2027



کتابچه راهنمای اعضا

CalOptima Health OneCare Complete

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

OneCare
CalOptima Health

H5433_27MM001TF_C

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

1 ژانویه، 2027 – 31 دسامبر، 2027

پوشش درمانی و دارویی شما تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP)

مقدمه *کتابچه راهنمای اعضا*

این *کتابچه راهنمای اعضا*، که به عنوان *شواهد پوشش* نیز شناخته می‌شود، اطلاعات مربوط به پوشش شما توسط طرح ما را تا 31 دسامبر 2027 در اختیارتان قرار می‌دهد. این کتابچه خدمات مراقبت های درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش داروها، و خدمات و حمایت های طولانی مدت را توضیح می دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در **فصل 12** این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

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

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

این سند به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی به صورت رایگان در دسترس است.

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، بریل و/یا صوتی، از طریق تماس با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر)، دریافت کنید. این تماس رایگان است.

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

- برای درخواست دائمی مطالب به یک زبان آستانه یا قالب جایگزین، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید یا به پورتال امن آنلاین اعضا به آدرس زیر مراجعه کنید **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
- درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.
- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

English

ATTENTION: If you need help in your language, call **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-877-412-2734** (TTY **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير اتصل بـ **1-877-412-2734** (TTY **711**). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY **711**): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

?

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。為殘障人士也提供幫助和服務，例如盲文和大字體的文件。致電**1-877-412-2734** (TTY **711**)。這些服務是免費的。

فارسی (Farsi)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

हिंदी (Hindi)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

Hmoob (Hmong)

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

日本語 (Japanese)

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

한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734** (TTY **711**). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734** (TTY **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਓਿ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਚਿੱ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਵਿੇਂ ਕਾਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

Türkçe Etiket (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa **1-877-412-2734** (TTY **711**) numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve hizmetler de mevcuttur. Call: **1-877-412-2734** (TTY **711**). Bu hizmetler ücretsizdir.

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY **711**). Ці послуги безкоштовні.

اردو ٹیگ لائن (Urdu)

توجہ: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے توکال کریں **1-877-412-2734** (TTY **711**). معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات ، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734** (TTY **711**). یہ خدمات مفت ہیں۔

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Các dịch vụ này đều miễn phí.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

سایرزبانها

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

سایر قالبها

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

دسترسی به خدمات کمک زبانی

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه 11

فصل 2: شماره تلفنها و منابع مهم 23

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش شما 44

فصل 4: جدول مزایا 65

فصل 5: دریافت داروهای درمان سرپایی شما 142

فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می کنید 160

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید 167

فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما 174

فصل 9. در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید. 193

فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما 235

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی 245

فصل 12: تعریف واژه های مهم 249

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

اعلامیه سلب مسئولیت

- CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan، یک سازمان Medicare Advantage تحت قرارداد با Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در برنامه CalOptima Health OneCare به تمدید قرار بستگی دارد. با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734**(**711** TTY)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. به وبسایت ما مراجعه کنید **www.caloptima.org/OneCare**. این مزایا، مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) است: برای واجد شرایط بودن، باید یک بیماری مزمن واجد شرایط مانند بیماری قلبی، دیابت، سرطان، بیماری ریوی یا زوال عقل داشته باشید. همه اعضایی که بیماری مزمن دارند واجد شرایط نیستند. برای مشاهده فهرست کامل بیماری‌های مزمن یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد سایر شرایط لازم برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مزایای SSBCI، لطفاً به **فصل 4** در *کتابچه راهنمای اعضا* CalOptima Health OneCare Complete مراجعه کنید.
- مزایا و/یا هزینه سهم هزینه عضو ممکن است در اول ژانویه، 2028 تغییر کند.
- داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه‌ها و/یا شبکه ارائه‌دهندگان ما ممکن است در هر زمانی تغییر کنند. حداقل 30 روز قبل از هرگونه تغییری که ممکن است شما را تحت تأثیر قرار دهد، اطلاعیه‌ای دریافت خواهید کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

فصل 1: شروع کار به عنوان عضو برنامه

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 13
B. اطلاعاتی در زمینه Medicare و Medi-Cal 13
B1. Medicare 13
B2. Medi-Cal 13
C. مزیت های طرح ما 14
D. منطقه خدمات رسانی طرح ما 15
E. چه مواردی شما را واجد شرایط عضویت در طرح می‌کند 15
F. وقتی برای اولین بار به طرح درمانی ما می‌پیوندید، چه انتظاراتی باید داشته باشید 15
G. تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما 17
G1. تیم مراقبتی 17
G2. طرح مراقبتی 17
H. خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم 17
H1. حق بیمه طرح 17
I. این *کتابچه راهنمای اعضا* 18
J. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید 18
J1. کارت شناسایی عضویت شما 18
J2. فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها 19

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش* 20
J4. شرح مزایا 21
K. به‌روز نگه داشتن سوابق عضویت شما 21
K1. محرمانگی اطلاعات درمانی شخصی شما (personal health information, PHI) 22

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند ارائه می دهد. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه دهندگان خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، ارائه دهندگان خدمات سلامت رفتاری و سایر ارائه دهندگان می‌شود. ما همچنین هماهنگ‌کننده‌های مراقبت شخصی و تیم‌های مراقبتی داریم که به شما در مدیریت ارائه‌دهندگان و خدماتتان کمک می‌کنند. همه آنها با هم همکاری می‌کنند تا مراقبت مورد نیاز شما را ارائه دهند.

B. اطلاعاتی در زمینه Medicare و Medi-Cal

B1. Medicare

برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر می باشد:

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

B2. Medi-Cal

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

هر ایالت در زمینه های زیر تصمیم میگیرد:

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

تا زمانی که قوانین فدرال رعایت شوند، هر ایالتی میتواند تصمیم بگیرد که چگونه برنامه های خود را اداره کند.

بیمه درمانی Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تأیید کردند. شما در شرایط زیر می توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از برنامه ما دریافت کنید:

- ما تصمیم به ارائه برنامه گرفته باشیم، و
- Medicare و دولت ایالتی کالیفرنیا به ما اجازه می‌دهند که به ارائه این طرح ادامه دهیم.

حتی اگر اجرای طرح ما در آینده متوقف شود، تأثیری بر صلاحیت شما جهت دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal نخواهد داشت.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

C. مزیت های طرح ما

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

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

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

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در CalOptima Health OneCare Complete برای دریافت مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Complete ثبت نام خواهید شد. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Complete دریافت خواهید کرد. هیچ خللی در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. در صورت داشتن هرگونه سوال، لطفاً با ما با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

D. منطقه خدمات رسانی طرح ما

منطقه خدماتی ما شامل این کانتی در کالیفرنیا می‌شود: اورنج کانتی.

فقط افرادی که در منطقه تحت پوشش ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما بپیوندند.

اگر به خارج از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. به خارج از منطقه خدماتی ما، به **فصل 8** ین *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

شما در صورتی واجد شرایط طرح ما هستید که:

- در منطقه تحت پوشش ما زندگی می کنید (افراد زندانی، حتی اگر محل سکونتشان در منطقه تحت پوشش باشد، ساکن در آن محسوب نمی‌شوند)، **و**
- در زمان عضویت 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید، **و**
- درهردو Medicare بخش A و Medicare بخش B عضو باشید، **و**
- شهروند یا تبعه ایالات متحده یا یک غیر شهروند واجد شرایط هستید، **و**
- در حال حاضر واجد شرایط دریافت Medi-Cal باشید.

اگر واجد شرایط بودن خود برای دریافت Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار می‌رود که ظرف 3 ماه آن را دوباره به دست آورید، ما همچنان تمام مزایای Medicare تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را ارائه خواهیم داد. وقتی پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. مبلغی که شما برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت می‌کنید ممکن است در این دوره سه ماهه افزایش یابد. اگر در مورد هزینه‌هایی که ممکن است مجبور به پرداخت آنها شوید یا مواردی که در حین تلاش برای دریافت مجدد واجد شرایط بودن برای Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، سؤالی دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-877-412-2734** تماس بگیرید.

ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در حالی که هنوز توسط Medicare خود تحت پوشش ما هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal احیا شود، ما پرداخت هزینه‌های مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و پوشش شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید ظرف 3 ماه دوباره پوشش Medi-Cal را دریافت کنید، عضویت شما را در CalOptima Health OneCare Complete لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو عضویت، دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ما برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. ما می‌توانیم HRA را از طریق مراجعه حضوری، تماس تلفنی یا پست تکمیل کنیم. ما سالانه با شما تماس خواهیم گرفت تا ببینیم آیا نیازهای شما تغییر کرده است یا خیر.

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

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت زمان مشخصی از خدمات پزشکانی که اکنون از آنها استفاده می‌کنید، حتی اگر آنها در شبکه ما نباشند، استفاده کنید. ما این را تداوم مراقبت می‌نامیم. اگر آنها در شبکه ما نیستند، می توانید ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت نام تا 12 ماه در صورت رعایت همه شرایط زیر حفظ کنید:

- شما، نماینده شما یا ارائه دهنده شما می توانید از ما درخواست کنید که به شما اجازه دهیم همچنان از ارائه دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما تائید می کنیم که شما با ارائه کننده مراقبتهای اولیه یا متخصص مربوطه از پیش ارتباط فعال داشته اید، البته با در نظر گرفتن برخی استثناها. منظور ما از «ارتباط فعال»، این است که شما حداقل یک بار برای ویزیت غیر اورژانسی در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت نام اولیه خود در طرح ما، به یک ارائه دهنده خدمات درمانی خارج از شبکه مراجعه کرده‌اید.
    - ما با بررسی اطلاعات بهداشتی شما که در اختیار ماست یا اطلاعاتی که شما به ما داده اید در مورد این ارتباط فعال تصمیم گیری می کنیم.
    - ما برای پاسخ دادن به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. شما می توانید از ما درخواست کنید که سریعتر تصمیم بگیریم و ما باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. می‌توانید این درخواست را با تماس با **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) انجام دهید. اگر در معرض خطر آسیب هستید، ما باید ظرف سه روز به شما پاسخ دهیم.
    - شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید هنگام ارائه درخواست، مدارک مربوط به رابطه فعال را ارائه دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

مهم: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) برای حداقل 90 روز ارائه دهید تا زمانی که ما اجاره DME جدید را تأیید کنیم و از یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهیم که مورد اجارهشده را را تحویل دهد. اگرچه نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان خدمات حمل و نقل یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات جانبی ارائه دهید، اما می‌توانید برای خدمات حمل و نقل یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده‌اند، درخواست دهید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

G. تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما

G1. تیم مراقبتی

یک تیم مراقبتی می‌تواند به شما کمک کند تا مراقبت‌های مورد نیاز خود را دریافت کنید. یک تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشک شما، یک هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی، متخصصان شما یا سایر متخصصان سلامت که شما انتخاب می‌کنید، باشد.

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

G2. طرح مراقبتی

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

طرح مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت‌های بهداشتی شما، **و**
- یک جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیاز شما.

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

H. خلاصه‌ای از هزینه‌های مهم

طرح ما هیچ حق بیمه‌ای ندارد.

هزینه‌های شما می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (**بخش H1**)

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

H1. حق بیمه طرح

برای اکثر اعضای CalOptima Health OneCare Complete، بیمه Medi-Cal حق بیمه Medicare بخش A و بخش B شما را پرداخت می‌کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

I. این *کتابچه راهنمای اعضا*

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

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

این قرارداد برای ماه‌هایی که شما در طرح ما بین 1 ژانویه 2027 و 31 دسامبر 2027 ثبت‌نام کرده‌اید، معتبر است.

J. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعات مهمی که ما در اختیار شما قرار می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضویت شما، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* و اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به *فهرست داروهای تحت پوشش*، که به عنوان فهرست داروها یا *فهرست فرمولی داروها* نیز شناخته می‌شود، می‌باشد.

J1. کارت شناسایی عضویت شما

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



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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

- برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental
  - خدمات دندانپزشکی Medi-Cal (از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental Program) برخی از خدمات دندانپزشکی را پوشش می‌دهد.
  - اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات دندانپزشکی بیشتر بدانید، با برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental به شماره 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 یا 711)، از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر، از دوشنبه تا جمعه، تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از وب‌سایت طرح Medi-Cal Dental به آدرس https://www.dental.dhcs.ca.gov یا https://smilecalifornia.org/ بازدید کنید.
- خدمات سلامت رفتاری
  - خدمات سلامت روان غیرتخصصی (Non-specialty mental health services, NSMHS) تحت پوشش CalOptima Health و خدمات سلامت روان تخصصی (specialty mental health services, SMHS) تحت پوشش طرح سلامت روان آژانس مراقبت‌های بهداشتی اورنج کانتی(Orange County Health Care Agency, OCHCA) قرار دارند.
  - اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات سلامت رفتاری اطلاعات بیشتری کسب کنید، با خط سلامت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885** (**711** TTY)، در24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
- خدمات پشتیبانی در منزل (InHome Supportive Services, IHSS)
  - اگر سوالی دارید یا می‌خواهید درباره خدمات پشتیبانی در منزل (In Home Supportive Services, IHSS) اطلاعات بیشتری کسب کنید، با آژانس خدمات اجتماعی اورنج کانتی به شماره‌های 1-714-825-3000 یا 1-800-281-9799 (TTY 1-800-735-2929) تماس بگیرید).

J2. *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه ها*

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

همچنین می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* در آدرس وبسایت پایین صفحه مراجعه کنید.

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

تعریف ارائه دهندگان شبکه

- ارائه دهندگان شبکه ما عبارتند از:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که می‌توانید به عنوان عضوی از طرح ما از خدمات آنها استفاده کنید؛
  - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات درمانی را در طرح ما ارائه می‌دهند؛ **و**،
  - خدمات و پشتیبانی های بلندمدت(LTSS)، خدمات سلامت رفتاری، آژانسهای خدمات مراقبتی در منزل، تأمین کنندگان تجهیزات پزشکی با دوام (DME) و سایر مراجعی که کالا یا خدمات ارائه شده از سوی Medicare یا Medi-Cal را تأمین می نمایند نیز جزو آنها می باشند.

ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنندکه مبلغ پرداختی از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه های عضو شبکه

- داروخانه‌های شبکه، داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند داروهای تجویزی اعضای طرح ما را ارائه کنند. برای یافتن داروخانه عضو شبکه مورد نظر از *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه ها* استفاده کنید.
- به جز در مواقع اضطراری، اگر می‌خواهید طرح ما در پرداخت هزینه‌ها به شما کمک کند، باید داروهای خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما تهیه کنید.

برای اطلاعات بیشتر با شماره‌های خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید. هم بخش خدمات مشتریان و هم وب‌سایت ما می‌توانند جدیدترین اطلاعات در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند.

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش*

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

J4. *شرح مزایا*

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

در شرح مزایا یا EOB کل مبلغی که شما، یا دیگران از طرف شما برای داروهای Medicare بخشD خود پرداخته اید و کل مبلغی که در طول ماه برای هریک از داروهای نسخه ای Medicare بخشD شما پرداخته ایم، نشان داده شده است. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید، دارد. **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در پیگیری پوشش دارویی‌تان ارائه می‌دهد.

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

K. به‌روز نگه داشتن سوابق عضویت شما

شما می توانید با اعلام هرگونه تغییر در اطلاعات و مشخصات خود به ما، سوابق عضویت خود را به روز نگاه دارید.

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

موارد زیر را فوراً به ما اطلاع دهید:

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

فصل 2: شماره تلفنها و منابع مهم

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. خدمات مشتریان 25
B. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما 28
C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) 30
D. خط تماس مشاوره با پرستار 31
E. خطوط بحران سلامت رفتاری 32
F. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) 33
G. Medicare 34
H. Medi-Cal 35
I. دفتر بازرسی Ombudsman سلامت روان و مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal (Medi-Cal Managed Care) 36
J. خدمات اجتماعی شهرستان 37
K. آژانس خدمات سلامت رفتاری شهرستان 38
L. اتحادیه مصرف‌کنندگان بیمه های درمانی (Health Consumer Alliance, HCA) 39
M. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه‌های داروها 39
M1. کمک اضافی از Medicare 39
M2. برنامه کمک داروئی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP) 39

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

N. تامین اجتماعی (Social Security) 40
O. هیئت بازنشستگی راه آهن (Railroad Retirement Board, RRB) 41
P. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌ها از طرف کارفرما 42
Q. برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsperson 42
R. خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental 43

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A. خدمات مشتریان

تلفن تماس	**1-877-412-2734**. این تماس رایگان است. از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 3 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) ما برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می کنیم.
TTY	**711**. این تماس رایگان است. این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر).
فکس	**1-714-246-8711**
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	**www.caloptima.org/OneCare**

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

- سوالات در مورد طرح
- سوالات مربوط به ادعاها یا صورتحساب
- تصمیمات مربوط به پوشش بیمه درمانی شما
  - تصمیم در مورد پوشش مراقبت‌های درمانی شما، شامل موارد زیر است:
    - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، **یا**
    - مبلغی که ما برای خدمات درمانی شما پرداخت می‌کنیم.
  - اگر در مورد یک تصمیم مربوط به پوشش مراقبت‌های درمانی خود سؤالی دارید، با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش بیمه، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- درخواست تجدید نظر در مورد مراقبتهای درمانی شما
  - درخواست تجدید نظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده ایم و درخواست تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم یا با تصمیم مخالف هستید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شکایات مربوط به مراقبت‌های درمانی شما
  - شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای (از جمله ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا ارائه‌دهنده عضو شبکه) شکایت کنید. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با طرح ما همکاری می کند. همچنین می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید، به ما یا به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) شکایت کنید (**به بخش F**، صفحه 33 مراجعه کنید).
  - شما می توانید با ما با شماره **1-877-412-2734** تماس گرفته و شکایت خود را شرح دهید.
  - ااگر شکایت شما در مورد تصمیم اتخاذ شده در زمینه پوشش بیمه‌ای مراقبت‌های بهداشتی‌تان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید (به بخش بالا مراجعه کنید).
  - شما می‌توانید شکایتی در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در www.medicare.gov/my/medicare-complaint. استفاده کنید. یا برای درخواست کمک با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - شما می توانید با تماس با شماره 1-855-501-3077، در مورد طرح ما به برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsperson شکایت کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شکایت در مورد مراقبت های بهداشتی خود، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما
  - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
    - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، **یا**
    - مبلغی که ما برای داروهای شما پرداخت خواهیم کرد.
  - داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش داروهایتان، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- درخواست تجدید نظر در مورد داروهای شما
  - درخواست تجدیدنظر راهی برای درخواست تغییر تصمیم پوشش بیمه‌ای از ما است.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر در مورد داروهایتان، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شکایات در مورد داروهایتان
  - شما می توانید در مورد ما یا هر داروخانه ای شکایت کنید. اینکار شامل شکایت در مورد داروهای شما می شود.
  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم مربوط به پوشش داروهایتان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. (به بخش بالا مراجعه کنید.)
  - شما می‌توانید شکایتی در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین موجود در www.medicare.gov/my/medicare-complaint. استفاده کنید. یا می توانید برای درخواست کمک با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه شکایت در مورد داروهایتان، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهائی که قبلاً هزینه آنها را پرداخت کرده اید
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما

هماهنگ کننده مراقبت شخصی CalOptima Health OneCare Complete یکی از افراد اصلی است که شما می توانید با او تماس بگیرید. این شخص در مدیریت تمام ارائه دهندگان و خدمات به شما کمک میکند و اطمینان حاصل می کند که آنچه لازم دارید را دریافت میکنید.

تلفن تماس	**1-877-412-2734**. این تماس رایگان است. از 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر). ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی که انگلیسی صحبت نمی‌کنند، داریم.
TTY	**711**. این تماس رایگان است. این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر).
فکس	**1-714-246-8711**
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	**www.caloptima.org/OneCare**

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

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

? **اگر سوالی دارید**، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)
- مراکز پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتار درمانی
- خدمات اجتماعي پزشكي
- مراقبت سلامتی در منزل
- خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان شما
- گاهی اوقات می توانید کمک هائی را در رابطه با مراقبت بهداشتی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید.
- حمایتهای اجتماعی
- برنامه خدمات چند منظوره سالمندان

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

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

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

برای کمک در زمینه موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

D. خط تماس مشاوره با پرستار

خط تلفن مشاوره پرستاری به شما امکان دسترسی به یک پرستار رسمی (Registered Nurse, RN) را می‌دهد تا در مورد هرگونه سؤالی در مورد نگرانی‌های سلامتی‌تان به شما کمک کند. شما می‌توانید در صورت داشتن هرگونه سوال در مورد سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی خود با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

تلفن تماس	**1-844-447-8441**. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می کنیم.
TTY	**1-844-514-3774**. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.

E. خطوط بحران سلامت رفتاری

اگر با شرایط اضطراری تهدیدکننده زندگی مواجه هستید، لطفاً با 911 تماس بگیرید.

اگر دچار بحران سلامت رفتاری هستید، با شماره زیر تماس بگیرید:

تلفن تماس	OC Links تیم ارزیابی بحران سیار (Crisis Assessment Team, CAT) 1-855-625-4657. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته. برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.

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

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

برای سوالات مربوط به خدمات تخصصی سلامت روان در شهرستان خود، به **بخش K** مراجعه کنید.

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

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

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	711 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	Commence Health, LLC BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
ایمیل	communications@commence.ai
وبسایت	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

برای کمک در موارد زیر با Commence Health تماس بگیرید:

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

G. Medicare

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سا ل به بالا، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت و اشخاصی که درمرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد) است.

آژانس فدرال مسئول Medicare، مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS است. این آژانس با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله طرح ما قرارداد دارد.

تلفن تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته رایگان است.
TTY	1-877-486-2048. این تماس رایگان است. این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکالمه زنده	مکالمه زنده در www.Medicare.gov/talk-to-someone
مکاتبه	با Medicare در آدرس PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 مکاتبه کنید
وبسایت	www.medicare.gov • در مورد طرح‌های درمانی و دارویی Medicare در منطقه خود، از جمله هزینه‌ها و خدماتی که ارائه می‌دهند، اطلاعات کسب کنید. • پزشکان یا سایر ارائه دهندگان و تأمین کنندگان مراقبت های درمانی که در طرح Medicare مشارکت دارند را پیدا کنید. • اطلاعات مربوط به خدماتی که Medicare پوشش می دهد، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری، تزریق واکسن یا واکسن، و بازدیدهای سالانه "سلامتی") را ببینید. • اطلاعات و فرم‌های درخواست تجدیدنظر Medicare را دریافت کنید. • در مورد کیفیت مراقبت‌های ارائه شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، آژانس‌های مراقبت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز مراقبت‌های آسایشگاهی، مراکز توانبخشی بستری و بیمارستان‌های مراقبت طولانی مدت اطلاعات کسب کنید. • به دنبال وب‌سایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید باشید.. برای ارسال شکایت به Medicare، به آدرس www.medicare.gov/my/medicare-complaint. مراجعه کنید. Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

H. Medi-Cal

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

مزایای Medi-Cal شامل خدمات و پشتیبانی‌های پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات بلندمدت می‌شود.

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت نام کرده‌اید. اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی طرح خود تماس بگیرید. اگر در مورد ثبت نام در طرح Medi-Cal سوالی دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

تلفن تماس	**1-888-587-8088** از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 6 بعد از ظهر.
TTY	**711** این شماره برای اشخاصی می باشد که مشکلات شنوائی یا گفتاری دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
مکاتبه	CalOptima Health 505 City Parkway West Orange, CA 92868
وبسایت	**www.caloptima.org**

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

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

J. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در مورد مزایای خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) خود به کمک نیاز دارید، با سازمان خدمات اجتماعی محلی شهرستان خود تماس بگیرید. IHSS شامل مجموعه متنوعی از خدمات برای تأمین نیازهای فردی شما و کمک به اقامت ایمن شما در منزلتان می شود. برای دریافت مزایای IHSS، باید موارد لازم برای واجد شرایط بودن برنامه را داشته باشید. برای دریافت مزایای IHSS، باید موارد لازم برای واجد شرایط بودن برنامه را داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شرایط لازم و نحوه درخواست، به **فصل 4، بخش F3** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. برخی از خدمات IHSS که ممکن است در دسترس شما باشند عبارتند از:

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

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

K. آژانس خدمات سلامت رفتاری شهرستان

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

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

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

- سؤالات در مورد خدمات تخصصی سلامت روان ارائه شده توسط شهرستان
- سؤالات در مورد خدمات اختلال مصرف مواد ارائه شده توسط شهرستان

برای کسب اطلاعات در مورد خدمات زیر با خط سلامت رفتاری CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-855-877-3885** تماس بگیرید:

- خدمات تخصصی سلامت روان غیر بستری
- خدمات پشتیبانی دارویی
- مداخله درشرایط بحرانی و پایدارسازی
- معالجات روزانه فشرده
- بازپروری روزانه
- خدمات درمانی اقامتی بزرگسالان و/ یا در مواقع بحران
- خدمات مدیریت هدفمند پرونده ها
- خدمات غیربستری سوء مصرف مواد شامل خدمات درمان سرپایی فشرده نیز می‌شود
- خدمات اقامتی دوران بارداری
- خدمات/مشاوره رایگان بدون دارو بصورت غیربستری
- خدمات درمان مواد مخدر افیونی و Naltrexone.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

L. اتحادیه مصرف‌کنندگان بیمه های درمانی (Health Consumer Alliance, HCA)

اتحادیه مصرف‌کنندگان بیمه های درمانی (HCA) یک سیستم مشارکت سراسری در سطح ایالت است که کمک‌های حقوقی رایگان آنلاین، تلفنی یا حضوری را برای کمک به ساکنان کالیفرنیا که برای دریافت یا حفظ پوشش درمانی و حل مشکلات مربوط به طرح‌های درمانی خود با مشکل مواجه هستند، ارائه می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد HCA یا دریافت کمک‌های احتمالی، با شماره 1-888-804-3536 تماس بگیرید یا به وب‌سایت www.healthconsumer.org/ مراجعه کنید.

M. برنامه‌هایی برای کمک به مردم در پرداخت هزینه‌های داروها

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

M1. کمک اضافی از Medicare

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

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

M2. برنامه کمک داروئی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

N. تامین اجتماعی (Social Security)

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند.

اگر آدرس پستی خود را تغییر دهید یا نقل مکان کنید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس بگیرید و آنها را در جریان قرار دهید.

تلفن تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 7 صبح تا 8 عصر، دوشنبه تا جمعه در دسترس است. شما می توانید از خدمات تلفن خودکار آنها برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام برخی کارها به صورت 24 ساعته استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید.
وبسایت	www.ssa.gov

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

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

تلفن تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با نماینده RRB از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعد از ظهر، دوشنبه، سه شنبه، پنجشنبه و جمعه، و از ساعت 9 صبح تا 12 بعد از ظهر در روز چهارشنبه، دکمه "0" را فشار دهید. برای دسترسی به خط کمک رسانی خودکار RRB و دریافت اطلاعات ضبط شده، 24 ساعت شبانه‌روز، شامل آخر هفته‌ها و تعطیلات، دکمه «1» را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. شما باید تجهیزات تلفنی خاصی برای برقراری تماس داشته باشید. تماس با این شماره رایگان است.
وبسایت	www.rrb.gov

P. بیمه گروهی یا سایر بیمه‌ها از طرف کارفرما

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

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

Q. برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsperson

برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal یا (Medicare Medi-Cal Ombudsperson) کمک رایگان برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش بیمه درمانی و حل مشکلات برنامه های درمانی خود هستند، ارائه می دهد.

اگر با موارد زیر مشکل دارید:

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

R. خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental

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

- معاینه اولیه، عکسبرداری با اشعه X، جرمگیری دندان، سیلنتها و درمان با فلوراید;
- خدمات ترمیمی پرکردن و روکشها;
- درمان عصب کشی; و
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیمات، تعمیرات و لایه گذاری مجدد

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان..... 46
B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد..... 46
C. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما 48
C1. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی چه کسی است 48
C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید..... 48
C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود را تغییر دهید 48
D. مراقبت دریافتی از ارائه‌دهندگان..... 48
D1. مراقبت دریافتی از ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)..... 48
D2. مراقبت دریافتی از متخصصین و سایرین ارائه‌دهندگان شبکه 50
D3. وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود 51
D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه 52
E. خدمات و پشتیبانی طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS) 52
F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)..... 53
F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند 53
G. خدمات حمل و نقل..... 55
G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری..... 55
G2. حمل و نقل غیرپزشکی..... 56

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

H. خدمات تحت پوشش در فوریت‌های پزشکی، در صورت نیاز فوری یا در هنگام وضعیت بحرانی 57
H1. دریافت مراقبت در فوریت های پزشکی..... 57
H2. مراقبت فوری مورد نیاز..... 59
H3. دریافت مراقبت در وضعیت بحرانی 59
I. اگر مستقیماً برای خدمات تحت پوشش صورت‌حساب دریافت کرده باشید، باید چه کاری انجام دهید..... 60
I1. اگر طرح شما خدمات را پوشش نمی‌دهد، چه باید کرد 60
J. پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی..... 61
J1. تعریف یک مطالعه تحقیقاتی بالینی 61
J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی..... 61
J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهشهای بالینی..... 61
K. نحوه پوشش خدمات درمانی شما در یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی 62
K1. تعریف موسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی..... 62
K2. دریافت مراقبت از یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی..... 62
L. تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME) 63
L1. دریافت DME به عنوان عضوی از طرح ما..... 63
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Medicare اصلی (Original Medicare)..... 63
L3. مزایای تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما 64
L4. تجهیزات اکسیژن زمانی که بیمه خود را به اصلی Medicare یا
Medicare Advantage (MA) دیگری تغییر داده اید 64

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره
1-877-412-2734 (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)،
و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات شامل مراقبت‌های درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (long-term services and supports, LTSS)، لوازم پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و دیگر خدمات است. **خدمات تحت پوشش**، خدماتی هستند که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS تحت پوشش در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است. خدمات داروهای تجویزی و بدون نسخه که تحت پوشش هستند در **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* عضو آمده است.

ارائه‌دهندگان شامل پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی هستند که خدمات و مراقبت به شما می‌دهند و از ایالت مجوز دارند. ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های خدمات بهداشتی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌هایی هستند که خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی خدمات LTSS ارائه می‌دهند.

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

B. قوانین دریافت خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- برای مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های فوری، استفاده از خدمات ارائه‌دهنده خدمات درمانی زنان یا هرگونه خدمات دیگری که در **بخش D1** ذکر شده است، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید.

- **شما باید خدمات مراقبتی خود را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید** (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش D** این فصل مراجعه کنید). معمولاً ما مراقبتی را که از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه ما دریافت کنید پوشش نمی‌دهیم. این به این معناست که شما باید تمام هزینه خدمات را خودتان به ارائه‌دهنده بپردازید. در اینجا چند مورد ذکر می شوند که این قاعده اجرا نمی‌شود:
  - اگر به مراقبت اورژانسی یا فوری از یک ارائه دهنده خارج از شبکه نیاز دارید (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H** مراجعه کنید).
  - اگر به مراقبتی نیاز داشته باشید که طرح ما آن را پوشش می‌دهد ولی ارائه‌دهندگان شبکه ما نتوانند آن را ارائه دهند، شما می‌توانید از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. قبل از درخواست خدمات مراقبتی، باید مجوز دریافت شود. در این حالت، ما خدمات را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مجوز استفاده از خدمات ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه، به **بخش D4** مراجعه کنید.
  - اگر برای مدت کوتاهی خارج از منطقه خدمات رسانی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه دهنده خدمات شما موقتاً در دسترس نیست یا دسترسی به ایشان غیرممکن است، به خدمات دیالیز کلیه نیاز دارید، می‌توانید از یک ارائه دهنده خدمات خارج از شبکه خدمات را دریافت کنید.
  - اگر عضو جدید طرح ما هستید، می‌توانید درخواست دهید که به استفاده از خدمات ارائه‌دهندگان فعلی خود ادامه دهید. به جز در برخی موارد خاص، ما باید این درخواست را تأیید کنیم اگر بتوانیم ثابت کنیم که شما قبلاً با آن ارائه‌دهندگان رابطه درمانی داشته‌اید. به **فصل 1** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. اگر درخواست شما پذیرفته شود، می توانید حداکثر 12 ماه برای دریافت خدمات به رفتن نزد ارائه کنندگان فعلی خود ادامه دهید. در طول این مدت، کارشناس هماهنگی مراقبت های شخصی ما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه کنندگان عضو شبکه ما که با شبکه درمانی PCP شما همکاری دارند کمک کند. پس از گذشت 12 ماه، اگر همچنان از ارائه‌دهندگانی استفاده کنید که در شبکه ما و تحت قرارداد با شبکه PCP شما نیستند، دیگر مراقبت شما تحت پوشش نخواهد بود.

پوشش درمانی دیگر: شما باید قبل از Medi-Cal از تمام پوشش‌های درمانی دیگر استفاده کنید، زمانی که همان خدمات تحت پوشش درمانی اصلی شما در دسترس است، زیرا Medi-Cal آخرین مرجع پرداخت کننده است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه پس از Medicare خواهد بود و هزینه‌های مجاز را که توسط Medicare یا سایر پوشش‌های بیمه درمانی تا سقف نرخ Medi-Cal پرداخت نمی‌شوند، پوشش می‌دهد.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی شما

C1. هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی چه کسی است

یک هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی، پزشک یا فرد آموزش‌دیده دیگری است که برای طرح ما کار می‌کند تا خدمات هماهنگی مراقبت را برای شما ارائه دهد.

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود تماس بگیرید

شما می‌توانید شماره تلفن هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود را در جلوی کارت شناسایی CalOptima Health OneCare Complete پیدا کنید.

C3. چطور می‌توانید هماهنگ‌کننده مراقبت شخصی خود را تغییر دهید

شما می‌توانید با CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید و درخواست تغییر را از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

D. مراقبت دریافتی از ارائه‌دهندگان

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

شما باید یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP) برای ارائه ومدیریت مراقبت خود انتخاب کنید. PCP های طرح ما به شبکه های بهداشتی و درمانی وابسته هستند. هنگامیکه PCP خود را انتخاب می کنید، در واقع شبکه بهداشتی و درمانی وابسته را نیز انتخاب می کنید.

تعریف PCP و کاری که PCP برای شما انجام می‌دهد

ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) چیست؟ PCP شما پزشکی می باشد که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی اولیه به شما آموزش دیده است.

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

کدام ارائه کنندگان می توانندPCP باشند؟ *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* CalOptima Health OneCare Complete شامل فهرستی از همه ارائه دهندگان شبکه است که میتوانند به عنوان PCP انتخاب شوند. برخی از متخصصان، از جمله متخصصان زنان و زایمان، در صورت موافقت و با ذکر نامشان به عنوان PCP در *فهرست ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌ها*، می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند.

شما مراقبت های اولیه خود را از PCP دریافت می کنید. PCP شما مابقی خدمات تحت پوششی که به عنوان عضوی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت می کنید را نیز هماهنگ خواهد کرد. هماهنگی مراقبت یعنی اینکه PCP شما با سایر ارائه‌دهندگان طرح درباره مراقبت شما مشورت و پیگیری کند. در در بیشتر موارد، شما باید برای دریافت ارجاع قبل از رفتن نزد سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی یا برای دریافت مجوز قبلی برخی خدمات یا لوازم خاص تحت پوشش نزد PCP خود بروید. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش نیاز دارید، بایستی اجازه قبلیPCP خود را کسب نمائید (از قبیل ارائه معرفی نامه به شما برای رفتن نزد متخصص).

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

آیا یک کلینیک می تواند ارائه کننده مراقبت های اولیه من باشد؟ بله. اعضا می‌توانند مراکز درمانی واجد شرایط فدرال (Federally-Qualified Health Centers, FQHC) را که در *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* CalOptima Health OneCare Complete به عنوان PCP فهرست شده‌اند، به عنوان PCP خود انتخاب کنند.

انتخاب PCP شما

CalOptima Health OneCare Complete یک *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* دارد که در صورت درخواست به شما داده می‌شود. این *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه های* بهداشتی و درمانی، PCPها، متخصصین، کلینیک ها و بیمارستان های دارای قرارداد با CalOptima Health OneCare Complete جهت ارائه خدمات به اعضای CalOptima Health OneCare Complete را در اختیار شما قرار می دهد. برای درخواست فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها، لطفا با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete با شماره رایگان **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید).

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

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

برای مثال: اگر متخصص یا بیمارستان خاصی مد نظرتان است، بررسی کنید که آیا با شبکه درمانیPCP شما همکاری دارند یا خیر. می‌توانید به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، یا از خدمات مشتریان بخواهید که مشخص کند آیا آن متخصص یا بیمارستان در شبکه درمانی PCP شما قرار دارد یا خیر.

گزینه تغییر PCP شما

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

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

اگر برای انتخاب یک PCP نیاز به کمک داشتید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید. وقتی تماس می‌گیرید، حتماً به خدمات مشتریان اطلاع دهید اگر در حال حاضر به متخصصان مراجعه می‌کنید یا خدمات دیگری دریافت می‌کنید که نیاز به تأیید PCP دارند (مثل خدمات مراقبت در منزل یا تجهیزات پزشکی بادوام). ما کمک می‌کنیم مطمئن شوید که هنگام تغییر PCP، بتوانید مراقبت تخصصی و دیگر خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید را ادامه دهید. همچنین بررسی می‌کنیم که PCP جدیدی که می‌خواهید انتخاب کنید، بیمار جدید می‌پذیرد یا نه. خدمات مشتریان، پرونده عضویت شما را به‌روزرسانی می‌کند تا نام PCP جدید شما را نشان دهد و به شما اطلاع می‌دهد چه زمانی تغییر PCP شما اجرا می‌شود. همچنین ما یک کارت شناسایی جدید برایتان ارسال می‌کنیم که نام و شماره تلفن PCP جدید روی آن نوشته شده است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید PCP دریافت کنید

در بیشتر موارد، شما برای استفاده از خدمات سایر ارائه‌دهندگان باید از PCP خود تائیدیه بگیرید. این تأییدیه، **ارجاع** نام دارد. با این حال، شما می‌توانید خدمات زیر را بدون نیاز به معرفی‌نامه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان داخل شبکه یا خارج از شبکه
- خدمات فوری تحت پوشش که نیاز به توجه پزشکی سریع دارند (اما اورژانسی نیستند) در صورتی که موقتاً خارج از محدوده خدمات طرح باشید، یا اگر به دلیل زمان، مکان و شرایطتان منطقی نباشد که این خدمات را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید. نمونه خدمات فوری شامل بیماری‌ها یا آسیب‌های پیش‌بینی‌نشده یا تشدید غیرمنتظره یک بیماری موجود است. ویزیت‌های روتین پزشکی (مثل معاینه سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح باشید یا شبکه ما موقتاً در دسترس نباشد، جزو خدمات فوری محسوب نمی‌شوند ویزیت‌های روتین پزشکی (مثل معاینه سالانه) حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح باشید یا شبکه ما موقتاً در دسترس نباشد، جزو خدمات فوری محسوب نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه در مراکز دیالیز تأیید شده توسط Medicare وقتی که خارج از محدوده خدمات طرح باشید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات با خدمات مشتریان تماس بگیرید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم که در طول سفر دیالیز دریافت کنید. اگر قبل از ترک محدوده خدمات با خدمات مشتریان تماس بگیرید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم که در طول سفر دیالیز دریافت کنید.
- واکسن آنفلوآنزا، واکسن COVID-19، واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه، تا زمانی که آن‌ها را از ارائه‌دهنده تحت قرارداد شبکه دریافت کنید.
- خدمات مراقبت درمانی معمول زنان و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه پستان، معاینه غربالگری ماموگرام (عکسبرداری با اشعه ایکس از سینه)، پاپ اسمیر و معاینه لگنی می شود تا زمانیکه آنها را از ارائه دهنده خدمات عضو شبکه دریافت کنید.

علاوه بر این، اگر شما یک عضو سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید بدون نیاز به معرفی‌نامه از PCP شبکه یا تأیید قبلی، خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی سرخپوستان (Indian Health Care Provider) به انتخاب خود دریافت کنید.

D2. مراقبت دریافتی از متخصصین و سایرین ارائه‌دهندگان شبکه

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

- آنکولوژیست ها پزشکانی هستند که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند.
- کاردیولوژیستها پزشکانی هستند که از بیماران با مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند.
- ارتوپدها پزشکانی هستند که از بیماران با مشکلات استخوان، مفصل یا عضله مراقبت می‌کنند.

هنگامی که PCP شما تصور می کند که به درمان تخصصی نیاز دارید، لازم خواهد بود که به شما یک ارجاع (تاییدیه قبلی) را برای مراجعه به متخصص در طرح درمانی یا سایر ارائه دهندگان خاص ارائه کند. PCP شما برای برخی انواع معرفی نامه ممکن است به دریافت اجازه قبلی از سوی CalOptima Health OneCare Complete نیاز داشته باشد (این موضوع "اجازه قبلی" نام دارد). برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه خدماتی به مجوز قبلی نیاز دارند، لطفاً به جدول مزایا در **فصل 4** مراجعه کنید.

یک معرفی‌نامه کتبی می‌تواند فقط برای یک ویزیت باشد، یا اگر شما به خدمات مداوم نیاز داشته باشید، می‌تواند یک معرفی‌نامه دائمی (Standing Referral) برای بیش از یک ویزیت باشد. ما باید به شما معرفی‌نامه دائمی برای مراجعه به یک متخصص واجد شرایط بدهیم اگر شما هر یک از شرایط زیر را داشته باشید:

- یک بیماری مزمن (مداوم)؛
- یک بیماری روانی یا جسمی تهدید کننده زندگی؛
- یک بیماری یا ناتوانی تحلیل‌برنده (Degenerative)؛
- هر بیماری یا وضعیتی که به اندازه کافی جدی یا پیچیده باشد و نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.

اگر در مواقع لازم معرفی‌نامه کتبی دریافت نکنید، ممکن است هزینه ویزیت پرداخت نشود. برای اطلاعات بیشتر، با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.

D3. وقتی یک ارائه‌دهنده از طرح ما خارج می‌شود

ممکن است ارائه دهنده عضو شبکه ای که در حال حاضر استفاده می کنید طرح ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شود، شما این حقوق و حمایت‌ها را دارید که در زیر خلاصه شده است:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید دسترسی متداوم به ارائه دهندگان مجرب را در اختیار شما قرار دهیم.
- ما به شما اطلاع می‌دهیم که ارائه‌دهنده‌تان از طرح ما خارج می‌شود تا شما زمان داشته باشید یک ارائه‌دهنده جدید انتخاب کنید.
  - اگر ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهنده سلامت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، در صورتی که در سه سال گذشته به آن ارائه دهنده مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
  - اگر هر کدام از ارائه‌دهندگان دیگر شما از طرح ما خارج شوند، اگر به عنوان بیمار آن ارائه دهنده اختصاص داده شده باشید، در حال حاضر از آن‌ها مراقبت دریافت کنید، یا در سه ماه گذشته به آن‌ها مراجعه کرده باشید، ما به شما اطلاع می‌دهیم.
- ما به شما کمک می‌کنیم یک ارائه‌دهنده واجد شرایط در شبکه انتخاب کنید تا مراقبت‌های درمانی شما ادامه پیدا کند.
- اگر در حال حاضر در حال دریافت درمان یا تراپی پزشکی از ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، شما حق دارید درخواست کنید که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی را از ارائه دهنده دیگری در شبکه ما ادامه دهید. ما با شما همکاری می‌کنیم تا مراقبت‌تان قطع نشود.
- ما به شما اطلاعاتی درباره دوره‌های ثبت‌نام و گزینه‌هایی که برای تغییر طرح دارید ارائه می‌دهیم.

- اگر نتوانیم یک متخصص واجد شرایط در شبکه پیدا کنیم که برای شما قابل دسترسی باشد، ما باید خدمات یک متخصص خارج از شبکه را برای مراقبت شما فراهم کنیم، وقتی که یک ارائه‌دهنده یا خدمات درون شبکه در دسترس یا کافی برای نیازهای پزشکی شما نباشد. برای دیدن ارائه‌دهنده خارج از شبکه، نیاز به تأیید قبلی وجود دارد.
- اگر متوجه شدید یکی از ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج می‌شود، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم یک ارائه‌دهنده جدید برای مراقبت خود انتخاب کنید.
- اگر فکر می‌کنید ما ارائه‌دهنده قبلی شما را با یک ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما را به‌خوبی مدیریت نمی‌کنیم، شما حق دارید شکایت کیفیت مراقبت را به سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO)، شکایت کیفیت مراقبت یا هر دو ارائه دهید. (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** مراجعه کنید.)

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه

وقتی خدمات تخصصی در داخل شبکه در دسترس نباشند، ممکن است بتوانید از ارائه دهندگان خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. برای دیدن ارائه‌دهنده خارج از شبکه، نیاز به تأیید قبلی وجود دارد. PCP شما باید درخواست بررسی را ارائه دهد. اگر این خدمات تأیید نشوند، ممکن است تغییراتی داده شود تا خدمات در داخل شبکه ارائه شود.

شما می‌توانید برای خدمات اورژانسی یا فوری، از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش H2** مراجعه کنید.

برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت خدمات دیالیز از ارائه دهندگان خارج از شبکه، به **بخش B** مراجعه کنید.

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

- ما نمی‌توانیم هزینه ارائه‌دهنده‌ای که واجد شرایط برای شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، پرداخت کنیم.
- اگر شما از ارائه‌دهنده‌ای استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نباشد، باید همه هزینه خدماتی که دریافت می‌کنید را خودتان بپردازید.
- اگر ارائه‌دهندگان واجد شرایط شرکت در Medicare نباشند باید به شما اطلاع بدهند.

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

شما حق دارید به خدمات سلامت رفتاری که از نظر پزشکی ضروری شناخته شده اند و توسط Medicare و Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، دسترسی داشته باشید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد شهرستان را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق خط دسترسی به خدمات سلامت روان Medi-Cal در اورنج کانتی (Orange County Medi-Cal Behavioral Health Plan, OCHCA) با شماره 1-800-723-8641، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته در دسترس شما هستند.

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

خدمات Medi-Cal دارویی (Drug Medi-Cal, DMC) که توسط طرح سلامت رفتاری OCHCA ارائه می‌شود شامل موارد زیر است:

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

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

- خدمات درمان سرپایی
- خدمات درمان سرپایی فشرده
- دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
- خدمات درمان اقامتی
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگی خدمات مراقبتی
- خدمات حمایت همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت مشروط (Contingency Management)
- خدمات درمان بستری

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

خدمات سلامت روان تخصصی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete نیستند، از طریق طرح سلامت روان OCHCA و با همکاری سازمان مراقبتهای بهداشتی (Health Care Agency) هماهنگ خواهند شد تا دسترسی یکپارچه برای اعضا تضمین شود. اعضاء می بایست ابتدا برای ارزیابی و ارجاع به سطح متناسب خدمات با تلفن خدمات بهداشت رفتاری CalOptima Health به شماره **1-855-877-3885** (**711** TTY) تماس بگیرند.

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

G. خدمات حمل و نقل

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری

اگر نیازهای پزشکی دارید که به شما اجازه نمی‌دهد از ماشین، اتوبوس یا تاکسی برای رفتن به قرار ملاقات‌هایتان استفاده کنید، حق استفاده از حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (non-emergency medical transportation, NEMT) را دارید. خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) می‌تواند برای تمام خدمات تحت پوشش Medi-Cal مانند خدمات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، ترک مواد مخدر و ویزیت داروخانه ارائه شود. اگر به خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی (NEMT) نیاز دارید، می توانید با PCP خود صحبت کرده و این خدمات را درخواست نمایید. PCP شما بهترین نوع حمل و نقل را برای رفع نیازهای شما تعیین خواهد کرد. اگر به NEMT نیاز داشته باشید، آنها با تکمیل فرم و ارسال آن به CalOptima Health OneCare Complete برای تأیید، دریافت خدمات را توصیه می‌کنند. بسته به نیاز پزشکی شما، ممکن است بتوانید این مجوز را تا سقف 12 ماه م دریافت کنید. پزشک مراقبت‌های اولیه شما (PCP) در صورت لزوم یا پس از انقضای درخواست قبلیتان، نیاز شما به NEMT را مجدداً ارزیابی خواهد کرد و ممکن است NEMT را تا 12 ماه دیگر تأیید کند.

NEMT می‌تواند شامل آمبولانس، ون حمل برانکارد، ون حمل و نقل صندلی چرخدار یا حمل و نقل هوایی باشد. CalOptima Health OneCare Complete کمترین هزینه حمل و نقل تحت پوشش و مناسب‌ترین NEMT را برای نیازهای پزشکی شما در زمانی که برای رفتن به قرار ملاقات خود به وسیله نقلیه نیاز دارید، فراهم می‌کند. یعنی، مثلاً اگر با توجه به شرایط جسمی یا پزشکی امکان استفاده از ون مخصوص صندلی چرخدار را داشته باشید، CalOptima Health OneCare Complete هزینه آمبولانس را پوشش نمی دهد. فقط در صورتی میتوانید از حمل و نقل هوایی استفاده کنید که استفاده از هیچ نوع حمل و نقل زمینی بر اساس وضعیت پزشکی شما ممکن نباشد.

NEMT زمانی استفاده میشود که:

- شما، همانطور که با مجوز کتبی از PCP شما تایید شده است، از نظر جسمی یا پزشکی به آن نیاز دارید زیرا نمی‌توانید از اتوبوس، تاکسی، ماشین یا ون برای رسیدن به قرار ملاقات خود استفاده کنید.
- به دلیل معلولیت جسمی یا ذهنی، برای رفت و آمد به محل سکونت، وسیله نقلیه یا محل درمان خود به کمک راننده نیاز دارید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

برای درخواست حمل و نقل پزشکی که پزشک شما برای **قرارهای ملاقات غیر فوری** تجویز کرده است، حداقل دو (2) روز کاری (دوشنبه تا جمعه) قبل از قرار ملاقات خود با CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-866-612-1256** (**711** TTY) تماس بگیرید. برای **برنامه ریزی**، در اولین فرصت تماس بگیرید. در هنگام تماس گرفتن، کارت عضویت خود را در دسترس داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

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

G2. حمل و نقل غیرپزشکی

مزایای حمل و نقل غیرپزشکی (NMT) شامل رفت و آمد به قرار ملاقات‌های شما برای خدماتی است که توسط ارائه دهنده شما مجاز شناخته شده اند. شما می توانید بدون هیچ هزینه ای خدمات را دریافت نمایید، در زمانی که:

- رفت و آمد به یک قرار ملاقات برای خدمات که توسط ارائه دهنده شما مجاز شناخته شده اند ، **یا**
- دریافت تجهیزات پزشکی و داروها.

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

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

بازپرداخت هزینه مسافت پیموده شده مستلزم رعایت موارد زیر است:

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

محدودیت‌های خدمات حمل و نقل غیر پزشکی

طرح CalOptima Health OneCare Complete کمترین هزینه حمل و نقل غیر پزشکی (NMT) را که نیازهای پزشکی شما را از منزل تا نزدیکترین ارائه دهنده خدمات درمانی که امکان تعیین وقت ملاقات وجود دارد، پوشش می‌دهد. **شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه‌ای دریافت کنید.**

NMT در موارد زیر اعمال **نمی‌شود:**

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

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

H1. دریافت مراقبت در فوریت های پزشکی

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

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

اگر در وضعیت پزشکی اورژانسی هستید:

- **هرچه زودتر کمک دریافت کنید.** با 911 تماس گرفته یا به نزدیک ترین بخش اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت لزوم یک آمبولانس درخواست کنید. **لزومی ندارد** که ابتدا از PCP خود اجازه یا ارجاع دریافت کنید. لزومی ندارد که به ارائه دهنده شبکه مراجعه کنید. شما می‌توانید مراقبت‌های پزشکی اورژانسی تحت پوشش را هر زمان که به آن نیاز دارید، در هر کجای ایالات متحده یا مناطق آن یا در سراسر جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای که دارای مجوز ایالتی مناسب باشد، حتی اگر آنها بخشی از شبکه ما نباشند، دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، وضعیت اضطراری خود را به طرح ما اطلاع دهید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری می‌کنیم. شما یا شخصی دیگری باید در مورد مراقبت اضطراری شما، معمولاً ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرد. با این حال، اگر اطلاع رسانی به ما را به تأخیر بیندازید، هزینه خدمات اضطراری را پرداخت نمی کنید. با CalOptima Health OneCare با شماره رایگان (**711** TTY)، **1-877-412-2734** از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

خدمات تحت پوشش در فوریت‌های پزشکی

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

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

ارائه دهندگانی که به شما مراقبت های اورژانسی می دهند، تصمیم می گیرند که چه زمانی وضعیت شما پایدار است و اورژانس پزشکی به پایان رسیده است. آنها به درمان شما ادامه خواهند داد و در صورت نیاز به مراقبت های بعدی برای بهتر شدن، برای برنامه ریزی با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما مراقبت‌های بعدی شما را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت اضطراری را از ارائه کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد تا ارائه کنندگان شبکه هر چه زودتر مراقبت از شما را به عهده بگیرند.

دریافت مراقبت‌های اورژانسی در صورتی که مشخص شود اورژانسی نبوده اند

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

H2. مراقبت فوری مورد نیاز

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

مراقبت‌های فوری مورد نیاز در منطقه تحت پوشش طرح ما

ما مراقبت‌های فوری مورد نیاز را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که:

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

اگر با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، مراجعه به یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی عضو شبکه امکان‌پذیر یا منطقی نباشد، ما مراقبت‌های فوری مورد نیاز شما را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی خارج از شبکه پوشش می‌دهیم.

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

مراقبت‌های فوری مورد نیاز خارج از منطقه تحت پوشش طرح ما

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

طرح شما مراقبت‌های فوری یا هرگونه مراقبت غیر اورژانسی دیگری را که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن دریافت می‌کنید، پوشش نمی‌دهد.

طرح ما خدمات مراقبتی اضطراری و فوری مورد نیاز در سراسر جهان را در خارج از ایالات متحده و سرزمین‌های آن تحت شرایط زیر پوشش می‌دهد:

- ما برای خدمات اضطراری، مراقبت های فوری و حمل و نقل اضطراری دریافتی در خارج از ایالات متحده، یک مزیت 100,000$ در سال تقویمی ارائه می دهیم. خدمات در سراسر دنیا تحت شرایط مشابه از لحاظ ضرورت پزشکی همانطور که در ایالات متحده دریافت می کنید پوشش داده خواهند شد.
- شما باید ابتدا هزینه خدمت پزشکی دریافت شده را پرداخت کنید، خلاصه ترخیص یا مدارک پزشکی معادل و مدارک پرداخت را ترجیحا به زبان انگلیسی و دلار آمریکا ارائه کنید. درخواست بازپرداخت را با تمام اسناد پشتیبانی به CalOptima Health OneCare Complete ارسال کنید و ما قبل از بازپرداخت، ضرورت و مناسب بودن ار نظر پزشکی را بررسی خواهیم کرد.

H3. دریافت مراقبت در وضعیت بحرانی

اگر فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس جمهور ایالات متحده در منطقه جغرافیایی شما وضعیت بحرانی یا اضطراری اعلام کنند، شما همچنان واجد شرایط دریافت مراقبت از طرح ما هستید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت مراقبت های مورد نیاز در صورت وقوع وضعیت بحرانی یا اضطراری اعلام شده به وب سایت ما مراجعه کنید: **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/benefits-and-services**.

در زمان یک وضعیت بحرانی اعلام شده، اگر نمی‌توانید از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، به شما اجازه می دهیم که بدون هیچ هزینه ای نسبت به دریافت مراقبت از ارائه کنندگان خارج از شبکه اقدام نمائید. در زمان یک وضعیت بحرانی اعلام شده، نمی توانستید از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می توانید داروهای تجویزی خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

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

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

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

طرح ما تمام خدماتی را پوشش می‌دهد که:

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

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

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

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

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

J. پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

J1. تعریف یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

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

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

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی که برای ثبت‌نام‌کنندگان تحت پوشش Original Medicare است، شرکت کنید، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما را تشویق می‌کنیم که با خدمات مشتریان تماس بگیرید و به ما اطلاع دهید که در یک کارآزمایی بالینی شرکت خواهید کرد.

J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

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

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

اگر شما بخشی از یک مطالعه هستید که Medicare آن را تأیید **نکرده است**، شما هرگونه هزینه‌ای را که برای شرکت در مطالعه لازم است، پرداخت می‌کنید.

J3. کسب اطلاعات بیشتر در مورد پژوهشهای بالینی

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

K1. تعریف موسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

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

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

K2. دریافت مراقبت از یک موسسه مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی مذهبی

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

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

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

- مرکزی که مراقبت را ارائه می کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
- طرح ما فقط جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
- اگر از این موسسه خدماتی دریافت می‌کنید که در یک مرکز به شما ارائه می‌شود:
  - شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید از ما مجوز دریافت کنید یا در غیراینصورت اقامت شما پوشش داده **نخواهد شد.**

محدودیت های پوشش Medicare برای بستری در بیمارستان اعمال می شوند. لطفاً به جدول مزایا در **فصل 4** مراجعه کنید.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME)

L1. دریافت DME به عنوان عضوی از طرح ما

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

شما صاحب برخی از اقلام DME مانند پروتز هستید.

انواع دیگر DME که باید اجاره کنید. به‌عنوان عضوی از طرح ما، شما معمولاً مالک اقلام DME اجاره‌ای **نیستید**، صرفنظر از مدت زمانی که آن‌ها را اجاره می‌کنید.

در برخی مواقع ما مالکیت DME که استفاده میکنید را به شما منتقل میکنیم. برای اطلاعات بیشتر با شماره‌های خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید.

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

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

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

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

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

- شما در مدت عضویت در طرح ما، مالک کالای DME نشده‌اید، **و**
- شما طرح ما را ترک می‌کنید و مزایای Medicare خود را خارج از هرگونه طرح درمانی در طرح اصلی Original Medicare یا طرح MA دریافت می‌کنید.

اگر قبل از پیوستن به طرح ما، هزینه اقلام DME را تحت پوشش Medicare اصلی یا طرح MA پرداخت کرده‌اید، **پرداخت‌های Medicare اصلی یا طرح MA جزو پرداخت‌هایی که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید، محسوب نمی‌شوند.**

- برای اینکه بتوانید DME را خریداری کنید، باید 13 قسط جدید را پشت سر هم تحت طرح Original Medicare یا تعدادی قسط جدید را پشت سر هم طبق طرح MA انجام دهید.
- هیچ استثنایی در این مورد وجود ندارد وقتی که به طرح Medicare اصلی یا طرح MA بازگردید.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن برای اعضای طرح ما

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

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
- لوله و لوازم جانبی مرتبط برای انتقال اکسیژن و محتویات اکسیژن
- تعمیر و نگهداری تجهیزات اکسیژن

تجهیزات اکسیژن باید زمانی که دیگر از نظر پزشکی برای شما ضروری نیست یا اگر از طرح ما خارج شوید، بازگردانده شوند.

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

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

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

- تجهیزات، لوازم و خدمات اکسیژن برای 24 ماه دیگر
- تجهیزات و لوازم اکسیژن تا پنج سال در صورت نیاز پزشکی

اگر در پایان دوره پنج ساله، تجهیزات اکسیژن هنوز از نظر پزشکی ضروری باشد:

- تامین کننده شما دیگر نیازی به ارائه آن ندارد و می توانید تجهیزات جایگزین را از هر تامین کننده ای دریافت کنید.
- یک دوره پنج ساله جدید شروع می شود.
- شما به مدت 36 ماه از تامین کننده تجهیزات را اجاره مینمایید
- سپس تامین کننده شما تجهیزات، مواد و خدمات اکسیژن را برای 24 ماه دیگر تمدید می کند.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد، هر 5 سال یک دوره جدید شروع می شود.

وقتی تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشد و **شما طرح ما را ترک کرده و به طرح MA دیگری بروید**، طرح حداقل آنچه را که Medicare اصلی پوشش می‌دهد، پوشش خواهد داد. می‌توانید از طرح جدید MA خود بپرسید که چه تجهیزات و لوازم اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه‌های شما چقدر خواهد بود.

فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

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

اعضای جدید CalOptima Health OneCare Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در CalOptima Health OneCare Complete برای دریافت مزایای Medicare خود در CalOptima Health OneCare Complete ثبت نام خواهید شد. شما همچنان می‌توانید خدمات Medi-Cal خود را از طرح درمانی Medi-Cal قبلی خود به مدت یک ماه دیگر دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق CalOptima Health OneCare Complete دریافت خواهید کرد. هیچ خللی در پوشش Medi-Cal شما ایجاد نخواهد شد. در صورت داشتن هرگونه سوال، لطفاً با ما با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما 66
B. قوانینی علیه ارائه دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می کنند 66
C. درباره جدول مزایای طرح ما 66
D. جدول مزایای طرح ما 70
E. حمایتهای اجتماعی 129
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما 133
F1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (California Community Transitions, CCT) 133
F2. خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental 133
F3. خدمات پشتیبانی در منزل (In-Home Supportive Services, IHSS) 134
F4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) مصوب 1915(c) 134
F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد) 138
G. مزایائی که توسط طرح ما، Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند 140

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A. خدمات تحت پوشش شما

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

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

اگر برای درک خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) انجام دهید.

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

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

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

C. درباره جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا خدماتی که طرح ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند را به شما نشان می‌دهد. (پوشش دارویی در **فصل 5** آمده است.) خدمات تحت پوشش را به ترتیب حروف الفبا فهرست می کند و آنها را توضیح می دهد.

ما هزینه های مربوط به خدمات مندرج در جدول مزایا را در صورت رعایت قوانین زیر پرداخت میکنیم. تا زمانی که همه شرایط پوشش ذکر شده در زیر را داشته باشید هیچگونه هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت **نمی کنید.**

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدماتی شامل مراقبت‌های پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و سوءمصرف مواد، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، تجهیزات و داروها باید «ضرورت پزشکی» داشته باشند. ضروری از نظر پزشکی، خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک بیماری یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی خود به آنها نیاز دارید. این شامل مراقبت هایی است که ازبستری شدن شما در بیمارستان یا مراکز پرستاری پیشگیری می کند. همچنین شامل خدمات، لوازم یا داروهایی است که طبق استاندارد پزشکی قابل قبول هستند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- برای ثبت‌نام‌کنندگان جدید، در 90 روز اول، ممکن است از شما نخواهیم از قبل برای هر دوره فعال درمانی تأییدیه بگیرید، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که با ارائه‌دهنده خارج از شبکه شروع شده است.
- شما مراقبت‌های خود را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت می‌کنید. ارائه دهنده خدمات شبکه، ارائه دهنده ای است که با ما همکاری می کند. در بیشتر موارد، مراقبتی که از یک ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش داده نمی‌شود، مگر اینکه یک مراقبت اورژانسی یا فوری باشد یا مگر اینکه طرح ما یا ارائه دهنده شبکه شما را ارجاع داده باشد. این بدان معناست که ممکن است لازم باشد هزینه کامل خدمات خارج از شبکه‌ای که دریافت می‌کنید را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از ارائه دهندگان شبکه و خارج از شبکه دارد.
- شما یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در برخی موارد، PCP شما باید قبل از اینکه بتوانید از خدمات ارائه‌دهنده‌ای که PCP شما نیست یا از سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح خود استفاده کنید، به شما تأییدیه بدهد. به این کار ارجاع می‌گویند. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع و زمانی که شما به آن نیاز **ندارید** دارد.
- ما برخی از خدمات ذکر شده در جدول مزایا را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک شما و یا یکی دیگر از ارائه کنندگان عضو شبکه قبلاً از ما مجوز دریافت کرده باشند. به این مجوز قبلی (prior authorization, PA) گفته می‌شود. ما خدمات تحت پوشش در جدول مزایا را که نیاز به PA دارند با ستاره (*) علامت گذاری می‌کنیم.
- اگر طرح ما تأیید درخواست PA را برای یک دوره درمانی ارائه می کند، تأیید باید تا زمانی که از نظر پزشکی معقول و ضروری باشد معتبر باشد تا از اختلال در مراقبت بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه های ارائه دهنده درمان جلوگیری شود.
- مانند تمام طرح‌های درمانی Medicare، ما تمام مواردی را که Medicare اصلی پوشش می‌دهد، پوشش می‌دهیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش و هزینه‌های Original Medicare، |به دفترچه راهنمای *Medicare & You 2027* خود مراجعه کنید.) این اطلاعات را به صورت آنلاین در www.Medicare.gov مشاهده کنید یا از طریق تماس با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE یک کپی از آن را درخواست کنید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)
- اگر Medicare در طول سال 2027 پوشش خدمات جدیدی را اضافه کند، Medicare یا طرح ما آن خدمات را پوشش خواهد داد.
- اگر در مدت سه ماه شرایط عضویت خود در Medi-Cal را از دست بدهید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح Medicare Advantage ادامه خواهیم داد. با این حال، پوشش Medi-Cal شما ممکن است زودتر از پوشش Medicare شما با ما پایان یابد. وقتی پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. شما می‌توانید مزایای Medicare خود را حفظ کنید، اما مزایای Medi-Cal خود را از دست خواهید داد.

- ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در حالی که هنوز توسط Medicare خود تحت پوشش ما هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal احیا شود، ما پرداخت هزینه‌های مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و پوشش شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر پس از لغو عضویت شما از پوشش Medicare، دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، باید برای عضویت مجدد در طرح با ما تماس بگیرید.

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

- اگر هر یک از بیماری‌های مزمن ذکر شده در زیر را دارید و معیارهای خاصی را برآورده می‌کنید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن باشید:
  - وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر؛
  - اختلالات خودایمنی محدود به پلی‌آرتریت ندوزا، پلی‌میالژیا روماتیکا، پلی‌میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوز سیستمیک؛
  - سرطان، به استثنای مرحله پیش سرطانی یا مرحله درجا (in-situ).
  - اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی‌های قلبی، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق محیطی و اختلال ترومبوآمبولی مزمن وریدی؛
  - نارسایی مزمن قلب؛
  - فشار خون مزمن؛
  - زوال حافظه یا دمانس؛
  - هایپرلیپیدمی مزمن؛
  - دیابت شیرین؛
  - اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛
  - بیماری مزمن دستگاه گوارش
  - بیماری مزمن کلیه (CKD)
  - اختلالات خونی شدید محدود به کم‌خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسپلازی، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ویژگی سلول داسی شکل) و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن؛
  - HIV/AIDS;
  - اختلالات مزمن ریه محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم؛ فیبروز ریوی و فشار خون ریوی؛
  - بیماری‌های روانی مزمن و ناتوان‌کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو؛ اختلالات عصبی محدود به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (یعنی همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون، پلی‌نوروپاتی، تنگی کانال نخاعی و نقص عصبی مرتبط با سکته مغزی؛

- سکته مغزی؛
- پس از عمل پیوند عضو؛
- نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده سیستم ایمنی؛
- شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛
- شرایطی با چالش‌های عملکردی؛
- بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند؛ و
- شرایطی که برای حفظ یا ادامه عملکرد افراد، نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند.

- برای تعیین اینکه آیا واجد شرایط دریافت مزایای اضافی هستید یا خیر، طرح درمانی یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما، تشخیص شما را تأیید خواهد کرد.
- برای اطلاعات بیشتر به ردیف «کمک برای برخی بیماری‌های مزمن» در جدول مزایا مراجعه کنید.
- برای اطلاع از اینکه دقیقاً واجد شرایط دریافت کدام مزایا هستید، با ما تماس بگیرید.
- برای جزئیات بیشتر، به ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن» در جدول مزایا در قسمت زیر مراجعه کنید.

کلیه خدمات پیشگیرانه رایگان می باشند. این سیب خدمات پیشگیرانه را در جدول مزایا نشان می‌دهد.

D. جدول مزایای طرح ما

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	**غربالگری آنوریسم آئورت شکمی** ما هزینه یکبار سونوگرافی تشخیصی برای افراد در معرض خطر را می پردازیم. طرح ما فقط در صورتی این غربالگری را پوشش می‌دهد که شما عوامل خاص خطر را داشته باشید و از پزشک، دستیار پزشک (physician assistant, PA)، پرستار متخصص (nurse practitioner, NP) یا متخصص پرستاری بالینی (clinical nurse specialist, CNS) خود برای آن ارجاع دریافت کرده باشید.	$0
	طب سوزنی ما هزینه حداکثر دو دوره خدمات طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا در صورت ضرورت پزشکی، به دفعات بیشتر، پرداخت می‌کنیم. همچنین در صورت داشتن کمردرد مزمن، تا 12 ویزیت طب سوزنی در 90 روز را پرداخت می کنیم در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید: • مدت کمر درد 12 هفته یا بیشتر باشد؛ • مشکل غیر سیستمیک باشد (بدون علت سیستمیک قابل شناسایی، مانند عدم ارتباط با بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی)؛ • ربطی به جراحی نداشته باشد؛ و • ربطی به بارداری نداشته باشد. علاوه بر این، در صورت نشانه های بهبودی، هزینه هشت جلسه طب سوزنی اضافی برای کمردرد مزمن را پرداخت می‌کنیم. برای درمان کمردردهای حاد شما نمی توانید درطول سال بیش از 20 جلسه طب سوزنی دریافت کنید. اگر بهبود نیافتید یا بدتر شدید، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شوند. الزاماتی که ارائه دهنده باید رعایت کند: پزشکان می‌توانند طب سوزنی را مطابق با الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

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

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

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
خدمات پیشگیری از آسم شما می‌توانید آموزش‌های لازم در مورد آسم و ارزیابی محیط خانه برای عوامل محرکی که معمولاً در منزل افراد مبتلا به آسم کنترل نشده یافت می‌شوند را دریافت کنید.	$0
سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی از اقدامات درمانی و آزمایشها را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا پوکی استخوان هستند) پرداخت می‌کنیم. این اقدامات توده استخوانی را شناسایی می‌کنند، تحلیل استخوان را پیدا می‌کنند یا کیفیت استخوان را می‌سنجند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک بار و در صورت ضرورت پزشکی به دفعات بیشتر می پردازیم. ما هزینه پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز تقبل می کنیم.	$0
غربالگری سرطان سینه (ماموگرافی) ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • یک ماموگرافی پایه بین سنین 35 تا 39 سال • یک ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه • معاینه بالینی سینه هر 24 ماه یکبار	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات توانبخشی قلبی*	$0
	ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضاء باید ازطرف پزشک خود ارجاع یا دستور داشته باشند و شرایط خاصی را داشته باشند. اگر حداقل یکی از شرایط زیر را داشته باشید، ما این برنامه‌های جامع را پوشش می‌دهیم: • سکته قلبی در 12 ماه گذشته • جراحی بای پس عروق قلب • آنژین صدری پایدار (درد قفسه سینه) • ترمیم یا تعویض دریچه قلب • آنژیوپلاستی کرونری (یک روش پزشکی که برای باز کردن شریان مسدود شده استفاده می‌شود) یا استنت‌گذاری کرونری (روشی که برای باز نگه داشتن شریان استفاده می‌شود) • پیوند قلب یا قلب و ریه • نارسایی مزمن قلبی پایدار محدودیت‌های پوشش: شما می‌توانید تا 36 جلسه توانبخشی قلبی داشته باشید. شما می‌توانید دو جلسه در روز داشته باشید (هر جلسه یک ساعت طول می‌کشد) و این برنامه می‌تواند تا 36 هفته ادامه داشته باشد. اگر واجد شرایط باشید، ممکن است بتوانید 36 جلسه دیگر دریافت کنید که می‌توانند در یک دوره زمانی طولانی‌تر ادامه یابد. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات کایروپراکتیک ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • تنظیمات ستون فقرات برای اصلاح تراز بدن Medi-Cal خدمات کایروپراکتیک محدود به دو سرویس در ماه را همراه با طب سوزنی، شنوایی شناسی، کاردرمانی و خدمات گفتار درمانی پوشش می دهد. ممکن است Medi-Cal سایر خدمات را در صورت لزوم پزشکی از قبل تأیید کند. اعضای زیر واجد شرایط دریافت خدمات کایروپراکتیک هستند: • زنان باردار در پایان ماه که شامل 60 روز پس از اتمام بارداری آنها است؛ • ساکنین مراکز پرستاری تخصصی، مراکز مراقبت‌های میان‌دوره‌ای یا مراکز مراقبت‌های نیمه‌حاد • همه اعضا، زمانی که خدمات در بخش‌های سرپایی بیمارستان‌های شهرستان، کلینیک‌های سرپایی، FQHCها یا RHCهایی که در شبکه CalOptima Health OneCare Complete هستند ارائه می‌شود. همه مراکز FQHC ها، RHC ها یا بیمارستان های کانتی خدمات سرپایی کایروپراکتیک را ارائه نمی دهند.	$0

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

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات دندانپزشکی* ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی، از جمله اما نه محدود به، جرم‌گیری، پر کردن و دندان مصنوعی را پرداخت می‌کنیم. آنچه ما پوشش نمی‌دهیم، از طریق Medi-Cal Dental، که در **بخش F2** در قسمت زیر توضیح داده شده است، در دسترس باشد. ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را در صورتی که بخش جدایی‌ناپذیر از درمان خاص بیماری اصلی فرد باشد، پرداخت می‌کنیم. نمونه‌هایی از این موارد شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان برای آماده‌سازی جهت پرتودرمانی سرطان فک، یا معاینات دهانی قبل از پیوند عضو است. ما خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه و جامع از جمله موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • دو معاینه دهان و دندان • جرم گیری پیشگیرانه • خدمات ترمیمی • پروتزهای دندانی، و • خدمات دندانپزشکی عمومی جانبی. برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایای دندانپزشکی موجود از طریق Medi-Cal Dental، به **فصل 4، بخش F2** این *کتابچه راهنمای* اعضا مراجعه کنید. اگر برای یافتن دندانپزشک به کمک نیاز دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0
	**غربالگری افسردگی** ما هر سال هزینه یک غربالگری افسردگی را می پردازیم. غربالگری باید در یک مرکز مراقبت‌های اولیه انجام شود که بتواند درمان‌های بعدی و/یا ارجاعات را ارائه دهد.	$0

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

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

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

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	کارت OneCare Flex: • داروها و القام بدون نسخه (Over-the-Counter, OTC) اگر معیارهای SSBCI را دارید: • مواد غذایی سالم و تره بار شما هر سه ماه 170$ از طریق کارت OneCare Flex خود دریافت می‌کنید تا با کارت OneCare Flex خود، اقلام و لوازم OTC موجود در فروشگاه‌های خرده‌فروشی و از طریق کاتالوگ سفارش پستی را خریداری کنید. یک کارت نقدی پیش‌پرداخت شده را از طریق پست دریافت خواهید کرد. قبل از استفاده از کارت، باید آن را فعال کنید: • کمک هزینه مزایا در روز اول هر دوره سه ماهه واریز می‌شود: ژانویه، آوریل، جولای و اکتبر • مانده حساب به سه ماهه (سه ماهه های) بعدی منتقل نمی شود • شما می‌توانید اقلام بدون نسخه مانند داروهای سرماخوردگی و سرفه، استامینوفن، باند و سایر محصولات واجد شرایط را خریداری کنید. در صورت سفارش از طریق کاتالوگ سفارش پستی OTC، اقلام مستقیماً به منزل شما ارسال می‌شوند. • شما یک کاتالوگ برای سفارش پستی همرا ه با دستورالعمل و اطلاعات کامل در مورد اقلامی که میتوانید با این کمک هزینه بخرید دریافت خواهید کرد. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	کارت OneCare Flex: (ادامه) **مزایای مکمل ویژه برای بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن (Special (Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI** **مواد غذایی سالم و تره بار** برخی از اعضا که بیماری‌های مزمن خاصی دارند** ممکن است هر سه ماه یکبار واجد شرایط استفاده از کمک هزینه 170$ برای خرید غذا و محصولات سالم، از جمله اما نه محدود به محصولات غذایی تازه، غذاهای کامل، غذاهای منجمد و کنسرو شده، باشند. • الکل، دخانیات، نوشیدنی‌های شیرین و سایر مواد غذایی ناسالم با استفاده از کارت اعتباری flex card قابل خریداری نخواهند بود. **همه اعضا واجد شرایط دریافت مزایای SSBCI نخواهند بود. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه واجد شرایط بودن، لطفاً به ردیف «کمک در مورد برخی بیماری‌های مزمن» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.	$0
	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه‌دهنده‌ای - چه ارائه‌دهنده شبکه و چه ارائه‌دهنده خارج از شبکه - را انتخاب کنید. این به معنی هر پزشک، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا مرکز تنظیم خانواده است. ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • معاینات و درمان های مربوط به تنظیم خانواده • آزمایشهای مورد لزوم تنظیم خانواده و آزمایش‌های تشخیصی • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD، ایمپلنت، تزریق، قرص‌های ضدبارداری، چسب یا حلقه) • لوازم تنظیم خانواده با نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، فیلم، دیافراگم، کلاهک) • خدمات محدود باروری مانند مشاوره و آموزش در مورد تکنیک‌های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت قبل از بارداری، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STIs) **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات تنظیم خانواده (ادامه) • مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • پیشگیری دائمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال یا بیشتر داشته باشید. شما باید یک فرم فدرال رضایت نامه عقیم سازی را حداقل 30 روز ولی نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی امضاء کنید.) • مشاوره ژنتیک ما هزینه برخی دیگر از خدمات تنظیم خانواده را هم می پردازیم. با این وجود شما باید جهت استفاده از خدمات ذیل به یکی از ارائه کنندگان عضو شبکه مراجعه نمائید: • درمان بیماری‌های منجر به ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی برای باردار شدن نمی‌شود.) • درمان ایدز و سایر بیماری های مرتبط با HIV • آزمایش های ژنتیک	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مزایای تناسب اندام (One Pass) ما از طریق One Pass امکان عضویت در مراکز تناسب اندام تحت قرارداد را ارائه می‌دهیم. بدون هیچ هزینه اضافی برای اعضا در دسترس است. • به یک شبکه ورزشی سراسری و مراکز محلی YMCA و کلاس‌های تناسب اندام آنلاین دسترسی داشته باشید. • به کلاس‌های تناسب اندام دیجیتال و تمرینات درخواستی به صورت زنده دسترسی داشته باشید • سالانه یک بسته تناسب اندام خانگی دریافت کنید. از بین سه گزینه بسته ها، یکی را انتخاب کنید: کیت تناسب اندام (باندهای کششی مقاومتی)، کیت یوگا (زیرانداز یوگا)، کیت زومبا (فیلم‌های تمرینی) چگونه شروع کنید: • به YourOnePass.com بروید • روی «شروع» کلیک کنید و دستورالعمل‌ها را دنبال کنید • کد عضویت One Pass خود را از صفحه داشبورد دریافت کنید • برای جستجوی مراکز تناسب اندام در نزدیکی خود، روی «تناسب اندام» و سپس «یافتن باشگاه‌های ورزشی» کلیک کنید. • کد عضویت One Pass خود را زمانی که به هر مرکز تحت قراردادی مراجعه می‌کنید، همراه داشته باشید و کارکنان، عضویت شما را برای همه بازدیدهای بعدی تنظیم خواهند کرد کد عضویت One Pass شما یک کد واحد است که به شما امکان دسترسی به هر مرکز تناسب اندام در شبکه را می‌دهد. علاوه بر این، از آن برای دسترسی به شرکتهای آنلاین تناسب اندام و سایر پیشنهادات One Pass استفاده کنید.	$0

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
برنامه های آموزش بهداشت و تندرستی ما برنامه‌های زیادی ارائه می‌دهیم که بر روی شرایط خاص سلامتی تمرکز دارند. این موارد عبارتند از: • کلاس های آموزش بهداشتی؛ • کلاس های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و دخانیات؛ **و** • تلفن مشاوره پرستاری	$0
خدمات شنوائی* ما هزینه آزمایشات شنوائی و تعادل انجام شده توسط ارائه دهنده شما را پرداخت می کنیم. این تست ها نیاز شما به درمان های پزشکی را مشخص می کنند. هنگامیکه این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوائی یا سایر ارائه کنندگان واجد شرایط دریافت می کنید، خدمات تحت پوشش مراقبت بیماران غیربستری می باشند. ما همچنین هزینه سمعک را در صورت تجویز توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط، از جمله در موارد زیر، پرداخت می‌کنیم: • قالب‌ها، لوازم و قطعات الحاقی • تعمیرات • اولین سری باتری دریافت شده • شش جلسه برای آموزش، تنظیمات و نصب سمعک با همان فروشنده پس از دریافت سمعک • اجاره سمعک در دوره آزمایشی • دستگاه‌های کمک شنوایی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی سطحی • خدمات شنوایی سنجی مرتبط با سمعک و ارزیابی پس از آن *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0 CalOptima Health OneCare Complete مبلغ $500 کمک هزینه سخت‌افزار شنوایی را قبل از کمک هزینه $1,510 Medi-Cal، تحت پوشش OneCare قرار می‌دهد.

	خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
	کمک به برخی بیماری‌های مزمن اگر بیماری‌های مزمن خاصی دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن (special supplemental benefits for the chronically ill, SSBCI) باشید. برای مشاهده فهرست بیماری‌های مزمن واجد شرایط، به ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری‌های مزمن» در ادامه این نمودار مراجعه کنید. اگر واجد شرایط SSBCI باشید، ممکن است مزایای SSBCI زیر را دریافت کنید: • **کمک هزینه مواد غذایی و تره بار** برای اطلاعات مربوط به موارد شامل این مزایا، لطفاً به ردیف «کارت OneCare Flex» در ابتدای این نمودار مراجعه کنید. • **حمل و نقل به فروشگاه‌های مواد غذایی و باشگاه‌های ورزشی** برای اطلاعات مربوط به موارد شامل این مزایا، لطفاً به ردیف «حمل و نقل» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.	$0
	غربالگری HIV ما هزینه یک آزمایش غربالگری HIV را هر 12 ماه یکبار برای افرادی پوشش می دهیم که: • درخواست آزمایش غربالگری HIV کنید، **یا** • افرادی که در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به عفونت HIV هستند. اگر باردار هستید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول دوران بارداری پرداخت می‌کنیم. ما همچنین هزینه غربالگری(های) اضافی HIV را در صورت توصیه پزشک شما پرداخت می‌کنیم.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل* پیش از دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، یک پزشک باید نیاز شما به این خدمات را به ما اعلام کند و این خدمات باید توسط یک مرکز خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل ارائه شوند. شما باید خانه نشین باشید، یعنی ترک خانه برای شما بسیار مشکل باشد. ما هزینه های خدمات زیر و خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • خدمات پرستاری ماهر پاره وقت یا متناوب و کمک های بهداشتی در منزل (برای اینکه تحت پوشش مزایای مراقبت های بهداشتی در منزل قرار گیرند، مجموع خدمات پرستاری ماهر و کمک های بهداشتی در منزل شما باید کمتر از هشت ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و تجهیزات پزشکی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبتهای آسایشگاهی بیماران لاعلاج اگر ارائه کننده خدمات و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص دهند که شما بیماری لاعلاجی دارید، شما از حق انتخاب خدمات آسایشگاهی برخوردار هستید. منظور از پیش بینی ابتلا به بیماری لاعلاج این است که انتظار می رود فردی که بیماری لاعلاج دارد شش ماه یا کمتر زنده بماند. شما می‌توانید از هر برنامه آسایشگاهی بیماران لاعلاج که مورد تایید Medicare باشد، مراقبت دریافت کنید. طرح ما باید به شما در یافتن برنامه‌های آسایشگاه دارای مجوز Medicare در حوزه خدمات طرح، از جمله برنامه‌هایی که ما مالک، کنترل‌کننده یا دارای منافع مالی در آنها هستیم، کمک کند. پزشک مراقبت آسایشگاهی شما می‌تواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه باش. خدمات تحت پوشش عبارتند از: • داروهایی برای درمان علائم و درد • استراحت موقت برای مراقب دائم • مراقبت در منزل وقتی در یک آسایشگاه بیماران لاعلاج بستری می‌شوید، حق دارید در طرح ما بمانید. **برای خدمات مراقبت آسایشگاهی بیماران لاعلاج که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B هستند و مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما هستند و برای Medicare صورتحساب صادر می‌شود:** • Medicare اصلی (Original Medicare) (و نه طرح ما) هزینه خدمات آسایشگاهی و هرگونه خدمات بخش A یا B مربوط به بیماری لاعلاج شما را به ارائه دهنده خدمات آسایشگاهی پرداخت خواهد کرد. در مدتی که در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی هستید، ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی شما، هزینه‌های خدماتی را که Original Medicare پرداخت می‌کند، از Original Medicare دریافت خواهد کرد. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0 سهم هزینه برای مراقبت‌های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای گواهی Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاهی شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare و نه CalOptima Health OneCare Complete پرداخت می شود.

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبتهای آسایشگاهی بیماران لاعلاج (ادامه) **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند:** • طرح ما خدماتی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند. ما این خدمات را صرف نظر از اینکه مربوط به بیماری لاعلاج شما باشند یا نباشند، پوشش می‌دهیم. شما هیچ هزینه ای بابت این خدمات نمی پردازید. **برای داروهائی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare بخش D از طرح ما باشند:** • داروها هرگز همزمان تحت پوشش آسایشگاه و طرح ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه نمائید. **توجه:** گر یک بیماری جدی دارید، ممکن است واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید، که مراقبت های مبتنی بر بیمار و خانواده محور را برای بهبود کیفیت زندگی شما ارائه می دهد. شما می‌توانید همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت‌های تسکینی نیز دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت‌های تسکینی درقسمت زیر مراجعه کنید. **توجه:** اگر به مراقبت‌های **غیر** از مراقبت‌های آسایشگاهی نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی و/یا بخش خدمات مشتریان خود تماس بگیرید. مراقبت‌های غیرآسایشگاهی، مراقبتی است که به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شود. طرح ما مشاوره برای خدمات آسایشگاه (فقط یک بار) را برای یک عضو مبتلا به بیماری لاعلاج که مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است، پوشش می دهد.	$0 سهم هزینه برای مراقبت‌های آسایشگاهی تحت پوشش Medicare. هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای گواهی Medicare ثبت نام می کنید، هزینه خدمات آسایشگاهی شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به پیشبینی تشخیصی بیماری لاعلاج شما توسط Original Medicare و نه CalOptima Health OneCare Complete پرداخت می شود.

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات پشتیبانی در خانه- مراقبت همراه ما هزینه خدمات زیر را تا سقف 90 ساعت در سال پرداخت می‌کنیم: • حمل و نقل: برای قرار ملاقات با پزشک، خرید مواد غذایی و دریافت دارو (Rx). • کارهای خانه: کمک درنظافت سبک، مرتب کردن و شستن لباسها. • خدمات اجتماعی: گفتگو، بازی‌های جمعی، مطالعه و آماده‌سازی غذا. • راهنمایی فنی: آموزش فناوری‌های جدید، نصب دستگاه‌ها و خدمات درمانی از راه دور. • ورزش و فعالیت: پیاده‌روی، دوچرخه‌سواری و رفت و آمد به باشگاه ورزشی. • کمک از راه دور: ویزیت به صورت مجازی • ارسال مواد غذایی و دارو (Rx). اعضا باید از شرکت طرف قرارداد CalOptima Health OneCare Complete، یعنی Papa، استفاده کنند. برای برنامه ریزی این خدمات لطفاً با Papa توسط شماره 1-833-200-6889 تماس بگیرید.	$0

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
واکسیناسیون ها ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • واکسن ذات الریه • واکسن آنفولانزا/ flu، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، و در صورت لزوم پزشکی، واکسن‌های اضافی آنفولانزا • واکسن هپاتیت B اگر تا به حال یک سری کامل واکسن دریافت نکرده‌اید، سابقه واکسیناسیون خود را نمی‌دانید، یا بیماری دیگری دارید که شما را در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B قرار می‌دهد • واکسن COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • واکسن‌های دیگر اگر در معرض خطر هستید و با قوانین پوشش Medicare بخش B مطابقت دارند ما هزینه واکسن‌های دیگری را که با قوانین پوشش Medicare بخش D مطابقت دارند، پرداخت می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت های بستری در بیمارستان* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی،اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی) اتاق خصوصی) • وعده‌های غذایی، از جمله رژیم‌های غذایی خاص • خدمات منظم پرستاری • هزینه‌های بخش‌های مراقبت ویژه، مانند مراقبت‌های ویژه (ICU) یا بخش‌های مراقبت‌های قلبی (CCU) • داروها و مواد دارویی • تست های آزمایشگاهی • عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی مورد نیاز • وسایل برقی مانند ویلچر • ارائه کنندگان خدمات پیوند اعضاء می توانند عضو شبکه بوده و یا خارج از آن فعالیت نمایند. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری درمان سوء مصرف مواد • در برخی موارد، انواع پیوندهای زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی و روده/چند احشایی. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0 پس از تثبیت وضعیت اورژانسی‌تان، برای دریافت مراقبت‌های بستری در بیمارستان‌های خارج از شبکه، باید از طرح ما تأییدیه بگیرید.

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت‌های بستری در بیمارستان * (ادامه) اگر به پیوند اعضا نیاز داشته باشید، یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا شما کاندید مناسبی برای پیوند هستید یا خیر. ارائه دهندگان خدمات پیوند عضو ممکن است محلی یا خارج از منطقه تحت پوشش باشند. اگر ارائه دهندگان خدمات پیوند اعضا محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می‌توانید خدمات پیوند خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر طرح ما خدمات پیوند اعضا را خارج از الگوی مراقبتی جامعه ما ارائه دهد و شما تصمیم بگیرید که پیوند عضو خود را در آنجا انجام دهید، ما هزینه‌های اقامت و سفر شما و یک نفر دیگر را ترتیب داده یا پرداخت می‌کنیم. • خون، شامل ذخیره‌سازی و تجویز. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده فقط با چهارمین پاینت خون مورد نیاز شما شروع می‌شود. شما باید یا هزینه سه پاینت اول خونی که در یک سال تقویمی دریافت می‌کنید را بپردازید یا خودتان یا شخص دیگری از طرف شما خون را اهدا کنید. تمام اجزای دیگر خون با شروع از اولین پاینت خون، پوشش داده می‌شوند. • خدمات پزشک **توجه:** برای بستری شدن، ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید دستوری مبنی بر پذیرش رسمی شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کند. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان «بیمار سرپایی» محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر در برگه اطلاعات Medicare با عنوان *مزایای بیمارستان Medicare* در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf یا با تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در دسترس است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی* ما هزینه خدمات مراقبت‌های سلامت روان که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند را پرداخت می‌کنیم. • اگر به خدمات بستری در یک بیمارستان روانی مستقل نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت می کنیم. پس از آن، سازمان بهداشت روان محلی شهرستان، هزینه خدمات بستری روانپزشکی که از نظر پزشکی ضروری هستند را پرداخت می‌کند. مجوز مراقبت‌های بیشتر از 190 روز با هماهنگی سازمان بهداشت روان شهرستان مربوطه صادر می‌شود. • محدودیت 190 روزه شامل خدمات بهداشت روانی بستری در بخش روانپزشکی بیمارستان عمومی **نمی شود.** • اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی که در موسسه بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) دریافت می‌کنید را پرداخت می‌کنیم). *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شون د.	$0

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

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

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (low dose computed tomography, LDCT) طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یکبار پرداخت می کند اگر شما: • بین 50 تا 77 سال سن داشته باشید، و • یک ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک با پزشک یا یک ارائه کننده واجد شرایط دیگر داشته اید، و • بدون داشتن هیچگونه علامت یا نشانه ای به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده اید یا الان سیگار می کشید یا در 15 سال گذشته ترک کرده اید. پس از اولین غربالگری، طرح ما با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه دهندگان واجد شرایط هر ساله هزینه غربالگری دیگری را پرداخت می‌کند. اگر ارائه دهنده تصمیم به ارائه مشاوره غربالگری سرطان ریه و ویزیت تصمیم‌گیری مشترک برای غربالگری سرطان ریه بگیرد، این ویزیت باید معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی را داشته باشد.	$0

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
تغذیه درمانی پزشکی* این مزایا برای افرادی است که دیابت دارند یا به بیماری های کلیوی بی نیاز از دیالیز مبتلا هستند. این درمان همچنین برای بعد از اعمال جراحی پیوند کلیه و درصورت ارجاع از سوی پزشک شما ارائه می شود. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره انفرادی را در طول اولین سالی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی را تحت Medicare دریافت می کنید، پرداخت می کنیم. ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم. در سال های بعدی، این هزینه برای دو ساعت در سال برای خدمات مشاوره حضوری پرداخت خواهد شد. اگر بیماری، درمان و یا تشخیص شما تغییر کند ممکن است با دریافت ارجاع از پزشک میزان ساعات درمان نیز برای شما افزایش پیدا کند. این خدمات باید از سوی یک پزشک تجویز شود؛ همچنین در صورت نیاز به ادامه این خدمات در سال تقویمی بعدی، ارجاع باید هر سال از سوی پزشک شما تمدید گردد. ممکن است ما خدمات اضافی را در صورتی که الزام پزشکی داشته باشند تایید کنیم. *با ارائه دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.	$0
برنامه پیشگیری دیابت Medicare یا (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP برای افزایش رفتارهای سالم شما طراحی شده است. به شما آموزشهای عملی در مورد: • تغییرات طولانی مدت رژیم غذایی، و • افزیش فعالیت بدنی،, و • راه هایی برای غلبه بر مشکلات در حفظ وزن کاهش یافته و زندگی سالم را ارائه می دهد.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	داروهای Medicare بخش B این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می باشند. طرح ما هزینه داروهای زیر را پرداخت خواهد کرد: • داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و هنگام دریافت خدمات پزشک، خدمات سرپایی بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی به شما تزریق یا ارائه می‌شوند • انسولین ارائه شده از طریق یک وسیله پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین ضروری پزشکی) • سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) که طرح ما مجاز دانسته است، مصرف می‌کنید • داروی آلزایمر ®Leqembi (با نام ژنریک lecanemab) که به صورت داخل وریدی (IV) تجویز می‌شود. علاوه بر هزینه‌های دارو، ممکن است قبل و/یا در طول درمان به اسکن‌ها و آزمایش‌های اضافی نیاز داشته باشید. با پزشک خود در مورد اسکن‌ها و آزمایش‌هایی که ممکن است به عنوان بخشی از درمان خود نیاز داشته باشید، صحبت کنید. • فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به هموفیلی مصرف می کنید • داروهای پیوند عضو/سرکوب کننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد، هزینه درمان دارویی پیوند را پوشش می‌دهد. شما باید در زمان پیوند تحت پوشش، بخش A و در زمان دریافت داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، بخش B را داشته باشید. اگر بخش B داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی را پوشش ندهد، Medicare بخش D آنها را پوشش می‌دهد. • داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها در صورتی پرداخت می شود که خانه نشین باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یائسگی می شود و نمی توانید دارو را خودتان تزریق کنید • برخی از آنتی ژن ها: Medicare آنتی ژن ها را پوشش می دهد اگر پزشک آنها را آماده کند و فردی که به درستی آموزش داده شده (که می تواند شما، بیمار باشید) آنها را تحت نظارت مناسب استفاده کنند. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	داروهای Medicare بخش B (ادامه) • برخی داروهای خوراکی ضد سرطان: Medicare برخی از داروهای خوراکی سرطان را که به صورت خوراکی مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی موجود باشد یا دارو یک پیش‌دارو (شکل خوراکی دارویی باشد که هنگام مصرف، به همان ماده مؤثر موجود در داروی تزریقی تجزیه می‌شود) باشد. با عرضه داروهای جدید خوراکی سرطان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش ندهد، بخش D پوشش می دهد • داروهای ضد تهوع خوراکی: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده می‌کنید، پوشش می‌دهد، در صورتی که قبل، یا در طی 48 ساعت پس از شیمی‌درمانی تجویز شوند یا به عنوان جایگزین درمانی کامل برای یک داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند. • برخی داروهای خوراکی بیماری کلیوی مرحله نهایی (End-Stage Renal Disease, ESRD) تحت پوشش Medicare بخش B • داروهای کلسیمیمتیک و متصل شونده به فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی ®Parsabiv و داروی خوراکی Sensipar • داروهای خاصی برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت لزوم پزشکی) و بی‌حس‌کننده‌های موضعی • عوامل محرک اریتروپوئز: اگر مبتلا به ESRD هستید یا برای درمان کم‌خونی ناشی از برخی بیماری‌های دیگر (مانند ®Epogen، ®Procrit، Epoetin Alfa®، Aranesp®، Darbepoetin Alfa®، Mircera یا Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) به این دارو نیاز دارید، Medicare هزینه تزریق اریتروپویتین را پوشش می‌دهد. • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان خانگی بیماری‌های نقص ایمنی اولیه • تغذیه وریدی وداخلی (تغذیه از طریق لوله و تزریق داخل وریدی) **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	داروهای Medicare بخش B (ادامه) ما همچنین برخی از واکسن‌ها را تحت پوشش Medicare بخش B و اکثر واکسن‌های بزرگسالان را تحت پوشش مزایای دارویی Medicare بخش D خود قرار می‌دهیم. **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا*، مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. قوانینی که باید برای پوشش نسخه ها رعایت کنید در این بخش شرح داده شده است. **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا*، هزینه‌هایی را که شما برای داروهای خود از طریق طرح ما پرداخت می‌کنید را توضیح می‌دهد.	$0
	مراقبت در مراکز پرستاری* مرکز پرستاری (nursing facilityو NF) محلی برای ارائه خدمات مراقبتی برای افرادی است که در خانه امکان مراقبت از آنها نیست اما نیازی به بستری در بیمارستان هم ندارند. خدماتی که هزینه های آن ها را می پردازیم شامل موارد زیر است، اما محدود به آنها نیست: • اتاق نیمه خصوصی (و یا در صورت ضرورت پزشکی، اتاق خصوصی) • وعده‌های غذایی، از جمله رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی شما به شما داده می‌شود. (این شامل موادی می‌شود که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند عوامل انعقاد خون.) • خون، شامل ذخیره‌سازی و تجویز • لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • تست های آزمایشگاهی که معمولاً توسط مراکز پرستاری انجام می شود • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت در مراکز پرستاری * (ادامه) • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود • خدمات پزشک/متخصص • تجهیزات پزشکی بادوام • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان مصنوعی • مزایای بینایی • معاینات شنوایی • خدمات کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی شما معمولاً مراقبت‌های خود را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می‌کنید. با این حال، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست دریافت کنید. اگر مراکز زیر هزینه های پرداختی طرح ما را بپذیرند، می‌توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت‌های مداوم بازنشستگان که درست قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت‌های پرستاری ارائه دهد). • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شون د. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید	$0
	غربالگری چاقی مفرط و درمان برای کاهش وزن در صورتی که شاخص توده بدن (BMI) شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه های مشاوره مربوط به کاهش وزن را خواهیم پرداخت. شما باید مشاوره را در قالب مراقبت های اصلی دریافت نمائید. بدین ترتیب می توانید آن را با برنامه کامل پیشگیرانه خود ادغام کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه کننده مراقبت های اصلی خود صحبت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر افیونی (Opioid Treatment Program, OTP)* طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) از طریق OTP که شامل خدمات زیر است، پرداخت می‌کند: • فعالیت های دریافتی • ارزیابی‌های دوره‌ای • داروهای مورد تایید سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) و در صورت لزوم، مدیریت و تجویز این داروها برای شما • مشاوره اعتیاد • درمان فردی و گروه درمانی • آزمایش برای وجود اینگونه داروها و مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی) *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0
	تست های تشخیصی غیربستری و خدمات و لوازم درمانی* ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات پزشکی ضروری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • عکسبرداری با اشعه X • پرتودرمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، از جمله مواد و لوازم فنی • لوازم جراحی مانند پانسمان ها • آتل، گچ و سایر وسایل مورد استفاده برای شکستگی و دررفتگی • تست های آزمایشگاهی • خون، شامل ذخیره‌سازی و تجویز • تست های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند سی تی اسکن، ام آر آی، EKG و اسکن PET زمانی که پزشک یا سایر ارائه دهندگان برای درمان یک بیماری آنها را دستور بدهند. • سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	نظارت سرپایی در بیمارستان ما هزینه خدمات سرپایی مراقبت در بیمارستان را پرداخت می‌کنیم تا مشخص شود که آیا نیاز به بستری شدن دارید یا می‌توانید مرخص شوید. این خدمات باید معیارهای Medicare را برآورده کنند و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات مشاهده تنها زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد که به دستور پزشک یا شخص دیگری که طبق قوانین ایالتی و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا دستور آزمایش‌های سرپایی باشد، ارائه شود. **توجه:** مگر اینکه ارائه دهنده خدمات درمانی دستور کتبی مبنی بر پذیرش شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان صادر کرده باشد، شما یک بیمار غیربستری یا سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر یک شب در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی محسوب شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار بستری هستید یا سرپایی، از کارکنان بیمارستان بپرسید. اطلاعات بیشتر در برگه اطلاعات Medicare با عنوان *مزایای بیمارستان Medicare* در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf در دسترس است.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات بیمارستانی بیماران غیربستری* ما هزینه های خدمات ضروری پزشکی که شما در بخش غیربستری یا سرپایی بیمارستان به منظور تشخیص یا درمان بیماری یا مصدومیت دریافت می کنید پرداخت می کنیم. مانند: • خدمات در بخش های اورژانس یا کلینیک های غیربستریسرپایی، مانند خدمات نظارت یا جراحی غیربستری سرپایی • تست های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان برای آنها درخواست هزینه می نماید • مراقبت‌های سلامت روان، از جمله مراقبت در یک برنامه بستری جزئی، در صورتی که پزشک گواهی دهد که بدون آن، درمان بستری مورد نیاز خواهد بود • عکسبرداری و سایر خدمات رادیولوژی که هزینه آنها از سوی بیمارستان درخواست می گردد • لوازم پزشکی مانند اسپلینت و قالب گچ • برخی داروها و مواد بیولوژیکی که نمی‌توانید به خودتان بدهید *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0

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

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت تسکینی مراقبت تسکینی تحت پوشش طرح ما است. مراقبت تسکینی برای افرادی **است** که بیماری جدی دارند. ماین مراقبت، مراقبتی متمرکز بر بیمار و خانواده ارائه می‌دهد که با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان رنج و درد کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. مراقبت تسکینی، مراقبت آسایشگاهی نیست، بنابراین لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد تا واجد شرایط مراقبت تسکینی باشید. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی/عادی ارائه می‌شود. مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است: • برنامه‌ریزی مراقبت‌های پیشرفته • ارزیابی و مشاوره مراقبت تسکینی • یک طرح مراقبتی شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز، از جمله خدمات سلامت روان و خدمات اجتماعی پزشکی • خدمات از تیم مراقبت تعیین‌شده شما • هماهنگی خدمات مراقبتی • مدیریت درد و علائم اگر بیش از 21 سال سن دارید، ممکن است مراقبت های آسایشگاهی و مراقبت های تسکینی را همزمان دریافت نکنید. اگر مراقبت تسکینی دریافت می‌کنید و واجد شرایط مراقبت آسایشگاهی هستید، می‌توانید در هر زمانی درخواست تغییر به مراقبت آسایشگاهی را بدهید.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی فشرده* بستری شدن جزئی در بیمارستان یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال روانپزشکی است. این خدمات به صورت سرپایی در بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان محلی ارائه می‌شود که از مراقبتی که در مطب پزشک و درمانگر خود دریافت می‌کنید، شدیدتر است. این خدمات می تواند باعث جلوگیری از بستری شدن شما در بیمارستان گردد. خدمات سرپایی فشرده، یک برنامه ساختاریافته از درمان فعال رفتاری (روانی) است که به صورت خدمات سرپایی بیمارستان، مرکز سلامت روان جامعه، مرکز سلامت واجد شرایط فدرال یا کلینیک سلامت روستایی ارائه می‌شود و پیچیده تر از مراقبتی است که در مطب پزشک و درمانگر خود دریافت می‌کنید، اما خفیف‌تر از بستری شدن جزئی در بیمارستان است. *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات پزشک/ارائه دهنده، شامل ویزیت پزشک* ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • خدمات درمانی یا جراحی ضروری پزشکی در مراکزی مانند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی دارای مجوز ○ بخش غیربستری بیمارستان ○ هر مکان دیگری • مشاوره، تشخیص، و درمان توسط متخصص • معاینات اولیه شنوایی و تعادل که توسط ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه شما انجام می‌شود، در صورتی که پزشک شما برای تشخیص نیاز به درمان، این معاینات را تجویز کرده باشد • خدمات درمان از راه دور برای ویزیتهای ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضای نیازمند به دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی، یا در منزل • خدمات درمان از راه دوربرای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته مغزی • خدمات سلامت از راه دور برای اعضایی که اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روان همزمان دارند، صرف نظر از موقعیت مکانی شما • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان • خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که توسط کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی واجد شرایط فدرال ارائه می‌شوند **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

	خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات پزشک/ارائه دهنده، شامل ویزیت پزشک* (ادامه) • بررسی مجازی (مثلاً از طریق تلفن یا چت تصویری) با پزشک خود به مدت 5 تا 10 دقیقه ملاقات کنید، **در صورتی که** ○ شما بیمار جدید آنها نباشید **و** ○ این مشورت مجازی مربوط به یک ویزیت در مطب در هفت روز گذشته نباشد **و** ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده یا اولین وقت ملاقات موجود نخواهد شد • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویری که برای پزشک خود ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشک شما ظرف 24 ساعت **در صورتی که:** ○ شما بیمار جدید نباشید **و** ○ این مشورت مجازی مربوط به یک ویزیت در مطب در هفت روز گذشته نیست **و** ○ این مشورت مجازی منجر به ملاقات در مطب طی 24 ساعت آینده یا اولین وقت ملاقات موجود نخواهد شد • در صورتی که بیمار جدیدی نیستید، مشاوره با پزشکان دیگر از طریق تلفن، اینترنت یا پرونده الکترونیکی سلامت انجام بگیرد • نظر دوم قبل از جراحی *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شوند.	$0
	خدمات پا پزشکی ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • تشخیص و درمان دارویی یا جراحی آسیب‌ها و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه) • مراقبت های معمولی پا برای اعضا مبتلا به امراضی پاها را تحت تأثیر قرار می‌دهند، مانند دیابت	$0

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی شما تشخیص می‌دهند که در معرض خطر ابتلا به HIV هستید، ما داروهای پیشگیری قبل از مواجهه (pre-exposure prophylaxis, PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می‌دهیم. اگر واجد شرایط باشید، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروهای PrEP خوراکی یا تزریقی مورد تأیید FDA، شامل هزینه تزریق دارو، در صورت لزوم. • حداکثر هشت جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به مصرف دارو) هر 12 ماه یکبار. • حداکثر هشت غربالگری HIV در هر 12 ماه. • یک بار غربالگری ویروس هپاتیت B.	$0
معاینه غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 سال به بالا، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک بار پرداخت می کنیم: • معاینه مقعدی پروستات • یک تست آنتی ژن مخصوص پروستات (prostate specific antigen, PSA)	$0

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

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF)*	$0
	برای تعریف مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، به **فصل 12** مراجعه کنید. ما هزینه های خدمات زیر و خدماتی که ممکن است اینجا ذکر نشده باشند را می پردازیم: • یک اتاق نیمه خصوصی، یا یک اتاق خصوصی در صورت لزوم پزشکی • وعده‌های غذایی، از جمله رژیم‌های غذایی خاص • خدمات پرستاری تخصصی • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتار درمانی • داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، از جمله موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون • خون، شامل ذخیره‌سازی و تجویز • لوازم پزشکی و جراحی که توسط SNFها ارائه می‌شود • تست های آزمایشگاهی ارائه شده توسط SNFها • عکسبرداری های اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می شود • وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه دهنده شما معمولاً مراقبت‌های SNF را از مراکز تحت پوشش شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت‌های خود را از مرکزی که در شبکه ما نیست، دریافت کنید. اگر مراکز زیر هزینه های پرداختی طرح ما را بپذیرند، می‌توانید از آنها مراقبت دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مرکز مراقبت‌های مداوم بازنشستگان که درست قبل از بستری شدن در بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (تا زمانی که مراقبت‌های پرستاری ارائه دهد). **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	

	خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF)* (ادامه) • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند *مقررات مربوط به کسب مجوز ممکن است اعمال شون د. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.	$0
	**ترک استعمال دخانیات و سیگار** مشاوره ترک سیگار و مصرف دخانیات به صورت سرپایی و بستری برای افرادی که این معیارها را داشته باشند، تحت پوشش قرار می‌گیرد: • مصرف دخانیات، صرف نظر از اینکه علائم یا نشانه‌های بیماری‌های مرتبط با دخانیات را نشان می‌دهند یا خیر • در هنگام مشاوره صلاحیت و هوشیاری دارند • یک پزشک واجد شرایط یا دیگر پزشکان مورد تائید Medicare مشاوره را ارائه می دهد ما دو تلاش برای ترک سیگار در سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند حداکثر شامل چهار جلسه متوسط یا فشرده، با حداکثر هشت جلسه در سال باشد).	$0

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
مزایای مکمل ویژه برای بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) اگر به یک یا چند مورد از بیماری‌های مزمن ذکر شده در زیر مبتلا هستید، در معرض خطر بستری شدن در بیمارستان هستید یا برای حمایت از سلامت خود به کمک نیاز دارید و به هماهنگی مراقبت‌های ویژه نیاز دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای ویژه باشید. • وابستگی مزمن به الکل و سایر مواد مخدر؛ • اختلالات خودایمنی محدود به پلی‌آرتریت ندوزا، پلی‌میالژیا روماتیکا، پلی‌میوزیت، آرتریت روماتوئید و لوپوس اریتماتوز سیستمیک؛ • سرطان، به استثنای مرحله پیش سرطانی یا مرحله درجا (in-situ). • اختلالات قلبی عروقی محدود به آریتمی‌های قلبی، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق محیطی و اختلال ترومبوآمبولی مزمن وریدی؛ • نارسایی مزمن قلب؛ • فشار خون مزمن؛ • زوال حافظه یا دمانس؛ • هایپرلیپیدمی مزمن؛ • دیابت شیرین؛ • اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛ • بیماری مزمن دستگاه گوارش • بیماری مزمن کلیه (CKD) • اختلالات خونی شدید محدود به کم‌خونی آپلاستیک، هموفیلی، پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی، سندرم میلودیسپلازی، بیماری سلول داسی شکل (به استثنای ویژگی سلول داسی شکل) و اختلال ترومبوآمبولیک وریدی مزمن؛ • HIV/AIDS; **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	مزایای مکمل ویژه برای بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) (ادامه) • اختلالات مزمن ریه محدود به آسم، برونشیت مزمن، آمفیزم؛ فیبروز ریوی و فشار خون ریوی؛ • بیماری‌های روانی مزمن و ناتوان‌کننده محدود به اختلالات دوقطبی، اختلالات افسردگی اساسی، اختلال پارانوئید، اسکیزوفرنی و اختلال اسکیزوافکتیو؛ اختلالات عصبی محدود به اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)، صرع، فلج گسترده (یعنی همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)، بیماری هانتینگتون، مولتیپل اسکلروزیس، بیماری پارکینسون، پلی‌نوروپاتی، تنگی کانال نخاعی و نقص عصبی مرتبط با سکته مغزی؛ • سکته مغزی؛ • پس از عمل پیوند عضو؛ • نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده سیستم ایمنی؛ • شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛ • شرایطی با چالش‌های عملکردی؛ • بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند؛ و • شرایطی که برای حفظ یا ادامه عملکرد افراد، نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند. اگر واجد شرایط SSBCI باشید، ممکن است مزایای SSBCI زیر را دریافت کنید: • **کمک هزینه مواد غذایی و تره بار** برای اطلاعات مربوط به موارد شامل این مزایا، لطفاً به ردیف «کارت OneCare Flex» در ابتدای این نمودار مراجعه کنید. • **حمل و نقل به فروشگاه‌های مواد غذایی و باشگاه‌های ورزشی** برای اطلاعات مربوط به موارد شامل این مزایا، لطفاً به ردیف «حمل و نقل» در ادامه این نمودار مراجعه کنید.	$0

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

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

خدمات تحت پوشش		مبلغی که شما پرداخت می کنید
	خدمات حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی این مزیت امکان حمل و نقل به مراکز درمانی با خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را فراهم می‌کند. برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز تحت پوشش Medi-Cal، از جمله مراجعه به دندانپزشک و تهیه دارو، خدمات حمل و نقل ضروری هستند. هزینه حمل و نقل برای خدماتی که به طور همزمان توسط Medi-Cal و Medicare پوشش داده می‌شوند، تحت پوشش قرار می‌گیرد. شما می‌توانید به صورت نامحدود و رایگان، از مکان‌های مورد تأیید طرح برای خدمات تحت پوشش پزشکی ضروری مانند موارد زیر استفاده کنید: • قرار ویزیت با پزشک • دریافت تجهیزات پزشکی و داروها • نوبت برای تراپی و درمان **مزایای مکمل ویژه برای بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI)** اگر واجد شرایط SSBCI باشید، پوشش شامل 300 سفر یک طرفه رفت و یا برگشت به مکانهای زیر نیز می‌شود: • فروشگاه‌های مواد غذایی • باشگاه‌های ورزشی سفرها به شعاع 10 مایل محدود می‌شوند. • وسایل حمل و نقل به باشگاه ورزشی و فروشگاه مواد غذایی شامل تاکسی و سایر وسایل حمل و نقل عمومی است. درخواست وسیله نقلیه را حداقل دو روز قبل از وقت قرار خود توسط تماس با شماره **1-866-612-1256** (TTY **711**). برنامه ریزی نمایید. سواری‌ها باید توسط طرح بیمه برنامه ریزیی شوند. طرح، هزینه سفرهایی که از طریق طرح هماهنگ نشده‌اند را بازپرداخت نخواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه دریافت این خدمات، به **فصل 3، بخش G2** مراجعه کنید.	$0

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

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
خدمات مراقبت بینایی **خدمات بینایی سنجی معمول** ما خدمات بینایی معمول را در صورت استفاده از ارائه دهنده خدمات تحت قرارداد شبکه VSP خود پوشش می‌دهیم. برای یافتن ارائه‌دهنده‌ی خدمات تحت قرارداد در نزدیکی خود، لطفاً از فهرست ارائه‌دهندگان ما دیدن کنید. مزایای بینایی معمول شما شامل موارد زیر است: • یک معاینه چشم روتین در هر سال تقویمی • تا سقف $500 برای عینک (لنز و قاب، لنزهای تماسی و تعمیرات) هر دو سال یکبار. **خدمات تحت پوشش Medicare** ما هزینه خدمات زیر را می پردازیم: • 1 یک معاینه معمول چشم در هر سال **و** • تا سقف $100 برای عینک (قاب و لنز) یا تا سقف $100 برای لنزهای تماسی هر دو سال یکبار ما هزینه های غیربستری پزشکی مربوط به معاینه و درمان بیماری ها و جراحات چشم را می پردازیم. برای مثال، درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن. برای افراد با ریسک بالای ابتلا به آب سیاه (گلوکوم)، هر سال هزینه یک معاینه تشخیصی گلوکوم را می پردازیم. افراد با ریسک بالای گلوکوم عبارتند از: • افراد دارای سابقه خانوادگی گلوکوم (آب سیاه) • افراد مبتلا به دیابت • افراد آفریقایی-آمریکایی تبار 50 ساله به بالا • آمریکایی های هیسپانیک تبار 65 ساله به بالا برای افراد مبتلا به دیابت، ما سالی یک بار هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را پرداخت می‌کنیم. **ادامه این مزیت در صفحه بعد آمده است**	$0 برای معاینه جهت تشخیص و درمان بیماری‌ها و مشکلات چشمی (شامل غربالگری سالانه گلوکوم). $0 برای معاینه معمول چشم (حداکثر 1 بار در هر سال). طرح ما تا سقف $500 برای عینک (لنز و قاب)، لنزهای تماسی و تعمیرات هر دو سال یکبار می پردازد. $0 اشتراک هزینه برای عینک یا لنز تماسی پس از جراحی آب مروارید.

خدمات تحت پوشش	مبلغی که شما پرداخت می کنید
خدمات مراقبت بینایی (ادامه) ما هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر عمل آب مروارید، در صورتی که پزشک لنز داخل چشمی قرار دهد را پرداخت می کنیم. اگر دو عمل جراحی آب مروارید جداگانه داشته باشید، باید پس از هر عمل یک عینک دریافت کنید. شما نمی توانید پس از عمل دوم دو عدد عینک دریافت کنید حتی اگر پس از عمل اول نسبت به دریافت عینک اقدام نکرده باشید.	$0 برای معاینه جهت تشخیص و درمان بیماری‌ها و مشکلات چشمی (شامل غربالگری سالانه گلوکوم). $0 برای معاینه معمول چشم (حداکثر 1 بار در هر سال). طرح ما تا سقف $500 برای عینک (لنز و قاب)، لنزهای تماسی و تعمیرات هر دو سال یکبار می پردازد. $0 اشتراک هزینه برای عینک یا لنز تماسی پس از جراحی آب مروارید.
ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" هزینه ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" (خوش آمدگویی به Medicare) که فقط یک بار انجام می شود را می پردازیم. این ویزیت شامل موارد زیر است: • بررسی وضعیت سلامت شما، • آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (از جمله غربالگری و تزریق (یا واکسن) **و** • ارجاع مورد نیاز یا سایر مراقبت ها در صورت نیاز. **توجه:** ما ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare بخش B دارید پوشش می دهیم. وقتی برای ویزیت خود وقت می گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می خواهید ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" خود را برنامه ریزی کنید.	$0

E. حمایتهای اجتماعی

شما می‌توانید تحت طرح مراقبت‌های فردی خود، حمایت‌های اجتماعی دریافت کنید. حمایتهای اجتماعی، خدمات پزشکی یا مکانهای مناسب مقرون به صرفه جایگزین برای اشخاص تحت پوشش برنامه ایالتی مدیکل میباشند. این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط شوید، این خدمات میتوانند به شما کمک کنند مستقل زندگی کنید. آنها جایگزین مزایایی که قبلاً تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شوند.

نمونه‌هایی از حمایت‌های اجتماعی که ما ارائه می‌دهیم شامل وعده‌ها و مواد غذایی برای پشتیبانی پزشکی یا وعده‌های غذایی متناسب با پزشکی، ارائه کمک به شما یا مراقبین شما، یا نرده های ایمنی دوش و رمپ‌ها می‌شود.

اعضا می‌توانند با درخواست ارجاع از طریق خودارجاعی، ارجاع توسط ارائه‌دهنده یا ارجاع توسط ارائه‌دهنده خدمات حمایتی اجتماعی، به خدمات پشتیبانی اجتماعی دسترسی پیدا کنید. فرم‌های ارجاع را می‌توانید در وب‌سایت CalOptima Health به آدرس https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/medi-cal/community-supports#Flyers /benefits-and-services پیدا کنید.

انتقال به مراکز تسهیلات زندگی کمکی (Assisted Living Facility, ALF)

انتقال به مراکز تسهیلات زندگی کمکی (که قبلاً با عنوان «انتقال/تغییر از مرکز تسهیلات پرستاری به مراکز تسهیلات زندگی کمکی مانند مراکز مراقبت مراقبت مسکونی برای سالمندان و تسهیلات اقامتی بزرگسالان» شناخته می‌شد) به گونه‌ای طراحی شده است که به اعضا در زندگی در جامعه کمک کند و در صورت امکان از نهادینه شدن در مراکز نگهداری سالمندان جلوگیری کند. هدف این سرویس تسهیل انتقال از مرکز پرستاری به یک محیط خانه مانند و اجتماعی و/یا جلوگیری از بستری شدن در مرکز پرستاری برای اعضای ساکن در جامعه است.

برای اهداف مورد نظر این تعریف خدمات، اصطلاح مرکز زندگی با تسهیلات کمکی (assisted living facility, ALF) شامل مرکز مراقبت شبانه‌روزی برای سالمندان (Residential Care Facility for the Elderly, RCFE) یا مرکز مراقبت شبانه‌روزی بزرگسالان (Adult Residential Care Facility, ARF) می‌شود.

درمان آسم

پشتیبانی اجتماعی برای درمان آسم شامل لوازم و/یا اصلاحات فیزیکی در محیط خانه است که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی یک عضو یا برای قادر ساختن عضو به فعالیت در خانه با کاهش احتمال تجربه حملات حاد آسم ضروری است.

درمان آسم یکی از مزایای تکمیلی اختیاری برای خدمات پیشگیری از آسم (Asthma Preventive Services, APS) در طرح ایالتی Medi-Cal است. APS آموزش خودمدیریتی آسم در کلینیک، آموزش خودمدیریتی آسم در خانه و ارزیابی‌های محرک‌های محیطی در خانه را پوشش می‌دهد که تغییرات فیزیکی در خانه یا لوازمی را شناسایی می‌کند که احتمال بروز حملات حاد آسم را کاهش می‌دهد. APS باید توسط یک پزشک یا سایر کارشناسان دارای مجوز خدمات شفابخش که در محدوده فعالیت آنها طبق قانون ایالتی قرار دارند، توصیه شود.

خدمات انتقال به جامعه یا خانه

خدمات انتقال به جامعه یا خانه (که قبلاً با عنوان «خدمات انتقال به جامعه/انتقال به خانه از مرکز پرستاری» شناخته می‌شد) به اعضا کمک می‌کند تا در جامعه خود زندگی کنند و از بستری شدن طولانی تر در یک مرکز پرستاری جلوگیری شود.

خدمات انتقال به جامعه یا خانه، از اعضا در انتقال از یک مرکز پرستاری دارای مجوز به یک محل زندگی در یک خانه خصوصی یا مسکن یارانه‌ای دولتی پشتیبانی می‌کند که در آن عضو مسئول شناسایی بودجه برای هزینه‌های زندگی خود است.

برنامه های توانبخشی روزانه

برنامه‌های توانبخشی روزانه به گونه‌ای طراحی شده‌اند که به عضو در کسب، حفظ و بهبود مهارت‌های خودیاری، اجتماعی شدن و سازگاری لازم برای زندگی موفقیت‌آمیز در محیط معمول زندگی خود کمک کنند. این خدمات در منزل عضو یا در مکانی خارج از منزل و خارج از مراکز درمانی ارائه می‌شود.

سازگاری های دسترسی محیطی (اصلاحات خانه)

سازگاری‌های دسترسی محیطی (Environmental Accessibility Adaptations, EAA) (اصلاحات خانه)، سازگاری‌های فیزیکی در خانه هستند که برای تضمین سلامت، رفاه و ایمنی عضو ضروری هستند، یا به عضو این امکان را می‌دهند که با استقلال بیشتری در خانه فعالیت کند: بدون این موارد، عضو نیاز به بستری شدن در آسایشگاه خواهد داشت.

این خدمات در خانه‌ای که متعلق به عضو، اجاره‌ای، استیجاری یا فعلا آنجا اسکان دارد، ارائه می‌شود.

پیش پرداخت مسکن (Housing Deposits)

پیش پرداخت برای ودیعه مسکن به یک بار شناسایی، هماهنگی، تأمین یا تأمین مالی خدمات و اصلاحات لازم برای تهیه یک مسکن اولیه کمک می‌کند. خدمات ارائه شده به یک عضو باید مبتنی بر ارزیابی نیازهای فردی باشد و در طرح پشتیبانی از نیازهای مسکن عضو مستند شود. DHCS دیگر دریافت حمایت‌های اجتماعی HTNS از سوی اعضای خود را به عنوان شرط دریافت ودیعه مسکن الزامی نمی‌کند. بسیاری از اعضا قبل از این خدمات، HTNS (حداقل شامل غربالگری مستاجر، ارزیابی مسکن و طرح پشتیبانی مسکن) را نیز دریافت کرده‌اند، اما این پیش‌نیاز واجد شرایط بودن نیست.

خدمات اجاره مسکن و حفظ آن (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS)

خدمات اجاره و حفظ مسکن (Housing Tenancy and Sustaining Services, HTSS) به یک عضو کمک می کند تا پس از تأمین مسکن، اجاره امن و پایداری داشته باشند. خدمات ارائه شده به یک عضو باید مبتنی بر ارزیابی نیازهای فردی باشد و در طرح پشتیبانی از نیازهای مسکن عضو مستند شود.

خدمات یافتن و انتقال به مسکن (Housing Transition Navigation Services, HTNS)

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

وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی (Medically Tailored Meals, MTMs) /غذاهای حمایتی پزشکی (Medically Supportive Food, MSF)

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ارجاعات برای MTM/MSF باید از سوی یکی از اعضای تیم مراقبت‌های بهداشتیِ تعیین‌شده‌ی عضو یا از طرف CalOptima Health باشد. این شامل، اما نه محدود به، ارائه دهندگان مراقبت های اولیه، متخصصان، ارائه دهندگان خدمات بستری، متخصصان تغذیه، مدیران مراقبت های کلینیکی، مددکاران اجتماعی بیمارستان یا سایر اعضای تیم مراقبت بالینی عضو می شود.

مراقبتهای شخصی و خدمات خانه داری (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)

خدمات مراقبت شخصی و خدمات خانه‌داری (Personal Care and Homemaker Services, PCHS) می‌تواند برای اعضایی که در فعالیت‌های روزمره زندگی (Activities of Daily Living, ADL) مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، توالت رفتن، راه رفتن یا غذا خوردن به کمک نیاز دارند، ارائه شود. خدمات مراقبت شخصی همچنین می‌تواند شامل کمک به فعالیت‌های ابزاری زندگی روزمره (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs) مانند تهیه غذا، خرید مواد غذایی و مدیریت پول باشد.

شامل خدماتی می‌شود که به طور مشابه توسط برنامه خدمات حمایتی در منزل (IHSS) ارائه می‌شود، از جمله نظافت منزل، تهیه غذا، شستن لباسها، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، اصلاح صورت و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای معلولیت ذهنی. خدمات PCHS به اعضایی که در صورت عدم برخورداری از این خدمات نمی توانستند در خانه‌های خود بمانند، کمک می‌کند.

مراقبتهای دوران نقاهت (استراحت پزشکی)

مراقبت‌های دوران نقاهت، که به عنوان مراقبت‌های استراحت یا نقاهت پزشکی نیز شناخته می‌شود، برای اعضایی است که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند و به یک محیط اقامتی کوتاه‌مدت نیاز دارند تا در حین دریافت هماهنگی مراقبت در محل و تحت نظارت بالینی، مدیریت پرونده و دسترسی به خدمات پزشکی و اجتماعی (از جمله یک مشکل سلامت رفتاری)، از آسیب یا بیماری بهبود یابند. این طرح برای اعضایی است که نیازهای پزشکی آنها به اندازه‌ای قابل توجه است که منجر به مراجعه به بخش اورژانس (emergency department, ED)، بستری در بیمارستان یا سایر مراقبت‌های سازمانی می‌شود.

خدمات استراحت مراقب

خدمات استراحت مراقب به مراقبان اعضایی ارائه می‌شود که نیاز به نظارت موقت و متناوب دارند. این خدمات به دلیل عدم حضور یا نیاز به کمک افرادی که معمولاً از آنها مراقبت و/یا نظارت می‌کنند و ماهیت غیرپزشکی دارند، به صورت کوتاه‌مدت ارائه می‌شوند.

خدمات استراحت مراقب به عضو در خانه خود یا مکان دیگری که به عنوان خانه استفاده می شود ارائه می شود.

مراکزهشیاری

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

مراکز ترک اعتیاد خدماتی مانند اولویت‌بندی پزشکی، خدمات آزمایشگاهی، محل خواب موقت، خدمات آبرسانی و تغذیه، درمان حالت تهوع، تعویض زخم و پانسمان، امکانات دوش گرفتن و لباسشویی، آموزش و مشاوره در مورد مصرف مواد، مسیریابی و انتقال گرم برای خدمات اضافی درمورد مصرف مواد یا سایر خدمات مراقبت‌های بهداشتی لازم و برای افراد بی‌خانمان، خدمات پشتیبانی مراقبتی ارائه می‌دهند.

اجاره انتقالی

CalOptima Health همچنین در شرایط محدود، اجاره انتقالی ارائه می‌دهد. طرح اجاره انتقالی برای اعضای واجد شرایط Medi-Cal که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند، طراحی شده است و می‌تواند تا شش ماه در محیط‌های موقت و دائمی به اعضایی که بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند، عوامل خطر بالینی خاصی دارند و اخیراً یک تغییر عمده در وضعیت زندگی خود (مانند خروج از یک محیط سازمانی یا زندان یا مراقبت‌های ویژه) را پشت سر گذاشته‌اند، یا سایر معیارهای واجد شرایط بودن مشخص شده را دارند، کمک هزینه اجاره ارائه دهد.

CalOptima Health به اعضایی ارائه می‌دهد که شرایط جمعیت سلامت رفتاری با عامل خطر بالینی متمرکز را برآورده می‌کنند (معیارهای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان خدمات تخصصی سلامت روان (Specialty Mental Health Services, SMHS)، طرح Drug-Medi-Cal (DMC) یا سیستم تحویل سازماندهی شده توسط DMC را دارند، بی‌خانمانی را تجربه می‌کنند یا در معرض خطر آن هستند، و عضو باید در یک جمعیت در حال گذار گنجانده شود، بی‌خانمانی بدون سرپناه را تجربه کند، یا واجد شرایط مشارکت با خدمات کامل باشد.

وقتی یک عضو مجاز به دریافت اجاره انتقالی می‌شود، اعضا به طور خودکار واجد شرایط دریافت خدمات سه‌گانه مسکن (خدمات پیمایش انتقال مسکن، ودیعه مسکن، اجاره مسکن و خدمات نگهداری) می‌شوند.

به اعضا مسیرهای گذار و منابع موجود برای دریافت یارانه‌ها و پشتیبانی‌های مسکن Medi-Cal مانند قانون خدمات سلامت رفتاری (Behavioral Health Services Act) و یارانه‌ها و پشتیبانی‌های مسکن غیر Medi-Cal مانند 211 Orange County و United Way Orange County ارائه خواهد شد. 211 Orange County و United Way Orange County می‌توانند در دسترسی به سیستم CES/HMIS اورنج کانتی کمک کنند تا مسیری برای مسکن پایدار دائمی در زمانی که اعضا در حال گذار از اجاره انتقالی هستند، ایجاد شود. اعضا می‌توانند با شماره‌های 1-1-2 یا 949-646-4357 تماس بگیرند تا به یک کارشناس ارجاع متصل شوند.

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام پشتیبانی‌های اجتماعی ممکن است برای شما در دسترس باشد، با شماره تلفن **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) انجام دهید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

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

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

برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT) از سازمان های فعال محلی برای کمک به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal استفاده می کند که برای حداقل 60 روز پیوسته در یک مؤسسه یا مرکز بستری اقامت داشته و می خواهند به یک محیط اجتماعی بازگردند و با حفظ ایمنی در آنجا زندگی کنند. برنامه CCT خدمات هماهنگی انتقال را در طول دوره قبل از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال برای کمک به ذینفعان در بازگشت به یک محیط اجتماعی تأمین می کند.

شما می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان پیشرو CCT که به شهرستان محل زندگی شما خدمات ارائه می‌دهد، دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های پیشرو CCT و شهرستان‌هایی که به آنها خدمات ارائه می‌دهند را در وب‌سایت وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی به آدرس www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT بیابید.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

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

برای خدماتی که مربوط به انتقال CCT شما نیستند

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

در مدتی که شما خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدماتی که در جدول مزایا در **بخش D** ذکر شده است را پرداخت می‌کنیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش دارویی

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

توجه: اگر به مراقبت‌های انتقالی غیر CCT نیاز دارید، برای هماهنگی خدمات با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود تماس بگیرید. مراقبت‌های انتقالی غیر CCT، مراقبت‌هایی هستند که به انتقال شما از یک موسسه یا مرکز درمانی مربوط **نمی‌شوند.**

F2. خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental

برخی از خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental در دسترس هستند.

اطلاعات بیشتر در وب‌سایت SmileCalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدماتی زیر است اما محدود به آنها نمی شود:

- معاینه اولیه، عکسبرداری با اشعه X، جرمگیری دندان و درمان با فلوراید

- خدمات ترمیمی پرکردن و روکش
- درمان عصب کشی
- دندان مصنوعی جزئی و کامل، تنظیمات، تعمیرات و لایه گذاری مجدد

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

طرح ما خدمات دندانپزشکی بیشتری ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر به جدول مزایا در **بخش D** مراجعه کنید.

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

- برنامه IHSS به ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می دهند کمک می کند تا بتوانید با آرامش و امنیت در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند مراکز پرستاری یا مراکز مراقبتی و پانسیونی، محسوب می‌شود.
- برای دریافت خدمات، ارزیابی انجام می‌شود تا مشخص شود کدام نوع خدمات بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده می‌تواند برای او مجاز باشد. انواع خدماتی که می‌توانند از طریق IHSS مجاز شوند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، شستن لباسها، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند خدمات مراقبتی روده و مثانه، حمام کردن، اصلاح و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای معلولیت ذهنی.
- هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما می‌تواند به شما در درخواست IHSS از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستانتان کمک کند. برای کسب اطلاعات، لطفاً با IHSS به شماره 1-714-825-3000 تماس بگیرید.

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

معافیت زندگی با کمک (Assisted Living Waiver, ALW)

- معافیت از زندگی با کمک (ALW) به ذینفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که به جای اقامت طولانی مدت در یک مرکز پرستاری ، در یک محیط زندگی با کمک زندگی کنند. هدف ALW تسهیل بازگشت به محیط خانه و جامعه از مراکز پرستاری یا جلوگیری از پذیرش در مرکز پرستاری ماهر برای افراد نیازمند به خدمات پرستاری در مراکز پرستاری است.
- اعضایی که در ALW ثبت‌نام کرده‌اند می‌توانند در ALW ثبت نام کرده و در عین حال از مزایای ارائه شده توسط طرح ما نیز بهره مند شوند. طرح ما با آژانس هماهنگی مراقبت‌های ALW شما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، همکاری می‌کند.
- ALW در حال حاضر فقط در کانتی‌های زیر موجود است: Kern، Fresno، Contra Costa، Alameda، San Diego، San Bernardino، Sacramento، Riverside، Orange، Los Angeles، Santa Clara، San Mateo، San Joaquin، San Francisco و Sonoma.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی شما می‌تواند به شما در درخواست ALW کمک کند.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Libertana Home Health
  تلفن: 1-800-750-1444
- Access TLC
  تلفن: 1-805-517-1620

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

- برنامه معافیت Medi-Cal یا (MCWP) خدمات جامع مدیریت پرونده و مراقبت مستقیم را به عنوان جایگزینی برای مراقبت در مراکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، به افراد مبتلا به HIV ارائه می‌دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مشارکت‌محور است که شامل یک پرستار ثبت‌شده و یک مدیر پرونده مددکاری اجتماعی می‌شود. مدیران پرونده با شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده(گان) مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب(ها) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را برای نگه‌داشتن شرکت‌کننده در خانه و جامعه‌اش ارزیابی کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

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

- Radiant Health Centers (قبلا تحت عنوان AIDS Services Foundation)
  تلفن: 1-949-809-5700

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

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

- خدمات ارتباطی

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

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

شما به خدمات بهداشتی رفتاری ضروری پزشکی که Medicare و Medi-Cal پوشش می دهند دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات اختلال مصرف مواد در سطح شهرستان ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق سازمان‌های سلامت رفتاری شهرستان در دسترس شما هستند.

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

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

- حمایت برای بازگشت افراد درگیر با نظام قضایی
- درمان جامعه‌محور فعال (assertive community treatment , ACT)
- درمان جامعه‌محور فعال قضایی (forensic assertive community treatment, FACT)
- مراقبت تخصصی هماهنگ (coordinated specialty care, CSC) برای اولین اپیزود روان‌پریشی (first episode psychosis, FEP)
- خدمات باشگاهی (Clubhouse)
- خدمات پیشرفته کارکنان بهداشت اجتماعی (Community Health Worker, CHW)

خدمات Drug Medi-Cal (DMC) از طریق آژانس سلامت رفتاری شهرستان شما در دسترس شما قرار می‌گیرد، در صورتی که معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید.

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

سیستم تحویل سازمان یافته داروی Drug Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organization Delivery System, DMC-ODS) :

- خدمات درمان سرپایی
- خدمات درمان سرپایی فشرده
- دارو برای درمان اعتیاد (Medication Assisted Treatment)
- خدمات درمان اقامتی
- خدمات مدیریت ترک
- برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات بهبودی
- هماهنگی خدمات مراقبتی
- خدمات حمایت همتا
- خدمات مداخله بحران سیار مبتنی بر جامعه
- خدمات مدیریت مشروط (Contingency Management)
- خدمات درمان بستری

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

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

G. مزایائی که توسط طرح ما، Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نمی شوند

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

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

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

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

- خدماتی که طبق Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» نیستند، مگر اینکه به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست شده باشند.
- درمان‌ها، اقلام و داروهای پزشکی و جراحی آزمایشی، مگر اینکه Medicare، یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا طرح ما آنها را پوشش دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مطالعات تحقیقات بالینی، به **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. درمان‌ها و موارد تجربی مواردی هستند که به طور کلی توسط جامعه پزشکی پذیرفته نمی‌شوند.
- درمان جراحی چاقی مفرط، مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی بوده و Medicare هزینه آن را بپردازد.
- اتاق خصوصی در بیمارستان مگر آنکه دارای ضرورت پزشکی باشد
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی موجود در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز نگهداری سالمندان، مانند تلفن یا تلویزیون.
- خدمات پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه‌هایی که توسط بستگان نزدیک یا اعضای خانواده شما دریافت می‌شود
- تحویل خوراک در منزل شما

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

فصل 5: دریافت داروهای درمان سرپایی شما

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای درمان سرپایی (غیربستری) شما را توضیح می‌دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه دهنده خدمات درمانی شما برای شما تجویز می‌کند و شما می‌توانید آنها را از داروخانه یا از طریق سفارش پستی تهیه کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal می‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

ما همچنین داروهای زیر را پوشش می‌دهیم،، هر چند در مورد این داروها در این فصل توضیح داده نشده:

- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش A.** این داروها عموماً شامل داروهایی می‌شوند که در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شوند.
- **داروهای تحت پوشش Medicare بخش B.** این داروها شامل برخی داروهای شیمی‌درمانی، برخی داروهای تزریقی که در طول ویزیت پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به شما داده می‌شود و داروهایی که در کلینیک دیالیز به شما داده می‌شود، می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- علاوه بر پوشش Medicare بخش D و مزایای پزشکی، اگر در یک مرکز آسایشگاه بیماران لاعلاج مدیکر Medicare هستید، ممکن است داروهای شما تحت پوشش اولیه Medicare یا (Original Medicare) نیز قرار گیرد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3** «در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای مجوز Medicare» مراجعه کنید.

قوانین مربوط به پوشش دارویی سرپایی طرح ما

در صورتی که قوانین این بخش را رعایت کرده باشید، ما معمولاً داروهای شما را تحت پوشش قرار می دهیم.

شما باید از یک ارائه دهنده خدمات درمانی (پزشک، دندانپزشک یا سایر تجویزکنندگان) بخواهید که برای شما نسخه را بنویسد، که این نسخه باید طبق قوانین ایالتی مربوطه معتبر باشد. این شخص اغلب ارائه دهنده مراقبتهای اصلی شما (primary care provider, PCP) می باشد. همچنین ممکن است ارائه دهنده دیگری باشد که ارائه دهنده مراقبتهای اولیه (PCP) شما را به وی ارجاع داده باشد.

ارائه دهنده تجویزکننده شما **نباید** در فهرست‌های استثنا یا منع MediCare یا هرگونه فهرست مشابه Medi-Cal باشد.

شما معمولاً باید برای تهیه داروهای تجویزی خود از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید. (برای اطلاعات بیشترلطفاً به **بخش A1** مراجعه کنید). یا می‌توانید داروهای تجویزی خود را از طریق خدمات سفارش پستی طرح تهیه کنید.

داروی تجویز شده شما باید در *فهرست داروهای تحت پوشش* طرح ما باشد. ما آن را به اختصار «*فهرست دارویی*» می‌نامیم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.)

- اگر دارو در این *فهرست داروها* نباشد، ممکن است برای شما استثنا قائل شده وآن را پوشش دهیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا به **فصل 9** مراجعه کنید.
- لطفاً توجه داشته باشید که درخواست پوشش داروی تجویز شده شما بر اساس هر دو استانداردهای Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

داروی شما باید برای یک عارضه پزشکی پذیرفته شده مصرف شود. این بدان معناست که استفاده از این دارو یا توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. ارائه دهنده تجویزکننده شما ممکن است بتواند در شناسایی مراجع پزشکی برای پشتیبانی از درخواست استفاده از داروی تجویز شده به شما کمک کند. داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx که برای درمان بیماری‌هایی استفاده می‌شوند که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) یا کتاب‌های مرجع تأیید نشده‌اند، موارد مصرف «بدون مجوز» نامیده می‌شوند. داروهایی که برای موارد مصرف « خارج از کاربرد» استفاده می‌شوند، موارد مصرف پزشکی پذیرفته‌شده‌ای نیستند و بنابراین جزو مزایای تحت پوشش بیمه نیستند، مگر اینکه: استفاده « خارج از کاربرد» در متون معتبر شرح داده شده باشد و دارو از نظر پزشکی ضروری باشد. Medi-Cal Rx ضرورت پزشکی را به این معنی تعریف می‌کند که دارو برای حفظ جان، جلوگیری از بیماری یا ناتوانی قابل توجه، یا تسکین درد شدید از طریق تشخیص یا درمان بیماری، کسالت یا آسیب‌دیدگی، منطقی و ضروری است.

ممکن است داروی شما قبل از پوشش، بر اساس معیارهای خاصی نیاز به تأیید طرح ما داشته باشد. (به **بخش C** این فصل مراجعه کنید).

فهرست مطالب

A. تهیه داروهای تجویزی شما 145
A1. تهیه داروهای تجویزی از یک داروخانه عضو شبکه 145
A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروهای تجویزی 145
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دهید چه کاری باید انجام دهید. 145
A4. اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه خارج شد چه باید بکنید. 145
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 146
A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای تهیه داروهایتان 146
A7. تهیه یک ذخیره بلندمدت از داروها. 147
A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 148
A9. بازپرداخت هزینه دارو به شما 148
B. *فهرست داروهای* طرح ما 149
B1. داروهای موجود در *فهرست داروهای* ما 149
B2. چگونه یک دارو را در *فهرست داروها* پیدا کنیم 149
B3. داروهایی که در *فهرست دارویی* ما نیستند. 150
C. محدودیت پوشش برخی داروها 151

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد 152
D1. دریافت یک ذخیره موقت 152
D2. درخواست تأمین یک ذخیره موقت 154
D3. درخواست استثنا 154
E. تغییرات در پوشش داروهای شما 154
F. پوشش دارویی در مواقع خاص 156
F1. در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای مدت اقامتی که طرح ما پوشش می‌دهد 156
F2. اقامت در یک مرکز مراقبت طولانی مدت 157
F3. اقامت در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای مجوز Medicare 157
G. برنامه‌هایی در مورد ایمنی دارو و مدیریت داروها 157
G1. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مصرف ایمن داروها 157
G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهایتان 158
G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای مخدر 159

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A. تهیه داروهای تجویزی شما

A1. تهیه داروهای تجویزی از یک داروخانه عضو شبکه

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه داروهای تجویزی را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه های شبکه ما دریافت شده باشند. داروخانه شبکه یک داروخانه است که ارائه کردن داروهای تجویزی را برای اعضای طرح ما پذیرفته است. شما می توانید به هرکدام از داروخانه های عضو شبکه ما مراجعه کنید. (برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی ما هزینه داروهای تجویزی تهیه شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

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

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروهای تجویزی

برای دریافت داروهای تجویزی خود، **کارت عضویت بیمه خود را به داروخانه شبکه نشان دهید.** داروخانه شبکه هزینه داروی تحت پوشش شما را از ما دریافت می‌کند.

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

اگر هنگام دریافت داروهای تجویزی، کارت عضویت یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات عضویت شما در طرح درمانی را بررسی کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل داروی تجویزی را در هنگام دریافت آن پرداخت کنید. سپس می‌توانید از ما بخواهید که مبلغ را به شما بازپرداخت کنیم. **اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.** ما تمام سعی خود را برای کمک به شما خواهیم کرد.

- برای درخواست بازپرداخت هزینه ها، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر برای دریافت داروهای تجویزی به کمک نیاز دارید، می توانید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

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

اگر داروخانه خود را عوض کردید و به دریافت مجدد دارو نیاز داشتید، می‌توانید از ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی بخواهید که نسخه جدیدی برایتان بنویسد یا اگر نسخه شما معتبر است، از داروخانه قبلی بخواهید که نسخه را به داروخانه‌ی جدید منتقل کند.

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

A4. اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه خارج شد چه باید بکنید

اگر داروخانه ای که از آن استفاده می کنید از شبکه برنامه خارج شد، باید یک داروخانه جدید عضو شبکه پیدا کنید.

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

A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی اوقات داروهای تجویزی باید در داروخانه‌های تخصصی تهیه شوند. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر هستند:

- داروخانه هائی که داروهای مورد نیاز درمان های تزریقی خانگی را تأمین می کنند.
- داروخانه هائی که داروهای مورد نیاز ساکنان مراکز مراقبت های بلندمدت، مانند آسایشگاه های پرستاری را تامین می کنند.
  - معمولاً مراکز مراقبت طولانی مدت داروخانه‌های مخصوص به خود را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت های بلندمدت هستید، ما اطمینان حاصل می‌کنیم که می توانید داروهای مورد نیاز خود را از داروخانه مرکز تهیه کنید.
  - اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت شما تحت پوشش شبکه ما نیست یا در تهیه داروهای خود در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت مشکل دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروخانه های ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی سرخپوستان آمریکایی (Indian Health Care Providers, IHCP) اعضای سرخپوست آمریکایی و بومی آلاسکا تا زمانی که داروخانه خرده فروشی ثبت شده داشته باشند، امکان دسترسی به داروخانه‌های ارائه دهنده خدمات درمانی سرخپوستی (IHCP) را دارند. اگر سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، در صورت ارجاع به کلینیک یا برای موارد اورژانسی، همچنان می‌توانید از داروخانه‌های خرده‌فروشی در IHCP خدمات دریافت کنید.
- داروخانه‌هایی که داروهای محدود شده توسط FDA را در مکان‌های خاص توزیع می‌کنند یا داروهایی که نیاز به مدیریت ویژه، هماهنگی ارائه دهنده یا آموزش در مورد نحوه استفاده از آنها دارند. (توجه: این مورد باید به ندرت اتفاق بیفتد.)
- برای یافتن یک داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما دیدن کنید یا با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای تهیه داروهایتان

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. به‌طورکلی، داروهایی که از طریق سفارش پستی در دسترس هستند، داروهایی هستند که به‌طور منظم برای یک بیماری مزمن یا طولانی‌مدت مصرف می‌کنید.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهد تا سقف میزان مورد نیاز برای 100 روز دارو سفارش دهید. سهم هزینه یک منبع 100 روزه دارو معادل سهم هزینه یک منبع یک ماهه است.

دریافت داروهای تجویزی از طریق پست

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به دریافت داروهای تجویزی از طریق پست، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره (**711** TTY) **1-877-412-2743**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید).

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

معمولاً، داروهای تجویزی سفارش پستی ظرف 7 تا 10 روز به دستتان می‌رسد. با این حال، گاهی اوقات ممکن است سفارش پستی شما با تأخیر مواجه شود. اگر تحویل دارو با تأخیر مواجه شد، می‌توانید برای دریافت نسخه اورژانسی با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود تماس بگیرید و آن را به هر داروخانه شبکه‌ای در نزدیکی خود ببرید. کارکنان داروخانه می‌توانند برای لغو اضطراری به دلیل تأخیر در فرآیند سفارش پستی، با MedImpact (شرکتی که CalOptima Health OneCare Complete با آن همکاری می‌کند) با شماره 1-800-788-2949 تماس بگیرند.

فرآیندهای سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند و تمدید نسخه‌های سفارش پستی شما، رویه‌های متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از شما دریافت می‌کند

داروخانه به طور خودکار داروهای موجود در نسخه‌های جدیدی را که از شما دریافت می‌کند، تهیه می کند و تحویل می‌دهد.

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما دریافت می‌کند

وقتی داروخانه نسخه‌ای را از یک ارائه‌دهنده خدمات درمانی دریافت می‌کند، با شما تماس می‌گیرد تا تأیید کند که آیا می‌خواهید دارو فوراً دریافت کنید یا بعداً تهیه شود.

- این به شما فرصتی می‌دهد تا مطمئن شوید که داروخانه داروی صحیح (از جمله قدرت، مقدار و مدل) را ارائه می‌دهد و در صورت نیاز، به شما امکان می‌دهد سفارش را قبل از ارسال متوقف کنید یا به تأخیر بیندازید.
- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، پاسخ دهید تا به آنها اطلاع دهید که با نسخه جدید چه باید بکنند و از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

3. دریافت مجدد داروها از طریق سفارش پستی

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

به داروخانه اطلاع دهید که بهترین راه‌های تماس با شما چیست تا بتوانند قبل از ارسال، برای تأیید سفارش شما با شما تماس بگیرند. برای ارائه روش ارتباطی ترجیحی خود، لطفاً با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2743** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

A7. تهیه یک ذخیره بلندمدت از داروها

شما می توانید یک ذخیره بلند مدت داروهای لازم برای حفظ سلامتی را در *فهرست دارویی* برنامه درمانی ما دریافت کنید. داروهای لازم برای حفظ سلامتی داروهایی هستند که شما به طور منظم برای یک بیماری مزمن یا طولانی مدت مصرف می‌کنید. برخی از داروخانه های عضو شبکه اجازه تهیه ذخیره بلندمدت از داروهای لازم برای حفظ سلامتی را به شما می دهند. سهم هزینه یک منبع 100 روزه دارو معادل سهم هزینه یک منبع یک ماهه است. *فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها* به شما می‌گوید کدام داروخانه‌ها می‌توانند ذخیره بلند مدت داروهای لازم برای حفظ سلامتی را در اختیار شما قرار دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات مشتریان نیز تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما برای دریافت ذخیره طولانی‌مدت داروهای لازم برای حفظ سلامتی استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات سفارش پستی به **بخش A6** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به طور کلی، ما هزینه داروهایی که در یک داروخانه خارج از شبکه پر شده اند را فقط زمانی پرداخت می کنیم که شما نتوانید از داروخانه شبکه استفاده کنید. ما داروخانه های تحت قرارداد با شبکه را در خارج از منطقه خدمات خود نیز داریم که می توانید داروهای تجویزی خود را از آنها به عنوان عضوی از طرح ما دریافت کنید. در این موارد، ابتدا با [خدمات مشتریان] تماس بگیرید تا ببینید آیا داروخانه تحت پوشش در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

ما در موارد زیر هزینه داروهای تجویزی را که از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌شوند، پرداخت می‌کنیم:

- شما نمی‌توانید داروی تجویزی تحت پوشش را به موقع در منطقه خدمات ما تهیه کنید زیرا داروخانه شبکه در دسترس نیست یا فعال نیست. (برای مثال، یک داروخانه شبکه که خدمات 24 ساعته ارائه می‌دهد، در فاصله رانندگی معقولی از شما در دسترس نیست.)
- شما نیاز به تهیه داروی تحت پوششی دارید که به طور منظم در داروخانه‌های عضو شبکه موجود نیست. (بعنوان مثال، یک داروی تخصصی.)
- اگر به خارج از منطقه تحت پوشش (در داخل ایالات متحده) سفر می‌کنید و دارویتان تمام شده است، اگر دارویتان را گم کرده‌اید، یا اگر بیمار شده‌اید و نمی‌توانید به داروخانه‌های شبکه دسترسی داشته باشید.
- وقتی که داروخانه های عضو شبکه در دسترس نیستند وداروی تجویزی برای یک وضعیت اضطراری پزشکی یا مراقبت های فوری است.
- وقتی که شما داروی تجویزی خود را درزمان یک فاجعه ملی یا مورد اضطراری سلامت عمومی که باعث شده شما از خانه خود تخلیه شده یا آواره شده اید و نمی توانید به داروخانه شبکه خود دسترسی داشته باشید، تهیه می کنید.

A9. بازپرداخت هزینه دارو به شما

اگر مجبور به استفاده از داروخانه خارج از شبکه هستید، معمولاً باید هنگام دریافت داروی تجویزی، کل هزینه را پرداخت کنید. می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. ممکن است از شما خواسته شود که مابه‌التفاوت هزینه دارو در داروخانه خارج از شبکه و هزینه‌ای که ما در داروخانه داخل شبکه پوشش می‌دهیم را پرداخت کنید.

اگر کل هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، پرداخت کنید، ممکن است پس از پرداخت هزینه نسخه توسط Medi-Cal Rx، داروخانه بتواند هزینه را به شما بازپرداخت کند. از طرف دیگر، می‌توانید با ارائه درخواست «بازپرداخت هزینه‌های شخصی Medi-Cal (Conlan)» از Medi-Cal Rx بخواهید که هزینه‌ها را به شما بازپرداخت کند. 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** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. *فهرست داروهای* طرح ما

ما *فهرستی از داروهای* تحت پوشش داریم. ما آن را به اختصار «*فهرست دارویی*» می‌نامیم.

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

B1. داروهای موجود در *فهرست داروهای* ما

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

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

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

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

دارو های ژنریک همان مواد فعال موجود در دارو های با نام تجاری را دارند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی به نام بیوسیمیلارها دارند. به‌طورکلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به خوبی داروهای با نام برند تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی عمل می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی ژنریک برای بسیاری از داروهای برند تجاری و جایگزین‌های بیوسیمیلار برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود است. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، می‌توانند بدون نیاز به نسخه جدید، جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای با نام برند تجاری شوند.

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

B2. چگونه یک دارو را در *فهرست داروها* پیدا کنیم

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می کنید در *لیست دارویی* ما قرار دارد، می توانید:

- از وب سایت طرح ما در این آدرس دیدن کنید **www.caloptima.org/OneCare**. *فهرست داروهای* موجود در وب سایت همیشه جدیدترین نسخه است.
- برای اطلاع از وجود دارو در *فهرست دارویی* ما یا درخواست نسخه‌ای از فهرست، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- از «ابزار مزایای آنی» ما در www.medimpact.com برای جستجوی داروهای موجود در *فهرست داروها* استفاده کنید تا تخمینی از میزان پرداختی خود و اینکه آیا داروهای جایگزینی در *فهرست داروها* وجود دارد که می‌توانند همان بیماری را درمان کنند، به دست آورید. همچنین می توانید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

B3. داروهایی که در *فهرست دارویی* ما نیستند

ما همه داروها را پوشش نمی‌دهیم.

- برخی از داروها در *فهرست دارویی* ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه پوشش این داروها را نمی‌دهد.
- در موارد دیگر، ما تصمیم گرفتیم دارویی را در *فهرست دارویی* خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را تهیه کنید که در *فهرست دارویی* ما نیست. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.

طرح ما هزینه انواع داروهایی که در این بخش شرح داده شده است را پرداخت نمی‌کند. به این داروها، **داروهای خارج از کاربرد** شده می‌گویند. اگر یک داروی خارج از کاربرد را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه آن را بپردازید. اگر بر این اعتقاد هستید که به دلیل شرایطی که دارید ما باید هزینه یک داروی خارج از کاربرد را پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

سه قانون کلی درباره داروهای مستثنی وجود دارد:

1. پوشش دارویی برای داروهای سرپایی یا غیربستری طرح ما (که شامل Medicare بخش D می‌شود) نمی‌تواند هزینه دارویی را که Medicare بخش A یا Medicare بخش B از قبل پوشش می‌دهد، پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را به صورت رایگان پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای دارویی سرپایی شما محسوب نمی‌شون.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و مناطق تحت حاکمیت آن خریداری شده است، پوشش دهد.
3. نیاز به استفاده از دارو بعنوان درمان عارضه شما باید توسط سازمان مدیریت مواد غذائی و داروئی (FDA) یا در برخی کتاب های مرجع خاص به تأیید رسیده باشد. پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کند، حتی اگر برای درمان آن بیماری تایید نشده باشد. به این حالت «استفاده خارج از کاربرد» می‌گویند. برنامه ما معمولاً داروهای تجویز شده خارج از کاربرد مجاز را پوشش نمی ده.

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

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین سرفه یا علائم سرماخوردگی*
- داروهای استفاده شده برای مقاصد زیبایی و یا ازدیاد رشد مو
- ویتامین‌ها و مواد معدنی تجویزی، به جز ویتامین‌های دوران بارداری و فرآورده‌های فلوراید*
- داروهایی که برای درمان اختلال نعوظ یا ناتوانی جنسی استفاده می‌شوند
- داروهای مورد استفاده برای درمان بی‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن*
- داروهای سرپایی که توسط شرکتی ساخته شده‌اند که می‌گوید آزمایش‌ها یا خدمات شما باید فقط توسط آنها انجام شود

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

C. محدودیت پوشش برخی داروها

برای برخی داروها، قوانین ویژه‌ای نحوه و زمان پوشش آنها توسط طرح ما را محدود می‌کند. به طور کلی، قوانین ما شما را تشویق می‌کند دارویی را تاستفاده کنید که برای وضعیت پزشکی شما مناسب باشد و ایمن و مؤثر باشد. زمانی که یک داروی ایمن و کم هزینه بخوبی یک داروی پرهزینه اثربخش است، از ارائه کننده شما انتظار داریم که داروی کم هزینه تری تجویز نماید.

توجه داشته باشید که گاهی اوقات یک دارو ممکن است بیش از یک بار در *فهرست دارویی* ما ظاهر شود. زیرا داروهای مشابه می‌توانند بر اساس قدرت، مقدار یا شکل دارویی که توسط پزشک شما تجویز شده است، متفاوت باشند و محدودیت‌های متفاوتی ممکن است برای مدلهای مختلف داروها اعمال شود (برای مثال، 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یک عدد در روز در مقابل دو عدد در روز؛ قرص در مقابل شربت).

اگر قانون خاصی برای داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنی است که شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید اقدامات اضافی را برای پوشش دارو توسط ما انجام دهید. برای مثال ارائه کننده شما ممکن است تشخیص بیماری شما را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایش خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه دهنده خدمات شما فکر می‌کنید که قانون ما نباید در مورد وضعیت شما اعمال شود، از ما در فرآیند تصمیم‌گیری در مورد پوشش درخواست استثنا کنید. ممکن است ما بدون انجام اقدامات اضافی، با استفاده از دارو توسط شما موافقت کنیم یا آن را تائید نکنیم.

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

1. محدود کردن استفاده از داروی برند تجاری یا محصولات بیولوژیکی اصلی، زمانی که به ترتیب، یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض در دسترس باشد

به‌طورکلی، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض، همانند یک داروی برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی عمل می‌کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. در بیشتر موارد، اگر یک نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض از یک داروی برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود باشد، داروخانه‌های شبکه ما نسخه ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض را به شما ارائه می‌دهند.

- ما معمولاً وقتی نوع ژنریک داروی برند یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود باشد، هزینه‌ای برای آن پرداخت نمی‌کنیم.
- با این حال، اگر ارائه دهنده خدمات شما دلیل پزشکی مبنی بر عدم اثربخشی داروی ژنریک بیوسیمیلار قابل تعویض یا سایر داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، برای شما ارائه دهد، ما داروی برند تجاری را پوشش می‌دهیم.

2. دریافت تأییدیه طرح از قبل

برای برخی از داروها، شما یا پزشک تجویزکننده شما باید قبل از تهیه نسخه، از طرح ما تأییدیه دریافت کنید. این موضوع مجوز قبلی نام دارد. این امر برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به راهنمایی در مورد استفاده مناسب از داروهای خاص وضع شده است. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است هزینه دارو را پوشش ندهیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد مجوز قبلی، با خدمات مشتریان از طریق شماره پایین صفحه یا از طریق وب‌سایت ما به آدرس **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy** تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

3. امتحان کردن یک داروی متفاوت در مرحله نخست

به طور کلی، ما می‌خواهیم قبل از اینکه داروهای گران‌تر را پوشش دهیم، داروهای ارزان‌تری که به همان اندازه مؤثر هستند را امتحان کنید. بعنوان مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه پزشکی واحد را درمان کنند، و هزینه داروی A از داروی B کمتر باشد، ممکن است از شما بخواهیم ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر **نباشد**، ما داروی B را پوشش می‌دهیم. به این روش، درمان مرحله‌ای می‌گویند. برای اطلاعات بیشتر در مورد درمان مرحله‌ای، با خدمات مشتریان از طریق شماره پایین صفحه یا از طریق وب‌سایت ما به آدرس **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy** تماس بگیرید.

4. محدودیت های مقداری

برای برخی داروها، ما مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. به این موضوع محدودیت مقدار می گویند. برای مثال، اگر معمولاً مصرف فقط یک قرص در روز برای یک داروی خاص بی‌خطر تلقی می‌شود، ممکن است میزان دارویی را که می‌توانید هر بار که نسخه خود را تهیه می‌کنید، محدود کنیم.

برای اطلاع از اینکه آیا هر یک از قوانین فوق در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید، اعمال می‌شود یا خیر، *فهرست داروها* را بررسی کنید. برای جدیدترین اطلاعات، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما به آدرس **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**. مراجعه کنید. اگر بر اساس هر یک از دلایل فوق با تصمیم پوشش ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. لطفاً به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد

ما تمام سعی خود را بکار خواهیم بست تا پوشش های داروئی شما به بهترین نحو ممکن برقرار باشد اما گاهی اوقات شاید یک دارو آن طور که مایل هستید پوشش داده نشود. برای مثال:

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

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

D1. دریافت یک ذخیره موقت

در برخی موارد، وقتی دارو در *فهرست دارویی* ما نیست یا به نحوی محدود شده است، می‌توانیم ذخیره موقت دارو را در اختیار شما قرار دهیم. این به شما فرصت می‌دهد تا با ارائه‌دهنده خدمات خود در مورد دریافت داروی متفاوت صحبت کنید یا از ما بخواهید که هزینه دارو را پوشش دهیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

برای دریافت یک ذخیره موقت از دارو باید دو قانون زیر را رعایت کنید:

1. داروئی که مصرف می کردید:
   - دیگر در *فهرست دارویی* ما نیست، **یا**
   - هرگز در *فهرست دارویی* ما نبوده، **یا**
   - اکنون به نوعی محدود شده است.
2. شما باید در یکی از این موقعیت‌ها باشید:

- شما در سال گذشته در برنامه درمانی ما عضو بودید.
  - ما هزینه ذخیره موقت داروی شما را **در طول 90 روز اول سال تقویمی** پوشش می‌دهیم.
  - این مقدار موقت برای حداکثر میزان لازم برای 30 روز است.
  - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم که چندین بار دارو را تمدید کنید تا حداکثر 30 روز دارو دریافت کنید. شما باید داروهای تجویزی را از یک داروخانه شبکه دریافت کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت‌های طولانی‌مدت ممکن است داروی شما را در مقادیر کم و در یک زمان ارائه دهند تا از هدر رفتن آن جلوگیری شود.
- شما تازه به طرح ما پیوسته اید.
  - ما هزینه موقت داروی شما را **در طول 90 روز اول عضویت شما در طرحمان** پوشش می‌دهیم.
  - این مقدار موقت برای حداکثر میزان لازم برای 30 روز است.
  - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما اجازه می‌دهیم که چندین بار دارو را تمدید کنید تا حداکثر 30 روز دارو دریافت کنید. شما باید داروهای تجویزی را از یک داروخانه شبکه دریافت کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت‌های طولانی‌مدت ممکن است داروی شما را در مقادیر کم و در یک زمان ارائه دهند تا از هدر رفتن آن جلوگیری شود.
- اگر شما بیش از 90 روز است که عضو این طرح هستید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به دارو نیاز دارید.
  - ما ذخیره 31 روزه یا کمتر را پوشش می‌دهیم اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد. این علاوه بر تأمین ذخیره موقت است که در قسمت بالا توضیح داده شد.
- شما از یک مرکز درمانی به مرکز درمانی دیگری منتقل می‌شوید (به این تغییر سطح مراقبت گفته می‌شود).
  - نمونه‌هایی از تغییر سطح مراقبت عبارتند از: ورود به یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت از یک بیمارستان مراقبت‌های ویژه؛ ترخیص از بیمارستان به خانه؛ پایان دادن به اقامت پرستاری تخصصی بخش A با بازگشت به پوشش بخش D؛ ترک وضعیت آسایشگاه برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B؛ پایان دادن به اقامت در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت و بازگشت به جامعه؛ و ترخیص از یک بیمارستان روانپزشکی.

- اگر سطح مراقبت شما تغییر کند، ما تأمین موقت داروی شما را پوشش خواهیم داد. این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید داروی نسخه ای را در یک داروخانه عضو شبکه تهیه کنید.

D2. درخواست تأمین یک ذخیره موقت

برای درخواست ذخیره موقت دارو، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

وقتی ذخیره موقت دارو را دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که پس از اتمام ذخیره خود چه کاری باید انجام دهید. این انتخاب ها برای شما وجود دارند:

- داروی خود را به داروی دیگری تغییر دهید.

طرح ما ممکن است داروی متفاوتی را که برای شما مؤثر است، پوشش دهد. برای دریافت *فهرست داروهایی* که ما برای درمان یک بیماری خاص پوشش می‌دهیم، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را که ممکن است برای شما مؤثر باشد، پیدا کند.

یا

- درخواست استثنا کنید.

شما و ارائه کننده شما می توانید از ما درخواست کنید تا استثنا قائل شویم. برای مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در *فهرست دارویی* ما نیست پوشش دهیم یا از ما بخواهید که آن دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه کننده شما معتقد باشد که دلیل پزشکی موجهی برای درخواست استثنا دارید، می‌تواند به شما در درخواست آن کمک کن.

D3. درخواست استثنا

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

اگر برای درخواست استثناء به کمک نیاز دارید، می توانید با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

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

- تصمیم بگیریم که آیا شما برای دریافت دارو به مجوز قبلی نیاز دارید یا ندارید (قبل از دریافت دارو از ما اجازه بگیرید).
- مقدار دارویی را که می توانید دریافت کنید اضافه کنیم یا تغییر دهیم (محدودیت های مقدار).
- محدودیت‌های درمان مرحله‌ای را برای یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم (قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، باید یک داروی دیگر را امتحان کنید).
- یک محصول بیولوژیکی اصلی را با یک نسخه بیوسیمیلار قابل تعویض از محصول بیولوژیکی جایگزین کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

اگر دارویی را مصرف می کنید که در **ابتدای** سال تحت پوشش ما بوده است، معمولاً پوشش آن دارو را در **بقیه سال** حذف نمی کنیم یا تغییر نخواهیم داد، مگر اینکه:

- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار عرضه شود که به خوبی یک داروی موجود در *فهرست دارویی* فعلی عمل کند، **یا**
- ما متوجه می‌شویم که یک دارو بی‌خطر نیست، **یا**
- یک دارو از بازار حذف شده است.

اگر پوشش بیمه‌ای دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند، چه اتفاقی می‌افتد؟

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه هنگام تغییر فهرست داروها چه اتفاقی می‌افتد، همیشه می‌توانید:

- *فهرست داروهای* فعلی ما را به صورت آنلاین در **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**, یا بررسی کنید **و**
- برای بررسی *فهرست داروهای* فعلی ما، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در *فهرست داروها* ایجاد کنیم و در طول سال طرح فعلی شما را تحت تأثیر قرار دهند

برخی تغییرات در *فهرست داروها* بلافاصله اعمال خواهد شد. برای مثال:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک یا بیوسیمیلار جدید به بازار عرضه می‌شود که به خوبی یک داروی برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی موجود در *فهرست داروها* عمل می‌کند. در این صورت، ممکن است داروی با برند تجاری را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید تغییر نمی کند. وقتی داروی جدید ژنریک را اضافه میکنیم، ممکن است داروی قبلی را هم در لیست نگه داشته ولی قوانین و محدودیتهای پوشش را تغییر دهیم.
  - ممکن است قبل از اعمال این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما به محض اعمال آن، اطلاعات مربوط به تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم را برای شما ارسال خواهیم کرد.
  - شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما می‌توانید درخواست «استثنا» از این تغییرات را داشته باشید. ما اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن مراحلی که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید، ذکر شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنائات، لطفاً به **فصل 9** این *کتابچه راهنما مراجعه کنید.*

حذف داروهای ناامن و سایر داروهایی که از بازار خارج شده‌اند. گاهی اوقات ممکن است یک دارو به دلیل دیگری ناامن تشخیص داده شود یا از بازار خارج شود. در صورت بروز این اتفاق، ممکن است بلافاصله آن را از *فهرست دارویی* حذف کنیم. اگر چنین دارویی را مصرف می‌کنید، پس از اعمال تغییر، به شما اطلاع خواهیم داد. شما می‌توانید با پزشک یا سایر تجویزکنندگان خود همکاری کنید تا داروی متفاوتی را که ما برای شرایط شما پوشش می‌دهیم، پیدا کنید. می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، درخواست کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل شما را در مورد این تغییرات دیگر در *فهرست داروها* مطلع می‌کنیم. این تغییرات ممکن است در موارد زیر رخ دهند:

- سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) رهنمود جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو وجود دارد.

وقتی این تغییرات اتفاق بیفتد، ما:

- حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در *فهرست داروها* به شما اطلاع دهیم **یا**
- به شما اطلاع داده و پس از درخواست تمدید دارو، ذخیره 30 روزه دارو را در اختیارتان قرار می‌دهیم.

این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:

- اگر داروی مشابهی در *فهرست دارویی* ما وجود دارد، می‌توانید به جای آن مصرف کنید **یا**
- اگر برای ادامه پوشش دارو یا نسخه دارویی که مصرف می‌کردید، باید از این تغییرات مستثنی شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست استثنا، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تغییرات *فهرست داروها* که در طول این سال طرح، شما را تحت تأثیر قرار نمی‌دهند

ممکن است در داروهایی که مصرف می‌کنید و در بالا توضیح داده نشده‌اند و اکنون بر شما تأثیری ندارند، تغییراتی ایجاد کنیم. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی را مصرف می‌کنید که ما در **ابتدای سال** پوشش داده‌ایم، معمولاً پوشش آن دارو را **در بقیه سال حذف** یا تغییر نمی‌دهیم.

برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر تاثیری بر مصرف آن دارو در بقیه سال نخواهد داشت.

اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به جز تغییرات ذکر شده در بخش بالا)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر مصرف شما تأثیری نخواهد گذاشت.

ما مستقیماً در مورد این نوع تغییرات در طول سال جاری به شما اطلاع نخواهیم داد. شما باید *فهرست داروها* را برای سال بعدی طرح (زمانی که فهرست در طول دوره ثبت نام آزاد در دسترس است) بررسی کنید تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در طول سال بعدی طرح شما را تحت تأثیر قرار دهد یا خیر.

F. پوشش دارویی در مواقع خاص

F1. در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای مدت اقامتی که طرح ما پوشش می‌دهد

اگر برای مدت اقامت تحت پوشش طرح ما در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی بستری شوید، ما معمولاً هزینه داروهای شما را در طول مدت اقامتتان پوشش می‌دهیم. شما حق بیمه پرداخت نخواهید کرد. بعد از اینکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کردید، داروهای شما را تا زمانی که با تمام قوانین پوشش ما مطابقت داشته باشند پوشش خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

F2. اقامت در یک مرکز مراقبت طولانی مدت

اکثر مراکز مراقبتهای بلند مدت مانند مراکز پرستاری، داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه‌ای دارد که داروهای مورد نیاز همه ساکنان خود را تأمین می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید، در صورتی که داروخانه آن مرکز تحت پوشش شبکه ما باشد، می‌توانید داروهای خود را از طریق آن تهیه کنید.

لطفاً برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز مراقبتهای بلند مدت شما در شبکه ما است، به *فهرست ارائه دهندگان خدمات و داروخانه‌های* خود را بررسی کنید. اگر چنین نیست یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F3. اقامت در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج دارای مجوز Medicare

داروها هرگز همزمان تحت پوشش آسایشگاه و طرح ما نیستند.

- ممکن است در یک برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروهای خاصی (مثلاً مسکن، داروهای ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که خدمات آسایشگاهی شما آن را پوشش نمی‌دهد زیرا به پیش بینی وضعیت و شرایط بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شود. در این صورت، قبل از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، طرح ما باید از ارائه دهنده تجویزکننده دارو یا ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی بیماران لاعلاج شما، مبنی بر غیرمرتبط بودن دارو، اطلاعاتی دریافت کند.
- برای جلوگیری از تأخیر در دریافت هرگونه داروی غیرمرتبط که باید تحت پوشش طرح ما باشد، می‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی یا تجویزکننده خود بخواهید که قبل از درخواست از داروخانه برای تهیه داروهای تجویزی، مطمئن شوند که ما اطلاعیه‌ای مبنی بر غیرمرتبط بودن دارو دریافت کرده‌ایم.

اگر برنامه آسایشگاه بیماران لاعلاج را ترک کنید، طرح ما تمام داروهای شما را پوشش می‌دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه هنگام پایان مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی بیماران لاعلاج Medicare، مدارکی را به داروخانه ببرید تا تأیید کنید که از خدمات آسایشگاهی خارج شده‌اید.

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

G. برنامه‌هایی در مورد ایمنی دارو و مدیریت داروها

G1. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مصرف ایمن داروها

هر بار که داروهای تجویزی خود را تهیه می کنید، بررسی هائی برای یافتن مشکلات احتمالی مانند موارد اشتباهات داروئی یا داروهای زیر انجام می دهیم:

- داروهائی که ممکن است مورد نیاز نباشند چون در حال مصرف داروئی دیگر هستید که کارکرد مشابه دارد
- داروهائی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهائی که در صورت مصرف همزمان می توانند مضر باشند
- داروهائی که دارای ترکیباتی هستند که به آنها حساسیت دارید یا ممکن است حساسیت داشته باشید
- داروهایی که ممکن است در مقدار (دوز) آنها اشتباهاتی وجود داشته باشد

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- داروهایی که دارای مقدار نا امنی از مسکنهای افیونی هستند

اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه کننده شما همکاری خواهیم کرد.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به مدیریت داروهایتان

طرح ما برنامه‌ای برای کمک به اعضایی با نیازهای پیچیده بهداشتی دارد. در چنین مواردی، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات، بدون هیچ هزینه‌ای، از طریق یک برنامه مدیریت درمان دارویی (medication therapy management, MTM) باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما وارائه کننده شما کمک می کند تا مطمئن شوید داروهای شما برای بهبود سلامتی شما مؤثر هستند. اگر واجد شرایط این برنامه باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان درمانی، بررسی جامعی از تمام داروهای شما ارائه داده و در مورد موارد زیر با شما صحبت خواهند کرد:

- چگونه بیشترین بهره را از داروهایی که مصرف می‌کنید ببرید
- هرگونه نگرانی هائی که دارید، از قبیل هزینه دارو و واکنش های داروئی
- چگونه به بهترین شکل داروهای خود را مصرف کنید
- هرگونه سؤالات یا مشکلاتی که در مورد داروی تجویزی و داروی بدون نسخه خود دارید

سپس، آنها موارد زیر را به شما ارائه خواهند داد:

- شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو را دریافت خواهید کرد. این خلاصه شامل یک برنامه اقدامات داروئی می باشد که اقدامات لازم برای بهترین نحوه استفاده از داروها را به شما توصیه می کند.
- یک لیست دارویی شخصی که شامل تمام داروهایی که مصرف می‌کنید، مقدار مصرف، زمان و دلیل مصرف آنها باشد.
- اطلاعات مربوط به دور ریختن ایمن داروهای تجویزی که مواد تحت کنترل هستند.

بهتر است در مورد برنامه‌ی درمانی و فهرست داروهایتان با ارائه دهنده تجویزکننده‌ی دارو صحبت کنید.

- برنامه اقدامات و فهرست داروئی خود را در هر ویزیت و هربار که با پزشک خود، داروسازها و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی صحبت می کنید، همراه داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس مراجعه می‌کنید، فهرست داروهای خود را همراه داشته باشید.

برنامه مدیریت درمان دارویی (MTM) داوطلبانه بوده و برای اعضای واجد شرایط رایگان هستند. اگر برنامه ای متناسب نیازها شما داشته باشیم، شما را در آن ثبت نام کرده و اطلاعات را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر مایل به حضور در برنامه نبودید، به ما اطلاع دهید تا شما از آن خارج سازیم.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

ما برنامه‌ای داریم که به اعضا کمک می‌کند تا به صورت ایمن از داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، استفاده کنند. این برنامه مدیریت دارویی (Drug Management Program, DMP) نامیده می شود.

اگر داروهای مخدری مصرف می کنید که از چندین پزشک یا داروخانه دریافت می کنید یا اگر اخیراً بیش از حد از داروهای مخدر استفاده کرده‌اید، ممکن است با تجویزکننده های شما صحبت کنیم تا مطمئن شویم که استفاده شما از داروهای مخدر مناسب و از نظر پزشکی ضروری است. در همکاری با پزشکتان، اگر تصمیم بگیریم که مصرف داروی مخدر یا داروهای بنزودیزپین برای شما امن نیست، ممکن است در نحوه دریافت آن داروها محدودیتهایی قائل شویم. اگر شما را در DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام شما به تهیه تمام نسخه‌های مربوط به آن داروها از یک داروخانه(های) خاص
- الزام شما به دریافت تمام داروهای تجویزی مخدر یا بنزودیازپین از یک تجویزکننده/متخصص خاص
- محدود کردن میزان داروهای مخدر یا بنزودیازپینی که ما برای شما پوشش می‌دهیم

اگر قصد داشته باشیم نحوه دریافت این داروها یا میزان مصرف آنها را محدود کنیم، از قبل نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع خواهد داد که آیا پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد، یا اینکه از شما خواسته می‌شود نسخه‌های این داروها را فقط از یک ارائه‌دهنده یا داروخانه خاص تهیه کنید.

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

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

DMP ممکن است در موارد زیر برای شما اعمال نشود:

- داشتن بیماری‌های خاص، مانند سرطان یا بیماری سلول داسی شکل،
- در حال دریافت مراقبت‌های تسکینی، مراقبت‌های آسایشگاهی بیماران لاعلاج یا مراقبت‌های پایان زندگی هستید، **یا**
- در یک مرکز مراقبتهای بلند مدت زندگی می کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود چه مبلغی پرداخت می‌کنید. منظور ما از "داروها" این است:

- داروهای تجویزی Medicare بخشD، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx

از آنجا که واجد شرایط دریافت Medi-Cal هستید، از Medicare کمک اضافی برای پرداخت هزینه داروهای Medicare بخشD خود دریافت خواهید کرد.

> **کمک اضافی (Extra Help)** یک برنامه Medicare است که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های دارویی Medicare بخش D، مانند حق بیمه، هزینه کسری بیمه وسهم هزینه را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «یارانه کم‌درآمد» (Low-Income Subsidy) یا «LIS» نامیده می‌شود.

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

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

- *فهرست داروهای تحت پوشش* ما.
  - ما این فهرست را *"فهرست داروئی"* می خوانیم. این فهرست به شما موارد زیر را نشان میدهد:
    - هزینه کدام داروها را پرداخت می‌کنیم
    - اگر محدودیتی در مورد داروها وجود دارد
  - اگر به یک نسخه از *فهرست داروهای* ما نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه از *فهرست دارویی* ما را در وب‌سایت ما به آدرس زیر پیدا کنید **www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare/pharmacy**.
  - بیشتر داروهایی که از داروخانه تهیه می‌کنید تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.
- به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - نحوه دریافت داروهای سرپایی شما از طریق طرح ما را توضیح می‌دهد.
  - این شامل قوانینی است که شما باید از آنها پیروی کنید. همچنین نشان می‌دهد که کدام نوع داروها تحت پوشش طرح بیمه شما نیستند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- وقتی از «ابزار مزایای آنی» طرح برای جستجوی پوشش دارویی استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه نشان داده شده، تخمینی از هزینه‌های شخصی است که انتظار می‌رود پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر می توانید با بخش خدمات مشتریان نیز تماس بگیرید.

- *فهرست ارائه دهندگان* و داروخانه های ما.
  - در بیشتر موارد، برای تهیه داروهای تحت پوشش خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه های شبکه داروخانه هایی هستند که موافقت می کنند با ما همکاری کنند.
  - *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها*، داروخانه‌های شبکه ما را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فهرست مطالب

A. *شرح مزایا* (Explanation of Benefits, EOB). 162
B. روش پیگیری هزینه‌های دارویی شما 163
B1. اگر در این خلاصه مزایا اشتباهاتی پیدا کردید، چه باید کرد؟ 164
B2. در مورد کلاهبرداری احتمالی چه کاری باید انجام دهید؟ 164
C. شما برای یک منبع یک ماهه یا بلندمدت دارو هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید 165
C1. طرح ما دارای 1 ردیف اشتراک هزینه است. 165
C2. داروخانه های انتخابی شما 165
C3. تهیه یک منبع بلند مدت دارو 166
D. مبلغی که برای واکسنهای بخش D پرداخت می کنید 166
D1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید. 166

A. *شرح مزایا* (*Explanation of Benefits,* EOB)

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

- **هزینه هائی که شخصاً پرداخت می کنید.** این مبلغی است که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهایتان پرداخت می‌کنند. این شامل مبلغی می‌شود که شما هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اید، هرگونه پرداختی برای داروهای شما که توسط خانواده یا دوستان انجام شده است، هرگونه پرداختی که برای داروهای شما توسط کمک اضافی (Extra Help) از Medicare، طرح‌های درمانی کارفرما یا اتحادیه، خدمات درمانی سرخپوستان آمریکا (Indian Health Service)، برنامه‌های کمک دارویی ایدز، خیریه‌ها و اکثر برنامه‌های کمک دارویی ایالتی (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs) انجام شده است).
- **کل هزینه دارویی** شما. این مجموع تمام پرداخت‌های انجام شده برای داروهای تحت پوشش بخش D شما است. این شامل مبلغی است که طرح ما پرداخت کرده است، و آنچه برنامه‌ها یا سازمان‌های دیگری برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.

وقتی از طریق طرح ما دارو دریافت می‌کنید، خلاصه‌ای از آن را با عنوان *شرح مزایا (EOB)* برای شما ارسال می‌کنیم. ما آن را به اختصار EOB می‌نامیم. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید، دارد. EOB شامل موارد زیر است:

- **اطلاعات مربوط به ماه.** ین خلاصه نشان می دهد که چه داروهایی را در ماه گذشته دریافت کرده اید. کل هزینه داروها، مبلغی که ما پرداخت کرده ایم و آنچه که شما یا دیگران برای شما پرداخت کرده اند در آن نشان داده می شود.
- **جمع کل سال از اول ژانویه.** ین نشان دهنده کل هزینه های دارو و کل پرداخت های شما برای داروهایتان از ابتدای سال است.
- **اطلاعات قیمت داروها.** این قیمت کل دارو و تغییرات قیمت دارو از زمان اولین دریافت آن داروی تجویزی برای همان مقدار دارو است.
- **جایگزین‌های کم‌هزینه‌تر.** در صورت لزوم، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه کمتر برای هر داروی تجویزی.

ما داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌دهیم.

- پرداخت های انجام شده برای این داروها جزو مجموع هزینه هائی که شخصاً پرداخته اید محسوب نخواهد شد.
- اکثر داروهایی که از داروخانه دریافت می کنید، تحت پوشش این طرح قرار می گیرند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.
- برای اطلاع از داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد، به *فهرست داروها* مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

B. روش پیگیری هزینه‌های دارویی شما

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

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

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

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

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

- هنگامی که یک داروی تحت پوشش را در یک داروخانه شبکه با قیمت ویژه خریداری می کنید یا از کارت تخفیف که بخشی از مزایای طرح شما نیست استفاده می کنید .
- وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک به بیمار یک شرکت داروسازی دریافت می‌کنید، سهم هزینه پرداخت می‌کنید
- هرگاه داروهای تحت پوشش را از داروخانه های خارج از شبکه خریداری می کنید.
- وقتی تحت شرایط خاص، قیمت کامل داروی تحت پوشش را پرداخت می‌کنید.

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

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

پرداخت های انجام شده توسط برخی از افراد و سازمان‌های دیگر نیز جزو هزینه‌های شخصی شما محسوب می‌شوند. برای مثال، پرداخت‌های انجام‌شده توسط برنامه کمک دارویی ایالتی (State Pharmaceutical Assistance Program)، برنامه کمک دارویی ایدز (AIDS drug assistance program, ADAP)، خدمات درمانی سرخپوستان و اکثر خیریه‌ها جزو هزینه‌های شخصی شما محسوب می‌شوند.

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

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

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

B1. اگر در این خلاصه مزایا اشتباهاتی پیدا کردید، چه باید کرد؟

اگر موردی در این EOB برای شما گیج‌کننده است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سوالات خود را در وب‌سایت ما بیابید: **www.caloptima.org/OneCare**.

B2. در مورد کلاهبرداری احتمالی چه کاری باید انجام دهید؟

اگر این خلاصه مزایا داروهایی را که مصرف نمی‌کنید یا هر مورد مشکوک دیگری را نشان می‌دهد، لطفاً با ما تماس بگیرید.

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

اگر فکر می‌کنید چیزی اشتباه است یا از قلم افتاده است، یا اگر سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می‌توانید پاسخ بسیاری از سوالات خود را در وب‌سایت ما بیابید: **www.caloptima.org/OneCare**. این EOB ها را نگه دارید. آنها مدارک مهمی هستند که سوابق مخارج داروئی شما را نشان می دهند.

C. شما برای یک منبع یک ماهه یا بلندمدت دارو هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید

در طرح ما، در صورت رعایت قوانین ما، هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

C1. طرح ما دارای 1 ردیف اشتراک هزینه است

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

	یک داروخانه عضو شبکه منبع یک ماهه یا حداکثر 30 روزه	داروخانه سفارش پستی طرح ما منبع سه ماهه یا حداکثر 100 روزه	یک داروخانه مراقبتهای بلند مدت عضو شبکه منبع برای حداکثر 31 روز	یک داروخانه خارج از شبکه منبع برای حداکثر 30 روز. پوشش هزینه محدود به موارد خاص میباشد. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
تقسیم هزینه: **ردیف 1** (داروهای ژنریک و داروهای با نام برند تجاری)	$0	$0	$0	$0

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

C2. داروخانه های انتخابی شما

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

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

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر در صورت عدم پوشش یک دارو، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌های داروخانه، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* و به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه* ما مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

C3. تهیه یک منبع بلند مدت دارو

برای برخی از داروها، هنگام دریافت داروی خود، می توانید یک منبع طولانی مدت (که به آن "عرضه طولانی مدت" نیز گفته می شود) دریافت کنید. یک منبع بلند مدت دارو برای حداکثر 100 روزاست. این منبع طولانی مدت دارو هیچ هزینه‌ای برای شما ندارد.

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

D. مبلغی که برای واکسنهای بخش D پرداخت می کنید

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

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

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

D1. آنچه باید قبل از دریافت واکسنها بدانید

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

- ما می‌توانیم در مورد چگونگی پوشش واکسن شما توسط طرح درمانی‌مان به شما اطلاعات بدهیم.
- ما می توانیم به شما بگوییم که چگونه هزینه های خود را با استفاده از داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه پایین نگه دارید. داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شبکه موافقت خود را با همکاری با طرح ما اعلام می‌کنند. یک ارائه دهنده خدمات درمانی در شبکه با ما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود که شما هیچ هزینه اولیه‌ای برای واکسن Medicare بخش D نداشته باشید.

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

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 168
B. نحوه ارسال درخواست پرداخت به ما 171
C. تصمیمات مربوط به پوشش 172
D. درخواست تجدیدنظر 173

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

ارائه دهندگان تحت قراردادا شبکه ما باید پس از دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش شما، صورتحساب آنها را برای طرح ارسال کنند. یک ارائه کننده عضو شبکه ارائه کننده ای است که با برنامه خدمات بهداشتی و درمانی همکاری دارد.

ما به ارائه دهندگان CalOptima Health OneCare Complete اجازه نمی‌دهیم که برای این خدمات [یا داروها] برای شما صورتحساب ارسال کنند. ما مستقیماً هزینه ها را به ارائه دهندگان خود پرداخت می‌کنیم و از شما در برابر مسئولیت در زمینه هرگونه هزینه‌ای محافظت می‌کنیم.

اگر برای مراقبت‌های درمانی یا داروها صورتحساب دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و صورتحساب را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب به ما، به **فصل 7، بخش B** مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً به ارائه دهنده خدمات پرداخت خواهیم کرد.
- اگر ما خدمات یا داروها را پوشش می‌دهیم و شما قبلاً هزینه [صورتحساب] را پرداخت کرده‌اید، حق شماست که مبلغ پرداختی را پس بگیرید.
  - اگر برای خدمات تحت پوشش Medicare هزینه ای پرداخت کرده اید، ما آن را به شما بازپرداخت می کنیم.
- اگر هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت کرده‌اید، در صورت داشتن تمام شرایط زیر، ممکن است واجد شرایط دریافت بازپرداخت (پس گرفتن هزینه) باشید:
  - خدماتی که شما دریافت کرده‌اید، تحت پوشش Medi-Cal است و ما مسئول پرداخت هزینه آن هستیم. ما هزینه خدماتی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete نباشد را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
  - شما پس از اینکه به عضویت CalOptima Health OneCare Complete درآمدید، خدمات تحت پوشش را دریافت نموده اید.
  - شما ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش، درخواست می‌کنید که مبلغ پرداختی شما بازپرداخت شود.
  - شما مدارکی ارائه می‌دهید که نشان می‌دهد هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید، مانند رسید دقیق از ارائه‌دهنده.
  - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده ثبت‌نام‌شده در Medi-Cal در شبکه CalOptima Health OneCare Complete دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا خدمات دیگری را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه اجازه می‌دهد بدون مجوز قبلی (پیش‌تاییدیه) آن را انجام دهند، نیازی به رعایت این شرایط ندارید).
- اگر آن خدمات تحت پوشش معمولاً نیاز به مجوز قبلی (پیش‌تاییدیه) دارد، باید مدرکی از ارائه‌دهنده ارائه دهید که نیاز پزشکی به خدمات تحت پوشش را نشان دهد.

- CalOptima Health OneCare Complete در نامه‌ای به نام «اطلاعیه اقدام» (Notice of Action) به شما اطلاع خواهد داد که آیا هزینه را به شما بازپرداخت خواهند کرد یا خیر. اگر همه شرایط فوق را دارید، ارائه دهنده ثبت نام شده در Medi-Cal باید کل مبلغی که پرداخت کرده اید را به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه دهنده از بازپرداخت وجه به شما خودداری کند، CalOptima Health OneCare Complete کل مبلغ پرداختی شما را بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت درخواست، هزینه را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت‌نام کرده باشد، اما عضو شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه به شما خودداری کند، CalOptima Health OneCare Complete مبلغ را به شما بازپرداخت خواهد کرد، اما فقط تا سقف مبلغی که FFS Medi-Cal پرداخت می‌کند. CalOptima Health OneCare Complete کل مبلغ پرداختی توسط شما برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه ارائه آنها را توسط ارائه دهندگان خارج از شبکه بدون پیش تأییدیه می‌دهد، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر یکی از شرایط فوق را نداشته باشید، ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
- ما هزینه را به شما بازپرداخت نخواهیم کرد اگر:
  - شما خدماتی را درخواست و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal *نیستند*، مانند خدمات زیبایی.
  - دریافت خدماتی که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete *نیستند*.
  - شما به پزشکی مراجعه کردید که با Medi-Cal همکاری نمی‌کند و فرمی را امضا کردید که در آن نوشته شده بود به هر حال می‌خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت می‌کنید.
- اگر خدمات یا داروهایی را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

در صورت داشتن هرگونه سوال با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر صورتحسابی دریافت کردید و نمی‌دانید در مورد آن چه کاری انجام دهید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر می خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده اید در اختیار ما قرار دهید نیز می توانید با ما تماس بگیرید.

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

1. هنگامیکه مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه دریافت می کنید

از ارائه دهنده بخواهید که صورتحساب را برای ما ارسال کند.

- اگر هنگام دریافت مراقبت، کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه کننده صورتحسابی دریافت کنید که از شما می خواهد مبلغی را پرداخت کنید که فکر می کنید شما مسئول پرداخت آن نیستید. صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.
  - اگر باید هزینه ای به ارائه دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً هزینه خدمات Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. هنگامیکه ارائه دهنده عضو شبکه برای شما صورتحساب می فرستد

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

- از آنجا که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما مسئول پرداخت هیچ هزینه‌ای نیستید. ارائه دهندگان خدمات نباید برای این خدمات از شما هزینه ای دریافت کنند.
- هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه کننده عضو شبکه دریافت می کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس گرفته و مشکل شما را حل میکنیم.
- اگر قبلاً مبلغ صورت‌حساب ارائه‌دهنده شبکه برای خدمات تحت پوشش Medicare را پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را بازپرداخت خواهیم کرد.

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

گاهی اوقات ثبت نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق شود. (این به این معنی است که اولین روز ثبت نام شما گذشته است. حتی ممکن است سال گذشته باشد.)

- اگر ثبت نام شما عطف به ماسبق شده باشد و صورتحسابی را پس از تاریخ ثبت نام پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم.
- صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید.

4. هنگامیکه از داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می کنید

اگر از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، شما هزینه کامل نسخه خود را پرداخت خواهید کرد.

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

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

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

- اگر داروخانه نتواند فوراً اطلاعات را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل نسخه را خودتان پرداخت کنید یا با کارت عضویت خود به داروخانه برگردید.
- وقتی از ما درخواست می‌کنید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- اگر هزینه ای که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافقی ما برای داروی تجویزی باشد، ممکن است کل هزینه پرداختی شما را پس ندهیم.

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

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

- ممکن است دارو در فهرست داروهای تحت پوشش *(فهرست دارویی)* وب‌سایت ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما از آن اطلاعی ندارید یا فکر نمی‌کنید در مورد شما صدق کند. اگر تصمیم به تهیه آن دارو بگیرید، ممکن است لازم باشد کل هزینه را پرداخت کنید.
  - اگر هزینه دارویی را شخصا پرداخت نمی‌کنید اما فکر می‌کنید که ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید درخواست تصمیم پوشش برای آن دارو را بدهید (به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک یا تجویزکننده دیگر دارو فکر می‌کنید که فوراً (ظرف 24 ساعت) به دارو نیاز دارید، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش دارویی خود را ارائه دهید (به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- وقتی از ما درخواست می‌کنید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است برای بازپرداخت هزینه دارو به شما، نیاز به دریافت اطلاعات بیشتری از پزشک یا سایر تجویزکنندگان داشته باشیم. اگر هزینه ای که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافقی ما برای داروی تجویزی باشد، ممکن است کل هزینه پرداختی شما را پس ندهیم.

هنگامیکه درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند یا خیر. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد، هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. نحوه ارسال درخواست پرداخت به ما

صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی که برای خدمات Medicare انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید یا با ما تماس بگیرید. مدرک مبلغ پرداخت شده می تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه کننده دریافت کردید. **ایده خوبی است که از صورتحساب و رسیدهای خود یک کپی برای سوابق خود تهیه کنید.** می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود کمک بخواهید. برای اطوینان از اینکه اطلاعات کافی برای اخذ تصمیم برای ما ارسال نموده اید، میتوانید برای درخواست پرداخت، فرم درخواست ما را تکمیل نمایید.

- لازم نیست که حتماً فرم را تکمیل کنید، اما این فرم به ما در تسریع رسیدگی به درخواستتان کمک میکند.
- می‌توانید فرم را از وب‌سایت ما (**www.caloptima.org/OneCare**), دریافت کنید، یا می‌توانید با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم را درخواست کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

درخواست بازپرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید به این آدرس ارسال کنید:

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

برای درخواست های مطالبه داروخانه، درخواست بازپرداخت خود را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این نشانی ارسال کنید:

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

شما باید درخواست خود را ظرف سه (3) سال از تاریخ دریافت خدمات، اقلام یا دارو به ما ارائه دهید.

C. تصمیمات مربوط به پوشش

هنگامیکه درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت. این بدان معناست که ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح ما خدمات، اقلام یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. ما همچنین در صورت وجود، میزان هزینه ای که باید پرداخت کنید را تعیین می‌کنیم.

- اگر به اطلاعات بیشتری از شما نیاز داشته باشیم، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که طرح ما خدمات، اقلام یا دارو را پوشش می‌دهد و شما تمام قوانین مربوط به دریافت آن را رعایت کرده‌اید، هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک به مبلغ پرداخت شما برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه کامل دارو را پرداخت کرده‌اید، ممکن است کل مبلغ پرداختی به شما بازپرداخت نشود (برای مثال، اگر دارو را از داروخانه خارج از شبکه تهیه کرده‌اید یا اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر هزینه را پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده خدمات پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 این *کتابچه راهنمای اعضا*، قوانین مربوط به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا*، قوانین مربوط به تحت پوشش قرار دادن داروهای Medicare بخش D شما را توضیح می‌دهد.

- اگر تصمیم بگیریم که هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین حقوق شما برای درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش بیمه، به **فصل 9**، مراجعه کنید.

D. درخواست تجدیدنظر

اگر فکر می کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده ایم، می توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. به این کار «درخواست تجدیدنظر» می‌گویند. اگر با مبلغی که ما پرداخت می کنیم موافق نیستید نیز می توانید درخواست تجدید نظرکنید.

روند رسمی تجدیدنظر، مراحل و مهلت‌های دقیقی دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:

- برای درخواست تجدیدنظر در مورد بازپرداخت هزینه‌های خدمات درمانی، به **بخشF** مراجعه کنید.
- برای درخواست تجدیدنظر در مورد بازپرداخت هزینه دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق و مسئولیت های شما

مقدمه

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

فهرست مطالب

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 176

A. Su derecho a recibir servicios e información de manera que cumpla con sus necesidades 177

A. Quyền nhận các dịch vụ và thông tin theo cách có thể đáp ứng các nhu cầu của quý vị 178

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند. 179

A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리 180

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利. 181

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك. 182

A. Ваше право получать услуги и информацию в форме, отвечающей вашим потребностям 183

B. مسئولیت ما در قبال دسترسی به موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش. 184

C. مسئولیت ما در قبال حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (Personal Health Information, PHI) 185

C1. چگونه از PHI شما محافظت می کنیم. 186

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان 186

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما 187

E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمی توانند مستقیما برای شما صورتحساب ارسال نمایند. 188

F. حق شما برای ترک طرح ما 188

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان 188
G1. حق شما برای دانستن گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری 188
G2. حق شما برای بیان اینکه اگر نتوانستید تصمیمهای مراقبت‌های درمانی خود را خودتان بگیرید، میخواهید چه اتفاقی بیافتد 189
G3. اگر دستورالعملهای شما رعایت نشود چه باید کرد 190
H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در زمینه تصمیمات ما 190
H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید 190
I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو طرح 191

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

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

- To get information in a way that you can understand, call your personal care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Farsi, Korean, Chinese, Arabic, and Russian and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - To make a standing request for materials in a threshold language or in an alternative format, call Customer Service at the number at the bottom of the page or by accessing our secure online member portal at **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Your standing request will be kept in our system for all future mailings and communications.
  - To cancel or make a change to your standing request, please call **1-877-412-2734** (TTY **711**), 8 a.m. to 8 p.m., 7 days a week (October 1 to March 31), and 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday (April 1 to September 30). The call is free.

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

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

Debemos garantizar que se le brinden todos los servicios, tanto clínicos como noclínicos, de manera accesible y culturalmente apropiada, incluso para las personas condominio limitado del inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditivao antecedentes culturales y étnicos diversos. También debemos informarle sobre losbeneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda entenderlos.Debemos informarle sobre sus derechos cada año que usted esté en nuestro plan.

- Para obtener información de manera que usted pueda entenderla, llame a su Coordinador de atención personal o a Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos al inglés, como español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe, y ruso, así como en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Su solicitud permanente será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
  - Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 1-916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 711.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY pueden llamar al 1-800-537-7697.

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

Chúng tôi phải bảo đảm rằng **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và không lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính, hoặc những người từ các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi của chương trình và các quyền hạn của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền hạn của quý vị mỗi năm khi quý vị ở trong chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, xin gọi cho điều phối viên chăm sóc cá nhân của quý vị hoặc văn phòng Dịch Vụ. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các thắc mắc bằng những ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị những tài liệu bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Trung Đông, tiếng Hàn Quốc, tiếng Trung Quốc, tiếng Ả Rập, và tiếng Nga và bằng các định dạng như chữ in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc đĩa thu âm. Để nhận tài liệu bằng một trong những định dạng thay thế này, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ hoặc gửi thư đến:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Để thực hiện yêu cầu thường trực để nhận các tài liệu bằng một ngôn ngữ chính hoặc bằng hình thức khác, xin gọi cho văn phòng Dịch Vụ ở số điện thoại ở cuối trang hoặc vào trang thông tin trực tuyến an toàn dành cho thành viên của chúng tôi tại **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - Yêu cầu thường trực của quý vị sẽ được lưu lại trong hệ thống của chúng tôi cho tất cả các thư từ và liên lạc trong tương lai.
  - Để hủy bỏ hoặc thay đổi yêu cầu thường trực của quý vị, xin gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, 7 ngày một tuần (từ

ngày 1 tháng 10 đến ngày 31 tháng 3), và từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu (từ ngày 1 tháng 4 đến ngày 30 tháng 9). Cuộc gọi này miễn phí.

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

- Medicare ở số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền của Medi-Cal ở số 1-916-440-7370. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 711.
- Bộ Dịch vụ Y tế và Nhân sinh Hoa Kỳ, Văn phòng Dân quyền ở số 1-800-368-1019. Thành viên sử dụng máy TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. شما حق دارید اطلاعات و خدمات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را براورده میکند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که **تمام** خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، به شیوه‌ای متناسب با فرهنگ شما و با قابلیت دسترسی آسان ارائه می‌شوند، از جمله برای افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوعی دارند. ما همچنین باید مزایای طرح درمانی و حقوق شما را به شیوه‌ای که برای شما قابل درک باشد، برای شما شرح دهیم. ما باید هر سال که در طرح ما هستید، در مورد حقوقی که در برنامه دارید شما را مطلع کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که برای شما قابل فهم باشد، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های شخصی خود یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف ارائه می‌دهد.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی در اختیار شما قرار دهد. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به آدرس زیر نامه بنویسید:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - برای ارائه درخواست دائمی دریافت مطالب به زبان دلخواه خود یا در یکی از قالبهای جایگزین، با خدمات مشتریان توسط شماره تلفنی که در پایین صفحه آمده است تماس بگیرید یا به پورتال آنلاین امن اعضا ما در **https://member.caloptima.org/#/user/login** مراجعه نمایید.
  - درخواست دائمی شما برای تمام مکاتبات و ارتباطات آینده در سیستم ما نگهداری خواهد شد.

- برای لغو یا ایجاد تغییر در درخواست دائمی خود، لطفاً با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**) ، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی ثبت کنید، با شماره زیر تماس بگیرید:

- Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal Office of Civil Rights با شماره 1-916-440-7370 کاربران TTY میتوانند با 711 تماس بگیرند.
- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. 회원의 필요를 충족하는 방법으로 서비스 및 정보를 받을 권리

저희는 **모든** 서비스가 영어 능력에 제한이 있거나, 글 읽기 능력이 제한적이거나, 청각 장애가 있거나, 다양한 문화적, 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 임상적, 비임상적 서비스가 문화적으로 적절하고 접근 가능한 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 저희는 회원이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 권리에 대해 알려야 합니다. 저희는 회원이 매년 저희 플랜에 가입되어 있는 한 회원이권리에 대해 알려야 합니다.

- 회원이 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으려면 개인 관리 코디네이터 또는 고객 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 저희 플랜에서는 영어 이외의 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어 등의 언어로 된 자료 및 큰글자, 점자 또는 오디오와 같은 대체 형식의 자료도 제공해 드립니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받으려면 고객 서비스로 전화하거나 주소로 편지를 보내십시오:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 특정 언어 또는 대채 형식으로 자료를 영구 요청을 하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 온라인 회원 포털 **https://member.caloptima.org/#/user/login**에 접속하십시오.
  - 회원의 영구 요청은 향후 우편 소통 및 기타 소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화주십시오. 통화는 무료입니다.

언어 문제나 장애로 인해 저희 플랜에 대한 정보를 받는 데 어려움이 있고 불만을 제기하길 원시면 다음 번호로 전화하십시오:

- Medicare 번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하십시오. TTY 사용자는 번호 1-877-486-2048 로 전화하십시오.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (시민 권리 사무부) 전화번호는 1-916-440-7370 입니다. TTY 사용자는 전화 711을 이용하십시오.
- Department of Health and Human Services(보건복지부), Office for Civil Rights (시민 권리 사무부)에 번호1-800-368-1019로 연락하십시오. TTY 사용자는 번호 1-800-537-7697 로 전화하십시오.

A. 您透過符合您需求的方式取得服務和信息的權利

我們必須確保**所有**臨床和非臨床服務均以符合文化規範且易於理解的方式提供給您，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙或具有不同文化和種族背景的人士。我們還必須以您能夠理解的方式告知您我們計劃的福利和您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須將您的權利告訴您。

- 為了以您能理解的方式獲取信息，請致電您的個人護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可用不同語言解答您的疑問。
- 我們的計劃還可以為您提供英語以外其他語言的資料，包括西班牙語、越南語、波斯語、韓語、中文、阿拉伯語和俄語，以及大字體印刷、盲文或音頻等格式。如需這些其他格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - 如需長期要求取得主要語言或其他格式的資料，請撥打頁面底部的客戶服務電話，或瀏覽我們的安全線上會員入口網站：
    https://member.caloptima.org/#/user/login
  - 您的長期請求將保留在我們的系統中，用於以後的所有郵件和通信
  - 這是免費電話。若要取消或更改您的長期請求，請撥打 **1-877-412-2734**（TTY **711**），請於每週7天, 上午8點至晚上8點 (10月1日至3月31日), 以及週一至週五, 上午8 點至晚上8點 (4月1日至9月30日)撥打。這是免費電話。

如果您因語言障礙或殘障而無法獲取我們計劃的信息，並希望提出投訴，請致電：

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 使用者應撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights (民權辦公室): 916-440-7370。TTY 使用者請撥打 711。
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (美國衛生與公眾服務部，民權辦公室): 1-800-368-1019。TTY 使用者應撥打 1-800-537-7697。

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات، السريرية وغير السريرية، لك بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية و عرقية متنوعة. يجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يسهل عليك فهمها، قم بالاتصال بمنسق الرعاية الشخصية الخاص بك أو بخدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متعددة اللغات للرد على جميع استفساراتك.
- يمكن لخطتنا أيضًا أن توفر لك مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية، والفيتنامية، والفارسية، والكورية، والصينية، والعربية، والروسية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتابة بطريقة برايل، أو الصوتيات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو الكتابة إلى:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - لتقديم طلب دائم للمواد بلغة العتبة أو بتنسيق بديل، اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو عن طريق الوصول إلى بوابة الأعضاء الآمنة عبر الإنترنت على **https://member.caloptima.org/#/user/login**
  - سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع المراسلات والاتصالات المستقبلية
  - لإلغاء طلبك الدائم أو إدخال تعديل عليه، يرجى الاتصال على الرقم **1-877-412-2734** (TTY **711**)، من 8 صباحاً الى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع (من 1 أكتوبر إلى 31 مارس)، ومن 8 صباحاً الى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر). المكالمة مجانية.

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشكلات تتعلق باللغة أو باعاقة وأردت تقديم شكوى، فاتصل بـ :

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights (مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية) على الرقم 1-916-440-7370. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1019-368-800-1. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 7697-537-800-1.

A. Ваше право получать услуги и информацию в форме, отвечающей вашим потребностям

Мы обязаны обеспечить, чтобы **все** услуги — как клинические, так и неклинические — предоставлялись вам с учётом культурных особенностей и в доступной форме, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха, а также для лиц с разнообразным культурным и этническим происхождением. Мы также обязаны предоставлять вам информацию о льготах нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Мы обязаны сообщать вам о ваших правах каждый год, пока вы состоите в нашем плане.

- Чтобы получить информацию в понятной для вас форме, позвоните своему персональному координатору медицинского ухода или в Службу поддержки. Наш план бесплатно предоставляет услуги устного и жестового перевода, чтобы вы могли получить ответы на свои вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, отличных от английского, включая испанский, вьетнамский, фарси, корейский, китайский, арабский и русский, а также в альтернативных форматах, таких как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из таких альтернативных форматов, пожалуйста, позвоните в Службу поддержки или напишите по адресу:

  CalOptima Health OneCare Complete
  505 City Parkway West
  Orange, CA 92868

  - Чтобы подать запрос на постоянное предоставление материалов на одном из пороговых языков или в альтернативном формате, позвоните в Службу поддержки по номеру, указанному внизу страницы, или воспользуйтесь нашим защищённым онлайн-порталом для участников: **https://member.caloptima.org/#/user/login**.
  - Такой запрос будет сохранён в нашей системе для всех будущих рассылок и коммуникаций.

- Чтобы отменить или изменить свой запрос, пожалуйста, позвоните по телефону **1-877-412-2734** (линия TTY: **711**) — с 8 a.m. до 8 p.m. 7 дней в неделю (с 1 октября по 31 марта), и с 8 a.m. до 8 p.m. с понедельника по пятницу (с 1 апреля по 30 сентября). Звонок бесплатный.

Если из-за языкового барьера или инвалидности у вас возникают трудности с получением информации от нашего плана и вы хотите подать жалобу, позвоните в следующие организации:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 711.
- Управление по гражданским правам при Департаменте здравоохранения и социальных служб США (DHHS): 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

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

شما به عنوان عضوی از طرح ما از حقوقی برخوردار هستید.

- شما حق دارید یک ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (primary care provider, PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه دهنده خدمات شبکه، ارائه دهنده ای است که با ما همکاری می کند. می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد اینکه چه نوع ارائه‌دهندگانی می‌توانند به عنوان PCP عمل کنند و نحوه انتخاب PCP را در **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* بیابید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان شبکه و پزشکانی که بیماران جدید را می‌پذیرند، با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به *فهرست ارائه دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.
- شما حق دارید بدون نیاز به ارجاع، به متخصص سلامت زنان مراجعه کنید. ارجاع، تأییدیه‌ای از سوی PCP شما برای استفاده از خدمات ارائه‌دهنده‌ای است که PCP شما نیست.
- شما این حق را دارید که در مدت زمان معقولی خدمات تحت پوشش را از ارائه دهندگان شبکه دریافت کنید.
  - این شامل حق دریافت خدمات به موقع از متخصصان نیز می شود.
  - اگر نتوانید خدمات را در مدت زمان معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید خدمات اورژانسی یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز را بدون نیاز به تائیدیه قبلی (prior authorization, PA) دریافت کنید.
- شما حق دارید نسخه‌های خود را بدون تأخیر طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما تهیه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- شما این حق را دارید که بدانید چه زمانی می توانید از خدمات ارائه دهنده خارج از شبکه استفاده کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان خدمات خارج از شبکه، به **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- وقتی برای اولین بار به برنامه ما می پیوندید، در صورت برآورده شدن شرایط خاص، شما این حق را دارید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را تا 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه دهندگان و مجوزهای خدمات خود، به **فصل 1** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- شما این حق را دارید که با کمک تیم مراقبت و هماهنگ کننده مراقبت شخصی خود تصمیمات مربوط به مراقبت های بهداشتی خود را بگیرید.

فصل 9 این *کتابچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروهای خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید. همچنین به شما که اگر پوشش خدمات یا داروهای شما را رد کنیم و شما با تصمیم ما موافق نباشید، چه کاری می‌توانید انجام دهید، اطلاعاتی را ارائه می دهد .

C. مسئولیت ما در قبال حفاظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (Personal Health Information, PHI)

ما از اطلاعات شخصی شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

اطلاعات سلامت شخصی شما شامل اطلاعات شخصی است که هنگام ثبت نام در طرح ما در اختیار ما قرار داده‌اید. همچنین شامل سوابق درمانی و سایر اطلاعات پزشکی و بهداشتی شما می‌شود.

شما در مورد اطلاعات خود و کنترل نحوه استفاده از PHI خود، حقوقی دارید. ما یک اطلاعیه کتبی به شما ارائه می‌دهیم که شما را در مورد این حقوق راهنمایی می‌کند و نحوه محافظت از حریم خصوصی PHI شما را توضیح می‌دهد. این اطلاعیه «اطلاعیه رویه های حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

اعضایی که ممکن است برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست برای خدمات حساس نیستند. نام طرح، ارتباطات مربوط به خدمات حساس را به آدرس پستی، آدرس ایمیل یا شماره تلفن جایگزین تعیین شده توسط عضو یا در صورت عدم تعیین این اطلاعات، به آدرس یا شماره تلفن موجود در پرونده به نام عضو ارسال خواهد کرد. CalOptima Health OneCare Complete اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون اجازه کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت، برای هیچ عضو دیگری فاش نخواهد کرد. CalOptima Health OneCare Complete درخواست‌های مربوط به ارتباطات محرمانه را در فرم و قالب درخواستی، در صورتی که به راحتی در فرم و قالب درخواستی قابل تهیه باشد، یا در مکان‌های جایگزین، رسیدگی خواهد کرد. درخواست یک عضو برای ارتباطات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی که عضو درخواست را لغو نکند یا درخواست جدیدی برای ارتباطات محرمانه ارسال نکند، معتبر خواهد بود.

ارائه درخواست ارتباطات محرمانه

شما می‌توانید از ما بخواهید که با روش تماس دلخواه شما (مثلاً تلفن منزل یا محل کار) با شما تماس بگیریم یا نامه را به آدرس دیگری ارسال کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ما همه درخواستهای معقول را در نظر خواهیم گرفت. اگر به ما بگویید که در صورت عدم انجام این کار در معرض خطر خواهید بود، ما باید با آن "موافقت" نماییم.

ما از اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

C1. چگونه از PHI شما محافظت می کنیم

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که هیچ فرد غیرمجازی سوابق شما را مشاهده نکرده یا تغییر نمی‌دهد.

به جز مواردی که در زیر ذکر شده است، ما اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما را به کسی که مراقبت شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، ارائه نمی‌دهیم. اگر چنین کاری انجام دهیم، ملزم هستیم ابتدا از شما مجوز کتبی دریافت کنیم. شما یا شخصی که قانوناً مجاز به تصمیم‌گیری برای شما است، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی اوقات لازم نیست ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. این استثنائات طبق قانون مجاز یا الزامی هستند:

- ما باید PHI را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت مراقبت‌های طرح ما را بررسی می‌کنند، قرار دهیم.
- ما ممکن است در صورت دستور دادگاه، PHI را منتشر کنیم، اما فقط در صورتی که قانون کالیفرنیا اجازه این کار را بدهد.
- ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای Medicare بخش D، را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات PHI شما را برای تحقیق یا سایر موارد استفاده منتشر کند، این کار را طبق قوانین فدرال انجام می‌دهد. اغلب به منظور اشتراک PHI شما در مواردی غیر از درمان، پرداخت هزینه و یا عملکرد سازمان ، ما باید قبلاً از شما اجازه کتبی دریافت کنیم. اگرمی خواهید اطلاعات شما به روش خاصی در موارد زیر، به اشتراک گذاشته شود با ما تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی مراجعه کنید.

C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان

- شما حق دارید که سوابق پزشکی خود را مشاهده کنید و یک نسخه از سوابق خود را دریافت کنید.
- شما حق دارید از ما بخواهید سوابق پزشکی شما را به روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر از ما بخواهید این کار را انجام دهیم، با ارائه دهنده مراقبتهای شما در زمینه تصمیم گیری برای انجام یا عدم انجام تغییرات همکاری میکنیم.
- شما حق دارید بدانید که آیا اطلاعات پزشکی محرمانه شما را برای اهداف غیر معمول با دیگران به اشتراک می‌گذاریم یا خیر و چگونه این کار را انجام می‌دهیم.

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

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، شما حق دارید از ما در مورد طرح ما، ارائه دهندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعات دریافت کنید.

اگر انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما برای پاسخگویی به سوالات شما در مورد طرحمان خدمات مترجم شفاهی ارائه می دهیم. برای دریافت مترجم، با خدمات مشتریان تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. مطالب مربوط به اعضای CalOptima Health OneCare Complete به زبان‌های انگلیسی، اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی، عربی و روسی موجود است. ما همچنین می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ بزرگ، بریل، سی‌دی داده یا صوتی در اختیار شما قرار دهیم.

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

- نحوه انتخاب یا تغییر برنامه ها
- برنامه ما، شامل:
  - اطلاعات مالی
  - چگونه اعضای طرح به ما امتیاز داده‌اند
  - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر از سوی اعضا
  - نحوه خروج از طرح ما
- ارائه دهندگان شبکه و داروخانه های شبکه ما، از جمله:
  - نحوه انتخاب یا تغییر دادن ارائه دهندگان مراقبت اولیه
  - صلاحیتهای ارائه دهندگان و داروخانه های شبکه ما
  - نحوه پرداخت ما به ارائه دهندگان خدمات در شبکه ما
- خدمات و داروهای تحت پوشش، شامل:
  - خدمات (به **فصل های 3 و 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) و داروها (به **فصل های 5 و 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما
  - محدودیت‌های مربوط به پوشش بیمه و داروهای شما
  - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- دلیل تحت پوشش نبودن موارد و اینکه شما چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید)، از جمله درخواست از ما برای:
  - اعلام کتبی این موضوع که چرا برخی موارد تحت پوشش نیستند
  - تغییر دادن تصمیمی که گرفته ایم
  - هزینه صورتحسابی که دریافت کرده‌اید را پرداخت کنید

E. ارائه دهندگان داخل شبکه نمی توانند مستقیما برای شما صورتحساب ارسال نمایند

پزشکان، بیمارستانها و سایر ارائه دهندگان در شبکه ما نمی توانند شما را وادار کنند هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت نمایید. همچنین اگر مبلغی ما کمتر از مبلغی که ارائه دهنده درخواست کرده است بپردازیم، آنها نمی‌توانند مبلغ یا صورتحساب را تغییر دهند. برای اطلاع از اینکه اگر یک ارائه‌دهنده شبکه سعی کند برای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کند، چه باید بکنید، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F. حق شما برای ترک طرح ما

اگر خودتان نخواهید، هیچ‌کس نمی‌تواند شما را وادار به ماندن در طرح ما کند.

- شما حق دارید بیشتر خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق Original Medicare یا یکی دیگر از طرح‌های Medicare Advantage (MA) دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای دارویی Medicare بخش D خود را از یک طرح دارویی یا از یک طرح MA دیگر دریافت کنید.
- به **فصل 10** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می توانید به یک برنامه جدید MA یا مزایای دارویی بپیوندید.
  - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مزایای Medi-Cal خود در صورت ترک طرح ما.

G. حق شما برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی خودتان

شما حق دارید اطلاعات کاملی از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود دریافت کنید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های درمانی‌تان کمک کند.

G1. حق شما برای دانستن گزینه‌های درمانی و تصمیم‌گیری

ارائه دهندگان شما باید شرایط و گزینه های درمانیتان را به نحوی توضیح دهند که بتوانید آنها را درک کنید. شما حق دارید:

- **انتخاب های خود را بدانید** شما حق دارید از تمام گزینه‌های درمانی مطلع شوید.
- **از خطرات احتمالی مطلع باشید.** شما حق دارید از هرگونه خطری که وجود دارد مطلع شوید. در صورتی که خدمات یا درمان، بخشی از آزمایش پژوهشی است، این موضوع باید پیشاپیش به شما اطلاع داده شود. شما حق دارید شرکت در درمانهای آزمایشی را نپذیرید.
- **خواستار دریافت نظر دوم شوید.** شما حق دارید قبل از تصمیم گیری در مورد درمان، پزشک دومی را ببینید.

- **نه بگویید. شما حق دارید درمان را نپذیرید.** این مسئله شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی است، حتی اگر پزشکتان توصیه کند این کار را انجام ندهید. شما حق دارید مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید. اگر از ادامه درمان خودداری کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از طرح خود حذف نخواهیم کرد. با این حال، اگر از درمان خودداری کنید یا مصرف دارو را متوقف کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان اتفاق میافتد را می پذیرید.
- **از ما بخواهید توضیح دهیم چرا ارائه دهنده مراقبت را نپذیرفته است.** اگر ارائه دهنده، مراقبت هایی که به اعتقادتان باید دریافت می کردید را ارائه نداد، حق دارید از ما توضیح بخواهید.
- **از ما بخواهید خدمات یا دارویی را که ما پوشش نداده‌ایم یا معمولاً پوشش نمی‌دهیم، پوشش دهیم.** به این موضوع تصمیم پوشش گفته میشود. **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* نحوه درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش بیمه را شرح می‌دهد.

G2. حق شما برای بیان اینکه اگر نتوانستید تصمیمهای مراقبت‌های درمانی خود را خودتان بگیرید، میخواهید چه اتفاقی بیافتد

گاهی اوقات افراد نمی‌توانند خودشان در مورد مراقبت‌های درمانی خود تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین اتفاقی برایتان بیفتد، می توانید:

- یک فرم کتبی پر کنید که در صورت عدم توانایی تصمیم‌گیری برای خودتان، **به یک فرد دیگر این حق را می‌دهد که به جای شما در مورد مراقبت‌های بهداشتی شما تصمیم‌گیری کند.**
- در صورتی که نتوانید برای خودتان تصمیم‌گیری کنید، به **پزشکان خود دستورالعمل‌های کتبی در مورد نحوه مدیریت مراقبت‌های بهداشتی** خود از جمله در زمینه مراقبت‌هایی که **نمی‌خواهید دریافت کنید**، ارائه دهید.

سند قانونی که برای ارائه دستورالعمل‌های خود استفاده می‌کنید، «دستورالعمل پیشرفته» نامیده می‌شود. انواع مختلفی از دستورالعمل‌های پیشرفته و نام‌های مختلفی برای آنها وجود دارد. مثالهای آن عبارتاند از وصیتنامه فرد زنده و وکالتنامه مراقبتهای درمانی.

شما الزامی به داشتن دستورالعمل قبلی ندارید، اما می توانید این کار را انجام دهید. اگر می‌خواهید از دستورالعمل پیشرفته استفاده کنید، در اینجا به شما می‌گوییم که چه کاری باید انجام دهید:

- **فرم را دریافت کنید.** می‌توانید این فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های لوازم اداری تهیه کنید. داروخانه‌ها و دفاتر ارائه دهنده خدمات اغلب این فرم‌ها را دارند. می‌توانید یک فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا کنید و آن را دانلود کنید. همچنین میتوانید برای دریافت فرم با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- **فرم را پر کرده و آن را امضا کنید.** این فرم، یک سند حقوقی است. بهتر است که از یک وکیل یا شخص دیگری که به او اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود، برای تکمیل آن کمک بگیرید.
- **کپی هایی از فرم را به افرادی که نیاز به مطلع بودن از آن دارند بدهید.** یک نسخه از فرم را به پزشک خود بدهید. شما همچنین باید یک کپی را به شخص که نام برده اید تا در صورتی که خودتان قادر نباشید برای شما تصمیم بگیرد بدهید. می‌توانید نسخه‌هایی را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. یک نسخه را در خانه نگه دارید.
- اگر در حال رفتن به بیمارستان هستید و دستورالعمل پیشرفته امضا کرده اید، **یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.**

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- بیمارستان از شما میپرسد آیا فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا کردهاید و آیا آن را با خودتان دارید یا خیر.
- اگر فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا نکرده اید، بیمارستان فرم هایی در اختیار دارد و از شما می خواهد آن را امضا کنید.

شما حق دارید:

- دستورالعمل پیشرفته خود را در پرونده پزشکی خود ثبت کنید.
- در هر زمانی، دستورالعمل پیشرفته خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
- درباره تغییرات قوانین مربوط به دستورالعمل‌های پیشرفته اطلاعات کسب کنید. CalOptima Health OneCare Complete حداکثر 90 روز پس از تغییر در مورد تغییرات قانون ایالتی به شما اطلاع می دهد.

طبق قانون، هیچ کس نمی‌تواند به دلیل امضای دستورالعمل پیشرفته توسط شما، مراقبت از شما را رد کند یا علیه شما تبعیض قائل شود. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

G3. اگر دستورالعملهای شما رعایت نشود چه باید کرد

اگر فرم دستورالعمل پیشرفته را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید پزشک یا بیمارستان دستورالعمل‌های موجود در آن را رعایت نکرده است، می‌توانید با شماره 1-888-452-8609 به دفتر بازرس اداره خدمات درمانی کالیفرنیا (Ombudsman Office of the California Department of Health Care Services) شکایت کنید.

H. حق شما برای شکایت و درخواست تجدیدنظر در زمینه تصمیمات ما

فصل 9 این *کتابچه راهنمای اعضا* به شما می گوید در صورت داشتن هرگونه مشکل یا نگرانی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود، چه کاری می توانید انجام دهید. به عنوان مثال، میتوانید از ما بخواهید تصمیم پوشش را اتخاذ کنیم، در خصوص تغییر تصمیم پوشش درخواست تجدیدنظر کرده یا شکایت نمایید.

شما حق دریافت اطلاعات در مورد درخواستهای تجدیدنظر و شکایاتی که اعضای دیگر نسبت به برنامه ما مطرح کردها اند را دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات مشتریان تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه کاری باید انجام دهید

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

- خدمات مشتریان.
- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای جزئیات بیشتر در مورد HICAP، به **فصل 2** مراجعه کنید.
- دفتر بازرس Medi-Cal (Medi-Cal Ombudsman) در 1-888-452-8609. برای جزئیات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنی.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- Medicare توسط شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و حمایت‌های Medicaid» را که در وب‌سایت Medicare که در این نشانی موجود است، بخوانید یا دانلود کنید (www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.)

I. مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو طرح

به عنوان عضوی از طرح، شما مسئولیت دارید مواردی را که در زیر ذکر شده است، انجام دهید. اگر سوالی دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

- برای آشنایی با موارد تحت پوشش طرح ما و قوانینی که برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش باید رعایت کنید، این کتابچه راهنمای اعضا را مطالعه کنید. برای جزئیات بیشتر در مورد:
  - خدمات تحت پوشش، به **فصل های 3 و 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. این فصل‌ها به شما می‌گویند چه مواردی پوشش داده می‌شود، چه مواردی پوشش داده نمی‌شود، چه قوانینی را باید رعایت کنید و چه مبلغی باید پرداخت کنید.
  - داروهای تحت پوشش، به **فصل های 5 و 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- **هرگونه پوشش درمانی یا دارویی دیگری** که دارید را به ما اطلاع دهید. ما باید مطمئن شویم که شما هنگام دریافت مراقبت‌های بهداشتی از تمام گزینه‌های پوشش بیمه‌خود استفاده می‌کنید. اگر پوشش بیمه دیگری دارید، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
- **به پزشک و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی** خود اطلاع دهید که عضو از طرح ما هستید. هنگام دریافت خدمات یا داروها، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
- به پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی خود **کمک کنید** بهترین مراقبت را دراختیارتان قرار دهند.
  - اطلاعاتی که در مورد شما و سلامتیتان نیاز دارند را در اختیارشان قرار دهید. در مورد مشکلات سلامت خود تا آنجا که میتوانید اطلاعات کسب کنید. از برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی که شما و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی‌تان در مورد آنها توافق دارید، پیروی کنید.
  - اطمینان حاصل کنید که پزشکان و سایر ارائه دهندگان از تمام داروهایی که مصرف می کنید مطلع باشند. این مسئله شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامینها و مکملها است.
  - هر سوالی دارید بپرسید. پزشکان و سایر ارائه دهندگان شما باید مسائل را به نحوی که بتوانید درک کنید، توضیح دهند. اگر شما سؤالی پرسیدید و پاسخ را درک نکردید، دوباره بپرسید.
- **با هماهنگ کننده مراقبت‌های شخصی خود،** از جمله در تکمیل ارزیابی سالانه ریسک سلامت همکاری کنید.
- **با ملاحظه رفتار کنید.** ما از همه اعضای طرح انتظار داریم که به حقوق دیگران احترام بگذارند. ما همچنین از شما انتظار داریم که در مطب پزشک، بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمانی با احترام رفتار کنید.
- **بدهی خود را بپردازید.** شما به عنوان یک عضو این طرح، مسئول پرداخت این هزینه ها هستید:
  - حق بیمه‌های Medicare بخش A و Medicare بخش B . برای اکثر اعضای CalOptima Health OneCare Complete، بیمه Medi-Cal حق بیمه Medicare بخش A و بخش B شما را پرداخت می‌کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- **اگر هرگونه خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که توسط برنامه ما پوشش داده نشود، باید هزینه کامل آن را پرداخت کنید. (توجه:** اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پذیرش پوشش خدمات یا داروها موافق نیستید میتوانید درخواست تجدید نظر کنید. برای آشنایی با نحوه درخواست تجدیدنظر، لطفاً به **فصل 9** مراجعه کنید.**)**

- **اگر نقل مکان کردید، به ما اطلاع دهید.** اگر قصد دارید نقل مکان کنید، بلافاصله به ما اطلاع دهید. با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
  - **اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی توانید در طرح ما بمانید.** فقط اشخاصی که در حوزه خدمات رسانی ما اقامت دارند میتوانند عضو این طرح بمانند. برای جزئیات بیشتر در مورد قوانین طرح ما به **فصل 1** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - ما می توانیم به شما کمک کنیم متوجه شوید که آیا دارید از منطقه پوشش ما خارج می شوید یا خیر.
  - هنگام نقل مکان، آدرس جدید خود را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - **اگر در داخل منطقه خدماتی ما هم نقل مکان کنید، ما همچنان باید از این موضوع مطلع شویم.** ما باید سوابق عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
  - **اگر نقل مکان کردید، به اداره تأمین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه آهن) اطلاع دهید.**
- **اگر شماره تلفن جدیدی دارید** یا راه بهتری برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- **در صورت داشتن هرگونه سوال یا نگرانی با خدمات مشتریان تماس بگیرید و راهنمایی بخواهید.**

فصل 9. در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید.

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را درباره حقوق شما ارائه می کند. این فصل را بخوانید تا بدانید در صورت بروز موارد زیر چه باید کرد:

- مشکل یا شکایتی درباره طرح ما دارید.
- شما به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرح ما اعلام کرده هزینه آنها را پرداخت نمی‌کند.
- شما با تصمیمی که طرح ما در مورد مراقبت شما گرفته است، مخالف هستید.
- فکر می کنید خدمات تحت پوشش شما خیلی زود به پایان می رسد.
- شما در مورد خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت خود، که شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility, NF) می‌شود، مشکل یا شکایتی دارید.

این فصل به بخش های مختلفی تقسیم شده است تا به شما کمک کند تا بتوانید به سادگی مطالب مورد نظر خود را بیابید. **اگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل که مربوط به وضعیت شما است را بخوانید.**

شما باید مراقبت های درمانی، داروها و خدمات و حمایت های درازمدتی که پزشک و سایر ارائه کنندگان شما تشخیص داده اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. **اگر در رابطه با خدمات درمانی خود مشکلی دارید، می توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal یا (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) با شماره تلفن 1-855-501-3077 برای دریافت کمک تماس بگیرید.** این فصل گزینه‌های مختلفی را که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیح می‌دهد، اما همیشه می‌توانید با برنامه‌ی بازرسی (Ombudsman Program) تماس بگیرید تا در مورد مشکلتان به شما راهنمایی کنند. برای یافتن منابع بیشتر جهت رسیدگی به نگرانی‌های شما و راه‌های تماس با آنها، به **فصل 2** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت (تصمیمات پوشش، درخواستتجدیدنظر، شکایت) چه کاری باید انجام دهید.

فهرست مطالب

A. اگر مشکل یا نگرانی دارید چه کاری باید انجام دهید 196
A1. درباره اصطلاحات حقوقی 196
B. از کجا باید کمک گرفت 196
B1. برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک 196
C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 197
D. مشکلات مربوط به مزایای شما 198
E. تصمیمات پوشش و درخواست تجدید نظر 198
E1. تصمیمات پوشش بیمه 198
E2. درخواست تجدید نظر 198
E3. دریافت کمک در تصمیم‌گیری‌ها و درخواست تجدیدنظر مربوط به پوشش بیمه 199
E4. کدام بخش از این فصل می تواند به شما کمک کند 200
F. مراقبتهای پزشکی 200
F1. استفاده از این بخش 200
F2. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش 201
F3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 204
F4. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2 207
F5. مشکلات مربوط به پرداخت 210
G. داروهای Medicare بخش D 212
G1. تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظرMedicare بخش D 212
G2. استثنائات Medicare بخش D 213
G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید 214
G4. درخواست برای تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثنا 214
G5. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1 217
G6. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2 219
H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان 220
H1. آگاهی از حقوق Medicare خود 221
H2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1 222

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

H3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2 223

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات درمانی خاص 224
I1. اطلاع رسانی قبل از اینکه پوشش شما به پایان برسد. 225
I2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1 225
I3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2 226

J. درخواست تجدیدنظر خود را فراتر از سطح 2 ببرید 227
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 227
J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal 228
J3. سطوح درخواست تجدیدنظر 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D 228

K. نحوه طرح شکایت 230
K1. چه نوع مشکلاتی باید به عنوان شکایت مطرح شوند 230
K2. شکایت های داخلی 232
K3. شکایت های خارجی 233

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

در این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی ها توضیح داده شده است. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکل شما بستگی دارد. برای **تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر**، از یک فرآیند و برای **طرح شکایات** (که به آن شکواییه نیز می‌گویند) از فرآیند دیگری استفاده کنید.

برای تضمین انصاف و سرعت عمل، هر فرآیند مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌ها را دارد که ما و شما باید آنها را رعایت کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل، اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها آورده شده اند. درک بسیاری از این اصطلاحات می‌تواند دشوار باشد، بنابراین ما در صورت امکان از کلمات ساده‌تر به جای برخی اصطلاحات حقوقی استفاده می‌کنیم. تا حد امکان از استفاده از مخفف کلمات خودداری کرده ایم.

به عنوان مثال می گوییم:

- "شکایت کردن" به جای "تسلیم شکوائیه"
- "تصمیم پوشش" به جای "تعیین تکلیف سازمانی"، "تعیین تکلیف مزایا"، "تعیین در خطر بودن "یا "تعیین تکلیف پوشش"
- "تصمیم پوشش سریع" به جای "تسریع تعیین تکلیف"
- «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO) به جای «نهاد بررسی مستقل» (Independent Review Entity, IRE)

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

B. از کجا باید کمک گرفت

B1. برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روند رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. این امر به ویژه در صورتی که حال خوبی ندارید یا انرژی محدودی دارید، می‌تواند صادق باشد. گاهی نیز ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

دریافت کمک از طرح ما

می‌توانید برای دریافت کمک به حل مشکلات یا پاسخ به سوالات خود، با طرح ما با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

دریافت کمک از برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program)

می توانید با برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید وب‌سایت آنها را در www.aging.ca.gov/HICAP/ بررسی کنید. مشاوران HICAP می‌توانند به سوالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بفهمید برای حل مشکل خود چه کاری باید انجام دهید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی دیگری مرتبط نمی باشد. HICAP مشاورین آموزش دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می باشند. تلفن HICAP به شماره 1-800-434-0222 است.

کمک از برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal

می توانید با برنامه بازرسی Medicare Medi-Cal Ombudsman تماس بگیرید و با یک مدافع حقوق در مورد سؤالات پوشش سلامت خود صحبت کنید. آنها ممکن است بتوانند کمک حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه‌ی بازرس (Ombudsman Program) هیچ ارتباطی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی دیگری ندارد. شماره تلفن آنها 1-855-501-3077 و وب‌سایت آنها www.healthconsumer.org است.

دریافت کمک و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک، می توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو روش برای دریافت کمک از Medicare عنوان می شود:

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

کمک از سوی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا

دفتر بازرس ویژه (Ombudsman) بخشMedi-Cal Managed Care در سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) می‌تواند به شما کمک کند. اگر در زمینه عضویت، تغییر یا انصراف از یک طرح بیمه درمانی با مشکلاتی مواجه هستید، آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند. همچنین اگر محل سکونت خود را تغییر داده‌اید و در انتقال پوشش Medi-Cal به کانتی جدیدتان دچار مشکل شده‌اید، می‌توانید از کمک آن‌ها بهره‌مند شوید. شما می‌توانید با دفتر بازرس ویژه (Ombudsman) با شماره 1-888-452-8609، در روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، تماس بگیرید.

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستید. اطلاعات این فصل در مورد تمام مزایای مراقبت‌های مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما صدق می‌کند. این گاهی اوقات «فرآیند یکپارچه» نامیده می‌شود زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را با هم ترکیب یا ادغام می‌کند.

گاهی اوقات فرآیندهای Medicare و Medi-Cal قابل ترکیب نیستند. در چنین شرایطی، شما از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگری برای مزایای Medi-Cal استفاده می‌کنید. **بخش F4** این موقعیت‌ها را توضیح می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

D. مشکلات مربوط به مزایای شما

ااگر مشکل یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل که مربوط به وضعیت شما است را بخوانید. جدول زیر به شما کمک می‌کند تا بخش مناسب این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا مسئله ای شما درباره مزایا یا پوشش بیمه شما است؟ این شامل مشکلاتی در مورد اینکه آیا مراقبت‌های پزشکی خاص (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B) تحت پوشش هستند یا خیر، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی می‌شود.	
بله. مشکل من در مورد مزایا یا پوشش بیمه است. به **بخش E**، «تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظر» مراجعه کنید.”	**نه.** مشکل من در مورد مزایا یا پوشش بیمه‌ای نیست. به **بخش K**، «نحوه طرح شکایت» مراجعه کنید.”

E. تصمیمات پوشش و درخواست تجدید نظر

روند درخواست تصمیم پوشش و ارائه درخواست تجدیدنظر، به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای بخش B، از جمله پرداخت) می‌پردازد. برای ساده نگه داشتن موارد، ما به طور کلی به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای بخش B به عنوان مراقبت های پزشکی اشاره می کنیم. شما از فرآیند تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه و درخواست تجدیدنظر برای مسائلی مانند اینکه آیا موردی تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد یا خیر و نحوه پوشش بیمه استفاده می‌کنید.

E1. تصمیمات پوشش بیمه

تصمیم پوشش، تصمیمی است که ما در مورد مزایا و پوشش شما یا در مورد مبلغی که برای خدمات پزشکی یا داروهای شما پرداخت می‌کنیم، می‌گیریم. شما یا پزشکتان همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و در مورد پوشش درمانی خود تصمیم بگیرید. شما یا پزشکتان ممکن است مطمئن نباشید که آیا ما خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا خیر، یا اینکه ممکن است از ارائه مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز شما خودداری کنیم. **اگر می‌خواهید قبل از دریافت خدمات پزشکی بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که برای شما در مورد پوشش آن تصمیم بگیریم.**

زمانی که درخواست خدمات یا ادعایی را بررسی می‌کنیم، تصمیم پوشش را اتخاذ می کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک سرویس یا دارو تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal شما نیست یا دیگر تحت پوشش آن نیست. اگر با این تصمیم پوشش مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.

E2. درخواست تجدید نظر

اگر ما در مورد پوشش درمانی تصمیمی بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید برای آن تصمیم «درخواست تجدیدنظر» کنید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی و تغییر تصمیم پوششی است که گرفته ایم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

هنگامی که برای اولین بار در مورد یک تصمیم تجدید نظر می کنید، به آن درخواست تجدید نظر سطح 1 می گویند. در این درخواست تجدیدنظر، ما تصمیم مربوط به پوشش بیمه‌ای که اتخاذ کرده‌ایم را بررسی می‌کنیم تا مطمئن شویم که آیا همه قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. بازبینی‌کنندگان متفاوت از کسانی که تصمیم نامطلوب اولیه را گرفته‌اند، به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنند.

وقتی بررسی ما کامل شود، نتیجه بطور کتبی به اطلاع شما خواهد رسید. تحت شرایط خاصی که بعداً در این فصل در **بخش F2** توضیح داده خواهد شد، می‌توانید درخواست تسریع یا «تصمیم‌گیری سریع پوشش» یا «تجدید نظر سریع» در مورد تصمیم پوشش را بدهید.

اگر به بخشی یا همه درخواست تجدید نظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما مربوط به پوشش مراقبت‌های درمانی Medicare باشد، در نامه به شما گفته می‌شود که پرونده شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO) ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات یا اقلام Medicare بخش D یا Medicaid باشد، نامه به شما می‌گوید که چگونه خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 2 تجدید نظر به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر از نتیجه تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید از سطوح دیگر درخواست تجدیدنظر استفاده کنید.

E3. دریافت کمک در تصمیم‌گیری‌ها و درخواست تجدیدنظر مربوط به پوشش بیمه

می‌توانید از هر یک از موارد زیر درخواست کمک کنید:

- با شماره‌های **خدمات مشتریان** که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
- **دفتر بازرس Medicare Medi-Cal یا (Medicare Medi-Cal Ombudsman Program) به شماره 1-855-501-3077**.
- **برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)** با شماره 1-800-434-0222.
- **پزشک خود یا سایر ارائه دهندگان خدمات.** پزشک شما یا ارائه کننده دیگری می توانند برای تصمیم مربوط به پوشش یا تجدید نظر از سوی شما درخواست کنند.
- **یک دوست یا یکی از اعضای خانواده.** شما می‌توانید شخص دیگری را به عنوان «نماینده» خود معرفی کنید تا از جانب شما درخواست تعیین میزان پوشش یا درخواست تجدید نظر کند.
- **یک وکیل.** شما حق داشتن وکیل را دارید، اما برای درخواست تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر، **ملزم به داشتن وکیل نیستید.**
  - با وکیل خودتان تماس بگیرید یا از کانون وکلای محلی یا سایر سرویس‌های ارجاع، نام یک وکیل را جویا شوید. برخی از گروه های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن، به شما خدمات حقوقی رایگان ارائه می دهند.
  - برای درخواست وکلای حقوق قانونی با دفتر برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

اگر می‌خواهید وکیل یا شخص دیگری به عنوان نماینده شما عمل کند، فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به شخص دیگر اجازه میدهد از سوی شما اقدام کند.

با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید و فرم «انتصاب نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به این وبسایت فرم را دریافت کنید
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما در **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**. **باید یک کپی از فرم امضاء شده را برای ما ارسال کنید.**

E4. کدام بخش از این فصل می تواند به شما کمک کند

چهار موقعیت وجود دارد که شامل تصمیمات مربوط به پوشش و درخواست تجدیدنظرمی‌شود. هر موقعیتی قوانین و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک را در بخش جداگانه ای از این فصل بیان می کنیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F**، "مراقبت های پزشکی"
- **بخش G**، «داروهای Medicare بخش D»
- **بخش H**، «درخواست از ما برای پوشش مدت اقامت طولانی‌تر در بیمارستان»"
- **بخش I**، «درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی» (این بخش فقط در مورد این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی و خدمات مرکز جامع توانبخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

F. مراقبتهای پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا اگر می‌خواهید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌هایتان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد درخواست اقامت طولانی‌تر در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش در مورد مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* در جدول مزایا توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی Medicare بخش B اعمال شود. وقتی این اتفاق می افتد، ما توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای Medicare بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

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

1. شما فکر می‌کنید که ما مراقبت‌های پزشکی را پوشش می‌دهیم که شما نیاز دارید، اما دریافت نمی‌کنید.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش بیمه تصمیم‌گیری کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

2. ما مراقبت‌های پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما می‌خواهند به شما ارائه دهند را تأیید نکرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید که ما باید این کار را انجام دهیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می توانید از تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. به **بخش F3** مراجعه کنید.

3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید ما پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت اعتراض کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

4. شما مراقبت‌های پزشکی را که فکر می‌کردید ما پوشش می‌دهیم، دریافت و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، و می‌خواهید ما آن را به شما بازپرداخت کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. به **بخش F5** مراجعه کنید.

5. ما پوشش شما را برای برخی از مراقبت‌های پزشکی کاهش داده یا متوقف کرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی اعتراض کنید. به **بخش F4** مراجعه کنید.

   - اگر پوشش بیمه‌ای شامل مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت‌های مراکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
   - برای سایر شرایط مربوط به کاهش یا توقف پوشش بیمه‌ای شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص، از این بخش **(بخش F)** به عنوان راهنما استفاده کنید.

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

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید شکایت خود را ثبت کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش

وقتی تصمیم مربوط به پوشش بیمه‌ای شامل مراقبت‌های پزشکی شما می‌شود، به آن **تصمیم یکپارچه سازمانی** می‌گویند

شما، پزشک یا نماینده شما می‌توانید از طرق زیر از ما در مورد پوشش بیمه‌ای درخواست تصمیم کنید:

- تماس با: **1-877-412-2734**, **711** :TTY.
- فکس: **1-714-246-8711**.

- مکاتبه: CalOptima Health OneCare Complete
505 City Parkway West
.Orange, CA 92868

تصمیم پوشش استاندارد

وقتی تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم، از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه با مهلت‌های «سریع» موافقت کنیم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما در بازه زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما **برای خدمات یا اقلام پزشکی که مشمول قوانین مجوز قبلی ما است.**
- **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما **برای سایر خدمات یا اقلام پزشکی.**
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای داروی Medicare بخش B.**

برای یک کالا یا خدمات پزشکی، در صورت درخواست زمان بیشتر یا نیاز به اطلاعات بیشتری که ممکن است در رسیدگی به درخواست شما مفید باشد (مانند سوابق پزشکی از ارائه دهندگان خارج از شبکه)، **ما می‌توانیم تا 14 روز تقویمی دیگر زمان صرف کنیم.** اگر برای تصمیم‌گیری به روزهای بیشتری نیاز داشته باشیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم روزهای بیشتری را صرف انجام این کار کنیم.**

اگر فکر می‌کنید که **نباید** روزهای بیشتری را صرف انجام اینکار کنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما برای در نظر گرفتن روزهای اضافی، «شکایت تسریع شده» ارائه دهید. اگر شکایت تسریع شده ارسال کنید، ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم. روند طرح شکایت با روند تصمیم‌گیری‌ها و درخواستهای تجدیدنظر مربوط به پوشش بیمه‌ای متفاوت است. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت تسریع شده، به **بخش K** مراجعه کنید.

تصمیم پوشش سریع

اصطلاح قانونی برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه، **تعیین تکلیف تسریع شده** است.

وقتی از ما می‌خواهید در مورد پوشش مراقبت‌های پزشکی شما که نیاز به پاسخ سریع دارد، تصمیم بگیریم، از ما بخواهید که «تصمیم پوشش سریع» بگیریم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما در بازه زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای خدمات یا اقلام پزشکی.**
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای داروی Medicare بخش B.**

برای یک کالا یا خدمات پزشکی، اگر متوجه شویم اطلاعاتی که ممکن است برای رسیدگی به مورد شما مفید باشد وجود ندارد (مانند سوابق پزشکی از ارائه دهندگان خارج از شبکه) یا اگر برای دریافت اطلاعات برای بررسی به زمان نیاز داشته باشید، **می‌توانیم تا 14 روز تقویمی زمان صرف کنیم.** اگر برای تصمیم‌گیری به روزهای بیشتری نیاز داشته باشیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم روزهای بیشتری را صرف انجام این کار کنیم.**

اگر فکر می‌کنید که ما **نباید** روزهای بیشتری را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش در نظر بگیریم، می‌توانید در مورد تصمیم ما برای صرف روزهای بیشتر، «شکایت تسریع شده» ارائه دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد طرح شکایت، از جمله شکایت تسریع شده، به **بخش K** مراجعه کنید. به محض تصمیم‌گیری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای دریافت تصمیم سریع در مورد پوشش بیمه، باید دو شرط را رعایت کنید:

- شما برای اقلام پزشکی و/یا خدماتی که **دریافت نکرده‌اید** درخواست پوشش بیمه دارید. شما نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش پرداختی برای اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید را داشته باشید.
- استفاده از مهلت‌های استاندارد **می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی وارد کند** یا به توانایی عملکرد شما آسیب برساند.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریعی را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش سریعی دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می دهد:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریع را برای شما صادر می‌کنیم.
  - چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر ارائه تصمیم پوشش استاندارد به جای تصمیم پوشش سریع، یک «شکایت سریع» ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم و دلایل آن را توضیح می‌دهیم.

- اگر پاسخ **منفی** بدهیم، شما حق دارید که درخواست تجدید نظر کنید. اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیممان و تغییر آن است.
- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به سطح 1 فرآیند تجدیدنظر خواهید رفت (به **بخش F3** مراجعه کنید).

در شرایط محدود، ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نخواهیم کرد. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر کسی از طرف شما درخواست را مطرح کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، **یا**
- اگر درخواست لغو درخواست خود را دارید.

اگر درخواستی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را رد کنیم، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن دلیل رد درخواست و نحوه درخواست بررسی رد درخواست توضیح داده شده است. این بررسی، تجدیدنظر نامیده می‌شود. در بخش بعدی به بررسی درخواست‌های تجدیدنظر پرداخته شده است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

F3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح

برای شروع درخواست تجدیدنظر در رابطه با خدمات یا اقلام رد شده، یا برای ادامه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت می‌کردید، شما، پزشکتان یا نماینده مجازتان باید با ما تماس بگیرید. با ما با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر سریع را به صورت کتبی یا با تماس با ما با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر)، درخواست کنید.

- اگر پزشک یا ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی شما در طول درخواست تجدیدنظرتان از شما بخواهند که به استفاده از خدمات یا اقلامی را که قبلاً دریافت می‌کردید، ادامه دهید، ممکن است لازم باشد آنها را به عنوان نماینده‌ی خود برای اقدام از طرف خود معرفی کنید.
- اگر شخصی غیر از پزشک شما از طرف شما درخواست تجدیدنظر می‌دهد، فرم انتصاب نماینده را که به این شخص اجازه می‌دهد نماینده شما باشد ضمیمه کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به این وبسایت www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf *یا در وبسایت ما در* **https://www.caloptima.org/en/health-insurance-plans/onecare#DocumentsandForms**.
- ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون فرم بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را قبل از مهلت تعیین شده برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
  - ما درخواست شما را رد می‌کنیم، و
  - ما یک اخطار کتبی برای شما ارسال می کنیم که در آن حق شما را توضیح می دهیم تا از IRO بخواهید تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کند.
- شما باید ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه ای که برای آگاه سازی شما از تصمیم ارسال می داریم برای تجدید نظر درخواست کنید.
- اگر مهلت را از دست بدهید و دلیل موجهی برای از دست دادن آن داشته باشید، ممکن است به شما زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر بدهیم. مثال‌هایی از دلایل موجه می‌تواند مواردی مانند ابتلای شما به یک بیماری جدی یا ارائه اطلاعات نادرست در مورد مهلت مقرر به شما باشد. هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر، دلیل تأخیر در رسیدگی به آن را توضیح دهید.
- شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را درخواست کنید. شما و پزشکتان همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود در اختیار ما قرار دهید.

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدید نظر سریع کنید.

اصطلاح قانونی برای «تجدید نظر سریع»، «**بازنگری تسریع‌شده**» است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- اگر به تصمیمی که در مورد پوشش مراقبت گرفته‌ایم اعتراض کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریعی را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک خود درخواست دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تصمیم پوشش سریعی دریافت می‌کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می دهد:
  - در صورت درخواست پزشک، ما به طور خودکار تجدیدنظر را برای شما صادر می‌کنیم.
  - چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر ارائه درخواست تجدیدنظر استاندارد به جای درخواست تجدیدنظر سریع، یک «شکایت سریع» ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلامی را که قبلاً دریافت می‌کردید، متوقف می کنیم یا کاهش می‌دهیم، ممکن است بتوانید در طول درخواست تجدیدنظر خود، آن خدمات یا اقلام را ادامه دهید.

- اگر تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی را که دریافت می‌کنید تغییر دهیم یا متوقف کنیم، قبل از هرگونه اقدامی، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 ارائه دهید.
- اگر ظرف ده روز تقویمی از تاریخ مندرج در نامه ما یا تا تاریخ لازم‌الاجرا شدن اقدام، هر کدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر مرحله 1 دهید، ما همچنان خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهیم.
  - اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که درخواست تجدیدنظر در سطح 1 شما در حال تعلیق است، سرویس یا مورد را بدون تغییر دریافت خواهید کرد.
  - همچنین تمام خدمات یا اقلام دیگر (که موضوع درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
  - اگر قبل از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، در مدت زمان انتظار برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر، خدمات یا اقلام شما ادامه نخواهد یافت.

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.

- هنگامی که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم، تمام اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را با دقت مرور می‌کنیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ **منفی** به درخواست شما مراعات کرده ایم یا خیر.
- اگر اطلاعات بیشتری لازم باشد، جمع‌آوری می‌کنیم. ما ممکن است برای کسب اطلاعات بیشتر با شما یا پزشکتان تماس بگیریم.

برای درخواست تجدیدنظر سریع، مهلت‌هایی وجود دارد.

- اگر با مهلت مقرر سریع موافقت کرده باشیم، **ظرف مدت 72 ساعت از دریافت درخواست تجدید نظر، و حتی در صورت نیاز به سرعت بیشتر به دلیل سلامت شما**، زودتر پاسخگو خواهیم بود. اگر درخواست تجدیدنظر سریع را رد کنیم، به شما، پزشک، پزشک تجویزکننده یا نماینده شما، تأیید شفاهی رد درخواست را ارائه خواهیم داد.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخی ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. سازمان IRO پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، کتباً به شما اطلاع خواهد داد. در ادامه این فصل، در مورد این سازمان به شما توضیح می‌دهیم و فرآیند تجدید نظر سطح 2 را توضیح می دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای Medicaid است، می توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه استماع سطح 2 - ایالتی را به ایالت ارسال کنید. یک سازمان استماع ایالتی که به CalOptima Health OneCare Complete مرتبط نیست، پرونده شما را بررسی می کند و در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می گیرد. برای ثبت درخواست رسیدگی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم**، باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ارائه دهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورتی که سلامتی شما ایجاب کند، زودتر تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهیم**، درخواست تجدیدنظر شما را برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 به IRO ارسال می کنیم.

برای درخواست تجدیدنظر معمولی، مهلت‌هایی وجود دارد.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B است که آن را دریافت نکرده‌اید، ما **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا در صورت نیاز به مراقبت‌های بهداشتی، زودتر به شما پاسخ خواهیم داد.
  - اگر در مهلت مقرر به شما پاسخ ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. بعداً در این فصل در **بخش F4**، در مورد این سازمان به شما می گوییم و فرآیند تجدید نظر سطح 2 را توضیح می دهیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا کالای Medicaid است، می توانید به محض تمام شدن زمان، یک جلسه استماع سطح 2 - ایالتی را به ایالت ارسال کنید. یک سازمان استماع ایالتی که به CalOptima Health OneCare Complete مرتبط نیست، پرونده شما را بررسی می کند و در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم می گیرد. برای ثبت درخواست رسیدگی ایالتی، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ارائه دهیم، ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند و ظرف 72 ساعت از تاریخ تغییر تصمیم ما، یا ظرف هفت روز تقویمی از تاریخ دریافت تجدیدنظر شما در صورتی که درخواست شما برای داروی Medicare بخش B باشد، تأیید یا ارائه کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، **شما حقوق تجدیدنظر بیشتری دارید:**

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare است، نامه به شما می گوید که ما پرونده شما را برای تجدید نظر سطح 2 به IRO فرستادیم.
- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal است، این نامه به شما می‌گوید که چگونه خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید.

F4. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2

اگر به بخشی یا همه درخواست تجدید نظر مرحله 1 شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید که آیا معمولاً خدمات یا اقلام تحت پوشش برنامه‌های Medi-Cal، Medicare یا هر دو هستند یا خیر.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش **Medicare** هستند، ما به محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به طور خودکار به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش **Medi-Cal** هستند، می‌توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. نامه ارسالی به شما می‌گوید که چگونه این کار را انجام دهید. ما همچنین اطلاعات بیشتری را بعداً در این فصل، **بخش G6**، ارائه می‌دهیم.
- اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش **هر دو Medi-Cal و Medicare** هستند، شما به طور خودکار درخواست تجدیدنظر سطح 2 را نزد IRO دریافت خواهید کرد. علاوه بر درخواست تجدیدنظر خودکار مرحله 2، می‌توانید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی نیز از ایالت بدهید.

اگر زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ثبت کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، مورد یا داروی مورد تجدیدنظر ممکن است در سطح 2 نیز ادامه یابد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ادامه مزایای خود در طول تجدیدنظرخواهی مرحله 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر مشکل شما در مورد خدماتی است که معمولاً فقط تحت پوشش Medicare است، مزایای شما برای آن خدمات در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 2 با IRO ادامه نمی‌یابد.
- اگر مشکل شما مربوط به خدماتی است که معمولاً فقط توسط Medi-Cal پوشش داده می‌شود، در صورتی که ظرف ده روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارسال کنید، مزایای شما برای آن خدمات ادامه خواهد یافت.

وقتی مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medicare هستند

IRO درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این سازمان مستقلی است که توسط Medicare استخدام شده است.

نام رسمی سازمان بررسی مستقل (Independent Review Organization, IRO)، **نهاد بررسی مستقل (Independent Review Entity)** است که گاهی اوقات **IRE** نیز نامیده می‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- این سازمان به ما وابسته نبوده و یک سازمان دولتی نیست. Medicare شرکت را به عنوان IRO انتخاب کرد و Medicare بر کار آنها نظارت دارد.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما ("پرونده مورد") را برای این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود را داشته باشید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به IRO ارائه دهید.
- بررسی‌کنندگان در IRO تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.

اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر سریع داشتید، در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر سریع خواهید داشت.

- اگر درخواست تجدیدنظر سریع برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار درخواست تجدیدنظر سریع در سطح 2 دریافت می کنید. IRO باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به درخواست تجدیدنظر سطح 2 پاسخ دهد.

اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر استاندارد داشتید، می‌توانید در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر استاندارد داشته باشید.

- اگر یک درخواست تجدیدنظر استاندارد برای ما در سطح 1 داشتید، به طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دریافت می کنید.
- اگر درخواست شما مربوط به یک کالا یا خدمات پزشکی باشد، IRO باید **ظرف 30 روز تقویمی** از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما، به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد، IRO باید ظرف **هفت روز تقویمی** از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر، به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

اگر IRO پاسخ خود را کتباً به شما بدهد و دلایل را توضیح دهد.

- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد،** ما باید فوراً این تصمیم را اجرا کنیم:
  - پوشش مراقبت‌های پزشکی را ظرف **72 ساعت** تأیید کنید، **یا**
  - خدمات را ظرف پنج روز کاری پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های استاندارد ارائه** دهیم، **یا**
  - خدمات را ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های سریع** ارائه دهیم.
- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست داروی Medicare بخش B پاسخ مثبت بدهد، ما باید داروی Medicare بخش B مورد نظر را تأیید یا ارائه کنیم:**
  - ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست های استاندارد، یا**
  - **24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های سریع** ارائه دهیم.
- **اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد،** به این معنی است که آنها موافقند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم. این «تایید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- اگر پرونده شما شرایط لازم را داشته باشد، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را بیشتر پیگیری کنید یا خیر.
- پس از سطح 2، سه مرحله دیگر در روند تجدیدنظرخواهی وجود دارد که در مجموع به پنج مرحله می‌رسد.
- اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما رد شد و شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، باید تصمیم بگیرید که آیا به سطح 3 بروید و درخواست تجدیدنظر سومی را ارائه دهید. جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می کنید، آمده است.
- یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal هستند

(1) جلسه رسیدگی ایالتی

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست جلسه رسیدگی ایالتی بدهید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر شما خدمات یا موردی را درخواست کند که ما آن را تأیید نمی‌کنیم، یا به پرداخت هزینه خدمات یا موردی که قبلاً دارید ادامه نمی‌دهیم و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده‌ایم، شما حق دارید درخواست رسیدگی ایالتی کنید.

در بیشتر موارد، پس از ارسال اخطار «نامه تصمیم تجدیدنظر» برای شما، **120 روز فرصت دارید تا درخواست دادرسی ایالتی کنید.**

توجه: اگر به این دلیل درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کرده‌اید که به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، در صورتی که بخواهید در مدت زمان رسیدگی ایالتی خود به دریافت آن خدمات ادامه دهید، **روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود خواهید داشت.** برای کسب اطلاعات بیشتر، بخش «آیا مزایای من در طول درخواست‌های سطح 2 ادامه می‌یابد» را در صفحه 207 بخوانید.

شما می توانید به یکی از روشهای زیر درخواست دادرسی ایالتی کنید:

- آنلاین در www.cdss.ca.gov.
- توسط تلفن: با این شماره تماس بگیرید 1-800-743-8525. این شماره ممکن است خیلی مشغول باشد. ممکن است شما پیام بعداً تماس بگیرید را بشنوید. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با TTY/TDD توسط شماره 1-800- 952-8349 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم دادرسی ایالتی را تکمیل کنید یا نامه بنویسید. ارسال نامه یا فکس به:
- پستی: California Department of Social Services State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
  Sacramento, CA 94244-2430
- فکس: (916) 309-3487 یا به صورت رایگان با شماره 1-833-281-0903

- شما می توانید "درخواست برای دادرسی ایالتی" را که در پشت اعلامیه اقدامات موجود است پر کنید. حتما نام، آدرس، شماره تلفن، شماره بیمه تامین اجتماعی (سوشیال سکیورتی) و/یا شماره شناسایی بیمه (CIN) و علت درخواست دادرسی ایالتی را بنویسید. اگر کسی در درخواست دادرسی ایالتی به شما کمک میکند، نام، آدرس و شماره تلفن آنها را به فرم یا نامه خود اضافه کنید. اگر نیاز به مترجم شفاهی دارید، به واحد دادرسی ایالتی بگویید که به چه زبانی صحبت می کنید شما برای مترجم هیچگونه هزینه ای پرداخت نخواهید کرد. اداره دادرسی ایالتی برای شما مترجم خواهد گرفت. اگر معلولیت دارید، اداره دادرسی ایالتی میتواند شرایط خاص را بصورت رایگان برای شما تامین کند تا بتوانید در دادرسی شرکت کنید. لطفاً اطلاعات مربوط به معلولیت و شرایط خاص موردنیاز را بنویسید.

بخش رسیدگی‌های ایالتی، تصمیم خود را کتباً به شما اعلام می‌کند و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بخش رسیدگی‌های ایالتی به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ **مثبت** بدهد، ما باید **ظرف 72** ساعت پس از دریافت تصمیم آنها، آن خدمات یا کالا را تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر بخش رسیدگی‌های ایالتی به بخشی یا تمام درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، به این معنی است که آنها موافقند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم. این «تایید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود."

اگر تصمیم نهاد بررسی مستقل (IRO) یا جلسه رسیدگی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما **منفی** باشد، شما از حقوق تجدیدنظر بیشتری برخوردار هستید.

اگر تجدید نظر سطح 2 شما به **نهاد بررسی مستقل (IRO)** ارجاع داده شد، تنها زمانی می توانید دوباره درخواست تجدید نظر کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می خواهید با حداقل مقدار معینی مطابقت داشته باشد. یک قاضی حقوق ALJ یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. **نامه ای که از نهاد بررسی مستقل (IRO) دریافت می کنید شرح کامل مراحل بعدی حق و حقوق تجدید نظر شما را توضیح خواهد داد.**

نامه ای که از بخش دادرسی ایالتی دریافت می کنید، گزینه تجدیدنظر بعدی را شرح می دهد.

برای اطلاعات بیشتر در مورد حقوق درخواست تجدیدنظر خود پس از سطح 2، به **بخش J** مراجعه کنید.

F5. مشکلات مربوط به پرداخت

ما به ارائه دهندگان خدمات شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما هزینه دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه کننده برای خدمات یا لوازم تحت پوشش مطالبه می کند صدق میکند. شما هرگز لازم نیست مازاد هیچ صورتحسابی را پرداخت کنید.

در صورت دریافت صورت حساب برای خدمات و اقلام تحت پوشش، آن صورت حساب را برای ما بفرستید. شما نباید شخصاً صورتحساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه دهنده تماس گرفته و مشکل شما را حل میکنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی که قوانین مربوط به دریافت خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید از طرح ما وجه خود را پس بگیرید.

برای اطلاعات بیشتر به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه نمائید. در اینجا چند مورد ذکر می شود که که در آن ممکن است لازم باشد از ما بخواهید که هزینه را به شما بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را که از ارائه دهنده دریافت کرده‌اید، پرداخت کنیم. همچنین نحوه ارسال مدارکی که از ما درخواست پرداخت می‌کنند را شرح می‌دهد.

اگر درخواست بازپرداخت وجه را داشته باشید، در واقع درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه‌ای را دارید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا خدمات یا کالایی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بیمه است و آیا تمام قوانین استفاده از پوشش بیمه‌ای خود را رعایت کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آنها را پرداخت کرده‌اید تحت پوشش بیمه باشند و شما تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما معمولاً ظرف 30 روز تقویمی، تا حداکثر 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، هزینه خدمات یا اقلام را برای شما **یا** ارائه‌دهنده خدمات شما ارسال خواهیم کرد. سپس ارائه دهنده شما مبلغ پرداختی را برای شما ارسال خواهد کرد.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده‌اید، ما مبلغ را مستقیماً به ارائه‌دهنده ارسال خواهیم کرد. وقتی ما هزینه را ارسال می‌کنیم، مانند این است که به درخواست شما برای تعیین پوشش بیمه پاسخ مثبت می‌دهیم.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشند یا شما تمام قوانین را رعایت نکرده باشید، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن به شما اطلاع می‌دهیم که هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نمی‌کنیم و دلیل آن را توضیح خواهیم داد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت موافق نیستید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.** فرآیند تجدیدنظر توضیح داده شده در **بخش F3** را دنبال کنید. وقتی این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت هزینه از ما درخواست تجدیدنظر کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** باشد و **Medicare** معمولاً خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهد، پرونده شما را به IRO ارسال خواهیم کرد. ااگر این اتفاق بیفتد، برای شما نامه‌ای ارسال خواهیم کرد.

- اگر IRO تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه دهنده خدمات ارسال کنیم. اگر پاسخ درخواست تجدیدنظر شما در هر مرحله از فرآیند تجدیدنظر پس از سطح 2 **مثبت** است، ما باید ظرف 60 روز تقویمی مبلغ را برای شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی ارسال کنیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، به این معنی است که آنها موافقند که ما نباید درخواست شما را تأیید کنیم. این «تایید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود. نامه‌ای دریافت خواهید کرد که در آن حقوق درخواست تجدیدنظردیگری که ممکن است داشته باشید، توضیح داده شده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظرخواهی به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **منفی** است و Medi-Cal معمولاً خدمات یا اقلام مورد نظر را پوشش می‌دهد، می‌توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ثبت کنید. برای اطلاعات بیشترلطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به عنوان عضوی از طرح ما شامل پوشش بسیاری از داروها می‌شود. بیشتر این داروها، داروهای Medicare بخش D هستند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D آنها را پوشش نمی‌دهد، اما Medi-Cal ممکن است آنها را پوشش دهد. **بخش فقط مربوط به درخواست تجدید نظر برای داروهای Medicare بخش D می باشد.** در ادامه این بخش به جای اینکه هر بار بگوییم «داروی Medicare بخش D»، از «دارو» استفاده خواهیم کرد. برای داروهایی که فقط تحت پوشش Medi-Cal هستند، مراحل ذکر شده در بخش E را دنبال کنید، یا می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx در (medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.

برای اینکه دارو تحت پوشش بیمه قرار گیرد، باید برای یک مورد پزشکی پذیرفته شده استفاده شود. این بدان معناست که دارو توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (Food and Drug Administration, FDA) تأیید شده است یا توسط مراجع پزشکی خاصی پشتیبانی می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نشانه های پذیرفته شده پزشکی، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و درخواست تجدیدنظرMedicare بخش D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D شما آمده است:

- شما از ما می خواهید که استثنا قائل شویم، از جمله اینکه از ما بخواهید:
  - داروی Medicare بخش D را که در فهرست داروهای طرح شما نیست را پوشش دهیم یا
  - از ما درخواست می کنید محدودیت های موجود را برای پوشش داروئی خاص (مانند محدودیت میزان داروهائی که می توانید دریافت کنید) برداریم
- شما از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است یا خیر (مانند زمانی که داروی شما در فهرست دارویی طرح ما قرار دارد، اما قبل از اینکه آن را پوشش دهیم باید آن را برای شما تأیید کنیم)

توجه: گر داروخانه به شما بگوید که داروی تجویزی شما طبق دستور پزشک قابل تهیه نیست، داروخانه یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد و توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید برای درخواست تصمیم پوشش با ما تماس بگیرید.

تصمیم اولیه در مورد پوشش داروهای Medicare بخش D شما، **«تعیین پوشش»** نامیده می‌شود.

- شما می خواهید برای بازپرداخت هزینه داروی نسخه ای که خریداری کرده اید درخواست کنید. این درخواست برای تصمیم گیری در مورد پوشش پرداخت است.

اگر با تصمیم پوششی که ما گرفته‌ایم مخالف هستید، می‌توانید به تصمیم ما اعتراض کنید. این بخش به شما می‌گوید که چگونه برای تصمیمات مربوط به پوشش درخواست دهید و چگونه درخواست تجدیدنظر دهید. از جدول زیر برای راهنمایی کمک بگیرید.

شما در کدام یک از این شرایط هستید؟			
شما به دارویی نیاز دارید که در *فهرست دارویی* ما نیست یا از ما بخواهید که قانون یا محدودیت در مورد دارویی که پوشش می‌دهیم را لغو کنیم.	شما می‌خواهید ما دارویی را در *فهرست دارویی* خود پوشش دهیم، و فکر می‌کنید که قوانین یا محدودیت‌های طرح (مانند دریافت تأییدیه قبلی) را برای داروی مورد نیاز خود رعایت می‌کنید.	می خواهید از ما درخواست کنید هزینه داروئی که قبلاً دریافت کرده اید و هزینه آنرا پرداخت کرده اید به شما بازپرداخت کنیم.	ما به شما گفتیم که هزینه دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا پرداخت نمی‌کنیم.
می توانید از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. (این یک نوع تصمیم پوشش است.)	**می توانید از ما درخواست تعیین میزان پوشش کنید.**	**می توانید از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم.** (این یک نوع تصمیم پوشش است.)	**می توانید درخواست تجدید نظر کنید.** (به این معنی است که از ما می خواهید درخواست شما رادوباره بررسی کنیم.)
با **بخش G2** شروع کنید، سپس به **بخش‌های G3 و G4** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	به **بخش G4** مراجعه کنید.	به **بخش G5** مراجعه کنید.

G2. استثنائات Medicare بخش D

اگر ما دارویی را آنطور که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما بخواهید که «استثنا» قائل شویم. اگر درخواست شما برای استثنا را رد کنیم، شما می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.

وقتی درخواست استثنا می‌کنید، پزشک یا دیگر تجویزکننده‌ی دارو باید دلایل پزشکی نیاز شما به این استثنا را توضیح دهد.

درخواست پوشش دارویی که در *فهرست دارویی* ما نیست یا درخواست حذف محدودیت دارویی، گاهی اوقات درخواست **«استثنا در فهرست دارویی»** نامیده می‌شود.

چند مثال برای استثناهائی که شما، پزشک یا تجویزکننده دیگر می توانید درخواست کنید، در زیر آمده است:

1. پوشش دارویی که در *فهرست دارویی* ما نیست

- اگر ما موافقت کنیم که استثنا قائل شویم و دارویی را که در *فهرست دارویی* ما نیست، پوشش دهیم.

- شما نمی توانید در زمینه مبلغ پرداختی لازم برای دارو استثنایی دریافت کنید.

2. حذف محدودیت برای یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی در مورد داروهای خاصی در *فهرست دارویی* ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های اضافی برای داروهای خاص عبارتند از:
  - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی مارک تجاری.
  - قبل از اینکه موافقت کنیم هزینه دارو را برای شما پوشش دهیم، تأیید ما را از قبل دریافت کنید. این گاهی اوقات «اجازه قبلی (prior authorization, PA)» نامیده می‌شود.
  - الزام به امتحان کردن داروی دیگری قبل از موافقت با پوشش دارویی که درخواست می‌کنید. این روش گاهی اوقات «درمان مرحله‌ای» نامیده می‌شود.
  - محدودیت های مقدار. برای برخی داروها، محدودیت‌هایی در میزان دارویی که می‌توانید دریافت کنید وجود دارد.

G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید به ما دلایل پزشکی ارائه دهند.

پزشک یا دیگر تجویز کنندگان شما باید با ذکر دلایل پزشکی برای ما بنویسند که چرا درخواست استثناء می کنند. برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، این اطلاعات پزشکی را از پزشک یا سایر تجویزکنندگان خود هنگام درخواست استثنا اضافه کنید.

فهرست دارویی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. اینها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر داروی جایگزین به اندازه داروی درخواستی شما مؤثر باشد و عوارض جانبی بیشتر یا سایر مشکلات سلامتی ایجاد نکند، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید **نمی‌کنیم.**

ما می توانیم به درخواست شما برای استثناء پاسخ مثبت یا منفی دهیم.

- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ **مثبت** بدهیم، این استثنا معمولاً تا پایان سال تقویمی ادامه خواهد داشت. این موضوع تا زمانی صادق است که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو همچنان برای درمان بیماری شما ایمن و مؤثر باشد.
- اگر به درخواست استثنای شما پاسخ **منفی** بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر در صورت پاسخ **منفی** ما، به **بخش G5** مراجعه کنید.

بخش بعدی نحوه درخواست تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثنا را به شما توضیح می‌دهد.

G4. درخواست برای تصمیم پوشش، از جمله درخواست استثنا

- با به شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر)، تماس بگیرید، یا به صورت کتبی یا از طریق فکس با ما در مورد نوع تصمیم پوشش مورد نظر خود سوال کنید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا سایر تجویزکنندگان) می توانید این درخواست را ارسال کنید. لطفا نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست خود را ذکر کنی.

- شما، پزشک (یا دیگر مجوزین دارو) یا هر شخص دیگری که به نمایندگی شما عمل می کند، می توانید درخواست تعیین پوشش دهید. همچنین می توانید یک وکیل را از جانب خود منصوب کنید.
- برای اطلاع از نحوه معرفی یک نفر به عنوان نماینده خود، به **بخش E3** مراجعه کنید.
- برای درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش از طرف شما، نیازی به اجازه کتبی به پزشک یا سایر تجویزکنندگان ندارید.
- اگر می‌خواهید از ما بخواهید هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- اگر درخواست استثنا دارید، لازم است که یک «اظهارنامه پشتیبان» به ما ارائه دهید. بیانیه پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا سایر تجویزکنندگان برای درخواست استثنا است.
- پزشک یا دیگر تجویزکنندگان می‌توانند بیانیه پشتیبان را برای ما فکس یا پست کنند. آنها همچنین می‌توانند از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس بیانیه را فکس یا پست کنند.
- شما همچنین می‌توانید با دسترسی به پورتال امن آنلاین اعضا به آدرس www.medimpact.com. درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه خود را به صورت الکترونیکی ارسال کنید. اگر در مورد نحوه تکمیل این فرم سوالی دارید، با شماره خدمات مشتریان در پایین صفحه تماس بگیرید.

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، می توانید از ما درخواست "تصمیم گیری سریع پوشش" کنید

ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه با «مهلت‌های سریع» موافقت کنیم.

- **تصمیم پوشش معمول** بدین معنی می باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.
- **تصمیم پوشش سریع** یعنی ظرف 24 ساعت از زمان دریافت گزارش پزشک شما به آن پاسخ می دهیم.

یک "تصمیم پوشش سریع" **"تعیین پوشش سریع"** نامیده می شود.

در صورت وجود شرایط زیر می‌توانید تصمیم پوشش بیمه سریع دریافت کنید:

- این برای دارویی است که شما دریافت نکردید. اگر از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید تصمیم پوشش سریعی دریافت کنید.
- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، سلامت یا توانایی شما برای انجام کارها به طور جدی آسیب خواهد دید.

اگر پزشک یا تجویزکننده دیگر شما به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش دارد، درخواست شما را تحت جدول زمانی تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.

- اگر بدون دریافت حمایت از پزشک یا سایر تجویزکنندگان، شخصا درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی خود را داشته باشید، ما در مورد دریافت تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی شما تصمیم خواهیم گرفت.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت پزشکی شما شرایط تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی کند، به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در آن به شما اطلاع می‌دهیم که از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید.
  - شما می توانید یک شکایت سریع ارسال کنید و در عرض 24 ساعت پاسخ دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه

- اگر از مهلت های سریع استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما پاسخ خود را به شما بدهیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 2 تجدید نظر به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشکتان، پوشش را به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش دارویی که دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت های معمول استفاده می کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از وصول درخواست به شما پاسخ دهیم. اگر استثنا بخواهید، ما پاسخ خود را ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی پزشکتان به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشکتان مبنی بر استثنا، پوشش بیمه را به شما ارائه خواهیم داد.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری استاندارد در مورد پوشش دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما به شما پاسخ دهیم.
- اگر این مهلت را رعایت نکنیم، درخواست شما را برای بررسی توسط IRO به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، ظرف 14 روز تقویمی مبلغ را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای حاوی دلایل برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین به شما توضیح می دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

G5. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر از طرح ما در مورد تصمیم پوشش دارویی Medicare بخش D، **«تصمیم‌گیری مجدد»** طرح نامیده می‌شود.

- درخواست تجدیدنظر **استاندارد یا سریع** خود را با تماس با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر)، یا ارسال نامه یا فکس به ما، آغاز کنید. شما، نماینده شما، یا پزشک شما (یا سایر تجویزکنندگان) می توانید این درخواست را ارسال کنید. لطفا نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را ذکر کنید.
- شما باید **ظرف 65 روز تقویمی** از تاریخ نامه ای که ما برای اعلام تصمیم خود به شما فرستادیم درخواست تجدید نظر کنید.
- اگر مهلت را از دست بدهید و دلیل موجهی برای از دست دادن آن داشته باشید، ممکن است به شما زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر بدهیم. مثال‌هایی از دلایل موجه می‌تواند مواردی مانند ابتلای شما به یک بیماری جدی یا ارائه اطلاعات نادرست در مورد مهلت مقرر به شما باشد. هنگام ارائه درخواست تجدیدنظر، دلیل تأخیر در رسیدگی به آن را توضیح دهید.
- شما حق دارید از ما یک نسخه رایگان از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را درخواست کنید. شما و پزشکتان همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود در اختیار ما قرار دهید.

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدید نظر سریع کنید.

درخواست تجدیدنظر سریع همچنین **"تصمیم‌گیری مجدد سریع"** نامیده می شود.

- اگر در زمینه تصمیمی که ما در مورد دارویی که دریافت نکرده‌اید گرفته‌ایم درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشک یا تجویزکننده دیگر تصمیم می‌گیرید که آیا به تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر.
- شرایط لازم برای درخواست تجدیدنظر سریع، مشابه شرایط لازم برای تصمیم پوشش سریع است. برای اطلاعات بیشترلطفاً به **بخش G4** مراجعه کنید.

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما ارائه می‌دهیم.

- ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و نگاهی دقیق‌تر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش بیمه‌ای شما می‌اندازیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگام پاسخ **منفی** به درخواست شما، قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است برای اطلاعات بیشتر با شما، پزشک یا دیگر تجویز کنندگان تماس بگیریم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر سریع سطح 1

- اگر از مهلت‌های فوری استفاده کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
  - اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، پاسخ خود را زودتر به شما خواهیم داد.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخی ندهیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید پوششی را که توافق کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر استاندارد سطح 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
- اگر دارو را دریافت نکرده باشید و وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، تصمیم خود را زودتر به شما اعلام خواهیم کرد. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، درخواست تجدید نظر سریع کنید.
  - اگر ظرف هفت روز تقویمی تصمیمی به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم:

- ما باید پوششی را که توافق کرده‌ایم **ارائه دهیم**، در اسرع وقت و با توجه به شرایط سلامتی شما، اما **حداکثر تا هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، ارائه دهیم.
- ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید، **برای شما ارسال کنیم.**

اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم:

- ما نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.
- ما باید **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، در مورد بازپرداخت هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما پاسخ دهیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی تصمیمی به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 فرآیند تجدیدنظر ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات مربوط به سازمان بررسی و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، مبلغ را به شما پرداخت کنیم.

- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **منفی** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل را توضیح می‌دهد و به شما می‌گوید چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

G6. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما **منفی** باشد، می توانید این تصمیم را قبول کنید یا تجدید نظر دیگری را درخواست کنید. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دیگری بگیرید، از فرآیند تجدیدنظر سطح 2 استفاده خواهید کرد. سازمان **IRO** تصمیم ما را پس از اینکه به اولین درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** دادیم، بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا ما باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (Independent Review Organization, IRO)، **«نهاد بررسی مستقل» (Independent Review Entity)** است که گاهی اوقات **«IRE»** نیز نامیده می‌شود.

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده شما، یا پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها باید به **صورت کتبی با** IRO تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده خود را داشته باشید.

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** دهیم، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی درباره نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2** با IRO است. دستورالعمل ها به شما می گویند که چه کسی می تواند درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهد، چه مهلت هایی را باید دنبال کنید و چگونه به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- وقتی شما به IRO درخواست تجدیدنظر می‌دهید، ما اطلاعاتی را که در مورد درخواست تجدیدنظر شما داریم برای این سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «مورد پرونده» شما نامیده می‌شود. **شما حق دارید یک نسخه رایگان از پرونده خود را داشته باشید.** اگر برای درخواست یک نسخه رایگان از پرونده خود به کمک نیاز دارید، با شماره **1-877-412-2734، (711** TTY) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) انجام دهید.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به IRO ارائه دهید.

IRO درخواست تجدیدنظر سطح 2 Medicare بخش D شما را بررسی کرده و به صورت کتبی به شما پاسخ می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد IRO به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر سریع سطح 2

اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، از IRO درخواست تجدیدنظر سریع کنید.

- اگر آنها با درخواست تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ دهند.
- اگر آنها به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهند، ما باید پوشش دارویی تأیید شده را **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه دهیم.

مهلت مقرر درخواست تجدیدنظر استاندارد سطح 2

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 دارید، IRO باید به صورت ذکر شده در قسمت زیر به شما پاسخ دهد:

- **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز تقویمی پس** از دریافت درخواست تجدیدنظر برای بازپرداخت دارویی که خریداری کرده اید.

اگر IRO به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه دهیم.
- ما باید ظرف **30 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، به این معنی است که آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافق هستند. این «تایید تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر» نامیده می‌شود.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ **منفی** بدهد، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست می‌کنید با حداقل ارزش دلاری مطابقت داشته باشد، حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر قیمت پوشش دارویی که درخواست می‌کنید کمتر از حداقل مورد نیاز باشد، نمی‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر دهید. در این صورت، تصمیم تجدیدنظر سطح 2 نهایی است. IRO نامه ای برای شما ارسال می کند که حداقل ارزش مالی مورد نیاز برای ادامه درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را به شما می گوید.

اگر ارزش مالی درخواست شما با الزامات مطابقت داشته باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را بیشتر پیگیری کنید یا خیر.

- پس از سطح 2، سه مرحله دیگر در روند تجدیدنظرخواهی وجود دارد.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما **نه** بگوید و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظر را دارید، شما می توانید:
  - تصمیم بگیرید که آیا می خواهید درخواست تجدید نظر در سطح 3 داشته باشید.
  - برای جزئیات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 به نامه ای که IRO برای شما ارسال کرده است، مراجعه کنید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می شوید، حق شماست که از همه خدمات بیمارستانی که تحت پوشش ماست و برای تشخیص و درمان بیماری یا جراحت شما لازم است، بهره مند شوید. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در طول مدت بستری تحت پوشش در بیمارستان، پزشک و کارکنان بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید، آماده شوند. آنها همچنین به شما در ترتیب دادن مراقبت‌هایی که ممکن است پس از ترخیص بیمارستان به آنها نیاز داشته باشید، کمک می‌کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- روزی که از بیمارستان مرخص می شوید "تاریخ ترخیص" نام دارد.
- پزشک یا دیگر کارکنان به شما خواهند گفت که تاریخ ترخیص شما چه روزی است.

اگر فکر می‌کنید از شما خواسته شده است که خیلی زود بیمارستان را ترک کنید یا نگران مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان هستید، می‌توانید درخواست اقامت طولانی‌تر در بیمارستان را بدهید. این بخش چگونگی چنین درخواستی را شرح می دهد.

H1. آگاهی از حقوق Medicare خود

ظرف دو روز پس از بستری شدن در بیمارستان، شخصی در بیمارستان، مانند یک پرستار یا مددکار، یک اطلاعیه کتبی با عنوان «پیام مهم از طرف Medicare در مورد حقوق شما» به شما خواهد داد. هر فرد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare، هر زمان که در بیمارستان بستری شود، یک نسخه از این اطلاعیه را دریافت می‌کند.

اگر اطلاعیه را دریافت نکردید، می توانید از هر یک از کارکنان بیمارستان آنرا درخواست کنید. در صورت نیاز به راهنمایی، با شماره‌های پایین صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید. همچنین می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته نیز می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره رایگان 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- این **اعلامیه را به دقت بخوانید** و اگر هر قسمت آن را متوجه نمی شوید سؤال کنید. این پیام مهم اطلاعاتی در مورد حقوق شما به عنوان بیمار بستری را بیمارستان به شما ارائه می کند، از جمله حقوق شما برای:
  - در طول مدت بستری در بیمارستان و پس از آن، از خدمات تحت پوشش بیمه درمانی Medicare بهره‌مند شوید. این حق شما است که بدانید این خدمات چه هستند، چه کسی هزینه آن را می پردازد، و چگونه می توان به این خدمات دسترسی یافت.
  - مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی شما گرفته میشود.
  - آگاهی از اینکه هرگونه مشکلات که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
  - درخواست تجدید نظر اگر فکر می کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده اید.
- **این اطلاعیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و از حقوق خود آگاه هستید.
  - شما یا کسی که از طرف شما اقدام می‌کند، می‌توانید این اطلاعیه را امضا کنید.
  - امضای این اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما گفته باشند، موافق هستید.
- **نسخه امضاء شده را برای خود نگه دارید** تا اطلاعات مربوطه را در صورت لزوم داشته باشید.

اگر بیش از دو روز قبل از روز ترخیص از بیمارستان، این اطلاعیه را امضا کنید، قبل از ترخیص، یک نسخه دیگر از آن را دریافت خواهید کرد.

در صورت داشتن شرایط زیر می‌توانید از قبل یک نسخه از اطلاعیه را مشاهده کنید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید

- یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به این وبسایت مراجعه کنید www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

اگر می خواهید خدمات بستری بیمارستانی شما را برای مدت بیشتری پوشش دهیم، باید درخواست تجدید نظر کنید. سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization, QIO) درخواست تجدیدنظر سطح 1 را بررسی می‌کند تا مشخص شود که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما از نظر پزشکی مناسب است یا خیر.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال حقوق دریافت می‌کنند. این متخصصان کیفیت خدمات درمانی افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare را بررسی و به بهبود آن کمک می‌کنند. آنها بخشی از طرح ما نیستند.

QIO در کالیفرنیا، Commence Health است. با آنها به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) تماس بگیرید. اطلاعات تماس همچنین در اعلامیه، «پیام مهم Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** آمده است.

قبل از ترک بیمارستان و حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده‌تان، با QIO تماس بگیرید.

- **اگر قبل از ترک کردن بیمارستان تماس بگیرید**، در طول مدتی که برای دریافت تصمیم در مورد تجدید نظر خود از QIO منتظر می شوید، به شما اجازه داده می شود که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده بدون اینکه برای آن هزینه ای پرداخت کنید، در بیمارستان باقی بمانید.
- **اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید که پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده‌تان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد همه هزینه های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده پرداخت کنید.

اگر به کمک نیاز دارید، درخواست کمک کنید. اگر در هر زمانی سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

درخواست بررسی سریع کنید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا درخواست بررسی سریع ترخیص شما از بیمارستان را ارائه دهید.

اصطلاح قانونی برای **«بررسی سریع»**، **«بررسی فوری»** یا **«بررسی تسریع‌شده»** است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می افتد

- بررسی‌کنندگان در QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش بیمه باید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن بیانیه نیستید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی می‌کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است، بررسی می‌کنند.
- تا ظهر روز بعد از دریافت نتیجه از بررسی کنندگان، نامه ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده‌تان را اعلام خواهد کرد. این نامه همچنین دلایلی را ارائه می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که این تاریخ ترخیص، از نظر پزشکی برای شما مناسب است.

اصطلاح قانونی برای این نامه توضیح کتبی **«اطلاعیه تفصیلی ترخیص»** است. شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره‌های پایین صفحه یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نمونه‌ای از آن را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید به یک نمونه اطلاعیه آنلاین در آدرس زیر مراجعه کنید www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، QIO پاسخ درخواست تجدیدنظر شما را ارائه می‌دهد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

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

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها معتقدند که تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما از نظر پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان شما، ظهر روز بعد از پاسخ QIO به درخواست تجدیدنظر شما، پایان می‌یابد.
- ممکن است مجبور شوید هزینه کامل مراقبت‌های بیمارستانی را که از بعد از ظهر روز بعد از اینکه QIO پاسخ خود را به درخواست تجدیدنظر شما ارائه داد دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.
- اگر QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد و شما پس از تاریخ ترخیص برنامه ریزی شده خود در بیمارستان بمانید، می توانید درخواست تجدید نظر سطح 2 کنید.

H3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می خواهید که تصمیمی را که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته اند، دوباره بررسی کند. با آنها به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده است، برای این بررسی درخواست دهید. شما **فقط** در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را بدهید که پس از تاریخ پایان پوشش مراقبتی خود در بیمارستان بمانید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

بازبینان QIO این موارد را انجام خواهند داد:

- نگاهی دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم به شما اطلاع می دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را از ظهر روز بعد از تاریخی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را رد کرد، به شما بازپرداخت کنیم.
- ما خدمات بستری تحت پوشش شما را در بیمارستان تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، ارائه خواهیم داد.

گر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم خود در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق هستند و آن را تغییر نمی دهند.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارئه کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات درمانی خاص

این بخش فقط در مورد سه نوع خدماتی است که ممکن است دریافت کنید:

- خدمات مراقبتهای بهداشتی در منزل
- مراقبت پرستاری تخصصی در یک مرکز پرستاری تخصصی، **و**
- مراقبت توانبخشی به عنوان یک بیمار سرپایی در CORD تایید شده توسط Medicare. این معمولاً به این معنی است که شما در حال دریافت درمان برای یک بیماری یا تصادف هستید یا در حال بهبودی از یک عمل جراحی بزرگ هستید.

با هر یک از این سه نوع خدمات، شما حق دارید تا زمانی که پزشک تشخیص دهد به آنها نیاز دارید، از خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

در صورت تصمیم به توقف در پوشش هر یک از این خدمات، ما باید **پیش از** توقف پوشش این خدمات به شما اطلاع دهیم. وقتی پوشش شما برای آن خدمات به پایان برسد، ما دیگر هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

اگر معتقدید که پوشش شما زودتر از موقع پایان می یابد، **می توانید برای تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.** این بخش چگونگی ارائه این درخواست را شرح می دهد.

I1. اطلاع رسانی قبل از اینکه پوشش شما به پایان برسد

ما حداقل دو روز قبل از اینکه پرداخت هزینه‌های مراقبت شما را متوقف کنیم، یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال خواهیم کرد. این «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. این اطلاعیه به شما می‌گوید که چه تاریخی پوشش مراقبت‌های شما را متوقف خواهیم کرد و چگونه می‌توانید به این تصمیم ما اعتراض کنید.

شما یا نماینده‌تان باید اطلاعیه را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضای این اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنی **نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 1

اگر فکر می کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می دهیم، می توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید. این بخش در مورد فرآیند تجدیدنظر سطح ۱ و اقدامات لازم به شما اطلاعات می‌دهد.

- **مهلت های زمانی را رعایت کنید** مهلتهای مقرر مهم هستند. مهلت‌های مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را درک کرده و رعایت کنید. طرح ما نیز باید از مهلت‌ها پیروی کند. اگر معتقدید که ما این مهلت مقرر را رعایت نمی کنیم، می توانید شکایت کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد شکایات به **بخش K** مراجعه کنید.
- **در صورت نیاز به کمک درخواست کمک کنید.** اگر در هر زمانی سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید:
  - با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید.
  - با HICAP به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
- **با QIO تماس بگیرید.**
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد QIO و نحوه تماس با آنها، به **بخش H2** یا **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
  - از آنها بخواهید که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تصمیم بگیرند که آیا تصمیم طرح ما را تغییر دهند یا خیر.
- **سریع اقدام کنید و درخواست «درخواست تجدیدنظر سریع» بدهید.** از QIO بپرسید که آیا پایان دادن به پوشش خدمات پزشکی شما از نظر پزشکی صلاح است یا خیر.

مهلت شما برای تماس با این سازمان

- شما باید برای شروع درخواست تجدیدنظر خود تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم‌الاجرا شدن «اطلاعیه عدم پوشش Medicare» که برای شما ارسال کرده‌ایم، با QIO تماس بگیرید.

عبارت قانونی برای اعلامیه کتبی **"اعلامیه عدم پوشش Medicare"** می باشد. شما می‌توانید با تماس با خدمات مشتریان از طریق شماره‌های پایین صفحه یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نمونه‌ای از آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا یک نسخه را به صورت آنلاین از آدرس زیر دریافت کنید www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

در طول درخواست تجدیدنظر سریع چه اتفاقی می‌افتد

- بررسی‌کنندگان در QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش بیمه شما باید ادامه یابد. شما ملزم به نوشتن بیانیه نیستید، اما می‌توانید این کار را انجام دهید.
- بررسی‌کنندگان اطلاعات پزشکی شما را بررسی می‌کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که طرح ما در اختیارشان قرار داده است، بررسی می‌کنند.
- طرح ما همچنین یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما تا پایان روزی که بازبین‌ها ما را از درخواست تجدیدنظر شما مطلع می‌کنند، اخطاریه را دریافت خواهید کرد.

اصطلاح قانونی اخطاریه توضیحی **«توضیح تفصیلی عدم پوشش»** است.

- داوران پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز، ظرف یک روز کامل تصمیم خود را ارائه می‌دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم داد.

گر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- پوشش شما در تاریخی که به شما اطلاع دادیم، پایان می‌یابد.
- ما پرداخت هزینه‌های این مراقبت را از تاریخ ذکر شده در اطلاعیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم بگیرید که پس از تاریخ پایان پوشش بیمه‌ای خود، به خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات CORF ادامه دهید، خودتان هزینه کامل این مراقبت را پرداخت خواهید کرد.
- شما تصمیم می گیرید که آیا می خواهید این خدمات را ادامه دهید یا خیر و درخواست تجدید نظر سطح 2 را انجام دهید.

I3. ارائه درخواست تجدید نظر سطح 2

برای درخواست تجدیدنظر سطح 2، از QIO می خواهید که تصمیمی را که در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته اند، دوباره بررسی کند. با آنها به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668).

شما باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ **منفی** داده است، برای این بررسی درخواست دهید. فقط در صورتی می توانید درخواست بررسی کنید که پس از تاریخ پایان پوشش مراقبتی، به مراقبت ادامه دهید.

بازبینان QIO این موارد را انجام خواهند داد:

- نگاهی دقیق دیگر به تمام اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود بیندازید.
- تصمیم خود را در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم به شما اطلاع می دهند.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- ما هزینه‌های مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می کند دریافت کرده اید را بازپرداخت کنیم.
- ما هزینه مراقبت را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، پوشش خواهیم داد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد:

- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت از شما موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند که به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 را ارئه کنید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

یک قاضی حقوق اداری (ALJ) یا وکیل دادگستری رسیدگی به تجدیدنظر سطح 3 را انجام می دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد سطح 3، 4، و 5 تجدید نظر به **بخش J** مراجعه کنید.

J. درخواست تجدیدنظر خود را فراتر از سطح 2 ببرید

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر برای خدمات یا اقلام Medicare درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 داده‌اید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده است، ممکن است حق درخواست تجدیدنظر در سطوح دیگر را داشته باشید.

اگر ارزش مالی خدمات یا اقلام Medicare که درخواست تجدیدنظر داده‌اید، از حداقل مبلغ تعیین‌شده تجاوز نکند، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر ارزش مالی به اندازه کافی بالا باشد، می توانید فرآیند تجدید نظر را ادامه دهید نامه ای که از IRO برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر سطح 3 کنید.

درخواست تجدید نظر سطح 3

مرحله 3 تجدید نظر یک جلسه استماع توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) است. فردی که تصمیم می‌گیرد، قاضی قوانین اداری (ALJ) یا وکیلی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل قضایی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهند، ما حق داریم در مورد تصمیم سطح 3 که به نفع شما است اعتراض کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این **تصمیم درخواست تجدیدنظر کنیم**، یک نسخه از درخواست اعتراض سطح 4 را به همراه هرگونه مدارک همراه آن برای شما ارسال خواهیم کرد. ممکن است قبل از صدور مجوز یا ارائه خدمات مورد اختلاف منتظر تصمیم تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم **درخواست تجدیدنظر نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم قاضی حقوق اداری یا وکیل، خدمات را به شما ارائه دهیم یا آن را تأیید کنیم.
  - اگر ALJ یا وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که برای تجدید نظر سطح 4 چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدید نظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (شورای تجدیدنظر) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **مثبت** بدهد یا درخواست ما برای بررسی تصمیم تجدیدنظر سطح 3 به نفع شما را رد کند، ما حق داریم برای تجدیدنظر سطح 5 درخواست کنیم.

- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم **درخواست تجدیدنظر کنیم**، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که برای این تصمیم **درخواست تجدیدنظر نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورای تجدیدنظر خدمات را به شما ارائه دهیم یا آن را تأیید کنیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر ما پاسخ **منفی** بدهد یا آن را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید مرحله بعدی فرآیند بررسی را ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که آیا می توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدید نظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه ناحیه فدرال (A Federal District Court judge) درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات را بررسی کرده و با **بله** یا **خیر** تصمیم خواهد گرفت. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه‌ای فدرال وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا مواردی است که معمولاً تحت پوشش Medi-Cal هستند، از حقوق تجدیدنظر دیگری نیز برخوردار هستید. نامه‌ای که از بخش رسیدگی‌های ایالتی دریافت می‌کنید، به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرخواهی را ادامه دهید، چه کاری باید انجام دهید.

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

اگر ارزش دارویی که درخواست تجدیدنظر داده‌اید به مبلغ مشخصی برسد، ممکن است بتوانید به سطوح دیگری از تجدیدنظرخواهی بروید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می کنید، توضیح می دهد که با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید تا درخواست تجدید نظر سطح 3 را بخواهید.

درخواست تجدید نظر سطح 3

مرحله 3 تجدید نظر یک جلسه استماع توسط قاضی قوانین اداری (ALJ) است. فردی که تصمیم می‌گیرد، قاضی قوانین اداری (ALJ) یا وکیلی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل قضایی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر فوری) تأیید یا ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بررسی ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که برای تجدید نظر سطح 4 چه کاری انجام دهی.

درخواست تجدید نظر سطح 4

شورای تجدیدنظر درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد:

- روند تجدید نظر به پایان رسیده است.
- ما باید پوشش دارویی تأیید شده را ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای درخواست تجدیدنظر فوری) تأیید یا ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر ما پاسخ **منفی** بدهد یا اگر شورا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظرخواهی هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر تصمیم بگیرید این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند **بپذیرید**، روند تجدیدنظرخواهی به پایان رسیده است.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم که درخواست تجدیدنظر شما را رد می‌کند، **نپذیرید**، می‌توانید مرحله بعدی فرآیند بررسی را ادامه دهید. اعلامیه ای که دریافت می کنید به شما می گوید که آیا می توانید به مرحله تجدیدنظر سطح 5 بروید و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدید نظر سطح 5

- یک قاضی دادگاه ناحیه فدرال (A Federal District Court judge) درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات را بررسی کرده و با **بله** یا **خیر** تصمیم خواهد گرفت. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه منطقه‌ای فدرال وجود ندارد.

K. نحوه طرح شکایت

K1. چه نوع مشکلاتی باید به عنوان شکایت مطرح شوند

روند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات، مانند مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی مراقبت و خدمات مشتری، استفاده می‌شود. در اینجا مثالهائی در موردمشکلات خاصی که با روند شکایت پیگیری می شوند می بینید.

شکایتها	مثال
کیفیت مراقبت‌های پزشکی شما	• از کیفیت مراقبت، مانند مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید، ناراضی هستید.
احترام به حریم خصوصی شما	• می‌کنید کسی به حق حریم خصوصی شما احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است.
بی احترامی، خدمات ضعیف به مشتریان یا سایر رفتارهای منفی	• یک ارائه دهنده خدمات درمانی یا کارکنان مرکز با شما بی‌ادبی یا بی‌احترامی کرده‌اند. • کارکنان ما با شما بدرفتاری کردند. • شما فکر می کنید که از برنامه ما بیرون رانده شده اید.
قابلیت دسترسی و خدمات کمک زبانی	• ما نمی‌توانید به علت موانع فیزیکی به خدمات و امکانات مراقبت‌های بهداشتی در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی دسترسی داشته باشید. • پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما برای زبان غیر انگلیسی که صحبت می‌کنید (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم ارائه نمی‌دهد. • ارائه دهنده خدمات شما سایر امکانات معقول مورد نیاز و درخواست شما را در اختیارتان قرار نمی‌دهد.

شکایتها	مثال
زمان انتظار	• ای گرفتن نوبت دچار مشکل شده اید و یا باید برای نوبت مدت زمان زیادی صبر کنید. • پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصان درمانی، خدمات مشتریان یا سایر کارکنان طرح، شما را بیش از حد منتظر نگه می‌دارند.
نظافت	• تقدید که درمانگاه، مطب پزشک، یا بیمارستان به حد کافی پاکیزه نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• تقدید که ما فراموش کرده ایم نامه یا یادآوری که باید برای شما می فرستادیم را ارسال کنیم. • معتقدید که اطلاعات کتبی که برای شما فرستاده ایم پیچیده و غیرقابل فهم هستند.
به موقع انجام دادن تصمیمات پوشش یا درخواست تجدیدنظر	• ما فکر می کنید که ما مهلت مقرر خود را برای تصمیم گیری پوشش یا پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما رعایت نمی کنیم. • شما فکر می‌کنید که پس از دریافت رأی پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما مهلت‌های لازم برای تأیید یا ارائه خدمات یا بازپرداخت هزینه‌های برخی از خدمات پزشکی را رعایت نمی‌کنیم. • شما فکر نمی کنید ما پرونده شما را به موقع به IRO فرستادیم.

انواع مختلفی از شکایات وجود دارد. شما می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا یک شکایت خارجی مطرح کنید. شکایت داخلی به برنامه ما داده می شود و توسط برنامه بررسی خواهد شد. شکایت خارجی به سازمانی تسلیم و توسط آنها بررسی می شود که ارتباطی با برنامه ما ندارند. اگر برای طرح شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.

اصطلاح قانونی برای «شکایت»، «**شکواییه**» است.
اصطلاح قانونی برای «شکایت کردن»، «**طرح شکواییه**» است

K2. شکایت های داخلی

برای طرح شکایت داخلی، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. می توانید هر زمان که مایل بودید شکایت کنید مگر اینکه درباره یک داروی Medicare بخش D باشد. برای شکایات مربوط به داروهای Medicare بخش D باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** بعد از مشکلی که در مورد آن می خواهید شکایت کنید تسلیم نمائید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که لازم است انجام دهید، خدمات مشتریان به شما اطلاع خواهد داد.
- همچنین می توانید شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید. اگر شکایت خود را بصورت کتبی برای ما بفرستید، ما نیز بصورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» یا «تجدیدنظر سریع» شکایت می‌کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. اگر مشکل فوری دارید که شامل خطر فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، می توانید درخواست "شکایت سریع" کنید و ما طی 72 ساعت به شما پاسخگو خواهیم بود.

اصطلاح قانونی برای **«شکایت سریع»**، **«شکواییه تسریع‌شده»** است.

در صورت امکان، پاسخ شما را با سرعت خواهیم داد. اگر برای شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در زمان گفتگوی تلفنی به شما پاسخگو باشیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند که سریع پاسخ دهیم، این کار را انجام خواهیم داد.

- ما به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر، ظرف 30 روز تقویمی تصمیمی نگیریم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. ما همچنین به‌روزرسانی وضعیت و زمان تخمینی برای دریافت پاسخ را ارائه می‌دهیم.
- اگر به دلیل رد درخواست شما برای «تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش» یا «تجدیدنظر سریع» شکایت می‌کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال کرده و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر به دلیل صرف زمان اضافی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش یا تجدیدنظر، شکایتی مطرح کنید، ما به طور خودکار «شکایت سریع» را برای شما ارسال می‌کنیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم.

اگر با بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع خواهیم داد و دلایل خود را ارائه خواهیم داد. در پاسخ به شما اعلام می کنیم که با شکایت شما موافقیم یا نه.

K3. شکایت های خارجی

Medicare

می توانید شکایت خود را به Medicare اطلاع دهید یا آن را به Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این آدرس موجود است: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. قبل از ثبت شکایت در Medicare نیازی به ثبت شکایت با CalOptima Health OneCare Complete ندارید.

Medicare شکایات شما را جدی می گیرد و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می کند.

اگر نظر یا نگرانی دیگری دارید، یا اگر احساس می‌کنید طرح درمانی به مشکل شما رسیدگی نمی‌کند، می‌توانید با شماره تلفن 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نیز تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید با شماره تلفن 1-888-452-8609 شکایت خود را به بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal Managed Care در اداره خدمات درمانی کالیفرنیا (Department of Health Care Services, DHCS) ارائه دهید. کاربران TTY می توانند با 711 تماس بگیرند. از دوشنبه تا جمعه بین ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید.

دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights, OCR)

اگر تصور می کنید با شما عادلانه رفتار نشده است می توانید به دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights, OCR) سازمان خدمات بهداشتی و انسانی (Department of Health and Human Services) شکایت کنید. بعنوان مثال می توانید درباره دسترسی های ویژه معلولین یا دسترسی به خدمات زبان شکایت کنید. تلفن برنامه OCR به شماره 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر میتوانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr مراجعه نمایید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR از طریق شماره تلفن زیر تماس بگیرید:

- از طریق تلفن: با این شماره تماس بگیرید 1-916-440-7370. اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به آدرس زیر بفرستید:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413
  فرم‌های شکایت در آدرس زیر موجود است
  http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- به صورت الکترونیکی: به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل کنید.

شما همچنین ممکن است تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (Americans with Disability Act, ADA) و تحت بخش 1557 Affordable Care Act، از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید با دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) با شماره 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697) یا دفتر حقوق مدنی محلی خود تماس بگیرید.

QIO

وقتی شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است، دو انتخاب دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را در مورد کیفیت مراقبت مستقیماً به QIO ارائه دهید.
- شما می‌توانید شکایت خود را به QIO و طرح ما ارائه دهید. اگر از QIO شکایتی داشته باشید، ما با آنها همکاری می‌کنیم تا شکایت شما را حل و فصل کنیم.

QIO گروهی از پزشکان متخصص و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال حقوق می‌گیرند تا مراقبت‌های ارائه شده به بیماران Medicare را بررسی و بهبود بخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد QIO، به **بخش H2** یا **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

QIO در کالیفرنیا، Call Commence Health نامیده می‌شود. تلفن Commence Health به شماره 1-877-588-1123 (TTY 1-855-887-6668) است.

فصل 10: پایان عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما پس از ترک طرح ما چیست. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید. 236
B. نحوه پایان عضویت در طرح ما. 237
C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه. 238
C1. خدمات Medicare شما 238
C2. خدمات Medi-Cal شما. 241
D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما 242
E. سایر موقعیت‌هایی که عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد 242
F. قوانینی بر علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامتی شما. 243
G. در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید. 244
H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح خود 244

A. چه زمانی می‌توانید عضویت خود را در طرح ما خاتمه دهید

اکثر افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare می توانند عضویت خود را فقط در زمان های خاصی از سال پایان دهند. از آنجایی که شما تحت پوشش Medi-Cal هستید، در هر ماه از سال گزینه‌هایی برای پایان دادن به عضویت خود با طرح ما دارید.

علاوه بر این، می‌توانید عضویت خود در طرح ما را در دوره‌های زمانی زیر در هر سال پایان دهید:

- **دوره ثبت نام آزاد** که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این مدت طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می رسد و عضویت شما در طرح جدید از اول ژانویه آغاز می شود.
- **دوره ثبت نام آزاد Medicare Advantage (MA)،** که از 1 ژانویه تا 31 مارس و همچنین برای ذینفعان جدید Medicare که در یک طرح ثبت نام کرده‌اند، از ماه دریافت حق عضویت در بخش A و بخش B تا آخرین روز از سومین ماه دریافت حق عضویت ادامه دارد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از اولین روز ماه بعد شروع می‌شود.

ممکن است شرایط دیگری هم وجود داشته باشد که در آنها واجد شرایط ایجاد تغییر در ثبت نام خود باشید. به عنوان مثال، زمانی که:

- شما از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کردید،
- واجد شرایط بودن شما برای دریافت Medi-Cal یا Extra Help (کمک اضافی) تغییر کرده است، **یا**
- شما اخیراً به یک یک مرکز پرستاری تخصصی یا یک بیمارستان مراقبت طولانی مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر تحت مراقبت هستید یا تازه از آنجا نقل مکان کرده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما برای ترک طرح ما دریافت می‌شود، پایان می‌یابد. به عنوان مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما با طرح ما در 31 ژانویه به پایان می رسد. اگر در طرح دیگری ثبت نام کنید، پوشش جدید شما از روز اول ماه بعد (در این مثال، 1 فوریه) شروع می‌شود.

اگر برنامه ما را ترک کنید می توانید اطلاعاتی در موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه های Medicare در جدول در **بخش C1**.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در جدول **بخش C2**.

به روش های زیر می توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- با شماره‌های خدمات مشتریان که در پایین همین صفحه ذکر شده است، تماس بگیرید. شماره مربوط به کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- Medicare توسط شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP. اداره گزینه‌های مراقبت‌های درمانی (Health Care Options) با شماره 1-844-580-7272، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعد از ظهر. کاربران TTY باید با شماره
- با بازرس Medi-Cal Managed Care یا (Medi-Cal Managed Care Ombudsman) با شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید یا به آدرس MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov ایمیل بزنید.

توجه: اگر شما در یک برنامه مدیریت دارویی (drug management program, DMP) عضو هستید ممکن است قادر به تغییر برنامه نباشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد برنامه های مدیریت دارو، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. نحوه پایان عضویت در طرح ما

اگر تصمیم به پایان دادن به عضویت خود بگیرید، می‌توانید در یک طرح Medicare دیگر ثبت‌نام کنید یا تغییر به Medicare اصلی (Original Medicare)، این کار را انجام دهید. با این حال، اگر می‌خواهید از طرح ما به طرح Medicare اصلی (Original Medicare) تغییر دهید اما طرح دارویی جداگانه‌ای از Medicare انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست لغو عضویت خود را از طرح ما بدهید. دو راه برای درخواست لغو عضویت وجود دارد:

- شما می‌توانید درخواست خود را به صورت کتبی به ما ارائه دهید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با شماره خدمات مشتریان در پایین این صفحه تماس بگیرید.
- یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (اشخاصی که ناتوانی شنوایی و گفتاری دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. هنگامیکه با 1-800-MEDICARE تماس می گیرید، می توانید همچنین در برنامه درمانی یا داروئی Medicare دیگری عضو شوید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare پس از ترک طرح ما در نمودار صفحه شماره آمده است 238.
- **بخش C** در قسمت زیر شامل مراحلی است که می‌توانید برای ثبت نام در یک طرح دیگر انجام دهید، که عضویت شما در طرح ما را نیز خاتمه خواهد داد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به طور جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare خود در هر ماه از سال سه گزینه دارید. شما در زمان‌های خاصی از سال، از جمله **دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر شرایط شرح داده شده در **بخش A**، گزینه‌های دیگری نیز دارید که در زیر فهرست شده‌اند. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، عضویت شما در طرح ما به طور خودکار پایان می‌یابد.

1. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: **طرح Medicare Medi-Cal (طرح Medi-Medi) نوعی طرح Medicare Advantage است. این برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند، و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal یا طرح برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، در صورت واجد شرایط بودن شما، هماهنگ می‌کنند.** **مهم:** اصطلاح Medi-Medi Plan نام برنامه‌های یکپارچه با نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (dual eligible special needs plans, D-SNPs) در کالیفرنیا است.	**روش انجام:** یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • با برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در یک طرح جدید Medi-Medi ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدیدتان شروع شود، به‌طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

2. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: **Medicare اصلی (Original Medicare) با یک طرح دارویی جداگانه Medicare و یک برنامه Medi-Cal.**	**روش انجام:** یا با Medicare توسط شماره1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • با برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در طرح جدید دارویی Medicare ثبت نام کنید. با شروع پوشش بیمه Original Medicare، عضویت شما به طور خودکار از طرح ما لغو خواهد شد. شما همچنان عضویت خود در طرح Medi-Cal خود را حفظ خواهید کرد، مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

3. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به:

در صورت داشتن دلیل معتبر برای لغو عضویت، Original Medicare بدون طرح دارویی
جداگانه Medicare

توجه: اگر به طرح دارویی Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح دارویی جداگانه Medicare ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند، مگر اینکه به Medicare اطلاع دهید که نمی‌خواهید عضو شوید.

تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه ای را حذف کنید که پوشش داروئی را ازمنبع دیگری مانند کارفرما، یا اتحادیه کارگری پوشش دارویی دریافت کنید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر، سوالی دارید، با برنامه خدمات مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) با شماره 1-800-434-0222، در روزهای دوشنبه تا جمعه، بین ساعات 8 صبح تا 5 بعد از ظهرتماس بگیرید. برای دریافت اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود به سایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/.

روش انجام:

یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:

- با برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/.

با شروع پوشش بیمه Original Medicare، عضویت شما به طور خودکار از طرح ما لغو خواهد شد.

شما همچنان عضویت خود در طرح Medi-Cal خود را حفظ خواهید کرد، مگر اینکه طرح دیگری را انتخاب کنید.

4. شما می‌توانید طرح خود را تغییر دهید به: **هرگونه طرح درمانی Medicare** در زمان‌های خاصی از سال، شامل **دوره ثبت‌نام آزاد و دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** یا سایر شرایط شرح داده شده در **بخش A** است.	**روش انجام:** یا با Medicare توسط شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای سوالات مربوط به برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید: • با برنامه مشاوره و حمایت بیمه درمانی کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، با شماره 1-800-434-0222، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-735-2929 تماس بگیرند. به منظور دریافت اطلاعات بیشتر درمورد پیدا کردن دفتر HICAP در منطقه خود لطفاً به وبسایت زیر مراجعه کنید www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در یک طرح جدید Medicare ثبت نام کنید. زمانی که پوشش طرح جدیدتان شروع شود، به‌طور خودکار از طرح Medicare ما خارج می‌شوید. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سوالات مربوط به نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از ترک طرح ما، با Health Care Options با شماره 1-844-580-7272، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا به این وبسایت مراجعه کنید www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. بپرسید که پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

اگر در مورد مزایای Medi-Cal خود سؤالی دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health به شماره **1-888-587-8088** (TTY **711**) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا پایان عضویتتان در طرح ما

اگر از طرح ما خارج شوید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما پایان یابد و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در این مدت، تا زمان شروع طرح جدید، شما همچنان داروها و مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت خواهید کرد.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی از ارائه دهندگان خدمات درمانی ما استفاده کنید.
- برای تهیه داروهای خود از داروخانه‌های شبکه ما، از جمله از طریق خدمات داروخانه سفارش پستی، استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در CalOptima Health OneCare Complete پایان می‌یابد، در بیمارستان بستری شوید، طرح ما هزینه بستری شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش می‌دهد. این موضوع حتی زمانیکه پوشش درمانی شما قبل از ترخیص شدن شروع می شود صادق خواهد بود.

E. سایر موقعیت‌هایی که عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد

اینها مواردی هستند که ما باید عضویت شما را در طرح خود پایان دهیم:

- اگر وقفه ای در پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید. طرح ما برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم Medi-Cal هستند. توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نیستید، می‌توانید به طور موقت در طرح ما با مزایای Medicare ادامه دهید، لطفاً به اطلاعات زیر در مورد دوره تعیین اعتبارمراجعه کنید. اگر طبق تصمیم ایالت کالیفرنیا، واجد شرایط بودن برای عضویت Medi-Cal خود را از دست بدهید، CalOptima Health OneCare Complete به مدت سه (3) ماه از تاریخ لغو واجد شرایط بودن Medi-Cal شما، مزایای Medicare و داروهای تجویزی شما را پوشش خواهد داد. اگر پس از سه (3) ماه واجد شرایط بودن خود را بازیابی نکنید، ما ملزم به لغو عضویت شما هستیم.
- اگر از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کنید.
- اگر بیش از شش ماه از منطقه خدماتی ما دور باشید.
  - اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، لازم است با بخش خدمات مشتریان ما تماس بگیرید تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می کنید در حوزه خدمات رسانی برنامه درمانی ما باشد.
- اگر بدلیل ارتکاب به جرم به زندان بروید.
- اگر در مورد سایر بیمه‌هایی که برای داروها دارید دروغ بگویید یا اطلاعات مربوط به آنها را پنهان کنید.
- اگر شهروند یا تبعه ایالات متحده یا غیرشهروند واجد شرایط نیستید.
  - شما باید شهروند یا تبعه ایالات متحده یا یک فرد غیرشهروند واجد شرایط باشید تا بتوانید عضوی از طرح ما باشید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- اگر بر این اساس واجد شرایط ادامه عضویت نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services، CMS) به ما اطلاع خواهند داد.
- اگر شرایط را نداشته باشید ما عضویت شما را لغو می کنیم.

اگر واجد شرایط بودن خود برای دریافت Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار می‌رود که ظرف سه 3 ماه آن را دوباره به دست آورید، ما همچنان تمام مزایای Medicare تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را ارائه خواهیم داد. وقتی پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. مبلغی که شما برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت می‌کنید ممکن است در این دوره سه ماهه افزایش یابد. اگر در مورد هزینه‌هایی که ممکن است مجبور به پرداخت آنها شوید یا مواردی که در حین تلاش برای دریافت مجدد واجد شرایط بودن برای Medi-Cal پوشش داده می‌شوند، سؤالی دارید، با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره **1-877-412-2734** تماس بگیرید.

ما به شما کمک خواهیم کرد تا دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید. اگر در حالی که هنوز توسط Medicare خود تحت پوشش ما هستید، واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal احیا شود، ما پرداخت هزینه‌های مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و پوشش شما نزد ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید ظرف سه (3) ماه دوباره پوشش Medi-Cal را دریافت کنید، عضویت شما را در CalOptima Health OneCare Complete لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو عضویت، دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، برای ثبت نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

ما فقط در صورتی می‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح درمانی خود کنیم که ابتدا از Medicare و Medi-Cal اجازه گرفته باشیم:

- اگر هنگام ثبت نام در طرح ما، عمداً اطلاعات نادرستی به ما ارائه دهید و آن اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما تأثیر بگذارد.
- اگر دائما به روشی عمل کنید که باعث اختلال شده و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
- اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسائی شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از بازرس کل (Inspector General) بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

F. قوانینی بر علیه درخواست از شما برای ترک طرح ما به هر دلیل مرتبط با سلامتی شما

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که به هر دلیلی که به سلامت شما مربوط می‌شود، طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید به دلایلی مرتبط با سلامتی از شما می‌خواهیم طرح ما را ترک کنید، با **Medicare** با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE **تماس بگیرید.** کاربران TTY می توانند با 1-877-486-2048 تماس حاصل نمایند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

G. در صورتیکه به عضویت شما در طرح درمانی خود خاتمه دادیم شما حق دارید از ما شکایت کنید

اگر به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم، باید دلایل خود را کتباً به شما اطلاع دهیم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چگونه می توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما شکایت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه طرح شکایت، می توانید به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* نیز مراجعه نمایید.

H. نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت در طرح خود

اگر سوالی دارید یا مایل به کسب اطلاعات بیشتر در مورد پایان عضویت خود هستید، می‌توانید با شماره تلفن پایین این صفحه با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی است که در مورد عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. اطلاعیه مربوط به قوانین 246
B. اطلاعیه فدرال در مورد عدم تبعیض 246
C. اطلاعیه عدم تبعیض برای Medi-Cal 246
D. اطلاعیه در مورد Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده 247
E. اطلاعیه در مورد بازیابی اموال Medi-Cal 248

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

A. اطلاعیه مربوط به قوانین

این *کتابچه راهنمای اعضا* مشمول قوانین بسیاری است. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر در این *کتابچه راهنمای اعضا* گنجانده نشده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی که اعمال می‌شوند، قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. قوانین ایالتی و فدرال دیگری نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه فدرال در مورد عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه ادعاها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک مربوط به قابلیت بیمه یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی، تبعیض قائل نمی‌شویم. همه سازمان‌هایی که برنامه‌های Medicare Advantage را ارائه می‌کنند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال علیه تبعیض، از جمله عنوان VI قانون حقوق مدنی 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون تبعیض سنی 1975، قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت، بخش 1557 قانون فدرال که بودجه را برای همه سازمان‌ها اعمال می‌کند، اطاعت کنند. هر قانون و مقررات دیگری که به هر دلیل دیگری اعمال می شود.

اگر به اطلاعات بیشتر لازم دارید یا در مورد تبعیض یا برخورد ناعادلانه نگرانی دارید:

- وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، شماره تلفن 1-800-368-1019 کاربران TTY می توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر می توانید به وبسایت www.hhs.gov/ocr مراجعه نمایید.

C. اطلاعیه عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، معلولیت ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه ادعاها، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک مربوط به قابلیت بیمه یا موقعیت جغرافیایی در محدوده خدمات‌رسانی، تبعیض قائل نمی‌شویم و با شما رفتار متفاوتی نخواهیم داشت. علاوه بر این، ما به طور غیرقانونی افراد را به دلیل اصل و نسب، هویت گروه قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی مورد تبعیض قرار نمی‌دهیم، آنها را از جامعه طرد نمی‌کنیم و با آنها رفتار متفاوتی نداریم.

اگر به اطلاعات بیشتر لازم دارید یا در مورد تبعیض یا برخورد ناعادلانه نگرانی دارید:

- با وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights)، تماس بگیرید به شماره تلفن 1-916-440-7370 کاربران TTY می توانند با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند. اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض ثبت کنید، با بخش رسیدگی به موارد تبعیض خدمات حل و فصل شکایات و تجدیدنظر (Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator) تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- از طریق تلفن: با شماره تلفن (**711** TTY) **1-877-412-2734**، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید.
- به صورت کتبی:
Attn Grievance and Appeals Resolution Services Discrimination Coordinator
505 City Parkway West
Orange, CA 92868
- وبسایت: **www.caloptima.org/OneCare**

اگر شکایت شما مربوط به تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تلفن، کتباً یا به صورت الکترونیکی، شکایت خود را به اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی، دفتر حقوق مدنی (Department of Health Care Services, Office of Civil Rights) نیز ارائه دهید:

- توسط تلفن: شماره تماس 1-916-440-7370 اگر به خوبی قادر به شنوایی یا تکلم نیستید، لطفاً با شماره 711 (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرید.
- کتبی: فرم مربوط به شکایت را پر کرده و به آدرس زیر بفرستید:

  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  فرم های شکایت در این آدرس موجود است
  www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.
- اینترنتی: به آدرس CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل کنید.

اگر دچار معلولیتی هستید یا برای دریافت خدمات مراقبتهای درمانی و مراجعه به ارائه دهندگان به کمک نیاز دارید با خدمات مشتریان تماس بگیرید. اگر شکایتی در مورد مسائلی مانند دسترسی به ویلچیر دارید با خدمات مشتریان برای دریافت کمک تماس بگیرید.

D. اطلاعیه در مورد Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان آخرین گزینه پرداخت کننده

گاهی اوقات شخص دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم، پرداخت کند.
مثلاً اگر دچار تصادف رانندگی شوید یا در محل کار آسیب ببینید، ابتدا شرکت بیمه یا بخش جبران خسارت کارکنان (Workers Compensation) باید هزینه درمان شما را بپردازد.

ما حق و مسئولیت داریم که هزینه‌های خدمات تحت پوشش Medicare را که Medicare اولین پرداخت‌کننده آنها نیست، وصول کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (**711** TTY)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.
برای اطلاعات بیشتر به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث در قبال خدمات مراقبت‌های درمانی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمام اقدامات منطقی را انجام می‌دهیم تا اطمینان حاصل کنیم که Medi-Cal آخرین مرجع پرداخت‌کننده هزینه ها است.

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

E. اطلاعیه در مورد بازیابی اموال Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید به دنبال بازپرداخت از دارایی های مشروط برخی از اعضای متوفی برای مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آنها یا پس از آن دریافت می شود. بازپرداخت شامل پرداخت‌های هزینه در ازای خدمات و حق بیمه/سرانه مراقبت‌های مدیریت‌شده برای خدمات مراکز پرستاری، خدمات دریافتی در منزل و خدمات مبتنی بر جامعه، و خدمات مرتبط بیمارستانی و داروهای تجویزی دریافت شده در زمانی که عضو در مرکز پرستاری بستری بوده یا خدمات دریافتی در منزل و خدمات مبتنی بر جامعه دریافت می‌کرده است، می‌شود. بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش داراییِ در معرضِ انحصار وراثتِ عضو بیشتر باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت بازیابی اموال وزارت خدمات مراقبت‌های بهداشتی به آدرس www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 1-916-650-0590 تماس بگیرید.

فصل 12: تعریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در سراسر این *کتابچه راهنمای اعضا* به همراه تعاریف آنها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر نمی‌توانید اصطلاح مورد نظر خود را پیدا کنید یا اگر به اطلاعات بیشتری در زمینه معنی آن نیاز دارید، با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره زندگی (Activities of daily living, ADL): کارهایی که افراد در یک روز عادی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک زدن..

قاضی حقوق اداری: قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) قاضی‌ای است که به پرونده‌های مربوط به سازمان‌های دولتی رسیدگی می کند و در مورد آنها تصمیم می‌گیرد. یک قاضی که درخواست تجدیدنظر در سطح 3 را بررسی می کند.

برنامه کمک داروئی ایدز (AIDS Drug Assistance Program - ADAP): برنامه ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/AIDS کمک می کند تا به داروهای نجات دهنده HIV دسترسی داشته باشند.

مراکز جراحی غیر بستری: مرکزی که جراحی سرپایی را برای بیمارانی ارائه می‌دهد که نیازی به مراقبت بیمارستانی ندارند و انتظار نمی‌رود به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدید نظر: راهی برای شما تا در صورتی که فکر می‌کنید در زمینه ای اشتباه کرده‌ایم، اقدام ما را به چالش بکشید. شما می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، از ما بخواهید که تصمیم مربوط به پوشش بیمه را تغییر دهیم. **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا*، درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

صورتحساب مانده: روشی که در آن ارائه‌دهنده خدمات درمانی، مابه‌التفاوت بین کل هزینه‌های ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده خدمات و مبلغ پرداختی توسط طرح درمانی بیمار را از بیمار دریافت می‌کند.

سلامت رفتاری: به سلامت عاطفی، روانی و اجتماعی ما اشاره دارد. به زبان ساده تر: این در مورد نحوه تفکر، احساس و تعامل ما با دیگران است. این یک اصطلاح جامع است که به خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد اشاره دارد.

محصول بیولوژیکی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمرها ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و نمی‌توان دقیقاً از روی آنها کپی‌برداری کرد، بنابراین به اشکال جایگزین آنها، بیوسیمیلار می‌گویند. (همچنین به «محصول بیولوژیکی اصلی» و «بیوسیمیلار» مراجعه کنید).

بیوسیمیلار: یک داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه، اما نه کاملاً مشابه، محصول بیولوژیکی اصلی است. داروهای بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی از بیوسیمیلارها را می‌توان بدون نیاز به نسخه جدید، جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه کرد. (به «بیوسیمیلار قابل تعویض» مراجعه کنید).

دارو با نام برند تجاری: دارویی که توسط اولین شرکت سازنده دارو ساخته و فروخته می‌شود. داروهای با نام تجاری، ترکیبات مشابهی با داروهای ژنریک دارند. داروهای ژنریک معمولاً توسط سایر شرکت‌های دارویی ساخته و فروخته می‌شوند و عموماً تا زمانی که حق ثبت اختراع داروی برند به پایان نرسیده باشد، در دسترس نیستند.

برنامه مراقبتی: به «طرح مراقبت فردی» مراجعه کنید.

تیم مراقبتی: به «تیم مراقبت بین رشته‌ای» مراجعه کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): ژانس فدرال مسئول Medicare. **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* نحوه تماس با CMS را توضیح می‌دهد.

خدمات مبتنی بر جامعه بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS): برنامه خدمات غیربستری و مبتنی بر تسهیلات که مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و پشتیبانی خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایط که معیارهای واجد شرایط بودن مربوطه را دارند، ارائه می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

شکایات: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی که مشکل یا نگرانی شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش برای شما را بیان میکند. میتواند شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات و کیفیت مراقبت شما، ارائه کنندگان شبکه ما یا داروخانه های شبکه ما باشد. عنوان رسمی برای "درخواست شکایت"، "تسلیم نارضایتی" است.

مرکز توانبخشی جامع سرپایی (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بعد از بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می کند، از جمله ورزش درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، کار درمانی ، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیم در مورد مزایایی که توسط ما تحت پوشش هستند: شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می شود که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد. **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* نحوه درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش بیمه را توضیح می‌دهد.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که ما برای همه داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح درمانی استفاده می کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که ما برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، لوازم، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، استفاده می‌کنیم.

آموزش تطابق فرهنگی: آموزشی که دستورالعملهای اضافی به ارائه دهندگان مراقبتهای درمانی می دهد تا آنها سوابق، ارزشها و اعتقادات شما را بهتر درک کنند و خدمات را با احتیاجات جامعه، فرهنگ و زبان شما تطبیق دهند.

خدمات مشتریان: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر است. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات مشتریان، به **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

وزارت خدمات مراقبت های بهداشتی (Department of Health Care Services, DHCS): وزارت ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را مدیریت می کند.

لغو عضویت: روند خاتمه دادن به عضویت شما در طرح درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (Drug management program, DMP): برنامه‌ای که به اعضا کمک می‌کند تا به صورت ایمن از داروهای مخدر تجویزی و سایر داروهایی که اغلب مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، استفاده کنند.

طرح نیازهای ویژه واجد شرایط دوگانه (Dual Eligible Special Needs Plan, D-SNP): طرح درمانی که به افرادی که واجد شرایط دریافت هر دو بیمه Medicare و Medicaid هستند، خدمات ارائه می‌دهد. طرح ما یک D-SNP است.

وسیله پزشکی بادوام (Durable medical equipment, DME) : اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از صندلی چرخدار، عصای زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه دهنده خدمات درمانی برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق داخل وریدی، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

موارد اورژانس: وضعیت اورژانس پزشکی زمانی رخ می‌دهد که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در زمینه سلامت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن عضوی از بدن، یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بدن (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده) دارند. علائم پزشکی ممکن است یک بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی باشد که به سرعت بدتر می‌شود.

مراقبت های اضطراری: خدمات تحت پوشش ارائه شده توسط ارائه دهنده خدمات اورژانسی که برای ارائه خدمات اورژانسی آموزش دیده و برای درمان موارد اورژانسی پزشکی یا سلامت رفتاری مورد نیاز است.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای داروئی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت های خاص.

خدمات مستثنی: خدماتی که تحت پوشش این طرح درمانی نیستند.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های دارویی Medicare بخش D، مانند حق بیمه، سهم هزینه و اشتراک هزینه را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «یارانه کم‌درآمد» یا «LIS» نامیده.

داروی ژنریک: دارویی که توسط FDA برای استفاده به جای یک داروی نام تجاری تایید شده است. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی با نام تجاری را دارد. معمولاً ارزان‌تر است و به خوبی داروی با نام تجاری عمل می‌کند.

شکایت: شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه کنندگان یا داروخانه های شبکه ما مطرح می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت یا کیفیت خدمات ارائه شده توسط طرح درمانی شما می شود.

برنامه مشاوره و حمایت از بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP): برنامه ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی طرفانه را در مورد Medicare ارائه می کند. **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* نحوه تماس با HICAP را توضیح می‌دهد.

طرح درمانی: سازمانی می باشد که از پزشکان، بیمارستان ها، داروخانه ها، ارائه کنندگان خدمات بلند مدت و سایر ارائه کنندگان تشکیل شده است. همچنین دارای هماهنگ‌کننده‌های مراقبت شخصی است که به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدماتتان کمک می‌کنند. همه آنها با هم همکاری می‌کنند تا مراقبت مورد نیاز شما را ارائه دهند.

ارزیابی ریسک سلامت (Health Risk Assessment, HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. ااز آن برای کسب اطلاعات در مورد سلامت شما و چگونگی تغییر آن در آینده استفاده می‌شود.

دستیار مراقبت بهداشتی در خانه: شخصی که خدماتی را فراهم می کند که به مهارت های یک پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشوئی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش های تجویز شده). دستیاران مراقبت بهداشتی در خانه مجوز پرستاری ندارند و خدمات درمانی ارائه نمی‌دهند.

خدمات آسایشگاهی بیماران لاعلاج (Hospice): برنامه ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می دهد که بیماری لاعلاج دارند تا به آنها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. پیش بینی پزشکی وضعیت لاعلاج به این معنی است که فرد از نظر پزشکی به عنوان بیمار لاعلاج تأیید شده است، به این معنی که امید به زندگی او شش ماه یا کمتر است.

- یک عضو که تشخیص بیماری لاعلاج برای وی داده شده است حق دارد خدمات آسایشگاهی را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت دهندگان آموزش دیده مراقبت کاملی که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می شود را ارائه میدهند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

- ما باید فهرستی از ارائه کنندگان خدمات آسایشگاهی در منطقه جغرافیائی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورتحساب نادرست/نامناسب: وضعیتی که در طی آن ارائه دهنده خدمات(مانند پزشک یا بیمارستان) صورتحساب برای بیش از مبلغ مشارکت در هزینه ما برای خدمات را برای شما می فرستد. اگر صورتحسابی دریافت کردید که متوجه آن نمی شوید با خدمات مشتریان تماس بگیرید.

از آنجا که ما کل هزینه خدمات شما را پرداخت می‌کنیم، شما هیچ گونه بدهی بابت اشتراک هزینه **ندارید.** ارائه دهندگان خدمات نباید برای این خدمات از شما هزینه ای دریافت کنند.

خدمات حمایتی در منزل (In-Home Supportive Services، IHSS): برنامه IHSS به ارائه دهندگان خدمات مراقبتی ثبت شده برای خدماتی که به شما ارائه می دهند کمک می کند تا بتوانید با آرامش و امنیت در خانه خود بمانید. IHSS جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند مراکز پرستاری یا مراکز مراقبتی و پانسیونی، محسوب می‌شود. برای دریافت خدمات، ارزیابی انجام می‌شود تا مشخص شود کدام نوع خدمات بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده می‌تواند برای او مجاز باشد. انواع خدماتی که می‌توانند از طریق IHSS مجاز شوند عبارتند از نظافت منزل، تهیه غذا، شستن لباسها، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند خدمات مراقبتی روده و مثانه، حمام کردن، اصلاح و خدمات پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد دارای معلولیت ذهنی. سازمان‌های خدمات اجتماعی شهرستان، خدمات IHSS را ارائه می‌دهند.

سازمان بررسی مستقل (Independent review organization, IRO): یک سازمان مستقل که توسط Medicare استخدام شده و درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. به ما مرتبط نبوده و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که ما گرفته‌ایم درست است یا باید تغییر کند. Medicare بر عملکرد آن نظارت دارد. نام رسمی آن **نهاد بررسی مستقل** است.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرحی برای خدماتی که دریافت خواهید کرد و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدامت و حمایت های طولانی مدت شود.

بیمار بستری: اصطلاحی که هنگام پذیرش رسمی شما در بیمارستان برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی استفاده می‌شود. اگر به طور رسمی پذیرفته نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب بستری شوید ممکن است به عنوان یک بیمار سرپائی به جای بیماری بستری محسوب شوید .

D-SNP یکپارچه (Integrated dual-eligible special needs plan): یک طرح نیازهای ویژه با شرایط دوگانه که Medicare و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را تحت یک طرح درمانی واحد یا طرح‌های درمانی وابسته برای گروه‌های خاصی از افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid پوشش می‌دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می‌شوند.

بیوسیمیلار قابل تعویض: یک داروی بیوسیمیلار که می‌توان آن را بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین کرد، زیرا الزامات اضافی در مورد امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه مشمول قانون ایالتی است.

تیم مراقبت بین رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبتی): تیم مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین بهداشتی باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. تیم مراقبت شما همچنین به شما در تهیه یک برنامه مراقبتی کمک می‌کند.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروئی): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (over-the-counter، OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای موجود در این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *فهرست داروها* به شما اطلاع می دهد که آیا برای دریافت داروهایتان باید از قوانینی پیروی کنید یا خیر. *فهرست داروها* گاهی اوقات «فهرست فرمولی داروها» نامیده می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های طولانی مدت (Long-term services and supports, LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت به بهبود یک وضعیت پزشکی بلندمدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می کنند که در خانه خودتان بمانید و لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. خدمات حمایتی بلندمدت (LTSS) تحت پوشش طرح ما شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (Community-Based Adult Services, CBAS)، که با نام مراقبت‌های بهداشتی روزانه بزرگسالان نیز شناخته می‌شود، مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) و حمایت‌های اجتماعی می‌شود. برنامه‌های معافیت IHSS و 1915(c) از جمله Medi-Cal LTSS هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه افراد کم درآمد (Low-income subsidy, LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

برنامه‌های سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا سقف سه ماه از داروهای تجویزی تحت پوشش خود را مستقیماً در منزل خود دریافت کنید. این می‌تواند یک روش مقرون‌به‌صرفه و راحت برای تهیه‌ی داروهایی باشد که مرتباً مصرف می‌کنید.

Medicaid (یا کمک‌های Medical): برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و ایالت اجرا می‌شود و به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی را پرداخت کنند. Medi-Cal برنامه Medicaid برای ایالت کالیفرنیا است.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid در ایالت کالیفرنیا می باشد. Medi-Cal توسط ایالت مدیریت می شود و هزینه آن توسط ایالت و دولت فدرال تأمین می گردد.

- این برنامه به اشخاصی که درآمد و منابع محدود دارند کمک می کند تا هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- همچنین خدمات اضافی وبرخی از داروهائی که توسط Medicare پوشش داده نمی شود را تحت پوشش قرار می دهد.
- برنامه های Medicaid از ایالت به ایالت دیگر متفاوت است، اما اگر واجد شرایط Medicare و Medi-Cal باشید، بیشتر هزینه های مراقبت های درمانی پوشش داده می شود.

طرح Medi-Cal: طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal، مانند خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و خدمات حمل و نقل را پوشش می‌دهند. مزایای Medicare جدا هستند.

از نظر پزشکی ضروری: این عبارت خدمات، لوازم و داروهای لازمی را توصیف می کند که برای پیشگیری، شناسایی و یا درمان بیماریها حفظ وضعیت سلامت فعلی خود به آنها نیاز دارید. این شامل مراقبت هایی است که ازبستری شدن شما در بیمارستان یا مراکز پرستاری پیشگیری می کند. همچنین شامل خدمات، لوازم یا داروهایی است که طبق استاندارد پزشکی قابل قبول هستند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت های خاص و اشخاصی که در مرحله نهائی بیماری کلیوی هستند (نارسائی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد) نیز تحت پوشش قرار میگیرند. افراد تحت پوشش بیمه درمانی Medicare می‌توانند پوشش درمانی Medicare خود را از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت مدیریت‌شده (به «طرح درمانی» مراجعه کنید) دریافت کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare، که با نام «Medicare بخش C» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، که طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت ها برای پوشش مزایای Medicare شما پول می پردازد.

شورای تجدیدنظر Medicare (Council): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A وMedicare بخش B. همه طرح‌های درمانی Medicare، از جمله طرح ما، باید تمام خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B را پوشش دهند.

برنامه پیشگیری دیابت Medicare یا (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): یک برنامه تغییر رفتار بهداشتی ساختاریافته که آموزش در مورد تغییر رژیم غذایی طولانی مدت، افزایش فعالیت بدنی و راهبردهایی برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و داشتن یک سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.

متقاضی Medicare-Medi-Cal: شخصی که برای پوشش توسط Medicare و Medicaid واجد شرایط است. به فرد ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medi-Cal، «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز گفته می‌شود.

Medicare بخش A: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت آسایشگاهی را پوشش می دهد.

Medicare بخش B: طرح Medicare که خدمات (مانند آزمایش‌ها، جراحی‌ها و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (مانند صندلی چرخدار و واکر) که از نظر پزشکی برای درمان یک بیماری یا عارضه ضروری هستند را پوشش می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینات تشخیصی را نیز پوشش می دهد.

Medicare بخش C: طرح Medicare، که با نام «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود، به شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی اجازه می‌دهد تا از طریق طرح MA، مزایای Medicare را ارائه دهند.

Medicare بخش D: برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. ما این طرح را به طور مختصر "بخش D" می خوانیم. Medicare بخش D، داروهای سرپایی، واکسن‌ها و برخی از لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B یا Medicaid نیستند را پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D می‌شود.

داروهای Medicare بخش D: داروهای تحت پوشش Medicare بخش D. کنگره آمریکا به طور خاص دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش Medicare بخش D مستثنی می‌کند. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

برنامه مدیریت درمان دارویی (Medication Therapy Management, MTM): یک برنامه Medicare بخش D برای نیازهای پیچیده بهداشتی که به افرادی که شرایط خاصی را برآورده می‌کنند یا در یک برنامه مدیریت دارو هستند، ارائه می‌شود. خدمات MTM معمولاً شامل گفتگو با یک داروساز یا ارائه دهنده خدمات درمانی برای بررسی داروها می‌شود. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: طرح Medi-Medi نوعی طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal دارند، و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات را در هر دو برنامه، از جمله تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal، هماهنگ می‌کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

عضو (عضو طرح ما، یا عضو طرح): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

***کتابچه راهنمای اعضاء* و توضیح افشا اطلاعات:** این مدرک، به همراه فرم ثبت نام شما و هرگونه پیوست یا تبصره دیگر، که پوشش شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه شما به عنوان عضوی از طرح ما باید انجام دهید را توضیح می‌دهد.

داروخانه عضو شبکه: داروخانه‌ای (داروفروشی) که موافقت کرد نسخه‌های اعضای طرح ما را تهیه کند. ما آنها را «داروخانه‌های شبکه» می‌نامیم زیرا آنها موافقت کردند که با طرح ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، ما فقط هزینه داروهایی را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه های شبکه ما دریافت شده باشند.

ارائه دهنده شبکه: ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌دهندگان قبول می‌کنند که هرینه پرداخت شده توسط ما، پرداخت کامل هزینه آنها باشد. ما ترتیبی دادیم که این ارائه دهندگان خدمات تحت پوشش را به شما ارائه دهند. ارائه‌دهندگان شبکه، هزینه خدماتی را که به شما می‌دهند، مستقیم از ما دریافت می‌کنند. وقتی از یک ارائه دهنده شبکه استفاده می کنید، معمولاً هیچ هزینه ای برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی کنید. «ارائه‌دهنده» یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌دهند، استفاده می‌کنیم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های مراقبت در منزل، کلینیک‌ها و سایر مکان‌هایی می‌شود که خدمات مراقبت‌های بهداشتی، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت را به شما ارائه می‌دهند.

موسسه یا مرکز پرستاری سالمندان: مرکزی که به افرادی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

بازرس کل (Ombudsperson): دفتری در ایالت شما که به عنوان وکیل مدافع شما فعالیت می‌کند. آنها می‌توانند در صورت داشتن مشکل یا شکایت به سوالات شما پاسخ دهند و به شما در درک اقدامات لازم کمک کنند. خدمات بازرس رایگان است. اطلاعات بیشتر را می توانید در **فصل های 2 و 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* بیابید.

تعیین سازمانی: هنگامیکه طرح ما یا یکی از ارائه دهندگان ما در مورد تحت پوشش بودن خدمات یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می کند به آن تعیین سازمانی می گویند. تعیین سازمانی «تصمیمات پوشش» نامیده می‌شوند. **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا*، تصمیمات مربوط به پوشش بیمه را توضیح می‌دهد.

محصول بیولوژیکی اصلی: یک محصول بیولوژیکی که توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تأیید شده است و به عنوان معیار مقایسه‌ای برای تولیدکنندگانی که نسخه بیوسیمیلار را تولید می‌کنند، عمل می‌کند. به آن محصول مرجع نیز گفته می‌شود.

Medicare اصلی (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): دولت طرح بیمه Medicare اصلی (Original Medicare) را ارائه می‌دهد. تحت پوشش طرح Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغی که کنگره آمریکا تعیین می کند به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی پوشش می دهد.

- می توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می کند بروید. Original Medicare شامل دو بخش می باشد: Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی)
- Medicare اصلی (Original Medicare) در همه جای ایالات متحده در دسترس می باشد.
- اگر نمی خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می توانید Medicare اصلی (Original Medicare) را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است با طرح ما برای هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما همکاری کند. طرح شما اکثر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکزی که در استخدام، متعلق به یا تحت مدیریت طرح ما نیست و قراردادی برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما ندارد. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* ارائه دهندگان یا امکانات خارج از شبکه را توضیح می دهد.

داروهای بدون نسخه (Over-the-counter, OTC): داروهای بدون نسخه، داروهایی هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه پزشک از متخصص مراقبت‌های بدرمانی خریداری کند.

بخش A: به «Medicare بخش A » مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B » مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C » مراجعه کنید.

قسمت D: به «Medicare بخش D » مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D » مراجعه کنید.

کارشناس هماهنگی مراقبتهای شخصی: یک شخص اصلی که با شما، طرح درمانی و ارائه دهندگان مراقبت شما همکاری می‌کند تا مطمئن شود که مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

اطلاعات سلامتی خصوصی (که اطلاعات سلامت محافظت‌شده نیز نامیده می‌شود) (Protected health information, PHI): اطلاعات مربوط به شما و وضعیت سلامتی‌تان، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی (سوشیال سکیوریتی)، ویزیت‌های پزشک و سابقه درمانی شما. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای اطلاعات شخصی (PHI) شما و همچنین حقوق شما در رابطه با اطلاعات شخصی‌تان، به «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» ما مراجعه کنید.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه، زمانی که احتمال دارد درمان بهترین نتیجه را داشته باشد (برای مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی غربالگری می‌شود).

ارائه دهنده مراقبت های اولیه (Primary care provider, PCP): پزشک یا ارائه دهنده خدمات درمانی دیگری که برای اکثر مشکلات سلامتی ابتدا به او مراجعه می‌کنید. آنها اطمینان حاصل می‌کنند که شما مراقبت‌های لازم برای حفظ سلامت خود را دریافت می‌کنید.

- آنها همچنین ممکن است با سایر پزشکان و ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در مورد مراقبت از شما صحبت کنند و شما را به آنها ارجاع دهند.
- در بسیاری از طرحهای درمانی Medicare، قبل از استفاده از خدمات هر ارائه دهنده مراقبت های درمانی دیگری، باید به ارائه دهنده مراقبت های اولیه خود مراجعه کنید.
- برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه دهندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

مجوز قبلی (Prior authorization, PA): تأییدیه‌ای که باید قبل از دریافت خدمات یا داروی خاص یا استفاده از ارائه‌دهنده خارج از شبکه از ما دریافت کنید. اگر ابتدا تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است طرح ما هزینه خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی از خدمات درمانی شبکه را فقط در صورتی پوشش می دهد که پزشک یا ارائه دهنده شبکه دیگر از ما PA دریافت کند.

- خدمات تحت پوششی که به دستیار پزشک طرح ما نیاز دارند، در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* علامت‌گذاری شده‌اند.

طرح ما برخی از داروها را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که شما از ما PA دریافت کنید.

- داروهای تحت پوشش که به PA طرح ما نیاز دارند در *فهرست داروهای تحت پوشش* علامت گذاری شده و قوانین در وب سایت ما قرار داده شده است.

برنامه مراقبت فراگیر برای سالمندان (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): برنامه ای که مزایای Medicare و Medicaid را با هم برای افراد 55 ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به سطح بالاتری از مراقبت نیاز دارند، پوشش می دهد.

پروتزها و ارتزها: لوازم پزشکی که توسط پزشک یا سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی شما سفارش داده شده است، شامل بریس‌های بازو، کمر و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و وسایل مورد نیاز برای جایگزینی یک عضو یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه‌ای روده‌ای و تزریقی.

ارائه دهندگان: پزشکان، پرستاران و سایر افرادی هستند که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌دهند و دارای مجوز دولتی هستند. ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها، آژانس‌های خدمات بهداشتی در منزل، کلینیک‌ها و دیگر مکان‌هایی هستند که خدمات درمانی، خدمات بهداشت رفتاری، تجهیزات پزشکی و بعضی خدمات LTSS ارائه می‌دهند.

سازمان بهبود کیفیت (Quality improvement organization, QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت های درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد تحت پوشش بیمه Medicare کمک می کنند. دولت فدرال به QIO هزینه بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه شده به بیماران را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات در مورد QIO، به **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

محدودیتهای مقدار: محدودیت در مقدار داروئی که می توانید دریافت کنید. ما ممکن است مقدار دارویی که در هر نسخه پوشش می‌دهیم را محدود کنیم.

ابزار مزایای آنی: یک پورتال یا برنامه کامپیوتری که در آن اعضا می‌توانند اطلاعات کامل، دقیق، به‌موقع، از نظر بالینی مناسب و مختص ثبت‌نام‌کنندگان در مورد داروها و مزایای تحت پوشش را جستجو کنند. این شامل مبالغ تقسیم هزینه، داروهای جایگزین که ممکن است برای همان بیماری خاص به عنوان یک داروی خاص استفاده شوند، و محدودیت‌های پوشش (مجوز قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شود، می‌شود.

ارجاع (Referral): ارجاع، مجوز ارائه دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما یا ما برای استفاده از ارائه دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر ابتدا تأییدیه را دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به ارجاع ندارید. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد معرفی‌نامه‌ها را در **فصل های 3 و 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* بیابی.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک به بهبودی شما از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می کنید. این خدمات شامل مراقبت‌های توانبخشی در زمان بستری، فیزیوتراپی (غیربستری)، گفتاردرمانی، زبان‌درمانی و کاردرمانی می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات توانبخشی، به **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مرتبط با سلامت روان یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی HIV/AIDS، (STIs)، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال سوءمصرف مواد، مراقبت‌های تأیید جنسیت و خشونت علیه شریک جنسی.

منطقه خدمات رسانی: منطقه جغرافیایی که در آن یک طرح درمانی، اعضا را می‌پذیرد، در صورتی که عضویت را بر اساس محل زندگی افراد محدود کند. برای طرح‌هایی که پزشکان و بیمارستان‌هایی را که می‌توانید استفاده کنید محدود می‌کنند، معمولاً این منطقه‌ای است که می‌توانید خدمات معمول (غیر اورژانسی) را در آن دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه تحت پوشش ما زندگی می‌کنند می‌توانند به طرح ما بپیوندند.

سهم هزینه: بخشی از هزینه های مراقبت های درمانی خود را که ممکن است مجبور باشید هر ماه قبل از اینکه مزایای شما موثر واقع شود، بپردازید. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و دارایی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (Skilled nursing facility, SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت های پرستاری تخصصی، ودر بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مربوطه.

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): مراقبت های پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی تخصصی ارائه شده به صورت ادامه دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) می شود که پرستار رسمی یا پزشک می تواند ارائه کند.

متخصص: پزشکی که انواع خاصی از مشکلات مراقبت‌های درمانی را درمان می‌کند. به عنوان مثال، جراح ارتوپدی به درمان شکستگی استخوان میپردازد، متخصص حساسیت به مشکل حساسیت رسیدگی میکند و متخصص قلب به درمان بیماریهای قلبی می پردازد. در بیشتر موارد، یک عضو برای مراجعه به متخصص به ارجاع از PCP خود نیاز دارد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های تخصصی، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده‌ی خدمات درمانی دیگری برای شما خدمات درمانی از Medi-Cal درخواست کند که ما آن را تأیید نکنیم، یا دیگر هزینه‌ی خدمات درمانی Medi-Cal فعلی شما را پرداخت نکنیم، می‌توانید درخواست جلسه‌ی رسیدگی ایالتی بدهید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان مرحله ای: قانونی که شما را ملزم می‌کند قبل از پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید، داروی دیگری را امتحان کنید.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (Supplemental Security Income, SSI): کمک مالی ماهانه تامین اجتماعی به افراد دارای درآمد و منابع محدود که دارای معلولیت، نابینا یا سن 65 سال و بالاتر هستند پرداخت می کند. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی (Social Security benefits) نیستند.

مراقبت فوری مورد نیاز: نوعی مراقبت می باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می کنید که اورژانسی نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. شما می‌توانید مراقبت‌های فوری مورد نیاز خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، زمانی که دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه امکان‌پذیر نیست، یا دریافت خدمات از آنها غیرمنطقی است زیرا با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما نمی‌توانید به آنها دسترسی پیدا کنید، (به عنوان مثال، زمانی که خارج از محدوده پوشش طرح ما هستید و به خدمات فوری پزشکی برای یک بیماری ناشناخته نیاز دارید، اما این یک فوریت پزشکی نیست).

اگر سوالی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734** (TTY **711**)، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر** به **www.caloptima.org/OneCare** مراجعه نمایید.

خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete

تلفن تماس	**1-877-412-2734** تماس با این شماره رایگان است. از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (1 اکتبر تا 31 مارس)، و از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (1 آوریل تا 30 سپتامبر). برای افرادی که قادر به صحبت به زبان انگلیسی نیستند، خدمات رایگان ترجمه شفاهی ارائه می کنیم.
TTY	**711** این شماره نیاز به تجهیزات تلفنی مخصوص دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا تکلم مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته.
فکس	**1-714-246-8711**
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868 OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	**www.caloptima.org/OneCare**

بیانیه افشای PRA

بر اساس قانون کاهش تشریفات اداری (Paperwork Reduction Act, PRA) مصوبه 1995، هیچ شخصی ملزم به ارائه اطلاعات به عنوان بخشی از فرآیند جمع‌آوری اطلاعات نیست، مگر اینکه فرم حاوی شماره کنترل معتبر دفتر مدیریت و بودجه (OMB) باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این مجموعه اطلاعات 0938-1444 است. اگر نظر یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، با آدرس زیر مکاتبه کنی:

CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.



CalOptima Health, A Public Agency
505 City Parkway West, Orange, CA 92868
caloptima.org/OneCare

در صورتی که پرسشهایی دارید و یا برای دریافت خدمات بهداشتی خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با دفتر خدمات مشتریان CalOptima Health's OneCare از طریق شماره تلفن رایگان **1-877-412-2734**، از 8 صبح تا 8 شب، در 7 روز هفته (از 1 اکتبر تا 31 مارس)، و 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه (از 1 آوریل تا 30 سپتامبر). ما کارمندانی داریم که به زبان شما صحبت می کنند. کاربران خط TTY می توانند با شماره **711** تماس بگیرند. همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس **www.caloptima.org/OneCare** دیدن کنید.

PRI-030-498 F (09/26)