

## اعلامیه تغییرات سالانه برای سال 2021

### مقدمه

شما در حال حاضر یکی از اعضای ثبت‌نام‌شده Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) هستید. سال آینده، تغییراتی در مزایای برنامه درمانی، پوشش بیمه، قوانین و هزینه‌ها اعمال خواهد شد. در این اعلامیه تغییرات سالانه درباره این تغییرات و چگونگی پیدا کردن اطلاعات بیشتر در مورد تغییرات اطلاعاتی به شما داده می‌شود. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

### فهرست مطالب

- A. سلب مسئولیت ..... 3
- B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal برای سال آینده ..... 3
  - B1. منابع بیشتر ..... 4
  - B2. اطلاعات درباره Health Net Cal MediConnect ..... 6
  - B3. کارهای مهمی که باید انجام دهید: ..... 7
- C. تغییرات در ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های درون شبکه ..... 8
  - D. تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده ..... 8
    - D1. تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی ..... 8
    - D2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی ..... 13
    - D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه» ..... 14
    - D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی» ..... 16
  - E. تغییرات اداری ..... 16
  - F. چگونگی انتخاب برنامه درمانی ..... 16
    - F1. چگونگی ماندن در برنامه درمانی ما ..... 16
    - F2. چگونگی تغییر برنامه درمانی ..... 16

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



- 19.....G. چگونه دریافت کمک.....
- 19.....G1. دریافت کمک از Health Net Cal MediConnect.....
- 19.....G2. دریافت کمک از کارگزار ایالتی ثبت نام.....
- 20.....G3. دریافت کمک از برنامه آمبودزمان Cal MediConnect.....
- 20.....G4. دریافت کمک از برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت.....
- 20.....G5. دریافت کمک از Medicare.....
- 21.....G6. دریافت کمک از سازمان خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا.....

---

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**A. سلب مسئولیت**

❖ این فهرست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایا خلاصه‌ای کوتاه است و توضیح کامل مزایا محسوب نمی‌شود. برای اطلاعات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید یا دفترچه راهنمای اعضای Health Net Cal MediConnect را بخوانید.

**B. بررسی پوشش بیمه Medicare و Medi-Cal برای سال آینده**

مهم است که اکنون پوشش بیمه خود را بررسی کنید و مطمئن شوید که در سال آینده نیز همچنان نیازهای شما را برطرف می‌کند. اگر پوشش بیمه‌تان نیازهای شما را برطرف نمی‌کند ممکن است بتوانید برنامه درمانی را ترک کنید. برای اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه کنید.

اگر تصمیم بگیرید که از Health Net Cal MediConnect خارج شوید، عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست ارائه شده است تمام می‌شود.

اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

- می‌توانید انتخاب کنید که چگونه مزایای Medicare خود را دریافت کنید (برای دیدن گزینه‌های پیش روی خود، به صفحه 16 مراجعه کنید).
- شما مزایای Medi-Cal خود را از طریق برنامه مراقبتی انتخابی خود که مدیریت آن بر عهده Medi-Cal است دریافت می‌کنید (برای اطلاعات بیشتر به صفحه 19 مراجعه کنید)

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**B1. منابع بیشتر**

- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия TTY: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- **알림:** 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **請注意：**如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

اگر سوالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսագանգն անվճար է:

- توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می‌باشند. با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

- **ԾՆՈՒՄ:** Խնամքի օգնությունները հասնում են Ձեզ 1-855-464-3571 (TTY: 711) համարով 8 ժամ 8 րոպե ցերեպես 8:00-ից 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսագանգն անվճար է:

- تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- شما می‌توانید این اعلامیه تغییرات سالانه را به قالب‌های دیگر مانند چاپ با حروف بزرگ، خط بریل یا فایل صوتی به صورت رایگان دریافت کنید. روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) می‌خواهد مطمئن شود که شما اطلاعات برنامه درمانی خود را درک می‌کنید. در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌ها یا قالب‌های دیگر برای شما ارسال کنیم. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.

لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمیر)، چینی (نویسه‌های سنتی)، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می‌توانید یکی از این زبان‌ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.

اگر سوالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



یا

○ تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

چنانچه برای درک مطالب برنامه خود نیاز به کمک دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

## B2. اطلاعات درباره Health Net Cal MediConnect

- Health Net Community Solutions, Inc. یک برنامه درمانی طرف قرارداد Medicare و Medi-Cal است که مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضا قرار می‌دهد.
- پوشش بیمه تحت Health Net Cal MediConnect پوشش درمانی تأییدشده‌ای است که «حداقل پوشش ضروری» نام دارد. این پوشش پیش‌نیاز مسئولیت مشترک فردی قانون محافظت از بیمار و ارائه خدمات درمانی کم هزینه (ACA) را برآورده می‌کند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پیش‌نیاز مسئولیت مشترک فردی به وبسایت سرویس درآمد داخلی (IRS) به آدرس [www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families](http://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families) مراجعه کنید.
- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) را Health Net Community Solutions, Inc. ارائه می‌کند. کلمات «ما»، «ما را» یا «مال ما» که در این اعلامیه تغییرات سالانه به کار رفته است به معنی Health Net Community Solutions, Inc. است. وقتی از «برنامه درمانی» یا «برنامه درمانی ما» استفاده می‌شود منظور Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) است.

---

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**B3. کارهای مهمی که باید انجام دهید:**

- ببینید که چگونه تغییرات مزایا و هزینه‌های ما ممکن است روی شما اثر بگذارد.
  - آیا تغییراتی هست که خدمات مورد استفاده شما را تحت تاثیر قرار دهد؟
  - بررسی تغییرات مزایا و هزینه‌ها برای اطمینان از مفید بودن این موارد برای شما در سال آینده مهم است.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره تغییرات مزایا و هزینه در برنامه درمانی ما به بخش D مراجعه کنید.
- ببینید که چگونه تغییرات پوشش بیمه ما برای داروی تجویزی ممکن است روی شما اثر بگذارد.
  - آیا داروهای شما تحت پوشش قرار می‌گیرد؟ آیا این داروها در ردیف تقسیم هزینه متفاوتی قرار می‌گیرند؟ آیا می‌توانید از داروخانه‌های قبلی استفاده کنید؟
  - بررسی این تغییرات برای اطمینان از مفید بودن پوشش بیمه دارویی ما برای شما در سال آینده مهم است.
  - برای اطلاعات درباره تغییرات در پوشش بیمه دارویی ما به بخش D2 مراجعه کنید.
  - هزینه داروهای شما ممکن است از سال گذشته تا کنون افزایش یافته باشد.
- با پزشک خود درباره گزینه‌های کم‌هزینه‌تر که ممکن است در اختیار شما قرار داشته باشد صحبت کنید. این امر ممکن است در طول سال موجب صرفه‌جویی شما در مجموع هزینه‌های پرداختی سالانه شود.
- برای اطلاعات بیشتر درباره قیمت دارو به لینک [www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage](http://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage) مراجعه کنید. (روی لینک «Dashboards» در وسط بخش Note نزدیک پایین صفحه کلیک کنید. این Dashboardها سازندگانی را که قیمت‌های خود را افزایش داده‌اند برجسته می‌کند و دیگر اطلاعات مربوط به قیمت داروها را نیز به صورت سال به سال نشان می‌دهد.)
- به خاطر داشته باشید که میزان تغییرات احتمالی هزینه‌های دارویی شما بر اساس مزایای برنامه درمانی تعیین می‌شود.
- حضور ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های خود در شبکه ما را برای سال آینده بررسی کنید.
  - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصانی که دائم نزد آنها می‌روید، در شبکه ما هستند؟ داروخانه‌ها چطور؟ بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌کننده‌هایی که استفاده می‌کنید چطور؟
  - برای کسب اطلاعات درباره فهرست ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های ما، به بخش C مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.

- درباره هزینه‌های کلی برنامه درمانی فکر کنید.

- چقدر باید از جیب خود برای خدمات و داروهای تجویزی که معمولاً استفاده می‌کنید بپردازید؟
- کل هزینه‌ها چگونه در برابر دیگر موارد پوشش بیمه قابل قیاس است؟

- درباره رضایت از برنامه درمانی ما فکر کنید.

### اگر تصمیم گرفتید که برنامه درمانی را تغییر دهید:

اگر تصمیم شما بر این است که پوشش بیمه دیگری نیازهای شما را بهتر برآورده می‌کند ممکن است بتوانید برنامه درمانی را عوض کنید (برای اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه کنید). اگر در برنامه درمانی جدیدی ثبت نام کنید، پوشش بیمه جدید شما در اولین روز ماه بعدی شروع می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره گزینه‌های خود به بخش F2 در صفحه 16 مراجعه کنید.

### اگر تصمیم گرفتید که با

### Health Net Cal MediConnect بمانید:

اگر می‌خواهید سال آینده نیز با ما بمانید، انجام این کار آسان است؛ نیازی نیست که کاری انجام دهید. اگر نمی‌خواهید تغییری اعمال کنید، ثبت نام شما به‌طور خودکار در برنامه درمانی ما باقی می‌ماند.

## C. تغییرات در ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های درون شبکه

شبکه ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های ما برای سال 2021 تغییر کرده است.

ما قویاً به شما توصیه می‌کنیم که فهرست فعلی ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌های ما را بررسی کنید و از حضور یا عدم حضور ارائه‌کننده‌ها یا داروخانه‌ها در شبکه ما مطمئن شوید. فهرست به‌روز ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها در وبسایت ما به آدرس [mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor](http://mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor) موجود است. همچنین جهت کسب اطلاعات به‌روز درباره ارائه‌کننده‌ها یا دریافت پستی فهرست ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها، می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید.

مهم است بدانید که ممکن است در طول سال نیز در شبکه ما تغییراتی اعمال شود. اگر ارائه‌کننده شما برنامه درمانی را ترک کند، شما حقوق و پوشش‌های خاصی دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 3 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## D. تغییر در مزایا و هزینه‌ها در سال آینده

### D1. تغییر در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

ما در حال ایجاد تغییراتی در پوشش بیمه خدمات پزشکی خاص و مبلغی که شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش در سال آینده می‌پردازید هستیم. جدول زیر این تغییرات را نشان می‌دهد.

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	
<p>سهم شما برای خدمات بهداشتی از راه دور اضافی برای خدمات زیر \$0 است: ممکن است به مجوز و معرفی نیاز باشد.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات پزشکی مراقبت‌های درمانی اولیه</li> <li>• خدمات پزشکی متخصص</li> <li>• جلسات فردی برای خدمات تخصصی سلامت روانی</li> <li>• جلسات گروهی برای خدمات تخصصی سلامت روانی</li> <li>• دیگر متخصصان مراقبت درمانی</li> <li>• جلسات فردی برای خدمات روان‌پزشکی</li> <li>• جلسات گروهی برای خدمات روان‌پزشکی</li> </ul>	<p>خدمات سلامتی از راه دور اضافی تحت پوشش قرار نمی‌گیرد.</p>	<p>خدمات سلامتی از راه دور اضافی</p>
<p>سهم شما \$0 است</p> <p>لوازم و گلوکومتر دیابت به برندهای Accu-Chek و OneTouch محدود است و اکنون می‌توان در داروخانه این دستگاه‌ها را به دست آورد. دیگر برندها تحت پوشش نیست مگر اینکه تأیید اولیه داده شده باشد.</p>	<p>سهم شما \$0 است</p> <p>لوازم و گلوکومتر دیابت از طریق PCP شما موجود است.</p>	<p>خدمات و لوازم مخصوص دیابت</p>

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	
<p>سهام شما \$0 است</p> <p>برنامه MSSP برنامه مدیریت پرونده می‌باشد که خدمات منطقه‌محور و خانگی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط Medi-Cal می‌گذارد.</p> <p>برای احراز شرایط، باید 65 ساله یا بیشتر باشید، در محدوده منطقه خدماتی مرکز زندگی کنید، بتوانید با توجه به محدودیت‌های مربوط به هزینه MSSP خدمات دریافت کنید، واجد شرایط خدمات مدیریت مراقبت باشید، در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و برای قرارگیری در خانه سالمندان تایید شده باشید یا قابل تایید باشید.</p> <p>خدمات MSSP شامل این موارد است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز مراقبت از بزرگسالان / مرکز پشتیبانی</li> <li>• مساعدت مسکن</li> <li>• کمک در انجام وظایف روزمره و مراقبت شخصی</li> <li>• نظارت محافظتی</li> <li>• مدیریت مراقبت</li> <li>• مراقبت فرجه‌ای</li> <li>• حمل و نقل</li> <li>• خدمات وعده غذایی</li> <li>• خدمات اجتماعی</li> <li>• خدمات ارتباطی</li> </ul> <p>این مزایا تا سقف \$5,356.25 در سال پوشش داده می‌شود.</p>	<p>سهام شما \$0 است</p> <p>برنامه MSSP برنامه مدیریت پرونده می‌باشد که خدمات منطقه‌محور و خانگی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط Medi-Cal می‌گذارد.</p> <p>برای احراز شرایط، باید 65 ساله یا بیشتر باشید، در محدوده منطقه خدماتی مرکز زندگی کنید، بتوانید با توجه به محدودیت‌های مربوط به هزینه MSSP خدمات دریافت کنید، واجد شرایط خدمات مدیریت مراقبت باشید، در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و برای قرارگیری در خانه سالمندان تایید شده باشید یا قابل تایید باشید.</p> <p>خدمات MSSP شامل این موارد است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز مراقبت از بزرگسالان / مرکز پشتیبانی</li> <li>• مساعدت مسکن</li> <li>• کمک در انجام وظایف روزمره و مراقبت شخصی</li> <li>• نظارت محافظتی</li> <li>• مدیریت مراقبت</li> <li>• مراقبت فرجه‌ای</li> <li>• حمل و نقل</li> <li>• خدمات وعده غذایی</li> <li>• خدمات اجتماعی</li> <li>• خدمات ارتباطی</li> </ul> <p>این مزایا تا سقف \$4,285 در سال تحت پوشش است.</p>	<p>برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)</p>

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.

2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	
<p>سهام شما \$0 است</p> <p>یکی از مزایای اضافی برنامه درمانی ما، پوشش موارد بدون نسخه (OTC) واجد شرایط از طریق پست تا \$55 برای هر 3 ماه تقویمی است.</p> <p>این مزایای OTC به یک سفارش در هر 3 ماه تقویمی محدود می‌شود. مبلغ استفاده‌نشده به ماه بعدی منتقل نمی‌شود.</p> <p>می‌توانید در هر 3 ماه تقویمی یک مورد را تا 9 عدد سفارش دهید مگر اینکه غیر از این در کاتالوگ ذکر شده باشد. محدودیتی درباره تعداد کل موارد در سفارش شما وجود ندارد.</p> <p>از این مزایا تنها می‌توان برای سفارش محصولات OTC برای فرد عضو استفاده کرد.</p> <p>لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.</p>	<p>سهام شما \$0 است</p> <p>یکی از مزایای اضافی برنامه درمانی ما، پوشش موارد بدون نسخه (OTC) واجد شرایط از طریق پست تا \$55 برای هر 3 ماه تقویمی است.</p> <p>این مزایای OTC به یک سفارش در هر 3 ماه تقویمی محدود می‌شود. مبلغ استفاده‌نشده به ماه بعدی منتقل نمی‌شود.</p> <p>می‌توانید در هر 3 ماه یک مورد را تا 15 عدد سفارش دهید مگر اینکه غیر از این در کاتالوگ ذکر شده باشد. محدودیتی درباره تعداد کل موارد در سفارش شما وجود ندارد.</p> <p>از این مزایا تنها می‌توان برای سفارش محصولات OTC برای فرد عضو استفاده کرد.</p> <p>لطفاً جهت کسب اطلاعات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.</p>	<p>موارد بدون نسخه (OTC)</p>

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	
<p>موارد زیر دیگر به مجوز قبلی نیاز ندارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات دیالیز</li> <li>• خدمات آموزشی بیماری کلیوی</li> <li>• دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> <li>○ غربالگری آبسیاه</li> <li>○ آموزش مدیریت شخصی دیابت</li> <li>○ تنقیه باریوم</li> <li>○ معاینه انگشتی راست روده</li> <li>○ نوار EKG تحت پوشش Medicare پس از ویزیت خوش آمدگویی</li> <li>○ دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> <li>• شنوایی سنجی</li> </ul> <p>موارد زیر دیگر به معرفی نیاز ندارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز پرستاری تخصصی (SNF)</li> <li>• خدمات مربوط به رویه‌های تشخیص بیماری سرپایی، آزمایش‌ها و خدمات آزمایشگاهی</li> <li>• خدمات بیمارستانی سرپایی</li> <li>• دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> </ul> <p>موارد زیر به معرفی نیاز دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات بهداشت خانگی</li> </ul>	<p>موارد زیر به مجوز قبلی نیاز دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات دیالیز</li> <li>• خدمات آموزشی بیماری کلیوی</li> <li>• دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> <li>○ غربالگری آبسیاه</li> <li>○ آموزش مدیریت شخصی دیابت</li> <li>○ تنقیه باریوم</li> <li>○ معاینه انگشتی راست روده</li> <li>○ نوار EKG تحت پوشش Medicare پس از ویزیت خوش آمدگویی</li> <li>○ دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> <li>• شنوایی سنجی</li> </ul> <p>خدمات زیر به معرفی نیاز دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مرکز پرستاری تخصصی (SNF)</li> <li>• خدمات مربوط به رویه‌های تشخیص بیماری سرپایی، آزمایش‌ها و خدمات آزمایشگاهی</li> <li>• خدمات بیمارستانی سرپایی</li> <li>• دیگر خدمات پیشگیرانه تحت پوشش Medicare</li> </ul> <p>موارد زیر به معرفی نیاز ندارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات بهداشت خانگی</li> </ul>	<p>مجوز قبلی و معرفی</p>

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**D2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی****تغییرات در فهرست داروهای ما**

نسخهٔ بهروز فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به آدرس [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary) موجود است. همچنین جهت کسب اطلاعات بهروز درباره دارو یا دریافت پستی فهرست داروهای تحت پوشش، می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید.

فهرست داروهای تحت پوشش «فهرست دارو» نیز نامیده می‌شود.

فهرست داروی ما تغییراتی کرده است، از جمله تغییر در داروهای تحت پوشش و تغییر در محدودیت‌هایی که به پوشش بیمه ما برای برخی داروهای خاص اعمال می‌شود.

فهرست دارو را بررسی کنید تا مطمئن شوید که داروهای شما سال آینده تحت پوشش قرار دارد و از هر گونه محدودیتی آگاه شوید.

اگر تغییری در پوشش بیمه، داروی شما را تحت تاثیر قرار می‌دهد شما را تشویق می‌کنیم که:

- با پزشک خود (یا یک تجویزکننده دیگر) همکاری کنید تا دارویی متفاوت پیدا کنید که تحت پوشش ما قرار دارد.
  - می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید تا فهرستی از داروهای تحت پوششی را درخواست کنید که مخصوص درمان همان عارضه است.
  - این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروی تحت پوششی را که ممکن است برای شما مفید باشد پیدا کند.
- از برنامه درمانی بخواهید که میزان لازم برای مصرف موقت دارو را تحت پوشش قرار دهد.
  - در برخی مواقع میزان لازم برای مصرف موقت دارو در طول اولین 90 روز سال تقویمی تحت پوشش قرار می‌گیرد.
  - این میزان لازم برای مصرف موقت به مدت حداکثر 30 روز مصرف دارو در داروخانه خردهفروشی و در داروخانه مراقبت بلندمدت تا 31 روز می‌باشد. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید میزان لازم برای مصرف موقت را دریافت کنید و چگونگی تقاضا به فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)
  - وقتی که میزان لازم برای مصرف موقت دارو را گرفتید باید با پزشک خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید که در زمان تمام شدن این میزان موقتی چه کار کنید. می‌توانید سراغ داروی متفاوتی بروید که تحت پوشش برنامه درمانی قرار دارد یا از برنامه بخواهید برای شما استثنا قائل شود و داروی فعلی شما را تحت پوشش قرار دهد.
- اگر بیش از 90 روز است که در برنامه درمانی عضو شده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم دارو برای مصرف 31 روزه یا کمتر برای یک بار تحت پوشش قرار می‌گیرد. این میزان علاوه برای میزان لازم برای تغییر دارو در مراقبت بلندمدت است.

---

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.

– اگر در حال تغییر مکان از مرکز مراقبت بلندمدت یا اقامت در بیمارستان به خانه هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 30 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 30 روزه دارو فراهم شود).

– اگر در حال تغییر مکان از خانه یا اقامت در بیمارستان به مرکز مراقبت بلندمدت هستید، در صورتی که نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، میزان لازم برای مصرف 31 روزه یا کمتر تحت پوشش قرار می‌گیرد (در این صورت دارو در چندین نوبت تهیه می‌شود تا میزان لازم برای مصرف 31 روزه دارو فراهم شود). شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.

برخی استثنای فهرست دارویی سال آینده نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد.

### تغییرات در هزینه داروی تجویزی

دو مرحله پرداختی برای پوشش بیمه داروی تجویزی Medicare Part D تحت پوشش Health Net Cal MediConnect وجود دارد. مبلغی که می‌پردازید وابسته به مرحله‌ای است که برای گرفتن یا گرفتن مجدد نسخه در آن قرار دارید. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 2 مرحله پوشش وضعیت بحرانی	مرحله 1 مرحله پوشش اولیه
در طول این مرحله برنامه درمانی همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2021 پرداخت می‌کند. این مرحله زمانی شروع می‌شود که مقدار مشخصی از مجموع هزینه‌های پرداختی را پرداخت کرده باشید.	در طول این مرحله، برنامه درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود. شما این مرحله را هنگام گرفتن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که کل مجموع هزینه‌های پرداختی شما برای داروهای تجویزی به مبلغ **\$6,550** برسد. در این نقطه، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. برنامه درمانی همه هزینه‌های دارویی شما را از این زمان تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مقدار هزینه پرداختی از سوی شما برای داروهای تجویزی به فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

### D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»

در طول مرحله پوشش اولیه، برنامه درمانی ما سهم هزینه داروی تجویزی تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود. سهم بیمه‌شده بستگی به ردیف تقسیم هزینه دارو و محلی که آن را دریافت می‌کنید دارد. هر زمانی که نسخه‌ای می‌گیرید سهم بیمه‌شده را پرداخت می‌کنید. اگر قیمت داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم شما باشد، شما هزینه کمتر را پرداخت خواهید کرد.

برخی از داروهای فهرست دارو به ردیف دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل شده است. اگر داروهای شما از ردیفی به ردیف دیگری منتقل شود، این موضوع می‌تواند سهم شما را تحت تاثیر قرار دهد. برای پی بردن به انتقال داروهای خود به ردیفی متفاوت به داروهای خود در فهرست دارو نگاهی بیندازید.

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



جدول زیر هزینه‌های دارویی شما در هر 3 ردیف را نشان می‌دهد. این مبالغ تنها در زمانی اعمال می‌شود که در مرحله پوشش اولیه قرار داشته باشید.

2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	
سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$3.70 به ازای هر نسخه است.	سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$3.60 به ازای هر نسخه است.	<b>داروهای ردیف 1</b>  (سهام بیمه‌شده برای داروهای ردیف 1 کمتر است. این داروها از نوع ژنریک است.)  هزینه میزان مورد نیاز برای مصرف یک ماه داروهای ردیف 1 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود
سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$9.20 به ازای هر نسخه است.	سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$8.95 به ازای هر نسخه است.	<b>داروهای ردیف 2</b>  (داروهای ردیف 2 سهم بیمه‌شده بالاتری دارند. این داروها از نوع برند است.)  هزینه میزان لازم برای مصرف یک ماه داروهای ردیف 2 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود
سهام پرداختی شما برای میزان لازم مصرف یک‌ماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.	سهام پرداختی شما برای میزان لازم مصرف یک‌ماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.	<b>داروهای ردیف 3</b>  (داروهای ردیف 3 از نوع داروی بدون نسخه و تجویزی هستند که Medi-Cal پوشش می‌دهد.)  هزینه میزان لازم برای مصرف یک ماه داروهای ردیف 3 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که مجموع هزینه‌های پرداختی شما به مبلغ \$6,550 برسد. در این نقطه، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. برنامه درمانی همه هزینه‌های دارویی شما را از این زمان تا آخر سال پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مبلغ پرداختی شما برای داروی تجویزی به فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.

**D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی»**

وقتی سقف مجموع هزینه‌های پرداختی شما برای داروی تجویزی به **\$6,550** برسد، مرحله پوشش وضعیت بحرانی شروع می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله پوشش وضعیت بحرانی باقی خواهید ماند.

- برای یافتن اطلاعات بیشتر درباره داروهای تحت پوشش Medi-Cal در مقابل Medicare به فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به نشانی [mmp.healthnetcalifornia.com/formulary](http://mmp.healthnetcalifornia.com/formulary) مراجعه کنید.

**E. تغییرات اداری**

تغییرات اداری ممکن است نحوه دریافت خدمات، موارد، یا داروهای تجویزی شما را تغییر دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره این تغییرات، قسمت زیر را بخوانید.

2021 (سال بعد)	2020 (امسال)	داروخانه سفارش پستی
<p>یک داروخانه سفارش پستی وجود دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروخانه ارسال پستی CVS Caremark</li> </ul>	<p>دو داروخانه سفارش پستی وجود دارد:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• داروخانه ارسال پستی CVS Caremark</li> <li>• داروخانه سفارش پستی Homescripts</li> </ul>	

**F. چگونگی انتخاب برنامه درمانی****F1. چگونگی ماندن در برنامه درمانی ما**

امیدواریم که شما سال آینده نیز یکی از اعضای ما باشید.

برای ماندن در برنامه درمانی خود لازم نیست که کاری بکنید. اگر در طرح Cal MediConnect متفاوتی ثبت نام نکنید، یا به سراغ طرح Medicare Advantage یا Original Medicare نروید، به صورت خودکار ثبت نام شما به عنوان یکی از اعضای برنامه درمانی ما برای سال 2021 باقی می‌ماند.

**F2. چگونگی تغییر برنامه درمانی**

می‌توانید در هر زمانی از سال با ثبت نام در طرح Medicare Advantage دیگری، ثبت نام در طرح Cal MediConnect دیگری یا عضو شدن در Original Medicare به عضویت خود پایان دهید.

اگر سوالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.





**چگونگی دریافت خدمات Medicare**

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود خواهید داشت. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در طرح Cal MediConnect ما خاتمه خواهید داد.

<p><b>کارهایی که باید انجام دهید:</b></p> <p>می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای سوالات درباره PACE با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p><b>1. می‌توانید برنامه خود را به برنامه‌های زیر تغییر دهید:</b></p> <p>برنامه درمانی Medicare اعم از طرح <b>Program of Medicare Advantage All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</b> چنانچه پیش‌نیازهایی را برای احراز شرایط داشته باشید و در محدوده خدماتی زندگی می‌کنید</p>
---	---

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



<p><b>کارهایی که باید انجام دهید:</b></p> <p>می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p><b>2. می‌توانید برنامه خود را به برنامه‌های زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی</b></p>
<p><b>کارهایی که باید انجام دهید:</b></p> <p>می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p><b>3. می‌توانید برنامه خود را به برنامه‌های زیر تغییر دهید:</b></p> <p><b>طرح Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر به سراغ Original Medicare بروید و در طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت نام کند مگر اینکه نخواهید عضو شوید.</p> <p>تنها زمانی باید پوشش بیمه داروی تجویزی را قطع کنید که پوشش دارویی را از منبعی دیگر مانند کارفرما یا اتحادیه دریافت کنید. اگر درباره نیاز یا عدم نیاز خود به پوشش بیمه دارویی سوالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> مراجعه کنید.</p>

اگر سوالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**چگونگی دریافت خدمات Medi-Cal**

اگر از برنامه Cal MediConnect ما خارج شوید در یک برنامه درمانی که تحت مدیریت Medi-Cal قرار دارد به انتخاب خود ثبت نام خواهید شد. خدمات Medi-Cal شما شامل بیشتر خدمات و پشتیبانی طولانی مدت و مراقبت از سلامت رفتاری می‌شود.

زمانی که می‌خواهید به عضویت خود در طرح Cal MediConnect ما پایان دهید، باید به Health Care Options اطلاع دهید که می‌خواهید در کدام برنامه درمانی تحت مدیریت Medi-Cal عضو شوید. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

**G. چگونگی دریافت کمک****G1. دریافت کمک از Health Net Cal MediConnect**

آیا سوالی دارید؟ ما برای کمک آماده هستیم. با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). ما برای پاسخ به تماس‌های تلفنی، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستیم. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. تماس با این شماره‌ها رایگان است.

**دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2021 را بخوانید**

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2021 دارای توضیحات حقوقی و مفصل درباره مزایای برنامه درمانی شما است. همچنین جزئیاتی درباره مزایا و هزینه‌های سال آینده دارد. در این دفترچه، حقوق شما و قوانینی که باید از آن پیروی کنید تا خدمات تحت پوشش و داروهای تجویزی را دریافت کنید توضیح داده شده است.

دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2021 تا پیش از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. نسخه به‌روز دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2021 همواره در وبسایت ما به آدرس [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) موجود خواهد بود. همچنین می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید و تقاضا کنید که دفترچه راهنمای اعضا برای سال 2021 برای شما پست شود.

**وبسایت ما**

همچنین می‌توانید از وبسایت ما به نشانی [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) بازدید کنید. به یاد داشته باشید که وبسایت ما دارای به‌روزترین اطلاعات درباره شبکه داروخانه‌ها و ارائه‌کننده‌های ما (فهرست ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) است.

**G2. دریافت کمک از کارگزار ایالتی ثبت نام**

کارگزار ایالتی ثبت نام می‌تواند به شما درباره پرسش‌های ثبت نامی که دارید کمک کند. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

اگر سوالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



**G3. دریافت کمک از برنامه آمبودزمان Cal MediConnect**

اگر با Health Net Cal MediConnect مشکلی دارید می‌توانید از برنامه آمبودزمان Cal MediConnect کمک دریافت کنید. خدمات بازرسی ویژه رایگان است. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect:

- به عنوان حامی از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، بازرسی‌های ویژه می‌توانند به سوالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بدانید چه کاری باید انجام دهید.
- اطمینان حاصل می‌کند که شما اطلاعات مربوط به حقوق و پوشش‌های خود و چگونگی حل نگرانی‌های خود را دارید.
- با شرکت ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. شماره تلفن برنامه آمبودزمان Cal MediConnect برای تماس 1-855-501-3077 می‌باشد.

**G4. دریافت کمک از برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت**

همچنین می‌توانید با برنامه کمک بیمه سلامت ایالتی (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا SHIP برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (HICAP) نامیده می‌شود. مشاوران HICAP می‌توانند به شما در درک حق انتخاب‌های Cal MediConnect کمک کنند و سوالات شما درباره عوض کردن برنامه درمانی را پاسخ دهند. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر کانتی دارد و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. شماره تلفن HICAP برای تماس 1-800-434-0222 است. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/) مراجعه کنید.

**G5. دریافت کمک از Medicare**

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، می‌توانید به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

**وبسایت Medicare**

می‌توانید از وبسایت Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) بازدید کنید. اگر تصمیم بگیرید که ثبت نام خود در طرح Cal MediConnect را لغو کنید و در طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید، وبسایت Medicare دارای اطلاعاتی درباره هزینه‌ها، پوشش بیمه و رتبه‌بندی کیفی است تا به شما در مقایسه کردن طرح‌های Medicare Advantage کمک کند.

می‌توانید با استفاده از قابلیت Medicare Plan Finder وبسایت Medicare اطلاعاتی درباره طرح‌های Medicare Advantage موجود در منطقه خود پیدا کنید. (برای مشاهده اطلاعات مربوط به برنامه‌های درمانی به وبسایت [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) بروید و روی «Find plans» کلیک کنید.)

**Medicare و شما 2021**

می‌توانید دفترچه Medicare و شما 2021 را بخوانید. هر سال در پاییز این دفترچه به افراد عضو Medicare پست می‌شود. این دفترچه شامل خلاصه‌ای از مزایای Medicare، حقوق و پوشش‌ها و پاسخ متداول‌ترین پرسش‌ها درباره Medicare می‌شود.

اگر نسخه‌ای از این دفترچه را ندارید، می‌توانید با مراجعه به وبسایت Medicare به آدرس ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)) یا تماس با شماره 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته، این دفترچه را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.

**G6. دریافت کمک از سازمان خدمات درمانی مدیریت شده کالیفرنیا**

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت شده کالیفرنیا مسئولیت کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. اگر در مورد برنامه درمانی خود درخواست دادخواهی دارید، ابتدا باید روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 8 شب با برنامه درمانی خود به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، از روند دادخواهی برنامه درمانی خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند درخواست دادرسی به این معنی نیست که از حقوق قانونی احتمالی یا درمان‌هایی که ممکن است در اختیار شما قرار بگیرد محروم می‌شوید.

اگر در مورد درخواست دادرسی مربوط به مورد فوری، درخواست دادرسی که برنامه درمانی شما به طور رضایت‌بخشی آن را حل و فصل کرده یا درخواست دادرسی که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید می‌توانید برای کمک با سازمان تماس بگیرید. برای موارد فوری می‌توانید بدون اعلام درخواست دادرسی ابتدایی نزد برنامه درمانی خود با سازمان تماس بگیرید.

همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرآیند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذ شده توسط برنامه درمانی در خصوص ضرورت پزشکی خدمات یا درمان پیشنهادی، تصمیمات پوشش بیمه برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات پرداخت برای خدمات اورژانسی یا پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد.

این سازمان، خط تلفن رایگان به شماره (1-888-466-2219) و خط TTY به شماره (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به اختلال شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی سازمان [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov) فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌ها را به صورت آنلاین ارائه می‌دهد.

---

اگر سؤالی دارید لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت [mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com) مراجعه کنید.



# Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people or treat them differently on the basis of sex, race, color, religion, ancestry, national origin, ethnic group identification, age, mental disability, physical disability, medical condition, genetic information, marital status, gender, gender identity, or sexual orientation.

## Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends, and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697) if there is a concern of discrimination based on race, color, national origin, age, disability, or sex.

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

**English:** ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Chinese Mandarin:** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Chinese Cantonese:** 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

**Tagalog:** PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Arabic:** ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hindi:** ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

**Japanese:** 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

**Farsi:** توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Thai:** เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Armenian:** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

**Cambodian:** ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

**Punjabi:** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

**Laotian:** ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).