که در طرح‌های Managed Medi-Cal هستند کمک کند، نمی‌تواند به افرادی که تنها در طرح‌های Medicare و در سیستم‌های بهداشتی سازمان‌یافته کانتی (County Organized Health Systems, COHS) زیر هستند کمک کند: Partnership Health، Central California Alliance for Health، CenCal Health، Gold Coast Health Plan، Plan و CalOptima. نظارت بر Medicare و طرح‌های آن بر عهده دولت فدرال است و اداره خدمات مراقبت درمانی نیز بر طرح‌های COHS نظارت دارد.
- **پزشک شما یا ارائه‌دهندگان دیگر.** پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر می‌تواند از طرف شما درخواست تصمیم پوششی یا تحدیدنظر کند.
- **یکی از دوستان یا اعضای خانواده.** می‌توانید از شخص دیگری درخواست کنید که به‌عنوان «نماینده» از جانب شما درخواست تصمیم پوششی و درخواست تحدیدنظر کند.
- **یک وکیل.** شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست تصمیم پوششی یا انجام تحدیدنظر **مجبور به داشتن وکیل نیستید.**
 - با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از کانون وکلای محلی یا سایر خدمات ارجاع دریافت کنید. برخی از گروه‌های حقوقی در صورت واحد شرایط بودن شما، خدمات رایگان ارائه می‌دهند.
 - از برنامه بازرس کل Medicare Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 درخواست وکیل برای مشاوره حقوقی کنید.



اگر می‌خواهید یک وکیل یا شخص دیگری به‌عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخصی اجازه می‌دهد تا از طرف شما اقدام کند.

با خدمات اعضا در شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید فرم را از نشانی www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت ما به نشانی medicare.lacare.org دانلود کنید. **باید یک کپی از فرم امضا شده را برای ما ارسال کنید.**

E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار وضعیت وجود دارد که شامل تصمیم‌های پوششی و تحدیدنظرها می‌شود. هریک از این شرایط قوانین و مهلت مقرر خاص خود را دارند. جزئیات هریک را در یک بخش جداگانه از این فصل ارائه می‌دهیم. به بخشی که مربوط است مراجعه کنید:

- **بخش F، «مراقبت‌های پزشکی»**
 - **بخش G، «داروهای Medicare بخش D»**
 - **بخش H، «درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر 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، با خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

F. مراقبت‌های پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد اگر برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا می‌خواهید هزینه مراقبت‌تان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید. برای اطلاعات درباره درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت پزشکی است که در **فصل 4** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا*، در جدول مزایا توضیح داده شده است. ممکن است در برخی موارد قوانین متفاوتی برای داروهای Medicare بخش B اعمال شود. در این صورت، توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای Medicare بخش B با قوانین مربوط به خدمات و وسایل پزشکی متفاوت هستند.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در هریک از موقعیت‌های زیر چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. شما فکر می‌کنید ما مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز شما را پوشش می‌دهیم اما آن را دریافت نمی‌کنید.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید تا تصمیم پوششی بگیریم. به **بخش F2 مراجعه کنید.**

2. ما مراقبت‌های پزشکی که پزشک یا ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی دیگری می‌خواهد به شما ارائه دهد را تأیید نکرده‌ایم و شما فکر می‌کنید که باید تأیید می‌شد.

چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید روی تصمیم ما درخواست تحدیدنظر کنید. به **بخش F3 مراجعه کنید.**

3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید تحت پوشش ما هستند، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید به تصمیم عدم پرداخت ما اعتراض کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**

4. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید که فکر می‌کردید تحت پوشش ما هستند، و می‌خواهید ما مبلغ آن را به شما بازپرداخت کنیم.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما درخواست بازپرداخت کنید. به **بخش F5 مراجعه کنید.**

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

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید به تصمیم ما درباره کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی اعتراض 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** یا **بخش I** مراجعه کنید.

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

6. شما با تأخیر در دریافت مراقبت‌های پزشکی مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشکی پیدا کنید.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید شکایت ثبت کنید. به **بخش K2 مراجعه کنید.**

F2. درخواست برای تصمیم پوششی

وقتی یک تصمیم پوششی به مراقبت‌های پزشکی شما مربوط شود، به آن **تعیین تکلیف سازمانی یکپارچه** گفته می‌شود.

شما، پزشکتان، یا نماینده شما می‌توانید از این طریق از ما درخواست تصمیم پوششی کنید:

• تماس با: 1-833-522-3767، 711 TTY:

• فکس: 1-213-438-5748.

• نامه پستی:

Attn: Member Appeals and Grievances Department
1200 West 7th Street
Los Angeles, CA 90017

تصمیم پوششی استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، معمولاً از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه با شما توافق کنیم که از مهلت‌های «سریع» استفاده شود. تصمیم پوششی استاندارد به این معنی است که ما درباره موارد زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **5 روز کاری** پس از دریافت درخواست شما برای یک **خدمت یا وسایل پزشکی که مشمول قوانین ما در خصوص اجازه قبلی است.**
- **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما برای **همه خدمات یا موارد پزشکی دیگر.**
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای **داروی Medicare بخش B.**

تصمیم پوششی سریع

اصطلاح حقوقی برای تصمیم پوششی سریع، «**تعدیل در تعیین تکلیف**» است.

وقتی از ما می‌خواهید درباره مراقبت‌های پزشکی شما تصمیم پوششی بگیریم و پاسخ سریع لازم است، از ما بخواهید تا «تصمیم پوششی سریع» اتخاذ کنیم. تصمیم پوششی سریع به این معنی است که ما طبق بازه‌های زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای یک **خدمت یا وسایل پزشکی.**
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای **داروی Medicare بخش B.**

برای دریافت تصمیم پوششی سریع، باید دو شرط را داشته باشید:

- شما درخواست پوشش برای وسایل و/یا خدمات پزشکی دارید که هنوز **دریافت نکرده‌اید**. (شما نمی‌توانید در مورد پرداخت هزینه وسایل یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید، درخواست تصمیم پوششی سریع دهید.)
- استفاده از مهلت‌های معمول **می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند** یا به عملکرد شما آسیب برساند.
- اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامتتان ایجاب می‌کند، ما به‌طور خودکار تصمیم پوششی سریع را ارائه می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا به شما تصمیم پوششی سریع تعلق می‌گیرد یا خیر.
- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای دریافت تصمیم پوششی سریع را ندارد، نامه‌ای برای شما می‌فرستیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به حای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. در نامه، موارد زیر به اطلاع شما رسانده می‌شود:
 - اگر پزشک شما درخواست کند، ما به‌طور خودکار تصمیم پوششی سریع را ارائه می‌دهیم.
 - چگونه می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای ارائه تصمیم پوششی استاندارد به حای تصمیم پوششی سریع ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر ما پاسخ منفی بدهیم، شما حق دارید درخواست تحدیدنظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، ارائه درخواست تحدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بازبینی و تغییر تصمیم ما است.
- اگر تصمیم بگیرید درخواست تحدیدنظر کنید، به سطح 1 فرآیند تحدیدنظر خواهید رفت (به **بخش F3** مراجعه کنید).
- در شرایط محدود، ممکن است درخواست شما برای تصمیم پوششی را رد کنیم، که به این معنی است که درخواست شما بررسی نخواهد شد. نمونه‌هایی از مواقعی که درخواست رد خواهد شد عبارتند از:
 - اگر درخواست ناقص باشد،
 - اگر کسی به نمایندگی از شما درخواست را ارائه دهد اما از نظر قانونی اجازه انجام این کار را نداشته باشد، یا
 - اگر از ما بخواهید درخواست خود را پس بگیرید.

اگر درخواست شما برای تصمیم پوششی رد شود، برای شما اطلاعیه‌ای ارسال می‌کنیم که دلیل رد درخواست و نحوه درخواست بازبینی درخواست تصمیم رد پوشش را توضیح می‌دهد. به این امر تحدیدنظر گفته می‌شود. تحدیدنظرها در بخش بعدی بررسی می‌شوند.

F3. درخواست تحدیدنظر سطح 1

برای شروع یک تحدیدنظر، شما، پزشکتان، یا نماینده محاز شما باید با ما تماس بگیرید. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید.

درخواست تحدیدنظر استاندارد یا تحدیدنظر سریع را به صورت کتبی یا با تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، مطرح کنید.

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

- اگر پزشکتان یا تحویزکننده دیگر بخواهد خدمات یا موردی را که از قبل در طول فرایند تحدیدنظر دریافت می‌کنید ادامه دهد، ممکن است لازم باشد او را به عنوان نماینده خود معرفی کنید تا از طرف شما اقدام کند.
- اگر کسی غیر از پزشک شما برایتان درخواست تحدیدنظر می‌کند، فرم «انتصاب نماینده» را ارائه کنید که به این شخص اجازه می‌دهد وکالت شما را برعهده داشته باشد. فرم را می‌توانید از نشانی www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت medicare.lacare.org دانلود کنید. *ما به نشانی*
- ما می‌توانیم درخواست تحدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که فرم را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را قبل از مهلتی که برای تصمیم‌گیری درباره تحدیدنظرتان تعیین کرده‌ایم دریافت نکنیم:
 - 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 تحدیدنظر شما را بررسی کند.
- شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ نامه‌ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم، درخواست تحدیدنظر 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. دلیل بروز تأخیر در ارائه اعتراض را در نامه اعتراض قید کنید.

- درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تحدیدنظر، از حقوق قانونی شما است. شما یا پزشک معالجتان نیز می‌توانید برای حمایت از درخواست تحدیدنظرتان، اطلاعات بیشتر ارسال نمایید.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست «تحدیدنظر سریع» کنید.

اصطلاح قانونی برای «تحدیدنظر سریع»، «بازنگری تعدیلی» است.

- اگر نسبت به تصمیم ما درباره پوشش مراقبت‌ها تحدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست تحدیدنظر سریع کنید.

اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامتتان ایجاب می‌کند، ما به‌طور خودکار تحدیدنظر سریع را ارائه می‌دهیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا به شما تحدیدنظر سریع تعلق می‌گیرد یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامت شما شرایط لازم برای دریافت تحدیدنظر سریع را ندارد، با ارسال نامه‌ای این موضوع را اعلام می‌کنیم و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. در نامه، موارد زیر به اطلاع شما رسانده می‌شود:

- اگر پزشک شما درخواست کند، ما به‌طور خودکار تصمیم تحدیدنظر سریع را ارائه می‌دهیم.

- چگونه می‌توانید یک «شکایت سریع» درباره تصمیم ما برای ارائه تحدیدنظر استاندارد به جای تحدیدنظر سریع ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به شما اطلاع دهیم خدمات یا وسایلی که دریافت می‌کنید را متوقف یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید به دریافت این خدمات یا وسایل در طول فرآیند تحدیدنظر ادامه دهید.

- اگر تصمیم بگیریم پوشش یک خدمت یا موردی که دریافت می‌کنید را تغییر دهیم یا متوقف کنیم، قبل از اقدام، برای شما اطلاعیه ارسال می‌کنیم.

- اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید تحدیدنظر سطح 1 ثبت کنید.

- ما به پوشش آن خدمت یا مورد ادامه می‌دهیم به شرطی که ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ نامه ما یا تا تاریخ اجرای موردنظر اقدام، هر کدام دیرتر باشد، برای تحدیدنظر سطح 1 درخواست کنید.

- اگر این مهلت را رعایت کنید، طی مدتی که تحدیدنظر سطح 1 شما در دست بررسی است، خدمت یا وسایل را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.

- همچنین همه خدمات یا وسایل دیگر (که موضوع تحدیدنظر شما نیستند) را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.

- اگر قبل از این تاریخ‌ها تحدیدنظر نکنید، ارائه خدمت یا وسایل شما طی مدتی که منتظر تصمیم تحدیدنظر هستید ادامه خواهد یافت.



ما تحدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.

- وقتی درخواست تحدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را دوباره با دقت بررسی خواهیم کرد.
- بررسی می‌کنیم که آیا موقع ارائه پاسخ **منفی** به درخواست شما، از همه قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز، اطلاعات بیشتری جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما یا پزشکتان تماس بگیریم.

برای تحدیدنظر سریع، مهلت‌هایی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 72 ساعت پس از دریافت تحدیدنظر شما پاسخ خود را ارائه دهیم، یا حتی زودتر اگر وضعیت سلامت شما نیاز مستلزم پاسخ سریع‌تر باشد.** اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه را سریع‌تر به شما اعلام می‌کنیم.

◦ اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بازبینی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی یکی از خدمات یا وسایل Medicaid باشد، خودتان 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، حسب مورد به بخش مربوط به دادرسی ایالتی در این کتابچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید.

- **اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ مثبت دهیم،** باید پوششی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت از دریافت درخواست تحدیدنظرتان، یا حتی زودتر برحسب ضرورت سلامتی شما، تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ منفی دهیم،** تحدیدنظر شما را برای تحدیدنظر سطح 2 به IRO می‌فرستیم.

برای تحدیدنظر سریع، مهلت‌هایی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید **ظرف 30 روز تقویمی** از دریافت درخواست تحدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.

- اگر درخواست شما برای یک داروی Medicare بخش B است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را **ظرف 7 روز تقویمی** از دریافت درخواست تحدیدنظر یا حتی زودتر اگر وضعیت سلامتی‌تان ایجاب کند، به شما می‌دهیم.

◦ اگر تا پایان مهلت پاسخی به شما ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرایند تحدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بازبینی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان به شما می‌گوییم و فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 2

را توضیح می‌دهیم. اگر مشکل شما درباره پوشش‌دهی یکی از خدمات یا اقسام 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، حسب مورد به بخش مربوط به دادرسی ایالتی در این کتابچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن جواب مثبت بدهیم، باید پس از دریافت درخواست تحدیدنظر، پوششی را که موافقت کرده‌ایم در عرض 30 روز تقویمی از تاریخی که درخواست تحدیدنظر 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 تحویزی Medicare بخش B باشد، ظرف 7 روز تقویمی ارائه کنیم.

اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ منفی دهیم، شما حقوق دیگری درخصوص تحدیدنظر دارید:

- اگر پاسخ ما به بخشی از موارد درخواست شما یا کل آن منفی باشد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما مربوط به پوشش یک خدمت یا وسایل Medicare باشد، نامه به شما اطلاع می‌دهد که پرونده شما برای تحدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال شده است.
- اگر مشکل شما درمورد پوشش خدمات یا وسایل Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک تحدیدنظر سطح 2 را تسلیم کنید.

F4. درخواست تحدیدنظر سطح 2

اگر پاسخ به درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما برای بخشی از درخواستتان یا همه آن منفی باشد، با ارسال نامه‌ای به شما اطلاع خواهیم داد. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا برنامه Medicare، Medi-Cal، یا هر دو برنامه معمولاً این خدمت یا مورد 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 تحدیدنظر، پرونده شما را به مرحله 2 تحدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلامی است، که Medi-Cal معمولاً آن‌ها را پوشش می‌دهد، می‌توانید درخواست تحدیدنظر سطح 2 را خودتان ثبت کنید. در نامه به شما گفته می‌شود چگونه این کار را انجام دهید. ما اطلاعات بیشتری را نیز در ادامه این فصل ارائه می‌دهیم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمتی یا موردی باشد که هم Medicare و هم Medi-Cal ممکن است پوشش دهند، شما به‌طور خودکار یک تحدیدنظر سطح 2 با IRO دریافت می‌کنید. علاوه بر تحدیدنظر سطح 2 خودکار، شما همچنین می‌توانید نزد ایالت، درخواست دادرسی ایالتی و بررسی مستقل پزشکی کنید. با این حال، اگر شما قبلاً شواهد خود را در یک دادرسی ایالتی ارائه کرده باشید، بررسی پزشکی مستقل در دسترس نیست.

اگر زمانی که درخواست تحدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واحد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، وسایل یا داروهای موضوع تحدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات بیشتر درخصوص تداوم مزایا در طول فرایند تحدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمتی باشد که معمولاً تنها توسط Medicare پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمت در طول فرایند تحدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نخواهد یافت.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمتی باشد که معمولاً تنها توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود، مزایای شما برای آن خدمت ادامه می‌یابد به شرطی که ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما، درخواست تحدیدنظر سطح 2 ارسال کنید.

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

IRO تحدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

عنوان رسمی «سازمان بررسی مستقل» (IRO) «**نهاده بررسی مستقل**» است و گاهی اوقات «**IRE**» خطاب می‌شود.

- 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 تحدیدنظر 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 تکمیلی را برای حمایت از تحدیدنظر خود به IRO بدهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO به همه اطلاعات مربوط به تحدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.

اگر درخواست تحدیدنظر سریع سطح 1 داشتید، در سطح 2 نیز تحدیدنظر سریع خواهید داشت.

- اگر در سطح 1 به ما درخواست تحدیدنظر سریع ارائه کرده باشید، به‌طور خودکار در سطح 2 نیز تحدیدنظر سریع خواهید داشت. IRO باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر شما، پاسخ تحدیدنظر سطح 2 را ارائه دهد.

اگر درخواست سطح 1 تحدیدنظر استاندارد داشتید، در سطح 2 نیز تحدیدنظر استاندارد خواهید داشت.

- اگر در سطح 1 به ما تحدیدنظر استاندارد ارائه کرده باشید، به‌طور خودکار در سطح 2 نیز تحدیدنظر استاندارد خواهید داشت.

- اگر درخواست شما برای یک خدمت یا وسایل پزشکی باشد، IRO باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، IRO باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر سطح 2 به شما پاسخی بدهد.
- اگر IRO پاسخ خود را به صورت کتبی ارائه و دلایل آن را توضیح دهد.
- **اگر IRO به بخشی از درخواست یک خدمت یا وسایل پزشکی یا کل آن پاسخ مثبت دهد، ما باید فوراً تصمیم را اجرا کنیم:**
 - پوشش مراقبت‌های پزشکی را **ظرف 72 ساعت** تأیید کنیم، یا
 - خدمت را **ظرف 5 روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های **استاندارد** ارائه دهیم، یا
 - خدمت را ظرف **72 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را دریافت می‌کنیم برای **درخواست‌های تعدیلی** ارائه دهیم.
- **اگر IRO به بخشی از درخواست داروی Medicare بخش B یا کل آن جواب مثبت بدهد، ما باید داروی Medicare بخش B مورد اختلاف را تأیید یا ارائه کنیم:**
 - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های **استاندارد**، یا
 - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را دریافت می‌کنیم برای **درخواست‌های تعدیلی**.
- **اگر IRO به بخشی از درخواست تحدیدنظر شما یا کل آن جواب منفی بدهد،** به این معنی است که آن‌ها موافق هستند ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش‌دهی مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. به این کار «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تحدیدنظر شما» گفته می‌شود.
 - اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید تحدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.
 - پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرایند تحدیدنظر وجود دارد که در مجموع پنج سطح را تشکیل می‌دهند.
 - اگر تحدیدنظر سطح 2 شما رد شود و شرایط لازم برای ادامه فرایند تحدیدنظر را داشته باشید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و سومین تحدیدنظر را انجام دهید یا خیر. جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از تحدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید ذکر می‌شود.
 - یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) یا وکیل محوزدار، رسیدگی به تحدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3، 4 و 5 به **بخش 1** مراجعه کنید.

هنگامی که مشکل شما در رابطه با خدمات یا اقلامی است که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

دو روش برای ارائه تحدیدنظر سطح 2 برای خدمات و وسایل Medi-Cal وجود دارد: (1) ثبت شکایت یا بررسی پزشکی مستقل و (2) دادرسی ایالتی.

(1) سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ (DMHC)

شکایت یا درخواست بررسی پزشکی مستقل (IMR) را می‌توانید از طریق مرکز راهنما در سازمان DMHC ارائه کنید. با ثبت شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی خواهد کرد. DMHC تحقیق خود را درباره شکایت شما انجام می‌دهد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده برای IMR واحد شرایط است یا خیر. این امکان وجود دارد که IMR برای هر خدمت یا وسایل پزشکی که تحت پوشش Medi-Cal بوده و ماهیت پزشکی دارد، در دسترس باشد. IMR به بررسی پرونده‌تان توسط متخصص‌هایی گفته می‌شود که عضو طرح ما یا عضو DMHC نیستند. اگر تصمیم‌گیری IMR به نفع شما باشد، موظف هستیم خدمات یا وسایل درخواستی‌تان را در اختیارتان قرار دهیم. برای انجام IMR شما هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازید.

اگر طرح ما اقدام به موارد زیر کند، شما می‌توانید شکایت ثبت کنید یا برای IMR درخواست دهید:

- خدمات یا درمان‌های Medi-Cal را تأیید نکند، تغییر دهد یا به تأخیر بیاندازد بر این مبنا که برنامه ما تشخیص داده است ضرورت پزشکی ندارد.
- درمان‌های آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal را برای بیماری‌های وخیم پوشش ندهد.
- درباره این‌که یک خدمت یا عمل جراحی ماهیت زیبایی داشته یا بازسازی‌کننده بوده است اختلاف نظر دارد.
- هزینه خدمات درمانی Medi-Cal اضطراری یا فوری را که قبلاً دریافت کرده‌اید، بازپرداخت نکند.
- اقدام به حل‌وفصل تحدیدنظر سطح 1 شما در رابطه با خدمات Medi-Cal ظرف 30 روز تقویمی برای تحدیدنظر استاندارد یا ظرف 72 ساعت یا زودتر، برای مواقعی که وضعیت سلامت شما ایجاب کند، نکرده باشد.

در اکثر موارد، پیش از درخواست IMR باید یک تحدیدنظر نزد ما ثبت کنید. برای کسب اطلاعات درباره فرایند تحدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالفید، می‌توانید شکایتی نزد DMHC ثبت کنید یا یک IMR از مرکز راهنمایی DMHC درخواست نمایید.

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 «سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ» ثبت کنید باید درخواست تحدیدنظر خود را مجدداً نزد ما طرح کنید، مگر اینکه تحدیدنظر شما مربوط به تهدیدی جدی و فوری برای سلامت شما باشد، از جمله، اما نه فقط، درد شدید، احتمال مرگ، قطع عضو یا از دست دادن عملکرد اصلی بدن.

شما می‌توانید برای IMR و دادرسی ایالتی درخواست دهید، اما اگر قبلاً مدارک خود را در یک



دادرسی ایالتی ارائه کرده‌اید یا دادرسی ایالتی درباره همان موضوع داشته‌اید، اجازه رفتن به IMR را ندارید.

اگر درمان شما به دلیل اینکه روندی آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است پذیرفته نشود، نیازی نیست پیش از اقدام برای IMR درگیر فرآیند تحدیدنظر طرح ما شوید.

اگر مشکل جسمی شما جدی یا شامل تهدید جانی فوری یا خطرناک باشد، یا اگر دچار درد شدید باشید، می‌توانید آن را بدون طی کردن فرآیند اعتراض به اطلاع DMHC برسانید.

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

برای ثبت شکایت یا درخواست IMR:

- فرم شکایت/درخواست IMR را در نشانی 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 تلفن 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- در صورت موجود بودن، یک نسخه از نامه‌ها یا دیگر مدارک مربوط به خدمات یا وسایل تأیید نشده را به پیوست بفرستید. این کار می‌تواند منجر به تسریع روند IMR شما شود. کپی مدارک را به‌حای اصل آنها ارسال کنید. مرکز راهنمایی قادر به برگرداندن هیچ سندی نمی‌باشد.
- اگر کسی برای ارسال IMR به شما کمک می‌کند، «فرم انتصاب دستیار مجاز» را پر کنید. فرم را می‌توانید با مراجعه به www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با تماس گرفتن با «مرکز راهنمایی» اداره به شماره 1-888-466-2219 دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم IMR/شکایت و هرگونه پیوست را به DMHC ارسال کنید:

ارسال از طریق پست یا فکس: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

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

ظرف 7 روز، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و نامه‌ای در تأیید دریافت آن برایتان ارسال خواهد کرد. اگر DMHC تعیین کند که پرونده واحد شرایط IMR است، تصمیم IMR ظرف 30 روز پس از دریافت تمامی مدارک مورد نیاز اتخاذ خواهد شد.

اگر پرونده شما فوری باشد و واحد شرایط IMR باشید، معمولاً تصمیم IMR ظرف 7 روز پس از دریافت تمامی مدارک مورد نیاز اتخاذ خواهد شد.

اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، می‌توانید مستقیماً برای دادرسی ایالتی درخواست دهید.

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، مهم است که سوابق پزشکی خود را از آن پزشک دریافت نموده و برای ما ارسال کنید. طرح سلامت شما ملزم به دریافت کپی سوابق پزشکی شما از پزشکان شبکه است.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که مورد شما واحد شرایط IMR نیست، DMHC پرونده شما را طبق فرایند شکایات اعضای خود بررسی خواهد کرد. حل و فصل شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی از زمان ارسال فرم تکمیل‌شده درخواست انجام شود. اگر شکایت شما فوری است، زودتر حل و فصل خواهد شد.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی برای خدمات و وسایل تحت پوشش Medi-Cal بدهید. اگر پزشک یا دیگر ارائه‌کنندگان شما خدمات یا وسایلی را درخواست کنند و ما این درخواست را تأیید نکنیم، یا اگر پرداخت هزینه خدمات یا وسایلی که شما قبلاً داشته‌اید متوقف شود و به «تحدیدنظر سطح 1» شما پاسخ منفی بدهیم، حق شماست که درخواست دادرسی ایالتی کنید.

در اکثر موارد، از زمان ارسال اطلاعیه «نامه تصمیم تحدیدنظر» 120 روز فرصت دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست دهید.

توجه: اگر به این خاطر درخواست دادرسی ایالتی می‌کنید که به شما گفته‌ایم خدماتی که دریافت می‌کنید تغییر کرده یا متوقف خواهند شد، اگر بخواهید به دریافت خدمات طی مدتی که به درخواست «دادرسی ایالتی» شما رسیدگی می‌شود ادامه دهید، **روزهای کمتری برای ارسال درخواستتان فرصت خواهید داشت.** برای کسب اطلاعات بیشتر، بخش «آیا مزایای من در طول تحدیدنظر سطح 2 ادامه پیدا خواهند کرد؟» را در صفحه 16 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 ضد شما تصمیم‌گیری کرده، برنامه‌های کمکی مربوطه و شرح کامل دلایلی که برای درخواست رسیدگی دارید، ارائه دهید. سپس می‌توانید با استفاده از یکی از روش‌های زیر درخواستتان را ارسال کنید:

- سازمان امور رفاهی کانتی که نشانی آن در پشت برگه اعلامیه قرار دارد.
- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430



- به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-309-3487 یا شماره تلفن رایگان 1-833-281-0903 ارسال کنید.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا به شماره تلفن 1-800-743-8525 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر می‌خواهید درخواست دادرسی ایالتی را تلفنی مطرح کنید، باید بدانید که این خطوط تلفن بسیار مشغول هستند.

اگر همچنان با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید:

*درخواست بررسی مستقل پزشکی دهید تا یک بازرس خارج از سازمان که به برنامه بیمه 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 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 نهایی خواهد بود.

محبور نخواهید بود هزینه بررسی مستقل پزشکی یا دادرسی ایالتی را بپردازید.

بررسی مستقل پزشکی

اگر مایلید بررسی پزشکی مستقل انجام شود، حتماً باید ظرف 180 روز از تاریخ نامه جاری «اطلاعیه حل‌وفصل تحدیدنظر»، درخواست خود را مطرح کنید. بخش زیر اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی مستقل پزشکی در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «اعتراض» به هر دو مورد «شکایت» و «تحدیدنظر» اشاره دارد.

سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ 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 فرایند شکایت طرح‌تان استفاده کنید. استفاده از این روش رسیدگی به شکایات مانع دسترسی شما به هرگونه حقوق یا راهکار قانونی ممکن که در دسترس شما باشد نمی‌شود. اگر در رابطه با اعتراضی که مربوط به یک مورد اورژانسی است، اعتراضی که به نحوه قانع کننده‌ای توسط طرح درمانی شما حل و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای تقاضای کمک با اداره خدمات درمانی کالیفرنیا تماس بگیرید. ممکن است واحد شرایط «بازبینی پزشکی مستقل» (IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واحد شرایط باشید، فرایند IMR به طریقی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت را رسیدگی می‌کند. این تصمیمات می‌تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا درمان پیشنهادشده، تصمیمات مربوط به پوشش برای درمان‌های دارای ماهیت تجربی یا پژوهشی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اورژانسی یا فوری باشد. این سازمان همچنین یک شماره تلفن رایگان (**1-888-466-2219**) و یک خط تلفن TDD (**1-877-688-9891**)

برای افراد دچار ناتوانی‌های شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اداره به نشانی **www.dmhca.gov** حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است. دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه «اطلاعیه تصمیم تحدیدنظر» برای درخواست دادرسی ایالتی فرصت دارید. با این حال، اگر طرح سلامت شما در طول فرایند درخواست تحدیدنظر طرح سلامت، ارائه خدمات مورد اختلاف (کمک دریافت شده در حین انتظار) به شما را ادامه دهد و بخواهید تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تحدیدنظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. با اینکه برنامه درمانی شما باید «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» را در صورت درخواست دادرسی ایالتی به این روش از سوی شما به شما بدهد، باید به برنامه درمانی اطلاع دهید که می‌خواهید «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» را تا زمانی تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان دریافت کنید. باید با خدمات مشتریان L.A. Care به شماره 1-888-839-9909 در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با شماره TTY 711 تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید «دادرسی ایالتی» درخواست کنید:

* آنلاین در www.cdss.ca.gov

* تلفنی: تماس 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 خط TDD/TTY به شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

* کتبی: فرم «دادرسی ایالتی» را پر کنید یا نامه بنویسید. آن را از طریق پست یا فکس به نشانی زیر بفرستید:

ارسال از طریق پست: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

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

اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی را که به آن صحبت می‌کنید به بخش دادرسی‌های ایالتی بگویید. لازم نیست هزینه‌ای برای خدمات مترجم شفاهی بپردازید. بخش دادرسی‌های ایالتی مترجمی در اختیارتان قرار می‌دهد. اگر دچار ناتوانی هستید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند امکانات ویژه‌ای به صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد تا شرکت در دادرسی برای شما تسهیل شود. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و امکانات موردنیازتان را ضمیمه کنید.

بعد از درخواست دادرسی ایالتی، تصمیم گیری در مورد پرونده شما و دریافت پاسخ می تواند تا 90 روز طول بکشد. اگر تصور می کنید این انتظار می تواند به سلامتی شما آسیب برساند، شاید بتوانید پاسخ را ظرف مدت 3 روز دریافت کنید. از پزشک یا برنامه خدمات بهداشتی و درمانی خود درخواست کنید یک نامه برای شما بنویسند. این نامه بایستی تشریح کند که به چه دلیل انتظار برای حداکثر 90 روز برای تصمیم گیری در مورد پرونده شما ممکن است زندگی یا سلامتی یا توانایی در دستیابی، حفظ یا احیای حداکثر توانایی بدنی را برای شما به مخاطره بیاندازد. در این صورت، حتماً خواستار دادرسی سریع شوید و نامه همراه درخواست دادرسی را ارائه کنید.

شما می توانید در جلسه دادرسی ایالتی از جانب خود صحبت کنید. یا کسی از اقوام، دوستان، مشاور، پزشک یا وکیل می تواند به جای شما صحبت کند. اگر می خواهید فرد دیگری به نیابت از شما صحبت کند، موظف هستید به بخش دادرسی های ایالتی اطلاع دهید آن شخص محاز است به جای شما صحبت کند. این شخص «نماینده محاز» نامیده می شود.

راهنمایی 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 کتباً به شما ارائه و دلایل آن را توضیح می دهد.

- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی از درخواست برای یکی از وسایل یا خدمات پزشکی یا کل آن جواب **مثبت** دهد، ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آن ها، خدمات یا لوازم را تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر بخش دادرسی ایالتی به بخشی از درخواست تحدیدنظر شما یا کل آن جواب **منفی** بدهد، به این معنی است که آن ها موافق هستند ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) را برای پوشش دهی مراقبت های پزشکی تأیید کنیم. به این کار «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تحدیدنظر شما» گفته می شود.

اگر تصمیم IRO یا دادرسی ایالتی برای بخشی از درخواست شما یا کل آن **منفی** باشد، شما حقوق دیگری درخصوص تحدیدنظر خواهید داشت.

اگر درخواست تحدیدنظر سطح 2 شما به IRO فرستاده شود، فقط در صورتی می توانید درخواست تحدیدنظر دهید که ارزش پولی خدمات یا وسایل مورد درخواست شما از یک مقدار حداقل بیشتر باشد. یک AL یا وکیل محوزدار، رسیدگی به تحدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. **نامه ای که از IRO دریافت می کنید مراحل بعدی حق و حقوق تحدیدنظر شما را به طور کامل توضیح خواهد داد.**

نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می کنید، گزینه تحدیدنظر بعدی را توضیح می دهد.

برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق تحدیدنظر خود پس از تحدیدنظر سطح 2، به **بخش 1** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه‌کنندگان عضو شبکه خود اجازه نمی‌دهیم مبلغی برای خدمات و وسایل تحت پوشش از شما مطالبه کنند. این موضوع حتی زمانی صادق است که به ارائه‌دهنده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌دهنده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می‌کند. شما هیچوقت لازم نیست مازاد هیچ صورت‌حسابی را پرداخت کنید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، سهم بیمه‌شده برای گروه‌هایی از خدمات، اقلام یا داروهاست که مستلزم پرداخت سهم بیمه‌شده است.

اگر صورت‌حسابی دریافت کردید که بیشتر از سهم بیمه‌شده شما برای خدمات و وسایل تحت پوشش است، آن صورت‌حساب را برای ما بفرستید. صورت‌حساب را خودتان پرداخت نکنید. ما با ارائه‌دهنده مستقیماً تماس می‌گیریم و به مسئله رسیدگی می‌کنیم. اگر صورت‌حساب را پرداخت کردید، می‌توانید، در صورت رعایت قوانین دریافت خدمات و وسایل، هزینه خود را از برنامه ما پس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** از این دفترچه *اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید. در آنجا بیان شده است که در چه شرایطی ممکن است لازم باشد از ما بخواهید مبلغ صورت‌حسابی را که از یک ارائه‌دهنده دریافت کرده‌اید به شما برگردانیم یا آن را پرداخت کنیم. همچنین برای شما شرح می‌دهد که چگونه مدارک خود را برای درخواست پرداخت به ما ارسال کنید.

اگر درخواست بازپرداخت کنید، در واقع درخواست تصمیم پوششی کرده‌اید. ما بررسی می‌کنیم آیا خدمات یا وسایلی که شما هزینه آن‌ها را پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی می‌کنیم آیا شما از تمام قوانین مربوط به استفاده از خدمات تحت پوشش پیروی کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا وسایلی که هزینه آن را پرداخته‌اید تحت پوشش باشد و شما همه قوانین را رعایت کرده باشید، ما مبلغ هزینه خدمات یا وسایل را معمولاً ظرف 30 تا 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 تصمیم پوششی 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 شما با نظر ما مخالف باشید، **می‌توانید درخواست تحدیدنظر بکنید**. روند تحدیدنظر را طبق توصیف مندرج در **بخش F3** دنبال نمایید. زمانی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر درخواست تحدیدنظر برای بازپرداخت هزینه به ما بدهید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان به شما پاسخگو باشیم.

اگر پاسخ ما به درخواست تحدیدنظر شما **منفی** باشد و این خدمات یا وسایل معمولاً تحت پوشش **Medicare** باشد، پرونده شما را به IRO ارسال خواهیم کرد. در این صورت، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.

- 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 تحدیدنظر شما در هر مرحله‌ای پس از تحدیدنظر سطح 2 **مثبت** باشد، ما باید مبلغ درخواستی را طی 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی ارسال کنیم.
- اگر IRO به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **منفی** دهد، بدین معناست که آنها موافقاند ما درخواست شما را نباید تأیید کنیم. به این کار «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تحدیدنظر شما» گفته می‌شود. نامه‌ای دریافت خواهید کرد که سایر حقوق احتمالی شما درخصوص تحدیدنظر را توضیح می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درمورد دیگر سطوح درخواست تحدیدنظر، به **بخش 4** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تحدیدنظر شما **منفی** باشد و Medi-Cal معمولاً خدمات یا وسایل مورد نظر را پوشش دهد، شما می‌توانید خودتان درخواست تحدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش 4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به‌عنوان عضو برنامه درمانی ما شامل پوشش بسیاری از داروها می‌شود. بیشتر این موارد داروهای Medicare بخش D هستند. جند 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 تحدیدنظر داروهای Medicare بخش D مربوط می‌شود.** ما در ادامه این بخش به حای گفتن «داروی Medicare بخش D»، به طور مختصر «دارو» می‌گوییم.

برای تحت پوشش قرار گرفتن، دارو باید برای یک دلیل پزشکی پذیرفته‌شده مصرف شود. یعنی سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) یا برخی مراجع پزشکی مصرف دارو را تأیید کرده‌اند. برای اطلاعات بیشتر درمورد یک نشانه پذیرفته‌شده پزشکی، به **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش‌دهی و تحدیدنظرهای 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 استثنایی قائل شویم، ازحمله درخواست از ما برای اینکه:
 - یک داروی Medicare بخش D را که در فهرست دارویی ما نیست پوشش دهیم، یا
 - محدودیت‌های مربوط به پوشش دارویی (مانند محدودیت تعداد داروهای قابل دریافت) را لغو کنیم
- 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 اطلاع دهد که نمی‌تواند نسخه شما را طبق دستور آماده کند، داروخانه یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد که در آن نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم پوششی توضیح داده می‌شود.

تصمیم پوشش‌دهی اولیه درباره داروهای Medicare بخش D، «تعیین پوشش‌دهی» نام دارد.

- می‌خواهید برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید درخواست کنید. (این به مفهوم درخواست اتخاذ تصمیم پوششی برای هزینه داروها است.)
- اگر با تصمیم ما درباره میزان پوشش موافق نیستید، می‌توانید درخواست تحدیدنظر دهید. این بخش به شما می‌گوید چگونه برای درخواست تصمیم پوششی اقدام کنید و چگونه درخواست تحدیدنظر نمایید. از جدول زیر برای راهنمایی استفاده کنید.

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟

ما به شما گفته‌ایم دارو را به روشی که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. می‌توانید درخواست تحدیدنظر کنید. (این بدان معنی است که از ما می‌خواهید دوباره بررسی کنیم.) به بخش G5 مراجعه کنید.	می‌خواهید از ما درخواست کنید هزینه دارویی که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم. می‌توانید از طرح درمانی خود بخواهید به شما بازپرداخت کند. (این یک نوع تصمیم درباره پوشش است.) به بخش G4 مراجعه کنید.	می‌خواهید ما دارویی را در فهرست دارویی پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین و محدودیت‌های موجود برای دریافت داروی موردنیاز (مانند دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده‌اید. شما می‌توانید از ما درخواست تصمیم پوششی کنید. به بخش G4 مراجعه کنید.	به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی داروی ما نیست یا اینکه می‌خواهید ما قانون یا محدودیتی را درباره پوشش دارویمان لغو کنیم. می‌توانید از ما درخواست کنید استثنای قائل شویم. (این یک نوع تصمیم درباره پوشش است.) با بخش G2 شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.
--	---	--	--

G2. استثنائات Medicare بخش D

اگر دارویی را به روشی که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما بخواهید یک «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثنا را رد کنیم، می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تحدیدنظر کنید.

وقتی درخواست استثنا می‌کنید، پزشک یا دیگر ارائه‌کنندگان شما باید توضیح دهند چه دلایل پزشکی برای این استثنا وجود دارد.

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 سایر ارائه‌کنندگان می‌توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش دادن دارویی که در فهرست دارویی ما نیست

- اگر موافقت کنیم که استثنایی قائل شویم و دارویی که در فهرست دارویی ما نیست را پوشش دهیم، شما سهم بیمه‌شده مربوط به داروهای ردیف 4 را پرداخت خواهید کرد.
- شما نمی‌توانید استثنایی برای مبلغ پرداخت مشترک موردنیاز برای دارو دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های بیشتر برای داروهای خاصی در فهرست دارویی ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های بیشتر در پوشش داروها شامل موارد زیر می‌گردد:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
 - دریافت تأییدیه قبلی از ما پیش از اینکه موافقت کنیم دارو را برای شما پوشش دهیم. (گاهی به این عمل «آحازه قبلی» [prior authorization, PA] گفته می‌شود).
 - نیاز به این وجود داشته باشد که دارویی متفاوت را امتحان کنید و در مرحله بعد با پوشش دادن داروی موردنظر شما موافقت کنیم. (گاهی به این عمل «درمان گام به گام» گفته می‌شود).
 - سقف مقدار، برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید محدود است.

G3. نکات مهم درباره درخواست استثنا

پزشک یا دیگر ارائه کنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند.

پزشک یا دیگر ارائه دهندگان شما باید برای ما با ذکر دلایل پزشکی بنویسند که چرا درخواست استثنا می کنند. برای تصمیم گیری سریع تر، این اطلاعات پزشکی از پزشک یا تحویزکننده دیگر خود را هنگام درخواست استثنا ضمیمه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. اینها داروهای «جایگزین» نامیده می شوند. اگر یک داروی جایگزین به اندازه دارویی که درخواست می کنید مؤثر باشد و عوارض جانبی یا سایر مشکلات سلامتی ایجاد نکند، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید نمی کنیم. اگر از ما درخواست استثنای ردیفی کنید، معمولاً درخواست شما را تأیید نمی کنیم مگر اینکه تمام داروهای جایگزین در ردیف (های) با هزینه کمتر برای شما مؤثر نباشند یا احتمال واکنش منفی یا آسیب دیگری را به همراه داشته باشند.

ما می توانیم به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی بدهیم.

- اگر پاسخ ما به درخواست استثنا شما **مثبت** باشد، این استثنا معمولاً تا پایان آن سال جاری معتبر خواهد بود. این در صورتی است که پزشک کماکان دارو را برای شما تحویز کند و این دارو برای بیماری شما مؤثر و بی خطر باشد.
- اگر به درخواست استثنای شما جواب **منفی** بدهیم، می توانید درخواست تحدیدنظر کنید. اگر جواب **منفی** گرفتید، برای کسب اطلاعات درباره درخواست تحدیدنظر به **بخش G5** مراجعه کنید.

قسمت بعدی درباره جگونگی درخواست تعیین پوشش و درخواست استثناست.

G4. درخواست برای اتخاذ تصمیم پوششی، شامل یک استثنا

- نوع تصمیم پوششی مورد نظر خود را از طریق تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، مکاتبه، یا فکس از ما درخواست کنید. خود شما، نماینده یا پزشکتان (یا تحویزکننده دیگر) می توانید این کار را انجام دهید. لطفاً نام، اطلاعات تماس و جزئیات مربوط به ادعا را وارد کنید.
- خود شما، پزشک (یا دیگر تحویزکنندگان) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی شما عمل می کند، می تواند درخواست اتخاذ تصمیم پوششی دهد. همچنین می توانید وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از نحوه تعیین شخصی به عنوان نماینده خود، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- نیازی نیست به پزشک خود یا دیگر تحویزکنندگان اجازه کتبی بدهید تا بتوانند به نمایندگی از شما از ما درخواست تصمیم پوششی کنند.
- اگر می خواهید از ما درخواست بازپرداخت برای یک دارو کنید، **فصل 7** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* را مطالعه کنید.
- اگر برای استثنا درخواست می کنید، یک «اظهارنامه پشتیبان» به ما ارائه کنید. اظهارنامه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک شما یا تحویزکننده دیگر برای درخواست استثنا است.

- پزشک شما یا تحویزکننده دیگر می‌تواند این اظهارنامه پشتیبان را به آدرس ما پست یا برای ما فکس کند. آن‌ها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب می‌کند، از ما درخواست «تصمیم پوششی سریع» کنید.

ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کنیم از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم پوششی 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 دارید از ما برای بازپرداخت هزینه دارویی درخواست می‌کنید که قبلاً خریداری کرده‌اید، نمی‌توانید از تصمیم پوششی سریع بهره‌مند شوید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما به‌طور جدی آسیب می‌بیند.
- اگر پزشک یا تحویزکننده دیگر به ما بگوید که وضعیت سلامت شما اتخاذ تصمیم پوششی سریع را ایجاب می‌کند، درخواست شما را طبق مهلت تصمیم پوششی سریع بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای با این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر بدون حمایت از پزشک معالج خود درخواست تصمیم پوششی سریع کنید، ما درباره تعیین پوشش سریع برای شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تصمیم بگیریم وضعیت پزشکی شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی‌کند، از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - ما نامه‌ای به شما ارسال می‌کنیم که به شما می‌گوید از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید چگونه می‌توانید برای تصمیم ما درخواست تحدیدنظر بدهید.
 - شما می‌توانید یک شکایت سریع ثبت کرده و پاسخ را در مدت 24 ساعت دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

مهلت‌های تصمیم پوششی سریع

- اگر ما از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت از دریافت درخواست شما پاسخی بدهیم. اگر درخواست استثنا دهید، پاسخ ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهارنامه پشتیبان از پزشکتان به شما داده می‌شود. 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 فرایند تحدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تحدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه 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 چگونه می‌توانید درخواست تحدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم پوششی استاندارد برای دارویی که دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های معمول استفاده کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از وصول درخواست به شما پاسخ بدهیم. اگر درخواست استثنا دهید، پاسخ ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهارنامه پشتیبان از پزشکتان به شما داده می‌شود. 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 فرایند تحدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **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 چگونه درخواست تحدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم پوششی استاندارد برای دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید تا 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان، نتیجه را به شما اعلام کنیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط یک IRO به سطح 2 فرایند تحدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای با ذکر دلایل برای شما ارسال می‌کنیم. این نامه همچنین به شما می‌گوید چگونه درخواست تحدیدنظر بدهید.

G5. درخواست تحدیدنظر سطح 1

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

- درخواست تحدیدنظر **استاندارد** یا **سریع** خود را از طریق تماس با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، یا از طریق مکاتبه، یا فکس ثبت نمایید. خود شما، نماینده یا پزشکتان (یا تحویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را انجام دهید. نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تحدیدنظران را درج کنید.
- شما باید **ظرف 65 روز تقویمی** از تاریخ نامه‌ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم، درخواست تحدیدنظر 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. دلیل بروز تأخیر در ارائه اعتراض را در نامه اعتراض قید کنید.
- درخواست یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به تحدیدنظر، از حقوق قانونی شما است. شما یا پزشک معالجتان نیز می‌توانید برای حمایت از درخواست تحدیدنظران، اطلاعات بیشتر ارسال نمایید.

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست «تحدیدنظر سریع» کنید.

یک درخواست تحدیدنظر سریع همچنین به نام «**تعیین مجدد تعدیلی**» شناخته می‌شود.

- اگر روی تصمیمی درخواست تحدیدنظر کنید که در مورد دارویی که دریافت نکردید اتخاذ نمودیم، شما و پزشک یا تحویزکننده دیگر شما تصمیم می‌گیرید که آیا نیاز به تحدیدنظر سریع دارید یا خیر.
- شروط و الزامات درخواست تحدیدنظر سریع مشابه با همان نیازمندی‌های تصمیم پوششی سریع است. جهت کسب اطلاعات بیشتر به **بخش G4** مراجعه کنید.
- ما تحدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.
- ما درخواست تحدیدنظر شما را بررسی کرده و مجدداً تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما را با دقت مرور 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 ارائه‌کنندگان تماس بگیریم.

مهلت‌ها برای تحدیدنظر سریع در سطح 1

- اگر ما از مواعدهای سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف **72 ساعت** از دریافت درخواست شما پاسخی بدهیم.
 - اگر وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر باشد، نتیجه را سریع‌تر به شما اعلام می‌کنیم.
 - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 2 ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی‌کننده و فرایند تحدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی از درخواست شما یا کل آن پاسخ **مثبت** دهیم، باید پوشش‌دهی را که با ارائه آن موافقت کرده‌ایم در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست تحدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما جواب **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تحدیدنظر کنید.

مهلت‌ها برای تحدیدنظر استاندارد در سطح 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف **7 روز تقویمی** از دریافت درخواست تحدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما بدهیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده‌اید و وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، ما تصمیم خود را سریع‌تر به شما اعلام می‌کنیم. اگر معتقد هستیم سلامت شما در خطر است، درخواست «تحدیدنظر سریع» کنید.
 - اگر نتوانیم در 7 روز تقویمی تصمیم‌گیری کنیم، باید درخواست شما را به تحدیدنظر سطح 2 بفرستیم. سپس یک IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی‌کننده و فرایند تحدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم:
 - ما باید مطابق با توافق، و به سرعت و مطابق با نیاز وضعیت سلامتی شما **پوشش را فراهم کنیم، اما حداکثر تا 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر شما.
 - ما باید **پرداختی** را برای دارویی که خریداری کرده‌اید، **حداکثر تا 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظرتان به شما ارسال کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم:
 - ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تحدیدنظر کنید.

- ما باید پاسخ خود را درباره پرداخت هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید، **حداکثر تا 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظرتان به شما بدهیم.
- اگر نتوانیم در 14 روز تقویمی تصمیم‌گیری کنیم، باید درخواست شما را به تحدیدنظر سطح 2 بفرستیم. سپس یک IRO آن را بازبینی می‌کند. برای اطلاعات در مورد سازمان بررسی‌کننده و فرایند تحدیدنظر سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تحدیدنظر کنید.

G6. درخواست تحدیدنظر سطح 2

اگر به درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تحدیدنظر دیگری بدهید. اگر تصمیم به درخواست تحدیدنظر دیگری دارید، از فرایند تحدیدنظر سطح 2 استفاده می‌کنید. IRO تصمیم ما را زمانی که به درخواست تحدیدنظر اول شما پاسخ **منفی** دادیم، بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی برای «سازمان بررسی مستقل» (IRO) «**نهاده بررسی مستقل**» است که گاهی به آن «**IRE**» نیز گفته می‌شود.

- برای درخواست تحدیدنظر سطح 2، شما، نماینده، یا پزشکتان یا تحویزکننده دیگر باید **کتاباً** با IRO تماس بگیرید و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشید.
- اگر به درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که شامل **دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تحدیدنظر سطح 2** نزد IRO است. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند چه کسی می‌تواند درخواست تحدیدنظر سطح 2 انجام دهد، چه مهلت‌هایی را باید رعایت کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- وقتی شما درخواست تحدیدنظر به IRO می‌دهید، ما اطلاعاتی که درباره درخواست تحدیدنظر شما داریم را به سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «مدارک پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک کپی رایگان از مدارک پرونده خود داشته باشید.** اگر به کمک برای درخواست یک نسخه رایگان از مدارک پرونده خود نیاز دارید، با شماره تلفن (شماره مناسب درج شود) تماس بگیرید.
- شما حق دارید اطلاعات تکمیلی را برای حمایت از تحدیدنظر خود به IRO بدهید.
- IRO درخواست تحدیدنظر 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.

مهلت‌ها برای تحدیدنظر سریع در سطح 1

اگر سلامت شما در خطر است، درخواست «تحدیدنظر سریع» کنید.

- اگر آن‌ها با درخواست تحدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر آن‌ها به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهند، ما باید **ظرف 24 ساعت** از دریافت تصمیم IRO، پوشش دارویی تأییدشده را ارائه کنیم.

مهلت‌ها برای تحدیدنظر استاندارد در سطح 2

اگر درخواست تحدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، IRO باید به شما پاسخ دهد:

- **حداکثر تا 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
 - **حداکثر تا 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تحدیدنظر شما برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده‌اید.
- اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهد:
- ما باید ظرف **72 ساعت** از دریافت تصمیم IRO، پوشش دارویی تأییدشده را ارائه کنیم.
 - ما باید هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید را حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم IRO به شما بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به تحدیدنظرتان پاسخ **منفی** بدهد، این بدان معنی است که با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست شما موافق است. به این کار «تأیید تصمیم» یا «رد درخواست تحدیدنظر شما» گفته می‌شود.

اگر IRO به درخواست تحدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، چنانچه ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تحدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید درخواست تحدیدنظر دیگری بدهید. در این صورت، تصمیم تحدیدنظر سطح 2 قطعی است. IRO نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند و طی آن حداقل ارزش دلاری مورد نیاز برای ادامه درخواست تحدیدنظر سطح 3 به شما اطلاع‌رسانی خواهد شد.

اگر ارزش دلاری درخواست شما با الزام تعیین‌شده مطابقت داشته باشد، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تحدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه سطح دیگر در فرایند تحدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تحدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تحدیدنظر را داشته باشید، شما:
 - تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تحدیدنظر سطح 3 بدهید یا خیر.
 - برای جزئیات نحوه ارائه درخواست تحدیدنظر سطح 3، به نامه‌ای که IRO پس از درخواست تحدیدنظر سطح 2 شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک ALJ، یا وکیل محوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3، 4 و 5، به **بخش 1** مراجعه کنید.

H. درخواست پوشش دادن زمان بستری بیشتر 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 آسیب‌دیدگی شما لازم است، بهره‌مند شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

در زمان بستری شما در بیمارستان، پزشک و دیگر کارکنان بیمارستان شما را برای روزی آماده می‌کنند که قرار است از بیمارستان مرخص شوید. آن‌ها همچنین هرگونه خدمات درمانی موردنیاز 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 از شما خواسته شده است که خیلی زود از بیمارستان مرخص شوید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست تمدید زمان بستری در بیمارستان کنید. این قسمت جگونگی چنین درخواستی را شرح می‌دهد.

با وجود تحدیدنظرهای مطرح‌شده در این **بخش H**، شما همچنین می‌توانید شکایت خود را به DMHC تسلیم کرده و درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست بررسی مستقل پزشکی نزد DMHC، به **بخش F4** مراجعه کنید. علاوه بر تحدیدنظر مرحله 3 یا به‌حای آن، می‌توانید بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید.

H1. آگاهی از حق و حقوق Medicare خود

طی دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، فردی در بیمارستان، مانند پرستار یا مددکار اجتماعی، اعلامیه‌ای کتبی تحت عنوان «پیامی مهم از Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. هر کسی که تحت پوشش Medicare باشد، هر بار که در بیمارستان بستری می‌شود، یک نسخه از این اطلاعیه دریافت می‌کند.

اگر چنین نامه‌ای را دریافت نکردید، می‌توانید آن را از هریک از کارکنان بیمارستان بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، از طریق شماره‌های درج شده در پایین صفحه، با خدمات اعضا تماس بگیرید. شما همچنین می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **این اطلاعیه را به دقت بخوانید و اگر هر قسمتی را متوجه نمی‌شوید سؤال کنید.** این اطلاعیه حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان است، از جمله حقوق شما برای:

- دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. این حق شماست که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می‌پردازد، و چگونه می‌توان به این خدمات دسترسی یافت.
- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که درباره مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.
- آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی درمورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود را به کجا گزارش کنید.
- اگر فکر می‌کنید قرار است خیلی زود از بیمارستان ترخیص شوید درخواست تحدیدنظر کنید.
- **با امضای اطلاعیه** تأیید کنید که آن را دریافت کرده‌اید و مطالب مربوط به حقوق خود را متوجه شده‌اید.
- شما یا فردی که به نمایندگی از شما عمل می‌کند می‌توانید اطلاعیه را امضا کنید.
- امضای اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنا **نیست** که شما با تاریخ ترخیص که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما گفته باشند، موافقت کرده‌اید.
- **نسخه امضا شده** از این اطلاعیه را برای خود نگه دارید تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.
- اگر بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید اطلاعیه را امضا کنید، قبل از ترخیص، نسخه دیگری از آن دریافت خواهید کرد.
- می‌توانید از قبل به یک نسخه از اعلامیه نگاهی بیاندازید در صورتی که:
- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- با Medicare به شماره 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وبسایت www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im مراجعه کنید.

H2. درخواست تحدیدنظر سطح 1

برای درخواست پوشش خدمات بستری بیمارستانی شما برای مدت زمان طولانی‌تر، درخواست تحدیدنظر بدهید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) تحدیدنظر سطح 1 را بازبینی می‌کند تا مشخص کند آیا تاریخ احتمالی ترخیص شما از لحاظ پزشکی مناسب است یا خیر.

سازمان QIO متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته‌های پزشکی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند. این کارشناسان کیفیت خدمات برای افرادی که تحت پوشش Medicare هستند را بررسی کرده و به بهبود آن کمک می‌کنند. آن‌ها جزئی از طرح ما نیستند.

سازمان QIO در کالیفرنیا Commence Health است. با آن‌ها با شماره 1-877-588-1123 تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه «پیامی مهم از Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** موجود است.

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

- **اگر قبل از ترک بیمارستان تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده خود، در حالی که منتظر تصمیم سازمان QIO درباره درخواست تحدیدنظر خود هستید، در بیمارستان بمانید بدون اینکه هزینه‌ای پرداخت کنید.
 - **اگر برای درخواست تحدیدنظر تماس نگیرید و** تصمیم بگیرید 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.
 - 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 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، لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید.
- در صورت نیاز به کمک درخواست کنید.** اگر در هر زمانی سؤالی دارید یا به کمک نیاز دارید:
- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
 - با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- درخواست «بازبینی سریع» کنید.** سریع اقدام کنید و با سازمان QIO تماس بگیرید تا برای بررسی سریع ترخیص خود از بیمارستان درخواست بدهید.

اصطلاح حقوقی برای «بازبینی سریع» همان «بازبینی فوری» یا «بازبینی تعدیلی» است.

در طول بازبینی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- بررسی‌کنندگان در سازمان QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن اظهارنامه نیستید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما به آن‌ها ارائه داده‌اند را نیز بازنگری می‌کنند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی‌کنندگان نتایج بررسی خود را به طرح ما اطلاع دهند، نامه‌ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص پیش‌بینی شده شما را اعلام خواهد 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



این نامه همچنین دلایلی را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم آن تاریخ ترخیص برای شما از نظر پزشکی مناسب است.

در اصطلاح حقوقی، به این توضیحات کتبی «**اطلاعیه مشروح ترخیص**» می‌گویند. می‌توانید از طریق تماس با خدمات اعضا با شماره‌های پایین صفحه یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یک نمونه دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) شما همچنین می‌توانید برای مشاهده یک نمونه اطلاعیه به صورت آنلاین به آدرس www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im مراجعه کنید.

تا یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، سازمان QIO پاسخ خود را به درخواست تحدیدنظر شما خواهد داد.

اگر QIO پاسخ **مثبت** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:

- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را تا زمانی که این خدمات از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم داد.

اگر QIO پاسخ **منفی** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:

- آن‌ها معتقدند تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- ما پوشش دادن خدمات بستری در بیمارستان شما را از ظهر آن روز پس از آنکه QIO تصمیم خود را اعلام کند متوقف خواهیم کرد.
- شما ممکن است مجبور شوید هزینه کامل مراقبت‌های بیمارستانی دریافت‌شده از ظهر روزی که سازمان QIO به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ می‌دهد، پرداخت کنید.
- اگر سازمان QIO درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما را رد کند و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تحدیدنظر سطح 2 بدهید.

H3. درخواست تحدیدنظر سطح 2

برای درخواست تحدیدنظر سطح 2، از سازمان QIO می‌خواهید تصمیمی را که در مورد درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما گرفته‌اند، مجدداً بررسی کنند. 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 تحدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داد، برای این بررسی درخواست بدهید. **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست بازنگری کنید که بعد از تاریخ پایان پوشش در بیمارستان مانده باشید.

بررسی‌کنندگان سازمان QIO اقدام به موارد زیر خواهند کرد:

- به همه اطلاعات مربوط به تحدیدنظر شما با دقت توجه می‌کنند.
- تصمیم خود را درباره درخواست تحدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بازبینی مجدد به شما اعلام می‌کنند.

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. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



اگر QIO پاسخ **مثبت** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:

- ما ملزم خواهیم بود سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را از ظهر روز بعد از تاریخی که سازمان QIO درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما را رد کرده است، به شما بازپرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش را تا زمانی که این خدمات از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم داد.

اگر QIO پاسخ **منفی** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:

- آن‌ها با تصمیم خود در مورد درخواست تحدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی‌دهند.
- آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند که توضیح می‌دهد اگر می‌خواهید روند درخواست‌های تحدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تحدیدنظر 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** مراجعه کنید.
- یک ALJ، یا وکیل محوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات درباره سطوح 3، 4 و 5 تحدیدنظر به **بخش J** مراجعه کنید.

1. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی

این بخش فقط درباره سه نوع خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبت سلامت در منزل
- مراقبت‌های پرستاری تخصصی در مراکز پرستاری تخصصی، و
- مراقبت‌های توان‌بخشی در مرکز جامع توان‌بخشی بیماران سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) Medicare معمولاً به این معنی است که برای بیماری یا تصادف درمان می‌شوید یا درحال بهبود از یک عمل جراحی بزرگ هستید.

برای هریک از این 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 هریک 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 ما پوشش مراقبت‌های شما را زودتر از موقع تمام می‌کنیم، **می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید**. این قسمت چگونه درخواست تحدیدنظر را به شما شرح می‌دهد.



11. اطلاع قبلی پیش از پایان پوشش شما

ما یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از قطع پرداخت هزینه مراقبت‌های شما آن را دریافت خواهید کرد. این «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. در این اطلاعیه، تاریخ اتمام پوشش شما و جگونگی اعتراض به این تصمیم بیان می‌شود.

شما یا شخصی به نمایندگی شما باید اطلاعیه را امضا کنید تا دریافت آن قابل اثبات باشد. امضای اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافقت می‌کنید.

12. درخواست تحدیدنظر سطح 1

اگر معتقدید ما پوشش مراقبت‌های شما را زودتر از موقع تمام می‌کنیم، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. این بخش در مورد فرایند درخواست تحدیدنظر سطح 1 و کارهایی که باید انجام دهید به شما می‌گوید.

- **مهلت‌ها را فراموش نکنید.** مهلت مقرر مهم است. مطمئن شوید که مهلت‌های زمانی مربوط به امور خود را متوجه شده‌اید و به آن‌ها عمل کنید. برنامه ما نیز باید به مهلت‌های زمانی پایبند باشد. اگر معتقدید ما مهلت‌های مقرر را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره شکایات، به **بخش K** مراجعه کنید.

- **اگر به کمک نیاز دارید، از ما کمک بخواهید.** اگر در هر زمانی سؤالی دارید یا به کمک نیاز دارید:

- با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.
- از طریق شماره 1-800-434-0222 یا HICAP تماس بگیرید.

• با QIO تماس بگیرید.

- برای اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آن‌ها، **بخش H2** را بررسی نمایید یا به **فصل 2** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

- از آن‌ها بخواهید درخواست تحدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند آیا نیاز است تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.

- **بلافاصله اقدام کنید و درخواست «تحدیدنظر سریع» بدهید.** از سازمان QIO بپرسید آیا قطع پوشش خدمات پزشکی شما از نظر پزشکی مناسب است یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- برای شروع درخواست تحدیدنظرتان، باید تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم الاجرا شدن در «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کردیم، با QIO تماس بگیرید.

- اگر «سازمان بهبود کیفیت» به درخواست شما درباره تداوم پوشش خدمات درمانی رسیدگی نکند، یا اگر تشخیص دهید وضعیتتان اضطراری است، یا اگر مشکل جسمی شما جدی یا شامل تهدید جانی فوری یا خطرناک باشد، می‌توانید شکایت

یا درخواست «بازبینی پزشکی مستقل» را تسلیم «سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا» (DMHC) کنید. برای آشنا شدن با روش طرح شکایت و ارائه درخواست بررسی مستقل پزشکی نزد DMHC، به **بخش F4** مراجعه کنید.

در اصطلاح حقوقی، به این اطلاعیه کتبی «**اطلاعیه عدم پوشش‌دهی Medicare**» می‌گویند. برای دریافت یک نمونه، با خدمات اعضا به شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE یا 1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یک نسخه از آن را می‌توانید در نشانی www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices نیز ببینید.

در طول یک درخواست تحدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- بررسی‌کنندگان در سازمان QIO از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن اظهارنامه نیستید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که طرح ما به آن‌ها ارائه داده‌اند را نیز بازنگری می‌کنند.
- برنامه ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل قطع پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما اطلاعیه را تا پایان روزی که بررسی‌کنندگان درخواست تحدیدنظر شما را به ما اطلاع می‌دهند، دریافت خواهید کرد.

در اصطلاح حقوقی، به این اطلاعیه حاوی توضیحات «**توضیح تفصیلی عدم پوشش**» می‌گویند.

- بررسی‌کنندگان تصمیم خود را در عرض یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات موردنیاز به شما می‌گویند.
- اگر QIO پاسخ **مثبت** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که این خدمات از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO پاسخ **منفی** به درخواست تحدیدنظر شما بدهد:
- پوشش شما در تاریخی که به شما اطلاع دادیم، پایان می‌یابد.
- ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های این مراقبت را در تاریخ مندرج در اطلاعیه قطع می‌کنیم.
- اگر تصمیم بگیرید که پس از تاریخ پایان پوشش خود، خدمات مراقبت سلامت در منزل، مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی، یا خدمات CORF را ادامه دهید، باید هزینه کامل آن را خودتان 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصميم پوششی، تحديد نظر، شکایات)

- شما تصميم می‌گیرید که آیا می‌خواهید این خدمات را ادامه دهید و درخواست تحديد نظر سطح 2 بدهید.

13. درخواست تحديد نظر سطح 2

برای درخواست تحديد نظر سطح 2، از سازمان QIO می‌خواهید تصميمی را که در مورد درخواست تحديد نظر سطح 1 شما گرفته‌اند، مجدداً بررسی کنند. از طریق شماره تلفن QIO با آنها تماس بگیرید.

شما باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به درخواست تحديد نظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داد، برای این بررسی درخواست بدهید. **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان خدمات درمانی، خدمات را دریافت کنید. بررسی‌کنندگان سازمان QIO اقدام به موارد زیر خواهند کرد:

- به همه اطلاعات مربوط به تحديد نظر شما با دقت توجه می‌کنند.
- تصميم خود را درباره درخواست تحديد نظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بازبینی مجدد به شما اعلام می‌کنند.
- اگر QIO پاسخ **مثبت** به درخواست تحديد نظر شما بدهد:
- ما سهم خود از هزینه‌های خدمات مراقبتی شما را از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- ما کماکان تا زمانی که لازم است در بیمارستان بستری باشید، شما را پوشش خواهیم داد.
- اگر QIO پاسخ **منفی** به درخواست تحديد نظر شما بدهد:
- آن‌ها با تصميم 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 تحديد نظر را ادامه دهید و درخواست تحديد نظر 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 اطلاع از نحوه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، به **بخش F4** مراجعه نمایید. علاوه بر/به‌حای تحديد نظر سطح 3، می‌توانید شکایت یا درخواست «بررسی مستقل پزشکی» را به DMHC ارائه کنید.
- یک ALJ، یا وکیل محوزدار، رسیدگی به درخواست‌های تحديد نظر سطح 3 را انجام می‌دهد. برای اطلاعات در مورد سطوح 3، 4 و 5 تحديد نظر به **بخش J** مراجعه کنید.



ج. درخواست تحدیدنظر بعد از سطح 2

ج1. گام‌های بعد برای خدمات و وسایل Medicare

اگر پاسخ سطوح 1 و 2 تحدیدنظر برای خدمات یا وسایل Medicare هر دو منفی باشد، ممکن است حق درخواست مراحل بیشتری از تحدیدنظر را داشته باشید.

اگر ارزش دلاری خدمت یا اقلام Medicare که شما به آن اعتراض کرده‌اید به یک مبلغ حداقلی خاص نرسد، شما نمی‌توانید درخواست تحدیدنظر بیشتری داشته باشید. اگر ارزش دلاری کافی باشد، می‌توانید فرایند تحدیدنظر را ادامه دهید. در نامه‌ای که از سازمان IRO برای درخواست تحدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، توضیح داده می‌شود که با چه کسی تماس بگیرید و چه کارهایی باید انجام دهید تا درخواست تحدیدنظر سطح 3 را مطرح کنید.

تحدیدنظر سطح 3

فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3، یک دادرسی قاضی قوانین اداری (ALJ) است. شخصی که تصمیم‌گیری می‌کند، یک ALJ یا یک وکیل محوزدار است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل محوزدار به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، ما حق داریم برای تصمیم‌گیری سطح 3 که برای شما مطلوب است درخواست تحدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم **به این تصمیم اعتراض** کنیم، یک نسخه از درخواست تحدیدنظر سطح 4 را به انضمام هرگونه اسناد همراه برای شما ارسال می‌کنیم. ممکن است قبل از صدور تصمیم درخواست تحدیدنظر سطح 4، از اعطا یا ارائه خدمت مورد اختلاف خودداری کنیم.

- اگر تصمیم گرفتیم که **به این تصمیم اعتراض** نکنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل محوزدار، این خدمات را برای شما محاز کنیم یا به شما ارائه دهیم.

- اگر ALJ یا وکیل محوزدار به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تحدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.

- اگر این تصمیم را **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند تحدیدنظر بروید. اطلاعاتی که دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید برای درخواست تحدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تحدیدنظر سطح 4

شورای تحدیدنظر Medicare درخواست تحدیدنظر شما را بررسی کرده و پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تحدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **مثبت** بدهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تحدیدنظر سطح 3 را که به نفع شماست رد کند، ما حق داریم نسبت به سطح 5 درخواست تحدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم که در تصمیم **تحدیدنظر کنیم**، به شما کتباً اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که در تصمیم **تحدیدنظر نکنیم**، باید خدمت را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورای تحدیدنظر، برای شما محاز کرده یا آن را به شما ارائه دهیم.
- اگر شما پاسخی **منفی** بدهد یا درخواست بررسی ما را رد کند، ممکن است روند تحدیدنظر به پایان نرسد.
- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم را که مبنی بر رد درخواست تحدیدنظر شما است **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اطلاعاتی که دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید آیا می‌توانید به درخواست تحدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

تحدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تحدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا **منفی** بودن جواب، تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تحدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال منطقه‌ای وجود ندارد.

J2. سایر تحدیدنظرهای Medi-Cal

- همچنین اگر درخواست تحدیدنظر شما مربوط به خدمات یا وسایلی باشد که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal قرار دارند، شما حقوق تحدیدنظر دیگری دارید. در نامه‌ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت خواهید کرد به شما خواهند گفت که اگر تمایل به ادامه روند تحدیدنظر دارید، چه کاری باید انجام دهید.
- اگر همچنان با این تصمیم موافق نیستید، می‌توانید:
- *درخواست بررسی مستقل پزشکی دهید تا یک بازرس خارج از سازمان که به برنامه بیمه 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 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 نهایی خواهد بود.
- مجبور نخواهید بود هزینه بررسی مستقل پزشکی یا دادرسی ایالتی را بپردازید.

بررسی مستقل پزشکی

اگر مایلید بررسی پزشکی مستقل انجام شود، حتماً باید ظرف 180 روز از تاریخ نامه جاری «اطلاعیه حل و فصل تحدیدنظر»، درخواست خود را مطرح کنید. بخش زیر اطلاعاتی درباره نحوه درخواست بررسی مستقل پزشکی در اختیار شما قرار می‌دهد. توجه داشته باشید که اصطلاح «اعتراض» به هر دو مورد «شکایت» و «تحدیدنظر» اشاره دارد.

سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا مسئول نظارت بر طرح‌های خدمات مراقبت سلامت است. در صورت داشتن اعتراض علیه طرح سلامت خود، باید بیش از تماس با سازمان، ابتدا از طریق شماره **1-888-839-9909** با طرح سلامت خود تماس بگیرید و از فرایند شکایت طرح‌تان استفاده کنید. استفاده از این روش رسیدگی به شکایات مانع دسترسی شما به هرگونه حقوق یا راهکار قانونی ممکن که در دسترس شما باشد نمی‌شود. اگر در رابطه با اعتراضی که مربوط به یک مورد اورژانسی است، اعتراضی که به نحوه قانع کننده‌ای توسط طرح درمانی شما حل و فصل نشده، یا اعتراضی که برای مدت بیش از 30 روز همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای تقاضای کمک با اداره خدمات درمانی کالیفرنیا تماس بگیرید. ممکن است واحد شرایط «بازبینی پزشکی مستقل» (IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واحد شرایط باشید، فرایند IMR به طریقی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت را رسیدگی می‌کند. این تصمیمات می‌تواند در رابطه با لزوم دریافت خدمات یا درمان پیشنهادشده، تصمیمات مربوط به پوشش برای درمان‌های دارای ماهیت تجربی یا پژوهشی و اختلافات در میزان هزینه خدمات پزشکی اورژانسی یا فوری باشد. این سازمان همچنین یک شماره تلفن رایگان (**1-877-688-9891**) و یک خط تلفن TDD (**1-877-688-9891**) برای افراد دچار ناتوانی‌های شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اداره به نشانی **www.dmh.ca.gov** حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است. دادرسی ایالتی

شما 120 روز از تاریخ این نامه «اطلاعیه تصمیم تحدیدنظر» برای درخواست دادرسی ایالتی فرصت دارید. با این حال، اگر طرح سلامت شما در طول فرایند درخواست تحدیدنظر طرح سلامت، ارائه خدمات مورد اختلاف (کمک دریافت شده در حین انتظار) به شما را ادامه دهد و بخواهید تا زمان تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان خدمات ادامه یابند، باید ظرف 10 روز از تاریخ این اطلاعیه نتیجه تحدیدنظر، یک دادرسی ایالتی درخواست کنید. باینکه برنامه درمانی شما باید «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» را در صورت درخواست دادرسی ایالتی به این روش از سوی شما به شما بدهد، باید به برنامه درمانی اطلاع دهید که می‌خواهید «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» را تا زمانی تصمیم‌گیری درباره دادرسی ایالتی‌تان دریافت کنید. باید با خدمات مشتریان L.A. Care به شماره 1-888-839-9909 در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. اگر مشکلات شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با شماره 711 TTY تماس بگیرید.

به روش‌های زیر می‌توانید «دادرسی ایالتی» درخواست کنید:

* آنلاین در www.cdss.ca.gov

* تلفنی: تماس 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 خط TTY/TDD به شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرید.

* کتبی: فرم «دادرسی ایالتی» را پر کنید یا نامه بنویسید. آن را از طریق پست یا فکس به نشانی زیر 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



ارسال از طریق پست: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

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

یک فرم دادرسی ایالتی به پیوست این نامه ارسال شده است. لطفاً حتماً نام، نشانی، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا شماره شناسایی مشتری (Client Identification Number, CIN) و دلیل درخواست دادرسی ایالتی را ذکر کنید. اگر شخص دیگری در ارائه درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک می کند، نام، نشانی و شماره تلفن وی را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، زبانی که تکلم می کنید را به بخش دادرسی های ایالتی بگویید. لازم نیست هزینه ای برای خدمات مترجم شفاهی بپردازید. بخش دادرسی های ایالتی مترجمی در اختیارتان قرار می دهد. اگر دچار ناتوانی هستید، بخش دادرسی های ایالتی می تواند امکانات ویژه ای به صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد تا شرکت در دادرسی برای شما تسهیل شود. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت خود و امکانات موردنیازتان را ضمیمه کنید.

بعد از درخواست دادرسی ایالتی، تصمیم گیری در مورد پرونده شما و دریافت پاسخ می تواند تا 90 روز طول بکشد. اگر تصور می کنید این انتظار می تواند 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. در این نامه باید به تفصیل توضیح داده شود بطور زمان انتظار 90 روزه برای تعیین تکلیف پرونده تان ممکن است به طور جدی زندگی و سلامت شما، یا توانایی تان در حفظ یا بازپس گیری حداکثر عملکردتان در انجام کارها را به خطر بیندازد. سپس حتماً درخواست «دادرسی فوری» دهید و نامه را به همراه درخواست جلسه دادرسی ارائه کنید.

شما می توانید در جلسه دادرسی ایالتی از جانب خود صحبت کنید. یا کسی از اقوام، دوستان، مشاور، پزشک یا وکیل می تواند به جای شما صحبت کند. اگر می خواهید فرد دیگری به نیابت از شما صحبت کند، موظف هستید به بخش دادرسی های ایالتی اطلاع دهید آن شخص مجاز است به جای شما صحبت کند. این شخص «نماینده مجاز» نامیده می شود.

راهنمایی 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 (Legal Aid Society) محلی در کانتی خود به شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید.

3. سطوح درخواست تحدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست های دارویی Medicare بخش D

اگر درخواست تحدیدنظر سطح 1 و سطح 2 را مطرح کرده اید و هر دو درخواست شما رد شده اند، این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که به آن اعتراض کرده‌اید به مبلغ خاصی برسد، ممکن است بتوانید روال تحدیدنظر را در سطوح دیگری ادامه دهید. در پاسخ مکتوبی که برای درخواست تحدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، توضیح داده می‌شود که باید با چه کسی تماس بگیرید و برای درخواست تحدیدنظر سطح 3 چه اقداماتی انجام دهید.

تحدیدنظر سطح 3

فرایند درخواست‌های تحدیدنظر سطح 3، یک دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم‌گیری می‌کند، یک ALJ یا یک وکیل محوزدار است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل محوزدار به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **مثبت** دهند:

- فرآیند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تحدیدنظر سریع) محوز پوشش دارویی تأییدشده را بدهیم یا آن را ارائه کنیم، یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل محوزدار به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تحدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.

- اگر این تصمیم را **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی روند تحدیدنظر بروید. اطلاعاتی که دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید برای درخواست تحدیدنظر سطح 4 چه کاری باید انجام دهید.

تحدیدنظر سطح 4

شورا درخواست تحدیدنظر شما را بررسی کرده و پاسخ می‌دهد. شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تحدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- فرآیند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.
- ما باید ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تحدیدنظر سریع) محوز پوشش دارویی تأییدشده را بدهیم یا آن را ارائه کنیم، یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا پاسخ **منفی** بدهد یا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند تحدیدنظر به پایان نرسد.

- اگر این تصمیم را **بپذیرید** که اعتراض شما رد شده است، روند تحدیدنظر به پایان می‌رسد.

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصمیم پوششی، تحدیدنظر، شکایات)

- اگر بخواهید این تصمیم را که مبنی بر رد درخواست تحدیدنظر شما است **نپذیرید**، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی بروید. اطلاعاتی که دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید آیا می‌توانید به درخواست تحدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

تحدیدنظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه منطقه فدرال درخواست تحدیدنظر شما و همه اطلاعات را بررسی می‌کند و در مورد **مثبت** یا **منفی** بودن جواب، تصمیم می‌گیرد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تحدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال منطقه‌ای وجود ندارد.

K. چگونه می‌توان شکایت کرد

K1. درباره چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد

فرایند رسیدگی به شکایات فقط برای انواع خاصی از مشکلات، مانند مسائل درباره 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
• شما معتقد هستید که شخصی حقوق حریم خصوصی شما را رعایت نکرده است، یا اطلاعات خصوصی مربوط به شما را در اختیار دیگران گذاشته است.	احترام به حریم خصوصی شما
• یکی از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی یا کارکنان به شما بی‌احترامی کرده است. • کارمندان ما با شما بدرفتاری کردند. • احساس می‌کنید شما را از برنامه درمانی ما بیرون می‌رانند.	بی‌احترامی، خدمات مشتری ضعیف یا سایر رفتارهای منفی
• به علت موانع فیزیکی نمی‌توانید به تسهیلات و خدمات درمانی پزشکی یا ارائه‌کنندگان دیگر دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه‌کننده خدمات درمانی شما یک مترجم شفاهی برای زبان غیرانگلیسی که به آن صحبت می‌کنید (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) فراهم نمی‌کند. • ارائه‌کننده خدمات شما سایر تسهیلات معقولی را که به آن نیاز دارید و درخواست می‌کنید، فراهم نمی‌کند.	دسترس‌پذیری و کمک‌های زبانی

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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



مثال	شکایت
• برای گرفتن نوبت دچار مشکل هستید و یا باید برای نوبت مدت زمان بسیاری صبر کنید. • پزشک، داروخانه، یا دیگر کارکنان حرفه‌های پزشکی یا خدمات اعضا یا هریک از کارکنان دیگر مدت طولانی شما را در انتظار نگه می‌دارند.	زمان‌های انتظار
• تصور می‌کنید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.	پاکیزگی و نظافت
• تصور می‌کنید که ما فراموش کرده‌ایم اطلاعاتی یا نامه‌ای را که باید برای شما می‌فرستادیم ارسال کنیم. • تصور می‌کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده‌ایم پیچیده و مشکل است.	اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید
• معتقدید که برای تصمیمات پوششی یا در پاسخ‌دهی به درخواست تحدیدنظر، مهلت‌های مقرر را رعایت نمی‌کنیم. • تصور می‌کنید که پس از دریافت پاسخ مطلوب درباره تصمیم پوششی یا تحدیدنظر، ما مهلت‌های تأیید و تحویل خدمات را رعایت نمی‌کنیم و یا به موقع هزینه‌های شما را بازپرداخت نمی‌کنیم. • تصور می‌کنید ما پرونده شما را به موقع به IRO نفرستادیم.	انجام به موقع امور مربوط به تصمیمات پوششی و تحدیدنظر

شکایات انواع مختلفی دارند. شما می‌توانید یک شکایت درون سازمانی و/یا شکایت برون سازمانی مطرح کنید. شکایت درون سازمانی به برنامه ما داده می‌شود و توسط برنامه بررسی خواهد شد. شکایت برون سازمانی به سازمانی تسلیم و توسط آنها بررسی می‌شود که ارتباطی با برنامه ما ندارند. اگر برای تسلیم شکایت درون سازمانی و/یا برون سازمانی نیاز به کمک داشتید، می‌توانید

در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل، با شماره 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید شکایت خود را برای Medicare ارسال کنید.

فرم شکایت Medicare را می‌توانید از اینجا دریافت نمایید:
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

در اصطلاح حقوقی، از «**شکواییه**» در اشاره به «شکایت» استفاده می‌شود.
 اصطلاح قانونی برای «اقامه شکایت»، «**اقامه شکواییه**» است.

K2. شکایتهای درون سازمانی

برای طرح یک شکایت درون سازمانی، با خدمات اعضا به شماره تلفن 1-833-522-3767 (TTY: 711) تماس بگیرید. در هر ساعت از شبانه روز و هر روز هفته، از جمله تعطیلات، می توانید با این شماره تماس بگیرید. می توانید در هر زمان که بخواهید شکایت کنید، به جز درمورد 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 می توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز به صورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- شکایتهای و درخواستهای تحدیدنظر را می توانید به شیوه های زیر ارسال کنید:

تلفن: 1-833-522-3767 (TTY 711)، 24 ساعت شبانه روز، 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. 7th Street

Los Angeles, CA 90081

آنلاین: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- در صورتی که عضو مایل باشد شخصی از طرف وی اقدام کند (به عنوان مثال، یکی از بستگان یا وکیل)، باید فرم انتصاب نماینده (Appointment of Representative, AOR) تکمیل شود

<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>

و از طریق نمابر یا نشانی پستی بالا به L.A. Care فرستاده شود. پزشک معالج عضو هنگامی که درخواست تحدیدنظر را از طرف عضو می دهد نیاز به تکمیل فرم AOR نخواهد داشت.

- مهلت های زمانی برای تسلیم شکایات و درخواست های تحدیدنظر

تحدیدنظرها**بخش C (بررسی مجدد)**

- عضو از تاریخ دریافت تصمیم رد 60 روز برای دادن درخواست تحدیدنظر فرصت دارد. درخواست های تحدیدنظر بعد از 60 روز با دلیل موجه پذیرفته می شوند.
- مهلت زمانی تسریع یافته: 72 ساعت
- زمان بندی استاندارد: پیش از خدمات 30 روز/پس از خدمات 60 روز

بخش D (تعیین های مجدد)

- عضو از تاریخ دریافت تصمیم رد 60 روز برای دادن درخواست تحدیدنظر فرصت دارد. درخواست های تحدیدنظر بعد از 60 روز با دلیل موجه پذیرفته می شوند.

- مهلت زمانی تسریع یافته: 72 ساعت
- زمان بندی استاندارد: 7 روز

شکایات:**بخش D**

- عضو می تواند در هر زمان شکایت نماید یا نارضایتی خود را اعلام کند.

تمام شکایات دیگر

- عضو می تواند در هر زمان شکایت نماید یا نارضایتی خود را اعلام کند.
- زمان بندی شکایت تعدیلی: 24 ساعت
- زمان بندی استاندارد: 7 روز
- امکان دارد بتوان پرونده را برای 14 روز اضافی تمدید کرد.
- اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، «شکوائیه تعدیلی» است.

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، «شکوائیه تعدیلی» است.

در صورت امکان، پاسخ شما را فوراً خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامت شما طوری است که نیاز به پاسخ سریع داشته باشد، می توانیم به شما پاسخ سریع بدهیم.

- ما ظرف 30 روز تقویمی به بیشتر شکایات ها پاسخ می دهیم. اگر بخاطر نیاز به اطلاعات بیشتر نتوانیم ظرف 30 روز تقویمی تصمیم گیری کنیم، موضوع را کتباً به شما اعلام می کنیم. ما همچنین گزارش پیشرفت و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اعلام می کنیم.
 - اگر شکایت شما به این دلیل است که ما درخواست شما را برای «تعیین سریع میزان پوشش» یا «اعتراض سریع» رد کرده ایم، ما به طور خودکار برای شما «شکایت سریع» در نظر می گیریم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می دهیم.
 - اگر بدین دلیل شکایت می کنید که ما وقت زیادی برای اتخاذ تصمیم پوشش یا رسیدگی به تحدیدنظر صرف کرده ایم، به طور خودکار یک «شکایت سریع» به شما می دهیم و پاسخ شکایتان را ظرف 24 ساعت ارائه می کنیم.
- اگر ما با بخشی از شکایت شما یا کل آن مخالف باشیم، این مسئله را همراه با دلایل خود به شما اطلاع خواهیم داد. در پاسخ شما اعلام می کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

K3. شکایات های برون سازمانی**Medicare**

شما می توانید شکایت خود را به Medicare اطلاع دهید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare را می توانید از اینجا دریافت نمایید: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. قبل از ثبت شکایت در Medicare، نیازی به ثبت شکایت با L.A. Care Medicare Plus ندارید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصمیم پوششی، تحدیدنظر، شکایات)

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 یا 1-800-633-4227 (نیز تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. تماس با این شماره رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره 1-888-452-8609، 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 بعدازظهر تماس بگیرید.

شما می‌توانید شکایت خود را با سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) در میان بگذارید. DMHC مسئول نظارت بر برنامه‌های بیمه درمانی می‌باشد. اگر درباره خدمات Medi-Cal شکایتی دارید، می‌توانید با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید. برای مسائل غیر فوری، اگر با تصمیم درخواست تحدیدنظر سطح 1 خود مخالف باشید یا اگر برنامه پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده باشد، می‌توانید شکایت خود را با DMHC در میان بگذارید. با این حال، اگر در مورد شکایتی که مربوط به یک مسئله فوری است یا مسئله‌ای که تهدید فوری و جدی برای سلامت شما ایجاد می‌کند به کمک نیاز داشته باشید، اگر دچار درد شدید باشید، اگر با تصمیم برنامه بیمه ما در مورد شکایتتان مخالف باشید، یا اگر برنامه بیمه ما پس از 30 روز تقویمی به شکایت شما رسیدگی نکرده باشد، می‌توانید بدون ثبت درخواست تحدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

دو راه برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی وجود دارد:

- تماس با شماره 1-888-466-2219. افراد ناشنوا، کم‌شنوا، یا دچار مشکل گفتاری می‌توانند با خط رایگان TTY به شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند. تماس با این شماره رایگان است.
- مراجعه به وبسایت «سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ» (www.dmhc.ca.gov).

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر تصور می‌کنید عادلانه با شما رفتار نشده است، می‌توانید نزد دفتر حقوق مدنی (Office of Civil Rights, OCR) اداره بهداشت و خدمات انسانی (Health and Human Services, HHS) شکایت کنید. به عنوان مثال می‌توانید درباره دسترسی‌های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. برای تماس با OCR، شماره 1-800-368-1019 را بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.



فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید بکنید؟ (تصمیم پوششی، تحدیدنظر، شکایات)

برای ارتباط با دفتر محلی OCR:

نامه بنویسید: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
تماس بگیرید: 1-800-368-1019
TDD: 1-800-537-7697
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 بازرس کل تماس بگیرید. شماره تلفن آن 1-888-452-8609 است.

QIO

اگر شکایت شما درباره کیفیت خدمات درمانی است، دو گزینه دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت به‌طور مستقیم نزد سازمان QIO مطرح کنید.

- شما می‌توانید شکایت خود را هم به سازمان QIO و هم به برنامه ما ارائه دهید. اگر به QIO شکایت کنید، با آن‌ها برای حل و فصل شکایت شما همکاری می‌کنیم.

QIO گروهی از پزشکان و دیگر کارکنان رشته‌های پزشکی هستند که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند و توسط Medicare استخدام شده‌اند تا کیفیت خدمات ارائه‌شده به مردم تحت پوشش Medicare را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به **بخش H2** یا به **فصل 2** از این دفترچه اطلاعاتی *اعضا* مراجعه کنید.

در کالیفرنیا، سازمان QIO به نام Commence Health شناخته می‌شود. شماره تلفن Commence Health، 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) است.



فصل 10: پایان دادن به عضویت در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد چگونه می‌توانید پس از ترک طرح ما، به عضویتتان در طرح ما و گزینه‌های پوشش درمانی خود پایان دهید. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واحد شرایط باشید همچنان عضو برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب الفبایی در فصل آخر دفترچه اطلاعاتی اعضا آمده است.

فهرست مطالب

A.	چه هنگام می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید	270
B.	چگونه به عضویت در طرح ما خاتمه بدهید	271
C.	چگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه	271
C1.	خدمات Medicare شما	272
C2.	خدمات Medi-Cal شما	275
D.	اقدام و خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویتتان در طرح ما پایان می‌یابد	276
E.	مواقع دیگری وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد	276
F.	قوانین مخالف با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامت	277
G.	حق شما برای شکایت اگر به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم	277
H.	چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان دادن به عضویت خود در طرح به دست آورید	277

A. چه هنگام می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال عضویت خود را پایان دهند. از آنجا که شما Medi-Cal دارید،

- در هر ماه از سال می‌توانید به عضویتتان در طرح ما پایان دهید.
- علاوه بر این، هر سال می‌توانید به عضویتتان در طرح ما در دوره‌های زیر پایان دهید:
 - **دوره ثبت‌نام باز** که از تاریخ 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر طرح جدیدی را در این مدت انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه شروع می‌شود.
 - **دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage (MA)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد و نیز برای ذی‌نفعان جدید Medicare که در طرحی ثبت‌نام کرده‌اند، از ماهی که حق استفاده از بخش A و بخش B را دارند، تا روز آخر ماه سوم که حق استفاده دارند. اگر برنامه درمانی جدیدی را در طول این دوره انتخاب کنید، عضویت شما در برنامه درمانی جدید در اولین روز ماه بعد شروع می‌شود.
- ممکن است مواقع دیگری هم وجود داشته باشد که واحد شرایط ایجاد تغییر در عضویت خود باشید. برای مثال، وقتی:
 - از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید،
 - واحد 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 بیمه ما در آخرین روز ماهی که از ما درخواست تغییر بیمه درمانی خود را کرده‌اید 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 بیمه جدید شما از اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود. (در این مثال، 1 فوریه).
- اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، می‌توانید اطلاعات زیر را دریافت کنید:
 - گزینه‌های Medicare در **بخش C1**.
 - گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در **بخش C2**.
- می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه دادن به عضویت خود کسب کنید، کافی است:
 - از طریق شماره‌های پایین صفحه، با خدمات تماس بگیرید. شماره مربوط به کاربران TTY نیز ذکر شده است.
 - با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272، دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- با بازرس کل Medi-Cal Managed Care به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس بگیرید؛ یا به MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بفرستید.
- توجه: اگر عضو برنامه مدیریت دارو (drug management program, DMP) باشید، ممکن است نتوانید تغییری در برنامه‌ها ایجاد کنید. برای کسب اطلاعات در مورد برنامه‌های مدیریت دارویی، به **بخش 5** از همین دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

B. چگونه به عضویت 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 Medicare حداکانه‌ای را انتخاب نکرده‌اید، باید از طرح ما درخواست لغو عضویت کنید. دو روش برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:
- می‌توانید درخواست خود را به صورت کتبی برای ما ارسال کنید. اگر برای انجام این کار به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تماس در پایین این صفحه ذکر شده است.
 - با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد که مشکل شنوایی یا تکلم دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگام تماس با 1-800-MEDICARE، همچنین می‌توانید در یک طرح سلامت یا داروی Medicare دیگر ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دستیابی به خدمات Medicare پس از ترک بیمه درمانی ما در جدول صفحه 242 موجود است.
 - روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره تلفن 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
 - 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. جگونگی دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور حداکانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در رابطه با دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

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. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر**، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare در هر ماه از سال سه گزینه دارید که در زیر آمده است. شما در بعضی مواقع خاص سال، شامل **دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage** یا موقعیت‌های دیگر ذکرشده در **بخش A**، یک گزینه دیگر دارید که در زیر ذکر شده است. با انتخاب هریک از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد.

آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE یا 1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سؤال درباره برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE) با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. یا در یک طرح جدید Medi-Medi ثبت‌نام کنید. هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به‌طور خودکار از برنامه Medicare ما لغو عضویت خواهید شد. طرح Medi-Cal شما تغییر خواهد کرد تا با طرح Medi-Medi شما تطبیق داده شود.	1. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی از طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های درمانی Medi-Medi همه مزایا و خدمات هر دو برنامه، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا یک طرح از برنامه مراقبت جامع ویژه سالمندان (All-inclusive Care for the Elderly, PACE) را در صورت واحد شرایط بودن شما هماهنگ می‌کنند. توجه: اصطلاح طرح Medi-Medi نامی برای برنامه نیازهای ویژه واحد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) در کالیفرنیا است.
---	---

آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (TTY: 1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. یا در طرح دارویی جدید Medicare ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می شود به طور خودکار از برنامه درمانی ما لغو عضویت خواهید شد. شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.	2. می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare با یک برنامه دارویی محزای Medicare، و یک برنامه Medi-Cal.
--	--

آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY (1-800-633-4227) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. هنگامی که پوشش Original Medicare شما شروع می‌شود، به‌طور خودکار از برنامه درمانی ما لغو عضویت خواهید شد. شما در طرح Medi-Cal خود باقی خواهید ماند مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.	3. شما می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: Original Medicare بدون برنامه دارویی مدزایی از Medicare توجه: اگر عضویت خود را به Original Medicare تغییر بدهید نیازی به ثبت‌نام در یکی از طرح‌های دارویی Medicare نیست؛ Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر آن که شما به Medicare بگویید که نمی‌خواهید. فقط در صورتی باید از شمول برنامه پوشش دارویی خارج شوید که کارفرما، اتحادیه یا مرجع دیگری برای شما پوشش دارویی فراهم کرده باشد. اگر سؤالاتی در مورد نیاز به پوشش دارویی دارید، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً از وبسایت www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.
--	---

آنچه باید انجام دهید: با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE یا 1-800-633-4227 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سؤال درباره برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالمندان (PACE) با شماره (7223) PACE-921-855-1 تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: - 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. یا در طرح Medicare جدید ثبت نام کنید. هنگامی که پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به‌طور خودکار از برنامه Medicare ما لغو عضویت خواهید شد. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.	4. می‌توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: هر طرح سلامت Medicare در طول زمان‌های خاص سال، از جمله دوره ثبت نام باز و دوره ثبت نام باز Medicare Advantage یا وضعیت‌های دیگر که در بخش A توضیح داده شده است.
---	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سؤالات درباره نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از خارج شدن از طرح ما، با Health Care Options به شماره تلفن 1-844-580-7272، دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

یا به وب سایت www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en مراجعه کنید. بررسی کنید که عضویت در یک برنامه درمانی دیگر یا برگشت به Original Medicare به‌طور بر پوشش Medi-Cal شما اثر می‌گذارد.

می‌توانید با تماس با دفتر بهداشت و خدمات انسانی کانتی خود برای خروج از 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 Health Care Options تماس بگیرید.



D. اقسام و خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویتتان 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 گردد. در طول این مدت و تا زمانی که طرح جدید شما شروع شود، داروها و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید.

- برای دریافت مراقبت پزشکی از شبکه ارائه‌دهندگان ما استفاده کنید.
- برای پیچیدن نسخه‌های خود از داروخانه‌های شبکه ما از جمله خدمات داروخانه پستی استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در L.A. Care Medicare Plus پایان می‌یابد در بیمارستان بستری باشید، طرح ما هزینه بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش خواهد داد. حتی اگر پوشش درمانی جدید شما پیش از مرخص شدن شما شروع شود، این کار انجام خواهد شد.

E. مواقع دیگری وقتی عضویت شما در طرح ما خاتمه می‌یابد

اینها مواردی هستند که ما محبور به پایان دادن عضویت شما در طرح خود هستیم:

- اگر در پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B شما وقفه‌ای ایجاد شود.
- اگر دیگر واحداً شرایط دریافت خدمات Medi-Cal نباشید. بیمه ما برای اشخاصی است که هم‌زمان واحداً شرایط Medicare و Medi-Cal باشند. توجه: اگر دیگر برای Medi-Cal واحد شرایط نباشید، می‌توانید موقتاً با مزایای Medicare در طرح ما ادامه دهید. برای اطلاع از مدت تمدید موقت، لطفاً اطلاعات زیر را ببینید. اداره خدمات مراقبت 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 واحد شرایط این طرح نیستید، نسبت به لغو عضویت اقدام کنند.
- اگر از محدوده خدمات‌رسانی ما نقل مکان کنید.
- اگر بیش از شش ماه از محدوده خدمات‌رسانی ما دور باشید.
 - اگر نقل مکان یا مسافرت طولانی‌مدت دارید، با خدمات تماس بگیرید و بپرسید که محلی که به آن نقل مکان یا سفر می‌کنید جزء محدوده خدمات‌رسانی ما هست یا خیر.
- اگر برای تخلف کیفری به زندان بيفتيد يا حبس شويد.
- اگر درباره دیگر بیمه کنندگان داروهای خود دروغ بگویید یا اطلاعات لازم را اعلام نکنید.



- شهروند آمریکا نبوده یا به‌طور قانونی مقیم آمریکا نباشید.
 - برای عضویت در طرح ما باید شهروند آمریکا بوده یا به‌طور قانونی مقیم آمریکا باشید.
 - اگر بر این مبنا صلاحیت عضویت را نداشته باشید مراکز ارائه‌کننده خدمات Medicare و Medicaid (CMS) به ما اطلاع خواهند داد.
 - اگر این شرایط را برآورده نکنید، ما باید به عضویت شما خاتمه دهیم.
- اگر شما در دوره احراز شرایط مستمر سه‌ماهه برنامه درمانی ما هستید، ما به ارائه همه مزایای Medicare تحت پوشش برنامه درمانی Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. البته در این مدت، در صورتی که شما احراز شرایط Medicaid خود را از دست بدهید، ما به پوشش مزایای Medicaid که در قالب طرح ایالتی Medicaid هستند ادامه نخواهیم داد و حق بیمه یا سهم هزینه‌ای که به عهده ایالت است را پرداخت نخواهیم کرد. هزینه خدمات برای شما ممکن است تغییر کند. در موارد زیر فقط با کسب اجازه از Medicare و Medi-Cal می‌توانیم شما را مجبور به خروج از طرحمان کنیم:
- در زمان عضو شدن در طرح عمداً اطلاعات غلط ارائه کنید و این اطلاعات واحد شرایط بودن شما را تحت تأثیر قرار دهد.
 - اگر به‌طور مستمر رفتار اخلاص‌گرانه 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 بهره بردن از خدمات درمانی استفاده کند. (اگر ما به این دلیل عضویت شما را پایان دهیم، Medicare می‌تواند از بازرس کل بخواهد پرونده شما را بررسی کند.)

F. قوانین مخالف با درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامت

ما نمی‌توانیم به خاطر دلیلی مربوط به سلامت شما از شما بخواهیم که از برنامه ما خارج شوید. 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 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

G. حق شما برای شکایت اگر به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم

اگر ما به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم، موظفیم دلایل خود را به صورت کتبی برای شما توضیح دهیم. همچنین باید برای شما توضیح دهیم که چگونه می‌توانید علیه این تصمیم یک نارضایتی اقامه کرده یا شکایت تنظیم کنید. همچنین می‌توانید برای اطلاعات در مورد نحوه اقامه شکایت، به **فصل 9** از این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

H. چگونه اطلاعات بیشتری در مورد پایان دادن به عضویت خود در

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. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



طرح به دست آورید

اگر در رابطه با پایان دادن به عضویت خود سؤالاتی 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: اطلاعاتهای حقوقی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتهای حقوقی مربوط به عضویت در طرح ماست. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبایی در فصل آخر *دفتربه اطلاعاتی اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعات درباره قوانین.....	280
B. اطلاعات فدرال درباره عدم تبعیض.....	280
C. اطلاعات درباره عدم تبعیض برای Medi-Cal.....	280
D. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده ثانویه و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده.....	282
E. اعلامیه درباره وصول ماترک Medi-Cal.....	282



A. اطلاعاتی درباره قوانین

قوانین بسیاری بر این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* حاکم هستند. این قوانین می‌توانند حقوق و مسئولیت‌های شما را تحت تأثیر قرار دهند، حتی اگر در این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* گنجانده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال‌پذیر هستند قوانین فدرال و ایالتی درباره برنامه‌های Medicare و Medi-Cal می‌باشند. ممکن است قوانین فدرال و دولتی دیگری نیز اعمال‌پذیر باشند.

B. اطلاعاتی فدرال درباره عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی، علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم و رفتار متفاوتی با شما نخواهیم داشت. همه سازمان‌هایی که طرح‌های Medicare Advantage ارائه می‌دهند، از جمله طرح ما، باید از قوانین فدرال مربوط به عدم تبعیض پیروی کنند. این قوانین شامل ماده شش قانون حقوق مدنی مصوب سال 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون تبعیض سنی 1975، قانون معلولین آمریکایی، ماده 1557 قانون مراقبت مقرون به صرفه، همه قوانینی که مربوط به سازمان‌های دریافت‌کننده بودجه فدرال می‌شوند، و همچنین هر قانون یا مقررات دیگری است که به هر دلیل دیگر لازم‌الاجرا باشند.

اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری دریافت کنید یا نگرانی‌هایی درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی، به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره تلفن 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr برای اطلاعات بیشتر مراجعه کنید.

C. اطلاعاتی درباره عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما به دلیل نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، دین، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدرک مربوط به قابلیت بیمه شدن یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی، علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم و رفتار متفاوتی با شما نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به طور غیرقانونی بر اساس تبار، هویت قومیتی، هویت جنسی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، تبعیض قائل نمی‌شویم، افراد را طرد نمی‌کنیم و با آنها متفاوت رفتار نمی‌کنیم.

اگر می‌خواهید اطلاعات بیشتری دریافت کنید یا نگرانی‌هایی درباره تبعیض یا رفتار ناعادلانه دارید:

- با اداره خدمات مراقبت درمانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران سرویس TTY با 711 تماس بگیرند (سرویس رله ارتباط راه دور) اگر فکر می‌کنید مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در رابطه با تبعیض ارائه کنید، 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. تماس با این شماره رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



- **تلفنی:** به صورت 24 ساعته و 7 روز هفته، از جمله تعطیلات، از طریق شماره **1-833-522-3767** با مسئول ارشد قانون‌مداری L.A. Care Health Plan تماس بگیرید. یا اگر ناشنوا یا کم‌شنوا هستید، با شماره **TTY 711** تماس بگیرید.
- **به صورت کتبی:** فرم شکایت را تکمیل کنید یا نامه‌ای بنویسید و آن را به نشانی 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/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form مراجعه کنید یا ایمیلی به civilrightscoordinator@lacare.org ارسال نمایید.
- اگر شکایت شما مربوط به تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید همچنین شکایت خود را با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت درمانی از طریق تلفن، به صورت کتبی یا به صورت الکترونیکی ثبت کنید:
- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر مشکل تکلم یا شنوایی دارید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله ارتباط راه دور) 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 وبسایت www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx موجود است.
- به صورت الکترونیکی: ایمیلی به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.
- اگر دچار معلولیت هستید و برای استفاده از خدمات درمانی یا خدمات ارائه‌دهندگان به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، مانند مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، واحد «خدمات اعضا» می‌تواند به شما کمک کند.

D. اعلامیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده ثانویه و Medi-Cal به‌عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که به شما ارائه می‌دهیم بپردازد. به طور مثال، اگر با ماشین تصادف کنید یا سر کار صدمه ببینید، بیمه یا شرکت حبران خسارت کارکنان باید اول پرداخت کنند.

ما این حق و مسئولیت را داریم که در شرایطی که Medicare پرداخت‌کننده اولیه نباشد هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را مطالبه کنیم.

برنامه Medi-Cal از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی ارائه‌شده به اعضا پیروی می‌کند. ما تمامی اقدامات لازم را در حد معقول و منطقی انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم Medi-Cal آخرین گزینه برای پرداخت است.

زمانی که همان خدمت تحت پوشش بیمه شما در دسترس است، اعضای Medi-Cal باید ابتدا از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (other health coverage, OHC) استفاده کنند، زیرا Medi-Cal در این شرایط فقط به‌عنوان آخرین گزینه پرداخت عمل می‌کند. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده ثانوی نسبت به OHC عمل می‌کند و هزینه‌های مجاز که توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های درمانی پرداخت نشده است را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

E. اعلامیه درباره وصول ماترک Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید مزایای Medi-Cal را که پس از 55 سالگی برخی اعضای متوفی پرداخت شده است، از ورثه مشمول انحصار وراثت این اعضا پس بگیرد. فرایند بازپرداخت شامل حق بیمه هزینه در برابر خدمات و حق بیمه مراقبت‌های هماهنگ /مبالغ سرانه برای خدمات مرکز پرستاری، خدمات مبتنی بر خانه و جامعه، و خدمات مربوط به بیمارستان و داروهای نسخه‌دار است که وقتی عضو در مرکز پرستاری بوده یا در حال دریافت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه بوده است، دریافت شده‌اند. بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی‌های مورد بررسی عضو فراتر رود.

برای اطلاع بیشتر، به وبسایت وصول ماترک سازمان خدمات مراقبت درمانی به نشانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

فصل 12: تعاریف واژگان مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در سراسر این دفترچه اطلاعاتی اعضا همراه با تعاریف آنهاست. عبارات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده است. اگر نمی‌توانید اصطلاح مدنظرتان را پیدا کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از یک تعریف نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.



فعالیت‌های زندگی روزانه (Activities of Daily Living, ADL): کارهایی که اشخاص به‌طور روزمره انجام می‌دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام رفتن یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی حقوق اداری (An Administrative Law Judge, ALJ) قاضی‌ای است که به پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی رسیدگی کرده و درباره آنها حکم صادر می‌کند. قاضی‌ای که به تحدیدنظر سطح 3 رسیدگی می‌کند.

برنامه کمک دارویی سندرم نقص ایمنی اکتسابی (AIDS Drug Assistance Program, ADAP): برنامه‌ای برای کمک به اطمینان یافتن از اینکه افراد واحد شرایط مبتلا به 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 نداشته و انتظار نمی‌رود به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تحدیدنظر (استیناف): روشی برای اعتراض به اقدام ما در صورتی که معتقد باشید ما اشتباه کرده‌ایم. شما می‌توانید با اقامه استیناف برای تغییر یک تصمیم پوششی درخواست کنید. **فصل 9** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* درخواست‌های تحدیدنظر، ازحمله نحوه درخواست تحدیدنظر را توضیح می‌دهد.

بهداشت رفتاری: به سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره دارد. به زبان ساده: مربوط می‌شود به اینکه چگونه فکر می‌کنیم، احساس می‌کنیم و با دیگران تعامل داریم. یک عبارت فراگیر که به خدمات بهداشت روانی و اختلال مصرف مواد اشاره می‌کند.

محصول بیولوژیک: یک داروی تحویزی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیک پیچیده‌تر از داروهای دیگر هستند و کپی کردن دقیق آن‌ها ممکن نیست؛ به همین دلیل، محصولات جایگزین آن‌ها را بیوسیمیلار (شبه بیولوژیک) می‌نامند. (همچنین نگاه کنید به «محصول بیولوژیک اصل» و «بیوسیمیلار».)

بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیک که بسیار مشابه یک محصول بیولوژیک اصل است، اما دقیقاً یکسان نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیک اصل، بی‌خطر و مؤثر هستند. برخی بیوسیمیلارها ممکن است در داروخانه و بدون نیاز به نسخه جدید به‌حای محصول بیولوژیک ارائه شوند. (نگاه کنید به «بیوسیمیلارهای قابل جایگزینی».)

داروی برند: یک داروی تحویزی که توسط شرکتی که دارو را در آغاز کار تولید کرده است، تهیه و فروخته می‌شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر تولید شده و به فروش می‌رسند و به‌طور معمول تا پایان مدت اعتبار حق ثبت اختراع داروی برند در دسترس نیستند.

مدیر مراقبتی: یک شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه‌دهندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل کند مراقبت موردنیازتان را دریافت می‌کنید.

طرح مراقبت: به «طرح مراقبت شخصی‌شده» مراجعه کنید.

تیم امور مراقبتی: به «تیم مراقبت میان دوره‌ای» مراجعه نمایید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): نهاد فدرال مسئول Medicare. فصل 2 این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* توضیح می‌دهد که چگونه با CMS 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



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، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به اعضای واحد شرايطی که از معیارهای صلاحیتی برخوردارند ارائه می‌دهد.

شکایت: اظهارنامه‌ای کتبی یا شفاهی که بیان می‌کند شما مشکلی یا نگرانی‌ای درباره خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش خود دارید. این شامل مواردی مانند کیفیت درمان، شبکه ارائه‌کنندگان یا شبکه داروخانه‌ها است. عنوان رسمی «شکایت کردن»، «تسلیم ناراضیتی» است.

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 مراکز خدمات گوناگونی ارائه می‌دهند، مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، فیزیوتراپی تنفسی، کاردرمانی، گفتار درمانی، و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهم بیمه‌شده: یک مبلغ ثابت که به‌عنوان سهم هزینه‌های خود هر بار که داروهای خاصی را دریافت می‌کنید می‌پردازید. مثلاً برای یک دارو ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 پرداخت کنید.

مبلغ تقسیم هزینه: مبلغی که برای دریافت داروهای خاص پرداخت می‌کنید. مبلغ تقسیم هزینه شامل سهم بیمه‌شده می‌شود.

ردیف مبلغ تقسیم هزینه: گروهی از داروها که مبلغ سهم بیمه‌شده برایشان یکسان است. هریک از داروهای فهرست داروهای تحت پوشش (معروف به فهرست داروها) در یکی از 4 ردیف مبلغ تقسیم هزینه قرار دارد. عموماً هرچه ردیف مبلغ تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم بیمار برای دارو بالاتر خواهد بود.

تصمیم پوششی: 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. **فصل 9** این دفتربه اطلاعاتی اعضا توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید برای تصمیم پوششی به ما درخواست دهید.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که از آن برای توصیف همه داروهای نسخه‌دار و داروهای بدون نسخه (Over the Counter, OTC) تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، وسایل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی خود استفاده می‌کنیم.

آموزش صلاحیت فرهنگی: آموزشی تکمیلی ویژه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی است که به آنها در شناخت بهتر پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما و سازگار ساختن خدمات با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما کمک می‌کند.

نرخ تقسیم هزینه روزانه: نرخ‌های زمانی که وقتی پزشک شما برخی از داروها را برای یک دوره مصرف کمتر از یک ماه کامل تحویل می‌کند ممکن است اعمال شود و شما لازم است سهم بیمه‌شده را پرداخت کنید. نرخ تقسیم هزینه روزانه عبارت است از سهم بیمه‌شده تقسیم بر تعداد روزهای تأمین دارو در ماه.

به یک مثال توجه کنید: فرض کنید سهم بیمه‌شده برای تأمین دارو به مدت یک ماه کامل (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معناست که مبلغی که برای آن دارو می‌پردازید کمتر از \$0.05 دلار در روز است. اگر دارو را برای دوره 7 روزه دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز است که کل مبلغ پرداختی کمتر از \$0.35 می‌شود.

اداره خدمات بهداشت و درمان (Department of Health Care Services, DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا 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 اکثر برنامه‌های درمانی می‌باشد. DMHC به افراد در زمینه تحدیدنظرها و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC همچنین محوری بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) می‌باشد.

لغو عضویت: فرآیند پایان دادن به عضویت شما در برنامه ما است. لغو عضویت می‌تواند اختیاری (به انتخاب شما) یا غیر اختیاری (بدون انتخاب شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (Drug Management Program, DMP): برنامه‌ای که کمک می‌کند از مصرف ایمن داروهای مخدر تحویزی و سایر داروهایی که مکرراً موجب سوء مصرف می‌شود اطمینان حاصل شود.

ردیف‌های دارویی: گروه‌های داروهای موجود در *فهرست داروها*. داروهای ژنریک، برند یا بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر یک از داروهای *فهرست داروها* در یکی از 5 ردیف قرار دارد.

برنامه نیازهای ویژه واحد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP): برنامه درمانی است که به افرادی که واحد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medicaid هستند خدمات‌رسانی می‌کند. طرح ما یک D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, DME): برخی اقلامی که پزشکتان برای استفاده شما از آن‌ها در منزل تحویل می‌کند. مثال‌های این اقلام عبارت‌اند از: ویلچرها، انواع جوب زیر بغل، دستگاه‌های تشک برقی، مواد و وسایل دیابت، تخت‌های بیمارستانی به سفارش ارائه‌کننده برای مصارف خانگی، پمپ انفوزیون درون‌وریدی (Intra-venous, IV)، دستگاه تولیدکننده گفتار، تجهیزات اکسیژن و لوازم مربوطه، مه پاش و واکر.

اضطراری/اورژانسی: منظور از وضعیت پزشکی اضطراری زمانی است که شما، یا هر شخص دیگر با دانش متوسط از مسائل درمانی و دارویی، بر این عقیده باشید/باشد که شما علائم پزشکی دارید که برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا عدم کارکرد یا نقص جدی در عملکرد عضوی از بدن (و اگر زن باردار باشید، احتمال سقط جنین)، نیاز به مراقبت درمانی فوری دارید. علائم پزشکی می‌تواند یک بیماری، حراحت، 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 حمله تعطیلات تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** به medicare.lacare.org مراجعه کنید.



مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه برای پوشش دادن دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا برای مصرف دارویی بدون برخی مقررات و محدودیت‌ها.

خدمات خارج از پوشش: خدماتی که تحت این برنامه درمانی پوشش داده نمی‌شوند.

کمک اضافی: نوعی برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های داروهای Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک اضافی «یارانه افراد کم‌درآمد (Low-Income Subsidy)» یا «LIS» نیز نامیده می‌شود.

داروی ژنریک: یک دارو که برای استفاده به جای داروی برند به تصویب سازمان مواد غذایی و دارویی (Food and Drug Administration, FDA) رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. داروی ژنریک معمولاً ارزانتر است ولی به همان اندازه داروی برند کارایی دارد.

نارضایتی: شکایتی که شما از ما یا یکی از ارائه‌کنندگان خدمات یا داروخانه‌های ما می‌کنید. این شامل شکایتی درباره کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط برنامه درمانی‌تان می‌شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و هدفمند در مورد Medicare ارائه می‌کند. در **فصل 2** این دفترچه اطلاعاتی *عضو* توضیح داده شده است که چگونه با HICAP تماس بگیرید.

برنامه درمانی: مجموعه‌ای متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌دهندگان خدمات است. همچنین از وجود هماهنگ‌کنندگان مراقبت برخوردار است که به شما در مدیریت همه خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات کمک می‌کنند. همه آن‌ها برای ارائه خدمات مراقبتی موردنیاز شما با هم همکاری می‌کنند.

ارزیابی خطر سلامت (Health Risk Assessment, HRA): مروری از سوابق پزشکی و شرایط 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 تحویزشده). مددکار بهداشتی خانگی پروانه پرستاری ندارد یا درمانی ارائه نمی‌دهد.

آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ: طرحی برای مراقبت و حمایت در کمک به افرادی که پیش‌بینی شده به بیماری‌های لاعلاج مبتلا هستند برای اینکه زندگی راحتی داشته باشند.

پیش‌آگهی پایانی به این معناست که ابتلای فرد به بیماری لاعلاج به طور پزشکی تأیید شده است، به این معنی که امید به زندگی او کمتر یا برابر شش ماه است.

- عضوی که بیماری لاعلاج دارد از این حق برخوردار است که آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ را انتخاب کند.
- یک تیم مخصوص آموزش‌دیده متشکل از متخصصین و ارائه‌کنندگان خدمات پزشکی برای یک شخص، من‌حمله برای نیازمندی‌های جسمی، احساسی، اجتماعی، و روحانی.
- ما موظفیم فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات آسایشگاه بیماران روبه‌مرگ در منطقه جغرافیایی شما در اختیارتان قرار دهیم.

صدور صورت‌حساب نامناسب/غیرضروری: هر زمان که ارائه‌دهنده (همچون پزشک یا بیمارستان) صورت‌حساب شما را با مبلغی بیش از مبلغ تقسیم هزینه ما برای خدمات صادر کند. اگر صورت‌حسابی دریافت کردید که قابل‌درک نیست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به‌عنوان یک عضو طرح، شما فقط مبالغ تقسیم هزینه طرح ما را زمانی پرداخت می‌کنید که خدمات تحت پوشش ما را دریافت کنید. ما به ارائه‌دهندگان اجازه **نمی‌دهیم** مبلغی بیش از این از شما مطالبه کنند.

خدمات حمایتی در محیط خانه (In-Home Supportive Services, IHSS): برنامه IHSS به پرداخت هزینه ارائه‌دهندگان مراقبتی ثبت‌نام‌شده برای خدماتی که به شما ارائه می‌دهند کمک می‌کند تا بتوانید به طور ایمن در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مثل آسایشگاه‌ها یا مراکز پذیرایی و مراقبت شبانه‌روزی است. برای دریافت خدمات، با انجام ارزیابی مشخص می‌شود کدام نوع خدمات می‌تواند برای هر شرکت‌کننده بر اساس نیازهای او محاز باشد. نوع خدماتی را که می‌توان از طریق IHSS محوز داد عبارت‌اند از: تمیز کردن منزل، آماده کردن وعده غذایی، لباس‌شویی، خرید خواروبار، خدمات مراقبت فردی (نظیر مراقبت از روده و مثانه، حمام، خدمات پیرایش و پیرایش‌شکی)، همراهی تا محل نوبت پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای ناتوانی ذهنی. آژانس‌های خدمات اجتماعی کانتی‌ها برنامه IHSS را اداره 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 مربوط به خدمات Medi-Cal، ازجمله لوازم DME و داروها باشد، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های بهداشتی هماهنگ کالیفرنیا درخواست IMR کنید. IMR به بازنگری پرونده شما توسط پزشکانی که در برنامه درمانی شما شرکت ندارند اطلاق می‌گردد. اگر نتیجه IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا مداوای 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 درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی محسوب نمی‌شود. این سازمان تصمیم می‌گیرد آیا تصمیمی که ما گرفته‌ایم صحیح است یا باید تغییر کند. Medicare بر عملکرد آن نظارت دارد. نام رسمی آن **نهاده بررسی مستقل** است.



طرح مراقبت شخصی شده (Individualized Care Plan, ICP) یا طرح مراقبت: برنامه‌ای که به شما و پزشکان‌تان می‌گوید به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید. ممکن است برنامه شما شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و خدمات پشتیبانی‌های بلندمدت باشد.

بیمار بستری: اصطلاحی است برای زمانی که شما برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی رسماً در بیمارستان پذیرش 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 (Individualized Care Plan, ICT) یا تیم مراقبت: تیم مراقبت ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت موردنیازتان آماده هستند. تیم مراقبت شما همچنین به شما کمک می‌کند برای خودتان طرح مراقبت ایجاد کنید.

D-SNP یکپارچه: یک طرح نیازهای ویژه با صلاحیت دوگانه که خدمات Medicare و بسیاری از خدمات Medicaid یا همه آن‌ها را تحت یک طرح سلامت واحد برای گروه‌های مشخصی از افراد که هم برای Medicare و هم Medicaid واحد شرایط هستند، پوشش می‌دهد. این افراد به‌عنوان افراد واحد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلارهای قابل جایگزینی: یک بیوسیمیلار که بدون نیاز به نسخه جدید ممکن است در داروخانه ارائه شود، چون ملزومات جانبی مرتبط با امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه مشمول قانون ایالت است.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه (OTC) که طرح ما پوشش می‌دهد. ما داروهای موجود در این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. **فهرست دارویی** به شما اطلاع می‌دهد برای گرفتن داروهای خود از چه قوانینی باید پیروی کنید. **فهرست دارویی** گاهی اوقات «مجموعه دارویی» نامیده می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (Long-Term Services and Supports, LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، که به بهبود یک عارضه پزشکی بلندمدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند در خانه خود بمانید تا نیازی نباشد به مرکز پرستاری یا بیمارستان مراجعه کنید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات محلی بزرگسالان (CBAS) که مراقبت بهداشتی روزانه برای افراد بالغ نیز نامیده می‌شوند، مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) و حمایت‌های محلی می‌شود. برنامه‌های معافیت IHSS و 1915(c) عبارت‌اند از Medi-Cal LTSS ارائه‌شده در خارج از طرح ما.

یارانه افراد کم‌درآمد (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، داروهای نسخه‌ای تحت پوشش خود را مستقیماً درب خانه تحویل بگیرید. این روش می‌تواند راهی مقرون‌به‌صرفه و راحت برای تهیه داروهایی باشد که به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است. ایالت مدیریت‌کننده Medi-Cal است و ایالت و دولت فدرال هزینه آن را پرداخت می‌کنند.

- این برنامه به افراد کم‌درآمد کمک می‌کند هزینه‌های درمان و خدمات و حمایت بلندمدت موردنیاز خود را پردازند.
- این برنامه خدمات و بعضی از داروهای اضافی خارج از پوشش Medicare را پوشش می‌دهد.
- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت است، اما اگر واحد شرایط هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه‌های درمانی پوشش داده می‌شوند.

طرح‌های Medi-Cal: طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل. مزایای Medicare جدا هستند.

Medicaid (یا کمک Medical): برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اداره می‌شود که به افراد کم‌درآمد و با امکانات کم کمک می‌کند 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، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت بهداشتی فعلی به آنها نیاز دارید. این شامل خدمات درمانی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا مرکز پرستاری پیشگیری کنند. همچنین به این معنی است که خدمات، تجهیزات، یا داروها با استانداردهای حرفه پزشکی مطابقت دارند. تعریف دولت ایالتی برای خدمات پزشکی با ضرورت پزشکی شامل خدماتی می‌شود که برای حفظ جان فرد، پیشگیری از بیماری حادی یا معلولیت حادی، یا برای تسکین درد شدید یا رهایی از آن منطقی و لازم هستند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله یا بالاتر، برخی افراد زیر 65 سال مبتلا به برخی ناتوانی‌ها، و افرادی که بیماری مرحله نهایی کلیه دارند (معمولاً افرادی که مبتلا به نارسایی دائمی کلیه هستند و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی Medicare خود را مستقیماً از Original Medicare یا طرح مراقبت‌های هماهنگی دریافت کنند (به «برنامه درمانی» مراجعه نمایید).

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare همچنین موسوم به «Medicare 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.

شورای درخواست تجدیدنظر Medicare (شورا): شورایی 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 Medicare بخش B. همه طرح‌های سلامت Medicare، از جمله طرح سلامت ما، باید همه خدماتی را که تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B هستند پوشش دهند.



برنامه پیشگیری از دیابت (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): یک برنامه ساختاریافته تغییر رفتار سلامت که آموزش تغییر درازمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های کاهش پایداری وزن و سبک زندگی سالم را ارائه می‌کند.

ثبت‌نام شده در Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واحد شرایط است. عضو Medicare-Medi-Cal را «فرد واحد شرایط دوگانه» نیز می‌نامند.

بخش A: Medicare برنامه Medicare که بیشتر خدمات پزشکی ضروری بیمارستان، مراکز پرستاری تخصصی، مراقبت در منزل و خدمات آسایشگاه مراقبت قبل از مرگ را پوشش می‌دهد.

بخش B: Medicare برنامه Medicare که خدماتی (مانند آزمایش‌ها، جراحی‌ها، و ویزیت‌های پزشک) و وسایلی (مانند صندلی جرخدار و واکر) را که برای درمان یک بیماری یا عارضه دارای ضرورت پزشکی هستند پوشش می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری از خدمات پیشگیری و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

بخش C: Medicare برنامه Medicare که با نام «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یک طرح MA ارائه کنند.

بخش D: Medicare برنامه مزایای دارویی Medicare. این برنامه را به اختصار «بخش D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای سرپایی، واکسیناسیون، و برخی لوازم دیگری را که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B و یا Medicaid نیستند پوشش می‌دهد. طرح MA شامل Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که تحت پوشش Medicare بخش D هستند. کنگره مشخصاً گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای Medicare بخش D حذف می‌کند. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

برنامه مدیریت دارو درمانی (Medication Therapy Management, MTM): برنامه‌ای از Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده بهداشتی که به افرادی ارائه می‌شود که از الزامات خاصی برخوردارند یا در برنامه مدیریت دارو شرکت می‌کنند. خدمات MTM معمولاً شامل گفت‌وگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی برای بررسی داروها است. برای اطلاعات بیشتر به فصل 5 این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: یک طرح Medi-Medi یک نوع طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi همه مزایا و خدمات هر دو برنامه را هماهنگ می‌کنند، از جمله همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واحد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت‌نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

دفتربه اطلاعاتی اعضا و اطلاعات افشا: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقی یا سایر اسناد، پوشش شما و آنچه باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را شرح می‌دهد.

خدمات اعضا: واحدی در برنامه ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، نارضایتی‌ها و استیناف‌ها است. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات اعضا، به **فصل 2** این دفتربه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: یک داروخانه (دراگ استور) که قبول کرده نسخه‌ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچد. آن‌ها را «داروخانه‌های درون شبکه» می‌نامیم چون موافقت کرده اند با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما نسخه‌های شما را فقط زمانی پوشش می‌دهیم که در یکی از داروخانه‌های شبکه‌مان تهیه شده باشند.

ارائه‌دهنده شبکه: «ارائه‌دهنده» یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این اصطلاح همچنین دربرگیرنده بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه‌ها، و دیگر مکان‌هایی است که به شما خدمات درمانی، تجهیزات پزشکی و یا خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت ارائه می‌دهند.

- آنها تأیید شده یا دارای پروانه از Medicare و ایالت هستند و پروانه کار برای ارائه خدمات درمانی دارند.
- هرگاه این مراکز موافقت کنند که با طرح درمانی همکاری کنند، نحوه پرداخت ما را قبول کنند و از اعضا هزینه اضافه نگیرند، آنها را «ارائه کنندگان شبکه» می‌نامیم.
- تا زمانی که عضو طرح ما هستید، باید برای دستیابی به خدمات تحت پوشش، از ارائه‌کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان برنامه درمانی» نیز نامیده می‌شوند.

آسایشگاه یا مرکز پرستاری: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

بازرس کل: دفتری در ایالت شما که به‌عنوان مدافع شما فعالیت دارد. بازرس می‌تواند در صورتی که مشکل یا شکایتی داشته باشید به شما پاسخ دهد و می‌تواند به شما کمک نمایند تا متوجه شوید که باید چه‌کاری انجام دهید. خدمات بازرس کل رایگان هستند. می‌توانید اطلاعات بیشتری را در **فصل‌های 2 و 9** این دفتربه اطلاعاتی اعضا بیابید.

تشخیص سازمانی: طرح ما زمانی تشخیص سازمانی دارد که ما یا یکی از ارائه‌دهندگان ما درباره پوشش‌دهی یا مبلغی که برای خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید، تصمیم بگیرد. تشخیص سازمانی در اینجا «تصمیم پوششی» خوانده می‌شود. **فصل 9** از دفتربه اطلاعاتی اعضا درباره تصمیمات پوششی توضیح می‌دهد.

محصول بیولوژیک اصل: یک محصول بیولوژیک که از سوی FDA تأیید شده و به‌عنوان معادل محصولات تولیدکنندگان محصول بیوسیمیلار عمل می‌کند. محصول مرجع نیز نامیده می‌شود.



Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare هزینه در مقابل خدمات):

Medicare را دولت ارائه می‌دهد. تحت Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغی به پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی که توسط کنگره تعیین می‌شود، پوشش داده می‌شوند.

- می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را می‌پذیرد 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 که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است با برنامه درمانی ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای 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.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره طرح ما نبوده و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما، تحت قراردادی نیست. **فصل 3** این دفترچه اطلاعاتی اعضا ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

هزینه‌های پرداخت‌شده از حیب: الزامی برای اعضا درخصوص پرداخت مبلغ تقسیم هزینه بابت بخشی از هزینه خدمات یا داروهایی که دریافت می‌کنند همچنین «هزینه پرداخت‌شده از حیب» نیز نامیده می‌شود. تعریف «مبلغ تقسیم هزینه» را در بالا مطالعه نمایید.

داروهای بدون نسخه (Over-the-counter, OTC): داروهای بدون نسخه به هر دارویی اشاره می‌کند که شخص می‌تواند بدون نسخه یک متخصص مراقبت‌های درمانی آن را تهیه کند.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

اطلاعات بهداشتی شخصی (همچنین «اطلاعات بهداشتی محافظت شده» نامیده می‌شود) (Protected Health Information, PHI): اطلاعات مربوط به شما و سلامت شما، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه به پزشکان و سابقه پزشکی است. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI و همچنین حقوق شما در



ارتباط با این اطلاعات، به «اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی» ما مراجعه کنید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص زودهنگام بیماری، زمانی که مداوا بیشترین تأثیر را دارد (برای مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی به عنوان معاینه تشخیصی می‌شوند).

ارائه‌کننده مراقبت‌های اصلی (Primary Care Provider, PCP): پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری که برای اکثر مشکلات سلامت ابتدا به او مراجعه می‌کنید. آنها مطمئن می‌شوند که شما خدمات مورد نیاز برای حفظ سلامتی را دریافت می‌کنید.

- آنها ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری نیز در مورد مراقبت از شما مشورت کنند یا شما را به آنها ارجاع کنند.

- در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید.

- برای اطلاعات درباره دریافت مراقبت از سوی ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اصلی، به **فصل 3** از این *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

اجازه قبلی (Prior authorization, PA): یک تأییدیه است که قبل از آنکه بتوانید یک سرویس یا دارو را دریافت کنید یا از تأمین‌کننده خارج از شبکه استفاده کنید، باید از ما بگیرید. اگر ابتدا تأییدیه نگیرید، برنامه درمانی ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد. برنامه ما بعضی خدمات پزشکی شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک شما یا دیگر ارائه‌کنندگان شبکه از ما PA بگیرند.

- خدمات تحت پوششی که نیاز به PA برنامه درمانی ما دارند در **فصل 4** از *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مشخص شده‌اند.

برخی از داروها فقط در صورتی که از ما PA کسب کرده باشید توسط طرح ما پوشش داده می‌شوند.

- داروهای تحت پوشش که نیاز به PA برنامه ما دارند در *فهرست داروهای تحت پوشش* مشخص شده‌اند و قوانین مربوطه در وبسایت ما منتشر می‌شوند.

برنامه‌های مراقبت فراگیر ویژه سالمندان

(Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به‌طور مشترک برای آن دسته از اشخاص 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مراقبت بیشتری برای زندگی در خانه دارند.

پروتزها و ارتزها: وسایل پزشکی که توسط پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های درمانی برای شما تحویز می‌شوند و شامل، اما نه محدود به بازوبند، کمربند و گردنبند طبی؛ دست و پای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و وسایلی که برای جایگزینی یک عضو داخلی بدن یا



عملکرد آن لازم هستند، از جمله لوازم استومی و تغذیه وریدی و روده‌ای.

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 به QIO هزینه پرداخت می‌کند تا کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران را ارزیابی کرده و آن را بهبود بخشد. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات اعضا، به **فصل 2** از این دفترچه اطلاعاتی اعضا مراجعه کنید.

سقف مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. می‌توانیم مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزایای آنی: پرتال یا نرم‌افزاری است که به بیمه‌شدگان امکان می‌دهد داروهای تحت پوشش و اطلاعات مزایا را به صورت کامل، دقیق، به موقع، از نظر بالینی مناسب و متناسب با شرایط هر بیمه‌شده جستجو کنند. این شامل مبالغ تقسیم هزینه، داروهای جایگزینی که ممکن است برای همان عارضه‌ای که با یک داروی خاص درمان می‌شود استفاده شوند، و محدودیت‌های پوشش (احازه قبلی، درمان مرحله‌ای، سقف مقدار) است که در مورد داروهای جایگزین اعمال می‌شود.

ارجاع: ارجاع به معنی تأییدی از سوی ما یا ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) شما برای استفاده از خدمات یک ارائه‌کننده غیر از PCPتان است. اگر ابتدا تأییدیه نگیرید، ممکن است ما خدمات یا دارو را پوشش ندهیم. شما برای استفاده از متخصصین خاص، از جمله متخصصین بهداشت زنان، به ارجاع نیاز ندارید. شما می‌توانید اطلاعات بیشتر درباره ارجاع را در **فصل 3 و 4** از دفترچه اطلاعاتی اعضای خود بیابید.

خدمات توان بخشی: مداوایی که برای کمک به شما در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توان بخشی، به **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به بهداشت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی ایدز/HIV (Sexually Transmitted Infections, STI)، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال سوءمصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت و خشونت شریک صمیمی.

محدوده خدمات رسانی: یک منطقه جغرافیایی که در آن یک طرح درمانی، در صورت محدود کردن پذیرش عضو بر اساس محل زندگی افراد، اقدام به عضوگیری می‌کند. در طرح‌هایی که شما محدود به ویزیت نزد پزشکان یا بیمارستان‌های خاصی هستید، معمولاً در همان محدوده می‌توانید خدمات معمول (غیر اضطراری) دریافت کنید. فقط افرادی که در محدوده خدمات رسانی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در برنامه ما ثبت‌نام کنند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه‌های مراقبت درمانی شما که ممکن است لازم باشد قبل از اینکه مزایای شما قابل اجرا شوند در هر ماه پرداخت کنید. مقدار سهم هزینه شما به درآمد و منابع شما بستگی دارد.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled Nursing Facility, SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توان بخشی تخصصی و سایر خدمات مرتبط با سلامت.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثالهایی از این گونه درمان شامل فیزیوتراپی یا تزریق درون وریدی (IV) است که توسط پرستار دارنده حواز یا پزشک انجام می شود.

متخصص: پزشکی که به درمان نوع خاصی از مشکلات سلامتی می پردازد. برای مثال، جراح ارتوپد شکستگی استخوانها را مداوا می کند؛ متخصص آلرژی، آلرژیها را مداوا کرده و متخصص قلب مشکلات مربوط به قلب را مداوا می کند. در بیشتر موارد، عضو نیاز به ارجاع PCP خود برای رفتن نزد متخصص دارد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های تخصصی، به **فصل 5** از *دفتربه اطلاعاتی اعضا* مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا دیگر ارائه کنندگان خدمات درخواست خدمات Medi-Cal را بکنند و ما آن را ارائه ندهیم، یا با پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که از پیش دریافت می کرده اید ادامه ندهیم، شما می توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما باشد، ما باید خدمات مورد درخواست شما را فراهم کنیم.

درمان گام به گام: قانونی در پوشش دارو که شما را ملزم می کند قبل از اینکه ما دارویی را که درخواست کرده اید تحت پوشش قرار دهیم، داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): مزایای ماهانه که تأمین اجتماعی به اشخاصی پرداخت می کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI با مزایای تأمین اجتماعی یکسان نیستند.

مراقبت مورد نیاز فوری: مراقبتی که برای بیماری، آسیب یا وضعیت غیرمنتظره دریافت می کنید و اگرچه اورژانسی نیست، نیاز به رسیدگی فوری دارد. شما می توانید مراقبت مورد نیاز فوری را از ارائه دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، زمانی که دسترسی به آنها برای شما ممکن نیست یا دریافت خدمات از ارائه دهندگان شبکه به دلیل زمان، مکان یا شرایط شما غیرمنطقی است (برای مثال، هنگامی که خارج از ناحیه خدمات طرح ما هستید و به خدمات پزشکی فوری برای وضعیتی پیش بینی نشده نیاز دارید، اما وضعیت اورژانسی پزشکی نیست).



خدمات اعضای L.A. Care Medicare Plus

تلفن	1-833-522-3767 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل. خدمات اعضا همچنین خدمات رایگان ترجمه شفاهی را نیز برای افراد غیر انگلیسی زبان ارائه می‌کند.
TTY	711 این شماره به دستگاه تلفن مخصوصی نیاز دارد و فقط برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته، شامل روزهای تعطیل.
نمابر	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





L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.

lacare.org  TTY: 711 | 1.833.522.3767: تلفن رایگان: 