

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
Health Net Community Solutions, Inc.

اعلامیه تغییرات سالانه برای سال 2022

مقدمه

شما در حال حاضر یکی از اعضای ثبت‌نام‌شده طرح 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 اضافی	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	10
D3. مرحله 1: «مرحله پوشش اولیه»	12
D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی»	14
E. چگونگی انتخاب برنامه درمانی	14
E1. چگونگی ماندن در برنامه درمانی ما	14
E2. چگونگی تغییر برنامه درمانی	14
F. چگونگی دریافت کمک	16
F1. دریافت کمک از Health Net Cal MediConnect	16

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 1

- F2. دریافت کمک از کارگزار ایالتی ثبت نام 17
- F3. دریافت کمک از برنامه Cal MediConnect Ombuds Program 17
- F4. دریافت کمک از برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت 17
- F5. دریافت کمک از Medicare 18
- F6. دریافت کمک از سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا 18



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 E2 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 (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 (جهت اطلاعات بیشتر به صفحه 18 مراجعه کنید)

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید.

B1. منابع اضافی

- **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 (телетайп: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. 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 kayo ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong 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 kayong mag-iwan ng mensahe. Ang inyong 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:** 귀하께서 한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 월요일~금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 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 هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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



- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթից 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: Հեռախոսազանգն անվճար է:

• توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. یا 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.

- ԸՆԹԱԲ՝ Խոսում ե՞ք անգլերեն: Եթե անգլերեն խոսում եք, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY: 711) 8 րոպեից 8 րոպե մինչև 8 րոպեից 8 րոպե: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

• تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً 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.

- Մա կարող եք օգտագործել լեզվական օգնությունները: Եթե անգլերեն խոսում եք, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY: 711) 8 րոպեից 8 րոպե մինչև 8 րոպեից 8 րոպե: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) կապակցությունը ձեզ համար օգտակար է: Եթե ձեզ համար օգտակար է, կարող եք դիմել այս կապակցությանը: Եթե դուք արդեն մասնակցում եք այս կապակցությանը, կարող եք դիմել այս կապակցությանը: Եթե դուք արդեն մասնակցում եք այս կապակցությանը, կարող եք դիմել այս կապակցությանը: Եթե դուք արդեն մասնակցում եք այս կապակցությանը, կարող եք դիմել այս կապակցությանը:

لطفاً در موارد زیر با ما تماس بگیرید:

- تمایل دارید مطالب را به زبان های عربی، ارمنی، کامبوجی (خمر)، چینی (نویسه های سنتی)، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ، ویتنامی یا در قالب دیگر دریافت کنید. می توانید یکی از این زبان ها را در قالب جایگزین درخواست کنید.

یا

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



○ 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 این شماره تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711). 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

- Medicare Health Net Community Solutions, Inc. یک برنامه درمانی طرف قرارداد و Medi-Cal است که مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضا قرار می‌دهد.
- پوشش بیمه تحت Health Net Cal MediConnect در واقع پوشش درمانی تأییدشده‌ای است که «حداقل پوشش ضروری» نام دارد. این پوشش الزام مسئولیت مشترک فردی مربوط به قانون محافظت از بیمار و ارائه خدمات درمانی کم‌هزینه (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 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 هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید.



B3. کارهای مهمی که باید انجام دهید:

- بررسی کنید آیا تغییری در مزایا و هزینه های ما وجود دارد که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد.
 - آیا تغییری هست که خدمات مورد استفاده شما را تحت تأثیر قرار دهد؟
 - بررسی تغییرات مزایا و هزینه ها 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 می گیرد؟ آیا این داروها در رده تقسیم هزینه متفاوتی قرار می گیرند؟ آیا می توانید از داروخانه های 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 گزینه های کم هزینه تر که ممکن است در اختیار شما قرار داشته باشد صحبت کنید. این امر ممکن است در طول سال موجب صرفه جویی شما در مجموع هزینه های پرداختی سالانه شود.
 - برای اطلاعات بیشتر درباره قیمت دارو به لینک www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage (روی لینک «Dashboards» در وسط بخش Note نزدیک پایین صفحه کلیک کنید. این Dashboard ها سازندگانی را که قیمت های خود را افزایش داده اند برجسته می کند و دیگر اطلاعات مربوط به قیمت داروها را نیز به صورت سال به سال نشان می دهد).
 - به خاطر داشته باشید که میزان تغییرات احتمالی هزینه های دارویی شما بر اساس مزایای برنامه درمانی تعیین می شود.
- حضور ارائه کننده ها و داروخانه های خود در شبکه ما را جهت سال آینده بررسی کنید.
 - آیا پزشکان شما، از جمله متخصصان، در شبکه ما هستند؟ داروخانه ها چطور؟ بیمارستان ها و دیگر ارائه کننده هایی که استفاده می کنید چطور؟
 - برای کسب اطلاعات درباره فهرست ارائه کننده ها و داروخانه های ما، به بخش C مراجعه کنید.
- درباره هزینه های کلی برنامه درمانی فکر کنید.
 - چقدر باید از جیب خود برای خدمات و داروهای تجویزی که معمولاً استفاده می کنید بپردازید؟
 - کل هزینه ها چگونه در برابر دیگر موارد پوشش بیمه قابل قیاس است؟

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید.

در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به وبسایت



- 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 (جهت اطلاعات بیشتر به بخش E2 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 E2 در صفحه 16 مراجعه کنید.

اگر تصمیم گرفتید که با Health Net Cal با 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

شبکه‌های ارائه دهنده و داروخانه ما برای سال 2022 تغییر کرده است.

ما قویاً شما را تشویق می‌کنیم تا فهرست ارائه دهنده و داروخانه فعلی خود را بررسی کنید تا ببینید آیا ارائه دهنده‌ها یا داروخانه شما هنوز در شبکه ما هستند. فهرست به‌روز ارائه‌کننده‌ها و داروخانه‌ها در وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor موجود است. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء به این شماره‌ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. جهت به روزرسانی اطلاعات ارائه دهنده یا درخواست از ما برای ارسال یک نامه فهرست ارائه دهنده و داروخانه به شما.

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. جهت کسب اطلاعات بیشتر به فصل 3 دفترچه راهنمای اعضاء 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 هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 8



2022 (سال بعد)	2021 (امسال)	
<p>سهام شما \$0 است</p> <p>حداکثر میزان پوشش مزایای برنامه برای مزایای کمک شنوایی \$1,510 در هر سال مالی (1 ژوئیه - 30 ژوئن) است. جایگزینی سمک هایی که گم شده، به سرعت رفته یا تحت شرایطی خارج از کنترل شما از بین رفته، شامل حداکثر مبلغ پوشش طرح \$1,510 نمی شود.</p> <p>مزایای سمک شامل قالب، اصلاح، تجهیزات، لوازم جانبی، برخی تعمیرات، آموزش، تنظیمات و اتصالات است. ممکن است برای برخی از خدمات سمک مجوز لازم باشد.</p>	<p>سهام شما \$0 است</p> <p>مزایای کمک شنوایی \$1510 در هر سال مالی (1 ژوئیه - 30 ژوئن) است و شامل قالب، لوازم اصلاحی و جانبی است.</p>	<p>سمک</p>
<p>سهام شما \$0 است</p> <p>این طرح بلافاصله پس از ترخیص شدن شخص بستری در بیمارستان و عده های غذایی را به خانه تحویل می دهد تا به بهبودی عضو کمک کند.</p> <p>مزایای کلی شامل 3 وعده غذایی در روز با مدت زمان 14 روز ارائه داده می شود که حداکثر 42 وعده غذایی در هر مورد برای تعداد نامحدودی از وقایع در سال را شامل می شود.</p>	<p>سهام شما \$0 است</p> <p>این برنامه شامل وعده های غذایی قابل تحویل در منزل پس از ترخیص از بیمارستان بستری یا خانه سالمندان است. خدمات منوط به بررسی مدیریت پرونده و مجوز قبلی به فروشنده است.</p>	<p>مزایای وعده غذایی</p>
<p>برنامه Multi-Purpose Senior Services (MSSP) پوشش داده نشده است.</p>	<p>سهام شما \$0 است</p> <p>برنامه MSSP برنامه مدیریت پرونده می باشد که خدمات منطقه محور و خانگی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط Medi-Cal می گذارد.</p> <p>برای احراز شرایط، باید 65 ساله یا بیشتر باشید، در محدوده منطقه خدماتی مرکز زندگی کنید، بتوانید با</p>	<p>برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)</p> <p>(ادامه این مزایا در صفحه بعد می باشد)</p>

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



2022 (سال بعد)	2021 (امسال)	
	<p>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"> ● مرکز مراقبت از بزرگسالان / مرکز پشتیبانی ● مساعدت مسکن ● کمک در انجام وظایف روزمره و مراقبت شخصی ● نظارت محافظتی ● مدیریت مراقبت ● مراقبت فرجه‌ای ● حمل و نقل ● خدمات وعده غذایی ● خدمات اجتماعی ● خدمات ارتباطی <p>این مزایا تا سقف 5,356.25 دلار در سال پوشش داده می‌شود.</p>	<p>برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) (ادامه)</p>
<p>موارد زیر به مجوز قبلی نیاز دارند:</p> <p>سمعک</p>	<p>موارد زیر نیازی به مجوز قبلی ندارند:</p> <p>سمعک</p>	<p>مجوز قبلی</p>

D2. تغییرات در پوشش بیمه داروی تجویزی

تغییرات در فهرست داروهای ما

نسخه به‌روز فهرست داروهای تحت پوشش در وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com/formulary موجود است. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء به این شماره‌ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. جهت به‌روزرسانی اطلاعات دارویی یا اینکه از ما بخواهید لیستی از داروهای تحت پوشش را برای شما ارسال کنیم.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید.



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 کرده 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 با این شماره ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه برای درخواست لیستی از داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند.
 - 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. (جهت 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. برای یادگیری آنچه برای درخواست یک استثنا باید انجام دهید، به بخش 9، بخش F کتابچه راهنمای اعضا 2022 مراجعه کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.
- 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 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

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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



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 در یک داروخانه شبکه بپیچید.

برخی استثناهای فهرست دارویی سال آینده نیز تحت پوشش قرار می‌گیرد. در نامه تأییدیه ای که برای شما ارسال می‌کنیم، از این موارد مستثنی مطلع خواهید شد. نامه تأیید شامل اطلاعات بیشتری در مورد استثنا (های) داروی خاص شما، و تاریخ انقضای درخواست استثنا است. برای یادگیری آنچه برای درخواست یک استثنا باید انجام دهید، به بخش 9، بخش F کتابچه راهنمای اعضا 2022 مراجعه کنید یا با خدمات اعضاء تماس بگیرید.

تغییرات در هزینه های 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 1 مرحله پوشش اولیه	مرحله 2 مرحله پوشش وضعیت بحرانی
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.	در طول این مرحله برنامه درمانی همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2022 پرداخت می‌کند. این مرحله زمانی شروع می‌شود که مقدار مشخصی از هزینه‌های پرداختی از جیب خودتان را پرداخت کرده باشید.

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که کل مجموع هزینه‌های پرداختی شما برای داروهای تجویزی به مبلغ \$7,050 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 کتابچه 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 بیمه شده 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 رده دارویی پایین‌تر یا بالاتر منتقل شده است. اگر داروهای شما از رده ای به رده دیگری منتقل شود، این موضوع می‌تواند سهم شما را تحت تاثیر قرار دهد. جهت پی بردن به انتقال داروهای خود به رده ای متفاوت به داروهای خود در فهرست دارو نگاهی بیندازید.

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

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 12



2022 (سال بعد)	2021 (امسال)	
<p>سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$3.95 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$3.70 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>داروهای رده 1 (داروهای رده 1 شامل داروهای ژنریک هستند.) هزینه میزان مورد نیاز برای مصرف یک ماه داروهای رده 1 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود</p>
<p>سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$9.85 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>سهام شما برای میزان لازم (30 روزه) برابر با \$0 - \$9.20 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>داروها در رده 2 (داروهای رده 2 شامل داروهای برند هستند و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شوند.) هزینه میزان لازم برای مصرف یک ماه داروهای رده 2 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود</p>
<p>سهام پرداختی شما برای میزان لازم مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>سهام پرداختی شما برای میزان لازم مصرف یکماهه (30 روزه) برابر با \$0 به ازای هر نسخه است.</p>	<p>داروها در رده 3 (داروهای رده 3 شامل برخی از داروهای تجویز شده و بدون نسخه (OTC) داروهای برند و ژنریک هستند که تحت پوشش Medi-Cal هستند.) هزینه میزان مورد نیاز برای مصرف یک ماه داروهای رده 3 که در داروخانه درون شبکه گرفته می‌شود</p>

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که مجموع هزینه‌های پرداختی شما به مبلغ **\$7,050** 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 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید.



D4. مرحله 2: «مرحله پوشش وضعیت بحرانی»

وقتی سقف مجموع هزینه‌های پرداختی شما برای داروی تجویزی به **\$7,050** 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 مراجعه کنید.

E. چگونگی انتخاب برنامه درمانی

E1. 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 2022 باقی می‌ماند.

E2. 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.

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.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 14



<p>این کار را بکنید:</p> <p>به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند. با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای سوالات درباره PACE با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>وقتی پوشش برنامه جدید شما شروع شود، عضویت شما به طور خودکار Health Net Cal MediConnect لغو خواهد شد.</p>	<p>1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</p> <p>برنامه درمانی Medicare اعم از طرح Program of Medicare Advantage All-inclusive Care for the Elderly (PACE) چنانچه پیش‌نیازهایی را برای احراز شرایط داشته باشید و در محدوده خدماتی زندگی می‌کنید</p>
<p>این کار را بکنید:</p> <p>به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-633-4227 تماس بگیرند. 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"> 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید. <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect به طور خودکار خاتمه می‌یابد.</p>	<p>2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی</p>

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 15



3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:**طرح Original Medicare بدون طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی**

توجه: 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.

تنها زمانی باید پوشش داروی تجویزی را قطع کنید که از یک منبعی دیگر، مانند یک کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی دریافت می‌کنید. 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 www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

این کار را بکنید:

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.

اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز 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 کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما شروع می‌شود، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect به طور خودکار خاتمه می‌یابد.

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 1-727-580-844-1 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

F. چگونگی دریافت کمک**F1. 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 بگیرید). ما برای پاسخ به تماس‌های تلفنی، روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس هستیم. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. تماس با این شماره‌ها رایگان است.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 16



کتابچه اعضای 2022 خود را بخوانید

کتابچه راهنمای اعضا مخصوص سال 2022 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.

کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2022 تا پیش از 15 اکتبر در دسترس خواهد بود. نسخهٔ بهروز کتابچه راهنمای اعضا برای سال 2022 همواره در وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com موجود است. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء به این شماره‌ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. از ما بخواهید که یک کتابچه راهنمای عضو 2022 را برای شما ارسال کنیم.

وبسایت ما

همچنین می‌توانید از وبسایت ما به نشانی 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.

F2. 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.

F3. دریافت کمک از برنامه Cal MediConnect Ombuds Program

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

- به عنوان حامی از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید، بازرس‌های ویژه می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند تا بدانید چه کاری باید انجام دهید.
- اطمینان حاصل پیدا 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.

F4. 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 درک حق انتخاب‌های Cal MediConnect کمک کنند و سؤالات 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 منطقهٔ خود، لطفاً به سایت www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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 مراجعه کنید. 17



F5. دریافت کمک از Medicare

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

وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare (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 بروید و روی «Find plans» کلیک کنید.)

Medicare و شما 2022

می‌توانید کتابچه Medicare و شما 2022 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) یا تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته، این دفترچه را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

F6. دریافت کمک از سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا

سازمان خدمات مراقبت از سلامت مدیریت‌شده کالیفرنیا مسئولیت کنترل و نظارت بر برنامه‌های مراقبت درمانی را بر عهده دارد. اگر از طرح سلامت خود شکایتی دارید، ابتدا باید با برنامه بهداشت خود از طریق این شماره تلفن تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه و قبل از تماس با بخش، از روند رسیدگی به شکایات طرح سلامت خود استفاده کنید. استفاده از این فرآیند شکایت، سلب‌کننده حقوق قانونی یا درمان‌هایی که ممکن است قابل عرضه به شما باشد نیست. اگر در مورد شکایت مربوط به موارد اورژانسی، شکایتی که توسط برنامه درمانی شما به طور رضایت‌بخشی حل و فصل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز بی‌نتیجه مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای مساعدت با اداره تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرآیند IMR به طور بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط برنامه درمانی در خصوص ضرورت پزشکی یک خدمت یا درمان پیشنهادی، تصمیمات پوشش بیمه برای درمان‌هایی که ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی دارند و نیز مناقشات پرداخت برای خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی فوری را بررسی خواهد کرد. این سازمان، خط تلفن رایگان به شماره (1-888-466-2219) و خط TDD به شماره (1-877-688-9891) برای افراد مبتلا به اختلال شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی سازمان <http://www.hmohelp.ca.gov> فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌ها را به صورت آنلاین ارائه می‌دهد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا 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



Health Net Cal MediConnect:

شرکت Health Net Community Solutions (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) قوانین حقوق مدنی فدرال را رعایت نموده و بر مبنای نژاد، رنگ پوست، تبار، سن، ناتوانی و معلولیت، یا جنسیت در حق هیچکس تبعیض قائل نمی‌شود. Health Net Cal MediConnect، افراد را به خاطر نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت و یا جنسیت‌شان از خدمات محروم نمی‌کند و با آن‌ها رفتار متفاوتی ندارد.

:Health Net Cal MediConnect

- کمک‌ها و خدمات رایگان مانند مترجمان مجرب زبان اشاره و اطلاعات نوشتاری به فرمت‌های دیگر (چاپ درشت، فرمت صوتی، فرمت‌های الکترونیکی دسترس‌پذیر و سایر فرمت‌ها) به افراد معلول و ناتوان ارائه می‌کند تا بتوانند به راحتی با ما ارتباط برقرار کنند.
- خدمات زبان رایگان به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند: مترجمین شفاهی رسمی و اطلاعاتی که به زبان‌های دیگر نوشته شده است را ارائه می‌دهد.

در صورت نیاز به این خدمات، با مرکز تماس با مشتریان Health Net Cal MediConnect به این شماره ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (Los Angeles)

8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر فکر می‌کنید Health Net Cal MediConnect در ارائه این خدمات قصور کرده یا به شکل دیگری بر اساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل شده است، می‌توانید از طریق تماس با شماره فوق و اظهار اینکه برای ارائه شکایت به کمک نیاز دارید، شکایت خود را ارائه دهید؛ مرکز تماس مشتریان Health Net Cal MediConnect برای کمک به شما در دسترس می‌باشد.

همچنین می‌توانید به صورت الکترونیک از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا از طریق آدرس پستی یا تلفن زیر، یک شکایت مبنی بر نقض حقوق مدنی به U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights، 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) فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود هستند.

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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

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

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

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

Thai: เรียน: ถ้าวคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทรี 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Armenian: Ու՛շԱ՛րձՅՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ասես ձեզ անվճար կարող եմ տրամադրվել լեզվաբան անջնջըրայան ծառայըրըրննեք: Ձանգսհարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អូល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (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 County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711) ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

SLaotian: ໄປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles County), 1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Ukrainian: УВАГА! Якщо ви не розмовляєте англійською, для вас доступні безкоштовні послуги перекладу. Телефонуйте на номер 1 855 464 3571 (Los Angeles County), 1 855 464 3572 (San Diego County) (TTY: 711).

Mien: DONGH EIX: Da’faanh Meih Zoux Maiv Qiex English, Janx-kaeqv waac Tengx gong, cing Nauv Maiv fih hngang, Yiem longx nyei kungx nyei Tuiv Meih. Heuc 1-855-464-3571 (Los Angeles County),1-855-464-3572 (San Diego County) (TTY: 711).