

طرح Health Net Cal MediConnect (طرح Medicare-Medicaid) ارائه شده توسط

1 ژانویه 2022 - 31 دسامبر 2022

بیمه سلامت و دارویی تحت برنامه Health Net Cal MediConnect

مقدمه دفترچه راهنمای اعضا

در این دفترچه راهنما درباره پوشش بیمه تحت برنامه Health Net Cal MediConnect تا 31 دسامبر 2022 اطلاعاتی ارائه می شود. در این دفترچه درباره خدمات مراقبت درمانی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مربوط به اعتیاد)، پوشش داروی تجویزی و خدمات و حمایت های بلندمدت توضیحاتی ارائه شده است. خدمات و حمایت های بلندمدت به شما کمک می کنند تا به جای مراجعه به آسایشگاه یا بیمارستان، در خانه بمانید. کلیدواژه ها و تعاریف آن ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

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

این Cal MediConnect Plan توسط Health Net Community Solutions, Inc. ارائه می شود. منظور از «ما» در این کتابچه راهنمای اعضا، Health Net Community Solutions, Inc. است. منظور از عبارات «برنامه» و «برنامه ما»، Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) است.

توجه: اگر به زبان های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شما هستند. با 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.

CA2CNCEOC76965L_0001

H3237_001

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.



- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (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.

تنبیه: 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.

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՐԷ 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 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: Հեռախոսազանգն անվճար է:

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំព្វបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

- 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。

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



- **알림:** 귀하께서한국어를 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.
- **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.
- **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.
- **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 LƯU Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng 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.



شما می‌توانید این کتابچه را به فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی به صورت رایگان دریافت کنید. با 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.

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.
- 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.

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.



2022 دفترچه راهنمای اعضای Health Net Cal MediConnect 2022**فهرست مطالب**

فصل 1: شروع به کار به عنوان یکی از اعضا.....	7
فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم.....	20
فصل 3: استفاده از پوشش بیمه برنامه برای خدمات مراقبت از سلامت و دیگر خدمات تحت پوشش.....	41
فصل 4: جدول مزایا.....	63
فصل 5: دریافت داروهای تجویزی بیماران سرپایی از طریق برنامه.....	113
فصل 6: هزینه‌ای که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید.....	130
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهممان از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید.....	141
فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما.....	147
فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر،.....)	178
فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در طرح Cal MediConnect ما.....	227
فصل 11: اطلاعیه‌های حقوقی.....	238
فصل 12: تعریف واژه‌های مهم.....	241

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

مراجعه کنید. mmp.healthnetcalifornia.com



سلب مسئولیت

- ❖ 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.
- ❖ ارائه‌کنندگان خارج از شبکه/فاقد قرارداد، هیچ تعهدی در قبال اعضای Health Net Cal MediConnect ندارند، به جز در موارد اضطراری. برای کسب اطلاعات بیشتر، از جمله درباره تسهیم هزینه‌ی مربوط به خدمات خارج از شبکه با شماره تلفن مرکز خدمات اعضای ما تماس بگیرید یا به دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ❖ 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. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مسئولیت‌های مشترک افراد به وبسایت www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families سرویس درآمد داخلی (IRS) به آدرس 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.



فصل 1: شروع به کار به عنوان یک عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره Health Net Cal MediConnect است؛ یک برنامه سلامت که همه خدمات Medicare و Medi-Cal را تحت پوشش قرار می‌دهد و شما در آن عضو خواهید بود. همچنین اطلاعاتی درباره خدمات مورد انتظار و دیگر خدماتی که از Health Net Cal MediConnect دریافت خواهید کرد در اختیارتان قرار می‌دهد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

- A. به Health Net Cal MediConnect خوش آمدید..... 9
- B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal..... 10
- Medicare.B1..... 10
- Medi-Cal.B2..... 10
- C. مزایای این طرح..... 11
- D. منطقه خدماتی Health Net Cal MediConnect..... 12
- E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید..... 13
- F. انتظارات شما وقتی برای اولین بار عضو برنامه درمانی می‌شوید..... 13
- G. تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما..... 14
- G1. تیم مراقبتی..... 14
- G2. طرح مراقبت..... 14
- H. حق بیمه ماهانه برنامه Health Net Cal MediConnect..... 15
- I. کتابچه راهنمای اعضا..... 15
- J. سایر اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید..... 15
- J1. کارت شناسایی عضویت Health Net Cal MediConnect شما..... 16
- J2. فهرست ارائه کنندگان و داروخانه‌ها..... 16
- J3. فهرست داروهای تحت پوشش..... 17
- J4. توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB)..... 18

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.



K. نحوه بهروز نگه داشتن پرونده عضویت شما..... 18.....

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)..... 19.....



A. به Health Net Cal MediConnect خوش آمدید

Health Net Cal MediConnect یک برنامه Cal MediConnect است. برنامه Cal MediConnect سازمانی است متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و پشتیبانی طولانی‌مدت، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت رفتاری و سایر ارائه‌کنندگان. این سازمان هماهنگ‌کنندگان مراقبت و گروه‌های مراقبتی دارد که به شما در مدیریت همه ارائه‌کنندگان و خدمات‌تان کمک می‌کنند. این اشخاص با یکدیگر همکاری می‌کنند تا خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه دهند.

Health Net Cal MediConnect توسط دولت ایالتی کالیفرنیا و مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) مورد تأیید قرار گرفته است تا خدمات را به عنوان بخشی از Cal MediConnect در اختیارتان قرار دهند.

Cal MediConnect یک برنامه گواه است که به طور مشترک توسط کالیفرنیا و دولت فدرال نظارت می‌شود تا مراقبت بهتری از افرادی که هم مدیکر و هم Medi Cal دارند، ارائه شود. تحت این گواه، دولت‌های ایالتی و فدرال می‌خواهند راه‌های جدیدی را برای بهبود نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi Cal خود آزمایش کنند.

تجربه‌ای که می‌توانید روی آن حساب کنید

شما در برنامه درمانی‌ای ثبت نام کرده‌اید که می‌توانید روی آن حساب کنید.

Health Net به بیش از یک میلیون نفر در Medicare و Medi-Cal کمک می‌کند تا خدمات مورد نیاز خود را دریافت کنند. ما این کار را از طریق ارائه دسترسی بهتر به مزایا و خدمات Medicare و Medi-Cal به اضافه بسیاری خدمات دیگر انجام می‌دهیم:

- ما به خدمات مشتریان فوق‌العاده‌مان افتخار می‌کنیم؛ این خدمات با توجه و رسیدگی دقیق، مثبت و شخصی به شما که عضو ما هستید ممکن شده‌اند. کارکنان آموزش‌دیده مرکز خدمات ما، شما را منتظر نخواهند گذاشت و می‌توانند با استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، به چند زبان از شما پشتیبانی کنند. ما برای کمک به شما در استفاده از مزایا، خدمات «ویژه» در اختیارتان قرار می‌دهیم و شما را همچون خانواده خود می‌دانیم تا از این طریق بتوانیم به سرعت پاسخگوی نیازهای درمانی شما باشیم.
- ما حدود 25 سال است که مشغول ایجاد شبکه‌های ارزشمندی از پزشکان هستیم. پزشکان و متخصصان شبکه Cal MediConnect ما با هم در گروه‌های پزشکی همکاری می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که شما مراقبت‌های لازم را به هنگام نیاز دریافت کنید.
- جامعه شما یعنی جامعه ما. ما شرکتی در جنوب کالیفرنیا هستیم، بنابراین کارمندان ما همان جایی زندگی می‌کنند که شما زندگی می‌کنید. ما در موارد زیر از جامعه محلی خود حمایت می‌کنیم:

– معاینات غربالگری سلامت در همایش‌های محلی بهداشتی و مراکز اجتماع محلی

– کلاس‌های رایگان آموزش سلامت

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.



B. اطلاعات مربوط به Medicare و Medi-Cal

Medicare .B1

Medicare نام برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

- اشخاص 65 سال به بالا،
- افراد زیر 65 سال که ناتوانی‌های خاصی دارند، و
- اشخاص مبتلا به بیماری مرحله انتهایی بیماری کلیوی (نارسایی کلیه).

Medi-Cal .B2

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد.

هر ایالت درباره موارد زیر تصمیم‌گیری می‌کند:

- نحوه محاسبه درآمد و منابع،
- افراد واجد شرایط،
- چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرند و
- هزینه خدمات.

تصمیم‌گیری در مورد اجرای برنامه‌های ایالتی تا زمانی که تحت قوانین فدرال باشند بر عهده ایالت است.

Medicare و Health Net Cal MediConnect مورد تأیید دولت کالیفرنیا می‌باشد. شما می‌توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق برنامه ما تا زمانی دریافت کنید که:

- ما تصمیم بگیریم که برنامه را عرضه کنیم، و
- Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه دهند همچنان این برنامه را ارائه کنیم.

حتی اگر برنامه درمانی ما در آینده به فعالیت خاتمه دهد، روی واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تأثیری نخواهد داشت.



C. مزایای این طرح

اکنون همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal از جمله داروهای تجویزی را از Health Net Cal MediConnect دریافت می‌کنید. شما هزینه دیگری برای عضویت در این برنامه سلامت پرداخت نخواهید کرد.

Health Net Cal MediConnect کمک خواهد کرد که مزایای Medicare و Medi-Cal شما به صورت بهتری با یکدیگر عمل کرده و برای شما مفیدتر باشند. برخی از مزایا عبارتند از:

- می‌توانید با استفاده از یک برنامه درمانی، همه نیازهای بیمه سلامت خود را برآورده کنید.
- شما یک تیم مراقبتی خواهید داشت که خود شما در تشکیل آن کمک می‌کنید. تیم مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، مراقبان شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی خواهید داشت. او کسی است که با شما، Health Net Cal MediConnect و تیم درمان شما همکاری دارد تا در تهیه برنامه سلامت کمک کند.
- شما می‌توانید مراقبت از خودتان را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت مدیریت کنید.
- تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت با شما همکاری می‌کنند تا برنامه سلامتی تهیه کنید که برای رفع نیازهای مراقبتی شما به طور ویژه طراحی شده باشد. تیم مراقبتی به هماهنگ‌سازی خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. برای مثال، یعنی:
 - تیم مراقبتی شما اطمینان حاصل خواهد کرد که پزشکان شما از همه داروهای مورد مصرف شما آگاهی داشته باشند تا بتوانند مطمئن شوند داروهای درست را مصرف می‌کنید و بنابراین پزشکان شما بتوانند هرگونه اثرات جانبی که ممکن است در نتیجه داروها ایجاد شوند را کاهش دهند.
 - تیم مراقبتی شما مطمئن می‌شود که نتایج آزمایشات در اختیار پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان مربوطه قرار داده شوند.

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.

D. منطقه خدماتی Health Net Cal MediConnect

منطقه خدماتی ما شامل این ایالت در کالیفرنیا می‌شود: لس آنجلس به غیر از کدپستی زیر: 94704.

تنها افرادی که در این منطقه خدماتی زندگی می‌کنند می‌توانند عضو Health Net Cal MediConnect شوند.

اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این برنامه بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تأثیر نقل مکان و خروج از منطقه خدماتی به فصل 8، بخش K، صفحه 193 مراجعه کنید. لازم است با مددکار و اجدیت شرایط کانتی خود تماس بگیرید:

<p><u>تلفن رایگان محلی:</u> 1-866-613-3777</p> <p><u>تلفن رایگان در سرتاسر ایالت:</u> 1-800-541-5555</p> <p>این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>711 (خدمات رله ملی)</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>
<p>برای یافتن نزدیکترین دفتر خدمات اجتماعی، به بخش White Pages در قسمت زیر دولت شهرستان در دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.</p>	<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p>
<p>http://dpss.lacounty.gov/en/health/senior-disabled.html</p>	<p>وبسایت</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.



E. چه چیز باعث می‌شود واجد شرایط عضویت در طرح باشید

شما تا زمانی برای عضویت در برنامه درمانی واجد شرایط هستید که:

- در منطقه خدماتی ساکن باشید، و
 - در زمان ثبت نام 21 ساله یا بیشتر باشید، و
 - هر دو مورد Medicare بخش A و Medicare بخش B را داشته باشید، و
 - در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط بوده و مزایای کامل Medi-Cal را دریافت کنید، از جمله:
 - افرادی که شرایط لازم مربوط به تسهیم هزینه در زیر را دارند:
 - ساکنان مرکز پرستاری با تسهیم هزینه، و
 - شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.
- ممکن است مقررات دیگری برای واجد شرایط بودن در کانتی شما وجود داشته باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

F. انتظارات شما وقتی برای اولین بار عضو برنامه درمانی می‌شوید

وقتی برای اولین بار به این برنامه ملحق می‌شوید، یک ارزیابی ریسک سلامت (HRA) در فاصله 45 تا 90 روز اول برایتان انجام می‌شود که به وضعیت سلامت شما بستگی دارد (یعنی دارای ریسک بالا یا پایین).

لازم است که HRA را برای شما کامل کنیم. این HRA مبنای ایجاد برنامه مراقبت شخصی (ICP) شما می‌باشد. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) و سلامت رفتاری و عملکرد شما خواهد بود.

ما برای تکمیل HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می‌توان توسط دیدار حضوری، تماس تلفنی یا از طریق پست پر کرد.

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

اگر Health Net Cal MediConnect برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت مشخصی به رفتن نزد پزشکی که الان نزد وی می‌روید ادامه دهید. در صورتی که همه شرایط زیر را داشته باشید، در زمان ثبت نام می‌توانید حداکثر تا 12 ماه ارائه‌کنندگان فعلی و خدمات تأیید شده فعلی را در اختیار داشته باشید.

- شما، نماینده‌تان یا خدمات‌دهنده‌تان ادامه مراجعه به خدمات‌دهنده فعلی را مستقیماً از ما درخواست کنید.
- می‌توانیم اثبات کنیم که به استثنای چند مورد، با ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی همچنان ارتباط دارید. منظور ما از «ارتباط فعلی و موجود» این است که حداقل یک بار در طول 12 ماه قبل از تاریخ اولین ثبت نام در Health Net Cal MediConnect برای ویزیت‌های غیر اورژانسی به ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کرده باشید.
 - ما رابطه موجود را با بررسی اطلاعات درمانی شما که در دسترس داریم با اطلاعاتی که شما به ما ارائه می‌دهید مشخص خواهیم کرد.

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.



- ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید که تصمیم سریع‌تری اتخاذ کنیم و باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم.
 - در صورت ریسک صدمه به دلیل وقفه در مراقبت شما، ما 3 روز تقویمی فرصت داریم تا به درخواست شما پاسخ دهیم.
 - وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا خدمات‌دهنده‌تان باید اسنادی در مورد رابطه موجود را نشان دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.
- توجه:** این درخواست برای ارائه‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات حمل و نقل و دیگر خدمات کمکی یا خدماتی که در Health Net Cal MediConnect نیستند قابل ارائه نیست.

بعد از پایان دوره تداوم دریافت خدمات درمانی، لازم است توسط سایر پزشکان یا ارائه‌کنندگان در شبکه Health Net Cal MediConnect ویزیت شوید که با گروه پزشکی ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما همکاری دارند، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه مورد نظر شما توافق‌نامه داشته باشیم. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. وقتی در برنامه ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه ما انتخاب خواهد کرد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCPها، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند. همچنین یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) از گروه پزشکی تحت این قرارداد انتخاب خواهد کرد. اگر گروه پزشکی و PCP تحت قرارداد انتخاب نکنید، ما برایتان تعیین خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت به فصل 3، بخش D، صفحه 45 مراجعه کنید.

G. تیم مراقبتی و برنامه مراقبتی شما

G1. تیم مراقبتی

آیا برای دریافت مراقبت مورد نیازتان کمک لازم دارید؟ گروه درمانی می‌تواند به شما کمک کند. گروه درمانی ممکن است شامل پزشک شما، هماهنگ‌کننده مراقبت، یا مراقب دیگری باشد که خودتان انتخاب می‌کنید.

هماهنگ‌کننده مراقبت کسی است که برای کمک به شما برای مدیریت مراقبتی که لازم دارید آموزش دیده است. وقتی در Health Net Cal MediConnect ثبت نام می‌کنید، یک هماهنگ‌کننده مراقبت برایتان مشخص خواهد شد. همچنین اگر Health Net Cal MediConnect خدمات مورد نیاز شما را ارائه نکند، این شخص شما را به منابع اجتماعی ارجاع خواهد داد.

می‌توانید با این شماره تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) تا تقاضای تیم مراقبتی کنید. 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. این تماس رایگان است. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

G2. طرح مراقبت

تیم مراقبتی‌تان با شما همکاری می‌کند تا یک برنامه سلامت را ایجاد کنید. یک برنامه مراقبتی به شما و پزشکتان نشان می‌دهد که به چه خدماتی نیاز دارید و چطور می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید. این برنامه شامل نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS شما است. برنامه مراقبتی شما تنها برای شما و نیازهایتان ایجاد می‌شود.

برنامه مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت درمانی شما.

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.

- برنامه‌ای برای اینکه چه زمانی باید خدمات مورد نیازتان را دریافت کنید.

پس از ارزیابی مراقبت درمانی شما، تیم مراقبتی با شما ملاقات خواهد کرد. آن‌ها با شما درباره خدمات مورد نیازتان صحبت خواهند کرد. همچنین آن‌ها خدماتی را به اطلاع‌تان می‌رسانند که ممکن است بخواهید دریافت کنید. برنامه مراقبتی شما مطابق با نیازهایتان خواهد بود. حداقل یک بار در سال، تیم مراقبتی با شما همکاری می‌کند تا برنامه مراقبتی خود را به‌روز کنید.

H. حق بیمه ماهانه برنامه Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect حق بیمه ماهانه ندارد.

A. کتابچه راهنمای اعضا

این دفترچه راهنمای اعضا بخشی از قرارداد ما با شما می‌باشد. بدین معنی که ما باید از همه مقررات مندرج در این سند پیروی کنیم. اگر فکر می‌کنید ما کاری کرده‌ایم که برخلاف این مقررات است، می‌توانید برای اقدام ما درخواست تجدیدنظر کنید یا آن را به چالش بکشید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

از طریق تماس با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) می‌توانید یک کتابچه راهنمای اعضا درخواست کنید. 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. همچنین در آدرس mmp.healthnetcalifornia.com می‌توانید دفترچه راهنمای اعضا را مشاهده کنید یا آن را از این وبسایت دانلود کنید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که در Health Net Cal MediConnect ثبت نام می‌کنید بین 1 ژانویه 2022 و 31 دسامبر 2022 دارای اعتبار است.

L. سایر اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید

همین حالا باید کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها و فهرست داروهای تحت پوشش را دریافت کرده 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.

1J. کارت شناسایی عضویت Health Net Cal MediConnect شما

شما تحت برنامه ما یک کارت برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود خواهید داشت که شامل خدمات و حمایت‌های بلندمدت، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای تجویزی می‌شود. شما باید این کارت را هنگام دریافت هرگونه خدمات یا داروهای تجویزی نشان دهید. در اینجا یک کارت نمونه آمده که به شما نشان می‌دهد کارت شما به چه شکل خواهد بود:

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

health net

Member Name <FIRST MI LASTNAME>
Member ID <XXXXXXXXXX>
Effective Date <MM/DD/YY>

Member cannot be charged
Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER

Physician Group and PCP
<PPG Name>
<PCP or Clinic Name>
PCP PHONE: <XX-XXX-XXX-XXXX>

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

Rx BIN 004336
Rx PCN MEDDADV
Rx GRP RX6270
RXID <XXXXXXXXXXXX>

Health Net Community Solutions

<H3237 001 Material ID# H3237_MMP2022CARD_XXXXXXXXXX>

If you think you have a medical or psychiatric emergency, call 911 or go to the nearest hospital.
See your PCP for non-emergency health needs like colds, minor infections or illnesses, or treatment for ongoing health needs. Do not go to the emergency room for routine health care.

Member Services & Mental Health Benefits 1-855-464-3571 (TTY: 711)
Nurse Advice Line 1-855-464-3571 (TTY: 711)
Providers Call for Eligibility and authorization 1-855-464-3571
Pharmacy Help Line 1-888-865-6567
Website mmp.healthnetcalifornia.com

To report, or request approval for, inpatient admits, call: 1-800-995-7890

Send Claims to:
Mail all Medical claims to: Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 9030, Farmington, MO 63940-9030
Mail all Drug claims to: Health Net Community Solutions, Inc. - Attn: Pharmacy Claims P.O. Box 419009, Rancho Cordova, CA 95741-9009

اگر کارت Cal MediConnect شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته، فوراً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک کارت جدید برای شما ارسال کنیم. می‌توانید با این شماره ها 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.

تا وقتی در برنامه ما عضویت دارید، لزومی ندارد از کارت Medicare خود به رنگ‌های قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت خدمات Cal MediConnect استفاده کنید. از این کارت‌ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آن‌ها نیاز داشته باشید. اگر به جای کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect کارت Medicare خود را نشان دهید، ممکن است ارائه‌دهنده به جای برنامه ما از Medicare هزینه کسر کند و ممکن است صورتحسابی دریافت کنید. به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید تا بدانید در صورت دریافت صورتحساب از ارائه دهنده، چه باید بکنید.

لطفاً فراموش نکنید برای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان که می‌توانید از برنامه سلامت روان (MHP) کانتی دریافت کنید، به کارت Medi-Cal خود نیاز خواهید داشت.

2J. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها

فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها شامل ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه Health Net Cal MediConnect می‌باشد. در طول مدتی که در برنامه ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش، از ارائه‌کنندگان شبکه استفاده کنید. وقتی برای اولین بار به برنامه ما ملحق می‌شوید، استثنائاتی وجود دارد (به صفحه 13 مراجعه کنید).

از طریق تماس با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) می‌توانید یک کتابچه راهنمای اعضا درخواست کنید. 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. همچنین می‌توانید فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها را در mmp.healthnetcalifornia.com مشاهده یا از این وبسایت دانلود کنید.

از طریق مرکز خدمات اعضا و این وبسایت می‌توانید جدیدترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما را دریافت کنید. در این فهرست، لیست متخصصین خدمات سلامت (از جمله پزشکان، پرستاران و روانشناسان)،

اگر هرگونه 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.

مراکز (مانند بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها) و ارائه‌کنندگان خدمات پشتیبانی (مانند ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در منزل و مراقبت از بزرگسالان در طول روز) ارائه شده است که شما به عنوان یکی از اعضای Health Net Cal MediConnect می‌توانید به آن‌ها دسترسی داشته باشید. همچنین فهرست داروخانه‌هایی ارائه شده است که می‌توانید برای دریافت داروی تجویزی به آن‌ها مراجعه کنید. فهرست داروخانه‌ها در این لیست شامل خرده‌فروشان، داروخانه‌های ارسال‌کننده پستی، تزریق در منزل و خدمات مراقبت بلندمدت (LTC) است.

تعریف ارائه‌کنندگان شبکه

- ارائه‌کنندگان شبکه Health Net Cal MediConnect شامل این موارد است:
 - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که به عنوان عضو برنامه می‌توانید به آنها مراجعه کنید؛
 - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات سلامت را در برنامه ما ارائه می‌کنند؛ و
 - خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات درمانی رفتاری، سازمان‌های مراقبت خانگی، ارائه‌کنندگان لوازم پزشکی و سایرین که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.
- ارائه‌کنندگان شبکه موافقت کرده‌اند که مبلغی از برنامه ما را برای خدمات تحت پوشش به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند.

تعریف داروخانه‌های شبکه

- داروخانه‌های شبکه قبول کرده‌اند نسخه‌ها را برای اعضای برنامه ما بپیچند. برای یافتن داروخانه شبکه مورد نظر برای استفاده به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.
- به جز در موارد اورژانسی، اگر می‌خواهید در پرداخت هزینه نسخه از طرف طرح کمک دریافت کنید باید نسخه را در یکی از داروخانه‌های شبکه بپیچید.

از طریق شماره تلفن 1-855-464-3571 (TTY: 711) برای اطلاعات بیشتر. 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. از طریق مرکز خدمات اعضا و وبسایت Health Net Cal MediConnect می‌توانید به‌روزترین اطلاعات مربوط به تغییرات ایجاد شده در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما را دریافت کنید.

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این برنامه درمانی شامل فهرست داروهای تحت پوشش می‌باشد. به این فهرست مختصراً «فهرست دارویی» می‌گوییم. این فهرست شامل داروهای تجویزی تحت پوشش Health Net Cal MediConnect می‌باشد.

فهرست دارویی همچنین در مورد هرگونه مقررات یا محدودیت‌های مربوط به هر یک از داروها از قبیل محدودیت مقداری که می‌توانید دریافت کنید اطلاعاتی را به شما می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین و محدودیت‌ها به فصل 5، بخش C، صفحه 121 مراجعه کنید.

هر سال ما اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به فهرست دارویی را ارائه خواهیم کرد اما بعضی از تغییرات ممکن است در طول سال رخ دهند. برای دسترسی به جدیدترین اطلاعات مربوط به داروهای تحت پوشش، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب از سایت www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید یا با 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.

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.



J4. توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB)

وقتی از مزایای داروی تجویزی بخش D استفاده می‌کنید، ما گزارش خلاصه را برای شما ارسال خواهیم کرد تا به شما کمک شود داروهای تجویزی بخش D خود را درک کرده و حساب آن‌ها را نگاه دارید. این گزارش خلاصه توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (Explanation of Benefits, EOB) خوانده می‌شود.

EOB مبلغ کلی که شما، یا دیگران از طرف شما، برای داروهای تجویزی بخش D پرداخت کرده‌اید و مبلغ کلی که برای هر داروی تجویزی بخش D در طول همان ماه از طرف ما پرداخت شده است را بیان می‌کند. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با پزشک نسخه‌نویستان صحبت کنید. فصل 6، بخش A، صفحه 144 اطلاعات بیشتری را در مورد EOB و نحوه کمک آن به شما در نگاه داشتن حساب پوشش دارویی خود به شما می‌دهد.

EOB همچنین در صورت درخواست شما موجود است. برای دریافت نسخه، با بخش خدمات اعضا 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.

K. نحوه به‌روز نگه داشتن پرونده عضویت شما

شما می‌توانید با اطلاع هرگونه تغییر در اطلاعات‌تان به ما، پرونده عضویت خود را به‌روز نگه دارید.

ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه درمانی به اطلاعات صحیح در مورد شما نیاز دارند. آن‌ها از پرونده عضویت شما برای کسب اطلاعات در مورد خدمات و داروهای دریافتی‌تان و هزینه‌شان برای شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار اهمیت دارد که به ما در به‌روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

موارد زیر را به اطلاع ما برسانید:

- تغییرات ایجادشده در نام، آدرس یا شماره تلفن.
- اگر تغییری در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر ایجاد کرده‌اید؛ تغییراتی از قبیل کارفرمای شما، کارفرمای همسر شما یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان.
- اگر هرگونه ادعای مسئولیت دارید، از قبیل ادعای خسارت برای حوادث رانندگی.
- پذیرش در بیمارستان یا مرکز پرستاری.
- خدمات مراقبتی در بیمارستان یا بخش اورژانس.
- تغییر فرد مراقب شما (یا هر فردی که مسئول نگهداری از شماست)
- اگر درحال حاضر در مطالعه تحقیقاتی شرکت کرده‌اید یا شرکت خواهید کرد.

در صورت بروز تغییر در اطلاعات، لطفاً از طریق تماس با مرکز خدمات اعضا به ما اطلاع بدهید. شماره تماس: 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.

اگر هرگونه 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.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در سوابق عضویت شما ممکن است شامل اطلاعات سلامت شخصی (PHI) باشد. بر اساس قوانین ایالتی و فدرال ما ملزم هستیم PHI شما را به صورت خصوصی حفظ کنیم. ما اطمینان حاصل می‌کنیم که PHI شما محافظت شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت از PHI شما، به فصل 8، بخش C، صفحه 162 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.



فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

در این فصل اطلاعات تماس برای منابع مهم ارائه شده است که به سوالات شما در مورد Health Net Cal MediConnect و مزایای مراقبت از سلامت شما پاسخ می‌دهند. همچنین در این فصل می‌توانید اطلاعاتی را درباره نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت و سایر کسانی که از طرف شما می‌توانند اقدام کنند، دریافت کنید. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *نقترچه راهنمای اعضا* ارائه شده است.

فهرست مطالب

22	A. نحوه تماس با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect
22	A1. چه زمانی باید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید
25	B. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خودتان
25	B1. زمان تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خودتان
27	C. نحوه تماس با خط تلفن مشاوره پرستاری
28	C1. زمان تماس با خط مشاوره پرستاری
29	D. نحوه تماس با خط اضطراری سلامت رفتاری
29	D1. زمان تماس با خط اضطراری سلامت رفتاری
30	E. E. نحوه تماس با برنامه حمایت و مشاوره در زمینه بیمه سلامت (HICAP)
30	E1. E1. زمان تماس با HICAP
31	F. F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO)
31	F1. F1. زمان تماس با Livanta
32	G. G. نحوه تماس با Medicare
33	H. H. نحوه تماس با Medi-Cal Health Care Options
34	I. I. نحوه تماس با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect
35	J. J. نحوه تماس با خدمات اجتماعی شهرستان
36	K. K. نحوه تماس با برنامه تخصصی سلامت روانی شهرستان

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.



- K1. در موارد زیر با برنامه سلامت روان تخصصی شهرستان تماس بگیرید:..... 36
- L. نحوه تماس با سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا 37
- M. سایر منابع 38

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.



A. نحوه تماس با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect

<p>تلفن تماس 1-855-464-3571 این تماس رایگان است.</p> <p>روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 8:00 عصر. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	تلفن تماس
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 8:00 عصر. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.</p>	حالت تلفنی در تلفن (TTY)
<p>1-866-461-6876 یا 1-800-281-2999</p>	فکس
<p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>	با این آدرس مکاتبه کنید
<p>mmp.healthnetcalifornia.com</p>	وبسایت

A1. چه زمانی باید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید

- سوالات مربوط به برنامه
- سوالات مربوط به دعوی، صورتحساب یا کارت‌های شناسایی اعضا
- تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش بیمه سلامت
 - تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سؤالی دارید با ما تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات پوشش، به فصل 9، بخش D، صفحه 185 مراجعه کنید.

اگر هر گونه سؤالی 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.



- تجدیدنظر در مورد مراقبت درمانی شما
 - تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.
- شکایت‌های مربوط به بیمه مراقبت از سلامت
 - می‌توانید درباره ما یا هر یک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. شما می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کردید نیز به ما یا سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) شکایت کنید (به بخش F، صفحه 31 در قسمت زیر مراجعه کنید).
 - شما می‌توانید با ما تماس گرفته و شکایت خود را توضیح دهید. از طریق شماره تلفن 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.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش برای مراقبت درمانی شما می‌باشد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش فوق در صفحه 22 مراجعه کنید).
 - می‌توانید شکایتی در مورد Health Net Cal MediConnect به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - می‌توانید به برنامه Cal MediConnect Ombuds از Health Net Cal MediConnect شکایت کنید با تماس با این شماره شکایت کنید 1-855-501-3077 (TTY: 711)، دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر، به جز روزهای تعطیل
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت درمانی خود، به فصل 9، بخش J، صفحه 222 مراجعه کنید.
- تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش داروها
 - تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش شما، یا
 - مبلغی که برای داروهای شما پرداخت خواهیم کرد.
 - این موارد شامل داروهای بخش D، داروهای تجویزی Medi-Cal و داروهای بدون نسخه Medi-Cal شما می‌شود.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات تحت پوشش در مورد داروهای تجویزی خود، به فصل 9، بخش F4، صفحه 203 مراجعه کنید.
- تجدیدنظر در مورد داروهای شما

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.



- تجدیدنظر، راهی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تلفنی تجدیدنظر مربوط به بخش D داروهای تجویزی، لطفاً با مرکز خدمات اعضا 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 به جای تماس پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. همچنین می‌توانید درخواست خود را به شماره 1-866-388-1766 فکس کنید. اگر می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی انجام دهید، لطفاً درخواست تجدیدنظر خود را به آدرس زیر ارسال کنید.

Health Net Community Solutions, Inc.
Medicare Part D Appeals
PO Box 31383
Tampa, FL 33631-3383

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تلفنی تجدیدنظر مربوط به داروهای Medi-Cal، لطفاً با مرکز خدمات اعضا 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 به جای تماس پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. همچنین می‌توانید درخواست خود را به شماره 1-877-713-6189 فکس کنید. اگر می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی انجام دهید، لطفاً درخواست تجدیدنظر خود را به آدرس زیر ارسال کنید.

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Dept.
PO Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر در مورد داروهای تجویز شده خود، به فصل 9، بخش F5، صفحه 206 مراجعه کنید.
- شکایت در مورد داروها
 - شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه‌ای شما می‌شود.
 - اگر شکایت شما در مورد تصمیم‌گیری پوشش مربوط به داروهای تجویزی است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (به بخش بالا، صفحه 22 مراجعه کنید.)
 - می‌توانید شکایتی در مورد Health Net Cal MediConnect به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه شکایت درباره داروهای تجویزی خود، به فصل 9، بخش J، صفحه 222 مراجعه کنید.
 - پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت یا داروهایی که قبلاً پرداخت شده‌اند.
 - برای کسب اطلاعات در مورد نحوه بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده اید، به فصل 7، بخش A، صفحه 142 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.



- اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تجدیدنظر به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.

B. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خودتان

هماهنگ‌کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت و ارائه‌کنندگان درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت وقتی عضو برنامه درمانی ما می‌شوید برای شما تعیین خواهد شد. هماهنگ‌کننده مراقبت هنگام ثبت نام در برنامه با شما تماس خواهد گرفت.

نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود را از مرکز خدمات اعضا سوال کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند. او برای ایجاد برنامه مراقبتی با شما همکاری می‌کند. او به شما کمک می‌کند تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ‌کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند. اگر برای تماس با مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر مایلید که هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید یا هرگونه سؤال دیگری دارید، لطفاً با شماره تلفنی که در زیر قید شده تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبتتان تماس بگیرید قبل از اینکه وی با شما تماس بگیرد. به شماره زیر زنگ بزنید و درخواست صحبت با هماهنگ‌کننده مراقبتتان را کنید.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-464-3571 این تماس رایگان است.</p> <p>روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 8:00 عصر. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p> <p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 8:00 عصر. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.</p>	
<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p> <p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>	

B1. زمان تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خودتان

- سؤالات در مورد مراقبت درمانی شما
- سؤالات مربوط به سلامت رفتاری (خدمات مربوط به اختلالات سلامت روانی و سوء مصرف مواد مخدر)

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.



- سؤال در مورد جابجایی
 - سؤال در مورد خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS)
- LTSS شامل خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و تسهیلات پرستاری (NF) است. گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS)،
- مراقبت پرستاری تخصصی،
- فیزیوتراپی،
- کاردرمانی،
- گفتاردرمانی،
- خدمات اجتماعی پزشکی، و
- مراقبت درمانی در خانه.

خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS):

اعضای Medi-Cal که بعد از 18 سالگی دچار معلولیت جسمانی، روانی یا اجتماعی شده‌اند و می‌توانند در صورت واجد شرایط بودن، از خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS) بهره‌مند شوند.

اعضای واجد شرایط باید یکی از شرایط زیر را داشته باشند:

- نیازهایی که به اندازه کافی عمده هستند که سطح A مراقبت در مرکز پرستاری (NF-A) یا بیشتر را برآورده کنند
- معلولیت متعادل تا شدید ذهنی شامل آلزایمر یا سایر زوال‌های ذهنی متعادل تا شدید
- ناتوانی رشدی

معلولیت ذهنی ملایم تا متعادل، شامل الزایمر یا زوال ذهنی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| ○ حمام کردن | ○ راه رفتن |
| ○ لباس پوشیدن | ○ جابجایی |
| ○ غذا خوردن مستقل | ○ مدیریت دارویی |
| ○ توالت رفتن | ○ نظافت |

بیماری مزمن روانی یا مصدومیت مغزی و نیاز به امداد یا نظارت برای دو مورد زیر:

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.



- حمام کردن
- توالیت رفتن
- لباس پوشیدن
- راه رفتن
- غذا خوردن مستقل
- جابجایی

مدیریت دارویی یا نیاز به کمک یا نظارت برای یکی موارد فوق و یکی از موارد زیر:

- نظافت
 - مدیریت مالی
 - دسترسی به منابع
 - تهیه خوراک
 - حمل و نقل
- انتظار منطقی مبنی بر اینکه خدمات پیشگیری، میزان کنونی عملکرد را حفظ کرده یا بهبود خواهند داد (برای مثال در موارد آسیب مغزی ناشی از شوک یا عفونت)
 - پتانسیل زیاد برای تخریب بیشتر و احتمال بستری دائم در مؤسسات درمانی اگر CBAS موجود نباشد (برای مثال، در موارد غدد مغزی یا زوال ذهنی مربوط به HIV)

مراکز پرستاری (NF):

اعضا باید به مراقبت کوتاهمدت یا بلندمدت 24 ساعته که توسط پزشک تجویز شده نیاز داشته باشند تا برای مراقبت بلندمدت (LTC) یا اقامت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) واجد شرایط باشند.

C. نحوه تماس با خط تلفن مشاوره پرستاری

خط تلفن مشاوره پرستاری Health Net Cal MediConnect خدماتی است که تماس‌های تلفنی رایگان آن به منظور آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده در 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته قابل دسترسی می‌باشند. خط تلفن مشاوره پرستاری ارزیابی‌های فوری مراقبت‌های درمانی فراهم می‌کند تا اعضا بتوانند به کمک آن سطح مراقبت مورد نیاز در لحظه را تعیین کنند. در کلینیک مشاوره حضوری و شخصی ارائه می‌شود، به سؤال‌های مربوط به سلامت پاسخ داده می‌شود و خدمات پشتیبانی و مدیریت علائم بیماری ارائه می‌شود که به اعضا کمک می‌کند در مورد درمان و مراقبت خود با اطمینان تصمیم‌های مناسبی بگیرند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره مندرج در پشت کارت شناسایی عضویت خود به خط تلفن مشاوره پرستاری دسترسی پیدا کنند.

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.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-464-3571 این تماس رایگان است.</p> <p>راهنمایی و مشاوره پرستاری از طرف متخصصان بالینی آموزش‌دیده به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته در دسترس می‌باشد.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>راهنمایی و مشاوره پرستاری از طرف متخصصان بالینی آموزش‌دیده به صورت 24 ساعته و در 7 روز هفته در دسترس می‌باشد.</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>

C1. زمان تماس با خط مشاوره پرستاری

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما

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.



D. نحوه تماس با خط اضطراری سلامت رفتاری

شبکه سلامت مدیریت شده (MHN) یک خط اضطراری سلامت رفتاری 24 ساعته برای تمام 7 روز هفته دارد که اعضا از طریق آن می‌توانند چنین کمک‌هایی را دریافت کنند. اعضا می‌توانند در این تماس با متخصص دارای مجوز صحبت کنند که به آن‌ها کمک می‌کند خدمات مورد نیازشان را دریافت کنند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با شماره زیر به این خط بحران دسترسی داشته باشند.

<p>تلفن تماس 1-855-464-3571 این تماس رایگان است.</p> <p>متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز در 24 ساعت شبانه‌روزی، 7 روز هفته، در دسترس می‌باشند.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>متخصصان بالینی سلامت رفتاری دارای مجوز در 24 ساعت شبانه‌روزی، 7 روز هفته، در دسترس می‌باشند.</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>

D1. زمان تماس با خط اضطراری سلامت رفتاری

- سؤال درباره سلامت رفتاری و خدمات مربوط به سوء مصرف مواد مخدر
- Health Net Cal MediConnect دسترسی شبانه‌روزی به اطلاعات و توصیه پزشکی را به شما ارائه می‌کند. وقتی تماس می‌گیرید، متخصصین سلامت رفتاری ما به سؤالات مربوط به تندرستی شما پاسخ خواهند داد. اگر نیاز درمانی فوری دارید که اضطراری نیست، می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته برای سؤالات بالینی سلامت رفتاری با خط اضطراری سلامت رفتاری ما تماس بگیرید.

اگر درباره خدمات مراقبت از سلامت روان و موارد خاص در شهرستان خودتان سؤالی دارید، به صفحه 37 بروید.

اگر هر گونه سؤالی 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.



E. نحوه تماس با برنامه حمایت و مشاوره در زمینه بیمه سلامت (HICAP)

برنامه حمایت و مشاوره بیمه سلامت (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) در واقع مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهد و کمک کنند بدانید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. HICAP مشاورانی را در هر شهرستان تربیت کرده است و خدمات رایگان ارائه می‌دهد.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-213-383-4519</p> <p>در شهرستانس آنجلس: 1-800-824-0780</p> <p>دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p> <p>در شهرستانس آنجلس: 711 (خدمات رله ملی)</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 عصر.</p>	
<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p> <p>HICAP Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 9005</p>	
<p>وبسایت</p> <p>www.healthcarerights.org</p>	

E1. زمان تماس با HICAP

- اگر درباره برنامه Cal MediConnect خود یا دیگر موارد مرتبط با Medicare سوال دارید
 - مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر و جابجایی به یک برنامه جدید پاسخ داده و کمکتان کنند:
 - آگاهی از حقوقتان،
 - گزینه‌های برنامه خود را بدانید،
 - شکایت‌های مربوط به مراقبت بهداشتی یا درمان، و
 - برطرف کردن مشکلات مربوط به صورتحساب‌ها.

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.



F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت اعضای Medicare کمک می‌کنند. Livanta با برنامه ما مرتبط نیست.

تلفن تماس	1-877-588-1123
حالت تلفنی در تلفن (TTY)	1-855-887-6668 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	www.livantaqio.com

F1. زمان تماس با Livanta

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما
 - در موارد زیر می‌توانید در مورد خدمات درمانی که دریافت می‌کنید شکایت کنید:
 - اگر مشکلی در رابطه با کیفیت درمان دارید،
 - اگر فکر می‌کنید مدت زمان بستری شدن در بیمارستان بسیار زود تمام شده است، یا
 - اگر فکر می‌کنید خدمات مراقبت از سلامت شما در منزل، مراکز پرستاری حرفه‌ای یا مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) بسیار سریع تمام شده 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.



G. نحوه تماس با Medicare

Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص به سن 65 سال به بالا، بعضی اشخاص معلول زیر 65 سال و اشخاصی می‌باشد که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد).

سازمان فدرال مسئول Medicare در واقع مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS می‌باشد.

<p>1-800-MEDICARE 1-800-633-4227</p> <p>تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>1-877-486-2048 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>
<p>www.medicare.gov</p> <p>این وبسایت رسمی برای Medicare می‌باشد. این وبسایت اطلاعات به روزی را در مورد Medicare به شما می‌دهد. همچنین اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، خانه‌های سالمندان، پزشکان آژانس‌های بهداشت خانگی، تسهیلات دیالیز، تسهیلات توانبخشی سرپایی و آسایشگاه‌ها در اختیار دارد.</p> <p>همچنین شامل وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید است. این وبسایت حاوی کتابچه‌هایی می‌باشد که می‌توانید از کامپیوتر خودتان چاپ کنید.</p> <p>اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوترشان از این وبسایت بازدید کنید. یا می‌توانید از طریق شماره عنوان شده در بالا با Medicare تماس بگیرید و درباره چیزی که مد نظرتان است با آن‌ها صحبت کنید. آن‌ها می‌توانند اطلاعات را در وبسایت پیدا کرده، آن را چاپ و برای شما ارسال کنند.</p>	<p>وبسایت</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.



H. نحوه تماس با Medi-Cal Health Care Options

اگر در مورد انتخاب یک برنامه Cal MediConnect یا سایر مسائل مربوط به ثبت‌نام سوالی دارید، Medi-Cal Health Care Options می‌تواند به شما کمک کند.

<p>1-844-580-7272</p> <p>نمایندگان Health Care Options از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>1-800-430-7077</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>
<p>California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850</p>	<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p>
<p>www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</p>	<p>وبسایت</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.



1. نحوه تماس با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect

برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به عنوان حامی از طرف شما اقدام می‌کند. در صورت داشتن مشکل یا شکایت، آنها می‌توانند به سوالات پاسخ دهند و می‌توانند به شما در درک آنچه باید انجام دهید کمک کنند. برنامه Cal MediConnect Ombuds همچنین می‌تواند در مشکلات سرویس یا صورتحساب به شما کمک کند. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect مرتبط با برنامه ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی نیست. خدمات آن‌ها رایگان است.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-501-3077 این تماس رایگان است.</p> <p>دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر، به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p> <p>711 (خدمات رله ملی)</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر، به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p> <p>خدمات حقوقی محله شهرستان لس‌آنجلس</p> <p>13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331</p> <p>1102 East Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205</p> <p>3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731</p>	
<p>وبسایت</p> <p>calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/</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.



ل. نحوه تماس با خدمات اجتماعی شهرستان

اگر در رابطه با خدماتی مانند مزایای قابل اعمال که خدمات اجتماعی شهرستان در مورد آن‌ها راهنمایی ارائه می‌کند به کمک نیاز دارید، با اداره خدمات اجتماعی شهرستان محل خود تماس حاصل فرمایید.

<p>تلفن تماس 1-866-613-3777. این تماس رایگان است. به جز روزهای تعطیل: دوشنبه تا جمعه، از 7:30 صبح تا 7:30 عصر. شنبه، از 8:00 صبح تا 4:30 عصر</p>	
<p>711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه، از 7:30 صبح تا 7:30 عصر. شنبه، از 8:00 صبح تا 4:30 عصر</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>
<p>برای یافتن نزدیکترین دفتر خدمات اجتماعی، به سایت dps.lacounty.gov/en/resources/offices.html یا بخش صفحات سفید ذیل فرمانداری شهرستان دفترچه تلفن خود مراجعه کنید.</p>	<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p>
<p>dps.lacounty.gov</p>	<p>وبسایت</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.



K. نحوه تماس با برنامه تخصصی سلامت روانی شهرستان

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق برنامه سلامت روان شهرستان (mental health plan, MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی را داشته باشید.

<p>خط تلفن مخصوص سازمان سلامت روان (DMH) شهرستانس آنجلس: 1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال ما خدمات مترجم شفاهی رایگان برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، 365 روز در سال</p>	<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p>

K1. در موارد زیر با برنامه سلامت روان تخصصی شهرستان تماس بگیرید:

- اگر درباره خدمات سلامت رفتاری ارائه‌شده توسط شهرستان سوالی دارید
- برای اطلاعات محرمانه و رایگان سلامت روان، ارجاعات به ارائه‌کنندگان خدمات و مشاوره بحران در هر روز یا زمان، با خط تلفن اداره سلامت روانس آنجلس تماس بگیرید.

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.



L. نحوه تماس با سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است. مرکز پشتیبانی DMHC در مورد درخواست تجدیدنظر و شکایات شما علیه برنامه سلامت‌تان در مورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند.

تلفن تماس	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 عصر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
TDD:	1-877-688-9891 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
با این آدرس مکاتبه کنید	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

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.



M. سایر منابع**نهادهای مسئول سالمندان در منطقه**

نهادهای مسئول سالمندان در منطقه محلی شما می‌تواند اطلاعاتی در اختیار شما قرار داده و در هماهنگ‌سازی خدمات موجود برای سالخورده‌گان کمک کند.

<p>تلفن تماس 1-800-510-2020 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY) 711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>وبسایت https://wdacs.lacounty.gov/services</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.



اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS)

شما به عنوان عضوی در برنامه ما برای Medicare و (Medicaid) Medi-Cal واجد شرایط هستید. (Medicaid) Medi-Cal یک برنامه مشترک دولت فدرال و ایالتی است که در پرداخت هزینه‌های پزشکی به برخی افراد که درآمد و منابع محدود دارند کمک می‌کند. اگر در مورد کمکی که می‌توانید از (Medicaid) Medi-Cal دریافت کنید سوالی دارید، با اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS) تماس بگیرید.

<p>تلفن تماس 1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY) 711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 عصر به جز روزهای تعطیل</p>	
<p>وبسایت www.dhcs.ca.gov/individuals</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.



تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی مسئول تشخیص واجد شرایط بودن و رسیدگی به عضویت Medicare می‌باشد. شهروندان آمریکا به سن 65 سال به بالا یا آن‌هایی که مبتلا به معلولیت یا بیماری کلیوی مرحله نهایی هستند و شرایط خاصی را برآورده می‌کنند برای Medicare واجد شرایط هستند. اگر در حال حاضر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت می‌کنید، عضویت در Medicare خودکار می‌باشد. اگر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت نام کنید. تأمین اجتماعی به روال عضویت در Medicare رسیدگی می‌کند. برای درخواست Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا از دفتر محلی تأمین اجتماعی بازدید کنید.

تأمین اجتماعی مسئول تصمیم‌گیری در مورد این است که چه کسی باید مبلغ بیشتری را برای پوشش داروی بخش D پردازد چون درآمد بیشتری دارد. اگر نامه‌ای از سوی تأمین اجتماعی دریافت کردید مبنی بر اینکه باید مبلغ بیشتری پردازید و در مورد این مبلغ سؤالاتی دارید یا اگر درآمد شما به خاطر پیشامدی که در اوضاع زندگی شما ایجاد شده کاهش پیدا کرده است، می‌توانید برای بازنگری با تأمین اجتماعی تماس بگیرید.

اگر نقل مکان کنید یا نشانی پستی خود را تغییر دهید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس گرفته تا به آن‌ها خبر دهید.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-800-772-1213 این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 7:00 عصر.</p> <p>شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار تأمین اجتماعی جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY)</p> <p>1-800-325-0778 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.</p> <p>دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 7:00 عصر.</p> <p>شما می‌توانید از خدمات تلفن خودکار تأمین اجتماعی جهت دریافت اطلاعات ثبت‌شده و برخی کارها در تمام 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.</p>	
<p>وبسایت</p> <p>www.ssa.gov</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.



فصل 3: استفاده از پوشش بیمه برنامه برای خدمات مراقبت از سلامت و دیگر خدمات تحت پوشش

مقدمه

در این فصل قوانین و اصطلاحات خاصی بیان شده است که برای دریافت خدمات مراقبت از سلامت و سایر خدمات تحت پوشش Health Net Cal MediConnect لازم است از آن‌ها اطلاع داشته باشید. همچنین در مورد اینکه هماهنگ‌کننده مراقبت، چگونه از ارائه‌کنندگان مختلف خدمات درمانی دریافت می‌کند و تحت شرایط خاص (از جمله ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اینکه در صورت دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش برنامه ما باید چه کاری انجام دهید و درباره سایر قوانین مربوط به دریافت تجهیزات پزشکی بادوام (DME) اطلاعاتی در اختیارتان قرار می‌دهد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دقت‌رچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

- A. اطلاعات مربوط به «خدمات»، «خدمات تحت پوشش»، «ارائه‌کنندگان» و «ارائه‌کنندگان شبکه» 43
- B. قوانین مربوط به دریافت خدمات مراقبت از سلامت، سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS) تحت پوشش برنامه سلامت 43
- C. اطلاعات مربوط به هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت از سلامت شما 45
- C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست 45
- C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید 45
- C3. چطور می‌توانید مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامتتان را تغییر دهید 45
- D. خدمات درمانی از طرف ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان پزشکی شبکه و ارائه‌کنندگان پزشکی خارج از شبکه 45
- D1. خدمات درمانی از یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه 45
- D2. خدمات درمانی توسط متخصص و سایر ارائه‌کنندگان شبکه 48
- D3. اگر ارائه‌کننده از برنامه خارج شود باید چه کاری انجام دهیم؟ 49
- D4. نحوه دریافت مراقبت از خدمات‌دهندگان خارج از شبکه 50
- E. نحوه دریافت خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) 50
- F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روانی و اختلال مصرف مواد مخدر) 50

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

- F1. چه خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal خارج از شبکه Health Net Cal MediConnect توسط سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس و سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC) ارائه می‌شوند؟ 51
- G. نحوه دریافت خدمات جابجایی 53
- H. نحوه دریافت خدمات تحت پوشش در مواقع بروز حالت اورژانسی یا نیاز فوری به مراقبت، یا در شرایط بروز بحران 55
- H1. خدمات درمانی هنگام وجود حالت پزشکی اورژانسی 55
- H2. مراقبت‌های اورژانسی ضروری 56
- H3. مراقبت در شرایط بروز بلايا 57
- I. اگر برای خدمات تحت پوشش برنامه بیمه ما، مستقیماً برای خودتان صورتحساب صادر شده است باید چه کار کنید 58
- I1. اگر خدمات تحت پوشش برنامه ما نیستند باید چه کاری انجام دهید 58
- J. پوشش خدمات درمانی وقتی در پژوهش تحقیقاتی کلینیکی حضور دارید 58
- J1. تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی 58
- J2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقاتی کلینیکی حضور دارید 59
- J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی 59
- K. وقتی خدمات درمانی را در مؤسسه درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می‌کنید، خدمات درمانی شما چطور تحت پوشش قرار می‌گیرند 59
- K1. تعریف مؤسسه درمان سلامت غیر پزشکی مذهبی 59
- K2. دریافت مراقبت از مؤسسه درمان سلامت غیر پزشکی مذهبی 60
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME): 60
- L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما 60
- L2. مالکیت DME هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage 61
- L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو برنامه ما: 61
- L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage 62

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.



A. اطلاعات مربوط به «خدمات»، «خدمات تحت پوشش»، «ارائه‌کنندگان» و «ارائه‌کنندگان شبکه»

خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، لوازم، خدمات درمانی سلامت رفتاری، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات می‌شود. **خدمات تحت پوشش** هر یک از خدماتی هستند که برنامه درمانی ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند. خدمات درمانی، سلامت رفتاری و خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS) تحت پوشش همگی در «جدول مزایا» در فصل 4، بخش D، صفحه 67 فهرست شده‌اند.

خدمات‌دهندگان به پزشکان، پرستاران و سایر افرادی گفته می‌شود که خدمات و درمان را ارائه می‌کنند. عبارت «ارائه‌کنندگان» همچنین شامل بیمارستان، سازمان‌های خدمات سلامت در منزل، کلینیک‌ها و سایر مکان‌هایی است که خدمات مراقبت از سلامت، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی طولانی‌مدت (LTSS) را در اختیار تان قرار می‌دهد.

خدمات‌دهندگان شبکه به ارائه‌دهندگانی گفته می‌شود که با این برنامه درمانی همکاری دارند. این ارائه‌کنندگان موافقت کرده‌اند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند. ارائه‌کنندگان شبکه برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. وقتی نزد ارائه‌کننده درون شبکه می‌روید معمولاً هیچ‌گونه مبلغی را برای خدمات تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

B. قوانین مربوط به دریافت خدمات مراقبت از سلامت، سلامت رفتاری، و خدمات و پشتیبانی بلندمدت (LTSS) تحت پوشش برنامه سلامت

Health net cal medicconnect کلیه خدمات تحت پوشش Medicare و Medica را شامل می‌شود که شامل خدمات رفتاری و خدمات بلند مدت و پشتیبانی (LTSS) نیز می‌شود.

در صورت پیروی از قوانین برنامه، Health Net Cal MediConnect به طور کلی برای خدمات مراقبت از سلامت، خدمات سلامت رفتاری و LTSS هزینه را پرداخت خواهد کرد. برای اینکه تحت پوشش برنامه‌تان باشید:

- خدمات درمانی که دریافت می‌کنید باید جزء **مزایای برنامه** باشد. بدین معنی که باید در جدول مزایای برنامه درمانی منظور شده باشد. (جدول در فصل 4، بخش 67 (D) این دفترچه راهنما آمده است).
- خدمات درمانی مورد نظر باید از **نظر پزشکی ضرورت داشته باشد**. ضرورت پزشکی به این معنی است که شما برای پیشگیری، درمان یا تشخیص وضعیت فعلی‌تان یا حفظ وضعیت سلامت فعلی‌تان به خدمات نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند.
- برای خدمات پزشکی، باید یک **ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP)** داخل شبکه داشته باشید که درمان را تجویز کرده باشد یا به شما گفته باشد که نزد پزشک دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی، باید یک ارائه‌کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
 - در اکثر مواقع، برای اینکه بتوانید توسط PCP که متعلق به شما نیست یا سایر ارائه‌کنندگان در شبکه ویزیت شوید، PCP شبکه تان باید از قبل به شما تاییدیه بدهد. این کار **ارجاع** نام دارد. اگر این تاییدیه را دریافت نکنید، Health Net Cal MediConnect ممکن است هزینه خدمات را پوشش ندهد. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاع ندارید. برای کسب اطلاعات بیشتر در ارجاع، به صفحه 48 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.



و سایر خدمات تحت پوشش

- PCP های برنامه درمانی ما با گروه های پزشکی همکاری دارند. وقتی PCP خود را انتخاب می کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می کنید. این امر بدین معنی است که PCP شما را به متخصصان و خدماتی که به گروه پزشکی وی همکاری دارند هم ارجاع خواهد داد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCP ها، متخصصین و سایر ارائه دهندگان خدمات مراقبت از سلامت گفته می شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می کنند.
- برای مراقبت اورژانسی یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد یا مراجعه به ارائه کننده مراقبت بهداشتی زنان، به ارجاع از PCP خود نیازی ندارید. می توانید انواع دیگر مراقبت را بدون نیاز به داشتن ارجاع از PCP خود دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این موضوع، به صفحه 48 مراجعه کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب PCP به صفحه 46 مراجعه کنید.
- **باید خدمات درمانی را از آن دسته از ارائه کنندگان شبکه دریافت کنید که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند.** معمولاً خدمات درمانی ارائه کننده ای که با برنامه درمانی و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد تحت پوشش برنامه درمانی قرار نمی گیرند. در اینجا چند مورد ذکر می شوند که این قاعده اطلاق پذیر نمی باشد:
 - برنامه درمانی هزینه مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه کننده خارج از شبکه، تحت پوشش قرار می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر و اطلاع از مفهوم خدمات اورژانسی و فوری به بخش H، صفحه 56، مراجعه کنید.
 - اگر به مراقبتی نیاز دارید که برنامه درمانی ما پوشش می دهد و ارائه کنندگان شبکه ما نمی توانند در اختیار شما قرار دهند، می توانید مراقبت را از ارائه کننده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه کننده خارج از شبکه بروید، به تأیید اولیه نیاز خواهد بود. پس از دریافت تأییدیه، به ارائه کننده درخواست کننده و ارائه کننده موافقت کننده درباره تأیید مجوز اطلاع داده خواهد شد. در این شرایط خدمات درمانی به صورت رایگان تحت پوشش قرار می گیرند. برای کسب اطلاعات در مورد تأییدیه برای ویزیت توسط ارائه کننده خارج از شبکه، به بخش D در صفحه 50 مراجعه کنید.
 - برنامه درمانی هزینه خدمات دیالیز کلیه را در صورتی پرداخت می کند که برای مدت کوتاهی در خارج محدوده خدماتی برنامه درمانی باشید. شما می توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
 - وقتی برای اولین بار به برنامه ملحق می شوید، می توانید درخواست کنید همچنان ارائه کنندگان فعلی تان شما را ویزیت کنند. با در نظر گرفتن بعضی از موارد استثنا، اگر بتوانیم مشخص کنیم که شما در زمان حال با ارائه کنندگان مربوطه مرتبط هستید، لازم است که درخواست شما را تأیید کنیم (به فصل 1، صفحه 13 مراجعه کنید). اگر ما درخواست شما را تأیید کنیم، می توانید به رفتن نزد ارائه کننده های کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت هماهنگ کننده مراقبت شما با شما تماس می گیرد تا در یافتن ارائه کنندگان موجود در شبکه ما که با گروه پزشکی PCP شما همکاری دارند به شما کمک کند. بعد از 12 ماه اگر همچنان بخواهید توسط ارائه کنندگانی ویزیت شوید که در شبکه ما نیستند و با گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارند، این خدمات دیگر تحت پوشش ما نخواهند بود.

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



C. اطلاعات مربوط به هماهنگ‌کننده خدمات مراقبت از سلامت شما

C1. مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت کیست

هماهنگ‌کننده مراقبت فرد اصلی است که با شما، برنامه سلامت و ارائه‌کنندگان درمانی شما همکاری می‌کند تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند. او برای ایجاد برنامه مراقبتی با شما همکاری می‌کند. او به شما کمک می‌کند تصمیم بگیرید که چه کسانی در تیم مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ‌کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند.

C2. چطور می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید

مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامت وقتی عضو برنامه درمانی ما می‌شوید برای شما تعیین خواهد شد. هماهنگ‌کننده مراقبت هنگام ثبت نام در برنامه با شما تماس خواهد گرفت. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود را از مرکز خدمات اعضا سوال کنید. اگر برای تماس با مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C3. چطور می‌توانید مسئول هماهنگی امور مراقبت از سلامتتان را تغییر دهید

اگر می‌خواهید هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید؛ شماره تماس: از طریق 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.

D. خدمات درمانی از طرف ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان پزشکی شبکه و ارائه‌کنندگان پزشکی خارج از شبکه

D1. خدمات درمانی از یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه

شما باید یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) را برای ارائه و مدیریت مراقبت خودتان انتخاب کنید. PCP های برنامه درمانی ما با گروه‌های پزشکی همکاری دارند. وقتی PCP خود را انتخاب می‌کنید گروه پزشکی وابسته را نیز انتخاب می‌کنید.

تعریف «PCP» و این که PCP چه کاری برای شما انجام می‌دهد

وقتی در برنامه درمانی ما عضو می‌شوید، باید یک ارائه‌کننده شبکه Health Net Cal MediConnect را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. PCP شما پزشکی است که حائز شرایط ایالتی بوده و برای ارائه مراقبت پزشکی پایه به شما کارآموزی دیده است. این متخصصین شامل پزشکانی می‌شوند که مراقبت پزشکی عمومی/خانوادگی را ارائه می‌کنند، متخصصین طب داخلی که مراقبت پزشکی داخلی را ارائه می‌کنند و متخصصین زنان و زایمانی که مراقبت برای خانم‌ها را ارائه می‌کنند.

شما بیشتر مراقبت عادی یا پایه خود را از PCP تان دریافت می‌کنید. PCP شما در مدیریت سایر خدمات تحت پوششی که به عنوان عضو برنامه ما دریافت می‌کنید نیز به شما کمک خواهد کرد. شامل این موارد:

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

- پرتوبرداری با اشعه ایکس،
- تست‌های آزمایشگاهی،
- درمان‌ها،
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

«هماهنگ‌سازی» خدمات تحت پوشش شما شامل کنترل یا مشاوره با سایر ارائه‌کنندگان برنامه درمانی در مورد مراقبت شما و نحوه انجام آن می‌باشد. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم نیاز دارید، باید اجازه PCP خود را از قبل دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). PCP شما برای برخی خدمات لازم خواهد بود که تأیید اولیه را دریافت کند (اجازه از قبل). اگر خدمات مورد نیاز شما به تأیید اولیه نیاز دارند، PCP شما این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. چون PCP شما مراقبت پزشکی شما را ارائه کرده و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه پرونده‌های پزشکی گذشته خود را به مطب PCP خود بدهید.

همانطور که در فوق توضیح داده شد، شما معمولاً برای بیشتر نیازهای مراقبت درمانی عادی خود ابتدا نزد PCP تان خواهید رفت. وقتی PCP شما تصور می‌کند که به درمان تخصصی نیاز دارید، وی لازم خواهد بود که به شما یک ارجاع (اجازه از قبل) را برای مراجعه به متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه‌کنندگان خاص ارائه کند. تنها چند نوع خدمات تحت پوشش وجود دارند که می‌توانید بدون تأیید اولیه از PCP خود دریافت کنید که در بالا توضیح داده شد.

هر عضو یک PCP دارد. PCP حتی می‌تواند یک درمانگاه باشد. خانم‌ها می‌توانند به عنوان PCP خود یک متخصص زنان/زایمان یا کلینیک تنظیم خانواده را انتخاب کنند.

شما می‌توانید یک کارشناس پزشکی غیر پزشک را به عنوان PCP خود انتخاب کنید. کارشناسان غیر پزشک عبارتند از: ماماها رسمی، پرستاران رسمی و دستیاران پزشکی. شما به PCP ناظر ارتباط داده می‌شوید، اما خدمات خود را از کارشناس غیر پزشک انتخابی خود دریافت خواهید کرد. شما اجازه دارید که با عوض کردن PCP ناظر، کارشناس انتخابی خود را تغییر دهید. نام PCP ناظر در کارت شناسایی شما چاپ خواهد شد. ممکن است بتوانید متخصصی را به عنوان PCP خود داشته باشید. باید آن متخصص بخواهد و قادر باشد مراقبتی که لازم دارید را ارائه کند.

انتخاب مرکز سلامت مورد تأیید فدرال (FQHC) یا کلینیک سلامت روستایی (RHC) به عنوان PCP

یک FQHC یا RHC درمانگاهی است که می‌تواند PCP شما به حساب آید. FQHC ها و RHC ها مراکز درمانی هستند که خدمات مراقبت‌های درمانی اصلی ارائه می‌کنند. برای اطلاع از نام و آدرس FQHC و RHC هایی که با Health Net Cal MediConnect همکاری دارند می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فهرست خدمات‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

انتخاب PCP

وقتی در برنامه ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. گروه پزشکی به گروهی متشکل از PCP ها، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی گفته می‌شود که با یکدیگر همکاری دارند و تحت قرارداد با طرح ما همکاری می‌کنند. یک PCP نیز از این گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهد کرد. مراجعه به مطب پزشک اولیه شما، باید برایتان آسان باشد. می‌توانید برای یک PCP ای درخواست بدهید که در فاصله 10 مایل یا 30 دقیقه از محل سکونت یا کار شما باشد. گروه‌های پزشکی

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

و PCP ها و بیمارستان های مرتبط با آن ها را می توانید در فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها مشاهده کنید یا به وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com مراجعه کنید. برای اطمینان از امکان دسترسی به یک ارائه کننده یا اگر درباره PCP خاصی سؤال دارید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا 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.

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعی را به متخصصان خاصی از برنامه درمانی انجام داده و از بیمارستان های خاصی در داخل شبکه خود استفاده می کند. اگر متخصص یا بیمارستان برنامه درمانی خاصی وجود دارد که می خواهید استفاده کنید، ابتدا مطمئن شوید که آن متخصصین و بیمارستان ها در شبکه گروه پزشکی و PCP هستند. نام و شماره تلفن مطب PCP شما بر روی کارت عضویت شما قید شده است.

اگر یک گروه پزشکی یا PCP را انتخاب نکنید یا اگر گروه پزشکی یا PCP را انتخاب کنید که در این برنامه درمانی موجود نیست، ما به طور خودکار یک گروه پزشکی و PCP را در نزدیکی منزلتان برای شما تعیین خواهیم کرد.

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تغییر PCP خود، لطفاً به «گزینه تغییر PCP شما» در زیر مراجعه کنید.

گزینه تغییر PCP

شما می توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه برنامه ما خارج شود. اگر PCP شما از شبکه طرح ما خارج شود، به شما کمک می کنیم PCP جدیدی پیدا کنید که در شبکه طرح ما باشد.

درخواست شما در اولین روز ماه بعد از تاریخی که برنامه ما درخواست شما را دریافت می کند معتبر خواهد بود. برای تغییر PCP روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) کاربران 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. تماس شما طی روز کاری بعد عودت داده می شود یا برای درخواست خود از وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com دیدن فرمایید.

وقتی با ما تماس می گیرید، حتماً به ما بگویید که آیا نزد متخصص می روید یا خدمات تحت پوشش دیگری که مستلزم اجازه PCP شما است را دریافت می کنید یا خیر (از قبیل خدمات سلامت در منزل و تجهیزات پزشکی بادوام). مرکز خدمات اعضا راهنمایی تان می کند که با تغییر PCP خود، چگونه می توانید همچنان به دریافت مراقبت تخصصی و سایر خدماتی که دریافت می کرده اید ادامه دهید. آن ها همچنین کنترل خواهند کرد تا اطمینان حاصل شود PCP که می خواهید نزد وی بروید بیماران جدید را می پذیرد. مرکز خدمات اعضا پرونده عضویت شما را تغییر خواهد داد و PCP جدید در آن ثبت خواهد شد. همچنین زمان اجرای تغییر به PCP جدید را به شما خواهد گفت.

آن ها همچنین یک کارت عضویت جدید را برای شما ارسال خواهند کرد که نام و شماره تلفن PCP جدید شما روی آن قید شده است.

به خاطر داشته باشید که PCP های برنامه درمانی ما با گروه های پزشکی مختلفی همکاری دارند. در صورت تغییر PCP خود ممکن است گروه های پزشکی شما نیز تغییر کند. هنگام درخواست برای تغییر حتماً به مرکز خدمات اعضا اعلام کنید که می خواهید نزد متخصص بروید یا سایر خدمات تحت پوششی را دریافت کنید که به تأییدیه PCP نیاز دارند. مرکز خدمات اعضا اطمینان حاصل خواهد کرد که هنگام تغییر PCP خودتان، شما همچنان بتوانید مراقبت تخصصی و دیگر خدمات را دریافت کنید.

خدماتی که بدون تأیید اولیه می توانید از PCP دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از مراجعه به سایر ارائه کنندگان، لازم است که از PCP خود تأییدیه بگیرید. این اجازه ارجاع خوانده می شود. می توانید خدماتی مانند مواردی زیر را بدون کسب اجازه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه کنندگان شبکه یا ارائه کنندگان خارج از شبکه.

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.



- مراقبت فوری مورد نیاز از خدمات‌دهندگان شبکه.
 - مراقبت فوری مورد نیاز از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه وقتی نمی‌توانید به ارائه‌کنندگان شبکه دسترسی پیدا کنید (برای مثال وقتی خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید).
 - خدمات دیالیز کلیه که از مرکز دیالیز مجاز Medicare وقتی در خارج منطقه شامل خدماتی خود هستید دریافت می‌کنید. (لطفاً قبل از ترک منطقه خدماتی با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را وقتی در خارج منطقه هستید دریافت کنید.)
 - واکسن آنفلوآنزا، و واکسن کووید-19 و همچنین واکسن های هپاتیت ب، و واکسن های ذات الریه، مادامی که از یک ارائه‌کننده خدمات شبکه دریافت شوند.
 - مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه غربالگری ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود مادامی که آن‌ها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
 - به علاوه اگر واجد شرایط دریافت خدمات از ارائه‌کننده خدمات بهداشتی برای سرخ‌پوستان باشید می‌توانید بدون معرفی نزد این ارائه‌کننده‌ها بروید.
 - خدمات تنظیم خانواده از ارائه‌کنندگان شبکه و ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
 - مراقبت‌های پایه دوران بارداری، خدمات بیماری‌های مقاربتی و آزمایش HIV.
- برای کسب اطلاعات دقیق‌تر درباره اینکه کدام خدمات ممکن است به تأییدیه قبلی (ارجاع) از طرف PCP نیاز داشته باشند، به فصل 4 مراجعه کنید.

D2. خدمات درمانی توسط متخصص و سایر ارائه‌کنندگان شبکه

متخصص پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن مراقبت درمانی ارائه می‌کند. انواع بسیار گوناگونی از متخصصان وجود دارد. در اینجا چند نمونه ذکر می‌شود:

- ارائه مراقبت از سوی متخصص سرطان‌شناسی برای بیماران سرطانی.
 - خدمات قلبی برای بیماران دارای مشکل قلبی.
 - خدمات ارتوپدی برای بیمارانی که در قسمت استخوان، عضله یا ماهیچه دچار مشکل هستند.
- برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه PCP خود را کسب کنید (این کار دریافت «ارجاع» به متخصص خوانده می‌شود). این نکته اهمیت دارد که ارجاع (اجازه از قبل) را پیش از رفتن نزد یک متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه‌کنندگان خاص از PCP خود دریافت کنید (چند استثنا وجود دارد که شامل مراقبت بهداشتی عادی از خانم‌ها می‌شود). اگر قبل از دریافت خدمات از متخصص ارجاع (اجازه از قبل) ندارید، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه این خدمات را بپردازید.
- اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت بیشتر برگردید، ابتدا کنترل کنید تا مطمئن شوید که ارجاع (اجازه از قبل) که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت‌های بیشتر به متخصص را پوشش می‌دهد.
- هر گروه پزشکی و PCP ارجاعی را به متخصصان خاصی از برنامه درمانی انجام داده و از بیمارستان‌های خاصی در داخل شبکه خود



و سایر خدمات تحت پوشش

استفاده می‌کند. یعنی گروه پزشکی و PCP که انتخاب می‌کنید ممکن است متخصصین یا بیمارستانی که می‌توانید استفاده کنید را مشخص کنند. اگر متخصصین یا بیمارستان‌هایی وجود دارند که می‌خواهید استفاده کنید، کنترل کنید که آیا گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند. اگر می‌خواهید نزد یک متخصص برنامه درمانی یا بیمارستانی بروید که PCP کنونی شما نمی‌تواند شما را به آن ارجاع دهد معمولاً می‌توانید PCP خود را تغییر دهید. در این فصل تحت «گزینه تغییر PCP شما»، درباره نحوه تغییر PCP توضیح می‌دهیم.

برخی انواع خدمات به دریافت اجازه از قبل از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما نیاز خواهند داشت (این کار کسب «مجوز قبلی» خوانده می‌شود). تأیید اولیه یک روال تأیید می‌باشد که قبل از اینکه خدمات خاصی را دریافت کنید اتفاق می‌افتد. اگر خدمات مورد نیاز شما به تأیید اولیه نیاز دارند، PCP شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. این درخواست مورد بررسی قرار گرفته و تصمیمی (تصمیم سازمان) برای شما و ارائه‌کننده شما ارسال خواهد شد. برای خدمات خاصی که نیاز به تأیید اولیه دارند به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.

D3. اگر ارائه‌کننده از برنامه خارج شود باید چه کاری انجام دهیم؟

ارائه‌کننده شبکه‌ای که در حال حاضر استفاده می‌کنید ممکن است برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌کنندگان شما برنامه درمانی ما را ترک کند، شما حقوق و حمایت‌هایی دارید که در زیر خلاصه می‌شود:

- اگرچه ارائه‌کنندگان شبکه ما ممکن است در طول سال تغییر کنند، ما باید دسترسی مداوم به ارائه‌کنندگان مجرب را در اختیار شما قرار دهیم.
- تلاش خود را به کار می‌گیریم تا حداقل 30 روز قبل‌تر، اطلاعیه‌ای در اختیارتان قرار دهیم تا زمان کافی برای انتخاب ارائه‌کننده جدید داشته باشید.
- به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه‌کننده مجرب جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر تحت مراقبت پزشکی قرار می‌گیرید، حق دارید که درخواست کنید و ما با شما همکاری کرده تا مطمئن شویم در دریافت درمانی که ضرورت پزشکی دارد اختلالی ایجاد نشود.
- اگر عقیده دارید که ما ارائه‌کننده قبلی شما را با یک ارائه‌کننده مجرب جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت شما به طور مناسب مدیریت نشده است، حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌کنندگان شما در حال ترک برنامه ما است، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم در پیدا کردن ارائه‌کننده جدید و مدیریت مراقبت به شما کمک کنیم. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء به این شماره ها 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.

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. نحوه دریافت مراقبت از خدمات‌دهندگان خارج از شبکه

اگر نوع خاصی از خدمات وجود دارد که شما لازم دارید و این خدمات در شبکه برنامه درمانی ما موجود نمی‌باشد، لازم خواهد بود که ابتدا تأیید اولیه (اجازه از قبل) را دریافت کنید. PCP شما تأیید اولیه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد.

بسیار مهم است که از قبل و پیش از مراجعه به ارائه‌کننده خارج از شبکه یا دریافت خدمات خارج از شبکه، تأییدیه دریافت کنید (به جز موارد اورژانسی و اضطراری، خدمات تنظیم خانواده و خدمات مربوط به دیالیز کلیه که برای آن‌ها اگر موقتاً خارج از منطقه خدماتی برنامه باشید تجهیزات دیالیز مورد تأیید Medicare را دریافت خواهید کرد). اگر تأییدیه را از قبل دریافت نکنید، ممکن است لازم باشد که هزینه این خدمات را خودتان پرداخت کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد پوشش مراقبت ضروری اضطراری و فوری در خارج از شبکه، لطفاً به بخش H در این فصل مراجعه کنید.

اگر به یک ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کنید، این ارائه‌کننده باید واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal باشد.

- اگر خدمات‌دهنده واجد شرایط شرکت در Medicare و/یا Medi-Cal نباشد نمی‌توانیم هزینه آن را پرداخت کنیم.
- اگر نزد ارائه‌کننده‌ای بروید که برای شرکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید.
- اگر برای شرکت در Medicare واجد شرایط نباشید، ارائه‌کنندگان باید به شما اطلاع دهند.

E. نحوه دریافت خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)

خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) شامل خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات مراکز پرستاری (NF) می‌شود. این خدمات ممکن است در خانه شما، جامعه یا در یک مرکز ارائه شوند. انواع گوناگون LTSS در زیر توصیف شده‌اند:

- **خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (CBAS):** برنامه خدمات مبتنی بر مرکز بیماران سرپایی، که خدمات مراقبت توسط پرستار حرفه‌ای، خدمات اجتماعی، کار و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، تعلیم و پشتیبانی از پرستار/خانواده، خدمات تغذیه‌ای، حمل و نقل و سایر خدمات را در صورتی که واجد شرایط باشید، ارائه می‌کند.
- **مرکز پرستاری (NF):** مرکزی که مراقبت را برای افرادی فراهم می‌کند که نمی‌توانند با ایمنی در خانه زندگی کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

همانگ‌کننده مراقبت شما به شما کمک خواهد کرد تا با هر برنامه آشنا شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره هر کدام از این برنامه‌ها، از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) کاربران 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.

F. نحوه دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روانی و اختلال مصرف مواد مخدر)

شما به خدمات بهداشتی رفتاری لازم پزشکی که تحت پوشش Medicare و Medi Cal هستند دسترسی خواهید داشت. Health Net Cal MediConnect دسترسی به خدمات بهداشتی رفتاری تحت پوشش Medicare را فراهم می‌کند. خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal توسط Health Net Cal MediConnect ارائه نمی‌شوند اما برای اعضای Health Net Cal MediConnect که واجد شرایط باشند از طریق سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس (DMH) و سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC) قابل دسترسی خواهند بود.

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.



F1. چه خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medi-Cal خارج از شبکه Health Net Cal MediConnect توسط سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس و سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC) ارائه می‌شوند؟

خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق برنامه سلامت روان شهرستان (MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که معیارهای ضرورت پزشکی و خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal در مورد شما وجود داشته باشد. خدمات سلامت روانی تخصصی Medi-Cal که توسط سازمان سلامت روانی شهرستان لس آنجلس (DMH) و سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (اختلال سوء مصرف مواد مخدر، کنترل و پیشگیری) (DPH/SAPC) ارائه می‌شوند عبارتند از:

- خدمات سلامت روان (ارزیابی، درمان، توانبخشی، متوازی و توسعه برنامه)
- خدمات حمایت دارویی
- درمان فشرده روزانه
- توانبخشی روزانه
- دخالت در موارد بحرانی
- تثبیت موارد بحرانی
- خدمات درمان مسکونی بزرگسالان
- خدمات درمان مسکونی در موارد بحرانی
- خدمات مرکز درمانی روانپزشکی
- خدمات روانپزشکی سرپایی عرضه شده در بیمارستان
- مدیریت پرونده هدفمند

اگر معیارهای لازم پزشکی برای بهرمندی از Drug Medi-Cal را داشته باشید، خدمات Drug Medi-Cal از طریق سازمان سلامت روان شهرستان لس آنجلس (DMH) و سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC) در اختیارتان قرار داده می‌شود. خدمات Drug Medi-Cal که توسط سازمان سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC) ارائه می‌شوند عبارتند از:

- خدمات درمانی سرپایی فشرده
- خدمات درمان مسکونی
- خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپایی
- خدمات درمان اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات نالترکسون برای اعتیاد به مواد مخدر



و سایر خدمات تحت پوشش

علاوه بر خدمات دارویی Medi-Cal فوق الذکر، ممکن است به خدمات دفع مسمومیت داوطلبانه به صورت بستری نیز در صورت احراز شرایط لازم پزشکی دسترسی داشته باشید.

شما به خدمات درمانی سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی داشته و تحت پوشش Medicare بوده و از طریق شبکه سلامت روان Health Net Cal MediConnect مدیریت می‌شود نیز دسترسی خواهید داشت. خدمات درمانی سلامت رفتاری شامل این موارد شده ولی به آن‌ها محدود نمی‌شود:

- خدمات سرپایی: مداخله در امور بحرانی مربوط به بیماران سرپایی، ارزیابی و درمان کوتاهمدت، درمان تخصصی بلندمدت و هرگونه خدمات درمانی توانبخشی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
- خدمات و لوازم بستری: تسهیلات در اتاق دو تخته یا بیشتر، شامل واحدهای درمان ویژه، لوازم و خدمات کمکی که معمولاً توسط مرکز ارائه می‌شوند.
- مراقبت از بیماران بستری و سطوح متفاوت: خدمات نیمه‌بستری در بیمارستان و ویژه بیماران سرپایی در مرکز تحت مجوز Medicare.
- دفع مسمومیت: خدمات بیماران سرپایی برای سم‌زدایی بدن در موارد حاد و درمان شرایط حاد پزشکی مرتبط با اختلال مصرف مواد مخدر.
- خدمات اورژانسی: غربالگری، معاینه و ارزیابی برای تشخیص اینکه آیا یک عارضه پزشکی اضطرابی روانی وجود دارد و مراقبت و درمان لازم برای تسکین یا رفع عارضه روانشناختی اضطرابی.

برای اطلاعات ارائه‌کننده، لطفاً به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای 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 پس از آن با شما تماس گرفته خواهد شد یا از وبسایت mmp.healthnetcalifornia.com دیدن فرمایید.

استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری

برای فهرستی از استثناها و محدودیت‌های خدمات سلامت رفتاری، لطفاً به فصل 4، بخش F، صفحه 116 مراجعه کنید: مزایایی که تحت پوشش Health Net Cal MediConnect، Medicare، یا Medi-Cal نیستند.

رویه مورد استفاده برای تشخیص ضرورت پزشکی خدمات سلامت رفتاری

برنامه باید بعضی خدمات سلامت رفتاری خاص و تجهیزات را تأیید کند تا تحت پوشش قرار بگیرند. برای جزئیات خدماتی که ممکن است به تأیید اولیه نیاز داشته باشند، لطفاً به فصل 4 مراجعه کنید. برای دریافت مجوز قبلی برای این خدمات، باید با خدمات اعضای 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. برنامه شما را به متخصص سلامت روان تحت قرارداد نزدیکی ارجاع خواهد داد که شما را برای تشخیص اینکه آیا به درمان بیشتری نیاز است ارزیابی خواهد کرد. اگر به درمان نیاز داشته باشید، متخصص سلامت روان تحت قرارداد یک برنامه درمان ایجاد می‌کند و آن را برای بررسی به Health Net Cal MediConnect ارسال خواهد کرد. خدمات موجود در برنامه درمانی وقتی توسط برنامه درمانی اجازه داده شوند تحت پوشش خواهند بود. اگر برنامه درمانی مورد تأیید برنامه درمانی قرار نگیرد، خدمات و لوازم دیگری برای آن عارضه تحت پوشش نخواهند بود. ولی برنامه درمانی ممکن است شما را برای کمک در دریافت مراقبتی که نیاز دارید به اداره سلامت روان شهرستان ارجاع دهد.

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

رویه ارجاع بین Health Net Cal MediConnect و لس آنجلس: اداره سلامت روان شهرستان (DMH) و اداره سلامت عمومی شهرستان لس آنجلس (کنترل و پیشگیری از اختلال مصرف مواد مخدر) (DPH/SAPC)

ارجاع برای خدمات سلامت رفتاری Health Net Cal MediConnect را می‌توانید از هر منبعی دریافت کنید؛ از جمله ارائه‌دهندگان خدمات سلامت رفتاری شهرستان، مدیران پرونده شهرستان، PCPها، اعضا و خانواده‌هایشان. این منابع معرفی می‌توانند از طریق تماس با شماره‌ای که روی کارت شناسایی عضویت شما درج شده است، با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرند. Health Net Cal MediConnect واجد شرایط بودن را تأیید می‌کند و در صورت لزوم، خدمات را اجازه می‌دهد.

Health Net Cal MediConnect با شهرستان لس آنجلس همکاری کرده تا ارجاع لازم و هماهنگ‌سازی مراقبت برای شما را ارائه کند.

ارجاعات برای سلامت روان تخصصی شهرستان و/یا خدمات الکل و مواد مخدر ممکن است مستقیماً توسط شما انجام شوند.

خدمات هماهنگ‌سازی مراقبت شامل هماهنگ‌سازی خدمات بین PCPها، ارائه‌کنندگان سلامت رفتاری شهرستان، مدیران پرونده شهرستان، شما و خانواده یا ارائه‌کننده خدمات مراقبت به شما در صورت لزوم می‌شود.

اگر در مورد خدمات درمانی سلامت رفتاری، مشکل یا شکایتی دارید چه کار کنید؟

مزایای موجود در این بخش منوط به همان روال تجدیدنظر مشابه هرگونه مزایای دیگر می‌باشد. برای اطلاع از شکایات به فصل 9، بخش ل، صفحه 222 مراجعه کنید.

ادامه مراقبت برای اعضای که در حال حاضر خدمات سلامت رفتاری دریافت می‌کنند

اگر در حال حاضر خدمات درمانی سلامت رفتاری دریافت می‌کنید، می‌توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌کننده خود ادامه دهید. ما باید این درخواست را در صورتی قبول کنیم که شما بتوانید یک رابطه موجود را با ارائه‌کننده خود در 12 ماه قبل از ثبت نام نشان دهید. اگر درخواست شما تأیید شود، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌کننده کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. بعد از 12 ماه اول، اگر به رفتن نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه ادامه دهید، ما ممکن است که دیگر مراقبت شما را پوشش ندهیم. برای دریافت راهنمایی درباره درخواست خود، لطفاً با مرکز خدمات اعضای 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.

G. نحوه دریافت خدمات جابجایی

Health Net Cal MediConnect با همکاری LogistiCare Solutions, LLC (LogistiCare)، خدمات حمل و نقل پزشکی غیراورژانسی (NEMT) و حمل و نقل غیر پزشکی (NMT) را به اعضای Health Net که در برنامه Cal MediConnect ثبت نام کرده‌اند ارائه می‌کند.

حمل و نقل پزشکی غیراورژانسی (NEMT)

حمل و نقل پزشکی غیراورژانسی لازم برای دریافت خدمات پزشکی تحت پوشش و منوط به نسخه کتبی پزشک، دندانپزشک یا متخصص بیماری‌های پا و تنها زمانی که وضعیت پزشکی و جسمانی دریافت‌کننده به وی اجازه نمی‌دهد که با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی یا وسیله دیگر حمل و نقل عمومی یا خصوصی جابجا شود.

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.



مزایای حمل و نقل NEMT شامل این موارد می‌شود:

- در هر سال برای هر عضو خدمات جابجایی رفت و برگشت نامحدود به صورت رایگان ارائه می‌شود
- آمبولانس، ون جابجایی صندلی چرخدار و ون حمل تخت
- خدمات جابجایی به محل ویزیت پزشکی از محل سکونت افراد و برگشت از آن
- بدون محدودیت در مورد مسافت طی‌شده در منطقه خدماتی
- جابجایی یکی از اعضای خانواده یا فرد مراقبت‌کننده از بیمار بدون هزینه اضافی
- می‌توانید از راننده درخواست کنید در مسیر مطب پزشک در محل داروخانه، مرکز رادیولوژی یا آزمایشگاه توقف داشته باشند (مسیر جداگانه‌ای لحاظ نخواهد شد)

حمل و نقل غیر پزشکی (NMT)

NMT شامل جابجایی به مراکز خدمات رسانی پزشکی از طریق ماشین مسافری، تاکسی یا دیگر روش های جابجایی عمومی/خصوصی است که توسط افرادی ارائه می‌شوند که به عنوان ارائه دهندگان Medi-Cal ثبت نشده اند. این خدمات شامل بازپرداخت مسافت پیموده شده به رانندگان تا زمانی که آنها عضو نباشند. اگر می‌خواهید توسط دوست یا یکی از اعضای خانواده هدایت شوید و می‌خواهید هزینه آن را دریافت کنید، لطفاً با MotivCare تماس بگیرید.

خدمات حمل و نقل NMT، خدمات جابجایی پزشکی افراد بیمار، مجروح، افرادی که دوران نقاهت خود را می‌گذرانند، افراد ناتوان یا اعضایی که به هر شکل مشکل و ناتوانی دارند با آمبولانس، ون مجهز به بالابر یا ون جابجایی صندلی چرخدار را دربر نمی‌گیرد.

مزایای حمل و نقل NMT شامل این موارد می‌شود:

- در هر سال برای هر عضو خدمات جابجایی رفت و برگشت نامحدود به صورت رایگان ارائه می‌شود
- خدمات ایستگاهی
- تاکسی، ماشین‌های مسافری استاندارد، ون کوچک و سایر حالت‌های حمل و نقل‌های خصوصی/عمومی
- بازپرداخت مسافت پیموده شده به رانندگان تا زمانی که آنها عضو نباشند
- خدمات جابجایی به محل ویزیت پزشکی از محل سکونت افراد و برگشت از آن
- بدون محدودیت در مورد مسافت طی‌شده در منطقه خدماتی
- جابجایی یکی از اعضای خانواده یا فرد مراقبت‌کننده از بیمار بدون هزینه اضافی
- می‌توانید از راننده درخواست کنید در مسیر مطب پزشک در محل داروخانه، مرکز رادیولوژی یا آزمایشگاه توقف داشته باشند (مسیر جداگانه‌ای لحاظ نخواهد شد)

برای درخواست خدمات حمل و نقل فوق‌الذکر با مرکز خدمات اعضای 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.

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.



درخواست حمل و نقل برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیر پزشکی بایستی هفت روز کاری از قبل تسلیم شود.

اگر لازم است که خدمات را برای زمانی فوری ترتیب دهید، این درخواست به صورت موردی بررسی می‌شود و بستگی به ماهیت و وقت ملاقات، زمان تعیین وقت خدمات پزشکی و در دسترس بودن منابع حمل و نقل دارد.

H. نحوه دریافت خدمات تحت پوشش در مواقع بروز حالت اورژانسی یا نیاز فوری به مراقبت، یا در شرایط بروز بحران

H1. خدمات درمانی هنگام وجود حالت پزشکی اورژانسی

تعریف وضعیت اورژانسی پزشکی

وضعیت اورژانسی پزشکی به شرایطی گفته می‌شود که در آن علائم درد شدید یا جراثحت شدید وجود داشته باشد. این عارضه آن قدر جدی است که اگر فوراً مورد درمان پزشکی قرار نگیرید، که خود فرد یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای سلامت شما یا جنین وجود داشته باشد؛ یا
- عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ یا
- عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود؛ یا
- در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر:
 - وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
 - انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد.

اگر وضعیت اورژانسی داشتید باید چه کار کنید؟

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- هرچه زودتر کمک دریافت کنید. با 911 تماس گرفته یا به نزدیکترین اتاق اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. نیازی نیست ابتدا از PCP خود تأیید یا ارجاع دریافت کنید.
- به محض اینکه برایتان امکان‌پذیر بود حتماً در مورد وضعیت اورژانسی‌تان به برنامه اطلاع دهید. باید مراقبت اضطراری شما را پیگیری کنیم. شما یا شخصی دیگر باید معمولاً ظرف 48 ساعت در مورد درمان اورژانسی‌تان با ما تماس بگیرید. اما لزومی ندارد به علت تأخیر در اطلاع رسانی به ما برای هیچکدام از این اقدامات هزینه‌ای پرداخت کنید. از طریق شماره تلفن 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام امن بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

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.

خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانسی پزشکی

می‌توانید مراقبت اضطراری تحت پوشش را هر زمان و در هر کجا در آمریکا یا مناطق آن دریافت کنید. اگر برای رفتن به اتاق اورژانس به آمبولانس نیاز دارید، برنامه درمانی ما آن را پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر به نمودار مزایا در فصل 4 بخش D صفحه 67 مراجعه کنید.

ممکن است بتوانید خارج از ایالات متحده مراقبت پزشکی اضطراری دریافت کنید. این مزایا محدود به \$50,000 در هر سال است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان» در جدول مزایای فصل 4 این کتابچه مراجعه کنید یا با مرکز خدمات اعضا 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 در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

پس از خاتمه وضعیت اضطراری، ممکن است لازم باشد که مراقبت را پیگیری کرده تا مطمئن شوید که حالتان بهبود پیدا می‌کند. مراقبت پیگیری تحت پوشش ما خواهد بود. اگر درمان اورژانسی خود را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید، ما تلاش خواهیم کرد که ارائه‌کنندگان شبکه در اسرع وقت درمان شما را به عهده بگیرند.

دریافت خدمات مراقبت اورژانسی در صورتی که وضعیت اورژانسی نباشد

بعضی مواقع تشخیص اورژانسی بودن شرایط از نظر پزشکی یا سلامت روانی دشوار است. ممکن است برای مراقبت اورژانسی مراجعه کنید و پزشک به شما اطلاع دهد که وضعیتتان در حقیقت اورژانسی نیست. تا وقتی به طور منطقی تصور می‌کنید که در خطر جدی هستید، ما مراقبت شما را پوشش خواهیم داد.

اما در صورتی که پزشک اعلام کند وضعیتتان اورژانسی نیست فقط در شرایط زیر خدمات دیگر را تحت پوشش قرار خواهیم داد:

- اگر به ارائه‌کننده شبکه مراجعه کنید، یا
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبت فوری» تلقی می‌شود و از مقررات برای دریافت این مراقبت پیروی می‌کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید)

H2. مراقبت‌های اورژانسی ضروری**تعریف خدمات درمانی اورژانسی مورد نیاز**

مراقبت مورد نیاز فوری مراقبتی است که برای بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اورژانسی نیست ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد و نیاز به مداوا داشته باشد.

خدمات مراقبتی اورژانسی ضروری هنگامی که در منطقه خدماتی برنامه حضور دارید

در اکثر مواقع، ما فقط زمانی مراقبت فوری را پوشش می‌دهیم که:

- اگر این خدمات درمانی را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید، و
- شما از سایر مقرراتی که در این فصل توصیف شده‌اند پیروی می‌کنید.

ولی اگر نمی‌توانید نزد یک ارائه‌کننده شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه پوشش خواهیم داد.

در موقعیت‌های وخیم اضطراری: با شماره «911» تماس گرفته یا به نزدیک‌ترین بیمارستان بروید.

اگر وضعیت شما زیاد وخیم نیست: با PCP خود یا گروه پزشکی تماس بگیرید یا اگر نمی‌توانید با آن‌ها تماس بگیرید یا فوراً به مراقبت

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.



پزشکی نیاز دارید، به نزدیکترین مرکز پزشکی، مرکز مراقبت فوری یا بیمارستان مراجعه کنید.

اگر مطمئن نیستید که آیا عارضه پزشکی اضطراری وجود دارد، می‌توانید برای دریافت راهنمایی با گروه پزشکی یا PCP خود تماس بگیرید.

گروه پزشکی شما در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته در دسترس می‌باشد تا به تماس‌های تلفنی شما در مورد مراقبت پزشکی که عقیده دارید فوراً نیاز دارید پاسخ دهد. آن‌ها وضعیت شما را ارزیابی کرده و دستوراتی را در مورد محل مراجعه برای دریافت مراقبتی که نیاز دارید به شما خواهند داد.

اگر مطمئن نیستید که وضعیتتان اورژانسی است یا به خدمات فوری نیاز دارید یا خیر، خط پرستاری ما در هر زمانی، روز یا شب، در دسترس شما است. می‌توانید با شماره گیری 1-855-464-3571 (TTY: 711)، به خط پرستاری ما دسترسی پیدا کنید. شما به عنوان عضو Health Net Cal MediConnect می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به خدمات تریاژ یا غربالگری دسترسی داشته باشید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضاء به این شماره ها تماس بگیرید 1-855-464-3571 (TTY: 711) اگر نیاز به کمک برای تعیین موقعیت یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت دارید. همچنین مرکز خدمات اعضا می‌تواند شما را به خط پرستاری منتقل کند. از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه، مرکز خدمات اعضا در دسترس است. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

خدمات مراقبتی ضروری هنگامی که خارج از منطقه خدماتی برنامه حضور دارید

اگر خارج از منطقه خدماتی برنامه باشید، ممکن است به خدمات درمانی ارائه‌کننده شبکه دسترسی نداشته باشید. در این صورت، برنامه درمانی ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد را از هر ارائه‌کننده ای پوشش خواهد داد.

برنامه درمانی ما، مراقبت‌های فوری یا هر گونه مراقبت غیر اورژانسی دیگری که در خارج از ایالات متحده دریافت کنید را پوشش نمی‌دهد.

خدمات مورد نیاز فوری که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می‌شوند ممکن است تحت مزایای پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اضطراری به حساب بیایند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان» در جدول مزایای فصل 4 این دفترچه مراجعه کنید.

H3. مراقبت در شرایط بروز بلایا

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس‌جمهور ایالات متحده اعلام وضعیت اورژانسی یا بلاای طبیعی را در منطقه جغرافیایی شما کند، همچنان می‌توانید از خدمات درمانی Net Cal MediConnect برخوردار شوید.

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دسترسی به خدمات مراقبتی مورد نیاز در زمان بروز بلاای طبیعی، از وبسایت ما بازدید کنید:

mmp.healthnetcalifornia.com

هنگام وقوع بلاای طبیعی، اگر نمی‌توانید از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، به شما اجازه می‌دهیم از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه به صورت رایگان خدمات درمانی دریافت کنید. اگر نتوانید به هنگام وقوع بلاای طبیعی، از داروخانه شبکه استفاده کنید، اجازه خواهید داشت داروهای تجویزی خود را از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 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.

1. اگر برای خدمات تحت پوشش برنامه بیمه ما، مستقیماً برای خودتان صورتحساب صادر شده است باید چه کار کنید

اگر ارائه دهنده ای صورت حساب را به جای طرح برای شما ارسال کرده است، باید از ما درخواست کنید سهممان را از قبض پرداخت کنیم. نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. اگر خودتان هزینه را پرداخت کنید، ممکن است برنامه نتواند هزینه را به شما برگرداند.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید یا اگر قبضی بابت کل هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از اینکه چه کاری انجام دهید به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید.

1.1 اگر خدمات تحت پوشش برنامه ما نیستند باید چه کاری انجام دهید

Health Net Cal MediConnect همه خدماتی را پوشش می‌دهد:

- خدماتی که ضرورت پزشکی آن‌ها تعیین شده باشد، و
 - آن‌ها در جدول مزایای برنامه فهرست شده‌اند (به فصل 4، بخش D، صفحه 70 مراجعه کنید)، و
 - که آن‌ها را با پیروی از مقررات برنامه درمانی دریافت می‌کنید.
- اگر خدماتی که تحت پوشش برنامه ما نیستند را دریافت می‌کنید، باید هزینه کامل آن‌ها را شخصاً خودتان پرداخت کنید.

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه هرگونه خدمات یا مراقبتی را پرداخت خواهیم کرد، شما حق دارید که از ما سؤال کنید. همچنین حق دارید این را به صورت کتبی درخواست کنید. اگر بگوییم که هزینه خدمات شما را پرداخت نخواهیم کرد، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

فصل 9، بخش D، صفحه 183 توضیحاتی ارائه می‌کند در مورد اینکه اگر بخواهید ما ارقام یا خدمات پزشکی را پوشش دهیم چه کار کنید. همچنین نحوه درخواست تجدیدنظر برای تصمیم پوشش ما را به شما می‌گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق تجدیدنظر خود می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را تا حد مشخصی پرداخت خواهیم کرد. اگر از آن حد تجاوز کنید، باید برای دریافت بیشتر آن نوع خدمات هزینه کامل را پرداخت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد این حدود و اینکه چقدر برای رسیدن به آن‌ها فاصله دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

2. پوشش خدمات درمانی وقتی در پژوهش تحقیقاتی کلینیکی حضور دارید

2.1 تعریف پژوهش تحقیقاتی کلینیکی

پژوهش تحقیقاتی کلینیکی (که به آن آزمایش کلینیکی نیز گفته می‌شود) روشی است که پزشکان از آن طریق انواع جدید داروها یا مراقبت‌های درمانی را آزمایش می‌کنند. آن‌ها برای کمک در انجام پژوهش درخواست داوطلب می‌کنند. این نوع پژوهش به پزشکان کمک می‌کند که تصمیم بگیرند آیا نوع جدید مراقبت درمانی یا دارو مؤثر بوده و آیا ایمن است یا خیر.

وقتی Medicare پژوهشی که می‌خواهید در آن شرکت کنید را تأیید کند، شخصی که در انجام آن پژوهش شرکت دارد با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص اطلاعاتی را در مورد پژوهش به شما خواهد داد و مشخص می‌کند که آیا برای شرکت در آن واجد شرایط هستید. شما تا

اگر هر گونه سؤالی 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.



و سایر خدمات تحت پوشش

وقتی شرایط لازم را برآورده کنید می‌توانید در پژوهش شرکت کنید. شما همچنین باید درک کنید و قبول کنید که برای پژوهش باید چه کار کنید.

شما در طول شرکت در پژوهش باید در برنامه درمانی ما عضویت داشته باشید. بدین طریق می‌توانید به دریافت مراقبت از برنامه ما که مربوط به پژوهش نیست ادامه دهید.

اگر می‌خواهید در پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لزومی ندارد که از ما یا ارائه‌دهنده اصلی خدمات درمانی خود اجازه بگیرید. ارائه‌کنندگانی که به عنوان بخشی از پژوهش، از شما مراقبت می‌کنند لزومی ندارد که از ارائه‌کنندگان شبکه باشند.

قبل از شروع پژوهش تحقیقاتی کلینیکی نیازی نیست به ما اطلاع دهید.

اگر می‌خواهید در پروژه تحقیقاتی کلینیکی شرکت کنید، شما یا هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان باید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و به ما اطلاع دهد که شما در آزمایش کلینیکی شرکت کرده‌اید.

J2. پرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت زمانی که در پژوهش تحقیقاتی کلینیکی حضور دارید

اگر برای یک پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، برای خدماتی که برای پژوهش تحت پوشش قرار می‌گیرند به علاوه مخارج معمول مربوط به مراقبت خودتان هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد. وقتی به پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare می‌پیوندید، شما برای بیشتر اقلام و خدماتی که به عنوان بخشی از پژوهش دریافت می‌کنید تحت پوشش هستید. شامل این موارد:

- هزینه بستری و خوراک در بیمارستان که Medicare پرداخت می‌کند حتی اگر در پژوهش نبودید.
- جراحی یا سایر عمل‌های پزشکی که بخشی از پژوهش باشند.
- درمان هرگونه اثرات جانبی و اختلالات مربوط به یک مراقبت جدید.

اگر در یک پروژه تحقیقاتی حضور دارید که Medicare آن را تأیید نکرده است، باید هزینه حضور در تحقیق را پرداخت کنید.

J3. اطلاعات بیشتر درباره پژوهش‌های تحقیقاتی بالینی

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش بالینی، <<Medicare & Clinical Research Studies>> (Medicare) و پژوهش بالینی را در وبسایت Medicare مطالعه کنید <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>. همچنین 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.

K. وقتی خدمات درمانی را در مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید، خدمات درمانی شما چطور تحت پوشش قرار می‌گیرند

K1. تعریف مؤسسه درمان سلامت غیرپزشکی مذهبی

مؤسسه درمان سلامت غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدماتی را ارائه می‌کند که به طور معمول در بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای دریافت می‌کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شما است، ما هزینه مراقبت در سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم.

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

شما می‌توانید مراقبت درمانی را در هر زمان و به هر دلیلی دریافت کنید. این مزایا تنها به خدمات بستری Medicare Part A مربوط می‌شود (خدمات مراقبت درمانی غیر پزشکی). Medicare تنها هزینه خدمات مراقبت درمانی غیر پزشکی ارائه شده توسط سازمان‌های مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی را پرداخت خواهد کرد.

K2. دریافت مراقبت از مؤسسه درمان سلامت غیر پزشکی مذهبی

شما برای دریافت مراقبت از سازمان مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی باید یک سند قانونی را امضا کنید که متذکر می‌شود شما مخالف دریافت درمان پزشکی «غیرمنتظره» هستید.

- درمان پزشکی «غیرمنتظره» هر نوع مراقبتی است که داوطلبانه بوده و طبق قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نیست.
- درمان پزشکی «مورد انتظار» هر نوع مراقبتی است که داوطلبانه نبوده و طبق قانون فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.

برای اینکه تحت پوشش برنامه درمانی ما باشید، مراقبتی که از سازمان مراقبت درمانی غیر پزشکی مذهبی دریافت می‌کنید باید شرایط زیر را برآورده کند:

- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare مجوز گرفته باشد.
 - پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه‌های غیر مذهبی مراقبت محدود می‌شود.
 - اگر خدماتی را از این سازمان دریافت کنید که در یک مرکز درمانی ارائه شده باشد، موارد زیر اعمال می‌شوند:
 - شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می‌دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
 - شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید اجازه ما را دریافت کنید یا در غیر اینصورت اقامت شما پوشش داده نخواهد شد.
- تا زمانی که الزامات بالا را برآورده کنید، برای این مزایا پوشش نامحدود وجود دارد.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME):

L1. DME به عنوان عضوی از برنامه ما

DME به معنای اقلام و تجهیزات خاصی است که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل ارائه می‌شوند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از صندلی چرخدار، عصا، سیستم‌های تشک برقی، تجهیزات بیماران دیابتی، تخت‌های بیمارستانی که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل سفارش داده می‌شوند، همچنین پمپ‌های تزریق درون وریدی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و وسایل اکسیژن، نیولایزر و واکر. شما همیشه صاحب برخی اقلام از قبیل پروتز خواهید بود.

در این بخش درباره DME که باید کرایه کنید صحبت می‌شود. شما به عنوان عضو برنامه Health Net Cal MediConnect، تا زمانی که ضرورت پزشکی وجود دارد و شما نیاز بلندمدت به آن تجهیزات دارید، می‌توانید DME (تجهیزات بادوام پزشکی) خودتان را در اختیار داشته باشید. علاوه بر این، PCP، گروه پزشکی و/یا Health Net Cal MediConnect شما باید این اقلام را تأیید، تنظیم و هماهنگ کرده باشند. با خدمات اعضا Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، تماس

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.



و سایر خدمات تحت پوشش

بگیرید. برای کسب اطلاع درباره شرایط کرایه یا مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام و اسناد مورد نیاز برای ارائه. 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.

در شرایط خاص، ما مالکیت DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مورد نیاز و اسنادی که باید ارائه کنید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر درحالی که عضو برنامه ما هستید یکی از تجهیزات پزشکی بادوام را خریداری کنید و تجهیزات به تعمیر نیاز داشته باشند، ارائه‌کننده مجاز است هزینه تعمیرات را از شما دریافت کند.

L2. مالکیت DME هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage

در برنامه Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند بعد از 13 ماه صاحب آن دستگاه خواهند بود. در برنامه Medicare Advantage، برنامه می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که فرد باید انواع خاصی از DME را اجاره کرده باشد و پس از آن مالکیت تجهیزات به او تعلق می‌گیرد.

توجه: تعریف طرح‌های Original Medicare و Medicare Advantage در فصل 12 ارائه شده است. همچنین در دفترچه Medicare و شما 2022 می‌توانید اطلاعات بیشتری کسب کنید. اگر نسخه‌ای از این دفترچه را ندارید، می‌توانید با مراجعه به وبسایت Medicare به آدرس (www.medicare.gov) یا تماس با شماره (1-800-633-4227) یا (1-800-MEDICARE) 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.

در شرایط زیر در Original Medicare باید به صورت متوالی 13 پرداخت داشته باشید یا به ترتیب تنظیم شده توسط طرح Medicare Advantage باید پرداخت‌ها را انجام دهید تا بتوانید مالکیت DME را دریافت کنید:

- در حالیکه عضو برنامه ما بودید صاحب DME نشده باشید و
 - برنامه خود را ترک کنید و مزایای Medicare را خارج از هر برنامه درمانی در برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage دریافت کنید.
- اگر پیش از پیوستن به برنامه ما، به برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage بابت DME وجه پرداخت کرده‌اید، آن پرداخت به Original Medicare یا Medicare Advantage به عنوان پرداختی که لازم است پس از ترک برنامه ما پرداخت کنید حساب نخواهد شد.

- در Original Medicare باید به صورت متوالی 13 پرداخت داشته باشید یا به ترتیب تنظیم شده توسط طرح Medicare Advantage باید پرداخت‌های جدیدی را انجام دهید تا بتوانید مالکیت DME را دریافت کنید.
- در صورت برگشت به طرح Original Medicare یا Medicare Advantage هیچ استثنایی در این مورد وجود نخواهد داشت.

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به عنوان عضو برنامه ما:

اگر واجد شرایط تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید و عضوی از برنامه ما باشید، ما موارد زیر را پوشش خواهیم داد:

- اجاره تجهیزات اکسیژن

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.



- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله گذاری و لوازم جانبی برای تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- نگهداری و تعمیر تجهیزات اکسیژن

در صورتی که تجهیزات اکسیژن دیگر از نظر پزشکی برای شما لازم نیستند یا در صورتی که از برنامه ما خارج شوید، این تجهیزات باید به مالک آن بازگردانده شوند.

L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به برنامه Original Medicare یا Medicare Advantage

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری هستند و شما برنامه ما را ترک کنید و به Original Medicare بروید، شما این تجهیزات را برای مدت 36 ماه، از تامین کننده اجاره خواهید کرد. پرداخت‌های ماهانه اجاره شما تجهیزات اکسیژن و تدارکات و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می‌دهد.

اگر تجهیزات اکسیژن بعد از 36 ماه اجاره آنها، باز هم از نظر پزشکی ضروری باشند:

- تأمین کننده شما باید تجهیزات، تدارکات و خدمات اکسیژن را برای 24 ماه دیگر ارائه دهد.
- در صورت ضرورت پزشکی، تامین کننده شما باید تا حداکثر 5 سال، تجهیزات و تدارکات اکسیژن را برای شما فراهم کند.

اگر تجهیزات اکسیژن در پایان دوره 5 ساله، باز هم از نظر پزشکی ضروری باشند:

- تامین کننده شما دیگر مجبور به فراهم کردن آن نیست، و شما می‌توانید انتخاب کنید که تجهیزات جایگزین را از هر تامین کننده‌ای دریافت کنید.
- یک دوره 5 ساله جدید شروع می‌شود.
- برای مدت 36 ماه از یک تامین کننده، تجهیزات را اجاره خواهید کرد.
- سپس تأمین کننده شما باید تجهیزات، تدارکات و خدمات اکسیژن را برای 24 ماه دیگر ارائه دهد.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشند، هر 5 سال یک بار، یک چرخه جدید شروع می‌شود.

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری هستند و شما برنامه ما را ترک کنید و به برنامه Medicare Advantage بروید، این برنامه حداقل آن چیزی که Original Medicare پوشش می‌داد را پوشش خواهد داد. می‌توانید از برنامه Medicare Advantage خودتان سوال کنید که چه تجهیزات و تدارکات اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه شما چه قدر خواهد بود.

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.



فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

در این فصل اطلاعاتی درباره خدمات تحت پوشش Health Net Cal MediConnect و هرگونه محدودیت در رابطه با این خدمات ارائه می‌شود. درباره مزایایی که تحت پوشش برنامه ما نیستند نیز توضیحاتی ارائه شده است. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش بیمه	64
A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی	64
B. قوانین مربوط به ارائه‌کنندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند	64
C. جدول مزایای طرح ما	65
D. جدول مزایا	67
E. مزایای تحت پوشش خارج از Health Net Cal MediConnect	107
E1. خدمات جابجایی افراد ناتوان در کالیفرنیا (CCT)	107
E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal	108
E3. مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج	108
F. مزایایی که تحت پوشش Health Net Cal MediConnect، Medicare یا Medi-Cal نیستند	109

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.



A. خدمات تحت پوشش بیمه

در این فصل، اطلاعاتی در مورد خدماتی که Health Net Cal MediConnect هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند ارائه می‌شود. شما می‌توانید اطلاعاتی را نیز در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند کسب نمایید. اطلاعات مربوط به مزایای دارو در فصل 5، بخش A، صفحه 116 است. این فصل محدودیت‌های برخی از خدمات را نیز توصیف می‌کند.

چون از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا وقتی که از مقررات برنامه درمانی پیروی کنید بابت خدمات تحت پوشش خود هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید. برای جزئیات بیشتر در مورد قوانین طرح، به فصل 3، بخش B، صفحه 43 مراجعه کنید.

اگر برای اطلاع از خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و/یا مرکز خدمات اعضا 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.

A1. در حین مواقع اضطراری بهداشت عمومی

Health Net Cal MediConnect از هرگونه و تمام راهنمایی‌های ایالتی و/یا فدرال مربوط به فوریت‌های بهداشت عمومی (PHE) پیروی خواهد کرد. در طول PHE، این طرح تمام پوشش لازم را برای اعضای ما فراهم می‌کند. بسته به خدمات دریافتی و مدت زمان PHE، پوشش ممکن است متفاوت باشد. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دسترسی به خدمات مراقبتی مورد نیاز در زمان بروز بلایای طبیعی، از وبسایت ما بازدید کنید: mmp.healthnetcalifornia.com. می‌توانید با این شماره‌ها تماس بگیرید 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.

B. قوانین مربوط به ارائه‌کنندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند

ما به ارائه‌کنندگان Health Net Cal MediConnect اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات تحت پوشش از شما هزینه دریافت کنند. ما مستقیماً به ارائه‌کنندگان خود دستمزد می‌دهیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه مطالبه شده حمایت می‌کنیم. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری پردازی که ارائه‌کننده برای خدمات مطالبه می‌کند صادق است.

شما هرگز نباید بابت خدمات تحت پوشش، صورتحسابی از ارائه‌کننده دریافت کنید. در این صورت، به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر هرگونه 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.



C. جدول مزایای طرح ما

جدول مزایای اطلاعاتی را در مورد خدماتی که برنامه درمانی هزینه آن‌ها را می‌پردازد به شما می‌دهد. در این جدول، خدمات به ترتیب حروف الفبا ذکر شده و خدمات تحت پوشش توضیح داده شده است.

ما تنها زمانی هزینه خدمات مندرج در جدول مزایا را پرداخت می‌کنیم که قواعد زیر برآورده شده باشند. تا زمانی که شرایط لازم مربوط به پوشش بیمه که در زیر آمده است را دارا باشید، برای خدمات مندرج در فهرست مزایا هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.

- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal شما باید براساس مقررات وضع‌شده از طرف Medicare و Medi-Cal ارائه شوند.

- این خدمات (شامل مراقبت پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، تدارکات، تجهیزات و داروها) باید ضرورت پزشکی داشته باشند. «ضرورت پزشکی» بدین معناست که برای پیشگیری، شناسایی یا درمان عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت به این خدمات نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. خدمات زمانی از نظر پزشکی ضروری هستند که از نظر منطقی برای محافظت از جان شما، پیشگیری از بروز بیماری‌های حاد یا ناتوانی‌های شدید یا کاهش دردهای شدید لازم باشند.

- شما می‌توانید از ارائه‌کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. خدمات‌دهنده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، هزینه مراقبتی را که از ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید پرداخت نخواهیم کرد. فصل 3 بخش D، صفحه 45 حاوی اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از شبکه و ارائه‌کنندگان خارج از شبکه می‌باشد.

- شما یک ارائه‌دهنده اصلی خدمات درمانی (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، قبل از مراجعه به پزشک دیگری که PCP شما نیست یا استفاده از سایر خدمات‌دهندگان شبکه برنامه درمانی، PCPتان باید به شما اجازه بدهد. این کار ارجاع نام دارد. فصل 3 بخش D، صفحه 45 حاوی اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع بوده و وقتی به ارجاع نیاز دارید را توصیف می‌کند.

- شما باید از ارائه‌کنندگانی که به گروه PCP شما وابسته هستند مراقبت دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 3، بخش D، صفحه 46 مراجعه کنید.

- برخی از خدماتی که در جدول مزایا ذکر شده‌اند تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری ابتدا از ما اجازه بگیرد. به این کار دریافت مجوز قبلی گفته می‌شود. خدمات تحت پوشش که به تأییدیه قبلی نیاز دارند در جدول مزایا به صورت ایتالیک مشخص شده‌اند.

- همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. شما این سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیری در جدول مزایا مشاهده خواهید کرد.

- خدمات اختیاری برنامه درمانی (CPO) ممکن است در برنامه درمانی شخصی شما موجود باشند. این خدمات کمک بیشتری در منزل برای شما فراهم می‌کنند؛ نظیر وعده‌های غذایی، کمک به شما یا پرستار، یا میله‌های کمکی دوش حمام و سطح شیب‌دار. این خدمات به شما کمک می‌کند تا مستقل‌تر زندگی کنید ولی جانشین خدمات و پشتیبانی‌های بلند مدت (long-term services and supports, LTSS)، که تحت پوشش Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شود. چند مثال از خدمات CPO که Health Net Cal MediConnect در گذشته عرضه کرده است در زیر آورده شده است: برنامه کنار گذاشتن امور مراقبتی جهت استراحت برای مراقبین خانواده تا 24 ساعت هر 6 ماه و خدمات ویژه برای گروه‌ها (SSG) که در آن بازدیدهای خانگی با هدف اتصال اعضای ما به منابع جامعه برنامه ریزی

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



و انجام می شود. اگر به کمک نیاز دارید یا مایلید بدانید خدمات CPO چگونه می تواند به شما کمک کند، با هماهنگی کننده مراقبت خود تماس بگیرید.

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.



D. جدول مزایا

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
	<p>غربالگری آنورسم آنورت شکمی</p> <p>ما یک بار هزینه معاینه غربالگری سونوگرافی برای اشخاص در معرض خطر را پرداخت خواهیم کرد. برنامه ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پوشش می‌دهد که دارای عوامل خطر مشخصی باشید و اگر از پزشک، دستیار پزشک، پرستار یا متخصص پرستاری بالینی خود برای آن معرفی بگیرید.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
	<p>طب سوزنی</p> <p>در هر ماه می‌توانید حداکثر دو بار جلسه طب سوزنی داشته باشید یا اگر از نظر پزشکی ضروری باشد می‌توانید به تعداد دفعات بیشتری این کار را انجام دهید.</p> <p>همچنین هزینه 12 ویزیت طب سوزنی در مدت 90 روز برای درد مزمن پایین کمر پرداخت خواهیم کرد، اگر مشخصات زیر را داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 12 هفته یا بیشتر ادامه داشته باشد؛ • خاص نباشد (بدون علت سیستمی قابل شناسایی، مانند مواردی که مربوط به بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی نباشد)؛ • مربوط به عمل جراحی نباشد؛ و • مربوط به بارداری نباشد. <p>همچنین در صورت نشان دادن علائم بهبودی، هزینه 8 جلسه طب سوزنی دیگر را برای درد مزمن پایین کمر پرداخت خواهیم کرد. امکان این وجود ندارد که در هر سال بیش از 20 جلسه درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر دریافت کنید.</p> <p>در صورتی که بهتر نشدید یا بدتر شدید، درمان طب سوزنی برای درد پایین کمر باید متوقف شود.</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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل</p> <p>ما هزینه یک غربالگری سوء مصرف الکل (SBIRT) را برای بزرگسالانی پرداخت خواهیم کرد که دچار سوء مصرف الکل هستند ولی به آن اعتیاد ندارند. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود.</p> <p>اگر غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، می‌توانید سالانه حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره حضوری با یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه دارای مجوز یا یک کارورز در محیط مراقبت‌های اولیه دریافت کنید (اگر در طول مشاوره آماده و هوشیار باشید).</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات آمبولانس</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش عبارتند از خدمات زمینی، خدمات آمبولانس هوایی از طریق هواپیما و هلی کوپتر. آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد.</p> <p>عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید به تأیید ما برسد.</p> <p>در موارد غیر اورژانسی، ما ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش‌های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>ویزیت تندرستی (wellness) سالانه</p> <p>شما می‌توانید یک معاینه چک آپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری بر اساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می‌باشد. هر 12 ماه هزینه این موارد را پرداخت می‌کنیم.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>سنجش تراکم استخوان</p> <p>ما هزینه روال‌های خاص را برای اعضای واجد شرایط پرداخت خواهیم کرد (معمولاً شخصی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا خطر پوکی استخوان باشد). این روال‌ها توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می‌کند.</p> <p>ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت خواهیم کرد. ما دستمزد پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قلبی (دریافت اجازه قلبی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>معاینه تشخیص سرطان سینه (ماموگرام)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک ماموگرام اولیه بین 35 و 39 سالگی • یک معاینه غربالگری ماموگرام هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا • معاینات بالینی سینه هر 24 ماه <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قلبی (دریافت اجازه قلبی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات توانبخشی قلبی</p> <p>ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی را برای خدماتی از قبیل ورزش، آموزش و مشاوره پرداخت خواهیم کرد. اعضا باید واجد شرایط خاصی با ارجاع پزشک باشند.</p> <p>ما همچنین هزینه برنامه‌های توانبخشی قلبی متمرکز را پوشش می‌دهیم که از برنامه‌های توانبخشی قلبی فشرده‌تر است.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قلبی (دریافت اجازه قلبی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی)</p> <p>برای کمک به کاهش احتمال بروز بیماری‌های قلبی، هزینه ویزیت را یک بار در سال، یا بیشتر در صورت ضرورت پزشکی، برای ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه پرداخت می‌کنیم. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استفاده از اسپیرین را توصیه کند، • فشار خون شما را کنترل کند، و/یا • به شما راهنمایی‌هایی ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می‌خورید. <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>آزمایش بیماری قلب و عروق</p> <p>ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی‌های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز کنترل می‌کنند.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و مهبل</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه • برای زنانی که احتمال بروز سرطان دهانه رحم یا واژن در آنها زیاد است: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنانی که نتیجه تست پاپ اسمیر آن‌ها در 3 سال گذشته غیرطبیعی بوده است و در سن بارداری هستند: هر 12 ماه یک تست پاپ اسمیر • برای زنان بین 30 تا 65 سال: آزمایش پاپیلوماوی انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ اسمیر به علاوه HPV هر 5 سال یکبار <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>خدمات کایروپراکتیک (پادرمانی)</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • میزان سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>غربالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد</p> <p>برای اشخاص به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر (یا غربالگری تنقیه باریوم) هر 48 ماه • آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه • آزمایش خون پنهان در مدفوع گایاک یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع، هر 12 ماه یک بار • غربالگری DNA برای سرطان روده بزرگ، هر 3 سال • کولونوسکوپی هر ده سال یک بار (اما نه ظرف 48 ماه بعد از معاینه غربالگری سیگموئیدوسکوپی) • هر 24 ماه کولونوسکوپی (یا معاینه غربالگری تنقیه باریوم) برای اشخاصی که احتمال ابتلا به سرطان روده بزرگ در آن‌ها بالاست. <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات اجتماع محور بزرگسالان (CBAS)</p> <p>CBAS برنامه خدماتی برای بیماران سرپایی می‌باشد که اشخاص طبق جدول زمانی در آن شرکت می‌کنند. این برنامه مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان (شامل درمان شغلی، ورزش درمانی و گفتار درمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ارائه‌کننده مراقبت، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را عرضه می‌کند. ما در صورت برآوری ضوابط واجد شرایط بودن هزینه CBAS را پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>توجه: اگر مرکز CBAS در دسترس نباشد، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>مشاوره برای ترک سیگار یا استفاده از توتون </p> <p>اگر از دخانیات استفاده می‌کنید ولی علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به آن را ندارید و می‌خواهید یا نیاز دارید ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما هزینه دو تلاش برای ترک در یک دوره 12 ماهه را به عنوان خدمات پیشگیری پرداخت خواهیم کرد. این خدمات رایگان می‌باشند. هر تلاش برای ترک شامل چهار جلسه مشاوره رو در رو می‌باشد. <p>اگر از توتون استفاده می‌کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به توتون مبتلا هستید یا دارویی را مصرف می‌کنید که ممکن است توتون بر آن تأثیری داشته باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما هزینه دو مشاوره ترک سیگار را ظرف یک دوره 12 ماهه پرداخت خواهیم کرد. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد. <p>اگر حامله هستید، ممکن است با تأیید اولیه، مشاوره ترک سیگار نامحدود دریافت کنید.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات دندانپزشکی</p> <p>بعضی از خدمات خاص دندانپزشکی، از جمله جرم‌گیری، پر کردن و گذاشتن دندان مصنوعی در Medi-Cal Dental Program قابل ارائه است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا به بخش E2 مراجعه کنید.</p> <p>شما باید با خدمات‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>غریبالگری افسردگی </p> <p>ما هزینه یک غریبالگری افسردگی را در هر سال پرداخت خواهیم کرد. این غریبالگری باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اولیه انجام شود که بتواند درمان و ارجاعات بعدی را ارائه کند.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

غربالگری دیابت



ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایشات گلوکز در حالت ناشتا) را در صورتی پرداخت خواهیم کرد که شما مبتلا به یکی از عوامل خطر زیر باشید:

- فشار خون بالا
- تاریخچه میزان غیرعادی کلسترول و تری گلیسیرید
- چاقی
- تاریخچه قند خون بالا (گلوکز)

آزمایشات ممکن است در برخی موارد دیگر از قبیل اینکه مبتلا به اضافه وزن و تاریخچه خانوادگی دیابت باشید تحت پوشش باشند.

بستگی به نتایج آزمایش، ممکن است واجد شرایط حداکثر دو غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد



آموزش، خدمات و لوازم کنترل شخصی دیابت

ما هزینه خدمات زیر را برای همه اشخاص مبتلا به دیابت پرداخت خواهیم کرد (صرف‌نظر از اینکه انسولین مصرف کنند یا خیر):

- لوازم کنترل و نظارت بر قند خون شامل موارد زیر:
 - دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون
 - نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون
 - تیغ و وسیله‌های مربوطه
 - محلول‌های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه‌های کنترل
 - برای اشخاص مبتلا به دیابت که به بیماری شدید دیابت یا مبتلا هستند، هزینه‌های زیر را پرداخت خواهیم کرد:
 - یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل قالب) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت قالب اضافی در هر سال تقویمی، یا
 - یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت قالب در سال (شامل قالب‌های برداشتنی غیرسفارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند)
 - ما هزینه آموزش برای کمک در مدیریت دیابت شما را در برخی موارد پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.
- لوازم و دستگاه سنجش قند خون اگر از داروخانه تهیه شود به برندهای *Accu-Chek* و *OneTouch* محدود می‌شود. سایر برندها تحت پوشش نیست؛ مگر با مجوز قبلی.
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.
- تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه

(برای تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)» به فصل 12، صفحه 244 این دفترچه راهنما مراجعه کنید.)

اقلام زیر تحت پوشش هستند:

- صندلی چرخدار
 - عصای زیر بغل
 - سیستم خوشخواب برقی
 - پد فشار خشک برای تشک
 - لوازم دیابت
 - تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند
 - پمپ و پل تزریق درون وریدی (IV)
 - پمپ انترال و منبع
 - دستگاه‌های تولید گفتار
 - تجهیزات و لوازم اکسیژن
 - نبولایزر
 - واکر
 - عصای خمیده استاندارد یا واکر و وسایل جایگزین
 - نگهدارنده گردن (بر روی در)
 - محرک استخوان
 - تجهیزات دیالیز
- اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش باشند.

ما هزینه همه وسیله‌های بادوام پزشکی (DME) که معمولاً Medicare و Medi-Cal هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کنند، پرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌کننده ما در منطقه شما یک برند یا مدل خاص از تجهیزات را نداشته باشد، می‌توانید از آن‌ها درخواست کنید برایتان سفارش بدهند.

ادامه این مزایا در صفحه بعد



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p style="text-align: center;">تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مربوطه (ادامه)</p> <p>لطفاً به منظور دریافت کمک در یافتن ارائه‌کننده دیگری که ممکن است وسیله مورد نظر را داشته باشد با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.</p> <p>وسایله‌های با دوام پزشکی که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند. شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	<p style="text-align: center;">مراقبت اضطراری</p> <p>مراقبت اورژانسی یعنی خدماتی که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط ارائه‌کننده‌ای ارائه شوند که در زمینه خدمات مراقبت اورژانسی آموزش دیده است، و • برای درمان وضعیت اضطراری پزشکی لازم هستند. <p>وضعیت اضطراری پزشکی یک وضعیت پزشکی است که با درد شدید و آسیب جدی همراه است. وضعیت به قدری جدی است که اگر فوراً به آن رسیدگی نشود، هر شخصی با دانش متوسط بهداشتی و پزشکی، گمان می‌کند در نتیجه آن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدی برای سلامت شما یا جنین وجود داشته باشد؛ یا • عملکردهای بدن آسیب جدی می‌بینند؛ یا • عملکرد یکی از اعضا یا قسمت‌های بدن با اختلال جدی روبرو می‌شود؛ یا • در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، در شرایط زیر: <ul style="list-style-type: none"> ○ وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد. ○ انتقال به بیمارستان دیگر ممکن است سلامت و امنیت شما یا جنین‌تان را در خطر قرار دهد. <p>اگر مراقبت اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثبات پیدا کرد به مراقبت بیمارستان بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما ادامه پیدا کند باید به یک بیمارستان شبکه برگردید. شما تنها در صورتی که برنامه درمانی با اقامت شما موافقت کند، می‌توانید برای مراقبت بستری، در بیمارستان خارج از شبکه بمانید.</p> <ul style="list-style-type: none"> • پوشش بیمه در ایالات متحده. <p>برای پوشش خارج از آمریکا، لطفاً به «پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان» در جدول مزایای زیر مراجعه کنید.</p> <p>منظور از آمریکا، 50 ایالت، منطقه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزایر ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی است.</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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

خدمات تنظیم خانواده

قانون به شما اجازه می‌دهد تا هر ارائه‌کننده‌ای را برای خدمات تنظیم خانواده خاص انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده.

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- معاینه تنظیم خانواده و درمان پزشکی
 - آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص
 - روش‌های تنظیم خانواده (IUD، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرص‌های ضد بارداری، پیچ، یا حلقه)
 - لوازم تجویزی تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک)
 - مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه
 - مشاوره، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STI)
 - مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV
 - جلوگیری از بارداری دائمی (باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال یا بیشتر داشته باشید. باید حداقل 30 روز اما کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت عقیم‌سازی امضا کنید).
 - مشاوره ژنتیک
- ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت خواهیم کرد. ولی شما باید به ارائه‌کننده‌ای در شبکه ارائه‌کنندگان ما برای خدمات زیر مراجعه کنید:
- مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش‌های مصنوعی باردار شدن نمی‌شود).
 - مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV
 - آزمایش ژنتیک



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی</p> <p>ما برنامه‌های زیادی را عرضه می‌کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس‌های آموزش‌های بهداشتی؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک سیگار و تنباکو؛ و • خط تلفن پرستاری • مزایای تناسب اندام <p>با «مزایای تندرستی» عضویت پایه در مجموعه‌های مشارکت‌کننده به شما ارائه می‌شود، یا می‌توانید یک برنامه تندرستی در خانه درخواست کنید.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد</p>	
<p>خدمات شنوایی</p> <p>ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید. وقتی این آزمایش‌ها را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، تحت پوشش مراقبت سرپایی هستند.</p> <p>اگر باردار هستید یا در یک مرکز خدمات پرستاری اقامت دارید، ما هزینه سمعک که شامل موارد زیر می‌شود را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قالب، لوازم و جاسازی • تعمیری که بیش از \$25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد. • یک مجموعه باتری‌های اولیه • شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید. • دوره اجاره آزمایشی سمعک <p>هزینه خدمات مزایای سمعک شامل مالیات فروش، به \$1,510 در هر سال مالی محدود می‌شود (یک سال مالی از جولای هر سال تا ژوئن سال بعد محاسبه می‌شود). اگر باردار می‌باشید، حداکثر مبلغ \$1,510 برای شما اعمال نمی‌شود. هزینه عویض سمعکی که گم شده، به سرقت رفته یا تحت شرایطی خارج از کنترل شما از بین رفته در \$1,510 برای حداکثر مبلغ مزایا منظور نشده است.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>غربالگری HIV </p> <p>ما هزینه یک غربالگری HIV را در هر 12 ماه برای اشخاص زیر پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آزمایش معاینه غربالگری HIV درخواست کنند، یا • در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند. <p>برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش معاینه تشخیص HIV را در طول بارداری پرداخت می‌کنیم.</p> <p>ما همچنین هزینه غربالگری (های) اضافی HIV را هنگامی که توسط ارائه دهنده شما توصیه می‌شود، پرداخت می‌کنیم.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>مراقبت درمانی سازمان در خانه</p> <p>قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل دریافت کنید، پزشک باید به شما بگوید که به آن‌ها نیاز دارید و بایستی توسط یک سازمان درمانی در منزل ارائه شوند.</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل پاروقت یا ناپیوسته (که تحت مزایای مراقبت درمانی در خانه پوشش داده می‌شود، باید خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل شما به همراه هم برابر با کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشند). • ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • لوازم و وسیله‌های پزشکی <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

درمان انفوزیون و تزریق خانگی

این برنامه هزینه درمان انفوزیون و تزریق خانگی، یعنی دارو‌ها یا مواد بیولوژیکی که در داخل رگ یا زیر پوست تزریق و در خانه ارائه می‌شوند، پرداخت خواهد کرد. برای انجام انفوزیون و تزریق خانگی به موارد زیر نیاز است:

- یک دارو یا ماده بیولوژیک، برای مثال یک آنتی‌ویروس یا گلوبولین ایمنی؛
- تجهیزات، از قبیل پمپ؛ و
- لوازم مورد نیاز مثل لوله و سوند.

این برنامه هزینه خدمات انفوزیون و تزریق خانگی که شامل اما نه محدود به این موارد می‌شوند را پوشش می‌دهد:

- خدمات حرفه‌ای، از جمله خدمات پرستاری، که بر اساس برنامه مراقبتی شما ارائه می‌شوند؛
- آموزش و تمرین عضو که از قبل در مزایای DME قید نشده است؛
- نظارت از راه دور؛ و
- نظارت روی خدمات مربوط به مفاد درمان انفوزیون و تزریق خانگی و داروهای انفوزیون و تزریق خانگی که از سوی ارائه‌کننده درمان تزریق خانگی واجد صلاحیت آماده شده است.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج

می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. اگر ارائه‌کننده شما و متخصص و مدیر امور بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌کننده شبکه یا ارائه‌کننده خارج از شبکه باشد.

برنامه درمانی وقتی خدمات آسایشگاه را دریافت می‌کنید هزینه موارد زیر را پرداخت خواهد کرد:

- داروهای درمان علائم بیماری و درد
- مراقبت تنفسی کوتاه مدت
- مراقبت در منزل

ادامه این مزایا در صفحه بعد

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج (ادامه دارد)

برای خدمات مراقبت در منزل و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B، هزینه‌ها از Medicare دریافت می‌شود.

- برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش F این فصل مراجعه کنید.

برای خدمات تحت پوشش Health Net Cal MediConnect که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیستند:

- Health Net Cal MediConnect خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نیستند را پوشش خواهد داد. برنامه درمانی خدمات را صرف‌نظر از اینکه به پیش‌بینی لاعلاج بودن بیماری شما مربوط باشند یا خیر، پوشش خواهد داد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare بخش D در Health Net Cal MediConnect باشند:

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5، بخش F3، صفحه 135 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبتی غیر از مراقبت بیماران لاعلاج نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. این نوع مراقبت به لاعلاج بودن بیماری شما مربوط نمی‌شود. می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت‌هایتان از طریق این شماره‌ها 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.

برنامه ما خدمات مشاوره بیماری لاعلاج را برای افراد مبتلا به بیماری‌های لاعلاج که مزایای بیماری لاعلاج را انتخاب نکرده‌اند تحت پوشش قرار می‌دهد (فقط یک بار).

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبیل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p style="text-align: right;">ایمنی‌سازی‌ها </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن پنومونی • واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، همراه با واکسن اضافی آنفولانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن هیپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هیپاتیت B هستید. • واکسن کووید-19 • سایر واکسن‌ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare بخش B را برآورده می‌کنند. <p>ما هزینه سایر واکسن‌هایی که الزامات پوشش Medicare بخش D را دارند پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر فصل 6، بخش H، صفحه 141 را بخوانید.</p> <p>ما همچنین هزینه تمام واکسن‌های توصیه‌شده توسط هیئت مشاوره در مورد اقدامات ایمن‌سازی (ACIP) را پرداخت می‌کنیم. شما باید با ارائه‌کننده خود مشورت کرده و برای هیپاتیت B یا سایر واکسن‌ها ارجاع دریافت کنید.</p> <p>برای واکسیناسیون پنومونی (ذات الریه) یا آنفولانزا نیازی به تأیید اولیه نیست.</p> <p>تأیید اولیه (اجازه از قبیل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای هیپاتیت B یا سایر واکسن‌ها لازم باشد.</p>	<p style="text-align: right;">درمان بستری بیمارستانی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد) • خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص • خدمات پرستاری عادی • هزینه بخش‌های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش‌های مراقبت از قلب • داروها • تست‌های آزمایشگاهی • اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی • لوازم جراحی و پزشکی ضروری <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد</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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان (ادامه)

- وسایلی از قبیل صندلی چرخدار
 - خدمات اتاق جراحی و ریکآوری
 - ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتار درمانی
 - خدمات اعتیاد بیماران بستری
 - در برخی موارد، پیوند اندام‌های زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/اندام‌های داخلی.
- اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند تأییدشده Medicare، پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا شرایط پیوند عضو را دارید یا خیر. ارائه‌کنندگان پیوند عضو می‌توانند محلی یا خارج از منطقه خدمات‌رسانی باشند. اگر ارائه‌کنندگان محلی خدمات پیوند عضو تمایل داشته باشند نرخ Medicare را بپذیرند، می‌توانید خدمات پیوند را به صورت محلی یا خارج از الگوی درمان اجتماع خود دریافت کنید. اگر Health Net Cal MediConnect خدمات پیوند را خارج از برنامه درمانی اجتماع ما ارائه دهد و شما انتخاب کنید که پیوند را آنجا انجام دهید، هزینه اقامت و جابجایی شما و یک فرد دیگر را تقبل خواهیم کرد.
- خون، شامل ذخیره و تزریق
 - خدمات پزشکی

شما باید برای ادامه دریافت مراقبت بستری در بیمارستان خارج از شبکه، از برنامه تأییدیه دریافت کنید. پس از آنکه وضعیت اورژانسی شما ثابت شد.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت سلامت روان به صورت بستری

ما هزینه خدمات مراقبت سلامت روان که نیاز به اقامت در بیمارستان دارند را پرداخت خواهیم کرد.

- اگر به خدمات بیماران بستری در یک بیمارستان روانپزشکی مستقل نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت خواهیم کرد. بعد از آن، سازمان سلامت روان محلی شهرستان هزینه خدمات روانپزشکی بیماران بستری را که ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت خواهد کرد. اجازه برای مراقبت بعد از 190 روز با سازمان سلامت روان محلی شهرستان هماهنگ خواهد شد.
- محدوده 190 روزه به خدمات سلامت روان بیماران بستری که در مرکز روانپزشکی بیمارستان عمومی ارائه می‌شود مربوط نمی‌شود.
- اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتوی بیماری‌های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت خواهیم کرد.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

اقامت بیماران بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) به هنگام بستری بدون پوشش

اگر بستری شدن شما در طول دوره بیماری منطقی نبوده و ضرورت پزشکی نداشته باشد، ما پرداختی برای آن انجام نمی‌دهیم.

با این حال، ممکن است در شرایط خاص که خدمات بستری تحت پوشش نیست، هزینه خدماتی که حین اقامت در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید را پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات تماس حاصل فرمایید.

ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:

- خدمات پزشکی
- آزمایشات تشخیصی، از قبیل تست‌های آزمایشگاهی
- پرتوپرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین
- پانسمان جراحی
- تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی
- وسیله‌های پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسیله‌هایی. این‌ها وسایلی هستند که:
 - همه یا بخشی از اندام داخلی بدن (شامل بافت مجاور) را جایگزین می‌کنند، یا
 - همه یا بخشی از عملکرد اندام داخلی بدن که غیرقابل جراحی است یا درست کار نمی‌کند را جایگزین می‌کنند.
- ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا، بازو و چشم مصنوعی. این خدمات شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت بیمار می‌شود.
- فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

خدمات و لوازم بیماری کلیه

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- خدمات ارزیابی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت کلیه و کمک به اعضا تا تصمیمات خوبی را در مورد مراقبت خود اتخاذ کنند. شما باید مبتلا به مرحله IV بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه حداکثر شش جلسه خدمات آموزش بیماری کلیه را پوشش خواهیم داد.
 - دیالیز سرپایی، که شامل درمان‌های دیالیز می‌شود، در صورتی که موقتاً از محدوده تحت پوشش بیمه خارج باشد، همان‌طور که در فصل 3 بخش D4 صفحه 50 توضیح داده شده است
 - درمان‌های دیالیز بیماران بستری اگر شما به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرفته شده باشید
 - آموزش دیالیز توسط بیمار، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می‌کند
 - وسیله‌ها و لوازم دیالیز در منزل
 - برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت‌های ضروری توسط مددکاران آموزش‌دیده دیالیز برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و ذخیره آب شما.
- مزایای دارویی Medicare بخش B هزینه بعضی از داروهای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «داروهای تجویزی Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

غربالگری سرطان ریه 

ما هر 12 ماه یک بار هزینه غربالگری سرطان ریه را می‌پردازیم در صورتیکه شما:

- بین 50 تا 80 سال سن داشته باشید، و
 - با پزشکتان یا خدمات‌دهنده مورد تأیید دیگری مشورت کرده باشید و به تصمیم مشترکی رسیده باشید، و
 - حداقل به مدت 20 سال روزی 1 پاکت سیگار کشیده‌اید و هیچ علانمی از سرطان ریه ندارید یا اینکه در حال حاضر سیگار می‌کشید یا در 15 سال گذشته سیگار کشیدن را ترک کرده‌اید.
- بعد از اولین غربالگری، برنامه با دستور کتبی از طرف پزشک یا ارائه‌کننده مورد تأیید دیگر، هر سال هزینه یک غربالگری دیگر را نیز تقبل خواهد کرد.
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.
- تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>مزایای وعده غذایی</p> <p>این طرح بلافاصله پس از ترخیص شدن شخص بستری در بیمارستان وعده های غذایی را به خانه تحویل می دهد تا به بهبودی عضو کمک کند. 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>برای برنامه ریزی تحویل غذا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره تلفن‌ها پشت جلد این کتابچه درج شده‌اند.</p> <p><i>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</i></p>	
<p>درمان تغذیه پزشکی </p> <p>این مزایا برای اشخاصی است که به دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین بعد از پیوند کلیه و در صورت ارجاع توسط پزشک چنین حالتی وجود دارد.</p> <p>ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره حضوری را در سال اولی که خدمات درمان تغذیه پزشکی را تحت Medicare دریافت می‌کنید پرداخت خواهیم کرد. (این موضوع شامل برنامه درمانی ما، هر برنامه Medicare Advantage دیگر یا Medicare می‌شود.) ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.</p> <p>بعد از آن، هزینه دو ساعت خدمات مشاوره حضوری در سال را پرداخت خواهیم کرد. اگر وضعیت، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات درمان بیشتری را با ارجاع پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و چنانچه درمان شما در سال تقویمی بعدی لازم باشد، هر سال ارجاع را تمدید کند. ممکن است در صورت ضرورت پزشکی خدمات اضافی را تأیید کنیم.</p> <p><i>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</i></p> <p><i>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</i></p>	
<p>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare </p> <p>هزینه خدمات MDPP توسط برنامه پرداخت خواهد شد MDPP به شما کمک می‌کند رفتارهای سالمی را در خودتان ارتقا دهید. آموزش‌های عملی را در زمینه‌های زیر ارائه می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییر بلندمدت رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت فیزیکی، و • روش‌هایی برای حفظ وزن کاهش‌یافته و سبک زندگی سالم. <p><i>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</i></p> <p><i>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</i></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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

داروهای تجویزی Medicare بخش B

- این داروها تحت پوشش Medicare بخش B هستند. ممکن است برخی داروها مشمول درمان مرحله‌ای باشند: Health Net Cal MediConnect هزینه داروهای زیر را پرداخت خواهد کرد:
- داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی‌کنید و وقتی خدمات پزشک، خدمات سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می‌کنید به شما تزریق یا درون‌ریزی می‌شود
 - داروهایی که با استفاده از وسیله‌های با دوام پزشکی (از قبیل نیولایزر) مصرف می‌کنید که به تأیید برنامه درمانی رسیده است
 - عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می‌کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید
 - داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare بخش A عضو باشید
 - داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها در صورتی پرداخت می‌شود که زمین گیر باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یائسگی می‌شود و نمی‌توانید دارو را خودتان تزریق کنید.
 - آنتی‌ژن‌ها
 - برخی داروی خوراکی ضدسرطان و داروهای ضد تهوع

داروهای نسخه دار Medicare بخش B (ادامه)

- بعضی از داروهای خاص برای دیالیز در منزل، از جمله هپارین، آنفیدوت برای هپارین (اگر از نظر پزشکی ضروری باشد)، بی‌حسی موضعی و داروهای شبیه ساز خون سازی (erythropoiesis) (مثل Epoen، Procrit، Epoetin Alfa، Aranesp، یا Darbepoetin Alfa)
 - گلوبولین ایمنی تزریقی داخل وریدی برای درمان خانگی بیماری‌های نارسایی ایمنی اولیه
- لینک زیر، شما را به فهرستی از داروهای بخش B که ممکن است مشمول درمان گام‌به‌گام باشند هدایت می‌کند:
<https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html>
- همچنین بعضی از واکسن‌های تحت مزایای داروهای تجویزی Medicare بخش B و بخش D خودمان را پوشش می‌دهیم. فصل 5، بخش A، صفحه 125 مزایای داروهای تجویزی سرپایی را توضیح می‌دهد. این بخش مقرراتی که باید برای پوشش داروهای تجویزی پیروی کنید را توصیف می‌کند.
- فصل 6، بخش D3، صفحه 148 هزینه‌ای را که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید توصیف می‌کند.
- تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

حمل و نقل پزشکی غیراورژانسی (NEMT)

این مزایا اجازه حمل و نقلی را می‌دهد که بیشتر مقرون به صرفه و قابل دسترسی باشد. این موارد عبارتند از: خدمات حمل و نقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد، ون جابجایی صندلی چرخدار و هماهنگی برای حمل و نقل نیمه‌عمومی.

زمانی این نوع حمل‌ونقل اجازه داده می‌شود که:

- وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما امکان مسافرت با اتوبوس، ماشین‌سواری، تاکسی یا روش دیگر حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی را نمی‌دهد، و
 - برای دریافت مراقبت پزشکی لازم، نیاز به حمل و نقل وجود دارد.
- بسته به خدمات ممکن است نیاز به اخذ مجوز قبلی باشد.

برای درخواست خدمات حمل‌ونقل فوق‌الذکر با مرکز خدمات اعضای 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.

درخواست حمل و نقل برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی بایستی هفت روز کاری از قبل تسلیم شود.

اگر لازم است که خدمات را برای زمانی فوری ترتیب دهید، این درخواست مورد به مورد بررسی می‌شود و به ماهیت وقت ملاقات، زمان تعیین وقت خدمات پزشکی و موجودی منابع حمل و نقل بستگی خواهد داشت.

ModivCare (با نام پیشین LogistiCare) در دریافت نسخه (فرم بیانیه مورد تأیید پزشک) از طرف ارائه دهنده به شما کمک خواهد کرد.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

بسته به خدمات ممکن است به تأیید اولیه نیاز باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

حمل و نقل غیرپزشکی (NMT)

این مزایا امکان حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط اتومبیل مسافربری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/خصوصی را می‌دهد.

این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما نمی‌شود.

لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات حمل و نقل به فصل 3، بخش G، صفحه 53 مراجعه کنید.

برای درخواست خدمات حمل و نقل فوق‌الذکر با مرکز خدمات اعضای 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.

درخواست حمل و نقل برای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی بایستی هفت روز کاری از قبل تسلیم شود.

اگر لازم است که خدمات را برای زمانی فوری ترتیب دهید، این درخواست مورد به مورد بررسی می‌شود و به ماهیت وقت ملاقات، زمان تعیین وقت خدمات پزشکی و موجودی منابع حمل و نقل بستگی خواهد داشت.

ModivCare (با نام پیشین LogistiCare) در دریافت نسخه (فرم بیانیه مورد تأیید پزشک) از طرف ارائه دهنده به شما کمک خواهد کرد.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت در مرکز پرستاری

مرکز پرستاری (NF) محلی است که برای اشخاصی که نمی‌توانند در خانه مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند، مراقبت ارائه می‌دهد.

خدماتی که هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کنیم شامل موارد زیر شده ولی به آن‌ها محدود نمی‌شوند:

- اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت وجود ضرورت پزشکی)
- خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص
- خدمات پرستاری
- ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی
- تنفس‌درمانی
- داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته‌کننده خون.)
- خون، شامل ذخیره و تزریق
- لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند
- تست‌های آزمایشگاهی که به طور معمول توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- استفاده از وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- خدمات پزشک/کارور پزشکی
- وسیله پزشکی بادوام
- خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی
- مزایای بینایی

ادامه این مزایا در صفحه بعد

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه)</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات شنوایی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات پاپزشکی <p>شما معمولاً مراقبت خود را از مراکز داخل شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می‌کند را قبول کنند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند). • مرکز پرستاری که همسر شما در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند. شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید. <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>غربالگری و درمان چاقی برای حفظ وزن مناسب</p> <p>اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک به کاهش وزن شما را خواهیم پرداخت. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آن را با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد افیونی</p> <p>این برنامه درمانی هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) پرداخت خواهد کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیتهای مصرفی • ارزیابی های دوره ای • داروهای دارای مجوز سازمان غذا و دارو (FDA) و در صورت مصداق، مدیریت و ارائه این داروها به شما • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان انفرادی و گروهی • انجام آزمایش تشخیص مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم‌شناسی) <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

آزمایشات تشخیص و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی

ما هزینه خدمات زیر و سایر خدمات دارای ضرورت پزشکی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:

- اشعه ایکس
 - پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی
 - لوازم جراحی از قبیل پانسمان
 - تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسیله‌های استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی
 - تست‌های آزمایشگاهی
 - خون، شامل ذخیره و تزریق
 - سایر آزمایشات تشخیص بیماری سرپایی (شامل آزمایشات پیچیده از قبیل CT، MRI، MRA، SPECT)
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.
- تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی

ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا درمان بیماری یا جراحی دریافت می‌کنید را می‌پردازیم؛ نظیر:

- خدمات در بخش اورژانس یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل جراحی سرپایی یا خدمات نظارتی
 - خدمات نظارتی به پزشک شما کمک می‌کند که بدانند آیا شما باید در بیمار «بستری» شوید یا خیر.
 - گاهی می‌توان شب را در بیمارستان به سر کرد و همچنان به صورت «سرپایی» درمان شد.
 - شما می‌توانید در این برگه درباره درمان بستری و سرپایی اطلاعات بیشتری کسب کنید: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
 - صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش‌های تشخیصی
 - مراقبت سلامت روان شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود.
 - صورتحساب بیمارستان برای پرتوپرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی
 - لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری
 - معاینات تشخیصی و خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا فهرست شده‌اند
 - برخی داروهایی که نمی‌توانید مصرف کنید
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.
- تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد**مراقبت سلامت روان به صورت سرپایی**

ما هزینه خدمات سلامت روان ارائه شده توسط مراکز زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد
 - روانشناس بالینی
 - مددکار اجتماعی بالینی
 - متخصص پرستاری بالینی
 - پرستار مجاز
 - دستیار پزشک
 - هر متخصص مراقبت سلامت روان مجاز دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد.
- ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:

- خدمات درمانگاه
- مداوا در طول روز
- خدمات توانبخشی روان شناسی
- بستری شدن ناکامل/برنامه‌های ویژه بیماران سرپایی
- ارزیابی و درمان سلامت روان به طور فردی و گروهی
- آزمایش روان شناسی وقتی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان بالینی ایجاب نماید
- خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی
- آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل‌های بیماران سرپایی
- مشاوره روانپزشکی

تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

خدمات توانبخشی بیماران سرپایی

ما هزینه ورزش درمانی، شغل درمانی و گفتار درمانی را پرداخت خواهیم کرد.

شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>خدمات اعتیاد بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مشاوره و غربالگری سوء مصرف الکل • درمان سوء استفاده دارویی • مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی • سم زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی • خدمات مربوط به الکل و/یا موادمخدر در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی • مداوا به صورت پیوسته رهش با نالترکسون (vivitrol) <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>جراحی سرپایی</p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات بیماران سرپایی را در مراکز بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>اقلام بدون نسخه (OTC)</p> <p>این طرح موارد محدود OTC موجود از طریق پست را پوشش می‌دهد و داروخانه‌های خرده فروشی CVS را بدون هیچ هزینه ای برای شما انتخاب می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید.</p> <p>یکی از مزایای اضافی برنامه درمانی ما، پوشش موارد بدون نسخه (OTC) واجد شرایط تا \$55 در هر 3 ماه تقویمی است.</p> <p>مزایای OTC به یک سفارش در هر 3 ماه تقویمی محدود می‌شود. مبالغ استفاده نشده به سه ماهه بعدی تقویمی منتقل نمی‌شود.</p> <p>شما می‌توانید حداکثر 9 مورد را در هر سه ماه تقویمی سفارش دهید مگر اینکه غیر از این در کتابچه ذکر شده باشد. محدودیتی درباره تعداد کل موارد در سفارش شما وجود ندارد.</p> <p>از این مزایا تنها می‌توان برای سفارش اقلام OTC برای فرد عضو استفاده کرد.</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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>خدمات بستری شدن ناکامل</p> <p>بستری شدن جزئی، یک برنامه ساختاریافته روان‌درمانی فعال است. این برنامه به عنوان خدمات بیماران سرپایی بیمارستان یا توسط مرکز سلامت روان جامعه محلی عرضه می‌شود. محتوای این برنامه از مراقبتی که در مطب پزشک یا روانپزشک خود دریافت می‌کنید عمق بیشتری دارد. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید.</p> <p>توجه: به دلیل اینکه برای Cal MediConnect به گواهی Medicare نیاز است، ما بستری شدن جزئی را فقط در وضعیت سرپایی پوشش می‌دهیم.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
<p>خدمات پزشک/ارائه‌کننده شامل ویزیت‌های مطب پزشک</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل‌هایی از این قبیل ارائه می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی مجاز ○ بخش بیماران سرپایی بیمارستان ● مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص ● معاینات شنوایی و تعادل پایه که توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی اولیه شما ارائه می‌شوند، چنانچه پزشک شما آن را تجویز کند تا ببیند به درمان نیاز دارید یا خیر <p>ادامه این مزایا در صفحه بعد</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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

خدمات پزشکی/خدمات‌دهنده شامل ویزیت در مطب پزشک (ادامه)

1. برخی خدمات مراقبت از راه دور، از جمله خدمات مربوط به: مراقبت‌های اولیه، متخصص و سایر خدمات حرفه‌ای مراقبت‌های بهداشتی، و خدمات تخصصی سلامت روان سرپایی، از جمله مراقبت روان‌کاوی.
 - شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات مشاوره را از طریق تلفنی دریافت کنید، باید از یکی از ارائه‌کنندگان خدمات عضو شبکه استفاده کنید که این خدمات را به روش تلفنی ارائه می‌دهد.
2. خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های ماهانه مرتبط با بیماری کلیوی مرحله انتهایی (ESRD) در یک مرکز دیالیز کلیه بیمارستانی یا بیمارستانی با دسترسی در مواقع حساس، مرکز دیالیز کلیه یا خانه عضو برای اعضای که در منزل دیالیز انجام می‌دهند.
3. خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم یک حمله قلبی
4. خدمات Telehealth برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال سلامت روانی همزمان
 - پذیرش مجازی (مثلاً از طریق تلفن یا گفتگوی ویدیویی) با ارائه‌کننده برای 5 تا 10 دقیقه، اگر:
 - ارزیابی ویدیو و/یا تصاویر ارسالی شما برای پزشک و توضیح و پیگیری از سوی پزشک تا 24 ساعت طول می‌کشد، اگر:
5. مشورت پزشک شما با سایر پزشکان از طریق تلفن، اینترنت یا دستگاه ضبط الکترونیک سلامت، اگر بیمار جدید نباشید
 - نظر ثانویه توسط یک ارائه‌کننده دیگر شبکه قبل از انجام عمل
 - مراقبت غیر روتین دندانپزشکی. خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می‌شوند:
 - جراحی آرواره یا ساختارهای مربوطه
 - جا انداختن شکستگی آرواره یا استخوان‌های صورت
 - کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک
 - خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد	
<p>خدمات پزشکی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا) مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که روی پا تأثیر می‌گذارند، از قبیل دیابت <p>سایر خدمات معمول مراقبت از پا محدود به 12 ویزیت در هر سال است که شامل برش یا برداشت خشکی و پینه‌های پا و کوتاه کردن یا آرایش ناخن‌ها است</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p>	
<p>معاینات تشخیص سرطان پروستات</p> <p>برای مردان به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یکبار در هر 12 ماه پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> معاینه انگشتی راست روده آزمایش آنتی‌ژن ویژه پروستات (PSA) <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.</p> <p>تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم 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 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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

پروتز و لوازم مربوطه

پروتز جایگزین همه یا بخشی از قسمت‌ها یا عملکرد یک اندام می‌شود. ما هزینه پروتزهای زیر و احتمالاً سایر وسایلی که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:

- کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی
- تغذیه با لوله و وریدی، شامل کیت‌های تأمین غذا، پمپ، لوله و آداپتور تزریق، محلول‌ها و منابع برای تزریق توسط خود
- ضربان ساز
- ساپورت
- کفش پروتزی
- بازو و پای مصنوعی
- پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی پستان برداری)
- پروتزهای لازم برای جایگزینی کلیه قسمت‌های خارجی بدن که بر اثر بیماری، آسیب یا نقص مادرزادی برداشته شده یا دچار آسیب شده‌اند
- کرم و پوشک بی‌اختیاری ادرار و مدفوع

ما هزینه برخی لوازم مربوط به پروتز را نیز پرداخت خواهیم کرد. ما هزینه تعمیر یا تعویض پروتز را نیز پرداخت خواهیم کرد.

ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای اطلاعات بیشتر به بخش مراقبت از چشم در بخش بعدی در صفحه 110 مراجعه کنید.

ما هزینه دستگاه‌های پروتز دندان را پرداخت نخواهیم کرد.

باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و برای لوازم مرتبط با بی‌اختیاری ادرار و پوشک ارجاع بگیرید.

تأییدیه قبلی (دریافت اجازه قبلی) به غیر از موارد اورژانسی ممکن است برای پوشش لازم باشد.

خدمات توانبخشی ریوی

ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای پرداخت خواهیم کرد که مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی (COPD) متوسط تا بسیار شدید هستند. شما باید برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌دهنده معالجه COPD درخواست ارجاع داده شوید.

ما هزینه خدمات تنفسی را برای بیمارانی که به ونتیلاتور وابسته هستند پرداخت خواهیم کرد.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

غربالگری و مشاوره برای عفونت‌های مقاربتی (STI)



ما هزینه غربالگری کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B را پرداخت خواهیم کرد. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض خطر بیشتر STI قرار دارند تحت پوشش می‌باشند. ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه باید دستور آزمایش‌ها را بدهد. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم.

ما هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رو در روی رفتاری با محتوای عمیق تر را نیز برای بزرگسالان فعال جنسی که در معرض افزایش خطر STI هستند پوشش خواهیم داد. هر جلسه ممکن است 20 تا 30 دقیقه طول بکشد. ما تنها زمانی هزینه این جلسات مشورتی به عنوان خدمات پیشگیرانه را پرداخت خواهیم کرد که از طرف یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه تجویز شده باشد. این جلسات باید در یک مرکز مراقبت‌های درمانی اولیه از قبیل مطب پزشک باشند.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)

ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده‌اند را پرداخت خواهیم کرد:

- اتاق نیمه‌خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد
- خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص
- خدمات پرستاری
- ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی
- داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می‌کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون
- خون، شامل ذخیره و تزریق
- لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می‌شوند
- تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- وسیله‌هایی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- خدمات پزشک/ارائه‌کننده

شما معمولاً مراقبت خود را از مراکز داخل شبکه دریافت می‌کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی‌باشد. شما می‌توانید مراقبت را در صورتی در محل‌های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می‌کند را قبول کنند.

- آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا وقتی مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند)
 - مرکز پرستاری که همسر شما وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند
- تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

ورزش‌درمانی تحت نظارت (SET)

برنامه درمانی هزینه SET را برای اعضای پرداخت می‌کند که بیماری سرخرگ محیطی (PAD) علامت‌دار دارند و از طرف پزشک معالج PAD برای PAD معرفی‌نامه دارند. برنامه درمانی هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کند:

- تا 36 جلسه در مدت زمان 12 هفته در صورتی که همه پیش‌نیازهای SET را داشته باشید
- تعداد 36 جلسه اضافی دیگر به مرور زمان اگر ارائه‌کننده خدمات مراقبت درمانی آن را از نظر پزشکی ضروری بداند

برنامه SET باید:

- حاوی جلسه‌های 30 تا 60 دقیقه‌ای برنامه ورزش درمانی برای PAD برای اعضای باشد که به خاطر جریان خون نامناسب دچار مشکل "لنگیدن" (claudication) هستند
- این برنامه در مرکز بیمارستان سرپایی بیمارستان یا در مطب پزشک ارائه شود
- درمان توسط پرسنل مورد تأیید انجام شود و اطمینان حاصل شود که مزایای این کار بیشتر از ضرر آن برای بیمار است، همچنین این افراد باید در زمینه ورزش درمانی برای PAD آموزش دیده باشند
- تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار/متخصص پرستاری کلینیک باشد که برای روش‌های احیای اولیه و پیشرفته آموزش دیده باشند

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد

مراقبت درمانی فوری

درمان فوری برای موارد زیر ارائه می‌شود:

- مورد غیر اورژانسی که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، یا
- بیماری ناگهانی، یا
- مصدومیت، یا
- عارضه‌ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد.

اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، باید ابتدا تلاش کنید که آن را از یک ارائه‌کننده داخل شبکه دریافت کنید. ولی وقتی نمی‌توانید به ارائه‌کننده داخل شبکه دسترسی پیدا کنید، می‌توانید از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه استفاده کنید.

مراقبت فوری مورد نیاز که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت شود ممکن است تحت مزایای پوشش اضطراری/فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اورژانسی محسوب شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اورژانسی/فوری در سرتاسر جهان» در جدول مزایای زیر ر در صفحه 113 مراجعه کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

مراقبت‌های بینایی

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- یک معاینه عادی چشم در هر سال؛ و
- عینک تا حداکثر قیمت 250 دلار (فریم‌های استاندارد و غیراستاندارد و لنزهای عینک تک دید، دو کانونی، سه کانونی یا لنتی‌کولار) هر دو سال*،**، یا
- تا حداکثر 250 دلار برای لنزهای تماسی انتخابی، جاگذاری و ارزیابی در هر دو سال*،**،***.
- معاینه ضعف بینایی (تا حداکثر چهار بار در سال)****
- وسیله ضعف بینایی****

*از تاریخ خدمات/خرید، مزایای چندساله ممکن است در سال‌های بعدی موجود نباشند.

**شما برای 100% هرگونه تنه باقیمانده بیشتر از سهمیه \$250 برای مسئول هستید.

***هزینه لنزهای تماسی لازم برای بینایی، جاگذاری و ارزیابی آنها در هر دو سال به طور کامل پرداخت می‌شود.

****پوشش به خانم‌های باردار یا اشخاصی محدود می‌شود که در مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارند وقتی شرایط تشخیص و تجویز برآورده شوند. چند نمونه از خدمات تحت پوشش:

معاینه: ارزیابی تخصصی، جاگذاری وسیله ضعف بینایی و نظارت بعدی در صورت لزوم، شامل مراقبت پیگیری به مدت شش ماه.

ادامه این مزایا در صفحه بعد

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد



چشم‌پزشکی (ادامه)

وسيله ضعف بينايی شامل:

- وسيله‌های ضعف بينايی دستی و ساير وسيله‌های سوار شده بر روی غير عینک
- وسيله‌های ضعف بينايی لنزهای منفرد سوار شده روی عینک
- سيستم تلسکوپي و ساير لنزهای ترکیبی شامل سيستم تلسکوپي دید دور، تلسکوپي دید نزدیک و لنزهای ترکیبی

مراقبت بينايی (ادامه) خدمات چشم پزشکی

بايد با ارائه‌کننده خود مشورت کرده و برای معاینات بينايی تحت پوشش Medicare ارجاع دریافت کنید. خدمات پزشکی چشم توسط PCP شما ارائه شده یا ترتیب داده می‌شود.

ما هزینه خدمات پزشک بیماران سرپایی را برای تشخیص و درمان بیماری و مصدومیت چشمی پرداخت خواهیم کرد. برای مثال، این شامل معاینات بينايی برای رتینوپاتی دیابتی افرادی که دیابت دارند و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود.

برای اشخاصی که در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند، هزینه یک غربالگری آب سیاه در سال را پرداخت خواهیم کرد. اشخاص زیر در معرض افزایش خطر آب سیاه قرار دارند:

- اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند
- اشخاصی که دیابت دارند
- آمریکایی‌های آفریقایی تبار به سن 50 سال به بالا
- آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار با سن 65 سال به بالا

ما هزینه یک عینک طبی یا لنزهای تماسی را بعد از جراحی آب مروارید هنگامی پرداخت خواهیم کرد که پزشک یک عدسی مصنوعی را وارد کند. (اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه دارید، باید یک عینک طبی را بعد از جراحی دریافت کنید. شما نمی‌توانید دو عینک طبی را بعد از جراحی دوم دریافت کنید حتی اگر یک عینک طبی را بعد از جراحی اول دریافت نکردید). ما هزینه لنزهای تصحیحی، قاب و تعویض را در صورتی پرداخت خواهیم کرد که بعد از برداشت آب مروارید بدون کاشت عدسی به آن‌ها نیاز داشته باشید.

ادامه این مزایا در صفحه بعد

خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

چشم‌پزشکی (ادامه)

چطور از مزایای خود استفاده کنید

این برنامه درمانی یک معاینه چشم عادی سالیانه و عینک را در هر 24 ماه پوشش می‌شود. معاینه معمول سالیانه چشم را انجام خواهید داد (برای تعیین نیاز به اصلاح عینک) و هرگونه وسیله بینایی مورد نیاز را از طریق مراجعه به چشم‌پزشک (نه گروه پزشکی) دریافت خواهید کرد.

ترتیب معاینه بینایی عادی سالانه خود را با یک ارائه‌کننده خدمات بینایی شرکت‌کننده بدهید. همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با خدمات اعضای 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. همچنین می‌توانید به صورت آنلاین در mmp.healthnetcalifornia.com آن را جستجو کنید.

شما می‌توانید عینک را از ارائه‌کننده‌ای که معاینه شما را انجام داده است یا از فهرستی از ارائه‌کنندگان عینک طرف‌قرارداد در منطقه خدماتی خود خریداری کنید. عینک ارائه‌شده توسط ارائه‌کنندگان غیر از ارائه‌کنندگان شرکت‌کننده تحت پوشش نمی‌باشند. برای یافتن آدرس ارائه‌دهنده عینک شرکت‌کننده، با خدمات اعضای 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. همچنین می‌توانید به صورت آنلاین در mmp.healthnetcalifornia.com آن را جستجو کنید.

شما مسئول پرداخت خدمات بدون پوشش، مانند هر مبلغی برای کمک عینک یا گزینه‌های لنزهای زیبایی مانند پوشش‌های ضدخش، لنزهای پیش‌رونده، رنگ و غیره هستید. پرداختی که برای این خدمات بدون پوشش انجام می‌دهید مستقیماً به ارائه‌دهنده عینک مشارکت‌کننده شما پرداخت می‌شود.

این تنها کاری است که باید برای دریافت معاینه بینایی و عینک‌ها یا لنزهای تماسی جدید خود انجام دهید.

برای مشاهده فهرستی از موارد استثنای معمول بینایی و وسیله‌های چشمی، به بخش F در این فصل مراجعه کنید.

ویزیت پیشگیرانه **Welcome to Medicare** («به Medicare خوش آمدید»)

ما هزینه یک بار ویزیت پیشگیرانه **Welcome to Medicare** («به Medicare خوش آمدید») را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل:

- بررسی وضعیت سلامتی شما،
- آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیری مورد نیاز شما (شامل معاینات تشخیص و واکسن‌ها)، و
- ارجاع برای سایر مراقبت‌ها در صورت نیاز.

توجه: ما تنها در طول 12 ماه اول که شما Medicare بخش B را دارید هزینه ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" («به Medicare خوش آمدید») را پوشش می‌دهیم. وقتی وقت ویزیت می‌گیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه "Welcome to Medicare" وقت بگیرید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید و معرفی دریافت نمایید.

تأیید اولیه (اجازه از قبیل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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.



خدماتی که برنامه ما هزینه آن‌ها را می‌پردازد

پوشش اورژانسی/فوری در سراسر جهان

پوشش اورژانسی یا فوری در سراسر جهان. مراقبت فوری، ضروری، و پس از تثبیت است که خارج از ایالات متحده دریافت شود.¹

- محدود به خدماتی که اگر در آمریکا ارائه شوند به صورت مراقبت‌های اضطراری، دارای نیاز فوری یا پس از تثبیت طبقه‌بندی می‌شوند.¹
- خدمات آمبولانس در شرایطی که رسیدن به اورژانس از هر طریق دیگر سلامت شما را به خطر می‌اندازد تحت پوشش قرار می‌گیرد.
- مالیات و هزینه‌های خارجی (از جمله تبدیل ارز و انتقال وجه) پوشش داده نمی‌شوند.

حد سالیانه 50,000 دلاری برای پوشش اورژانسی یا فوری در سراسر جهان وجود دارد.

منظور از ایالات متحده، 50 ایالت، منطقه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزایر ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی 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.



E. مزایای تحت پوشش خارج از Health Net Cal MediConnect

مزایای زیر تحت پوشش Health Net Cal MediConnect نیستند اما از طریق Medicare یا Medi-Cal قابل دسترسی هستند.

E1. خدمات جابجایی افراد ناتوان در کالیفرنیا (CCT)

برنامه California Community Transitions (خدمات جابجایی افراد ناتوان در کالیفرنیا) (CCT) از سازمان‌های Lead محلی استفاده می‌کند تا به ذینفعان Medi-Cal و اجد شرایطی که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکزی بستری بوده‌اند کمک کند به اجتماع بازگردند و به صورت ایمن در محیط اجتماع بمانند. برنامه CCT هزینه خدمات هماهنگ کردن انتقال را در دوره پیش از انتقال و تا 365 روز بعد از انتقال می‌پردازد تا به ذینفعان برای بازگشت به محیط اجتماع کمک شود.

شما می‌توانید خدمات هماهنگی گذار را از هر سازمان رهبری CCT که به منطقه ای که در آن زندگی می‌کنید، دریافت کنید. شما می‌توانید لیستی از سازمان‌های اصلی CCT و شهرستانهایی را که به آنها خدمات ارائه می‌دهند در وب سایت وزارت خدمات بهداشتی درمانی به آدرس زیر بیابید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT:

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگ کردن انتقال را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدماتی که به انتقال CCT شما مربوط نیستند:

ارائه‌کننده شما هزینه خدمات شما را از Health Net Cal MediConnect مطالبه خواهد کرد. Health Net Cal MediConnect هزینه خدماتی که بعد از انتقال شما ارائه می‌شوند را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

وقتی خدمات هماهنگ کردن انتقال CCT دریافت می‌کنید، Health Net Cal MediConnect هزینه خدماتی که در جدول مزایا در بخش D این فصل آمده‌اند را پرداخت خواهد کرد.

تغییری در مزایای دارویی تحت پوشش Health Net Cal MediConnect ایجاد نخواهد شد:

هزینه داروها تحت پوشش برنامه CCT نخواهند بود. شما به دریافت مزایای دارویی معمول خود از طریق Health Net Cal MediConnect ادامه خواهید داد. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5، بخش F، صفحه 135 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت غیر از CCT نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. مراقبت غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک سازمان یا مرکز مربوط نمی‌شود. برای ارتباط با هماهنگ‌کننده مراقبت خود لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس حاصل فرمایید، از 8 صبح تا 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.

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.



E2. برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

خدمات دندانپزشکی مشخصی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal قابل دریافت هستند؛ مثل خدمات زیر:

- معاینات اولیه، اسکن اشعه ایکس، جرم‌گیری و فلوراید درمانی
- ترمیم و روکش
- درمان کانال‌های ریشه دندان
- گذاشتن دندان مصنوعی، تنظیم، ترمیم و ریلاین

مزایای دندانپزشکی در برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به صورت «هزینه در برابر خدمات» قابل ارائه است. برای کسب اطلاعات بیشتر یا اگر برای یافتن دندانپزشکی که برنامه دندانپزشکی Medi-Cal را می‌پذیرد به کمک نیاز دارید، لطفاً با خط تماس خدمات مشتری به شماره 1-800-322-6384 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-735-2922 تماس بگیرند). این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات دندانپزشکی Medi-Cal از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر روزهای دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. علاوه بر این می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت به آدرس <https://www.denti-cal.ca.gov> مراجعه کنید.

علاوه بر برنامه «هزینه در برابر خدمات» برنامه دندانپزشکی Medi-Cal، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق برنامه مراقبت‌های هماهنگ دندانپزشکی دریافت کنید. برنامه‌های مراقبت هماهنگ دندانپزشکی در شهرستان لس‌آنجلس قابل ارائه هستند. اگر درباره برنامه‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا برای تشخیص برنامه دندانپزشکی خود به راهنمایی نیاز دارید، یا می‌خواهید برنامه دندانپزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 6:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 (شماره 1-800-430-7077 برای کاربران TTY) تماس حاصل فرمایید. این تماس رایگان است.

E3. مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج

می‌توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. اگر ارائه‌کننده شما و متخصص و مدیر امور بیماران رو به مرگ پیش‌بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. پزشک آسایشگاه شما می‌تواند ارائه‌کننده شبکه یا ارائه‌کننده خارج از شبکه باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره آنچه Health Net Cal MediConnect هزینه‌اش را حین اینکه شما خدمات مراقبت بیماران رو به مرگ دریافت می‌کنید پرداخت می‌کند، به جدول مزایا در بخش D این فصل مراجعه کنید.

برای خدمات ویژه بیماران لاعلاج و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که مربوط به بیماری لاعلاج شما می‌شود:

- ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران لاعلاج هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه مربوط به لاعلاج بودن بیماری شما را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای بابت این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

برای خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B که به بیماری لاعلاج شما مربوط نمی‌شوند (به استثنای مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد):

- خدمات‌دهنده، هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه‌ای برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

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.



برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای Medicare بخش D در Health Net Cal MediConnect باشند:

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5، بخش F3، صفحه 135 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبتی غیر از مراقبت بیماران لاعلاج نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. این نوع مراقبت به لاعلاج بودن بیماری شما مربوط نمی‌شود. برای ارتباط با هماهنگ‌کننده مراقبت خود لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس حاصل فرمایید، از 8 صبح تا 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.

F. مزایایی که تحت پوشش Health Net Cal MediConnect، Medicare یا Medi-Cal نیستند

این بخش به شما می‌گوید که چه مزایایی تحت پوشش برنامه درمانی نیستند. مستثنی یعنی ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن‌ها را پرداخت نخواهند کرد.

برخی خدمات و اقلامی که تحت هیچ شرایطی پوشش نمی‌دهیم و نیز برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی‌شوند در زیر آمده است.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این بخش (با هرکدام دیگر در این دفترچه راهنمای اعضا) ذکر شده‌اند را پرداخت نخواهیم کرد، مگر تحت شرایط خاصی که ذکر شده است. اگر فکر می‌کنید که باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیتی که در جدول مزایا توصیف شده است، اقلام و خدمات زیر تحت پوشش برنامه ما نیستند:

- خدماتی که براساس معیارهای Medicare و Medi-Cal «غیرمنطقی یا غیرضروری از لحاظ پزشکی» محسوب شوند؛ مگر اینکه این خدمات به عنوان خدمات تحت پوشش توسط برنامه درمانی ما قید شده باشند.
- درمان‌های پزشکی و جراحی، اقلام و داروهای آزمایشی مگر اینکه تحت پوشش Medicare یا یک پژوهش بالینی دارای مجوز Medicare یا برنامه درمانی ما باشند. برای کسب اطلاعات در مورد مطالعات پژوهش بالینی به فصل 3، صفحه 61 مراجعه کنید. منظور از درمان و اقلام آزمایشی، آن مواردی است که مورد پذیرش عموم جامعه پزشکی نیست.
- درمان جراحی برای چاقی ناسالم، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آن را پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در بیمارستان به استثناء مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد.
- پرستار شخصی.
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما.

اگر هرگونه 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.



- هزینه‌های اخذ شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانوادمتان.
- روال‌ها یا خدمات انتخابی یا داوطلبانه بهبود (شامل کاهش وزن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، زیبایی، ضدپیری و عملکرد ذهنی)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیبایی یا روش‌های زیبایی دیگر مگر اینکه به خاطر مصدومیت ناشی از تصادف یا برای بهبود ظاهر بخشی از بدن که شکل خوبی ندارد ضروری باشد. ولی ما هزینه بازسازی سینه را بعد از جراحی برداشتن سینه و برای ترمیم سینه دیگر تا با آن یکسان باشد پرداخت خواهیم کرد.
- مراقبت کاپروپراکتیک، به جز دستکاری ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش.
- کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش‌هایی که برای اشخاص مبتلا به دیابت یا می‌باشند.
- وسایل حمایت‌کننده پاهای، به غیر از کفش‌های ارتوپدی یا طبی برای اشخاصی که به بیماری پای دیابتی مبتلا هستند.
- معکوس‌سازی روال‌های عقیم‌سازی و لوازم جلوگیری از بارداری بدون نسخه.
- خدمات متخصص طب سنتی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین).
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه‌سربازان (Veterans Affairs, VA) ولی وقتی کهنه‌سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و تسهیم هزینه VA بیش از تسهیم هزینه برنامه ما باشد، مابه التفاوت را به کهنه‌سرباز بازپرداخت خواهیم کرد. شما همچنان بابت مبلغ تسهیم هزینه خودتان مسئول هستید.
- آزمایش و درمانی که دادگاه حکم کرده باشد، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته و در محدوده ویزیت‌های مجاز تحت قرارداد برنامه باشند.
- درمان در مرکز درمان مسکونی. این مزایا ممکن است تحت مزایای سلامت روان تخصصی شهرستان موجود باشند.
- خدمات فرعی از قبیل: خدمات توانبخشی حرفه‌ای و سایر خدمات توانبخشی (این مزایا ممکن است تحت مزایای سلامت روان تخصصی شهرستان موجود باشند) و خدمات تغذیه.
- آزمایش روانشناسی آزمایش روانشناسی عصب‌شناختی، به استثناء موارد انجام شده توسط روانشناس مجاز برای کمک در برنامه‌ریزی درمانی شامل مدیریت دارویی یا توضیح تشخیص بیماری و به طور اخص به استثنای همه آزمایشات آموزشی، تحصیلی و دستاورد، آزمایش روانشناسی مربوط به عوارض پزشکی یا برای تشخیص آمادگی جراحی و گزارش‌های خودکار مبتنی بر کامپیوتر.
- آسیب وارده به بیمارستان یا مرکز درمانی توسط شما.
- درمان برای بیوفیدبک یا هیپنودرمانی.
- تحریک مغناطیسی مغز (TMS).
- کدهای V-مندرج در DSM 5.
- خدماتی که Health Net Cal MediConnect آزمایشی یا تحقیقاتی محسوب می‌شود.

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.



- خدماتی که خارج از محل مسکونی اصلی خود دریافت می‌کنید، به غیر از موارد خدمات اورژانسی و مواردی که Health Net Cal MediConnect به صورت دیگری مجاز دانسته است.
- درمان با شوک برقی (ECT)، به غیر از مواردی که Health Net Cal MediConnect اجازه داده باشد.
- درمان‌های معمول دندان‌پزشکی، مانند جرم‌گیری، پر کردن یا گذاشتن دندان مصنوعی. با این حال، برخی خدمات دندان‌پزشکی شامل دندان مصنوعی توسط برنامه Denti-Cal ایالت ارائه خواهد شد. برای کسب اطلاعات بیشتر به «خدمات دندان‌پزشکی» در جدول مزایا مراجعه کنید.

استثناهای بینی، و عینک روتین و خارج از پوشش Medicare:

- رادیال کراتومی و جراحی لیزیک. برای کسب اطلاعات در مورد تخفیف‌های مربوط به عمل‌های لیزیک با برنامه تماس بگیرید.
- ارتوپتیک و کارآموزی بینایی و هرگونه آزمایش تکمیلی مربوطه.
- اصلاح نزدیک‌بینی توسط لنز (CRT).
- ارتوکراتولوژی (درمانی که با استفاده از لنزهای کانتکت شکل قرنیه را تغییر می‌دهد تا نزدیک‌بینی کاهش پیدا کند).
- تعبیه مجدد لنزهای کانتکت بعد از دوره جاگذاری اولیه (90 روز).
- لنزهای پلانو، لنزهای کانتکت پلانو (لنزهایی که تصحیح انکساری کمتر از +50 دیوپتر دارند).
- دو عدد عینک در عوض دو کانونی.
- عینک‌های طبی و عینک‌های آفتابی غیرتجویزی
- پوشش‌های لنز
- جایگزینی لنزها و قاب‌های ارائه‌شده تحت این برنامه درمانی که مفقود یا شکسته شده‌اند به غیر از فواصل زمانی عادی و وقتی خدمات در غیر این صورت موجود باشد.
- درمان پزشکی یا جراحی چشم (برای درمان‌های جراحی تحت پوشش، لطفاً به جدول مزایا که قبلاً در این فصل ارائه شده مراجعه کنید).
- درمان تصحیح بینایی که ماهیت آزمایشی دارد.
- لنزهای کانتکت پلانو برای تغییر تزیینی رنگ چشم.
- هزینه‌های خدمات و/یا موادی که از سهمیه مزایای برنامه درمانی تجاوز می‌کنند.
- لنزهای کانتکت رنگی برای زیبایی.
- تغییر، جلا دادن یا تمیز کردن لنزهای کانتکت.
- ویژگی‌های اضافی در مطب که مربوط به پاتولوژی لنزهای کانتکت می‌شوند.

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.



- بیمه‌نامه لنزهای کانتکت یا موافقت‌نامه‌های خدماتی.
- خدمات یا لوازم مربوط به بینایی که توسط ارائه‌کننده‌ای به غیر از ارائه‌کننده همکار ارائه شوند.
- داروهای تجویزی بیماران سرپایی یا داروهای بدون نسخه تحت پوشش مزایای مراقبت بینایی شما نیستند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای نسخه‌ای بیماران سرپایی تحت مزایای پزشکی یا داروهای نسخه‌ای لطفاً به جدول مزایا که قبلاً در این فصل یا فصل‌های 5 و 6 ارائه شد مراجعه کنید.
- وسیله‌های کمک‌بینایی (به غیر از عینک یا لنزهای تماسی) یا کمک‌بینایی ضعیف مطابق با جدول مزایای مندرج در ابتدای این فصل.
- عینک تصحیح‌کننده الزامی توسط کارفرما به عنوان شرط استخدام و عینک ایمنی، مگر اینکه صریحاً تحت پوشش برنامه درمانی باشد.
- خدمات یا اقلام بینایی ارائه‌شده توسط برنامه مزایای گروهی دیگر که مراقبت بینایی ارائه می‌کند.
- خدمات بینایی ارائه‌شده پس از خاتمه پوشش شما، به استثنای وقتی مواد سفارشی قبل از خاتمه پوشش تحویل داده شده باشد و خدمات ارائه‌شده به شما در محدوده 31 روز از تاریخ چنین سفارشی باشد.
- خدمات بینایی ارائه شده در نتیجه هرگونه قانون پوشش خسارت پرداختی به کارمندان یا لایحه مشابه یا مورد نیاز هرگونه سازمان یا برنامه دولتی فدرال، ایالتی یا زیر مجموعه آنها.
- خدمات و/یا اقلام بینایی که در این دفترچه راهنمای اعضا قید نشده باشد.



فصل 5: دریافت داروهای تجویزی بیماران سرپایی از طریق برنامه

مقدمه

این فصل مقررات دریافت داروهای تجویزی بیماران سرپایی را توصیف می‌کند. این‌ها داروهایی هستند که ارائه‌کننده شما برای شما سفارش می‌دهد تا از داروخانه یا توسط سفارش پستی دریافت کنید. آنها شامل داروهایی هستند که تحت پوشش Medicare بخش D و Medi Cal قرار دارند. فصل 6، بخش D3، صفحه 139 به شما هزینه پرداختی این داروها را توضیح می‌دهد. کلیدواژه‌ها و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

Health Net Cal MediConnect داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهد، اگرچه در این فصل درباره آنها بحث نخواهد شد:

- داروهای تحت پوشش Medicare بخش A. این داروها شامل برخی اقلام می‌شوند که هنگام بستری در بیمارستان یا مرکز پرستاری به شما داده می‌شود.
- داروهای تحت پوشش Medicare بخش B. این داروها عبارتند از برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای تزریقی که در طول ویزیت پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان در مطب به شما داده می‌شود و داروهایی که در درمانگاه دیالیز به شما داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در فصل 4، بخش D، صفحه 67 مراجعه کنید.

مقررات داروهای تحت پوشش برنامه درمانی برای بیماران سرپایی

ما معمولاً داروهای شما را تا وقتی از مقررات این بخش پیروی کنید پوشش می‌دهیم.

1. شما باید پزشک یا ارائه‌کننده دیگری داشته باشید تا نسخه شما را بنویسد. این شخص اغلب ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما می‌باشد. اگر ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما را برای دریافت مراقبت ارجاع دهد، می‌تواند ارائه‌کننده دیگری نیز باشد.
2. معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از یک داروخانه داخل شبکه استفاده کنید.
3. داروی نسخه‌دار شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش برنامه درمانی قید شده باشد. به این فهرست مختصراً «فهرست دارویی» می‌گوییم.
 - اگر دارویی در فهرست دارویی نباشد، ممکن است آن را با قید استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار دهیم.
 - برای اطلاع از درخواست استثناء به فصل 9، بخش F2، صفحه 203 مراجعه کنید.
4. داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته‌شده‌ای مصرف شود. بدین معنی که استفاده از دارو یا به تصویب سازمان غذا و دارو رسیده باشد یا مورد تأیید مراجع پزشکی خاصی باشد. برای داروهای تحت پوشش Medi-Cal، این یعنی استفاده از این دارو برای حفظ حیات، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت قابل توجه، یا تسکین درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

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 مطالب

116	A. پیچیدن نسخه شما.....
116	A1. پیچیدن نسخه در داروخانه شبکه.....
116	A2. استفاده از کارت شناسایی اعضا هنگام دریافت نسخه.....
116	A3. اگر داروخانه شبکه خود را به داروخانه دیگری تغییر دهید باید چه کار کنید؟.....
116	A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید.....
117	A5. استفاده از داروخانه تخصصی.....
117	A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها.....
118	A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها.....
119	A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح نیست.....
119	A9. بازپرداخت هزینه‌ای که بابت داروهای تجویزی پرداخته‌اید.....
119	B. فهرست دارویی برنامه درمانی.....
119	B1. داروهای موجود در فهرست دارویی.....
120	B2. نحوه پیدا کردن دارو در فهرست دارویی.....
120	B3. فهرست دارویی حاوی چه اقلامی نیست؟.....
121	B4. ردیف‌های تسهیم هزینه فهرست دارویی.....
121	C. محدودیت‌های پوشش برای برخی داروها.....
122	D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد.....
122	D1. می‌توانید ذخیره موقت دریافت کنید.....
125	E. تغییرات در پوشش داروهای شما.....
127	F. پوشش دارویی در موارد ویژه.....
127	F1. اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارید که تحت پوشش برنامه ماست.....
127	F2. اگر در مرکز مراقبت بلندمدت بستری هستید.....
127	F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare هستید.....
128	G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها.....

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.



- G1. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها.....128.
- G2. برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در مدیریت داروهایشان.....128.
- G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به استفاده ایمن اعضا از داروهای مخدر.....129.



A. پیچیدن نسخه شما

A1. پیچیدن نسخه در داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما فقط هزینه نسخه‌هایی را پرداخت خواهیم کرد که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پیچیده شده باشند. داروخانه شبکه داروخانه‌ای است که موافقت کرده است نسخه‌های اعضای برنامه درمانی ما را بپیچد. شما می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید.

برای یافتن یک داروخانه شبکه، می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی اعضا هنگام دریافت نسخه

برای پیچیدن نسخه، کارت شناسایی برنامه درمانی خود را به داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه سهم ما را از کل هزینه داروی تجویزی تحت پوشش برایمان به صورت قبض صادر می‌کند. هنگام دریافت داروی نسخه‌ای خود باید سهم بیمه‌شده را به داروخانه پرداخت کنید.

اگر کارت شناسایی عضویت خود را هنگام دریافت نسخه به همراه ندارید، از داروخانه درخواست کنید که با ما تماس بگیرند تا اطلاعات لازم را دریافت کنند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد کل هزینه داروی تجویزی را هنگام دریافت آن پرداخت کنید. سپس می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما درخواست کنید. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. ما هر چه بتوانیم انجام خواهیم داد.

• برای کسب اطلاعات در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت به شما به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید.

• اگر برای دریافت داروی نسخه به کمک نیاز دارید می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A3. اگر داروخانه شبکه خود را به داروخانه دیگری تغییر دهید باید چه کار کنید؟

اگر داروخانه را عوض کنید و نیاز به پیچیدن مجدد نسخه داشته باشید، یا می‌توانید درخواست یک نسخه جدید توسط یک ارائه‌کننده بدهید یا از داروخانه بخواهید که چنانچه بخشی از نسخه پیچیده نشده، نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خودتان به کمک نیاز دارید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند باید چه کار کنید

اگر داروخانه مورد استفاده شما، شبکه این برنامه را ترک کند، باید یک داروخانه شبکه جدید پیدا کنید.

برای یافتن داروخانه شبکه جدید، می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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.



A5. استفاده از داروخانه تخصصی

گاهی نسخه‌ها باید در داروخانه تخصصی پیچیده شوند. برخی از داروخانه‌های تخصصی:

- داروخانه‌هایی که داروهای را برای تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
 - داروخانه‌هایی که داروهای را برای ساکنین مراکز مراقبت بلندمدت از قبیل آسایشگاه تأمین می‌کنند.
 - مراکز مراقبت بلندمدت معمولاً داروخانه‌های خودشان را دارند. اگر در یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت اقامت دارید، ما باید اطمینان حاصل کنیم که شما داروهای مورد نیازتان را از یک داروخانه مرکز دریافت می‌کنید.
 - اگر داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما در شبکه ما نیست یا اگر برای دسترسی به مزایای دارویی خود در مرکز مراقبت‌های بلندمدت هرگونه مشکلی دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - داروخانه‌هایی که به خدمات درمانی سرخپوستان/برنامه بهداشت شهری سرخپوستان خدمت‌رسانی می‌کنند. به غیر از موارد اضطراری، تنها بومیان آمریکایی یا بومیان آلاسکا می‌توانند از این داروخانه‌ها استفاده کنند.
 - داروخانه‌هایی که داروهای عرضه می‌کنند که مصرف‌شان نیازمند رسیدگی و دستورالعمل‌های خاصی است.
- برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، می‌توانید به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروها

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه برنامه درمانی استفاده کنید. معمولاً داروهای از طریق سفارش پستی موجود هستند که برای عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت به طور مرتب مصرف می‌کنید. داروهای که از طریق سرویس سفارشات پستی طرح در دسترس نیستند در فهرست داروهای ما با علامت «NM» مشخص شده اند.

خدمات سفارش پستی برنامه ما به شما اجازه می‌دهد که ذخیره داروی تا حداکثر 90 روز خود را سفارش دهید. سهم بیمه‌شده برای ذخیره 90 روزه با ذخیره یک ماهه یکسان است.

پیچیدن نسخه از طریق پست

برای دریافت فرم های سفارش و اطلاعات مربوط به پر کردن نسخه های خود از طریق نامه، به وب سایت ما مراجعه کنید mmp.healthnetcalifornia.com، یا با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید. 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.

نسخه‌های سفارش پستی را معمولاً ظرف 10 روز دریافت خواهید کرد. اگر سفارش پستی شما به تأخیر افتاد، با بخش خدمات اعضا یا CVS Caremark با شماره 1-888-624-1139 (TTY: 711) تماس بگیرید.

رویه‌های سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از سوی شما دریافت می‌کند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌کننده شما دریافت می‌کند و تجدید نسخه سفارش پستی شما، رویه‌های متفاوتی دارد:

اگر هرگونه 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. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از سوی شما دریافت می‌کند

داروخانه به طور خودکار نسخه‌های جدیدی که از سوی شما دریافت می‌کند را پیچیده و تحویل می‌دهد.

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه مستقیماً از مطب پزشک شما دریافت می‌کند.

پس از اینکه داروخانه نسخه را از ارائه‌کننده مراقبت درمانی دریافت کرد، با شما تماس خواهد گرفت تا ببیند که آیا می‌خواهید نسخه فوراً یا بعداً پیچیده شود.

- این کار به شما فرصت می‌دهد تا مطمئن شوید که داروخانه داروی صحیح (شامل میزان اثر، مقدار و شکل) را تحویل می‌دهد و در صورت لزوم به شما امکان می‌دهد تا سفارش را قبل از دریافت صورتحساب و ارسال آن متوقف کرده یا به تأخیر بیندازید.
- این نکته اهمیت دارد که هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد به آن‌ها جواب بدهید تا بدانند که با نسخه جدید چه کار کنند و از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

3. تجدید نسخه از طریق پست

برای پیچیدن مجدد نسخه‌های خود، می‌توانید در یک برنامه «پیچیدن مجدد خودکار نسخه‌ها» ثبت نام کنید. در این برنامه به صورت خودکار و هرگاه در سوابق ما نشان داده شود که داروهایتان رو به اتمام هستند، به صورت خودکار دوباره نسخه‌تان تجدید می‌شود.

- داروخانه، قبل از تجدید هر نسخه و ارسال داروها با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند که باز هم آن داروها را نیاز دارید و اگر داروی کافی داشته باشید یا داروهایتان تغییر کرده باشد، می‌توانید تجدید نسخه را لغو کنید.
 - اگر مایل به استفاده از برنامه تجدید خودکار نسخه‌ها نیستید، لطفاً 14 روز قبل از زمانی که فکر می‌کنید داروهای موجودتان تمام می‌شود با داروخانه خود تماس بگیرید و اطمینان حاصل کنید که سفارش بعدی به موقع به دست شما می‌رسد.
- برای خروج از برنامه ما که به صورت خودکار نسخه‌ها را تجدید و از طریق پست ارسال می‌کند، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا یا داروخانه ارسال‌کننده تماس بگیرید:

CVS Caremark: 1-888-624-1139 (TTY: 711)

برای اینکه داروخانه بتواند برای تأیید سفارش قبل از ارسال، با شما تماس بگیرد، لطفاً حتماً بهترین روش تماس با خود را به داروخانه بگویید. باید هر بار پیش از سفارش، وقتی در برنامه تجدید نسخه خودکار ثبت نام می‌کنید یا در صورت تغییر اطلاعات تماس‌تان، اطلاعات تماس خود را تأیید کنید.

A7. دریافت ذخیره بلندمدت داروها

می‌توانید یک ذخیره بلندمدت از داروهای حفظ سلامت موجود در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. معمولاً داروهای «حفظ سلامت» به داروهایی گفته می‌شود که برای یک عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت، به طور مرتب مصرف می‌کنید.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت را دریافت کنید. سهم بیمه‌شده برای ذخیره 90 روزه با ذخیره یک ماهه یکسان است. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامتی را به شما بدهند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مرکز خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

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.



برای انواع خاصی از دارو، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه برنامه برای دریافت ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامت استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات سفارش پستی به بخش بالا، صفحه 117 مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح نیست

ما معمولاً هزینه داروهای دریافت‌شده در داروخانه خارج از شبکه را تنها در صورتی پرداخت می‌کنیم که شما قادر به استفاده از داروخانه شبکه نباشید. ما در خارج منطقه خدماتی خود چند داروخانه شبکه داریم که در آنجا می‌توانید نسخه‌های خود را به عنوان عضو برنامه ما دریافت کنید.

ما هزینه پیچیدن نسخه در یک داروخانه خارج از شبکه را در موارد زیر پرداخت خواهیم کرد:

- شما خارج از محدوده خدمات طرح سفر کرده اید و به دارویی نیاز دارید که نمی‌توانید آن را در داروخانه شبکه نزدیک خود تهیه کنید.
- شما نیاز فوری به دارو دارید و هیچ داروخانه شبکه نزدیک شما باز نیست.
- اگر باید منزل خود را به واسطه سانحه فدرال یا سایر موارد اضطراری بهداشت عمومی ترک کنید.

به طور کلی، ما در این مواقع یک عرضه یکبار مصرف تا 30 روزه را در داروخانه خارج از شبکه پوشش می‌دهیم. در این موارد، لطفاً ابتدا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید تا ببینید که آیا داروخانه شبکه در نزدیکی وجود دارد.

A9. بازپرداخت هزینه‌ای که بابت داروهای تجویزی پرداخته‌اید

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً هنگام دریافت داروهای خود باید به جای سهم بیمه‌شده، کل هزینه را پرداخت کنید. می‌توانید از ما بخواهید سهممان را از هزینه به شما بازپرداخت کنیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی برنامه درمانی

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم. به این فهرست مختصراً «فهرست دارویی» می‌گوییم.

داروهای موجود در فهرست دارویی توسط ما و با همکاری گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب شده‌اند. فهرست دارویی همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آن‌ها پیروی کنید.

ما معمولاً تا زمانی که از مقررات توصیف شده در این بخش پیروی کنید داروی موجود در فهرست دارویی برنامه درمانی را پوشش می‌دهیم.

B1. داروهای موجود در فهرست دارویی

فهرست دارویی شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و برخی داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) و محصولات تحت پوشش مزایای Medi-Cal شما می‌شود.

فهرست دارویی شامل داروهای برند و ژنریک می‌شود. داروهای ژنریک حاوی ترکیبات فعال مشابه داروهای برند هستند. معمولاً همان تأثیر داروهای برند را دارند و عموماً ارزان‌تر هستند.

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.



برنامه ما برخی از داروها و محصولات بدون نسخه را نیز پوشش می‌دهد. برخی داروهای بدون نسخه ارزان‌تر از داروهای تجویزی بوده و به همان اندازه مؤثر هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

B2. نحوه پیدا کردن دارو در فهرست دارویی

برای اینکه بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی وجود دارد یا خیر، می‌توانید:

- جدیدترین فهرست دارویی که برای شما پست کرده‌ایم را بررسی کنید.
- از وبسایت برنامه درمانی به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com بازدید کنید. فهرست دارویی روی وبسایت همیشه جدیدترین فهرست است.
- برای اینکه بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی برنامه درمانی وجود دارد یا برای درخواست تجویزی از این فهرست با خدمات اعضا تماس بگیرید.

B3. فهرست دارویی حاوی چه اقلامی نیست؟

ما هزینه همه داروهای تجویزی را پرداخت نمی‌کنیم. برخی داروها در فهرست دارویی نیستند چون قانون به ما اجازه پوشش آن داروها را نمی‌دهد. در موارد دیگر ما تصمیم می‌گیریم که دارویی را در فهرست دارویی قرار ندهیم.

Health Net Cal MediConnect هزینه داروهایی که در این بخش هستند را پرداخت نخواهد کرد. این‌ها داروهای مستثنی هستند. اگر تجویزی برای داروی حذف‌شده دریافت کنید، باید خودتان هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید ما باید هزینه داروی حذف‌شده را به خاطر وضعیت شما پرداخت کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش F5، صفحه 206 مراجعه کنید.)

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف‌شده:

1. پوشش دارویی بیماران سرپایی برنامه ما (شامل داروهای بخش D و Medi-Cal) نمی‌تواند داروهایی را تحت پوشش قرار دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B هستند. داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B به صورت رایگان تحت پوشش Health Net Cal MediConnect قرار دارند، اما به عنوان امتیازی برای داروهای تجویزی بیماران سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. برنامه ما دارویی که در خارج آمریکا و قلمرو آن خریده شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
3. استفاده از دارو باید به تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) رسیده باشد یا در برخی مراجع پزشکی به عنوان درمان مشکل شما ذکر شده باشد. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای درمان عارضه شما تجویز کرده باشد، حتی اگر برای درمان آن عارضه تأیید نشده باشد. این کار استفاده خارج از برچسب نام دارد. برنامه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.

همچنین طبق قانون، انواع داروهای زیر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیستند.

- داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا تقویت رشد مو
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات جنسی یا نعوظ از قبیل [®]Viagra، [®]Cialis، [®]Levitra و [®]Caverject

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.



- داروهای بیماران سرپایی وقتی شرکت تولیدکننده دارو اظهار کند که شما باید آزمایشات و سرویس‌هایی را انجام دهید که تنها توسط آنها ارائه می‌شوند

B4. ردیف‌های تسهیم هزینه فهرست دارویی

هر داروی مندرج در فهرست دارویی ما در یکی از سه ردیف اشتراک هزینه قرار دارد. هر ردیف، گروهی از داروها است که معمولاً از یک نوع هستند (برای مثال داروهای برند، ژنریک، یا بدون نسخه (OTC)). به طور کلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو هم بالاتر می‌رود.

- (داروهای ردیف 1 شامل داروهای ژنریک هستند.) این پایین‌ترین ردیف تقسیم‌هزینه است.
- (داروهای ردیف 2 شامل داروهای برند هستند و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شوند.) این بالا‌ترین ردیف تقسیم‌هزینه است.
- (Rx غیردرمانی/داروهای بدون نسخه) شامل برخی داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) ژنریک و برند تحت پوشش Medicaid هستند.

برای کسب اطلاعات در مورد ردیف دارویی داروهای خودتان، دارو را در فهرست دارویی جستجو کنید.

در فصل 6، بخش D صفحه 148 درباره مبلغی که شما برای داروهای هر رده تقسیم‌هزینه باید پرداخت کنید توضیح داده شده است.

C. محدودیت‌های پوشش برای برخی داروها

برای داروهای نسخه‌ای خاص، مقررات ویژه‌ای بر نحوه و زمان پوشش آن توسط برنامه حاکم است. به طور کلی، مقررات ما شما را تشویق می‌کنند تا دارویی را دریافت کنید که برای عارضه پزشکی شما فایده دارد و ایمن و موثر است. وقتی داروی ایمن و کم‌هزینه‌تری به همان میزان داروی گران‌تر کارایی دارد، ما انتظار داریم که ارائه‌کننده شما داروی کم‌هزینه‌تر را تجویز کند.

اگر مقررات خاصی برای داروی شما وجود دارد، معمولاً بدین معنی است که شما و ارائه‌کننده‌تان اقدامات اضافی را برای ما انجام خواهید داد تا دارو را پوشش دهیم. برای مثال ارائه‌کننده شما ممکن است تشخیص بیماری‌تان را به ما گفته یا ابتدا نتایج آزمایش‌های خون را ارائه کند. اگر شما یا ارائه‌کننده‌تان فکر می‌کنید که مقررات ما نباید به وضعیت شما اعمال شوند، می‌توانید برای استثنا قائل شدن از ما درخواست کنید. ممکن است موافقت کنیم یا نکنیم که به شما اجازه استفاده از دارو را بدون انجام اقدامات اضافی بدهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست موارد استثناء، به فصل 9، بخش F2، صفحه 199 مراجعه کنید.

1. محدودیت استفاده از داروی برند وقتی نوع ژنریک آن وجود دارد

معمولاً داروی ژنریک به همان اندازه داروی برند مؤثر بوده و عموماً ارزان‌تر است. در اکثر موارد، در صورت وجود نوع ژنریک داروی برند وجود، داروخانه‌های شبکه ما نوع ژنریک را به شما خواهند داد.

- ما معمولاً هزینه داروی برند را چنانچه نوع ژنریک آن وجود داشته باشد پرداخت نخواهیم کرد.
- ولی اگر ارائه‌کننده شما به ما دلیل پزشکی ارائه کند که نشان دهد داروی ژنریک برای شما مفید نیست، آن وقت داروی برند را پوشش خواهیم 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



- سهم بیمه‌شده شما ممکن است برای داروی برند بیشتر از داروی ژنریک باشد.

2. دریافت اجازه قبلی از برنامه

شما یا پزشکتان برای برخی داروها باید اجازه Health Net Cal MediConnect را قبل از دریافت نسخه‌تان دریافت کنید. اگر این اجازه را دریافت نکنید، Health Net Cal MediConnect ممکن است هزینه خدمات را پوشش ندهد.

3. نخست امتحان یک داروی دیگر

به طور کلی، ما می‌خواهیم قبل از اینکه داروهای گران‌تر را پوشش دهیم، شما داروی ارزان‌تر (که اغلب به همان اندازه مؤثر هستند) را امتحان کنید. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه یکسان را مداوا می‌کنند و داروی A ارزان‌تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید.

اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، آن‌وقت داروی B را پوشش خواهیم داد. این کار درمان گام به گام خوانده می‌شود.

4. محدودیت مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم. این محدودیت مقدار نام دارد. برای مثال، ممکن است مقدار دارویی را محدود کنیم که هر بار که نسخه خود را تجدید می‌کنید می‌توانید دریافت کنید.

برای اینکه بفهمید که آیا مقررات فوق در مورد دارویی که مصرف می‌کنید یا می‌خواهید مصرف کنید مصداق دارد یا خیر، فهرست دارویی را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com بازدید کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد

ما تلاش می‌کنیم پوشش دارویی شما به خوبی برایتان عمل کند ولی گاهی ممکن است دارویی به صورتی که مایلید تحت پوشش نباشد. برای مثال:

- دارویی که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش برنامه ما نیست. دارو ممکن است در فهرست دارویی نباشد. نوع ژنریک دارو ممکن است تحت پوشش باشد ولی نوع برندی که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد. دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و تأثیرپذیری آن را بررسی نکرده باشیم.
- دارو تحت پوشش است، اما مقررات یا محدودیت‌های ویژه‌ای در مورد پوشش آن دارو وجود دارد. همان‌طور که در بخش فوق توضیح داده شد، برخی از داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما مقرراتی دارند که استفاده از آن‌ها را محدود می‌کند. شما یا تجویزکننده‌تان در برخی موارد ممکن است بخواهید برای ایجاد استثنا در یکی از مقررات از ما درخواست کنید.

اگر داروی شما به شیوه‌ای که مایلید تحت پوشش نیست کارهایی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. می‌توانید نخیره موقت دریافت کنید

در برخی موارد، در صورت عدم وجود دارو در فهرست دارویی یا وقتی به نحوی محدودیت وجود دارد، می‌توانیم ذخیره موقتی از دارو را به شما بدهیم. این کار به شما فرصت می‌دهد تا در مورد دریافت داروی متفاوتی با ارائه‌کننده خود صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را تحت پوشش قرار دهیم.

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.



برای دریافت ذخیره موقت دارو، باید دو قاعده زیر در مورد شما صدق کند:

1. دارویی که مصرف می‌کرده‌اید:

- دیگر در فهرست دارویی نیست، یا
- هرگز در فهرست دارویی نبوده است، یا
- حالا به نحوی محدودیت دارد.

2. باید در یکی از موقعیت‌های زیر باشید:

- شما در سال گذشته در برنامه درمانی عضو بوده‌اید.
 - ما هزینه ذخیره موقت داروی شما را در طول 90 روز اول سال تقویمی پوشش خواهیم داد.
 - این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره در داروخانه خرده‌فروشی و حداکثر 31 روز در داروخانه مراقبت بلندمدت خواهد بود.
 - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای ذخیره حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
 - لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
- شما عضو جدید برنامه ما هستید.
 - ما هزینه ذخیره موقت داروی شما را طی 90 روز اول عضویت شما در برنامه پوشش خواهیم داد.
 - این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره در داروخانه خرده‌فروشی و حداکثر 31 روز در داروخانه مراقبت بلندمدت خواهد بود.
 - اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه برای ذخیره حداکثر 30 روزه در یک داروخانه خرده‌فروشی و ذخیره حداکثر 31 روزه در یک داروخانه مراقبت بلندمدت را فراهم خواهیم کرد. شما باید نسخه را از یکی از داروخانه‌های شبکه بگیرید.
 - لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است هر بار مقدار کمتری از داروی شما را ارائه کنند تا از اسراف جلوگیری شود.
- شما برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی بوده‌اید و در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی کرده و فوراً به ذخیره نیاز دارید.

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.



- ما یک ذخیره 31 روزه یا کمتر را چنانچه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، پوشش خواهیم داد. این ذخیره علاوه بر ذخیره موقتی است که در بالا عنوان شده است.
 - اگر سطح خدمات درمانی شما تغییر کند، ما یک ذخیره موقت از داروهای شما را تحت پوشش قرار خواهیم داد. تغییر در سطح خدمات درمانی زمانی رخ می‌دهد که از بیمارستان ترخیص شوید. همچنین وقتی به مرکز مراقبت بلندمدت می‌روید یا از آنجا جابجا می‌شوید.
 - اگر از یک مرکز مراقبت بلندمدت یا بیمارستان به خانه بروید و به ذخیره موقت دارو نیاز داشته باشید، ما یک ذخیره 30 روزه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو امکان‌پذیر خواهیم کرد.
 - اگر از خانه یا بیمارستان به یک مرکز مراقبت بلندمدت بروید و به یک ذخیره موقت دارو نیاز داشته باشید، یک ذخیره دارویی 31 روز را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 31 روزه دارو انجام خواهیم داد.
 - برای درخواست ذخیره موقت دارو، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.
- وقتی ذخیره موقت دارویی دریافت می‌کنید، باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید وقتی ذخیره شما تمام شد چه کار کنید. گزینه‌های انتخابی عبارتند از:

- می‌توانید به داروی دیگری تغییر دهید.

ممکن است داروی دیگری تحت پوشش برنامه ما باشد که برای شما مؤثر است. می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و فهرست داروهای تحت پوشش مورد استفاده برای همان عارضه را درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.

یا

- می‌توانید برای استثنا درخواست کنید.

شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما برای استثنا درخواست کنید. برای مثال می‌توانید از ما درخواست کنید که دارویی را پوشش دهیم حتی اگر در فهرست دارویی نباشد. یا می‌توانید از ما درخواست کنید که دارویی را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که دلیل پزشکی موجهی برای استثنا دارید، وی می‌تواند برای دریافت استثنا به شما کمک کند.

اگر داروی مورد مصرف شما از فهرست دارویی حذف شود یا به نوعی برای سال بعد محدود شود، به شما اجازه خواهیم داد که پیش از سال بعد درخواست استثنا کنید.

- ما هر نوع تغییر پوشش برای داروهایتان در سال بعد را به شما اطلاع خواهیم داد. بعد می‌توانید از ما درخواست کنید که استثنا قائل شویم و آن دارو را به شیوه دلخواهتان در پوشش سال بعد قرار دهیم.
- ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما (یا حمایت‌نامه تجویزکننده) به درخواست اعمال استثنای شما پاسخ خواهیم داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست موارد استثناء، به فصل 9، بخش F2، صفحه 199 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.



اگر درباره موارد استثنا سؤال دارید، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

اکثر تغییرات در پوشش دارویی در 1 ژانویه اعمال می‌شوند، اما ممکن است در طول سال نیز مواردی را به فهرست دارویی اضافه کرده یا از آن کسر کنیم. همچنین ممکن است قوانینمان را در مورد داروها تغییر دهیم. مثلاً ممکن است:

- تصمیم بگیریم که به تأیید اولیه برای دارو نیاز است یا نه. (تأیید اولیه به مجوزی از طرف Health Net Cal MediConnect گفته می‌شود که قبل از دریافت دارو باید آن را داشته باشید).

- ممکن است میزان دارویی که می‌توانید دریافت کنید را اضافه کرده یا تغییر دهیم (به آن محدودیت مقدار گفته می‌شود).

- ممکن است محدودیت‌های درمان مرحله‌ای برای داروها اضافه شده یا تغییر یابد. (درمان مرحله‌ای به این معنی است که باید ابتدا یک دارو را امتحان کنید تا ما داروی دیگری را تحت پوشش قرار دهیم).

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی به بخش C که قبلاً در این فصل توضیح داده شده است مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که در ابتدای سال تحت پوشش قرار داشته است، معمولاً این دارو را در ادامه سال از فهرست حذف نمی‌کنیم یا آن را تغییر نخواهیم داد مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری به بازار عرضه شود که عملکرد آن مشابه دارویی باشد که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد، یا

- متوجه شویم که آن دارو ایمن نیست، یا

- دارو از بازار جمع شود.

برای کسب اطلاع درباره اینکه در صورت تغییر در فهرست دارویی باید چه کاری انجام دهید، همیشه می‌توانید:

- فهرست دارویی به‌روز ما را در نشانی mmp.healthnetcalifornia.com مشاهده کنید یا

- برای بررسی فهرست دارویی فعلی با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید، از 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.

بعضی از تغییرات ایجادشده در فهرست دارویی فوراً انجام می‌شود. برای مثال:

- ممکن است داروی ژنریک جدیدی در دسترس قرار بگیرد. داروی جدید و ارزان‌تری به بازار عرضه شود که عملکرد آن مشابه داروی برندی باشد که در حال حاضر در فهرست دارویی وجود دارد، یا در این صورت ممکن است داروی برند را حذف کنیم و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه داروی جدید مشابه داروی قبلی یا کمتر از آن خواهد بود.

وقتی داروی ژنریک جدیدی را اضافه می‌کنیم، ممکن است داروی برند را هم در فهرست نگه داریم، اما قوانین پوشش‌دهی یا محدودیت‌های آن را تغییر دهیم.

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.



○ ممکن است قبل از انجام این تغییرات به شما اطلاع‌رسانی نکنیم، اما اطلاعات مربوط به تغییرات خاصی که اعمال شده را برایتان ارسال خواهیم کرد.

○ شما یا ارائه‌کننده تان می‌توانید برای اعمال «استثنا» در این تغییرات درخواست دهید. اطلاعاتی برای برایتان ارسال می‌کنیم مبنی بر مرحله‌ای که می‌توانید طی کنید تا درخواست استثنا ارائه دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد موارد استثنا به فصل 9 این کتابچه راهنما مراجعه کنید.

● **دارو از بازار حذف شود.** اگر سازمان غذا و دارو (FDA) اعلام کند دارویی که مصرف می‌کنید ایمن نیست یا سازنده دارو، آن دارو را از بازار جمع کند، ما نیز آن دارو را از فهرست دارو حذف می‌کنیم. اگر در حال مصرف این دارو باشید، به شما اطلاع می‌دهیم. با پزشک خود درباره سایر گزینه‌ها صحبت کنید.

ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. درباره این تغییرات در فهرست دارویی از قبل به شما اطلاع‌رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است در شرایط زیر رخ دهند:

● اگر FDA دستور العمل جدیدی ارائه کند یا دستور العمل‌های بالینی جدیدی درباره آن دارو وجود داشته باشد.

● اگر داروی ژنریکی که جدیداً به بازار عرضه نشده است را اضافه کنیم و

○ اگر داروی برند فعلی را در فهرست دارویی جایگزین کنیم یا

○ قوانین یا محدودیت‌های پوشش مربوط به داروی برند را تغییر دهیم.

وقتی این تغییرات رخ دهند، ما این اقدامات را انجام خواهیم داد:

● حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در فهرست دارویی به شما اطلاع خواهیم داد یا

● یا وقتی درخواست تجدید نسخه می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد و یک ذخیره 30 روزه از دارو در اختیارتان می‌گذاریم.

در این صورت فرصت دارید با پزشک خود یا سایر تجویزکنندگان صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:

● آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی وجود دارد که بتوانید جایگزین کنید یا

● برای این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست موارد استثناء، به فصل 9، بخش F2، صفحه 199 مراجعه کنید.

ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید اعمال کنیم که در حال حاضر تأثیری بر شما نمی‌گذارد. برای چنین تغییراتی، اگر دارویی مصرف می‌کنید که در ابتدای سال تحت پوشش قرار داده بودیم، معمولاً این دارو را در ادامه سال از فهرست حذف نمی‌کنیم یا آن را تغییر نخواهیم داد.

برای مثال، اگر یکی از داروهایی که مصرف می‌کنید را حذف کنیم، هزینه‌ای که برای دارو می‌پردازید را افزایش دهیم یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر بر روی مصرف داروی شما یا مبلغ پرداختی شما برای دارو در ادامه سال تأثیری نخواهد داشت.



F. پوشش دارویی در موارد ویژه

F1. اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارید که تحت پوشش برنامه ماست

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای بستری تحت پوشش برنامه ما پذیرفته شده باشید، ما معمولاً هزینه داروهای تجویزی‌تان را در طول بستری شما پوشش خواهیم داد. لزومی ندارد سهم بیمه‌شده را پرداخت کنید. وقتی بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کنید، داروهای شما را تا وقتی همه مقررات ما را برای پوشش برآورده کنید پوشش خواهیم داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی و هزینه‌ای که پرداخت می‌کنید، به فصل 6، بخش D3، صفحه 148 مراجعه کنید.

F2. اگر در مرکز مراقبت بلندمدت بستری هستید

معمولاً مرکز مراقبت بلندمدت از قبیل آسایشگاه، داروخانه خودش را دارد یا داروخانه‌ای که داروها را برای همه ساکنین آن توزیع می‌کند. اگر در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید، ممکن است داروهای نسخه دار خود را در صورتیکه بخشی از شبکه ما باشد از طریق داروخانه مرکز دریافت کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما بخشی از شبکه ماست به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید. اگر این طور نیست یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare هستید

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه ما نیستند.

- اگر در آسایشگاه بیماران رو به مرگ ثبت نام کرده‌اید و به داروی تسکین درد، ضد تهوع، مسهل یا ضد اضطرابی نیاز دارید که به دلیل عدم ارتباط با بیماری وخیم و عوارض مربوطه، تحت پوشش آن آسایشگاه نیست، برنامه ما باید قبل از آنکه بتواند دارو را پوشش دهد، اطلاعیه‌ای را از تجویزکننده یا ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به مرگ دریافت کند مبنی بر اینکه دارو غیرمرتبط است.
- برای پیشگیری از تأخیر در دریافت هرگونه داروهای غیرمرتبط که برنامه ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌کننده آسایشگاه خود یا تجویزکننده درخواست کنید تا مطمئن شوید قبل از درخواست از داروخانه برای دریافت نسخه، نامرتبط بودن دارو را به ما اطلاع دهند.

اگر آسایشگاه بیماران رو به مرگ را ترک کنید، برنامه ما باید هزینه همه داروهای شما را پوشش دهد. برای پیشگیری از هرگونه معطلی در داروخانه وقتی مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ خاتمه پیدا می‌کند، باید اسنادی به داروخانه ارائه دهید که تأیید کند شما آسایشگاه بیماران رو به مرگ را ترک کرده‌اید. به قسمت‌های قبل در این فصل مراجعه کنید که مقررات دریافت پوشش دارویی تحت بخش D را توصیف می‌کنند.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مزایای مراقبت‌های انتهای عمر، به فصل 4، بخش E3، صفحه 115 مراجعه کنید.

اگر هرگونه 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.



G. برنامه های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها**G1. برنامه هایی برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروها**

هر بار که تجویزی را دریافت می کنید، ما به مشکلات احتمالی توجه می کنیم، از قبیل:

- داروهایی که ممکن است لازم نباشند چون داروی دیگری را مصرف می کنید که همان اثر را دارد
- داروهایی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهایی که ممکن است در صورت مصرف همزمان برای شما مضر باشند
- داروهایی که حاوی موادی هستند که شما به آن ها حساسیت دارید یا ممکن است حساسیت داشته باشید
- داروهایی که مقدار مواد مخدر دارویی آن ها در حد ناامنی است

اگر متوجه مشکل احتمالی در استفادهتان از داروهای تجویزی شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه کننده شما همکاری خواهیم کرد.

G2. برنامه هایی برای کمک به اعضا در مدیریت داروهایشان

اگر داروهایی برای بیماری های مختلف مصرف می کنید و/یا در یک برنامه مدیریت دارو هستید تا به شما برای استفاده ایمن از داروهای مخدر کمک کند، ممکن است واجد شرایط دریافت خدمات رایگان از طریق برنامه مدیریت دارودرمانی (MTM) باشید. این برنامه به شما و ارائه کنندهتان کمک می کند تا مطمئن شوید داروهای شما به خوبی برای بهبود سلامتتان عمل می کنند. داروساز یا متخصص درمانی دیگر یک بررسی جامع از همه داروهای شما را ارائه کرده و در موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:

- نحوه بهره مندی حداکثر از داروهایی که مصرف می کنید
- هرگونه نگرانی که دارید، از قبیل هزینه دارو و واکنش های دارویی
- بهترین روش مصرف داروها
- هرگونه سوالات یا مشکلاتی که در مورد -داروی نسخه دار- و داروی بدون نسخه خود دارید

شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو را دریافت خواهید کرد. این خلاصه شامل یک برنامه اقدامات دارویی است که کارهایی که برای بهترین استفاده از داروهای خود می توانید انجام دهید را به شما توصیه می کند. همچنین یک فهرست دارویی شخصی را دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهایی می شود که مصرف می کنید و چرا آن ها را مصرف می کنید. علاوه بر این، اطلاعاتی درباره دفع بی خطر داروهایی که مواد کنترل شده هستند، به دست خواهید آورد.

ایده خوبی است که قبل از ویزیت سالانه "Wellness" («تندرستی»)، بررسی دارویی خود را تنظیم کنید تا بتوانید در مورد برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود با پزشکتان صحبت کنید. برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود را در هر ویزیت و هر بار که با پزشک، داروسازها و سایر ارائه کنندهگان مراقبت درمانی صحبت می کنید به همراه ببرید. همچنین فهرست دارویی خود را هنگام مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس به همراه ببرید.

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.



برنامه‌های مدیریت دارو درمانی داوطلبانه بوده و برای اعضای واجد شرایط رایگان است. اگر برنامه‌ای وجود دارد که با نیازهای شما سازگاری دارد، شما را در این برنامه ثبت نام کرده و اطلاعاتی را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر نمی‌خواهید که در این برنامه باشید، لطفاً به ما اطلاع دهید تا شما را از برنامه خارج کنیم.

اگر هرگونه سؤالی درباره این برنامه‌ها دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو برای کمک به استفاده ایمن اعضا از داروهای مخدر

Health Net Cal MediConnect برنامه‌ای دارد که به اعضا کمک می‌کند از داروهای مخدر تجویزی خود و دیگر داروهای مخدر که اغلب به طور غلط استفاده می‌شوند، استفاده ایمن کنند. نام این برنامه «برنامه مدیریت دارو» (DMP) است.

اگر از داروهای مخدری استفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه گرفته‌اید یا اگر اخیراً مصرف بیش از حد مواد مخدر داشته‌اید، ممکن است با پزشکتان صحبت کنیم و اطمینان حاصل کنیم که از نظر پزشکی، مصرف این مواد برای شما ضروری و مناسب است. اگر بعد از گفتگو با پزشکتان به این نتیجه برسیم که شما در حال سوء مصرف مخدر دارویی یا داروهای بنزودیازپین هستید، ممکن است نحوه دسترسی شما به این داروها را محدود کنیم. محدودیت‌ها شامل این موارد هستند:

- شما ملزم می‌شوید که کل نسخه‌های مربوط به آن داروها را از داروخانه مشخص یا از پزشکان خاصی دریافت کنید

- محدود کردن میزان داروهایی که برای شما تحت پوشش قرار می‌دهیم

اگر تصمیم بگیریم که یک یا چند محدودیت بیشتر در مورد شما باید اعمال شود، از قبل برایتان نامه‌ای ارسال خواهیم کرد. در این نامه درباره محدودیت‌هایی که به نظر ما باید اعمال شود توضیح خواهیم داد.

شما این امکان را دارید که در مورد پزشک یا داروخانه‌ای که ترجیح می‌دهید از آن استفاده کنید و هر نوع اطلاعاتی که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است، به ما اطلاع بدهید. اگر بعد از اینکه فرصت پاسخ دادن داشتید، تصمیم بگیریم که پوشش شما برای این داروها را محدود کنیم، نامه دیگری را برای شما ارسال خواهیم کرد که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید ما اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض سوء مصرف داروهای تجویزی هستید، یا اگر با محدودیت اعمال شده موافق نیستید، شما یا تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، ما پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد. اگر همچنان بخشی از درخواست تجدیدنظر شما در مورد محدودیت دسترسی‌تان به این داروها را رد کنیم، به طور خودکار پرونده شما را به یک اداره بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. (برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر و IRE، به فصل 9، بخش F5، صفحه 206 مراجعه کنید.)

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

- اگر شرایط پزشکی خاصی دارید، مثل سرطان، یا بیماری سلول داسی شکل،

- اگر مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج، مسکن یا مراقبت‌های پایان حیات را دریافت می‌کنید، یا

- اگر در مرکز مراقبت بلندمدت حضور دارید.

اگر هرگونه سؤالی 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.



فصل 6: هزینه‌های که برای داروهای تجویزی Medicare و Medi-Cal پرداخت می‌کنید

مقدمه

این فصل هزینه‌های که برای داروهای تجویزی بیماران سرپایی می‌پردازید را توضیح می‌دهد. منظور ما از «داروها»:

- داروهای Medicare تجویزی بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal، و
- داروها و اقلام تحت پوشش برنامه درمانی به عنوان مزایای اضافی می‌باشد.

چون شما برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، از Medicare برای پرداخت داروهای تجویزی Medicare بخش D خودتان، «کمک اضافی» دریافت می‌کنید.

کمک اضافی (Extra Help) یک برنامه Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare بخش D اعم از حق بیمه، کسورات و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «پارانه کم‌درآمدها» یا «LIS» خوانده می‌شود.

کلیدواژه‌ها و تعاریف دیگر آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دقتزچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای تجویزی، می‌توانید به این محل‌ها مراجعه کنید:

- فهرست داروهای تحت پوشش.
 - ما این فهرست را «فهرست دارویی» می‌خوانیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
 - هر دارو در کدامیک از سه ردیف اشتراک هزینه است
 - آیا محدودیتی برای داروها وجود دارد
 - اگر به تجویزی از فهرست دارویی نیاز دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. می‌توانید فهرست دارویی را در وبسایت ما به نشانی mmp.healthnetcalifornia.com نیز پیدا کنید. فهرست دارویی روی وبسایت همیشه جدیدترین فهرست است.
- فصل 5 این دقتزچه راهنمای اعضا.
 - فصل 5، بخش A، صفحه 125 اطلاعاتی را در مورد نحوه دریافت داروهای تجویزی بیماران سرپایی از طریق برنامه ما ارائه می‌کند.



- این بخش شامل مقرراتی است که باید رعایت کنید. اطلاعاتی را در مورد نوع داروهای تجویزی‌ای که تحت پوشش برنامه ما نیستند را نیز ارائه می‌کند.
- فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.
- در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه موافقت کرده‌اند که با ما همکاری کنند.
- فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی فهرستی از داروخانه‌های شبکه می‌باشد. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه را در فصل 5، بخش A، صفحه 125 مطالعه کنید.



فهرست مطالب

- A. توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB) 133
- B. نگه داشتن حساب هزینه های دارویی شما 134
- C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D 135
- D. مرحله 1: مرحله اولیه پوشش 135
- D1. گزینه‌های داروخانه شما 136
- D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو 136
- D3. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید 137
- D4. پایان مرحله اولیه پوشش 138
- E. مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی 138
- F. هزینه های داروی شما اگر پزشک شما ذخیره کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند 138
- G. کمک برای سهیم شدن در هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز 139
- G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) چیست 139
- G2. اگر در ADAP ثبت‌نام نکرده‌اید باید چه کار کنید 139
- G3. اگر در ADAP ثبت نام نکرده باشید باید چه کار کنید 139
- H. واکسیناسیون 139
- H1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید 139
- H2. برای واکسیناسیون Medicare بخش D چقدر پرداخت می‌کنید 140



A. توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB)

برنامه ما حساب داروهای تجویزی شما را نگه می‌دارد. ما حساب دو نوع هزینه را نگه می‌داریم:

- **هزینه‌های پرداختی از جیب شما** مبلغی است که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازند.
 - **کل هزینه دارویی شما.** مبلغی است که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌هایتان می‌پردازند، به علاوه مقداری که ما می‌پردازیم.
- وقتی داروهای تجویزی را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، گزارشی برای شما ارسال می‌کنیم که توصیف مزایا نامیده می‌شود. به این، مختصراً EOB می‌گوییم. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهای دارای هزینه کمتر که ممکن است در دسترس باشد، در اختیار دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم هزینه با پزشک نسخه‌نویستان صحبت کنید. EOB شامل موارد زیر می‌شود:
- **اطلاعات مربوط به ماه این گزارش** حاوی داروهای نسخه‌ای می‌باشد که دریافت کردید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می‌کنند را نشان می‌دهد.
 - **اطلاعات «از ابتدای سال جاری تا امروز».** این کل هزینه دارویی شما و کل مبلغی می‌باشد که از 1 ژانویه پرداخت شده است.
 - **اطلاعات قیمت دارو** قیمت کل دارو و درصد تغییر قیمت دارو از اولین مورد پرکردن را نشان می‌دهد.
 - **جایگزین‌های با هزینه کمتر** در صورت وجود، آنها در خلاصه زیر داروهای فعلی شما ظاهر می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با پزشک خود صحبت کنید.
- ما پوشش داروهایی که تحت Medicare نیستند را عرضه می‌کنیم.
- **مبالغی که برای این داروها پرداخت شده** به حساب کل هزینه‌های نقدی شما نخواهند آمد.
 - **برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که برنامه ما پوشش می‌دهد،** به فهرست دارویی 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.



B. نگاه داشتن حساب هزینه های دارویی شما

برای نگاه داشتن هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافتی‌مان از شما و داروخانه‌تان استفاده می‌کنیم. شما به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

کارت شناسایی عضویت خود را هر بار که تجویزی دریافت می‌کنید نشان دهید. این کار به ما کمک خواهد کرد که بدانیم چه نسخه‌هایی را دریافت و چه مبلغی پرداخت کردید.

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

تجویزی از رسید هزینه داروهایی که پرداخت کردید را به ما بدهید. می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو درخواست کنید.

در موارد زیر باید تجویزی از رسیدهای خود را به ما بدهید:

- وقتی داروی تحت پوشش را در داروخانه شبکه به بهای ویژه خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیف استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای برنامه درمانی ما نیست.
- وقتی سهم بیمه شده را برای داروهایی پرداخت می‌کنید که تحت برنامه امداد به بیماران تولید کننده دارو دریافت می‌کنید
- وقتی داروهای تحت پوشش را در داروخانه خارج از شبکه خریداری می‌کنید
- وقتی بهای کامل یک داروی تحت پوشش را پرداخت می‌کنید

برای آگاهی از اینکه چگونه برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارو درخواست بدهید، به فصل ۷، قسمت A، صفحه 142 مراجعه کنید.

3. اطلاعات مربوط به مبالغی که دیگران برای شما پرداخت کرده‌اند را برای ما ارسال کنید.

مبالغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز جزو هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب شما محسوب می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط برنامه مساعدت دارویی ایدز، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شوند به حساب هزینه‌های نقدی شما گذاشته می‌شوند. این می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. وقتی به مرحله پوشش وضعیت بحرانی می‌رسید، Health Net Cal MediConnect، همه هزینه داروهای بخش D را برای ادامه سال پرداخت می‌کند.

4. گزارش‌های EOB که برای شما ارسال می‌کنیم را چک کنید.

وقتی توصیف مزایا را از طریق پست دریافت می‌کنید، لطفاً مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد. اگر فکر می‌کنید موضوعی در گزارش نادرست یا جا افتاده است یا اگر سوالی دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. به جای دریافت EOB کاغذی از طریق پست، اکنون گزینه دریافت EOB الکترونیکی (eEOB) را دارید. با مراجعه به <http://www.caremark.com> می‌توانید eEOB را درخواست کنید. اگر انتخاب کنید که به این شکل اقدام کنید، هنگامی که eEOB شما آماده مشاهده، چاپ یا دانلود شود، ایمیلی دریافت خواهید کرد. eEOB ها به عنوان EOB های بدون کاغذ

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.



نیز شناخته می‌شوند. این eEOB ها کپی (تصاویر) دقیق EOB های چاپ شده هستند. حتماً این گزارش‌ها را نگه دارید. این‌ها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

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
<p>در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود.</p> <p>شما این مرحله را هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.</p>	<p>در طول این مرحله، ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2022 پرداخت می‌کنیم.</p> <p>این مرحله زمانی شروع می‌شود که مقدار مشخصی از هزینه‌های پرداختی از جیب خودتان را پرداخت کرده باشید.</p>

D. مرحله 1: مرحله اولیه پوشش

در طول مرحله اولیه پوشش، ما سهمی از هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش شما را پرداخت می‌کنیم 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.

ردیف‌های تسهیم هزینه، گروه‌هایی از داروهای هستند که سهم بیمه‌شده یکسان دارند. هر داروی مندرج در فهرست دارویی برنامه، در یکی از سه ردیف تسهیم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چه شماره ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه‌شده بیشتر است. برای یافتن ردیف تسهیم هزینه داروهایتان می‌توانید به فهرست داروها مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1 شامل داروهای ژنریک هستند. سهم بیمه‌شده بسته به درآمد شما، از 0 تا 3.95 دلار است.
- (داروهای ردیف 2 شامل داروهای برند هستند و ممکن است برخی داروهای ژنریک را نیز شامل شوند.) سهم بیمه‌شده بسته به درآمد شما از 0 تا 9.85 دلار است.
- ردیف 3 شامل برخی از داروهای تجویزی و بدون نسخه است که تحت پوشش داروهای پزشکی هستند، سهم بیمه 0 دلار 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.



D1. گزینه‌های داروخانه شما

مبلغی که برای دارو می‌پردازید بستگی به این دارد که دارو را از کجا دریافت می‌کنید:

- داروخانه شبکه، یا
- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدودی، ما هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده‌اند را پوشش می‌دهیم. به فصل 5، بخش A8، صفحه 128 مراجعه کنید تا بدانید چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات در مورد این گزینه‌های داروخانه، به فصل 5، بخش A، صفحه 125 این دفترچه راهنما و فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

D2. دریافت ذخیره بلندمدت دارو

برای برخی داروها، می‌توانید ذخیره بلندمدت را هنگام پیچیدن نسخه خود دریافت کنید («ذخیره تمدید یافته» نیز خوانده می‌شود). ذخیره بلندمدت در واقع ذخیره‌ای تا حداکثر 90 روز می‌باشد. برای شما همان هزینه ذخیره یک ماهه را دارد.

برای جزئیات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلندمدت یک دارو، به فصل 5، بخش A7، صفحه 128 یا فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.



D3. شما چه مبلغی را پرداخت می‌کنید

در طول مرحله اول پوشش، ممکن است با هر بار دریافت نسخه مبلغی به عنوان سهم بیمه‌شده پردازید. اگر قیمت داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم شما باشد، شما هزینه کمتر را پرداخت خواهید کرد.

برای کسب اطلاعات در مورد اینکه سهم بیمه‌شده شما برای هر داروی تحت پوشش چقدر است، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

سهم شما از هزینه وقتی ذخیره یک ماهه یا بلندمدت داروی نسخه‌ای تحت پوشش را از محل زیر دریافت می‌کنید:

داروخانه خارج از شبکه	داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه	خدمات سفارش پستی	داروخانه شبکه	
ذخیره برای حداکثر 30 روز. پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5، بخش A8، صفحه 128 مراجعه کنید.	میزان داروی مصرفی تا حداکثر 31 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	
\$0، \$1.35 یا \$3.95 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$1.35 یا \$3.95 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$1.35 یا \$3.95 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$1.35 یا \$3.95 پرداخت مشترک بیمه	تسهیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک)
این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	
\$0، \$4 یا \$9.85 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$4 یا \$9.85 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$4 یا \$9.85 پرداخت مشترک بیمه	\$0، \$4 یا \$9.85 پرداخت مشترک بیمه	تسهیم هزینه ردیف 2 (داروهای برند)
این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	
\$0 پرداخت مشترک بیمه	\$0 پرداخت مشترک بیمه	\$0 پرداخت مشترک بیمه	\$0 پرداخت مشترک بیمه	ردیف 3 (داروهای غیر- Medicare Rx/بدون نسخه - OTC)

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.



برای کسب اطلاعات در مورد اینکه کدامیک از داروخانه‌ها می‌توانند داروها را برای مصرف بلندمدت به شما بدهند، به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله اولیه پوشش

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. ما همه هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا آخر سال پوشش می‌دهیم.

گزارش‌های توضیح مزایای تحت پوشش بیمه (EOB) به شما کمک خواهند کرد که حساب مبلغی که برای داروهای خود در طول سال می‌پردازید را ننگه دارید. اگر به حد \$7,050 برسید، به شما اطلاع خواهیم داد. بسیاری از افراد در مدت یک سال به این محدوده نمی‌رسند.

E. 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. برنامه، در طول این مرحله همه هزینه‌های مربوط به داروهای Medicare شما را پرداخت خواهد کرد.

F. هزینه های داروی شما اگر پزشک شما ذخیره کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند

در برخی موارد، شما سهم بیمه‌شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. ولی پزشک شما می‌تواند کمتر از ذخیره یک ماه کامل از داروها را تجویز کند.

- ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشد که می‌خواهید از پزشک خود بخواهید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال وقتی دارویی را برای اولین بار مصرف می‌کنید که معلوم شده اثرات جانبی جدی دارد).
 - اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی نخواهد داشت که هزینه ذخیره یک ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.
- وقتی ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت کنید، سهم بیمه‌شده شما براساس تعداد روزهایی خواهد بود که دارو را دریافت می‌کنید. ما مبلغی که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید («نرخ تسهیم هزینه روزانه») را محاسبه کرده و آن را در تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید ضرب خواهیم کرد.

- در اینجا برای مثال داریم: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. یعنی مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید، کمی بیش از \$0.05 است. اگر ذخیره 7 روزه دارو را دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید حدود \$0.05 در روز ضربدر 7 روز که برابر با کل مبلغ پرداختی \$0.35 می‌شود.
- سهم شدن روزانه در هزینه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه لازم باشد هزینه ذخیره تمام ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما فایده داشته است.
- همچنین می‌توانید از ارائه‌کننده خود بخواهید که کمتر از ذخیره یک ماه دارو تجویز کند، در صورتی که این کار به شما کمک می‌کند:

○ بهتر برای زمان تجدید داروهایتان برنامه‌ریزی 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.



- تجدید داروهایتان را با سایر داروهایی که مصرف می‌کنید هماهنگ کنید، و
- کمتر به داروخانه بروید.

G. کمک برای سهم شدن در هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز

G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) چیست

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/ایدز کمک می‌کند به داروهای نجات‌بخش HIV دسترسی پیدا کنند. داروهای نسخه‌ای بخش D برای بیماران سرپایی که تحت پوشش ADAP هم هستند، از طریق اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، دفتر ایدز برای افراد ثبت‌نام‌شده در ADAP واجد شرایط مساعدت تسهیم هزینه هستند.

G2. اگر در ADAP ثبت‌نام نکرده‌اید باید چه کار کنید

برای کسب اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش، یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وبسایت ADAP به آدرس www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx مراجعه کنید.

G3. اگر در ADAP ثبت نام نکرده باشید باید چه کار کنید

ADAP می‌تواند به ارائه کمک در تسهیم هزینه داروی تجویزی Medicare بخش D به متقاضیان ADAP برای داروها در مجموعه دارویی ADAP ادامه دهد. برای اینکه مطمئن شوید به دریافت این کمک ادامه می‌دهید، لطفاً مددکار ثبت نام ADAP محلی خود را از هرگونه تغییرات در نام برنامه Medicare بخش D یا شماره بیمه‌نامه خود مطلع کنید. اگر برای یافتن نزدیک‌ترین محل ثبت نام ADAP و/یا مددکاران ثبت نام به راهنمایی و کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وبسایت فوق‌الذکر مراجعه کنید.

H. واکسیناسیون

ما واکسن‌های Medicare بخش D را پوشش می‌دهیم. پوشش واکسیناسیون‌های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

1. بخش اول پوشش هزینه خود واکسن است. واکسن یک داروی تجویزی است.
2. بخش دوم، پوشش هزینه تزریق واکسن به شما است. برای مثال، گاهی ممکن است پزشک واکسن را به شما تزریق کند.

H1. قبل از دریافت واکسیناسیون باید از چه مواردی آگاهی داشته باشید

توصیه می‌کنیم هر زمان که تصمیم گرفتید واکسن دریافت کنید، ابتدا با ما در مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسیناسیون شما توسط برنامه‌مان را به شما ارائه کرده و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.
- می‌توانیم به شما بگوییم که چطور هزینه‌های خود را با استفاده از داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان شبکه پایین نگه دارید. داروخانه‌های شبکه به داروخانه‌هایی گفته می‌شود که موافقت کرده‌اند با برنامه ما همکاری کنند. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. ارائه‌کننده شبکه باید با Health Net Cal

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.



MediConnect همکاری داشته باشد تا مطمئن شویم که شما هزینه‌ای برای واکسن بخش D خود پیش‌پرداخت نمی‌کنید.

H2. برای واکسیناسیون Medicare بخش D چقدر پرداخت می‌کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می‌کنید بستگی به نوع واکسن (عارضه‌ای که برای آن واکسینه می‌شوید) دارد.

- برخی واکسن‌ها مزایای درمانی محسوب می‌شوند، نه دارو. این واکسن‌ها به طور رایگان تحت پوشش هستند. برای کسب اطلاعات در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در فصل 4، بخش D، صفحه 67 مراجعه کنید.
 - سایر واکسن‌ها به عنوان داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی برنامه پیدا کنید. ممکن است لازم باشد سهم بیمه‌شده را برای واکسن‌های Medicare بخش D پرداخت کنید.
- در اینجا سه روش معمول دریافت واکسیناسیون Medicare بخش D آمده است.

1. شما واکسن Medicare بخش D را در داروخانه شبکه دریافت می‌کنید و واکسن در داروخانه به شما تزریق می‌شود.

- شما سهم بیمه‌شده را برای واکسن پرداخت خواهید کرد.

2. شما واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشک خود دریافت کرده و پزشک واکسن را به شما تزریق می‌کند.

- شما یک سهم بیمه شده را برای واکسن به پزشک پرداخت خواهید کرد.
- برنامه ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.
- مطب پزشک باید در این موقعیت با برنامه درمانی ما تماس گرفته تا بتوانیم مطمئن شویم آنها می‌دانند که شما تنها باید سهم بیمه شده را برای واکسن پرداخت کنید.

3. شما خود واکسن Medicare بخش D را از داروخانه دریافت کرده و آن را برای تزریق به مطب پزشکتان می‌برید.

- شما سهم بیمه‌شده را برای واکسن پرداخت خواهید کرد.
- برنامه ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.



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

مقدمه

در این فصل درباره نحوه و زمان ارسال صورتحساب به ما و درخواست پرداخت اطلاعاتی ارائه شده است. همچنین به شما اطلاع می‌گویم که در صورت مخالفت با تصمیم اتخاذشده، چطور درخواست تجدیدنظر تنظیم کنید. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

- A. درخواست از ما برای پرداخت بابت خدمات یا داروهایتان 142
- B. ارسال درخواست برای پرداخت 144
- C. تصمیم در مورد پوشش 145
- D. درخواست تجدیدنظر ها 145

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.



A. درخواست از ما برای پرداخت بابت خدمات یا داروهایتان

خدمات‌دهندگان شبکه ما برای خدمات و داروهای تحت پوشش شما که قبلاً دریافت کرده‌اید باید برای برنامه صورتحساب بفرستند. یک ارائه‌کننده شبکه در واقع ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد.

اگر برای کل هزینه درمان یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب، به بخش B، صفحه 157 مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر خدمات و داروها تحت پوشش هستند و شما بیش از سهم خود را پرداخت کرده باشید، این حق شماست که آن را پس بگیرید.
 - اگر خدمات یا داروها تحت پوشش نباشند، به شما خواهیم گفت.
- اگر هرگونه سؤالی دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید چقدر باید پرداخت می‌کردید، یا اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چه کار کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی در مورد یک درخواست پرداخت که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید، در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

در اینجا چند مورد ذکر می‌شود که ممکن است لازم باشد از ما درخواست کنید هزینه صورتحسابی که دریافت کرده‌اید را به شما بازپرداخت کنیم:

1. وقتی مراقبت اورژانسی یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید

باید از ارائه‌کننده بخواهید که برای ما صورتحساب بفرستد.

- اگر مبلغ کل را هنگام دریافت مراقبت پرداخت می‌کنید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
- ممکن است از ارائه‌کننده صورتحسابی دریافت کنید مبنی بر اینکه باید مبلغی پرداخت کنید که فکر می‌کنید بدهکار نیستید. صورتحساب و مدرک مبالغی که پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال کنید.
 - اگر باید به ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
 - اگر هزینه خدمات را پرداخت کرده‌اید، ما آن را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

اگر هرگونه سؤالی 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.



سهام ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کردید

2. وقتی ارائه‌کننده شبکه برای ما صورتحساب می‌فرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند. هنگامی که خدمات یا دارویی دریافت می‌کنید، کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect خود را نشان دهید. صدور نادرست/بی‌مورد صورتحساب هنگامی اتفاق می‌افتد که ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم شدن در هزینه برنامه درمانی برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. اگر صورتحسابی دریافت کرده‌اید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- شما به عنوان عضو Health Net Cal MediConnect، در هنگام دریافت خدمات تحت پوشش برنامه، فقط باید حق‌الزحمه را بپردازید. ما به ارائه‌کنندگان اجازه نمی‌دهیم که بیش از این مبلغ، از شما هزینه‌ای دریافت کنند. حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که برای خدمات مطالبه می‌کند نیز این موضوع صادق است. اگر تصمیم بگیریم که بعضی از هزینه‌ها را پرداخت نکنیم، باز هم شما مجبور به پرداخت آنها نیستید.
- وقتی صورتحسابی از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت می‌کنید که فکر می‌کنید بیشتر از آن مبلغی است که باید پرداخت کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با آن ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.
- اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه‌کننده شبکه را پرداخت کرده‌اید، اما احساس می‌کنید که مبلغ بسیار زیادی را پرداخت نمودید، صورتحساب و سند هر مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید. ما مابه‌التفاوت مبلغی که شما پرداخت کرده‌اید و طبق بیمه طلب دارید را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. وقتی از یک داروخانه خارج از شبکه برای دریافت نسخه استفاده می‌کنید

اگر به داروخانه خارج از شبکه بروید، لازم است هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.

- تنها در موارد معدود، ما هزینه نسخه‌هایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه گرفته شده باشد را تحت پوشش قرار خواهیم داد. وقتی از ما بازپرداخت سهممان از هزینه را درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های خارج از شبکه به فصل 5 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

4. وقتی به دلیل همراه نداشتن کارت عضویت خود، هزینه کامل نسخه را پرداخت می‌کنید

اگر کارت عضویت برنامه درمانی را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه‌تان را کنترل کنند.

- اگر داروخانه نتواند فوراً به اطلاعات مورد نیازش دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید.
- وقتی از ما بازپرداخت سهممان از هزینه را درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.

5. وقتی هزینه کامل نسخه برای دارویی که تحت پوشش نیست را پرداخت می‌کنید

ممکن است هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید چون دارو تحت پوشش نیست.

- دارو ممکن است در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما نباشد یا ممکن است شرایط یا محدودیتی داشته باشد که شما نمی‌دانستید یا فکر می‌کنید که نباید به شما مربوط شود. اگر تصمیم بگیرید دارو را دریافت کنید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل آن را پرداخت 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.



سهام ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کردید

○ اگر هزینه دارو را پرداخت نمی‌کنید ولی فکر می‌کنید که باید تحت پوشش باشد، می‌توانید برای تصمیم پوشش درخواست کنید (به فصل 9، بخش F4، صفحه 203 مراجعه کنید).

○ اگر شما و پزشکتان یا تجویزکننده دیگر فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می‌توانید برای تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به فصل 9، بخش F4، صفحه 203 مراجعه کنید).

● وقتی از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، یک کپی از رسید خود را برایمان ارسال کنید. در برخی مواقع، برای بازپرداخت سهم خود از دارو، ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویزکننده دیگر نیاز داشته باشیم.

وقتی درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند یا خیر. این یک «تصمیم‌گیری پوشش» نامیده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم آن را تحت پوشش قرار دهیم، سهم خود از هزینه سرویس یا دارو را پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست شما برای پرداخت را قبول نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش F5، صفحه 206 مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست برای پرداخت

صورتحساب و هرگونه مدرک مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت‌شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌کننده دریافت کردید. ایده خوبی است که از صورتحساب و رسیدهای خود کپی بگیرید و نگه دارید. شما می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت خود، درخواست کمک و راهنمایی کنید.

برای اطمینان از اینکه همه اطلاعات مورد نیازمان برای تصمیم‌گیری را ارائه می‌کنید، می‌توانید فرم مطالبه ما را برای ارائه درخواست پرداخت خود پر کنید.

● استفاده از این فرم الزامی نیست، ولی به ما کمک خواهد کرد که اطلاعات را سریع‌تر بررسی کنیم.

● می‌توانید نسخه‌ای از این فرم را در وبسایت ما (mmp.healthnetcalifornia.com) دریافت کنید یا با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و این فرم را درخواست کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این نشانی ارسال کنید: لطفاً یک مدرک قابل قبول درباره پرداخت پول ارائه کنید، این مدرک می‌تواند یک کپی از چک نقدشده، گزارش کارت اعتباری یا نقدی یا رسید انتقال پول باشد:

نشانی مطالبات پزشکی:

Health Net Cal MediConnect
Health Net Community Solutions, Inc.
PO Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

اگر هرگونه 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.



سهام ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کردید

شما باید مطالبه خود را ظرف یک سال تقویمی از تاریخ دریافت خدمات یا کالا به ما ارائه دهید.

نشانی مطالبات داروخانه:

Health Net Cal MediConnect
Health Net Community Solutions, Inc.
PO Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

شما باید مطالبه خود را ظرف سه سال از تاریخ دریافت دارو به ما ارائه دهید.

C. تصمیم در مورد پوشش

وقتی درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت. یعنی تصمیم خواهیم گرفت آیا مراقبت درمانی یا داروی شما تحت پوشش برنامه ما می‌باشد یا خیر. همچنین در مورد مبلغی که احتمالاً باید برای مراقبت درمانی یا دارو بپردازید، تصمیم خواهیم گرفت.

- اگر به اطلاعات بیشتری از طرف شما نیاز داشته باشیم، به اطلاع شما خواهیم رساند.

- اگر تصمیم بگیریم که مراقبت درمانی یا دارو تحت پوشش است و شما از تمام مقررات برای دریافت آن پیروی کرده‌اید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک را برای سهم خود از هزینه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه خدمات یا دارو را هنوز پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3، بخش B، صفحه 43 مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توصیف می‌کند. فصل 5 مقررات مربوط به دریافت داروهای تجویزی Medicare Part D که تحت پوشش هستند را توصیف می‌کند.

- اگر تصمیم بگیریم سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل آن را توصیف خواهد کرد. این نامه همچنین حقوق شما را در مورد درخواست تجدیدنظر توصیف خواهد کرد.
- جهت کسب اطلاعات بیشتر در خصوص تصمیمات مربوط به پوشش، به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.

D. درخواست تجدیدنظرها

اگر فکر می‌کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار درخواست تجدیدنظر خوانده می‌شود. اگر با مبلغی که پرداخت می‌کنید موافق نیستید نیز می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

رویه تجدیدنظر یک روال رسمی با فرایندهای مشروح و مهلت‌های مهم می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.

- اگر می‌خواهید درباره بازپرداخت هزینه خدمات مراقبت از سلامت درخواست تجدیدنظر ارائه کنید، به بخش E5 صفحه 198 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.



- اگر می خواهید درباره بازپرداخت هزینه دارو درخواست تجدید نظر ارائه کنید به بخش F5 صفحه 206 مراجعه کنید.



فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به عنوان عضو برنامه درمانی می‌باشد. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دقتزچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

- 148.....Your right to get information in a way that meets your needs .A
- 161..... ما باید تضمین کنیم که شما دسترسی به موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش را پیدا می‌کنید .B
- 162..... ما باید از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) محافظت کنیم.....C
- 162..... نحوه محافظت ما از PHI شما.....C1
- 162..... شما حق مشاهده سوابق پزشکی‌تان را دارید.....C2
- 170..... مسئولیت ما در ارائه اطلاعات در مورد برنامه، ارائه‌کنندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش شما.....D
- 172..... عدم امکان صدور مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌کنندگان شبکه.....E
- 172..... حق شما برای خروج از طرح Cal MediConnect ما.....F
- 172..... شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید.....G
- 172..... شما حق دارید از گزینه‌های درمانی خود مطلع بوده و در مورد مراقبت سلامت‌تان تصمیم بگیرید.....G1
- 173..... حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود در صورتیکه قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید.....G2
- 174..... اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید.....G3
- 174..... حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیماتمان.....H
- 174..... اگر فکر می‌کنید منصفانه با شما برخورد نشده است یا تمایل دارید درباره حقوق خود بیشتر بدانید چه کار کنید.....H1
- 175..... از این حق برخوردار هستید تا توصیه‌هایی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید.....I
- 175..... ارزیابی فناوری‌های جدید و موجود.....J
- 176..... مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از برنامه.....K

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.

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

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) wants to make sure you understand your health plan information. We can send materials to you in another language or alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice. Please call us if:
 - You want to get your materials in Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (traditional characters), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese or in an alternate format. You can ask for one of these languages in an alternate format.
 - You want to change the language or format that we send you materials.

If you need help understanding your plan materials, please contact Health Net Cal MediConnect Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711). Hours are 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.

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (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.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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

مراجعه کنید. mmp.healthnetcalifornia.com



لديك الحق في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. خطتنا لديها أشخاص يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصيغ مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تريد خطة Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) التأكيد من أنك تفهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. وهذا يسمى "طلب دائم." وستقوم بتوثيق اختيارك. يُرجى الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التايوانية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.

- كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لفهم مواد خطتك، فُرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو عجز وتريد تقديم شكوى، فاتصل بخطة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

Ձեր իրավունքը ստանալ տեղեկություններ այնպես, որը բավարարում է ձեր կարիքները

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր անգլերենից տարբերվող այլ լեզուներով և ձևաչափերով, ինչպես օրինակ՝ խոշոր տառատեսակ, բրեյլ կամ ձայնագրություն: Եթե հետագա առաքումների համար փաստաթղթերը ցանկանում եք ստանալ մեկ այլ լեզվով և/կամ ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին: Health Net Cal MediConnect Plan-ը (Medicare-Medicaid Plan) ցանկանում է հավաստիանալ, որ դուք հասկանում եք ձեր առողջապահական ծրագրի տեղեկատվությունը: Մենք կարող ենք նյութեր ուղարկել այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե խնդրեք այն: Սա կոչվում է «մշտական խնդրանք»: Մենք կարձանագրենք ձեր ընտրությունը: Խնդրում ենք զանգահարել մեզ, եթե.
 - Ցանկանում եք ստանալ նյութերն արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն (քմեր), չինարեն (ավանդական), պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ, վիետնամերեն լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով: Կարող եք խնդրել այս լեզուներից մեկն այլընտրանքային ձևաչափով:
 - Ցանկանում եք փոխել լեզուն կամ ձևաչափը, որով մենք ձեզ նյութեր ենք ուղարկում:

Եթե ձեր ծրագրի նյութերը հասկանալու հարցում օգնության կարիք ունեք, խնդրում ենք դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711): Աշխատանքային ժամերն են՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:



Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով և ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել, զանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին զանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់លោកអ្នកតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន។ យើងខ្ញុំត្រូវតែប្រាប់លោកអ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់លោកអ្នកជាវៀងរាល់ឆ្នាំដែលលោកអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលលោកអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់លោកអ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់សម្ភារៈដល់លោកអ្នកជាភាសាក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និងក្នុងទម្រង់ដូចជា អក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់ជនពិការ ឬជាសម្លេង។ ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារភាសា និង/ឬ ទម្រង់ផ្សេងទៀតដើម្បីធ្វើតាមសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោង Health Net Cal MediConnect (គម្រោង Medicare-Medicaid) ចង់ធ្វើឱ្យប្រាកដថា លោកអ្នកយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងសុខភាពរបស់លោកអ្នក។ យើងខ្ញុំអាចបញ្ជូនព័ត៌មានទៅកាន់លោកអ្នកជាភាសាមួយទៀតឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើលោកអ្នកស្នើសុំវាបែបនេះ។ នេះត្រូវបានគេហៅថា "សំណើអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងខ្ញុំនឹងចងក្រងឯកសារបម្រើសមាជិករបស់លោកអ្នក។ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំ ប្រសិនបើ៖
 - លោកអ្នកចង់ទទួលបានព័ត៌មានរបស់លោកអ្នកជាភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី កម្ពុជា (ខ្មែរ) ចិន (អក្សរចិនបុរាណ) ហ្វារស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាហ្គិក វៀតណាម ឬ ជាទម្រង់ផ្សេង។ លោកអ្នកអាចស្នើសុំភាសាណាមួយក្នុងចំណោមភាសាទាំងនេះជាទម្រង់ផ្សេងបាន។
 - លោកអ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរភាសាឬទម្រង់នៃព័ត៌មានដែលយើងធ្វើទៅកាន់លោកអ្នក។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការជំនួយដើម្បីយល់ពីព័ត៌មានស្តីពីគម្រោងរបស់លោកអ្នក លោកអ្នកអាចទំនាក់ទំនងសេវាបម្រើសមាជិក Health Net Cal MediConnect តាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711)។ ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ វៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។



ប្រសិនបើលោកម្នាក់កំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងខ្ញុំ នោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយលោកម្នាក់ចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ លោកម្នាក់អាចហៅទូរសព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ។ ម្នាក់ប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048 ។ សម្រាប់ព័ត៌មានផ្លូវអំពីការងារកំពុងបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការរៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកម្នាក់អាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទូរសព្ទទៅកាន់លោកម្នាក់វិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



您有權以符合您需求的方式取得資訊

我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您有關計畫的福利及您的權利。只要您尚在本計畫中，我們每年皆必須告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計畫有精通不同語言的人士可為您解答疑問。
- 本計畫也可以為您提供英語以外的語言版本、大字版、點字版或語音版的資訊。若您想要取得其他語言和/或格式的文件以供未來郵寄使用，請致電會員服務部。**Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)** 想確保您瞭解自己的健保計畫資訊。如果您提出要求，我們可以用其他語言或其他格式向您傳送材料。這被稱為「長期申請」。我們將會記錄您的選擇。如果您有以下要求，請致電我們：
 - 您需要阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語（高棉語）、中文（繁體字）、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、塔加洛語、越南語或其他格式的材料。您可以要求用另一種格式提供其中一種語言。
 - 您想變更我們向您傳送材料的語言或格式。

如果您需要幫助來瞭解自己的計畫材料，請致電 1-855-464-3571（聽障專線：711）聯絡 Health Net Cal MediConnect 會員服務部。服務時間為週一至週五上午 8 點至晚上 8 點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

如果您因語言問題或殘疾，而在向本計畫取得資訊時遭遇困難，因此想要提出投訴，請致電 Medicare，電話是 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您可以全天候撥打，每天 24 小時，每週 7 天均提供服務。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如需有關向 Medi-Cal 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點聯繫會員服務部，電話是 1-855-464-3571（聽障專線：711）。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們將會在下個工作日回電給您。

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

حق شما برای دریافت اطلاعات به نحوی که متناسب با نیازتان باشد

ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوییم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی را که در برنامه درمانی ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به زبان‌های مختلف به پرسش‌ها پاسخ دهند.
 - برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و قالب‌هایی مثل چاپ درشت، خط بریل و قالب صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید، لطفاً با مرکز «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- 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.
 - تمایل دارید زبان یا قالب مطالب ارسالی‌مان به شما را تغییر دهید.

اگر 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، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

اگر به‌خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا 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.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 در 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



고객의 필요에 부합되는 방식으로 정보를 받아볼 권리

당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 고객께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 고객의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 향후 우편 발송 시 다른 언어 및 형식으로 작성된 문서를 수신하기 원하시면 가입자 서비스에 문의해 주십시오.
Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)은 귀하가 귀하의 건강보험 정보를 잘 이해하실 것을 바라고 있습니다. 가입자의 요청이 있을 경우, 다른 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "지속 요청"이라 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다. 아래와 같은 경우라면 연락하십시오.
 - 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어(크메르어), 중국어(번체), 이란어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 베트남어 등의 언어로 된 자료나 다른 형태로 된 자료를 받고 싶을 수 있습니다. 이들 언어 중 한가지를 선택하여 대체 형식 자료를 요청하실 수 있습니다.
 - 당사가 가입자에게 보내드리는 자료의 언어나 형식을 바꾸고 싶으실 수도 있습니다.

귀하의 플랜 자료를 이해하는 데 도움이 필요하시면, Health Net Cal MediConnect 가입자 서비스에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 연락하십시오. 서비스 운영 시간은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시입니다. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만을 제기하길 원하시면, 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 문의해 주십시오. 연중무휴 24시간 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 문의해 주십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대한 자세한 내용은 월요일~금요일 오전 8시에서 오후 8시에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 가입자 서비스에 문의해 주십시오. 근무시간 이후, 주말 및 휴일에는 메시지를 남겨 주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 전화드리겠습니다.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

О страховом покрытии плана и ваших правах мы должны сообщать вам в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Чтобы получить информацию в удобной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания участников плана. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в других форматах, например напечатанными крупным шрифтом, шрифтом Брайля или в формате аудиозаписи. Если вы желаете в будущем получать документы на другом языке и/или в ином формате, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. Мы хотим, чтобы вы понимали всю информацию, связанную с вашим планом медицинского страхования Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan). По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на другом языке или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим запросом». Мы укажем ваш выбор в документах. Позвоните нам, если:
 - вы хотите получать материалы на арабском, армянском, камбоджийском (кхмерском), китайском (традиционном), корейском, русском, испанском, тагальском, вьетнамском языках, на фарси или же в другом формате. Вы можете запросить материалы на одном из этих языков в другом формате;
 - вы хотите изменить язык или формат материалов, которые мы вам присылаем.

Если вам нужна помощь, чтобы понять информацию, представленную в материалах плана, обратитесь в отдел обслуживания участников плана Health Net Cal MediConnect по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Время работы: с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Если у вас возникли сложности с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, звоните в программу Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Эта линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном TTY, звоните по номеру 1-877-486-2048. Чтобы узнать, как подать жалобу в Medi-Cal, обратитесь в отдел обслуживания участников

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 с понедельника по пятницу. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день.

Su derecho a obtener información de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos explicarle los beneficios del plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender e informarle sus derechos cada año que tenga la cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder sus preguntas en varios idiomas.
- El plan también puede proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como en braille, en audio o en letra grande. Si quiere recibir los documentos en otro idioma o formato en la correspondencia que se le envíe en el futuro, llame al Departamento de Servicios al Afiliado.

En Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), queremos asegurarnos de que usted entiende la información de su plan de salud. Podemos enviarle materiales en otros idiomas o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Guardaremos su elección. Llámenos en los siguientes casos:

- Si quiere recibir sus materiales en árabe, armenio, camboyano (jemer), chino (caracteres tradicionales), farsi, coreano, ruso, español, tagalo o vietnamita, o en un formato alternativo. También puede solicitar que se le envíen en uno de estos idiomas y, a su vez, en un formato alternativo.
- Si quiere cambiar el idioma o el formato en el que le enviamos los materiales.

Si necesita ayuda para entender los materiales de su plan, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de Health Net Cal MediConnect, al 1-855-464-3571 (TTY: 711). El horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para obtener información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, llame al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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

مراجعه کنید. mmp.healthnetcalifornia.com



Ang inyong karapatang makakuha ng impormasyon sa isang paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa isang paraan na mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na nasa plano namin kayo.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga tao na makakasagot sa inyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan rin kayo ng aming plano ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto ninyong makuha ang mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Gustong masiguro ng Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) na nauunawaan ninyo ang impormasyon sa inyong planong pangkalusugan. Maaari kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika o alternatibong format kung hihilingin ninyo ito sa ganitong paraan. Tinatawag itong “pangmatagalang kahilingan.” Itatala namin ang inyong pinili. Tumawag sa amin kung:
 - Gusto ninyong makuha ang inyong mga materyal sa Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese (mga tradisyonal na karakter), Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, Vietnamese o sa isang alternatibong format. Maaari ninyong hilingin ang isa sa mga wikang ito sa isang alternatibong format.
 - Gusto ninyong baguhin ang wika o format na ipinadala namin sa inyo ang mga materyal.

Kung kailangan ninyo ng tulong sa pag-unawa ng mga materyal ng inyong plano, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro ng Health Net Cal MediConnect sa 1-855-464-3571 (TTY: 711). Ang mga oras ay mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo para

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



sa Miyembro sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Para sa mga oras pagkatapos ng trabaho, Sabado at Linggo, at pista opisyal, maaari kayong mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa inyo sa susunod na araw ng negosyo.

Quyền nhận thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh và bằng các định dạng chẳng hạn như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận tài liệu bằng ngôn ngữ và/hoặc định dạng khác để trao đổi thư từ trong tương lai, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ hội viên. Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) muốn đảm bảo rằng quý vị hiểu rõ thông tin về chương trình bảo hiểm sức khỏe của quý vị. Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác hoặc bằng định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ ghi chép lại lựa chọn của quý vị. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu:
 - Quý vị muốn nhận tài liệu bằng tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia (tiếng Khơ-me), tiếng Trung (phồn thể), tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Việt và/hoặc bằng định dạng thay thế. Quý vị có thể yêu cầu một trong những ngôn ngữ này ở một định dạng thay thế.
 - Quý vị muốn thay đổi ngôn ngữ hoặc định dạng của tài liệu mà chúng tôi gửi cho quý vị.

Nếu quý vị cần trợ giúp để hiểu rõ các tài liệu của chương trình, vui lòng liên lạc với bộ phận Dịch vụ hội viên của Health Net Cal MediConnect theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711). Giờ làm việc từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn than phiền với Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch vụ hội viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, thứ Hai đến thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại lời nhắn. Sẽ có người phản hồi cuộc gọi của quý vị vào ngày làm việc tiếp theo.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

B. ما باید تضمین کنیم که شما دسترسی به موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش را پیدا می‌کنید

اگر نمی‌توانید برای دریافت خدمات تحت پوشش وقت ملاقات به موقع بگیرید و به تشخیص پزشکتان دیگر نباید برای دریافت وقت ملاقت صبر کنید، می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید و آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند ساعات اداری از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه است. بعد از ساعات اداری یا آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید به جای تماس پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

به عنوان عضو برنامه ما:

- شما این حق دارید که یک ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. خدمات‌دهنده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه نوع ارائه‌کننده‌ای ممکن است به عنوان PCP عمل کند و چگونگی انتخاب PCP را در فصل 3، بخش D، صفحه 45 مشاهده کنید.
 - برای کسب اطلاعات در مورد ارائه‌کنندگان شبکه یا پزشکی که بیمار جدید قبول می‌کنند با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها جستجو کنید.
- زنان حق دارند بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماری‌های زنان یا متخصص سلامت زنان دیگری بروند. ارجاع به تأییدیه دریافتی از PCP گفته می‌شود که برای مراجعه به پزشکی که PCP شما نیست لازم است.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه‌کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
 - این شامل حق دریافت به موقع خدمات از متخصصان می‌باشد.
 - اگر نتوانید خدمات را ظرف مدت معقولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.
- شما حق دارید که خدمات اورژانسی یا مراقبت فوری را بدون تأیید قبلی دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه‌هایتان را بدون معطلی طولانی از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما دریافت کنید.
- شما حق دارید از زمانی که می‌توانید به ارائه‌کننده خارج از شبکه مراجعه کنید مطلع شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، به فصل 3، بخش D4، صفحه 50 مراجعه کنید.
- وقتی ابتدا عضو برنامه درمانی ما می‌شوید، در صورت احراز شرایط خاص حق دارید که ارائه‌کنندگان و مجوزهای فعلی خدمات را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حفظ ارائه‌کنندگان و مجوز خدمات، به فصل 1، بخش F، صفحه 13 مراجعه کنید.
- شما حق دارید مراقبت را با کمک تیم مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت خودتان اداره کنید.

فصل 9، بخش E، صفحه 186 اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد در مورد اینکه اگر فکر می‌کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان قابل قبول دریافت نمی‌کنید چکار می‌توانید بکنید. فصل 9، بخش D، صفحه 183 همچنین حاوی اطلاعاتی است در مورد اینکه اگر پوشش خدمات یا داروهای شما را قبول نکردیم و شما با تصمیم ما موافق نباشید، چه کاری می‌توانید بکنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



C. ما باید از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) محافظت کنیم

ما از اطلاعات شخصی سلامت (PHI) شما مطابق با الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

اطلاعات سلامت شخصی (PHI) شما شامل اطلاعاتی می‌شود که هنگام عضویت در این برنامه در اختیار ما قرار می‌دهید. همچنین شامل پرونده‌های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می‌شود.

شما حق دارید که اطلاعاتی را دریافت کنید و نحوه استفاده از اطلاعات درمانی خود را کنترل کنید. ما اطلاعیه کتبی به شما می‌دهیم که حاوی اطلاعاتی درباره این حقوق به و نحوه حفاظت از محرمانگی اطلاعات سلامت شماست. این اطلاعیه «اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی» نام دارد.

C1. نحوه محافظت ما از PHI شما

ما تضمین می‌کنیم که افراد غیرمجاز پرونده‌های شما را مشاهده نکرده یا سوابق شما را تغییر ندهند.

در بیشتر موارد، اطلاعات سلامت شما را در اختیار فردی که به شما مراقبت ارائه نمی‌کند یا هزینه مراقبت شما را نمی‌پردازد، قرار نمی‌دهیم. اگر چنین کاری بکنیم، لازم است ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. اجازه کتبی را شما یا فردی می‌دهد که اختیار قانونی تصمیم‌گیری برای شما دارد.

موارد خاصی وجود دارد که نیازی به کسب اجازه کتبی شما نیست. قانون این گونه استثنایا را مجاز یا لازم می‌داند.

- ملزم هستیم که اطلاعات سلامت را در اختیار سازمان‌های دولتی قرار دهیم که بر روی کیفیت درمان ما نظارت دارند.
- ملزم هستیم که اطلاعات شخصی سلامت را در صورت حکم دادگاه منتشر کنیم.
- ملزم هستیم که اطلاعات شخصی سلامت شما را در اختیار Medicare بگذاریم. اگر Medicare، اطلاعات شما را برای اهداف پژوهشی یا سایر موارد افشا کند، این کار طبق قوانین فدرال انجام خواهد شد. اگر اطلاعات شما را با Medi-Cal در میان بگذاریم، این کار نیز طبق قوانین فدرال و ایالتی انجام خواهد شد.

C2. شما حق مشاهده سوابق پزشکی‌تان را دارید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده‌های خود رونوشت بگیرید. ما اجازه داریم که برای رونوشت گرفتن از سابقه پزشکی از شما هزینه‌ای دریافت کنیم.
- شما حق دارید از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را به‌روزرسانی یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که این کار را بکنیم، با ارائه‌کننده خدمات درمانی شما همکاری می‌کنیم تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند یا خیر.
- شما حق دارید از اینکه آیا اطلاعات درمانی (PHI) شما در اختیار دیگران قرار گرفته و نحوه انجام این کار آگاه شوید.

اگر سؤال یا نگرانی درباره حفظ حریم خصوصی PHI خود دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر هر گونه سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اطلاع از شیوه حفظ حریم خصوصی

اطلاعیه حاضر درباره این مسئله توضیح می‌دهد که اطلاعات پزشکی مربوط به شما ممکن است چطور استفاده و منتشر شود و چطور می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را به دقت بررسی کنید.

Effective 08.14.2017

وظایف افراد تحت پوشش:

Health Net** (که با عنوان «ما» یا «برنامه» از آن نام برده می‌شود) یک نهاد تحت پوشش مطابق با قانون مسئولیت و جابجایی بیمه سلامت مصوب سال 1996 (HIPAA) است. بر اساس قانون Health Net باید اطلاعات بهداشت محافظت‌شده (PHI) شما را حفظ کند، یک اطلاعیه در رابطه با وظایف حقوقی ما و فعالیت‌های ما برای حفظ اطلاعات شخصی شما در رابطه با PHI به شما ارائه بدهد، به شرایط اطلاعیه که در حال حاضر اجرا می‌شود عمل کند و در صورت نقض PHI ناامن به شما اطلاع بدهد. PHI اطلاعات مربوط به شما است، از جمله اطلاعات جمعیتی، که ممکن است به شکل معمول برای شناسایی شما استفاده شود و به گذشته شما مربوط است، مشکلات یا سلامت جسمی یا روانی شما در گذشته، حال یا آینده، مفاد مراقبت بهداشتی برای شما یا پرداخت برای آن مراقبت.

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که ما چطور می‌توانیم از PHI شما استفاده کرده و آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه بر این درباره حقوق شما برای دسترسی، اصلاح و مدیریت PHI توضیح می‌دهد تا از این حقوق استفاده کنید. تمام استفاده‌ها و موارد انتشار دیگر برای PHI شما که در این اطلاعیه موجود نیست، فقط با کسب اجازه کتبی از شما انجام خواهد شد.

****اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی برای ثبت‌نام‌کنندگان در هر یک از بخش‌های Health Net در زیر هم اعمال می‌شوند:**

Health Net Health Plan، Health Net Community Solutions, Inc.، Health Net of California, Inc.، Health Net Life Insurance Company و Managed Health Network, LLC، of Oregon, Inc. که شرکت‌های تابعه Health Net, LLC و Centene Corporation هستند. Health Net. علامت خدماتی ثبت‌شده Health Net, LLC. سایر علائم تجاری/علائم خدماتی مشخص شده متعلق به شرکت‌های مربوطه خود می‌باشند. کلیه حقوق محفوظ است. ویراست 2018/06/04

Health Net حق تغییر این اطلاعیه را برای خود محفوظ نگه می‌دارد. ما حق مؤثر دانستن نسخه تغییر یافته یا اصلاح‌شده اطلاعیه PHI که از قبل داشتیم به همراه هرگونه PHI که در آینده از شما دریافت کنیم را برای خود محفوظ نگه می‌داریم. هر زمان که موارد زیر دچار تغییر شوند، Health Net به سرعت این اطلاعیه را اصلاح و دوباره منتشر خواهد کرد:

- استفاده‌ها و افشاکری‌ها
- حقوق شما
- وظایف قانونی ما
- سایر شیوه‌های حفظ حریم خصوصی که در این اطلاعیه عنوان شده است

ما هرگونه اطلاعیه اصلاح‌شده را روی وبسایت و دفترچه راهنمای اعضای خودمان عرضه خواهیم کرد.

حفاظت‌های داخلی از PHI شفاف، مکتوب و الکترونیکی:

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

Health Net از PHI شما حفاظت می‌کند. ما شیوه‌ها و فرآیندهای امنیتی داریم که در این کار به ما کمک می‌کنند. این‌ها مجموعه‌ای از چند روش است که برای حفاظت از PHI شما استفاده می‌کنیم.

- ما به کارکنان خود آموزش می‌دهیم از فرآیندهای امنیتی و حریم خصوصی ما تبعیت کنند.
- ما از شرکای کاری خود می‌خواهیم از فرآیندهای امنیتی و حریم خصوصی تبعیت کنند. ما امنیت دفاتر خود را حفظ می‌کنیم.
- ما فقط به دلایل کاری درباره PHI شما با افرادی صحبت می‌کنیم که باید از آن‌ها اطلاع داشته باشند.
- در هنگام ارسال یا ذخیره PHI به صورت الکترونیک، آن را امن نگه می‌داریم.
- ما از فناوری استفاده می‌کنیم تا جلوی دسترسی افراد غیرمجاز به PHI شما را بگیریم.

استفاده‌ها و افشای‌های مجاز از PHI شما:

در قسمت زیر فهرستی قرار دارد که نشان می‌دهد ما چگونه می‌توانیم بدون اجازه یا تأیید شما، از اطلاعات PHI شما استفاده کنیم:

- **درمان** - ما ممکن است از PHI شما برای پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که به شما خدمات درمانی ارائه می‌دهند، استفاده کنیم یا این اطلاعات را برای آن‌ها افشا کنیم، تا بتوانیم هماهنگی درمان شما بین ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را انجام دهیم، یا برای تصمیم‌گیری‌های قانونی پیشین مربوط به حق مزایای شما از آن‌ها کمک بگیریم.
- **پرداخت** - ما ممکن است از PHI شما برای پرداخت هزینه‌های کمی برای خدمات درمانی ارائه شده به شما استفاده کنیم و آن‌ها را در این راستا افشا کنیم. ممکن است با هدف انجام پرداخت، PHI شما را مطابق با قوانین حریم خصوصی فدرال نزد یک برنامه درمانی دیگر، ارائه‌کننده مراقبت بهداشتی یا یک شخص دیگر افشا کنیم. فعالیت‌های پرداختی می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- رسیدگی به مطالبات
- تعیین صلاحیت یا پوشش برای ادعاها
- صدور صورتحساب‌های حق بیمه
- بررسی خدمات برای اثبات ضرورت پزشکی
- بررسی مطالبات مربوط به استفاده از خدمات

- **عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی** - ما ممکن است از PHI شما برای انجام عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی شما استفاده و در این جهت آن‌ها را افشا کنیم. این فعالیت‌ها می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- ارائه خدمات مشتری
- پاسخ به شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر
- ارائه مدیریت پرونده و هماهنگ‌سازی پرونده
- انجام بررسی پزشکی ادعاها و سایر ارزیابی‌های کیفی
- ارتقا فعالیت‌ها

ما در عملیات‌های مراقبت بهداشتی، ممکن است PHI را برای شرکای تجاری خود افشا کنیم. برای محافظت از حریم خصوصی PHI شما، یک توافقنامه کتبی خواهیم داشت. ممکن است PHI شما را برای سایر اشخاصی که از قوانین خط‌مشی فدرال تبعیت می‌کنند، افشا کنیم. این شخص باید برای انجام عمل‌های مراقبت بهداشتی، با شما نسبتی داشته باشد. از جمله این موارد:

- فعالیت‌های ارتقا و ارزیابی کیفی
- بررسی توانایی یا صلاحیت‌های افراد حرفه‌ای در زمینه مراقبت بهداشتی
- مدیریت پرونده و هماهنگ‌سازی پرونده
- شناسایی و جلوگیری از کلاهبرداری و سوءاستفاده در مراقبت‌های بهداشتی

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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



افشای حامی مالی برنامه/برنامه سلامت گروه - ممکن است در صورت موافقت حامی مالی با محدودیت‌های خاصی در مورد نحوه استفاده یا افشای اطلاعات بهداشتی محافظت شده (مانند موافقت نکردن با استفاده از اطلاعات بهداشتی محافظت شده برای اقدامات یا تصمیمات مربوط به اشتغال)، اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما را به حامی مالی برنامه سلامت گروهی، مانند کارفرما یا نهاد دیگری که برنامه مراقبت‌های بهداشتی را در اختیار شما قرار می‌دهد، قرار دهیم

سایر موارد مجاز یا مورد نیاز برای افشای PHI شما:

- **فعالیت‌های جمع‌آوری کمک مالی** - ما ممکن است از PHI شما برای فعالیت‌های جمع‌آوری کمک مالی استفاده کنیم یا در این راستا آن‌ها را افشا کنیم، فعالیت‌هایی مانند جمع‌آوری پول برای یک بنیاد خیریه یا نهاد مشابه برای کمک به تأمین مالی فعالیت‌های آنها. اگر برای فعالیت‌های مربوط به جمع‌آوری کمک مالی با شما تماس گرفتیم، به شما فرصت می‌دهیم به انتخاب خود دریافت این مکاتبات را در آینده متوقف کنید یا از آن‌ها خارج شوید.
- **مقاصد پذیره نویسی** - ما ممکن است از PHI شما برای مقاصد پذیره نویسی استفاده کنیم، مانند تصمیم‌گیری در مورد یک برنامه یا درخواست پوشش‌دهی و پشتیبانی. اگر برای مقاصد مربوط به تعهد از PHI شما استفاده یا آن را افشا کنیم، این اجازه را نداریم آن بخش PHI که مربوط به اطلاعات ژنتیکی است را افشا یا از آن استفاده کنیم.
- **یادآورهای جلسه ملاقات/جایگزین‌های درمانی** - ما ممکن است از PHI شما برای یادآوری قرار ملاقات‌های درمان و مراقبت‌های پزشکی با ما و یا ارائه اطلاعات در مورد روش‌های جایگزین درمانی یا سایر مزایا و خدمات مرتبط با سلامتی، مانند اطلاعات در مورد نحوه ترک سیگار یا کاهش وزن استفاده کنیم و در این راستا آن‌ها را افشا کنیم.
- **مطابق با درخواست قانون** - اگر قانون فدرال، ایالتی و/یا محلی مستلزم استفاده یا افشای PHI شما است، ما ممکن است از PHI شما استفاده یا افشا کنیم تا حدی که استفاده یا افشای آن با چنین قانونی مطابقت داشته باشد و محدود به الزامات آن قانون باشد. اگر دو یا چند قانون مربوط به استفاده یا افشای یکسان با هم در تعارض باشند، از موردی تبعیت می‌کنیم که محدودیت‌های قانونی بیشتری دارد.
- **فعالیت‌های سلامت عمومی** - ممکن است PHI شما را به منظور پیشگیری یا کنترل بیماری، آسیب یا ناتوانی به مقام بهداشت عمومی افشا کنیم. ممکن است برای اطمینان از کیفیت، ایمنی یا تأثیر محصولات و خدماتی که در حوزه اختیارات سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) است، PHI شما را برای FDA افشا کنیم.
- **قریبانین تجاوز و بی‌توجهی** - ممکن است PHI شما را در اختیار مقامات دولتی محلی، ایالتی یا فدرال قرار دهیم، از جمله برای خدمات اجتماعی یا آژانس‌های خدمات حفاظتی که طبق قانون مجاز به دریافت چنین گزارش‌هایی هستند، در صورتی که به طور منطقی باور داشته باشیم موارد تجاوز، بی‌توجهی یا خشونت خانگی رخ داده باشد.
- **رسیدگی‌های قضایی و اداری** - ممکن است PHI شما را در مراحل قضایی و اداری افشا کنیم. ممکن است در پاسخ به موارد زیر هم اطلاعات را افشا کنیم:
 - حکمی از دادگاه
 - دادگاه اداری
 - حکم احضار
 - احضاریه
 - هشدار
 - درخواست کشف

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



○ درخواست حقوقی مشابه

- **نیروهای قانونی** - در صورت لزوم، ممکن است PHI مربوط به شما را در اختیار پلیس قرار دهیم. برای مثال، در پاسخ به:

- حکم دادگاه
- گواهی با دستور دادگاه
- حکم احضار
- احضاریه صادر شده از سوی افسر قضایی
- حکم احضار هیأت منصفه

همچنین ممکن است با هدف شناسایی یا یافتن محل اختفای افراد مشکوک یا فراری، شاهد یا فرد گمشده، PHI مربوط به شما را افشا کنیم.

- **کارشناس پزشکی قانونی، معاین‌گر پزشکی قانونی و مدیران امور تشییع جنازه** - ممکن است PHI شما را به کارشناس پزشکی قانونی یا معاینه‌گر پزشکی قانونی اعلام کنیم. این کار ممکن است مثلاً برای مشخص کردن علت مرگ، ضروری باشد. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز مدیران برگزاری مراسم تدفین، PHI شما را برای انجام وظایفشان، در اختیار آنها قرار دهیم.

- **اهدای عضو، چشم و بافت** - ممکن است PHI شما را در اختیار سازمان‌های تهیه‌کننده این اعضاء قرار دهد. همچنین ممکن است PHI شما را در اختیار کسانی قرار دهیم که در بخش جابجایی، ذخیره‌سازی یا پیوند این اعضا کار می‌کنند:

- اندام‌های قاعدگی
- چشم
- بافت‌ها

- **تهدیدات سلامت و ایمنی** - اگر به شکل منطقی باور داشته باشیم که استفاده یا افشای اطلاعات برای جلوگیری یا کاهش خطری جدی یا بالقوه علیه سلامت یا ایمنی یک شخص یا عموم مردم لازم است، می‌توانیم PHI شما را افشا یا از آن استفاده کنیم.

- **عملکردهای ویژه دولتی** - اگر یکی از اعضای نیروهای مسلح ایالات متحده آمریکا هستید، ممکن است در صورت دستور مقامات نیروهای مسلح، PHI شما را افشا کنیم. همچنین ممکن است PHI شما را به دلایل زیر افشا کنیم:

- برای اجازه دادن به مقامات فدرال برای انجام فعالیت‌های اطلاعاتی و امنیتی
- اداره ایالتی برای مشخص کردن تناسب پزشکی
- برای خدمات حفاظت از رئیس‌جمهور یا سایر اشخاص مجاز

- **جبران خسارت کارگران** - ممکن است PHI شما را برای رعایت قوانین مربوط به جبران خسارت کارگران یا سایر برنامه‌های مشابه، که توسط قانون تعیین شده است، ارائه دهد که مزایای جراحات یا بیماری‌های ناشی از کار را بدون در نظر گرفتن خطا ارائه می‌دهد.

- **شرایط اضطراری** - ما ممکن است PHI شما را در شرایط اضطراری یا در صورت عدم توانایی یا حضور، به یکی از اعضای خانواده، دوست شخصی نزدیک، آژانس امداد رسانی حوادث یا هر شخص دیگری که قبلاً توسط شما شناسایی شده است، فاش کنیم. برای مشخص کردن اینکه آیا افشا به سود شما است یا خیر، از قضاوت و تجربه حرفه‌ای استفاده می‌کنیم. اگر افشا به سود شما باشد، فقط آن بخش PHI را افشا می‌کنیم که مستقیماً به دخالت شخصی در مراقبت شما ارتباط پیدا می‌کند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

- **زندانیان** - اگر شما زندانی یک موسسه اصلاحی هستید یا تحت سرپرستی یک مقام اجرای قانون هستید، ما ممکن است PHI شما را به موسسه اصلاحی یا مقام انتظامی، جایی که چنین اطلاعاتی برای موسسه جهت ارائه خدمات درمانی به شما ضروری است، ارسال کنیم. از سلامت یا ایمنی خود، یا سلامت یا ایمنی دیگران، یا برای ایمنی و امنیت موسسه اصلاحی محافظت کنید.
- **تحقیق** - در شرایط خاص، ممکن است PHI شما را هنگامی که مطالعه تحقیقات بالینی آنها تأیید شده است و در مواردی که ضوابط خاصی برای اطمینان از حفظ حریم خصوصی و حفاظت از PHI شما وجود دارد، در اختیار محققان قرار دهیم.

استفاده‌ها و افشای‌های PHI شما که نیاز به مجوز کتبی شما دارند

ما ملزم هستیم که برای دلایل زیر و با استثنائات محدود، مجوز کتبی شما را برای استفاده یا افشای PHI شما اخذ کنیم:

فروش PHI - ما قبل از افشای هرگونه افشای‌گری که فروش PHI شما محسوب می‌شود، مجوز کتبی شما را درخواست می‌کنیم، به این معنی که ما برای افشای PHI به این روش غرامت می‌پردازیم.

بازاریابی - ما از مجوز کتبی شما برای استفاده یا افشای PHI شما برای مقاصد بازاریابی که استثنائات محدودی هستند درخواست می‌کنیم، مانند زمانی که با شما ارتباطات بازاریابی رودررو داریم یا وقتی هدایای تبلیغاتی با ارزش اسمی ارائه می‌دهیم.

نکات روان‌درمانی - ما از مجوز کتبی شما برای استفاده یا افشای هر یک از نکات روان‌درمانی شما که ممکن است در موارد استثناء محدود در شکایت‌ها داشته باشیم، مانند برخی از اقدامات درمانی، پرداخت یا مراقبت‌های بهداشتی، درخواست می‌کنیم.

حقوق فردی

موارد زیر جزو حقوق شما در زمینه PHI هستند. اگر می‌خواهید از هر یک از حقوق زیر استفاده کنید، لطفاً با استفاده از اطلاعات موجود در انتهای این اطلاعیه، با ما تماس بگیرید.

- **حق لغو مجوز** - شما می‌توانید اجازه خود را در هر زمان لغو کنید؛ لغو اجازه شما باید به صورت کتبی انجام شود. این لغو اجازه فوراً اجرا خواهد شد؛ به جز در مواردی که قبلاً با استفاده از اجازه صادره و پیش از دریافت درخواست لغو اجازه، اقداماتی انجام داده باشیم.
- **حق درخواست محدودیت‌ها** - شما حق دارید محدودیت‌های استفاده و افشای PHI خود را برای درمان، پرداخت یا عملیات‌های مراقبت‌های بهداشتی، و همچنین افشای این اطلاعات برای افرادی که در مراقبت یا پرداخت مراقبت شما نقش دارند، مانند اعضای خانواده یا دوستان نزدیک درخواست کنید. باید محدودیت‌های مدنظرتان و ایالتی که می‌خواهید محدودیت در آن اعمال شود، در درخواست شما قید شده باشد. ما مجبور نیستیم با این درخواست موافقت کنیم. در صورت موافقت، از محدودیت‌های شما تبعیت می‌کنیم، به جز در صورتی که برای ارائه درمان‌های اضطراری به اطلاعات مربوطه نیاز باشد. با این وجود، استفاده یا افشای PHI برای پرداخت یا عمل مراقبت بهداشتی در یک برنامه سلامت را زمانی محدود خواهیم کرد که هزینه خدمات و موارد به صورت کامل توسط شما پرداخت شده باشد.
- **حق درخواست ارتباطات محرمانه** - شما این حق را دارید که از ما بخواهید در مورد PHI شما با روش‌های دیگر یا مکان‌های دیگر با شما ارتباط برقرار کنیم. این حق تنها در شرایط زیر اعمال می‌شود: (1) در این ارتباطات، اطلاعات پزشکی یا نام ارائه‌کننده و آدرس مربوط به رسید خدمات حساس قید شده است (2) افشای تمام یا بخشی از اطلاعات پزشکی یا نام ارائه‌کننده

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



و آدرس در صورت استفاده از روش‌های جایگزین یا محل متفاوت مورد نظر شما، احتمال بروز خطر برای شما را در پی داشته باشد. مجبور نیستید درباره دلیل درخواست خود توضیح بدهید، اما درخواست شما باید به روشنی عنوان کند که یا در این ارتباطات، اطلاعات پزشکی و یا نام و آدرس مربوط به دریافت خدمات حساس افشا می‌شود و یا افشای تمام یا بخشی از اطلاعات پزشکی یا نام و آدرس ارائه‌کننده می‌تواند باعث به خطر افتادن شما شود اگر روش یا محل برقراری ارتباط تغییر نکند. ما باید درخواست شما را بررسی کنیم تا متوجه شویم که منطقی است و روش‌های جایگزین یا محلی که PHI باید در آن افشا شود را مشخص می‌کند یا خیر.

- **حق دسترسی و کپی‌برداری از PHI شما** - این حق را دارید، به استثناء موارد محدود، به کپی PHI خود که در یک مجموعه ضبط شده تعیین شده است، نگاهی بیندازید یا آن را دریافت کنید. می‌توانید از ما درخواست کنید کپی‌ها را در قالب‌هایی به جز فتوکپی ارائه کنیم. ما از قالب مورد درخواست شما استفاده خواهیم کرد، مگر آنکه نتوانیم این کار را انجام بدهیم. باید درخواست خود برای دسترسی به PHI را به صورت کتبی ارائه کنید. اگر درخواست شما را رد کردیم، توضیحات خود را به صورت کتبی ارائه خواهیم کرد و به شما توضیح خواهیم داد که آیا دلایل رد درخواست را می‌توان بررسی کرد یا خیر و چطور می‌توانید این خدمات را درخواست نمود یا مسئله قابلیت رسیدگی مجدد دارد یا خیر.
- **حق اصلاح PHI‌تان** - شما این حق را دارید که بخواهید PHI شما را اصلاح یا تغییر دهیم، اگر فکر می‌کنید حاوی اطلاعاتی نادرست است. درخواست شما باید به شکل کتبی باشد و باید درباره دلیل اصلاح اطلاعات هم توضیح بدهد. ممکن است به دلیلی خاص با درخواست شما مخالفت کنیم، برای مثال اگر اطلاعاتی که می‌خواهید اصلاح کنید را ایجاد نکرده باشیم و ایجاد کننده PHI خودش توانایی انجام این اصلاح را داشته باشد. در صورت رد کردن درخواست شما، یک توضیح کتبی ارائه خواهیم داد. شما می‌توانید با یک اظهارنامه پاسخ بدهید که با تصمیم ما مخالف هستید و ما اظهارنامه شما را به PHI که از ما درخواست اصلاحش را داشتید، پیوست می‌کنیم. اگر ما درخواست شما برای اصلاح اطلاعات را بپذیریم، تلاش خود را تا حد معمول به کار می‌گیریم تا به دیگران، از جمله افرادی که شما نام برده‌اید، اطلاع بدهیم اصلاحاتی صورت گرفته است و تغییرات را در تمام موارد افشای اطلاعات در آینده در نظر خواهیم گرفت.
- **حق دریافت گزارش افشای اطلاعات** - شما حق دارید فهرستی از موارد را در 6 سال گذشته دریافت کنید که در آن ما یا همکاران تجاری ما PHI شما را افشا کرده ایم. این مسئله شامل افشاهای انجام‌شده با هدف درمان، پرداخت، عمل‌های مراقبت بهداشتی، یا افشاهایی که با اجازه خود شما و برای برخی فعالیت‌های خاص دیگر انجام شده‌اند، نمی‌شود. اگر این درخواست را در یک بازه 12 ماهه برای بیش از یک بار انجام دهید، می‌توانیم برای رسیدگی به این درخواست‌های اضافه مبلغی معقول، بابت هزینه‌ها از شما مطالبه کنیم. ما هنگام درخواست از سوی شما، اطلاعات بیشتری درباره هزینه‌های خود ارائه خواهیم داد.
- **حق ثبت شکایت** - اگر احساس می‌کنید حقوق خصوصی شما نقض شده است یا ما شیوه‌های حفظ حریم خصوصی خود را نقض کرده ایم، می‌توانید با استفاده از اطلاعات تماس در پایان این اعلامیه، شکایت خود را به صورت کتبی یا تلفنی با ما ثبت کنید. برای شکایات مربوط به اعضای Medi-Cal، اعضا همچنین می‌توانند با اداره خدمات مراقبت از سلامت کالیفرنیا (California Department of Health Care Services) که در بخش بعد آمده است، تماس بگیرند.

همچنین می‌توانید شکایت خود را نزد Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services Office for Civil Rights 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 یا تماس با شماره (1-866-788-4989) (TTY: 1-800-368-1019) یا مراجعه به آدرس www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints تنظیم کنید.

ما به خاطر تنظیم شکایت، هیچ اقدامی علیه شما انجام نخواهیم داد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



حق دریافت کپی این اطلاعیه - شما می‌توانید در هر زمان با استفاده از لیست اطلاعات تماس در انتهای اعلان، کپی اطلاعیه ما را درخواست کنید. اگر این اطلاعیه را روی وبسایت ما یا از طریق پست الکترونیک (ایمیل) دریافت کرده‌اید، این حق را دارید که یک نسخه کاغذی درخواست کنید.

اطلاعات تماس

اگر درباره این اطلاعیه، شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما در رابطه با PHI خود یا نحوه استفاده از حقوق‌تان سوالی دارید، می‌توانید به صورت کتبی یا با استفاده از اطلاعات تماس زیر، با ما تماس بگیرید.

تلفن: **(TTY: 711) 3571-464-855-1**

Health Net Privacy Office

فکس: 8314-676-818-1

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

ایمیل: Privacy@healthnet.com

Van Nuys, CA 91409

تنها برای اعضای Medi-Cal، چنانچه فکر می‌کنید از محرمانگی شما محافظت نکرده‌ایم و می‌خواهید شکایت کنید، می‌توانید شکایت خود را از طریق تماس عنوان کرده یا به صورت کتبی به این آدرس نامه ارسال کنید:

Privacy Officer
c/o Office of Legal Services
California Department of Health Care Services
1501 Capitol Avenue, MS 0010
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

تلفن: 1-916-445-4646 یا (TTY/TDD: 1-877-735-2929) 1-866-866-0602

ایمیل: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

اطلاعیه حفظ حریم خصوصی اطلاعات مالی

این اطلاعیه توضیح می‌دهد که **اطلاعات مالی** مربوط به شما ممکن است چطور استفاده و منتشر شود و چگونه می‌توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً آن را به دقت بررسی کنید.

ما متعهد هستیم حریم خصوصی اطلاعات مالی شخصی شما را حفظ کنیم. برای اهداف مربوط به این اطلاعیه، «اطلاعات مالی شخصی» به معنی اطلاعاتی درباره یک فرد ثبت نام شده یا یک متقاضی پوشش مراقبت بهداشتی است که باعث شناسایی یک فرد می‌شود، به صورت عمومی در دسترس همه نیست و می‌توان از خود فرد دریافت کرد یا در رابطه با ارائه پوشش مراقبت بهداشتی برای یک فرد به دست می‌آید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اطلاعاتی که ما جمع‌آوری می‌کنیم: ما اطلاعات مالی شخصی درباره شما را از منابع زیر جمع‌آوری می‌کنیم:

- اطلاعاتی که از شما بر روی فرم‌های درخواست یا سایر فرم‌ها دریافت می‌کنیم، مثل نام، آدرس، سن، اطلاعات پزشکی و شماره تأمین اجتماعی؛
- اطلاعات مربوط به تراکنش بین شما و ما، شرکای ما و دیگران، مثل پرداخت‌های حق بیمه ماهانه و سابقه ادعاهای انجام شده؛ و
- اطلاعات مربوط به گزارش‌های مشتری.

افشای اطلاعات: ما اطلاعات مالی شخصی درباره افراد ثبت‌نام‌کننده یا کسانی که قبلاً ثبت‌نام کرده بودند را در اختیار هیچ شخص ثالثی قرار نمی‌دهیم، به جز مواردی که بر اساس قانون ملزم یا مجاز به انجام آن هستیم. برای مثال، در زمان پیاده‌سازی شیوه‌های عمومی کسب و کارمان، ممکن است، با توجه به آنچه در قانون اجازه داده شده است، هر گونه اطلاعات مالی شخصی که از شما جمع‌آوری می‌کنیم را بدون اجازه از طرف شما، به انواع نهادهایی که در زیر آمده است، ارائه کنیم:

- به شرکت وابسته به ما، مثل سایر بیمه‌کننده‌ها؛
- به شرکت‌های غیروابسته به اهداف کسب و کار روزانه ما، مثل ارزیابی تراکنش‌های ما، حفظ حساب(های) شما یا پاسخ به دستورات دادگاه و تحقیقات قضایی در حال انجام؛ و
- به شرکت‌های غیروابسته که خدماتی را برای ما اجرا می‌کنند؛ برای مثال مکاتبات تبلیغی را از طرف ما ارسال می‌کنند.

محرمانگی و امنیت: ما تدابیر ایمنی فرآیندی، فیزیکی، الکتریکی را با توجه به استانداردهای قابل اعمال ایالتی و فدرال حفظ می‌کنیم تا از اطلاعات مالی شخصی شما در برابر خطراتی مثل مفقود شدن، از بین رفتن یا سواستفاده، حفاظت کنیم. این تدابیر شامل تدابیر ایمنی رایانه‌ای، فایل‌ها و ساخته‌های ایمن شده و محدودیت روی کسانی که می‌توانند به اطلاعات مالی شخصی شما دسترسی پیدا کنند.

سؤالاتی درباره این اطلاعیه: اگر پرسشی درباره این اطلاعیه دارید:

لطفاً به شماره تلفن رایگان مندرج در پشت کارت شناسایی خود زنگ بزنید یا از طریق شماره با Health Net تماس بگیرید.
 (TTY: 711) 3571-464-855-1.

D. مسئولیت ما در ارائه اطلاعات در مورد برنامه، ارائه‌کنندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش شما

شما به عنوان عضو Health Net Cal MediConnect، حق دارید که اطلاعاتی از ما دریافت کنید. اگر به انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به هرگونه سوالی که ممکن است در مورد برنامه ما داشته باشید ارائه می‌کنیم. برای دریافت یک مترجم همزمان، کافیسیت با شماره زیر با ما تماس بگیرید:

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 خدمات برای شما رایگان است. می‌توانید این کتابچه را به زبان‌های زیر نیز به طور رایگان دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- کردهای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

می‌توانیم اطلاعات را در قالب خط بریل، چاپ درشت یا فایل صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم.

اگر در مورد هر یک از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید:

- اطلاعات در مورد نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌ها
- اطلاعات در مورد برنامه ما، از جمله:
 - اطلاعات مالی
 - ارزیابی خدمات ما توسط اعضای برنامه
 - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر ارائه‌شده توسط اعضا
 - نحوه ترک برنامه ما
- ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما، از جمله:
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه
 - صلاحیت ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما
 - نحوه پرداخت دستمزد به ارائه‌کنندگان شبکه ما
- اطلاعات در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش و در مورد مقرراتی که باید پیروی کنید، از جمله:
 - خدمات و داروهای تحت پوشش برنامه ما
 - محدودیت‌های پوشش و داروهای شما
 - مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش رعایت کنید
- اطلاعات در مورد دلیل عدم پوشش یک مورد و اقدامی که می‌توانید انجام دهید، از جمله:
 - درخواست از ما برای ارائه دلیل کتبی عدم پوشش یک مورد

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- تغییر در تصمیمی که گرفته‌ایم
- درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید

E. عدم امکان صدور مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌کنندگان شبکه

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر خدمات‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند شما را وادار کنند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از آنچه ارائه‌کننده مطالبه کرده بپردازیم، نمی‌توانند از شما هزینه‌ای اخذ کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه‌کننده شبکه تلاش کند هزینه‌ای بابت خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چه کار کنید، به فصل 7، بخش A، صفحه 142 مراجعه کنید.

F. حق شما برای خروج از طرح Cal MediConnect ما

اگر تمایلی نداشته باشید هیچکس نمی‌تواند شما را به اجبار در این برنامه نگه دارد.

- شما حق دارید که بیشتر خدمات درمانی خود را از طریق Original Medicare یا برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- شما می‌توانید مزایای داروی تجویزی Medicare Part D را از برنامه داروی تجویزی یا از برنامه Medicare Advantage دریافت کنید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد زمان پیوستن به طرح جدید مزایای Medicare یا داروهای تجویزی به فصل 10، بخش C، صفحه 230 مراجعه کنید.
- مزایای Medi-Cal شما همچنان از طریق Health Net Community Solutions, Inc. ارائه خواهد شد؛ مگر اینکه تصمیم بگیرید برنامه سلامت متفاوتی که در این شهرستان موجود است را انتخاب کنید.

G. شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید

G1. شما حق دارید از گزینه‌های درمانی خود مطلع بوده و در مورد مراقبت سلامت‌تان تصمیم بگیرید

شما حق دارید که اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی هنگام دریافت خدمات دریافت کنید. ارائه‌کنندگان باید درباره شرایط شما و انتخاب‌های پزشکی به روشی که متوجه شوید برایتان توضیح دهند. از این حقوق برخوردار هستید:

- از گزینه‌های خود آگاه باشید. شما حق دارید که از همه انواع درمان مطلع باشید.
- از خطرات آگاه باشید. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا درمانی بخشی از آزمایش پژوهشی را تشکیل می‌دهد باید از قبل به آگاهی شما برسد. شما حق دارید که مداوای آزمایشی را قبول نکنید.
- برای دریافت نظر ثانویه. شما حق دارید که قبل از اتخاذ تصمیم در مورد درمان نزد پزشک دیگری بروید.
- «نه» بگویید. شما حق دارید که هرگونه درمانی را قبول نکنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگر می‌شود؛ حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما همچنین حق دارید که از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اگر درمان را قبول نکنید یا از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید، از برنامه درمانی ما کنار

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

گذاشته نخواهید شد. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می‌آید بر عهده شماست.

- شما می‌توانید از ما بخواهید دلیل امتناع ارائه‌کننده از عرضه خدمات را توضیح دهیم. شما حق دارید چنانچه ارائه‌کننده قبول نکند مراقبتی را ارائه کند که عقیده دارید باید دریافت کنید از ما توضیح بخواهید.
- شما حق دارید که برای خدمات یا دارویی که ارائه نشده یا معمولاً تحت پوشش نیست از ما درخواست پوشش کنید. این «تصمیم پوشش» نامیده می‌شود. فصل 9، بخش D، صفحه 183 می‌گوید که چگونه برنامه‌ای برای تصمیم‌گیری درخواست کنیم.

G2. حق شما برای تعیین آنچه برایتان انجام شود در صورتیکه قادر به تصمیم‌گیری درباره درمان خودتان نباشید

گاهی افراد نمی‌توانند در مورد مراقبت درمانی خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می‌توانید:

- یک فرم کتبی پر کنید که به فردی حق دهید در مورد مراقبت درمانی برای شما تصمیم بگیرد.
 - به پزشکان خود دستورالعمل‌های کتبی بدهید مبنی بر اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید می‌خواهید چطور به درمان شما رسیدگی کنند.
- این سند قانونی که می‌توانید برای ارائه دستورات خود از آن استفاده کنید، دستورالعمل از پیش تعیین شده نامیده می‌شود. انواع مختلفی از وصیت‌نامه پزشکی وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه‌های آن عبارتند از وصیت در زمان حیات و وکالت‌نامه درمانی. استفاده از وصیت‌نامه پزشکی الزامی نیست ولی در صورت تمایل می‌توانید این کار را بکنید. این کار را بکنید:

- فرم را دریافت کنید. می‌توانید فرم را از پزشکتان، وکیل، دفتر خدمات حقوقی یا یک مددکار اجتماعی دریافت کنید. سازمان‌هایی مانند HICAP (Health Insurance and Counseling Advocacy Program) «برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی» که اطلاعات مربوط به Medicare یا Medi-Cal را در اختیار افراد قرار می‌دهند نیز ممکن است فرم‌های دستورالعمل از پیش تعیین شده را داشته باشند.
- فرم را پر کرده و امضا کنید. این فرم یک سند حقوقی است. خوب است که از یک وکیل برای تهیه و تنظیم آن کمک بگیرید.
- نسخه‌هایی از آن را به اشخاصی بدهید که لازم است از آن آگاه باشند. باید یک نسخه از این فرم را به پزشکتان بدهید. همچنین باید تجویزی از آن را به شخصی بدهید که انتخاب کرده‌اید برای شما تصمیم‌گیری کند. همچنین ممکن است بخواهید که نسخه‌هایی از آن را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. حتماً یک نسخه از آن را در خانه نگه دارید.
- اگر قرار است در بیمارستان بستری شوید و وصیت‌نامه پزشکی را امضا کرده‌اید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.
 - بیمارستان از شما خواهد پرسید که آیا وصیت‌نامه پزشکی را امضا کرده‌اید و آیا آن را به همراه دارید.
 - اگر وصیت‌نامه پزشکی را امضا نکرده باشید، بیمارستان فرم‌هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می‌خواهید آن را امضا کنید.

فراموش نکنید این تصمیم شماست که فرم وصیت‌نامه پزشکی را پر کنید یا خیر.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشد چه کار کنید

اگر وصیت‌نامه پزشکی را امضا کرده‌اید و عقیده دارید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های آن پیروی نکرده‌اند، می‌توانید شکایتی را به دفتر محلی حقوق مدنی خود تسلیم کنید.

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

شما می‌توانید از طریق شماره تلفن زیر با دفتر امور حقوق بشری تماس بگیرید:
1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697)

H. حق شما برای شکایت و درخواست از ما برای تجدیدنظر در تصمیماتمان

فصل 9، بخش E، صفحه 186 می‌گوید که اگر در مورد خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش خود مشکلی یا نگرانی دارید می‌توانید انجام دهید. برای مثال می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم، برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوشش درخواست تجدیدنظر یا شکایت کنید.

شما حق دارید که اطلاعاتی در مورد تجدیدنظرها و شکایاتی که سایر اعضا علیه برنامه ما ارائه کرده‌اند دریافت کنید. برای دریافت این اطلاعات با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. اگر فکر می‌کنید منصفانه با شما برخورد نشده است یا تمایل دارید درباره حقوق خود بیشتر بدانید چه کار کنید

اگر فکر می‌کنید منصفانه با شما رفتار نشده است – و این مربوط به تبعیض به دلایل مندرج در فصل 11 نیست – یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری درباره حقوق خود کسب کنید، می‌توانید از طریق تماس با اداره زیر درخواست راهنمایی کنید:

- مرکز خدمات اعضا.
- برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی (HICAP). برای اطلاعات بیشتر در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2، بخش E، صفحه 30 مراجعه کنید.
- با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect تماس بگیرید. برای جزئیات در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2، بخش 1، صفحه 34 مراجعه کنید.
- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید "Medicare Rights & Protections" (حقوق و محافظت‌های Medicare) که در وبسایت www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf به نشانی موجود است را مطالعه یا دانلود کنید.)

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



ا. از این حق برخوردار هستید تا توصیه‌هایی درباره سیاست‌های مربوط به حقوق و مسئولیت‌های اعضا ارائه کنید

اگر سؤال یا نگرانی‌ای درباره حقوق و مسئولیت‌هایتان دارید یا اگر برای بهبود سیاست حقوق اعضا پیشنهادی دارید، با مرکز خدمات اعضا به شماره 3571-464-855-1 (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.

ل. ارزیابی فناوری‌های جدید و موجود

فناوری‌های جدید شامل رویه‌ها، داروها، محصولات بیولوژیک یا دستگاه‌هایی است که اخیراً برای درمان بیماری‌ها یا علائم خاص توسعه یافته‌اند یا کاربردهای جدید از رویه‌ها، داروها، محصولات بیولوژیک و دستگاه‌های موجود است. برنامه درمانی ما از احکام پوشش بیمه محلی و ملی Medicare در هر جایی که مصداق داشته باشند پیروی می‌کند.

در صورت فقدان تصمیمات مربوط به پوشش Medicare، برنامه ما فناوری‌ها یا کاربردهای جدید فناوری‌های موجود را مورد ارزیابی قرار می‌دهد تا در برنامه‌های قابل اجرای مزایا گنجانده شوند و با ارزیابی دقیق تحقیقات پزشکی منتشر شده فعلی در نشریات دارای داور هم‌تا اعم از بررسی‌های نظام‌مند، آزمایش‌های کنترل‌شده و تصادفی، تحقیقات کوهورت، مطالعات موردی کنترل، تحقیقات آزمایشی تشخیصی همراه با نتایج آماری معنادار که نشان‌دهنده ایمنی و کارایی آن‌ها باشند و همچنین بررسی دستورالعمل‌های شاهدمحور که توسط سازمان‌های ملی و مقامات معتبر تعریف شده‌اند، اطمینان حاصل شود که اعضا به خدمات درمانی ایمن و مؤثر دسترسی دارند. برنامه ما همچنین نظرات، توصیه‌ها و ارزیابی‌های ارائه‌شده توسط پزشکان فعال، انجمن‌های پزشکی شناخته‌شده ملی از جمله انجمن‌های تخصصی پزشکی، هیئت‌های عمومی یا سایر سازمان‌های ملی و معتبر ارزیابی تحقیق یا فناوری، گزارش‌ها و انتشارات نهادهای دولتی (به عنوان مثال، سازمان غذا و دارو (FDA)، مراکز کنترل بیماری (CDC) و مؤسسات ملی سلامت (NIH)) را در نظر می‌گیرد.

اگر هر گونه سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 3571-464-855-1 (TTY: 711) در 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.

K. مسئولیت‌های شما به عنوان عضوی از برنامه

شما به عنوان عضو برنامه، مسئول هستید که اقدامات زیر را انجام دهید. اگر سؤالی دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **دفترچه اطلاعاتی اعضا** را برای کسب اطلاعات در مورد موارد تحت پوشش و مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات شوند مطالعه کنید. برای اطلاع درباره:

- برای بررسی خدمات تحت پوشش به فصل 3، بخش B، صفحه 43 و 4، بخش D، صفحه 45 مراجعه کنید. این فصل‌ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می‌کنید را برای شما توضیح می‌دهند.

- برای بررسی داروهای تحت پوشش، به فصل 5، بخش A، صفحه 118 و 6، بخش C، صفحه 135 مراجعه کنید.

- **هرگونه پوشش دیگری که برای درمان یا داروهای تجویزی دارید را به ما اطلاع دهید.** وقتی مراقبت درمانی دریافت می‌کنید، ما ملزم هستیم اطمینان حاصل کنیم که شما از تمام گزینه‌های پوشش خود استفاده می‌کنید. در صورت داشتن پوششی دیگر، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

- **به پزشک خود و سایر ارائه‌کنندگان درمانی بگویید که در برنامه ما عضو هستید.** هر زمان که خدمات یا دارو دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.

- **به پزشکان خود و سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.**

- اطلاعات مورد نیازشان در مورد خودتان و سلامت‌تان را به آن‌ها بدهید. تا آنجا که ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه‌ها و دستورالعمل‌های درمانی مورد توافق شما و ارائه‌کنندگان خود را رعایت کنید.

- مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان از همه داروهایی که مصرف می‌کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌های غذایی می‌شود.

- اگر سؤالی دارید، حتماً بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه‌کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤال کردید و پاسخ برایتان قابل درک نیست، دوباره سؤال کنید.

- **ملاحظه‌گر باشید.** انتظار داریم که همه اعضای ما به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان و مطب سایر ارائه‌کنندگان با احترام رفتار کنید.

- **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به عنوان عضو برنامه، مسئول پرداخت این هزینه‌ها هستید:

- حق بیمه‌های Health Net Cal MediConnect، Medicare Part A و Medicare Part B برای بیشتر اعضای Health Net Cal MediConnect، حق بیمه‌های Part A و Part B شما را پرداخت می‌کند.

- اگر با برنامه Health Net Cal MediConnect در هزینه‌ای سهم هستید، قبل از اینکه Health Net Cal MediConnect هزینه خدمات تحت پوشش شما را بپردازد، نسبت به پرداخت مبلغی از هزینه که در آن سهم هستید، مسئول خواهید بود.

اگر هرگونه سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- برای برخی داروهای تحت پوشش برنامه، باید سهم خود از هزینه را در هنگام دریافت دارو بپردازید. این مبلغ یک سهم هزینه است (مبلغی ثابت) در بخش 6، بخش D3، صفحه 148 عنوان شده است که برای داروها باید چه مبلغی پرداخت کنید.
- اگر خدمات یا داروهایی که تحت پوشش برنامه ما نیستند را دریافت می‌کنید، باید هزینه کامل آن‌ها را شخصاً خودتان پرداخت کنید. اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای یادگیری نحوه درخواست تجدیدنظر به فصل 9، بخش D، صفحه 183 مراجعه کنید.
- اگر نقل مکان می‌کنید به ما اطلاع دهید. اگر قرار است نقل مکان کنید، اهمیت دارد که فوراً به ما اطلاع دهید. با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در این برنامه بمانید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند Health Net Cal MediConnect را دریافت کنند. فصل 1، بخش D، صفحه 12 اطلاعاتی را در مورد منطقه خدماتی ما ارائه می‌کند.
- می‌توانیم به شما کمک کنیم مشخص کنید که آیا به خارج منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید یا خیر. در طول دوره عضویت ویژه، می‌توانید به Original Medicare تغییر داده یا در برنامه درمانی یا داروی تجویزی Medicare در محل جدید خود عضو شوید. می‌توانیم به شما بگوییم که آیا برنامه‌ای در منطقه جدید شما داریم یا خیر.
- همچنین حتماً نشانی جدید خود را در هنگام نقل مکان در اختیار Medicare و Medi-Cal قرار دهید. برای شماره تلفن‌های Medicare و Medi Cal به فصل 2، بخش G، صفحه 32 و بخش H، صفحه 33 مراجعه کنید.
- اگر در محدوده خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، باز هم لازم است که اطلاع دهید. لازم است که سابقه عضویت شما را به‌روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.
- اگر سؤال یا دغدغه‌ای دارید، برای دریافت راهنمایی با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر هر گونه سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.

فصل 9: در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیم درباره پوشش، تجدیدنظرخواهی، شکایت)

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست. این فصل را برای کسب اطلاعات در مورد زیر مطالعه کنید:

- در مورد برنامه خود شکایتی دارید.
- به خدمات، اقلام یا دارویی نیاز دارید که برنامه شما گفته است پوشش نخواهد داد.
- با تصمیمی که برنامه در مورد درمان شما گرفته موافق نیستید.
- فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی سریع تمام می‌شوند.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (Multipurpose Senior Services Program) یا (MSSP)، خدمات اجتماع‌محور بزرگسالان (Community-Based Adult Services) یا (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (Nursing Facility) یا (NF) دارید.

اگر مشکل یا نگرانی‌ای دارید، کفایت بخش‌هایی از این فصل که به وضعیت شما مربوط می‌شوند را مطالعه کنید. این فصل به بخش‌های مختلف تقسیم شده است تا به راحتی مطالب مورد نظر خود را پیدا کنید.

اگر در مورد خدمات و حمایت‌های درمانی یا بلندمدت خود با مشکل مواجه هستید

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلندمدتی که پزشک و سایر ارائه‌کنندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. اگر با خدمات درمانی‌تان مشکل دارید، می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی می‌دهد، اما همیشه می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید. برای منابع بیشتر جهت رسیدگی به نگرانی‌هایتان و راه‌های تماس با آن‌ها، به فصل 2 بخش 1، صفحات 34 اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌های آمبودزمان 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.



فهرست مطالب

181.....	A. اگر مشکلی دارید چه کار کنید.....
181.....	A1. درباره اصطلاحات حقوقی.....
181.....	B. برای دریافت کمک با کجا تماس بگیرید.....
181.....	B1. اطلاعات و کمک بیشتر را از کجا دریافت کنید.....
182.....	C. مشکلات مربوط به مزایای شما.....
182.....	C1. استفاده از این فرآیند برای تصمیمات مربوط به پوشش و تجدیدنظر خواهی یا برای طرح شکایت.....
183.....	D. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها.....
183.....	D1. مروری بر تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش.....
183.....	D2. دریافت کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش.....
184.....	D3. استفاده از بخشی از این فصل که برای شما مفید است.....
186.....	E. مشکلات مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای Part D).....
186.....	E1. چه زمانی از این بخش استفاده کنید.....
187.....	E2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش.....
189.....	E3. تجدیدنظر سطح 1 برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای Part D).....
192.....	E4. تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای Part D).....
198.....	E5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه.....
199.....	F. داروهای Part D.....
199.....	F1. اگر در دریافت یک داروی Part D با مشکل مواجه هستید یا از ما می‌خواهید که هزینه داروی Part D را به شما بازپرداخت کنیم چه کار کنید.....
201.....	F2. استثنا چیست.....
202.....	F3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست برای استثنا دانست.....
203.....	F4. نحوه درخواست برای تصمیم پوشش در مورد داروی Part D یا بازپرداخت برای داروی Part D، شامل استثنا.....
206.....	F5. تجدیدنظر سطح 1 برای داروهای Part D.....
208.....	F6. تجدیدنظر سطح 2 برای داروهای بخش D.....

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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



- G. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان.....209.
- G1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما.....210.
- G2. تجدیدنظر سطح 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان.....210.
- G3. تجدید نظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان.....213.
- G4. اگر مهلت تجدیدنظر سپری شود چه اتفاقی می‌افتد.....214.
- H. اگر فکر می‌کنید مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می‌کنند چه کار کنید.....215.
- H1. ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد.....216.
- H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای ادامه مراقبت شما.....216.
- H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای ادامه مراقبت شما.....218.
- H4. اگر مهلت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 سپری شود چه اتفاقی می‌افتد؟.....219.
- I. مرحله بعد از سطح 2 برای تجدیدنظر شما.....221.
- I1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare.....221.
- I2. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal.....221.
- J. نحوه ارائه شکایت.....222.
- J1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟.....222.
- J2. شکایات داخلی.....224.
- J3. شکایات خارجی.....225.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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

مراجعه کنید. mmp.healthnetcalifornia.com



A. اگر مشکلی دارید چه کار کنید

اگر با برنامه یا خدمات یا پرداخت هزینه‌های خودتان مشکلی دارید، این فصل به شما می‌گوید که چه کار کنید. این فرایندها را Medicare و Medi-Cal تأیید کرده‌اند. هر فرآیند شامل مجموعه‌ای از مقررات، روال‌ها و مهلت‌هایی است که باید توسط ما و شما رعایت شوند.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

اصطلاحات حقوقی دشواری برای برخی مقررات و مهلت‌های مندرج در این فصل وجود دارد. درک بسیاری از این اصطلاحات ممکن است دشوار باشد، بنابراین ما از کلمات ساده‌تری به جای برخی از آن‌ها استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم.

برای مثال، خواهیم گفت:

- «ارائه شکایت» به جای «اقامه دعوی»
- «تصمیم پوشش» به جای «تصمیم سازمان»، «تصمیم مزایا»، «تصمیم شرایط بحرانی» یا «تصمیم پوشش»
- «تصمیم پوشش سریع» به جای «تصمیم‌گیری تسریع شده»

آشنایی با اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند به شما در برقراری ارتباطات واضح‌تر کمک کند، بنابراین این اصطلاحات را نیز توضیح می‌دهیم.

B. برای دریافت کمک با کجا تماس بگیرید

B1. اطلاعات و کمک بیشتر را از کجا دریافت کنید

گاهی شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. مخصوصاً اگر حالتان خوب نباشد یا انرژی محدودی داشته باشید. در موارد دیگر ممکن است دانش کافی برای انجام مرحله بعدی نداشته باشید.

شما می‌توانید از برنامه آمبودزمان Cal MediConnect کمک دریافت کنید

اگر به کمک نیاز دارید، همیشه می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect تماس بگیرید. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect می‌تواند به پرسش‌های شما پاسخ دهد و به شما در یافتن چگونگی حل مشکلات خود کمک کند. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد. آن‌ها می‌توانند شما را راهنمایی کنند که اطلاعات لازم برای استفاده از روندهای گوناگون را کسب کنید. شماره تلفن برنامه آمبودزمان Cal MediConnect برای تماس 1-855-501-3077 می‌باشد. این خدمات رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت، به بخش 2 بهش 1، صفحه 34 مراجعه کنید.

می‌توانید از برنامه حمایت و مشاوره بیمه درمانی کمک دریافت کنید

می‌توانید با برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهد و کمک کنند بدانید برای مدیریت مشکل خود چه کار کنید. برنامه HICAP با ما یا هر شرکت بیمه یا برنامه درمانی رابطه‌ای ندارد. HICAP مشاورانی را در هر شهرستان تربیت کرده است و خدمات رایگان ارائه می‌دهد. HICAP به شماره 1-800-434-0222 در دسترس است.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



دریافت کمک از Medicare

می‌توانید برای دریافت کمک در مورد مسائل زیر مستقیماً با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو راه برای دریافت کمک از Medicare ذکر می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. TTY: 1-877-486-2048 این تماس رایگان است.
- از وبسایت Medicare به نشانی www.medicare.gov بازدید کنید.

می‌توانید از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا کمک دریافت کنید

در این پاراگراف، عبارت «نارضایتی» به معنی درخواست تجدیدنظر یا شکایت در مورد خدمات Medi-Cal می‌باشد.

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) این تماس رایگان است و قبل از تماس با اداره، از فرآیند شکایت برنامه درمانی خودتان استفاده کنید. 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. 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.

C. مشکلات مربوط به مزایای شما**C1. استفاده از این فرآیند برای تصمیمات مربوط به پوشش و تجدیدنظرخواهی یا برای طرح شکایت**

اگر مشکل یا نگرانی‌ای دارید، کفایت بخش‌هایی از این فصل که به وضعیت شما مربوط می‌شوند را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک خواهد کرد که بخش صحیح این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



آیا مشکل یا دلنگرانی شما در مورد مزایا یا پوشش می‌باشد؟	
(چند نمونه خاص عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص، خدمات و حمایت‌های بلندمدت یا داروهای تجویزی، روشی که آن‌ها تحت پوشش بوده و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی.)	
بله. مشکل من در مورد مزایا یا پوشش است. به بخش D بروید: «تصمیمات و تجدیدنظرهای پوشش» در صفحه 183.	مشکل من در مورد مزایا یا پوشش نیست. به بخش L بروید: «نحوه ارائه شکایت» در صفحه 222.

D. تصمیمات پوشش و تجدیدنظرها

D1. مروری بر تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

فرآیند درخواست تصمیمات مربوط به پوشش و تجدیدنظرخواهی در مورد مشکلات مربوط به مزایا و پوشش شما. این روال شامل مشکلات مربوط به پرداخت هزینه نیز می‌شود. شما برای هزینه‌های Medicare به غیر از سهم بیمه‌شده Part D مسئول نمی‌باشید.

تصمیم مربوط به پوشش چیست؟

تصمیم مربوط به پوشش یک تصمیم اولیه می‌باشد که در مورد مزایا یا پوشش شما می‌گیریم یا در مورد مبلغی که برای خدمات پزشکی، اقلام یا داروهای شما پرداخت خواهیم کرد. ما هر زمان که تصمیم بگیریم چه موردی برای شما تحت پوشش است و چه مقدار پرداخت می‌کنیم در مورد پوشش تصمیم گیری می‌کنیم.

اگر شما یا پزشک شما مطمئن نیستید که چه خدمات، اقلام یا دارویی تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal می‌باشند، هر کدام می‌توانید قبل از اینکه پزشک خدمات، اقلام یا دارو را ارائه کند در مورد پوشش تصمیم گیری کنید.

تجدیدنظر چیست؟

تجدید نظر روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم می‌باشد. برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که خدمات، اقلام یا دارویی که می‌خواهید تحت پوشش نیست یا دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نمی‌باشند.

D2. دریافت کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش

برای دریافت کمک و راهنمایی برای تصمیمات مربوط به پوشش یا درخواست تجدیدنظر با چه شخصی می‌توانم تماس بگیرم؟
می‌توانید از اشخاص زیر برای کمک و راهنمایی درخواست کنید:

- از طریق شماره تلفن 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با خدمات اعضا 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.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- برای دریافت کمک‌های رایگان با برنامه آمبودزمان **Cal MediConnect** تماس بگیرید. برنامه آمبودزمان **Cal MediConnect** به اشخاصی که در **Cal MediConnect** ثبت‌نام کرده‌اند در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن آن 1-855-501-3077 است.
- برای دریافت راهنمایی رایگان با برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) تماس بگیرید. HICAP سازمانی مستقل است. این سازمان به این برنامه وابستگی ندارد. شماره تلفن آن 1-800-434-0222 است.
- برای دریافت راهنمایی رایگان با مرکز راهنمایی در اداره خدمات هماهنگ درمانی (DMHC) تماس بگیرید. DMHC برای کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی مسئول است. DMHC به اشخاص ثبت نام شده در **Cal MediConnect** در مورد تجدیدنظر مربوط به خدمات **Medi-Cal** یا مشکلات صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افرادی ناشنوا، کم شنوا، یا دچار مشکل گفتاری هستند می‌توانند از شماره رایگان TDD، 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- با پزشک خود یا سایر ارائه‌کنندگان صحبت کنید. پزشک شما یا سایر ارائه‌کنندگان می‌توانند برای تصمیم یا تجدیدنظر پوشش از سوی شما درخواست کنند.
- با یک دوست یا عضو خانواده صحبت کنید و از وی بخواهید که از سوی شما اقدام کند. می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که به عنوان "نماینده" از سوی شما اقدام کند تا برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کرده یا درخواست تجدیدنظر کند.
 - اگر می‌خواهید دوست، خویشاوند یا فرد دیگری نماینده شما باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم «تعیین نماینده» را درخواست کنید. همچنین می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما به نشانی <https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html> فرم را دریافت کنید. این فرم به آن شخص اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند. شما باید یک کپی از فرم امضا شده را به ما بدهید.
- همچنین حق دارید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند. می‌توانید با وکیل خودتان تماس بگیرید یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاعی دریافت کنید. برخی گروه‌های حقوقی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد. اگر می‌خواهید وکیل داشته باشید، باید فرم انتصاب نماینده را پر کنید. می‌توانید یک وکیل مساعدت حقوقی را از Health Consumer Alliance به شماره 1-888-804-3536 درخواست کنید.
- ولی برای درخواست هرگونه تصمیم در مورد پوشش یا درخواست تجدیدنظر لزومی ندارد که وکیل داشته باشید.

D3. استفاده از بخشی از این فصل که برای شما مفید است

چهار نوع موقعیت مختلف وجود دارد که شامل تصمیمات و تجدیدنظرهای مربوط به پوشش می‌شود. هر موقعیت مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما این فصل را به بخش‌های متفاوت تقسیم کرده‌ایم تا بتوانید مقرراتی که باید رعایت شوند را پیدا کنید. شما تنها باید بخشی را مطالعه کنید که مربوط به مشکل شما می‌شود:

- اگر درباره خدمات، اقلام و داروها (به جز داروهای بخش D) با مشکل مواجه شدید، به بخش E در صفحه 186 مراجعه کنید. برای مثال، از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- مراقبت پزشکی که می‌خواهید را دریافت نمی‌کنید و عقیده دارید که این مراقبت تحت پوشش برنامه ما می‌باشد.
- ما خدمات، اقلام یا داروهایی که پزشک شما می‌خواهد برای شما تجویز کند را تأیید نمی‌کنیم و نظر شما این است که این مراقبت باید تحت پوشش باشد.
- **توجه:** فقط چنانچه داروهایی وجود دارند که تحت پوشش بخش **D** نیستند، از مفاد بخش **E** استفاده کنید. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش، موسوم به فهرست دارویی با علامت "NT" تحت پوشش بخش **D** نیستند. برای تجدیدنظر در مورد داروهای بخش **D** به بخش **F** صفحه 201 مراجعه کنید.
- مراقبت پزشکی یا خدماتی را دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید باید تحت پوشش باشد ولی ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.
- خدمات یا اقلامی را دریافت کرده‌اید که فکر می‌کردید تحت پوشش هستند و می‌خواهید ما بابت این خدمات یا اقلام به شما بازپرداخت کنیم.
- به شما گفته شده که پوشش برای مراقبتی که دریافت می‌کردید کاهش پیدا کرده یا متوقف خواهد شد و با تصمیم ما موافق نیستید.
- **توجه:** اگر پوششی که قطع می‌شود برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی خانگی، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) می‌باشد، لازم است که یک بخش جداگانه از این فصل را مطالعه کنید چون مقررات خاصی در مورد این نوع مراقبت‌ها اعمال می‌شوند. به بخش‌های **G** و **H** در صفحات 209 و 215 مراجعه کنید.
- **در بخش F در صفحه 199** اطلاعاتی درباره داروهای بخش **D** ارائه شده است. برای مثال، از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:
 - می‌خواهید از ما درخواست کنید تا در مورد پوشش داروی **Part D** که در فهرست دارویی ما نیست، استثنا قائل شویم.
 - می‌خواهید از ما درخواست کنید که از محدودیت‌های مقدار دارویی که دریافت می‌کنید صرف نظر کنیم.
 - می‌خواهید از ما درخواست کنید دارویی را تحت پوشش قرار دهیم که به مجوز قبلی نیاز دارد.
 - ما درخواست یا استثنای شما را تأیید نکردیم و شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر فکر می‌کنید که باید این کار را می‌کردیم.
 - می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه داروی تجویزی که قبلاً خریداری کردید را بپردازیم. (یعنی درخواست تصمیم در مورد پوشش پرداخت هزینه.)
- اگر فکر می‌کنید پزشک شما را خیلی زود از بیمارستان مرخص کرده است، برای اطلاع درباره نحوه درخواست از ما برای پوشش حضور بیشتر بیمار در بیمارستان به **بخش G در صفحه 209** مراجعه کنید. از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:
 - در بیمارستان هستید و فکر می‌کنید که پزشک بیش از حد زود از شما می‌خواهد که بیمارستان را ترک کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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



- اگر فکر می‌کنید خدمات مراقبت از سلامت در منزل، مراکز پرستاری حرفه‌ای و مراکز جامع توانبخشی بیمار ان سرپایی (CORF) خیلی زود در حال اتمام هستند، به **بخش H در صفحه 215** مراجعه کنید.

اگر مطمئن نیستید که از کدام قسمت باید استفاده کنید، لطفاً در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته با خدمات اعضا 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.

اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با آمبودزمان برنامه Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

E. مشکلات مربوط به خدمات، اقام و داروها (به غیر از داروهای Part D)

E1. چه زمانی از این بخش استفاده کنید

این بخش در مورد این است که اگر مشکلاتی در مورد مزایای خود برای خدمات و حمایت‌های پزشکی، سلامت رفتاری و بلندمدت دارید (LTSS) چه کار کنید. همچنین می‌توانید از این بخش برای مشکلات مربوط به داروهایی که تحت پوشش Part D نیستند نیز استفاده کنید؛ از جمله داروهای Medicare Part B. داروهایی که در فهرست دارویی با علامت "NT" مشخص شده‌اند تحت پوشش بخش D نیستند. از قسمت F برای تجدیدنظر در مورد داروهای بخش D استفاده کنید.

این بخش اطلاعاتی را در مورد اینکه در هر یک از موقعیت‌های زیر چه کار کنید به شما می‌دهد:

1. فکر می‌کنید ما خدمات و حمایت‌های پزشکی، سلامت رفتاری یا بلندمدت (LTSS) مورد نیاز شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم، ولی آن‌ها را دریافت نمی‌کنید.
چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش، تصمیم بگیریم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه به بخش E2 در صفحه 187 مراجعه کنید.
2. ما درمانی که پزشکتان می‌خواهد به شما ارائه کند را تأیید نکرده‌ایم و نظر شما این است که باید این کار را می‌کردیم.
چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد عدم تأیید مراقبت توسط ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه <189> بروید.
3. خدمات یا اقلامی را دریافت کردید که فکر می‌کنید ما تحت پوشش قرار می‌دهیم، ولی پرداخت نخواهیم کرد..
چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت، درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه <189> بروید.
4. خدمات یا اقلامی را دریافت کرده و هزینه‌اش را پرداخت کرده‌اید که فکر می‌کردید تحت پوشش هستند و می‌خواهید ما بابت این خدمات یا اقلام به شما بازپرداخت کنیم.
چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. برای اطلاع درباره درخواست از ما برای پرداخت به بخش E5 در صفحه 198 بروید.
5. ما پوشش شما را برای خدمات خاص کاهش داده یا متوقف کرده ایم و شما با تصمیم ما موافق نیستید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



چه کاری می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم ما درباره کاهش یا توقف خدمات درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع درباره ارائه درخواست تجدیدنظر به بخش E3 در صفحه <189> بروید.

توجه: اگر پوششی که متوقف خواهد شد برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی خانگی، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) می‌باشد، ممکن است مقررات ویژه‌ای اعمال شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش‌های G یا H در صفحات 209 و 215 بروید.

E2. درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش

نحوه درخواست برای تصمیم پوشش جهت دریافت خدمات پزشکی، سلامت رفتاری یا برخی خدمات و حمایت‌های بلندمدت (خدمات CBAS، یا NF)

برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش، با ما تماس بگیرید، نامه ارسال کنید یا فکس بفرستید، یا از نماینده یا پزشک خود درخواست کنید که برای تصمیم از ما درخواست کنند.

- می‌توانید با شماره زیر با ما تماس بگیرید: 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.
- می‌توانید به این شماره برای ما فکس بفرستید: 1-800-743-1655
- می‌توانید به آدرس زیر برای ما نامه ارسال کنید:

Health Net Community Solutions, Inc.
Medical Management
21281 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367-6607

دریافت تصمیم مربوط به پوشش چقدر طول می‌کشد؟

پس از اینکه درخواست خود را ارائه دادید و کلیه اطلاعات مورد نیاز را از شما گرفتیم، معمولاً 5 روز کاری طول می‌کشد تا تصمیم خود را بگیریم به جز در مواردی که درخواست شما یک داروی تجویزی Medicare Part B را شامل شود. اگر یک داروی تجویزی Medicare Part B را درخواست کنید، حداکثر ظرف مدت 72 ساعت پس از دریافت درخواست تصمیم را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر ظرف 14 روز تقویمی (یا 72 ساعت برای داروهای تجویزی Medicare Part B) تصمیم خود را به شما اعلام نکنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

گاهی به وقت بیشتری نیاز داریم و نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد مبنی بر اینکه حداکثر 14 روز تقویمی دیگر لازم داریم. در این نامه توضیح خواهیم داد که به چه دلیل به زمان بیشتری نیاز است. اگر یک داروی نسخه‌ای Medicare Part B درخواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.

آیا می‌توانم تصمیم در مورد پوشش را سریع‌تر دریافت کنم؟

بله. اگر به خاطر وضعیت سلامتی خود به پاسخ سریع‌تری نیاز دارید، باید برای «تصمیم پوشش سریع» از ما درخواست کنید. اگر درخواست را قبول کنیم، تصمیم خود را ظرف 72 ساعت (یا ظرف 24 ساعت برای داروی تجویزی Medicare Part B) به اطلاع شما خواهیم رساند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



ولی گاهی به وقت بیشتری نیاز داریم و نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد مبنی بر اینکه حداکثر 14 روز تقویمی دیگر لازم داریم. در این نامه توضیح خواهیم داد که به چه دلیل به زمان بیشتری نیاز است. اگر یک داروی نسخه‌ای Medicare Part B در خواست کرده باشید، نمی‌توانیم برای اعلام تصمیم از شما وقت بیشتری بگیریم.

اصطلاح حقوقی برای «تصمیم پوشش سریع»، «تصمیم تسریع شده» است.

درخواست برای تصمیم پوشش سریع:

- ابتدا از طریق تماس تلفنی یا ارسال فکس می‌توانید از ما درخواست کنید درمان مورد نظرتان را پوشش دهیم.
 - با 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. تماس شما ظرف یک روز کاری بعد عودت داده می‌شود یا به شماره 1-800-743-1655 به ما فکس دهید.
 - اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با ما را در فصل 2 مشاهده کنید.
- همچنین می‌توانید از ارائه‌کننده یا نماینده خود بخواهید تا تصمیمی فوری در مورد پوشش شما اتخاذ کند.
- در اینجا مقررات درخواست از ما برای تصمیم پوشش سریع ذکر می‌شوند:
- برای دریافت تصمیم سریع پوشش، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

1. تصمیم فوری پوشش را تنها در صورتی دریافت می‌کنید که درمان یا اقلام درخواستی را هنوز دریافت نکرده باشید. (اگر درخواست شما مربوط به پرداخت برای درمان یا اقلامی باشد که قبلاً دریافت کرده‌اید، نمی‌توانید تصمیم سریع پوشش را درخواست کنید.)
2. فقط در صورتی می‌توانید تصمیم سریع پوشش دریافت کنید که مهلت استاندارد 14 روز تقویمی (یا مهلت 72 ساعت برای داروهای تجویزی Medicare بخش B) ممکن باشد آسیب جدی به سلامت یا توانایی عملکردتان وارد کند.
 - اگر پزشک شما بگوید که به تصمیم سریع پوشش نیاز دارید، ما به طور خودکار آن را به شما خواهیم داد.
 - اگر بدون حمایت پزشک خود برای تصمیم پوششی سریع درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوششی سریع را دریافت کنید یا خیر.
 - اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی‌کند، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین در عوض، از مهلت استاندارد 14 روز تقویمی (یا مهلت 72 ساعته برای داروهای تجویزی Medicare Part B) استفاده خواهیم کرد.
 - این نامه به شما خواهد گفت که اگر پزشکتان برای تصمیم پوشش سریع درخواست کند، آن را به طور خودکار ارائه خواهیم کرد.
 - نحوه ارائه «شکایت سریع» از تصمیم ما در مورد ارائه تصمیم استاندارد پوشش به جای تصمیم سریع پوشش نیز در این نامه توضیح داده شده است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند ارائه شکایت اعم از شکایت سریع، به بخش L در صفحه <222> مراجعه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر تصمیم پوشش خیر باشد، چطور آگاه خواهیم شد؟

اگر پاسخ خیر باشد، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل ما را برای جواب خیر به شما می‌گوید.

- اگر جواب خیر بدهیم، شما حق دارید که با ارائه درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تصمیم را تغییر دهیم. درخواست تجدیدنظر به معنی درخواست از ما برای بررسی تصمیم مربوط به عدم ارائه پوشش است.
- اگر تصمیم بگیریید درخواست تجدیدنظر کنید، یعنی به سطح 1 از فرآیند درخواست تجدیدنظر خواهید رفت (برای کسب اطلاعات بیشتر بخش بعد را بخوانید).

E3. تجدیدنظر سطح 1 برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای Part D)**تجدیدنظر چیست؟**

تجدید نظر روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم می‌باشد. اگر شما، پزشک شما، یا ارائه‌کننده دیگری با تصمیم ما مخالف است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

در بیشتر موارد، باید تجدیدنظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر نمی‌خواهید ابتدا درخواست تجدیدنظر برای یکی از خدمات Medi-Cal بدهید، اگر مشکل سلامت شما اورژانسی است یا خطری فوری و جدی برای سلامتی‌تان دارد یا اگر درد شدیدی متحمل می‌شوید و نیاز به تصمیم فوری دارید، می‌توانید از بخش De ment of Managed Health Care (دپارتمان خدمات درمانی مدیریت شده) (DMHC) به نشانی www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 193 مراجعه کنید. اگر در فرآیند تجدیدنظر به کمک نیاز دارید، می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect با ما یا دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد.

تجدید نظر مرحله 1 چیست؟

تجدیدنظر سطح 1 اولین تجدیدنظر به برنامه درمانی ماست. ما تصمیم خود در مورد پوشش را بررسی خواهیم کرد تا ببینیم که آیا صحیح بوده است یا خیر. بررسی‌کننده، کسی است که تصمیم اصلی در مورد پوشش را اتخاذ نکرده است. وقتی بررسی را تمام کردیم، تصمیم خود را به طور کتبی به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر بعد از بررسی به شما اطلاع دادیم که خدمات یا اقلام تحت پوشش نبوده‌اند، پرونده شما ممکن است به تجدیدنظر سطح 2 برود.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

شما، پزشک یا نماینده‌تان می‌توانید درخواست خود را به طور کتبی نوشته و برای ما ارسال یا فکس کنید. همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر کنید.

- **ظرف 60 روز (اعم از کاری و غیرکاری) از تصمیمی** که در مورد آن درخواست تجدید نظر می‌کنید درخواست کنید. اگر به دلیل موجهی این موعد مقرر را از دست بدهید، همچنان می‌توانید درخواست تجدید نظر ارائه کنید (به صفحه 183 مراجعه کنید).
- اگر به این دلیل درخواست تجدید نظر داده اید که ما به شما گفته ایم خدماتی که در حال دریافت آن هستید تغییر می‌کند یا متوقف خواهد شد، اگر می‌خواهید همچنان خدمات را دریافت کنید و در همین حال روند تجدید نظر نیز ادامه یابد، **تعداد روزهای کمتری برای ارائه درخواست تجدید نظر** فرصت دارید (به صفحه 192 مراجعه کنید).
- برای کسب اطلاعات درباره مهلتی که به درخواست تجدیدنظر شما مربوط می‌شود به خواندن این بخش ادامه دهید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 چیست؟

- برای شروع تجدیدنظر، شما، پزشکتان یا ارائه‌کننده دیگر یا نماینده‌تان باید با ما تماس بگیرید. می‌توانید با این شماره‌ها 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با ما 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. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد نحوه تماس با ما برای درخواست تجدیدنظر، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می‌توانید برای «تجدیدنظر استاندارد» یا «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.
- اگر برای تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر سریع درخواست می‌کنید، تجدیدنظر خود را به صورت کتبی ارائه کنید یا با ما تماس بگیرید.
- می‌توانید درخواست کتبی خود را به نشانی زیر ارسال کنید:

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Appeals & Grievances Dept.
PO Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

- می‌توانید درخواست خود را به صورت آنلاین به این نشانی تسلیم کنید:
mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html
- همچنین می‌توانید از 8 صبح تا 8 شب روزهای دوشنبه تا جمعه از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) به شماره 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.
- ما نامه‌ای ظرف 5 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما مبنی بر اعلام وصول، ارسال خواهیم کرد.

اصطلاح حقوقی برای «تجدیدنظر سریع»، «بازنگری تسریع‌شده» می‌باشد.

آیا شخص دیگری می‌تواند از سوی من درخواست تجدیدنظر کند؟

بله. پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری می‌تواند برای شما درخواست تجدیدنظر کند. همچنین شخصی به غیر از پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری می‌تواند از سوی شما درخواست تجدیدنظر کند، ولی ابتدا باید فرم تعیین نماینده را پر کنید. این فرم به آن فرد دیگر اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند.

برای دریافت فرم تعیین نماینده، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست فرم کنید یا به وبسایت www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا وبسایت ما به نشانی <https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html> مراجعه کنید.

اگر درخواست تجدیدنظر از سوی شخصی به جز شما یا پزشکتان یا ارائه‌کننده دیگری باشد، ما قبل از اینکه بتوانیم به درخواستتان رسیدگی کنیم باید فرم تکمیل‌شده انتصاب نماینده را دریافت نماییم.

برای تجدیدنظرخواهی چقدر فرصت دارم؟

باید ظرف **60 روز تقویمی** از تاریخ مندرج بر نامه‌ای که جهت اطلاع شما از تصمیم‌مان ارسال کرده‌ایم، برای تجدیدنظر درخواست کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر این مهلت منقضی شود و برای انقضای آن دلیل موجهی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. چند نمونه دلیل موجه: به بیماری جدی مبتلا بودید، یا اینکه ما در مورد مهلت درخواست تجدیدنظر، اطلاعات اشتباه به شما داده‌ایم. هنگامی که درخواست تجدیدنظر خود را دادید، باید توضیح دهید که چرا درخواست شما دیر تسلیم شده است.

توجه: اگر به این دلیل درخواست تجدیدنظر کنید که به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید مورد تغییر یا توقف قرار خواهد گرفت و شما می‌خواهید در حین اینکه روند تجدیدنظر در جریان است همچنان این خدمات را دریافت کنید، **تعداد روز کمتری برای درخواست تجدیدنظر فرصت دارید.** برای کسب اطلاعات بیشتر، بخش «آیا مزایای من طی تجدیدنظر سطح 1 ادامه خواهد داشت» در صفحه 192 مراجعه کنید.

آیا می‌توانم رونوشت پرونده خود را دریافت کنم؟

بله. برای درخواست نسخه‌ای از آن با مرکز خدمات اعضا 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.

آیا پزشک من می‌تواند اطلاعات بیشتری در مورد تجدیدنظر من به شما بدهد؟

بله، شما و پزشکتان می‌توانید اطلاعات بیشتری را در راستای حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به ما بدهید.

نحوه تصمیم‌گیری ما در مورد تجدید نظر چیست؟

ما با دقت همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت درمانی را بررسی می‌کنیم. ما بررسی می‌کنیم که آیا همه مقررات را هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما رعایت کرده‌ایم یا خیر. بررسی‌کننده کسی است که تصمیم اصلی را اتخاذ کرده است.

اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، ممکن است از شما یا پزشک شما برای آن درخواست کنیم.

چه موقع از تصمیم مربوط به تجدیدنظر «استاندارد» آگاه خواهیم شد؟

ما باید پاسخ خود را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر (یا ظرف مدت 7 روز تقویمی پس از درخواست تجدیدنظر برای داروی تجویزی Medicare Part B) ارائه کنیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، تصمیم خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.

- اگر ظرف 30 روز تقویمی (یا ظرف مدت 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر برای داروی تجویزی Medicare Part B) به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندهیم، چنانچه مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقام Medicare باشد، پرونده شما را به طور خودکار به روال تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. وقتی چنین اتفاقی بیفتد به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقام Medi-Cal باشد، لازم خواهد بود که خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه <211> مراجعه کنید.

اگر در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان پاسخ **بله** بدهیم، باید پوشش را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر (یا ظرف مدت 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای داروی تجویزی Medicare Part B) تأیید یا ارائه کنیم.

اگر پاسخ به بخش یا همه مواردی که درخواست کردید **خیر** باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقام Medicare باشد، در آن نامه به شما می‌گوییم که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه <192> مراجعه کنید.

چه موقع از تصمیم مربوط به تجدیدنظر «سریع» مطلع خواهیم شد؟

اگر برای تجدیدنظر سریع درخواست کنید، ما ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر به آن پاسخ خواهیم داد. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.

- اگر ظرف 72 ساعت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ ندهیم، چنانچه مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، پرونده شما را به طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم. وقتی چنین اتفاقی بیفتد به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، لازم خواهد بود که خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه <192> مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید **بله باشد**، باید پوشش را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.

اگر پاسخ به بخش یا همه مواردی که درخواست کردید **خیر باشد**، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، در آن نامه به شما می‌گوییم که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد فرآیند درخواست تجدیدنظر سطح 2 به بخش E4 در صفحه <192> مراجعه کنید.

آیا مزایای من در طول درخواست‌های تجدیدنظر سطح 1 ادامه پیدا خواهند کرد؟

اگر تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی را تغییر دهیم یا متوقف کنیم که قبلاً تأیید شده است، قبل از انجام این کار برای شما اطلاعیه‌ای خواهیم فرستاد. اگر با این اقدام موافق نباشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 1 تسلیم کنید و از ما بخواهید که به ارائه مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام ادامه دهیم. باید درخواست خود را قبل یا در تاریخ‌های زیر ارائه دهید تا مزایای شما ادامه پیدا کند:

- ظرف 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه اقدامات ما؛ یا
- تاریخ مؤثر مورد نظر برای اقدام.

اگر به موعد مقرر برسید، می‌توانید تا وقتی تجدیدنظر شما پیگیری می‌شود، به دریافت خدمات یا اقلام مورد اختلاف ادامه دهید.

E4. تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای Part D)

اگر برنامه در سطح 1 جواب خیر بدهد، چه می‌شود؟

اگر به بخشی یا همه تجدیدنظر مرحله 1 شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما خواهد گفت که آیا خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal هستند یا خیر.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقامت **Medicare** است، به محض تکمیل درخواست تجدیدنظر سطح 1، پرونده شما را به طور خودکار به فرآیند تجدیدنظر سطح 2 ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقامت **Medi-Cal** باشد، خودتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه کنید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما خواهد گفت. اطلاعاتی نیز در زیر آمده است.

تجدیدنظر سطح 2 چیست؟

تجدیدنظر سطح 2 تجدیدنظر دومین تجدیدنظر است که توسط سازمان مستقلی که به برنامه درمانی وابستگی ندارد انجام می‌شود.

مشکل من در مورد خدمات یا اقامت **Medi-Cal** می‌باشد. نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 چیست؟

دو روش برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای خدمات و اقامت **Medi-Cal** وجود دارد: (1) ارائه شکایت یا بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بررسی مستقل پزشکی

می‌توانید از مرکز پشتیبانی **California Department of Managed Health Care** (اداره خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا) (**DMHC**) درخواست بررسی مستقل پزشکی (**IMR**) کنید یا نزد آن اداره شکایت تنظیم کنید. با ارائه شکایت، **DMHC** تصمیم ما را بازنگری می‌کند و حکم صادر می‌کند. **IMR** برای هرگونه خدمات یا موارد تحت پوشش **Medi-Cal** که ماهیت پزشکی دارند قابل انجام است. **IMR** رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی است که بخشی از برنامه ما یا **DMHC** نیستند. اگر تصمیم **IMR** به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقامت مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما هزینه‌ای بابت **IMR** پرداخت نمی‌کنید.

در صورت مبادرت برنامه ما به موارد زیر، می‌توانید شکایت کنید یا **IMR** درخواست کنید:

- خدمات یا درمان **Medi-Cal** را به این دلیل که از نظر برنامه ما ضرورت پزشکی ندارد، مورد رد، تغییر یا تأخیر قرار می‌دهد.
- درمان **Medi-Cal** آزمایشی یا تحقیقاتی را برای یک عارضه پزشکی جدی پوشش نمی‌دهد.
- هزینه خدمات **Medi-Cal** اورژانسی یا فوری که قبلاً دریافت کرده‌اید را پرداخت نمی‌کند.
- ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت برای تجدیدنظر فوری به تجدیدنظر سطح 1 در مورد خدمات **Medi-Cal** رسیدگی نمی‌کند.

توجه: اگر ارائه‌کننده شما برای تان درخواست تجدیدنظر ارائه کرده باشد اما ما فرم تعیین نماینده را دریافت نکرده باشیم، باید درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً به ما ارائه دهید تا بتوانید نزد مرکز پشتیبانی اداره خدمات درمانی هماهنگ (**DMHC**) یک **IMR** سطح 2 درخواست کنید.

شما می‌توانید هم برای **IMR** و هم برای دادرسی ایالتی اقدام کنید، ولی اگر قبلاً یک دادرسی ایالتی با همین موضوع داشته‌اید دیگر نمی‌توانید این کار را بکنید.

در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست بررسی مستقل پزشکی، از ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع درباره سطح 1 روند تجدید نظر به صفحه 212 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید شکایتی نزد **DMHC** تنظیم کنید یا از مرکز پشتیبانی **DMHC** درخواست یک بررسی مستقل پزشکی بکنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر درمان شما مورد قبول قرار نگرفته است چون آزمایشی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR در رویه تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما محسوب می‌شود یا درد شدیدی را تحمل می‌کنید، می‌توانید قبل از طی فرآیند تجدیدنظر، موضوع را فوراً به اطلاع DMHC برسانید.

شما باید برای IMR درخواست بدهید ظرف 6 ماه از تاریخی که ما کتباً تصمیم تجدیدنظر را برایتان ارسال کردیم. DMHC ممکن است در صورت وجود دلایل موجه، درخواست شما را بعد از 6 ماه بپذیرد؛ مثلاً اگر شرایط پزشکی خاصی داشتید که به خاطر آن نمی‌توانستید در مهلت 6 ماه برای IMR درخواست دهید یا اگر در زمان مقتضی اطلاعیه‌ای از طرف ما در مورد روند IMR دریافت نکردید.

برای درخواست بررسی مستقل پزشکی:

- فرم شکایت/درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) که در www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx موجود است را پر کنید یا با مرکز پشتیبانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- رونوشت نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقدام پذیرفته‌نشده را اگر در دست دارید، ضمیمه کنید. این کار می‌تواند روال IMR را سریع کند. رونوشت اسناد و نه اصل آن‌ها را ارسال کنید. مرکز پشتیبانی نمی‌تواند هیچ سندی را برگرداند.
- اگر شخصی به شما در مورد بررسی مستقل پزشکی کمک می‌کند، فرم دستیار مجاز را پر کنید. شما می‌توانید این فرم را از نشانی www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx دریافت کنید یا با مرکز پشتیبانی اداره به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و هرگونه مدارک پیوست را به این نشانی ارسال یا فکس کنید:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725

اگر واجد شرایط IMR باشید، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و ظرف مدت 7 روز نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما دریافت شد، ظرف مدت 30 روز تصمیم گرفته خواهد شد. از زمان ارسال فرم تکمیل‌شده درخواست به مدت 45 روز حکم IMR را دریافت خواهید کرد.

اگر واجد شرایط IMR باشید، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و ظرف مدت 2 روز نامه‌ای برای شما می‌فرستد و در آن اعلام می‌کند که واجد شرایط IMR هستید. بعد از اینکه درخواست و مدارک شما دریافت شد، ظرف مدت 3 روز تصمیم گرفته خواهد شد. از زمان ارسال فرم تکمیل‌شده درخواست به مدت 7 روز حکم IMR را دریافت خواهید کرد. اگر از نتیجه بررسی مستقل پزشکی راضی نیستید، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر DMHC تمام سوابق پزشکی مورد نیاز از طرف شما یا پزشک معالج شما را دریافت نکند، بررسی مستقل پزشکی می‌تواند طولانی تر شود. اگر نزد پزشکی می‌روید که در شبکه برنامه درمانی شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خودتان را از آن پزشک دریافت کرده و برای ما ارسال کنید. لازم است که برنامه درمانی شما، تجویزی از سوابق پزشکی شما را از پزشکانی که در شبکه هستند، دریافت کند.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی نیست، DMHC پرونده شما را از طریق رویه عادی شکایات مشتریان بررسی خواهد کرد. شکایت شما ظرف 30 روز تقویمی از زمان تحویل فرم تکمیل‌شده رسیدگی خواهد شد. اگر شکایت شما فوری باشد، ممکن است زودتر رسیدگی شود.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری برای خدمات یا اقلامی درخواست کند که ما تأیید نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد و به تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ نه داده‌ایم، شما حق این را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

در بیشتر موارد، بعد از اینکه اطلاعیه «حقوق دادرسی شما» برایتان ارسال شد، **120 روز فرصت دارید که برای دادرسی عادلانه ایالتی درخواست کنید.**

توجه: اگر به این دلیل درخواست دادرسی ایالتی کنید که به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید مورد تغییر یا توقف قرار خواهد گرفت و شما می‌خواهید در حین اینکه روند دادرسی ایالتی در جریان است همچنان این خدمات را دریافت کنید، **تعداد روز کمتری برای درخواست تجدیدنظر فرصت دارید.** برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش «آیا مزایای من طی تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد داشت» در صفحه 196 مراجعه کنید.

دو روش درخواست برای دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید «درخواست دادرسی ایالتی» را در پشت اطلاعیه اقدامات پر کنید. باید همه اطلاعات درخواستی از قبیل نام کامل خود، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه درمانی یا کانتی که علیه آن اقدام نمودید، برنامه(های) کمکی مربوطه و دلیل مشروح‌تان برای درخواست دادرسی را ارائه کنید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها ارائه دهید:

- به اداره رفاه کانتی به نشانی مندرج در اطلاعیه.
- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243,
Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-243

- به بخش دادرسی ایالتی به شماره فکس 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا به شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار مشغول هستند.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



مشکل من در مورد خدمات یا اقلام Medicare است. در تجدیدنظر سطح 2 چه اتفاقی می افتد؟

یک اداره بررسی مستقل (IRE) تصمیم سطح 1 را به طور دقیق بررسی می کند و تصمیم می گیرد که آیا باید تغییر کند یا خیر.

- لزومی ندارد که برای تجدیدنظر سطح 2 درخواست کنید. ما هرگونه عدم قبول (به صورت کامل یا ناکامل) را به طور خودکار برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. وقتی چنین اتفاقی بیفتد به شما اطلاع خواهیم داد.
- IRE در استخدام Medicare است و به برنامه ما وابستگی ندارد.
- برای درخواست یک رونوشت از پرونده خود با 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.

IRE باید ظرف 30 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظر شما (یا ظرف مدت 7 روز تقویمی از زمان دریافت درخواست تجدیدنظرتان برای داروی تجویزی Medicare Part B) به تقاضای تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد. این قاعده در صورتی اعمال می شود که تجدیدنظر خود را قبل از دریافت خدمات یا اقلام پزشکی ارسال کنید.

- اما اگر IRE نیاز به اطلاعات بیشتری داشته باشد که ممکن است به نفع شما باشد، احتمال دارد تا 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE برای اتخاذ تصمیم به روزهای بیشتری نیاز داشته باشد، از طریق نامه به اطلاع شما خواهد رسانید. اگر برای داروی تجویزی Medicare Part B درخواست کرده باشید، IRE نمی تواند برای تصمیم گیری از شما وقت بیشتری بگیرد.

اگر «تجدیدنظر سریع» در سطح 1 داشتید، به طور خودکار تجدیدنظر سریع سطح 2 خواهید داشت. IRE باید ظرف 72 ساعت از زمان دریافت تجدیدنظر به شما پاسخ دهد.

- اما اگر IRE نیاز به اطلاعات بیشتری داشته باشد که ممکن است به نفع شما باشد، احتمال دارد تا 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE برای اتخاذ تصمیم به روزهای بیشتری نیاز داشته باشد، از طریق نامه به اطلاع شما خواهد رسانید. اگر برای نسخه Medicare Part B درخواست کرده باشید، IRE نمی تواند برای تصمیم گیری از شما وقت بیشتری بگیرد.

آیا مزایای من طی درخواست تجدیدنظر سطح 2 ادامه پیدا خواهد کرد؟

اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare باشد، در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 2 توسط نهاد بررسی مستقل، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام ادامه پیدا خواهد کرد.

اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal باشد و برای دادرسی ایالتی درخواست کرده اید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا اقلام تا وقتی تصمیم دادرسی اتخاذ شود، می تواند ادامه پیدا کند. باید قبل یا در تاریخ های زیر برای دادرسی درخواست کنید تا مزایای شما ادامه پیدا کند:

- ظرف 10 روز از تاریخ ارسال اطلاعیه ما به شما مبنی بر اینکه تصمیم مزایای جانبی (تصمیم تجدیدنظر سطح 1) تأیید شده است؛ یا
- تاریخ مؤثر مورد نظر برای اقدام.

اگر به موعد مقرر مهلت برسید، می توانید تا وقتی تصمیم دادرسی اتخاذ می شود، به دریافت خدمات یا اقلام مورد اختلاف ادامه دهید.

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



چطور از تصمیم آگاه خواهم شد؟

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما یک بررسی مستقل پزشکی باشد، سازمان خدمات درمانی هماهنگ نامه‌ای برایتان ارسال خواهد کرد که در آن تصمیم اتخاذ شده توسط پزشکانی که پرونده شما را بررسی کرده‌اند شرح داده شده است.

- اگر تصمیم بررسی مستقل پزشکی در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان **بله** باشد، ما باید آن خدمات یا درمان را ارائه کنیم.

- اگر تصمیم بررسی مستقل پزشکی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. هنوز می‌توانید دادرسی ایالتی دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست دادرسی ایالتی می‌توانید به صفحه 195 بروید.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما از نوع دادرسی ایالتی بوده است، اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا نامه‌ای را برای شما ارسال و تصمیم خود را تشریح خواهد کرد.

- اگر تصمیم دادرسی ایالتی در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان **بله** باشد، ما باید از این تصمیم پیروی کنیم. ما باید اقدام(های) مذکور را ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت نسخه‌ای از تصمیم انجام دهیم.

- اگر تصمیم دادرسی ایالتی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. ممکن است هرگونه کمک دریافت‌شده در حین انتظار را قطع کنیم.

اگر تجدیدنظر سطح 2 شما به نهاد بررسی مستقل Medicare (IRE) ارجاع داده شد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهد کرد که تصمیم آن‌ها را توضیح می‌دهد.

- اگر IRE در مورد همه یا بخشی از موارد درخواستی شما در تجدیدنظر استاندارد پاسخ **بله** بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت پوشش درمانی شما را تأیید کنیم یا ظرف 14 روز تقویمی از تاریخ دریافت تصمیم IRE، آن خدمات یا اقلام را در اختیار شما قرار دهیم. اگر تجدیدنظر سریع داشتید، باید ظرف 72 ساعت از تاریخ دریافت تصمیم IRE پوشش درمانی شما را تأیید کنیم یا آن خدمات یا اقلام را در اختیار شما قرار دهیم.

- اگر IRE به همه یا بخشی از موارد درخواستی شما برای تجدیدنظر استاندارد یک داروی تجویزی Medicare Part B پاسخ **بله** بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تصمیم IRE، داروی تجویزی Medicare Part B را برای شما تأیید یا ارائه کنیم. اگر تجدیدنظر سریع داشتید، باید ظرف مدت 24 ساعت پس از تاریخی که تصمیم IRE را دریافت می‌کنیم، داروی تجویزی Medicare Part B را تأیید یا ارائه کنیم.

- اگر پاسخ IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. این موضوع «تأیید تصمیم» خوانده می‌شود. همچنین «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود.

اگر تصمیم برای همه یا بخشی از آنچه درخواست کردم خیر می‌باشد، آیا می‌توانم تجدیدنظر دیگری را اقامه کنم؟

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما، بررسی مستقل پزشکی بوده است، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست دادرسی ایالتی می‌توانید به صفحه 195 بروید.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما برای دادرسی ایالتی باشد، می‌توانید ظرف 30 روز بعد از دریافت نتیجه، برای دادرسی مجدد درخواست کنید. همچنین می‌توانید با اقامه دادخواست به دادگاه عالی (طبق آیین دادرسی مدنی بخش 1094.5)، ظرف یک سال بعد از

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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



دریافت نتیجه منفی دادرسی ایالتی، برای بررسی قضایی درخواست بدهید. اگر قبلاً یک دادرسی ایالتی در مورد همان موضوع داشته‌اید نمی‌توانید برای IMR (بررسی مستقل پزشکی) درخواست کنید.

اگر تجدیدنظر سطح 2 شما به اداره بررسی مستقل (IRE) ارجاع داده شد، تنها زمانی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می‌خواهید به میزان یک حداقل خاص باشد. نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است برای درخواست تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظر به بخش 1 در صفحه 221 مراجعه کنید.

E5. مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به خدمات‌دهندگان شبکه‌مان اجازه نمی‌دهیم بابت خدمات و اقلام تحت پوشش از شما هزینه‌ای دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات و اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند، صادق است. شما هرگز لازم نیست هزینه هیچ صورتحسابی را بپردازید. تنها مبلغی که از شما خواسته می‌شود بپردازید، مبلغ سهم بیمه‌شده برای داروهای ردیف 1 و/یا ردیف 2 است.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که مبلغ آن بیش از سهم بیمه‌شده برای خدمات و اقلام تحت پوشش است، آن صورتحساب را برای ما بفرستید. **نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید.** ما مستقیماً با آن ارائه‌کننده تماس گرفته و مشکل را رفع می‌کنیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر، فصل 7 را بخوانید. «درخواست از ما برای پرداخت سهممان از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید» فصل 7 موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که ممکن است لازم باشد برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که از ارائه‌کننده دریافت می‌کنید درخواست کنید. همچنین این بخش اطلاعاتی را در مورد چگونگی ارسال مدارک برای درخواست پرداخت هزینه از ما ارائه می‌کند.

آیا می‌توانم از شما درخواست کنم که سهم برنامه درمانی از خدمات و اقلام پزشکی که پرداخت کرده‌ام را به من بازپرداخت کنید؟

به یاد داشته باشید اگر صورتحسابی دریافت کردید که مبلغ آن بیش از مبلغ سهم بیمه‌شده برای خدمات و اقلام تحت پوشش است، نباید آن صورتحساب را خودتان پرداخت کنید. اما اگر آن را پرداخت کنید، در صورتی که مقررات دریافت خدمات و اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید بازپرداخت دریافت کنید.

اگر خواهان بازپرداخت هستید، برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا هزینه‌ای که بابت خدمات یا اقلام پرداخت کردید برای خدمات یا اقلام تحت پوشش بوده است یا خیر و بررسی خواهیم کرد که آیا همه مقررات را برای استفاده از پوشش بیمه خود رعایت کرده‌اید یا خیر.

- اگر هزینه‌ای که برای خدمات یا اقلام پرداخت کردید تحت پوشش باشد و از همه مقررات پیروی کرده باشید، ما سهم خود از هزینه خدمات یا اقلام شما را ظرف 60 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست‌تان، به ارائه‌کننده شما پرداخت خواهیم کرد. ارائه‌کننده شما متعاقباً این وجه را به شما خواهد پرداخت.
- اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً به خدمات‌دهنده ارسال خواهیم کرد. وقتی مبلغ پرداختی را ارسال می‌کنیم، این به معنی پاسخ بله به درخواست شما برای پوشش می‌باشد.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد مبنی بر اینکه هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد و دلیل آن را توضیح خواهیم داد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر بگویم هزینه را پرداخت نخواهیم کرد چطور؟

اگر با تصمیم ما موافق نباشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. فرایند درخواست تجدیدنظر مندرج در بخش E3، صفحه 189 را دنبال کنید. وقتی از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، لطفاً توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت درخواست تجدیدنظر کنید، ما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان، پاسخ خودمان را به شما بدهیم.
- اگر از ما می‌خواهید برای خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را خودتان پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید.

اگر به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهیم و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare باشند، پرونده شما را به طور خودکار به اداره بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر چنین اتفاقی افتاد از طریق نامه به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر IRE تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید مبلغ پرداختی را برای شما یا خدمات‌دهنده ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظرتان در هر مرحله‌ای بعد از سطح 2 از فرآیند تجدیدنظر بله باشد، باید مبلغ درخواستی شما را ظرف 60 روز تقویمی به شما یا ارائه‌کننده‌تان ارسال کنیم.
- اگر IRE به تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهد، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تأیید درخواست شما موافق هستند. (این «تأیید تصمیم» خوانده می‌شود. همچنین «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود. نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید، حقوق دیگری که ممکن است برای درخواست تجدیدنظر داشته باشید را توضیح خواهد داد. شما تنها در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلام درخواستی‌تان به یک مقدار حداقلی مشخص برسد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سطوح دیگر تجدیدنظر به بخش I در صفحه 221 مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظرتان خیر باشد و آن خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medi-Cal باشند، می‌توانید خودتان درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهید (بخش E4 در صفحه <192> را ببینید).

F. داروهای Part D**F1. اگر در دریافت یک داروی Part D با مشکل مواجه هستید یا از ما می‌خواهید که هزینه داروی Part D را به شما بازپرداخت کنیم چه کار کنید**

مزایای شما به عنوان عضو برنامه ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای نسخه‌ای می‌شود. بسیاری از این داروها از نوع «داروهای Part D» می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Medicare Part D پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. این بخش فقط به درخواست‌های تجدیدنظر داروهای Part D مربوط می‌شود.

فهرست دارویی شامل برخی داروهای مشخص شده با "NT" است. این داروها از نوع داروهای بخش D نمی‌باشند. تصمیمات مربوط به تجدیدنظر یا پوشش بیمه درباره داروهایی که علامت "NT" دارند، از فرآیند مندرج در بخش E در صفحه <186> تبعیت می‌کنند.

آیا می‌توانم درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش بیمه کنم یا در مورد داروهای تجویزی Part D درخواست تجدیدنظر کنم؟

بله. این‌ها نمونه‌هایی از تصمیم‌هایی مربوط به پوشش هستند که می‌توانید درباره داروهای Part D اتخاذ کنید:

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- از ما بخواهید که استثنا قائل شویم از قبیل:
 - درخواست از ما برای پوشش داروی Part D که در فهرست داروی برنامه نیست
 - درخواست از ما برای صرفنظر کردن از محدودیت در پوشش برنامه درمانی برای دارو (از قبیل محدودیت‌های مربوط به مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید)
 - از ما سؤال کنید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است (برای مثال، هنگامیکه داروی شما در فهرست دارویی برنامه درمانی وجود دارد ولی لازم است که قبل از اینکه آنرا برای شما پوشش دهیم از ما اجازه دریافت کنید).
- توجه:** اگر داروخانه به شما بگوید که نمی‌تواند نسخه شما را بپیچد، اطلاعیه‌ای از ما دریافت خواهید کرد که نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش را برایتان توضیح می‌دهد.
- از ما درخواست کنید که هزینه داروی تجویزی‌ای را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. درخواست برای تصمیم پوشش در مورد پرداخت هزینه.

اصطلاح حقوقی برای تصمیم پوشش داروهای Part D، «تصمیم‌گیری در مورد پوشش» است.

اگر با تصمیمی که در مورد پوشش گرفتیم موافق نباشید، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. اطلاعاتی درباره نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه درخواست تجدیدنظر در این بخش آمده است.

از جدول زیر برای کمک در تصمیم درباره اینکه کدام بخش حاوی اطلاعاتی برای موقعیت شماست استفاده کنید:

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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

مراجعه کنید. mmp.healthnetcalifornia.com



شما در کدامیک از این موقعیت‌ها هستید؟

<p>آیا قبلاً به شما گفته‌ایم که هزینه دارو را به صورتی که شما می‌خواهید مورد پوشش یا پرداخت قرار گیرد، پوشش نداده یا پرداخت نخواهیم کرد؟</p> <p>می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (یعنی از ما می‌خواهید که مجدداً بررسی کنیم.)</p> <p>به بخش F5 در صفحه 206 بروید.</p>	<p>آیا می‌خواهید از ما درخواست کنید برای دارویی که قبلاً دریافت کرده و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم؟</p> <p>می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)</p> <p>به بخش F4 در صفحه 203 بروید.</p>	<p>آیا می‌خواهید که دارویی از فهرست دارویی‌مان را پوشش دهیم و عقیده دارید که هرگونه مقررات یا معیار برای داروی مورد نیازتان (از قبیل دریافت مجوز قبلی) را برآورده کرده‌اید؟</p> <p>می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش از ما درخواست کنید.</p> <p>به بخش F4 در صفحه 203 بروید.</p>	<p>آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا می‌خواهید از قاعده یا محدودیتی در مورد داروی تحت پوشش‌مان صرف‌نظر کنیم؟</p> <p>می‌توانید از ما بخواهید که استثناً قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)</p> <p>از بخش F2 در صفحه 199 شروع کنید. همچنین به بخش‌های F3 و F4 در صفحات 202 و 203 مراجعه کنید.</p>
---	--	---	--

F2. استثناً چیست

«استثناً» یعنی کسب اجازه برای پوشش دارویی که معمولاً در فهرست دارویی ما نیست یا برای استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های مشخص. اگر دارو در فهرست دارویی ما نیست یا آن طور که می‌خواهید پوشش داده نشده است، می‌توانید از ما بخواهید که «استثناً» قائل شویم.

وقتی برای استثناً درخواست می‌کنید، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر لازم خواهد بود که دلایل پزشکی اینکه به چه دلیل به استثناً نیاز دارید را توضیح دهد.

در اینجا چند نمونه استثناً ذکر می‌شود که شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌تواند از ما بخواهد که قائل شویم:

1. پوشش یک داروی Part D که در فهرست دارویی ما نیست.
 - اگر موافقت کنیم که استثناً قائل شویم و دارویی خارج از فهرست دارویی خود را پوشش دهیم، باید مبلغ تسهیم هزینه‌ای که برای داروهای برند ردیف 2 یا داروهای ژنریک ردیف 1 اعمال می‌شود را پرداخت کنید.
 - شما نمی‌توانید برای مبلغ بیمه مشترک یا سهم بیمه‌شده که از شما می‌خواهیم پرداخت کنید، درخواست استثناً کنید.
2. حذف استثناً در پوشش ما. مقررات و محدودیت‌های دیگری وجود دارند که به داروهای خاص در فهرست دارویی ما مربوط می‌شوند (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه کنید).

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- مقررات و محدودیت‌های اضافی در مورد پوشش داروهای خاص شامل موارد زیر می‌شوند:
 - ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی برند.
 - دریافت اجازه برنامه قبل از اینکه موافقت کنیم که دارو برای شما تحت پوشش خواهد بود. (این گاهی «تأیید اولیه» خوانده می‌شود).
 - ضرورت استفاده اولیه از داروی دیگر قبل از اینکه موافقت کنیم دارویی که درخواست می‌کنید را پوشش دهیم. (این گاهی «درمان گام به گام» خوانده می‌شود).
 - محدودیت مقدار. برای برخی داروها، مقدار دارویی که می‌توانید مصرف کنید را محدود می‌کنیم.
- اگر موافقت کنیم که استثنا قائل شده و از محدودیت‌ها برای شما صرف‌نظر کنیم، هنوز می‌توانید برای مبلغ سهم بیمه‌شده که باید برای دارو پرداخت کنید، تقاضای استثنا کنید.

اصطلاح حقوقی برای درخواست برداشتن محدودیت پوشش دارو گاهی درخواست «**استثنای مجموعه دارویی**» خوانده می‌شود.

F3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست برای استثنا دانست

پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگوید

پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید گزارشی را به ما بدهد که دلایل پزشکی برای درخواست استثنا را توضیح می‌دهد. تصمیم ما در مورد استثنا در صورتی سریع‌تر خواهد بود که هنگام درخواست برای استثنا، اطلاعاتی از پزشک خود یا تجویزکننده دیگر را نیز ارائه دهید. فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای درمان یک عارضه خاص است. این‌ها داروهای «جایگزین» نامیده می‌شوند. اگر داروی دیگری همان کارایی داروی درخواستی شما را داشته باشد و عوارض جانبی یا مشکلات دیگری برای سلامت ایجاد نکند، معمولاً درخواست شما برای استثنا را قبول نمی‌کنیم.

ما به درخواست شما برای استثنا، پاسخ بله یا خیر خواهیم داد

- اگر به درخواست شما برای استثنا پاسخ بله بدهیم، استثنا معمولاً تا آخر سال ادامه پیدا می‌کند. این موضوع تا وقتی پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای درمان عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می‌کند.
 - اگر به درخواست شما برای استثنا پاسخ خیر بدهیم، می‌توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر بخواهید که این تصمیم‌مان را دوباره بررسی کنیم. نحوه درخواست تجدیدنظر بعد از پاسخ خیر، در بخش F5 در صفحه 206 آمده است.
- بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید که شامل استثنا می‌شود.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



F4. نحوه درخواست برای تصمیم پوشش در مورد داروی Part D یا بازپرداخت برای داروی Part D، شامل استثنا

چه کار کنید

- نوع تصمیم پوششی که می‌خواهید را درخواست کنید. برای ارائه درخواست خود با ما تماس بگیرید، نامه ارسال کرده یا فکس بفرستید. شما، نماینده یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید این کار را بکنید. می‌توانید با این شماره‌ها 1-855-464-3571 (TTY: 711) روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با ما 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.
- شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) یا فرد دیگری که از سوی شما عمل می‌کند می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.
- برای اطلاع از اینکه چگونه به فرد دیگری اجازه به عنوان نماینده شما اقدام کند به بخش D در صفحه 183 مراجعه کنید.
- لزومی ندارد که به پزشک خود یا تجویزکننده دیگر، اجازه کتبی بدهید تا از طرف شما درخواست تصمیم پوشش بدهد.
- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه یک دارو را به شما بازپرداخت کنیم، فصل 7 این دفترچه راهنما را مطالعه کنید. فصل 7 موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که ممکن است لازم باشد درخواست بازپرداخت کنید. همچنین اطلاعاتی را در مورد نحوه ارسال مدارک برای درخواست از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارویی که پرداخت کرده‌اید به شما می‌دهد.
- اگر برای استثنا درخواست می‌کنید، «گزارش اثبات‌کننده» ارائه کنید. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی برای استثنای دارویی را به ما ارائه کنند. این دلایل «گزارش اثبات‌کننده» خوانده می‌شوند.
- پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند این گزارش را برای ما فکس یا ارسال کنند. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند و سپس گزارش را فکس یا ارسال کنند.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد دارو یا پرداخت هزینه

با ما تماس بگیرید، نامه ارسال کنید یا فکس بفرستید یا از نماینده یا پزشک خود یا تجویزکننده دیگر بخواهید که درخواست کند. ما پاسخی در مورد تصمیم مربوط به پوشش استاندارد ظرف 72 ساعت به شما خواهیم داد. ما پاسخی در مورد بازپرداخت به شما برای داروی Part D که هزینه آن را قبلاً پرداخت کردید ظرف 14 روز تقویمی خواهیم داد.

- اگر برای استثنا درخواست می‌کنید، گزارش اثبات‌کننده از پزشک خود یا تجویزکننده دیگر را الصاق کنید.
- شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانید برای تصمیم سریع درخواست کنید. (تصمیمات سریع معمولاً ظرف 24 ساعت اتخاذ می‌شوند.)
- این بخش را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! همچنین این بخش را برای کسب اطلاعات در مورد مهلت‌های اتخاذ تصمیم مطالعه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از ما درخواست کنید که به شما یک «تصمیم پوشش سریع» بدهیم.

ما از «مهلت‌های استاندارد» استفاده می‌کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت‌های سریع» استفاده کنیم.

- **تصمیم پوششی متعارف** بدین معنی می‌باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.
- **تصمیم پوشش سریع** یعنی ظرف 24 ساعت بعد از دریافت گزارش پزشک توسط ما، به شما پاسخ خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای «تصمیم پوشش سریع»، «تصمیم پوشش تسریع شده» است.

تنها در صورتی تصمیم پوششی سریع را دریافت خواهید کرد که برای دارویی درخواست می‌کنید که هنوز دریافت نکرده‌اید. (نمی‌توانید یک تصمیم پوشش سریع را در صورتی دریافت کنید که از ما برای بازپرداخت هزینه دارویی درخواست می‌کنید که قبلاً خریداری کرده‌اید.)

تنها در صورتی می‌توانید تصمیم پوشش سریع دریافت کنید که استفاده از مهلت‌های استاندارد بتواند آسیب جدی به سلامت یا توانایی شما در عملکرد وارد کند.

اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر به ما بگوید که وضعیت سلامت شما مستلزم «تصمیم پوشش سریع» است، ما به طور خودکار قبول می‌کنیم که به شما یک تصمیم پوشش سریع ارائه کرده و طی نامه‌ای این را به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر خودتان برای تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (بدون حمایت پزشک شما یا تجویزکننده دیگر)، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوشش سریع را دریافت کنید یا خیر.
- اگر تشخیص دهیم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم پوشش سریع را برآورده نمی‌کند، در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
- نامه‌ای با این مضمون برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه نحوه ارائه شکایت در مورد تصمیم ما در ارائه یک تصمیم استاندارد را به آگاهی شما خواهد رسانید.
- می‌توانید یک «شکایت سریع» ارائه کنید و ظرف 24 ساعت پاسخ آن را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند ارائه شکایت اعم از شکایت سریع، به بخش L در صفحه <222> مراجعه کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش سریع»

- اگر از مهلت‌های فوری استفاده کنیم، باید ظرف 24 ساعت به شما پاسخ دهیم. یعنی ظرف 24 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم. یا اگر برای استثنای درخواست می‌کنید، 24 ساعت بعد از اینکه گزارش حمایت کننده از درخواست شما را از پزشک یا تجویز کننده شما دریافت کردیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به تجدیدنظر سطح 2 خواهیم فرستاد. در سطح 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- اگر پاسخ به بخش یا همه موضوعات مورد درخواست شما بله باشد، ما باید ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا گزارش حمایت کننده پزشک یا تجویز کننده از درخواست شما، پوشش را در اختیار شما قرار دهیم.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- اگر پاسخ به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می‌توانید در رابطه با تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش استاندارد» در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست‌تان، به شما پاسخ دهیم. یا اگر درخواست استثنا دارید، بعد از اینکه گزارش پزشک یا تجویزکننده‌تان را دریافت کنیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را برای تجدیدنظر سطح 2 خواهیم فرستاد. در سطح 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان بله باشد، باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما، یا اگر برای استثنا درخواست می‌کنید، بعد از دریافت گزارش اثبات‌کننده پزشک یا تجویزکننده‌تان، پوشش را ارائه کرده یا تأیید کنیم.
- اگر پاسخ به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می‌توانید در رابطه با تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوشش استاندارد» برای پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به تجدیدنظر سطح 2 خواهیم فرستاد. در سطح 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از موارد درخواستی شما بله باشد، هزینه را ظرف 14 روز تقویمی پرداخت خواهیم کرد.
- اگر پاسخ به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می‌توانید در رابطه با تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



F5. تجدیدنظر سطح 1 برای داروهای Part D

- برای شروع تجدیدنظر، شما، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر یا نمایندهتان باید با ما تماس بگیرید.
- اگر برای تجدیدنظر استاندارد درخواست می‌کنید، می‌توانید تجدیدنظر خود را با ارسال درخواست به طور کتبی اقامه کنید. همچنین می‌توانید از 8 صبح تا 8 شب روزهای دوشنبه تا جمعه از طریق 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.
- اگر تجدیدنظر سریع می‌خواهید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی اقامه کنید یا با ما تماس بگیرید.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1

شما، پزشکتان یا تجویزکننده یا نمایندهتان می‌توانید درخواست خود را به طور کتبی پست کنید یا آن را برایمان فکس کنید. همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر کنید.

- **ظرف 60 روز (اعم از کاری و غیرکاری)** از تصمیمی که در مورد آن درخواست تجدید نظر می‌کنید درخواست کنید. اگر این مهلت به دلیل موجهی سپری شود، هنوز می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.
- شما، پزشک یا تجویزکننده یا نمایندهتان می‌توانید با ما برای درخواست تجدیدنظر سریع تماس بگیرید.
- این بخش را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! همچنین این بخش را برای کسب اطلاعات در مورد مهلت‌های اتخاذ تصمیم مطالعه کنید.

- درخواست تجدیدنظر خود را **ظرف 60 روز تقویمی** از تاریخ اطلاعیه‌ای که در مورد تصمیم برای شما ارسال کردیم ارائه دهید. اگر این مهلت سپری شود و برای سپری شدن آن دلیل خوبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. برای مثال، دلایل موجه برای سپری شدن مهلت می‌تواند بیماری و خیمی‌باشد که از تماس گرفتن شما جلوگیری کرده یا اگر اطلاعات ناصحیح یا ناکامل را در مورد مهلت‌های درخواست تجدیدنظر به شما داده‌ایم.
- شما حق دارید که از ما برای رونوشتی از اطلاعات مربوط به تجدیدنظر خود درخواست کنید. برای دریافت نسخه‌ای از آن با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید؛ ساعات تماس: 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.

اصطلاح حقوقی برای ارائه درخواست تجدیدنظر به برنامه درباره تصمیم پوشش داروی Part D، «تصمیم‌گیری مجدد» می‌باشد.

اگر مایل باشید، شما و پزشکتان یا تجویزکننده دیگر می‌توانید اطلاعات بیشتری را در راستای اثبات درخواست تجدیدنظر خود به ما ارائه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر وضعیت سلامت شما اقتضا می‌کند، برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.

- اگر به خاطر تصمیمی که برنامه‌مان در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید گرفته است، درخواست تجدیدنظر می‌کنید، شما و پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به «تجدیدنظر سریع» نیاز دارید.
- شرایط دریافت «تجدیدنظر سریع» مشابه «تصمیم پوشش سریع» مندرج در بخش F4 در صفحه 203 است.

اصطلاح حقوقی برای «تجدیدنظر سریع»، «تجدیدنظر تسریع شده» می‌باشد.**برنامه ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و تصمیم ما را به شما خواهد داد**

- ما دوباره با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما توجه می‌کنیم. ما بررسی می‌کنیم آیا هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما، تمام مقررات را رعایت کرده بودیم. ممکن است با شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم. بررسی‌کننده، کسی است که تصمیم اصلی در مورد پوشش را اتخاذ کرده است.

مهلت‌های «تجدیدنظر سریع»

- اگر از مهلت‌های فوری استفاده کنیم، پاسخ خود را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به تجدیدنظر سطح 2 خواهیم فرستاد. در سطح 2، درخواست تجدید نظر شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- اگر به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ بدهیم، باید پوشش را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد.

مهلت‌های «تجدیدنظر استاندارد»

- اگر از مهلت‌های معمول استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما بدهیم. ما باید پاسخ خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم. اگر فکر می‌کنید که وضعیت سلامت شما به آن نیاز دارد، باید برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.
- اگر ظرف 7 روز یا 14 روز تقویمی در صورت درخواست بازپرداخت بابت دارویی که خریده‌اید، به شما پاسخ ندهیم، درخواست‌تان را به مراحل تجدیدنظر سطح 2 خواهیم فرستاد. در سطح 2، درخواست تجدید نظر شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- اگر به همه یا بخشی از موارد درخواستی تان پاسخ بدهیم:
 - اگر درخواست پوشش را تأیید کنیم، باید پوشش را تا جایی که وضعیت سلامتتان اجازه می‌دهد فوراً به شما بدهیم ولی نباید دیرتر از 7 روز تقویمی بعد از دریافت تجدیدنظر تان یا 14 روز در صورت درخواست برای بازپرداخت بابت دارویی که خریده‌اید باشد.
 - اگر درخواست بازپرداخت دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را تأیید کنیم، هزینه آن را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارسال خواهیم کرد.
- اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر و نحوه درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می‌دهد.

F6. تجدیدنظر سطح 2 برای داروهای بخش D

اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از درخواست تجدیدنظر تان خیر باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه کنید. اگر تصمیم بگیرید که به تجدیدنظر سطح 2 بروید، نهاد بررسی مستقل (IRE) تصمیم ما را بررسی خواهد کرد.

- اگر می‌خواهید IRE پرونده شما را بررسی کند، درخواست تجدیدنظر شما باید به طور کتبی باشد. نامه‌ای که در مورد تصمیم ما در تجدیدنظر سطح 1 برای شما ارسال می‌کنیم نحوه درخواست برای تجدیدنظر سطح 2 را توضیح خواهد داد.
- وقتی به IRE درخواست تجدیدنظر می‌دهید، پرونده شما را برای آنها ارسال خواهیم کرد. شما حق دارید از طریق شماره TTY: 1-855-464-3571 با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید و یک نسخه از پرونده خود درخواست کنید. (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.

- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از درخواست تجدیدنظر خود به IRE بدهید.
- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد. این نهاد به این برنامه درمانی وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.
- بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد. این سازمان نامه‌ای را برای شما ارسال می‌کند که تصمیم اتخاذ شده را توضیح خواهد داد.

اصطلاح حقوقی برای ارائه درخواست تجدیدنظر به IRE در مورد پوشش داروی Part D، «بازنگری» است.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



موعدهای «درخواست تجدیدنظر سریع» در سطح 2

- اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از نهاد بررسی مستقل (IRE) برای «تجدیدنظر سریع» درخواست کنید.
- اگر IRE با «تجدیدنظر سریع» موافقت کند، باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به تجدیدنظر سطح 2 پاسخ بدهد.
- اگر IRE به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان پاسخ بدهد، ما باید پوشش دارویی را ظرف 24 ساعت بعد از دریافت تصمیم تأیید یا ارائه دهیم.

موعدهای «تجدیدنظر استاندارد» در سطح 2

- اگر تجدیدنظر استاندارد سطح 2 دارید، اداره بررسی مستقل (IRE) باید ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد، یا اگر درخواست بازپرداخت هزینه دارویی را دارید که قبلاً خریداری کرده‌اید تا 14 روز به شما پاسخ داده می‌شود.
- اگر IRE به همه یا بخشی از موارد درخواستی‌تان پاسخ بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت این تصمیم، پوشش دارویی را برای شما تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر IRE درخواست برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید را تأیید کند، هزینه آن را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم ارسال خواهیم کرد.

اگر اداره بررسی مستقل به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ خیر بدهد چطور؟

خیر یعنی اداره بررسی مستقل (IRE) با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافق است. این موضوع «تأیید تصمیم» خوانده می‌شود. همچنین «رد درخواست تجدیدنظر شما» خوانده می‌شود.

اگر می‌خواهید به تجدیدنظر سطح 3 بروید، داروهایی که درخواست می‌دهید باید دارای ارزش حداقل به دلار باشند. اگر مبلغ دلاری کمتر از حداقل است، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. اگر مبلغ دلاری به اندازه کافی بالا نیست، نمی‌توانید برای تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید. نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید، مبلغ دلاری مورد نیاز برای ادامه روال تجدیدنظر را به شما خواهد گفت.

G. درخواست از ما برای پوشش بستری طولانی‌تر در بیمارستان

وقتی در بیمارستان پذیرفته می‌شوید، حق دارید که همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش داده و برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا مصدومیت شما لازم هستند را دریافت کنید.

پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول اقامت تحت پوشش شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای وقتی بیمارستان را ترک خواهید کرد آماده شوید. همچنین کمک می‌کنند تا ترتیب هرگونه مراقبتی که بعد از ترک نیاز داشته باشید داده شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید «روز ترخیص» خوانده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید، می‌توانید برای اقامت طولانی‌تر در بیمارستان درخواست کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

G1. کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز بعد از پذیرش در بیمارستان، مسئول پرونده یا پرستاران به شما اطلاعیه‌ای با عنوان «پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما» به شما خواهد داد. اگر این اطلاعیه را دریافت نکردید، آن را از هر یک از کارکنان بیمارستان بخواهید. اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید؛ شماره تماس: از طریق 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. همچنین 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.

این اطلاعیه را با دقت مطالعه کنید و اگر موضوعی را متوجه نشدید، پرسید. «پیام مهم» اطلاعاتی درباره حقوق شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان به شما ارائه می‌کند؛ از جمله حق شما برای:

- دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، چه نهادی هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند و از کجا می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید.
- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.
- آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- درخواست تجدیدنظر اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.

شما باید اطلاعیه Medicare را امضا کنید که نشان می‌دهد آن رادرک کرده و با حقوق خود آشنایی دارید. امضای این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشک شما یا پرسنل بیمارستان به شما گفته باشند موافق هستید.

نسخه خودتان از اطلاعیه امضا شده را نگه دارید تا در صورت لزوم، اطلاعات گنجانده شده در آن را در دسترس داشته باشید.

- برای مشاهده نسخه‌ای از این اعلامیه از قبل، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید؛ شماره تماس 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. همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

- همچنین می‌توانید این اطلاعیه را به صورت آنلاین در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

- اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا یا Medicare به شماره‌های فوق تماس بگیرید.

G2. تجدیدنظر سطح 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر می‌خواهید خدمات بیماران بستری برای شما را برای مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، باید برای تجدیدنظر درخواست کنید. سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما را بررسی خواهد داد تا ببیند آیا تاریخ ترخیص تعیین شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است. سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا، Livanta نام دارد.

اگر هرگونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



برای درخواست تجدیدنظر برای تغییر تاریخ ترخیص خود با Livanta به این شماره تماس بگیرید: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

همین حالا زنگ بزنید!!

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. «پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما» حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت است.

نگاه اجمالی: چگونه برای تغییر تاریخ ترخیص خود، درخواست تجدیدنظر سطح 1 دهید

با سازمان بهبود کیفیت استان خود با شماره (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 و از آن‌ها «بررسی سریع» را درخواست کنید. قبل از ترک بیمارستان و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما تماس بگیرید.

- اگر قبل از ترک بیمارستان تماس بگیرید، در طول مدتی که منتظر نتیجه تجدیدنظر از سازمان بهبود کیفیت هستید، می‌توانید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده بدون اینکه برای آن هزینه‌ای پرداخت کنید، در بیمارستان بمانید.

- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید و بخواهید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم شود همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص دریافت می‌کنید را پرداخت کنید.

- اگر مهلت را از دست بدهید برای آنکه با سازمان بهبود کیفیت در مورد تجدیدنظر تماس بگیرید، می‌توانید به جای

این کار مستقیماً به خود ما درخواست تجدیدنظر دهید. برای اطلاع از جزئیات، به بخش G4 در صفحه 214 مراجعه کنید.

- چون اقامت در بیمارستان تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارد، اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید، می‌توانید از California Department of Managed Health Care (سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا) (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 192 مراجعه کنید.

ما می‌خواهیم مطمئن شویم که شما از آنچه باید انجام دهید و مهلت انجام آن‌ها اطلاع دارید.

- در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 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. همچنین می‌توانید با برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy (برنامه حمایت و مشاوره بیمه درمانی) (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. یا می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 در 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.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این متخصصان بخشی از برنامه ما نیستند. حقوق آنها را Medicare پرداخت می کند تا کیفیت مراقبت اشخاص عضو Medicare را کنترل کرده و به بهبود آن کمک کنند.

درخواست «بررسی سریع»

شما باید از سازمان بهبود کیفیت برای «بررسی سریع» ترخیص خود درخواست کنید. درخواست «بررسی سریع» یعنی از سازمان می خواهید که از مهلت های سریع به جای استفاده از مهلت های استاندارد استفاده کند.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع»، «بررسی فوری» می باشد.**در طول بررسی سریع چه اتفاقی می افتد؟**

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت دلیل اینکه فکر می کنید پوشش باید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده ادامه پیدا کند را از شما و نماینده تان سؤال می کنند. لزومی ندارد که نوشته ای را تهیه کنید ولی در صورت تمایل می توانید اینکار را بکنید.
- بررسی کنندگان به پرونده پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می کنند و همه اطلاعات مربوط به اقامت شما در بیمارستان را بررسی می کنند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی کنندگان نتیجه تجدیدنظر شما را به ما می گویند، نامه ای دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما می دهد. این نامه دلایلی که پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می کنیم که ترخیص در آن روز برای شما مناسب است را توضیح می دهد.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی، «اطلاعیه تفصیلی ترخیص» است. می توانید یک نمونه را در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته توسط تماس با خدمات اعضا 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. همچنین می توانید به صورت شبانه روزی 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. یا می توانید نمونه آنلاین اطلاعیه را در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices مشاهده کنید.

اگر پاسخ بله باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به تجدیدنظر شما پاسخ بله بدهد، ما باید به پوشش خدمات بیمارستانی شما تا وقتی ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر پاسخ خیر باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهد، یعنی تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب است. در این صورت، ظهر روز بعد از دریافت پاسخ سازمان بهبود کیفیت، پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان به شما خاتمه پیدا خواهد کرد.
- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر بدهد و تصمیم بگیرید که در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که هزینه ادامه اقامت خود در بیمارستان را بپردازید. هزینه مراقبت بیمارستانی که ممکن است لازم باشد خودتان پرداخت کنید از ظهر روز بعد از ارائه پاسخ سازمان بهبود کیفیت به شما شروع می‌شود.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر شما را نپذیرد و بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان بمانید، آنگاه می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 را مطابق با آنچه در بخش بعدی آمده است، ارائه دهید.

G3. تجدید نظر مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست تجدیدنظر شما را نپذیرفته است و شما بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارائه دهید. لازم خواهد بود که با سازمان بهبود کیفیت دوباره تماس گرفته و برای بررسی دیگری درخواست کنید.

ظرف 60 روز تقویمی بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر به تجدید نظر مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده در بیمارستان بستری شده باشید.

در کالیفرنیا، سازمان بهبود کیفیت Livanta عنوان را دارد. می‌توانید با Livanta به شماره:

1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای تغییر تاریخ ترخیص خودتان

با سازمان بهبود کیفیت استان خود با شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) و درخواست بررسی مجدد کنید.

- بررسی‌کنندگان در سازمان بهبود کیفیت، همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را مجدداً ارزیابی خواهند کرد.

- ظرف 14 روز تقویمی از دریافت درخواست شما برای بررسی دوم، بررسی‌کنندگان سازمان بهبود کیفیت تصمیمی را اتخاذ خواهند کرد.

اگر پاسخ بله باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- ما باید سهم خودمان از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که از ظهر روز بعد از تاریخ تصمیم تجدیدنظر اول دریافت کردید را پرداخت کنیم. ما باید به پوشش مراقبت بیماران بستری در بیمارستان برای شما تا وقتی از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.
- شما باید به پرداخت سهم هزینه‌های خودتان ادامه دهید و محدودیت‌های پوششی ممکن است اعمال شوند.

اگر پاسخ خیر باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

این یعنی سازمان بهبود کیفیت با تصمیم سطح 1 موافق است و آن را تغییر نخواهد داد. نامه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید به روال تجدیدنظر ادامه دهید چه کار می‌توانید بکنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



اگر سازمان بهبود کیفیت تجدیدنظر سطح 2 شما را قبول نکند، باید هزینه کامل اقامت خود بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده را بپردازید.

همچنین می‌توانید از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید یا شکایت خود را به این اداره ارائه دهید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 211 مراجعه کنید.

G4. اگر مهلت تجدیدنظر سپری شود چه اتفاقی می‌افتد

اگر مهلت‌های تجدیدنظر سپری شوند، روش دیگری برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 وجود دارد که تجدیدنظرهای ثانویه خوانده می‌شوند. ولی دو مرحله اول تجدید نظر متفاوت می‌باشند.

تجدیدنظر ثانویه سطح 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر مهلت تماس با سازمان بررسی کیفیت سپری شود (یعنی ظرف 60 روز یا قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده شما، هر کدام که زودتر سر برسد)، می‌توانید به ما درخواست تجدیدنظر کرده و برای «بررسی سریع» درخواست کنید. بررسی سریع، تجدیدنظری است که از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کند.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر ثانویه سطح 1

با مرکز خدمات اعضای ما تماس بگیرید و در مورد تاریخ ترخیص‌تان از بیمارستان، «بررسی سریع» درخواست کنید. ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت به شما اطلاع خواهیم داد.

- در این بررسی، ما همه اطلاعات مربوط به اقامت شما در بیمارستان را مد نظر قرار خواهیم داد. ما این موضوع را بررسی خواهیم کرد که آیا تصمیم در مورد زمانی که باید بیمارستان را ترک کنید عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی کرده است یا خیر.

- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد برای مطلع کردن شما از پاسخ به این بررسی استفاده خواهیم کرد. این یعنی ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» به شما ارائه خواهیم کرد.

- اگر پاسخ ما به بررسی سریع **بله باشد**، بدین معنی است که موافقت می‌کنیم شما لازم است بعد از تاریخ ترخیص هنوز در بیمارستان بمانید. ما به پوشش خدمات بیمارستانی تا وقتی از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه خواهیم داد.

- همچنین بدین معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید باز پرداخت کنیم.

- اگر به بررسی سریع شما پاسخ **خیر بدیم**، یعنی اینکه تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب می‌باشد. پوشش ما برای خدمات بیماران بستری در بیمارستان در روزی خاتمه پیدا می‌کند که به شما گفتیم پوشش خاتمه پیدا خواهد کرد.

- اگر بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده خود در بیمارستان باقی ماندید، آنوقت ممکن است لازم باشد که هزینه کامل مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کردید را پرداخت کنید.

- برای اینکه مطمئن شویم همه مقررات را هنگام پاسخ خیر دادن به درخواست تجدیدنظر سریع شما رعایت کرده‌ایم، تجدیدنظر شما را برای «نهاد بررسی مستقل» ارسال خواهیم کرد. وقتی این کار را می‌کنیم، بدین معنی است که پرونده شما به طور خودکار به تجدیدنظر سطح 2 خواهد رفت.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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



اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «تجدید نظر سریع»، «تجدید نظر تسریع شده» می‌باشد.**تجدید نظر ثانوی مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان**

ما اطلاعات مربوط به تجدید نظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ تصمیم سطح 1 برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید که این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش L در صفحه 245 مراجعه کنید.

در روال تجدید نظر سطح 2، IRE تصمیم‌مان در راستای پاسخ خیر به درخواست «بررسی سریع» شما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم باید تغییر کند یا خیر.

- IRE «بررسی سریع» درخواست تجدید نظر شما را انجام می‌دهد. بررسی‌کنندگان معمولاً پاسخی را ظرف 72 ساعت به شما می‌دهند.

- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد. این سازمان به برنامه درمانی ما وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.

- بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدید نظر شما درباره اقامتتان در بیمارستان با دقت توجه خواهند کرد.

- اگر IRE به تجدید نظر شما پاسخ پله بدهد، ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که از زمان تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کرده‌اید را پرداخت کنیم. ما باید به پوشش‌مان از خدمات بیمارستانی شما نیز تا وقتی ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.

- اگر IRE به تجدید نظر شما پاسخ خیر بدهد، بدین معنی است که با ما موافق هستند که تاریخ ترخیص از بیمارستان تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

- نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه داده شود چه کار کنید. این نامه جزئیات مربوط به چگونگی رفتن به تجدید نظر سطح 3 که توسط قاضی رسیدگی می‌شود را توضیح می‌دهد.

همچنین می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 192 مراجعه کنید. علاوه بر تجدید نظر سطح 3 یا به جای آن، می‌توانید درخواست بررسی مستقل پزشکی نیز ارائه دهید.

H. اگر فکر می‌کنید مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می‌کنند چه کار کنید

این بخش فقط در مورد انواع مراقبتی است که در زیر ذکر شده است.

- خدمات مراقبت درمانی در خانه.
- مراقبت پرستاری تخصصی در مرکز پرستاری تخصصی.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- مراقبت توانبخشی که در یک مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) تحت مجوز Medicare به عنوان بیمار سرپایی دریافت می‌کنید. معمولاً بدین معنی است که درمانی را برای بیماری یا سانه‌ای دریافت می‌کنید یا از جراحی عمده بهبود پیدا می‌کنید.

○ با هر کدام از این سه نوع مراقبت، شما حق دارید که به دریافت خدمات تحت پوشش تا وقتی پزشک بگوید به آن نیاز دارید ادامه دهید.

○ وقتی تصمیم بگیریم که به پوشش هر یک از این مراقبت‌ها خاتمه دهیم، بایستی قبل از خاتمه خدمات به شما بگوییم. وقتی پوشش ما برای آن مراقبت خاتمه پیدا می‌کند، ما به پرداخت هزینه مراقبت شما خاتمه خواهیم داد.

اگر فکر می‌کنید خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

H1. ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد

حداقل دو روز قبل از اینکه به پرداخت مراقبت شما خاتمه بدهیم اطلاعاتی دریافت می‌کنید. این اعلامیه عدم پوشش Medicare خوانده می‌شود. اطلاعات کتبی به شما می‌گوید که ما دیگر پوشش مراقبت‌های شما را انجام نخواهیم داد و چگونه می‌توان از این تصمیم تجدیدنظر کرد.

شما یا نماینده شما باید اطلاعات کتبی را امضا کنید تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید. امضای آن به این معنی نیست که با زمان توقف دریافت خدمات درمانی که برنامه مشخص کرده است موافق هستید.

وقتی پوشش شما خاتمه پیدا کند، ما پرداخت سهم خود از هزینه‌های مراقبت از شما را متوقف خواهیم کرد.

H2. درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای ادامه مراقبت شما

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبتی شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه درخواست برای تجدیدنظر را به شما می‌گوید.

قبل از شروع درخواست تجدیدنظر خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مهلت‌ها را رعایت کنید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. اطمینان حاصل کنید که مهلت‌های مربوط به کارهایی که باید انجام دهید را درک کرده و رعایت می‌کنید. همچنین مهلت‌هایی وجود دارد که برنامه ما باید رعایت کند. (اگر فکر می‌کنید که ما کارمان را در مهلت مقرر انجام نمی‌دهیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت، به بخش L در صفحه 222 مراجعه کنید.)

- **در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید.** اگر سوالی دارید یا به کمک نیاز دارید، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 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. یا با State Health Insurance Assistance Program (برنامه مساعدت بیمه درمانی ایالتی) خود به شماره 1-213-383-4519 تماس بگیرید. اگر در لس آنجلس هستید، با شماره 1-800-824-0782 (TTY: 711) تماس بگیرید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 در 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



مراجعه کنید mmp.healthnetcalifornia.com

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 1 برای درخواست از برنامه برای ادامه مراقبت شما

با سازمان بهبود کیفیت استان خود با شماره
(TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 تماس
بگیرید و درخواست «تجدیدنظر سریع» کنید.

قبل از ترک سازمان یا مرکزی که مراقبت شما را ارائه
می‌کند و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده خود تماس بگیرید.

در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1، سازمان بهبود کیفیت درخواست
تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و تعیین می‌کند که تصمیم ما را تغییر
دهد یا خیر. سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا، Livanta نام دارد.
می‌توانید با Livanta به شماره:

(TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123. اطلاعات
درباره درخواست تجدیدنظر به سازمان بهبود کیفیت همچنین در اطلاعیه
عدم پوشش Medicare آمده است. این اطلاعیه را زمانی دریافت
کردید که به شما اطلاع داده شد ما به پوشش مراقبت شما خاتمه
خواهیم داد.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این متخصصان بخشی از
برنامه ما نیستند. حقوق آن‌ها را Medicare پرداخت می‌کند تا کیفیت مراقبت اشخاص عضو Medicare را کنترل کرده و به بهبود آن
کمک کنند.

باید برای چه خدماتی درخواست کنید؟

درخواست «تجدیدنظر سریع» کنید. این بررسی مستقلی برای این است که آیا از لحاظ پزشکی برای ما جایز است که به پوشش خدمات شما
خاتمه دهیم.

مهلت شما برای تماس با این سازمان چیست؟

- شما باید حداکثر تا ظهر روز بعد از دریافت اطلاعیه کتبی تاریخ توقف پوشش درمان، با سازمان بهبود کیفیت تماس
بگیرید.
- اگر مهلت تماس با سازمان بهبود کیفیت در مورد تجدیدنظر شما سپری شود، می‌توانید به جای آن مستقیماً از خود ما
درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع درباره روش دیگر درخواست تجدیدنظر به بخش H4 در صفحه <219>
مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست شما برای افزایش اقامت در بیمارستان رسیدگی نمی‌کند، یا اگر فکر می‌کنید که
وضعیت شما اورژانسی است و خطری فوری و جدی نسبت به سلامتی‌تان وجود دارد یا درد شدیدی تحمل می‌کنید،
می‌توانید از California Department of Managed Health Care (سازمان خدمات درمانی هماهنگ
کالیفرنیا) (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید یا نزد آن شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه تنظیم شکایت
و درخواست از DMHC در رابطه با بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه 192 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای این اطلاعیه کتبی، «**اطلاعیه عدم پوشش Medicare**» می‌باشد. می‌توانید با این شماره ها
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 یا اینکه می‌توانید در
24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران
TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا نسخه‌ای از آن را در
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices به صورت آنلاین
مشاهده کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



در طول بررسی سازمان بهبود کیفیت چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان در سازمان بهبود کیفیت دلیل اینکه فکر می کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند را از شما یا نماینده شما سؤال می کنند. لزومی ندارد که نوشته ای را تهیه کنید ولی در صورت تمایل می توانید اینکار را بکنید.
- وقتی برای تجدیدنظر درخواست می کنید، برنامه درمانی باید نامه ای به شما و به سازمان بهبود کیفیت بنویسد که توضیح می دهد به چه دلیل خدمات شما باید خاتمه پیدا کنند.
- بررسی کنندگان به پرونده های پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می کنند و همه اطلاعات ارائه شده به آنها توسط برنامه درمانی ما را نیز بررسی خواهند کرد.
- در ظرف یک روز کامل بعد از اینکه بررسی کنندگان همه اطلاعات لازم را دریافت کردند، آنها تصمیم خود را به آگاهی شما خواهند رسانید. نامه ای را دریافت خواهید کرد که این تصمیم را توضیح می دهد.

اصطلاح حقوقی برای نامه ای که دلیل قطع خدمات شما را توضیح می دهد، «توضیح تفصیلی عدم پوشش» می باشد.

اگر پاسخ بررسی کنندگان بله باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر بررسی کنندگان به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ بله بدهند، ما باید به ارائه خدمات تحت پوشش شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

اگر پاسخ بررسی کنندگان خیر باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر پاسخ بررسی کنندگان به تجدیدنظر شما خیر باشد، آن وقت پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم خاتمه پیدا خواهد کرد. ما پرداخت سهممان از هزینه های این مراقبت را متوقف خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت درمانی خانگی، مراقبت مرکز پرستاری حرفه ای یا خدمات مرکز جامع توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) بعد از تاریخ خاتمه پوشش خود ادامه دهید، باید خودتان هزینه کامل این خدمات را پرداخت کنید.

H3. درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای ادامه مراقبت شما

اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خیر بدهد و شما تصمیم بگیرید که به دریافت خدمات بعد از خاتمه پوشش ادامه دهید، می توانید تجدیدنظر سطح 2 را درخواست کنید.

حین درخواست تجدیدنظر سطح 2، سازمان بهبود کیفیت نگاه دیگری به تصمیمی که در سطح 1 گرفته است، خواهد انداخت. اگر آنها بگویند که با تصمیم سطح 1 موافق هستند، ممکن است لازم باشد که کل هزینه مراقبت درمانی خانگی، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی بیماران سرپایی (CORF) را بعد از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد بپردازید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جهت ملزم کردن برنامه برای پوشش مراقبت شما برای مدت طولانی‌تر

با سازمان بهبود کیفیت استان خود با شماره
(1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668 تماس
بگیرید و درخواست بررسی مجدد کنید.

قبل از ترک سازمان یا مرکزی که مراقبت شما را ارائه می‌کند و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده خود تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا، Livanta نام دارد. می‌توانید با Livanta به شماره:

(1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) ظرف 60 روز

تقویمی بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر به تجدید نظر مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

- بررسی‌کنندگان در سازمان بهبود کیفیت، همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را مجدداً ارزیابی خواهند کرد.

- سازمان بهبود کیفیت تصمیم خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما اتخاذ خواهد کرد.

اگر پاسخ سازمان بررسی بله باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- ما باید سهم هزینه‌های خود بابت درمانی که پس از تاریخ خاتمه پوشش‌تان دریافت کردید را به شما بازپرداخت کنیم. ما باید به پوشش درمانی تا زمانی که از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.

اگر پاسخ سازمان بررسی خیر باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- بدین معنی است که با تصمیمی که در تجدیدنظر سطح 1 گرفتند موافق هستند و آن را تغییر نخواهند داد.
- نامه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه دهید چه کار باید بکنید. این نامه جزئیات مربوط به چگونگی رفتن به تجدیدنظر سطح 3 که توسط قاضی رسیدگی می‌شود را توضیح می‌دهد.
- می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات درمانی خود کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه <192> مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

H4. اگر مهلت برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 سپری شود چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر مهلت‌های تجدیدنظر سپری شوند، روش دیگری برای درخواست تجدیدنظر سطح 1 و سطح 2 وجود دارد که تجدیدنظرهای ثانویه خوانده می‌شوند. ولی دو مرحله اول تجدید نظر متفاوت می‌باشند.

تجدیدنظر سطح 1 برای ادامه طولانی‌تر مراقبت شما

اگر مهلت برای تماس با سازمان بررسی کیفیت سپری شود، می‌توانید به ما درخواست تجدید نظر کرده و برای "بررسی سریع" درخواست کنید. بررسی سریع، تجدیدنظری است که از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کند.

- در این بررسی، ما همه اطلاعات مربوط به مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری حرفه‌ای، یا مراقبتی که در مرکز جامع توانبخشی بیمار ان سرپایی (CORF) دریافت می‌کنید را مد نظر قرار خواهیم داد. ما این موضوع را بررسی خواهیم کرد که آیا تصمیم در مورد زمان توقف خدمات شما عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی کرده است یا خیر.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر ثانویه سطح 1

با مرکز خدمات اعضای ما تماس بگیرید و «بررسی سریع» درخواست کنید.

ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت به شما اطلاع خواهیم داد.

- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد برای مطلع کردن شما از پاسخ به این بررسی استفاده خواهیم کرد. ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر به بررسی سریع شما پاسخ **بله** بدهیم، بدین معنی است که ما با ادامه پوشش خدمات شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد موافقت می‌کنیم.

• همچنین بدین معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید بازپرداخت کنیم.

• اگر به درخواست بررسی سریع شما پاسخ **خیر** بدهیم، یعنی قطع خدمات‌تان از لحاظ پزشکی تصمیم درستی بوده است. پوشش ما در روزی که برای خاتمه پوشش اعلام کرده‌ایم، قطع می‌شود.

اگر به دریافت خدمات بعد از روزی که گفتیم متوقف می‌شود ادامه دهید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل خدمات را پرداخت کنید.

برای اینکه مطمئن شویم همه مقررات را هنگام پاسخ **خیر** دادن به درخواست تجدیدنظر سریع شما رعایت کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر شما را برای «نهاد بررسی مستقل» ارسال خواهیم کرد. وقتی این کار را می‌کنیم، بدین معنی است که پرونده شما به طور خودکار به تجدیدنظر سطح 2 خواهد رفت.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «تجدیدنظر سریع»، «تجدیدنظر تسریع شده» می‌باشد.**تجدیدنظر جایگزین سطح 2 برای ادامه طولانی‌تر مراقبت شما**

ما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر سطح 2 شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ تصمیم سطح 1 برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید که این مهلت یا سایر مهلت‌ها را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید. برای اطلاع از نحوه ارائه شکایت، به بخش L در صفحه 222 مراجعه کنید.

در روال تجدیدنظر سطح 2، IRE تصمیم‌مان در راستای پاسخ **خیر** به درخواست «بررسی سریع» شما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم باید تغییر کند یا خیر.

• IRE «بررسی سریع» درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. بررسی‌کنندگان معمولاً پاسخی را ظرف 72 ساعت به شما می‌دهند.

• IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد.

این سازمان به برنامه درمانی ما وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.

• بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما با دقت توجه خواهند کرد.

• اگر پاسخ IRE به تجدیدنظر شما **بله** باشد، آنوقت باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت را به شما بازپرداخت کنیم. ما باید به پوشش‌مان از خدمات شما نیز تا وقتی ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.

نگاه اجمالی: نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جهت ملزم کردن برنامه برای پوشش مراقبت شما برای مدت طولانی‌تر

لازم نیست که کاری بکنید. برنامه درمانی به طور خودکار درخواست تجدیدنظر شما را برای اداره بررسی مستقل ارسال خواهد کرد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



- اگر پاسخ IRE به تجدیدنظر شما خیر باشد، بدین معنی است که با ما موافق هستند که توقف پوشش خدمات از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه داده شود چه کار کنید. این نامه جزئیات مربوط به ادامه تجدیدنظر سطح 3 را توضیح می‌دهد که به دست یک قاضی رسیدگی می‌شود.

همچنین می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و از DMHC درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات مراقبت درمانی خود کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای بررسی مستقل پزشکی، به بخش E4 در صفحه <192> مراجعه کنید. شما می‌توانید شکایتی تنظیم کنید و علاوه بر تجدیدنظر سطح 3 یا به جای آن، درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

1. مرحله بعد از سطح 2 برای تجدیدنظر شما

1.1 مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 را برای خدمات و اقلام Medicare اقامه کرده‌اید و هر دو تجدیدنظر پذیرفته نشده‌اند، ممکن است برای مراحل بعدی تجدیدنظر واجد شرایط باشید. نامه‌ای که از نهاد بررسی مستقل دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال تجدیدنظر ادامه داده شود چه کار کنید.

تجدیدنظر سطح 3، یک دادرسی توسط یک قاضی حقوق اداری (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. فردی که در تجدیدنظر سطح 3 تصمیم‌گیری می‌کند، قاضی دادگاه اجرایی (ALJ) یا یک قاضی است. اگر می‌خواهید یک ALJ پرونده شما را بررسی کند، اقلام یا خدمات پزشکی که درخواست می‌کنید باید به میزان یک حداقل مبلغ دلاری باشد. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی‌توانید به تجدیدنظر ادامه دهید. اگر مبلغ دلاری به اندازه کافی بالا نیست، نمی‌توانید از ALJ بخواهید که به تجدیدنظر شما رسیدگی کند.

اگر با تصمیم ALJ موافق نیستید، می‌توانید به شورای تجدیدنظر Medicare بروید. بعد از آن، ممکن است حق داشته باشید که از دادگاه فدرال درخواست کنید تا به تجدیدنظر شما رسیدگی کند.

اگر در هر مرحله‌ای از روند تجدیدنظر به کمک نیاز داشتید، می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

1.2 مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما مربوط به خدمات یا آیتم‌هایی است که تحت پوشش Medi Cal قرار می‌گیرد، حقوق تجدیدنظر بیشتری خواهید داشت. اگر شما با تصمیم جلسات State Hearing موافق نیستید و می‌خواهید قاضی دیگری آن را بررسی کند، می‌توانید درخواست تجدید نظر و/یا درخواست بازنگری قضایی کنید.

برای درخواست دادرسی مجدد یک درخواست (نامه) به نشانی زیر ارسال کنید:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید ظرف 30 روز بعد از دریافت تصمیم توسط شما ارسال شود. اگر برای تأخیر در درخواست خود دلیل موجهی داشته باشید، این مهلت می‌تواند تا 180 روز افزایش یابد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



در درخواست خود برای دادرسی مجدد، تاریخی که تصمیم خود را دریافت کردید و دلیل اینکه دادرسی مجدد باید تأیید شود را قید کنید. اگر می‌خواهید مدارک دیگری را ارائه کنید، مدارک اضافی را توصیف کرده و توضیح دهید که به چه دلیل قبلاً ارائه نشدند و در تصمیم چه تغییری ایجاد خواهند کرد. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با خدمات حقوقی تماس بگیرید.

برای بررسی توسط قاضی، باید ظرف یک سال پس از دریافت حکم‌تان، دادخواستی را به دادگاه عالی (مطابق با بخش 1094.5 آیین دادرسی مدنی) ارائه کنید. دادخواست خود را به دادگاه عالی برای کانتی که در تصمیم شما قید شده ارائه دهید. می‌توانید این دادخواست را بدون درخواست برای دادرسی مجدد تسلیم کنید. دستمزدی برای تسلیم دادخواست لازم نیست. ممکن است برای دستمزد و هزینه‌های قابل قبول برای وکیل واجد شرایط باشید در صورتیکه دادگاه تصمیم نهایی خود را به نفع شما صادر کند.

اگر دادرسی برگزار شد و شما با تصمیم اتخاذ شده در دادرسی مجدد موافق نبودید، می‌توانید خواهان بررسی توسط قاضی شوید ولی نمی‌توانید دوباره برای دادرسی مجدد درخواست کنید.

ل. نحوه ارائه شکایت

ل1. شکایات باید در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود؛ از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که در رویه شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود.

شکایات در مورد کیفیت

- شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.

شکایات مربوط به رازداری

- فکر می‌کنید که شخصی به حقوق شما در حفظ حریم خصوصی‌تان احترام نگذاشته یا اطلاعات محرمانه‌ای در مورد شما را به اشتراک گذاشته است.

شکایت در مورد خدمات نامطلوب مشتری

- ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی‌ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند.

- رفتار کارکنان Health Net Cal MediConnect با شما مناسب نبود.

- فکر می‌کنید که دارند شما را از برنامه درمانی بیرون می‌کنند.

شکایات مربوط به دسترس‌پذیری

- شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید.
- ارائه‌کننده شما تسهیلات منطقی مورد نیازتان مانند مترجم زبان اشاره آمریکا را در اختیارتان قرار نمی‌دهد.

نگاه اجمالی: نحوه ارائه شکایت

شما شکایت داخلی به برنامه ما یا شکایت خارجی به سازمانی که به برنامه ما وابسته نیست تسلیم می‌کنید.

برای ارائه شکایت داخلی با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید یا برای ما نامه بفرستید.

سازمان‌های مختلفی وجود دارند که به شکایات خارجی رسیدگی می‌کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش J3 در صفحه 225 مراجعه کنید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



شکایات مربوط به مدت انتظار

- شما در گرفتن وقت ویزیت با مشکلاتی مواجه هستید یا برای گرفتن آن زیادی منتظر می‌شود.
- پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصان یا پرسنل مرکز خدمات اعضا یا سایر پرسنل برنامه، شما را بیش از حد در انتظار نگه داشته‌اند.

شکایات مربوط به پاکیزگی

- فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.

شکایات مربوط به دسترسی زبانی

- پزشک یا ارائه‌کننده شما مترجم شفاهی را در طول وقت ویزیت در اختیار شما قرار نمی‌دهد.

شکایات مربوط به برقراری ارتباطات با ما

- فکر می‌کنید که در ارائه اطلاعات یا نامه‌ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده‌ایم.
- فکر می‌کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار مشکل است.

شکایات مرتبط با به‌موقع بودن اقدامات ما در مورد تصمیمات پوشش یا درخواست‌های تجدیدنظر

- از نظر شما ما مهلت‌های تصمیم‌گیری درباره پوشش یا پاسخگویی به درخواست تجدیدنظر شما را از دست می‌دهیم.
- شما عقیده دارید که پس از اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا تجدیدنظر به نفع شما، ما اجازه می‌دهیم که مهلت‌های تأیید یا ارائه خدمات به شما یا باز پرداخت خدمات پزشکی خاص به شما سپری شوند.
- شما فکر می‌کنید که پرونده شما را به موقع برای نهاد بررسی مستقل ارسال نکردیم.

اصطلاح حقوقی برای «شکایت»، «دعوی» است.

اصطلاح حقوقی برای «ارائه شکایت» «اقامه دعوی» است.

آیا انواع مختلفی از شکایت وجود دارد؟

بله. شما شکایتی داخلی و یا شکایتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایتی است که به برنامه ما تسلیم می‌شود و به دست برنامه ما بررسی می‌شود. شکایت خارجی شکایتی است که به سازمانی که به برنامه ما وابسته نیست تسلیم می‌شود و به دست این سازمان بررسی می‌شود. اگر برای اقامه شکایت داخلی و/یا خارجی به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



J2. شکایات داخلی

می‌توانید برای شکایت داخلی با این شماره ها 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. می‌توانید شکایت را در هر زمانی تسلیم کنید؛ مگر اینکه درباره داروی Part D باشد. اگر شکایت مربوط به یک داروی Part D است، باید شکایت را ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن می‌خواهید شکایت کنید تسلیم کنید.

- اگر لازم باشد کار دیگری انجام دهید، مرکز خدمات اعضا به شما خواهد گفت.

- می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما کتباً پاسخ خواهیم داد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و تصمیمی ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ نکنیم، کتباً به شما اطلاع می‌دهیم و وضعیت پرونده و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اطلاع خواهیم داد. برای مثال، به شما اطلاع خواهیم داد که دعوی مربوط به Medicare را تنها می‌توان به مدت حداکثر 14 روز تقویمی تمدید کرد. شما در موارد خاص حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. این موضوع رویه «شکایت سریع» خوانده می‌شود. اگر با تصمیم ما در موقعیت‌های زیر موافق نیستید، حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید:

- ما درخواست شما را برای بررسی سریع درخواست برای مراقبت پزشکی یا داروهای Medicare Part D قبول نکنیم.
- ما درخواست شما را برای بررسی سریع تجدیدنظر خدمات یا داروهای Medicare Part D تأیید نشده قبول نکنیم.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی درخواست شما برای مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی تجدیدنظر شما در مورد عدم ارائه مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- اگر مشکل فوری دارید که خطر جدی و فوری برای سلامتتان ایجاد می‌کند

- شکایات مربوط به Medicare Part D باید ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن نارضایتی دارید ارائه شوند. همه انواع دیگر شکایات باید پس از وقوع سانحه یا اقدامی که موجب نارضایتی شما شده است به ما یا ارائه‌کننده تسلیم شود.

- اگر نتوانیم به شکایت شما در طول روز کاری بعدی رسیدگی کنیم، نامه‌ای ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت شما مبنی بر اعلام وصول ارسال خواهیم کرد.

اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای «تصمیم پوششی سریع» یا «تجدید نظر سریع» قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت «سریع» به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد. اگر مشکل شما فوری است که مربوط به خطر فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، می‌توانید برای «شکایت سریع» درخواست کنید و ما ظرف 72 ساعت پاسخ خواهیم داد.

اصطلاح حقوقی برای «شکایت سریع»، «شکایت تسریع‌شده» می‌باشد.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



در صورت امکان، فوراً به شما پاسخ خواهیم داد. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع را ایجاب می‌کند، ما همین کار را خواهیم کرد.

- ما به بیشتر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر، تصمیمی را ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ نکنیم، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. وضعیت پرونده و زمان تخمینی دریافت پاسخ را نیز به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم پوششی سریع" یا "تجدید نظر سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد.
- اگر به این دلیل شکایت می‌کنید که ما برای تصمیم در مورد پوشش بیش از حد زمان صرف کرده‌ایم، به طور خودکار برای شما ترتیب «شکایت سریع» می‌دهیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر با برخی مفاد یا همه شکایت شما موافق نباشیم به شما اطلاع داده و دلایل خود را به آگاهی شما می‌رسانیم. ما صرف‌نظر از اینکه با شکایت موافق باشیم یا مخالف، پاسخ خواهیم داد.

3.3. شکایات خارجی

می‌توانید شکایت خود را به اطلاع Medicare برسانید

می‌توانید شکایت خود را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در آدرس موجود است

www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

Medicare شکایات شما را جدی تلقی کرده و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر باز خورد یا نگرانی‌های دیگری دارید یا احساس می‌کنید که این برنامه به مشکل شما توجه نمی‌کند، لطفاً با 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

می‌توانید شکایت خود را به اطلاع Medi-Cal برسانید

برنامه آمبودزمان Cal MediConnect نیز به حل و فصل مشکلات با موضع بی‌طرفانه کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود اعضای ما همه خدمات تحت پوششی که باید ارائه کنیم را دریافت می‌کنند. برنامه آمبودزمان Cal MediConnect با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های سلامت ارتباطی ندارد.

شماره تلفن برنامه آمبودزمان Cal MediConnect برای تماس 1-855-501-3077 می‌باشد. این خدمات رایگان است.

شما می‌توانید شکایت خود را به اطلاع سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا برسانید

سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است. شما می‌توانید برای دریافت کمک در مورد شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal، با مرکز پشتیبانی DMHC تماس بگیرید. اگر در مورد شکایتی که مربوط به وضعیت اورژانسی یا خطر فوری و جدی برای سلامت‌تان است، به کمک نیاز دارید یا اگر درد شدیدی را تحمل می‌کنید یا چنانچه از تصمیم برنامه ما در مورد شکایت خود ناراضی هستید، یا اگر برنامه ما به شکایت شما بعد از 30 روز تقویمی رسیدگی نکرده است، می‌توانید با DMHC تماس بگیرید.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز پشتیبانی ذکر می‌شود:

- با 1-888-466-2219 تماس بگیرید. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.

- از وبسایت سازمان خدمات درمانی هماهنگ (www.dmhca.gov) بازدید کنید.

می‌توانید شکایات را به دفتر حقوق مدنی تسلیم کنید

اگر تصور می‌کنید عادلانه با شما رفتار نشده است، می‌توانید به اداره خدمات درمانی و انسانی دفتر حقوق مدنی شکایت کنید. برای مثال، شما می‌توانید در مورد دسترس‌پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 است. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر حقوق مدنی به آدرس زیر تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
TTY: 1-800-537-7697

همچنین ممکن است طبق قانون معلولین آمریکا و قانون حقوق مدنی آنرو (Unruh) نیز از حقوقی برخوردار باشید. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect تماس بگیرید. شماره تلفن آن 1-855-501-3077 است.

می‌توانید شکایات را به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید

وقتی شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است نیز دو گزینه دارید:

- در صورت تمایل، می‌توانید شکایت خود در مورد کیفیت مراقبت را مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت (بدون نیاز به ارائه شکایت به ما) تسلیم کنید.

- یا می‌توانید شکایت خود را به ما و به سازمان بهبود کیفیت ارائه دهید. اگر شکایت را به این سازمان تسلیم کنید، ما با آن‌ها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.

سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال هستند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد سازمان بهبود کیفیت، به فصل 2، بخش F، صفحه 31 مراجعه کنید.

سازمان بهبود کیفیت در کالیفرنیا، Livanta نام دارد. Livanta از طریق شماره تلفن 1-855-887-6668 (TTY: 1-855-887-6668) قابل دسترسی است.

اگر هر گونه سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) در 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.



فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در Cal MediConnect Plan

مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد روش‌هایی که می‌توانید به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید و گزینه‌های پوشش درمانی شما بعد از ترک برنامه درمانی را توصیف می‌کند. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Cal-Medi- باقی خواهید ماند. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

- A. زمان خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect 228
- B. خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect 229
- C. نحوه عضویت در برنامه Cal MediConnect دیگری چیست؟ 230
- D. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه 231
- D1. روش‌های دریافت خدمات Medicare 231
- D2. نحوه دریافت خدمات Medi-Cal 234
- E. تا زمانی که عضویت شما در برنامه Cal MediConnect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد 234
- F. سایر موقعیت‌هایی که در آن‌ها عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه می‌یابد 235
- G. قوانین علیه درخواست از شما برای ترک برنامه Cal MediConnect ما بر اساس هر دلیل مرتبط با سلامت 236
- H. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید 237
- I. از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟ 237

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.



A. زمان خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect

می‌توانید در هر زمانی از سال با ثبت‌نام در یک Medicare Advantage Plan دیگر، ثبت‌نام در یک برنامه Cal MediConnect دیگر یا رفتن به Original Medicare، به عضویت خود در Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) پایان دهید.

عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما را برای تغییر برنامه درمانی‌تان دریافت کنیم، خاتمه پیدا خواهد کرد. برای مثال اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در برنامه درمانی ما در 31 ژانویه خاتمه پیدا خواهد کرد. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد (مثلاً 1 فوریه در این مورد).

وقتی به عضویت خود در برنامه ما خاتمه می‌دهید، عضویت شما در Health Net Community Solutions, Inc. برای خدمات Medi-Cal ادامه پیدا خواهد کرد؛ مگر اینکه برنامه Cal MediConnect متفاوت یا برنامه فقط Medi-Cal متفاوتی را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید گزینه‌های عضویت خود را وقتی عضویت خود را در برنامه درمانی ما خاتمه می‌دهید انتخاب کنید. اگر از برنامه ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی درباره مسائل زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های انتخابی Medicare در جدول بخش D1، صفحه 231.

- خدمات Medi-Cal در بخش D2، صفحه 234.

از طریق تماس با شماره‌های زیر، می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- از طریق شماره تلفن 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.

- روزهای دوشنبه تا جمعه از 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.

- روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر، State Health Insurance Assistance Program (برنامه ایالتی مساعدت بیمه درمانی) (SHIP)، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (برنامه مشاوره و وکالت بیمه درمانی کالیفرنیا) (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 قابل دسترسی است. برای اطلاعات بیشتر یا یافتن دفاتر محلی HICAP در منطقه‌تان، از این وبسایت بازدید کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/

- روزهای دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

توجه: اگر در یک برنامه مدیریت دارو هستید، نمی‌توانید برنامه را تغییر دهید. برای اطلاع از برنامه‌های مدیریت دارو به فصل 5، بخش G، صفحه 138 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.



B. خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect

اگر تصمیم دارید به عضویت خود خاتمه بدهید، به Medi-Cal یا Medicare اطلاع دهید که می‌خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کنید:

- روزهای دوشنبه تا جمعه از 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؛ یا
- به صورت شبانه‌روزی و در تمام روزهای هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس بگیرید، می‌توانید در یک طرح دارو یا بهداشتی دیگر Medicare ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare هنگام خروج از برنامه ما در جدول صفحه 231 ارائه شده 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.



C. نحوه عضویت در برنامه Cal MediConnect دیگری چیست؟

اگر می‌خواهید به دریافت مزایای Medicare و Medi-Cal خود از یک برنامه درمانی منفرد ادامه دهید، می‌توانید عضو برنامه Cal MediConnect دیگری شوید.

برای عضویت در برنامه Cal MediConnect متفاوت:

- 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. به آن‌ها بگویید که می‌خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کرده و در برنامه متفاوتی عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه برنامه‌ای می‌خواهید عضو شوید، آن‌ها می‌توانند اطلاعاتی را در مورد سایر برنامه‌های درمانی در منطقه شما در اختیارتان قرار دهند.

پوشش شما تحت Health Net Cal MediConnect، در آخرین روز از ماهی که درخواست شما را دریافت کنیم، خاتمه خواهد یافت.

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.



D. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به صورت جداگانه

اگر نمی‌خواهید بعد از ترک Health Net Cal MediConnect در یک برنامه Cal MediConnect دیگر ثبت نام کنید، به دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود به طور جداگانه بخواهید گشت.

D1. روش‌های دریافت خدمات Medicare

شما گزینه‌ای در مورد نحوه دریافت مزایای Medicare خود خواهید داشت.

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

<p>این کار را بکنید:</p> <p>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 PACE (7223) - 921- 855- 1 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 درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو عضویت خواهید 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>ادامه این مزایا در صفحه بعد</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.



(ادامه)

2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:

طرح Original Medicare با طرح جداگانه Medicare برای داروی تجویزی

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.

ادامه این مزایا در صفحه بعد

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.



(ادامه)

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.

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.



D2. نحوه 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.

- 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. به آن‌ها بگویید که می‌خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کرده و در برنامه Medi-Cal متفاوتی عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه برنامه‌ای می‌خواهید عضو شوید، آن‌ها می‌توانند اطلاعاتی را در مورد سایر برنامه‌های درمانی در منطقه شما در اختیارتان قرار دهند.

وقتی به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید، یک کارت عضویت جدید، یک دفترچه راهنمای اعضای جدید و یک فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های جدید برای پوشش بیمه Medi-Cal خود دریافت خواهید کرد.

E. تا زمانی که عضویت شما در برنامه Cal MediConnect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد

اگر Health Net Cal MediConnect را ترک کنید، ممکن است قدری طول بکشد تا عضویت شما خاتمه پیدا کرده و پوشش Medicare و Medi-Cal جدید شما شروع شود. برای اطلاعات بیشتر به بخش A، صفحه 228 مراجعه کنید. در طول این مدت، همچنان مراقبت درمانی و داروهای خود را از برنامه ما دریافت خواهید کرد.

- برای تهیه نسخه‌های خود باید از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. معمولاً داروهای نسخه‌ای شما فقط وقتی تحت پوشش هستند که از یک داروخانه شبکه دریافت شوند که شامل خدمات سفارش پستی داروخانه ما نیز می‌شود.
- اگر در روزی که عضویت شما خاتمه پیدا می‌کند در بیمارستان بستری شوید، اقامت شما در بیمارستان معمولاً تا زمانی که ترخیص شوید، تحت پوشش برنامه Cal MediConnect ما خواهد بود. این موضوع حتی وقتی پوشش بیمه جدید شما قبل از ترخیص شروع می‌شود نیز صادق خواهد بود.

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.



F. سایر موقعیت‌هایی که در آن‌ها عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه می‌یابد

این‌ها مواردی هستند که Health Net Cal MediConnect باید به عضویت شما در برنامه خاتمه دهد:

- اگر وقفه‌ای در پوشش Medicare Part A و Part B شما وجود دارد.
- اگر دیگر واجد شرایط Medi Cal نیستید. برنامه ما برای افرادی است که واجد شرایط Medicare و Medi Cal هستند. ایالت کالیفرنیا یا مدیگر شما را از برنامه Health Net Cal MediConnect خارج کرده و به اصلی Medicare برمی‌گردید. اگر برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی Medicare Part D، کمک اضافی دریافت می‌کنید، CMS شما را به طور خودکار در Medicare Prescription Drug Plan ثبت‌نام خواهد کرد. اگر بعداً دوباره واجد شرایط Medi-Cal شدید و خواستید دوباره در Health Net Cal MediConnect ثبت‌نام کنید، لازم است روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 عصر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. به آن‌ها بگویید که می‌خواهید دوباره به Health Net Cal MediConnect ملحق شوید.
- اگر از منطقه ارائه خدمات ما خارج شوید.
- اگر از منطقه شامل خدماتی ما برای بیش از شش ماه به دور هستید.
 - اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، لازم است با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می‌کنید در منطقه خدماتی برنامه درمانی ما باشد.
- اگر برای جرم جنایی به بازداشتگاه یا زندان بروید.
- اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای تجویزی دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
- اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.
 - شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید عضوی از برنامه درمانی ما بشوید.
 - اگر به این دلیل برای عضویت واجد شرایط نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid به ما اطلاع خواهند داد.
 - اگر این الزامات را برآورده نکنید، ما باید عضویت شما را لغو کنیم.

اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید یا شرایطتان به طوری تغییر کرده که دیگر برای Cal MediConnect واجد شرایط نیستید، می‌توانید به مدت دو ماه بیشتر به دریافت مزایای خود از Health Net Cal MediConnect ادامه دهید. این زمان اضافی به شما فرصت می‌دهد که اگر فکر می‌کنید هنوز واجد شرایط هستید، اطلاعات شرایطتان را تصحیح کنید. در مورد تغییر در شرایطتان و دستورالعمل‌هایی برای تصحیح اطلاعات شرایطتان را در نامه‌ای از طرف ما دریافت خواهید کرد.

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.



- برای اینکه عضوی از Health Net Cal MediConnect بمانید، باید تا روز آخر زمان دو ماهه دوباره واجد شرایط شوید.
 - اگر تا پایان زمان دو ماهه واجد شرایط نشوید، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect لغو خواهد شد.
- ما تنها زمانی می‌توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که برنامه درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم.
- اگر عمداً به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
 - اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
 - اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند.
 - اگر عضویت شما را به این دلیل خاتمه دهیم، Medicare ممکن است ترتیب انجام تحقیقات در مورد پرونده شما توسط بازرس کل را بدهد.

G. قوانین علیه درخواست از شما برای ترک برنامه Cal MediConnect ما بر اساس هر دلیل مرتبط با سلامت

- اگر احساس می‌کنید به دلیلی که مربوط به سلامتی می‌شود از شما خواسته شده که برنامه ما را ترک کنید، باید با **call Medicare** به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
- همچنین باید روزهای دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر با برنامه آمبودزمان Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

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.



H. شما حق دارید در صورتیکه به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید

اگر به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوییم. همچنین باید توضیح دهیم که چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما در مورد خاتمه دادن به عضویت شما، شکایت یا دعوی خودتان را ارائه دهید. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات در مورد نحوه ارائه شکایت به فصل 9، بخش J، صفحه 222 مراجعه کنید.

A. از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟

اگر سؤالی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد وقتی می‌توانیم به عضویت شما خاتمه دهیم دریافت کنید، می‌توانید:

- از طریق شماره تلفن 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.
- 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.
- 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.
- روزهای دوشنبه تا جمعه از 9:00 صبح تا 5:00 عصر با Cal MediConnect Ombuds Program به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
- 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 هر گونه سؤالی 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.

فصل 11: اطلاعیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی‌ای است که به عضویت شما در Health Net Cal MediConnect، مربوط می‌شود. کلیدواژه‌ها و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل دفترچه راهنمای اعضا ارائه شده است.

فهرست مطالب

A. اعلامیه در مورد قانون ها	239
B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض	239
C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره	240
D. بیمانکاران مستقل	240
E. تقلب در برنامه مراقبت درمانی	240
F. شرایط خارج از کنترل Health Net Cal MediConnect:	240

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.



A. اعلامیه در مورد قانون ها

قوانین بسیاری به این دفترچه راهنمای اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است حتی اگر در این کتابچه راهنما گنجانده نشده یا توصیف نشده باشند بر روی حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر داشته باشند. قوانین اصلی که به این کتابچه راهنما مربوط می‌شوند شامل قوانین فدرال در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض

هر شرکت یا سازمانی که با Medicare و Medi-Cal همکاری دارد باید از قوانینی که از شما در مقابل تبعیض و رفتار نابرابر حفاظت می‌کنند تبعیت کند. ما به خاطر سن، سابقه اقامه دعوی، رنگ پوست، قومیت، گواهی بیمه‌پذیری، جنسیت، اطلاعات ژنتیک، مکان جغرافیایی در منطقه خدماتی، وضعیت سلامتی، سوابق پزشکی، ناتوانی روانی یا جسمانی، تبار ملی، نژاد، مذهب یا جنسیت نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم و متفاوت رفتار نمی‌کنیم. همچنین، به خاطر اجداد، وضعیت تأهل، یا گرایش جنسی نسبت به شما تبعیض قائل نمی‌شویم و متفاوت رفتار نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا چنانچه در مورد تبعیض یا رفتار غیر عادلانه نگرانی‌هایی دارید:

- با دپارتمان سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق بشر به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.
- با دفتر حقوق بشر محلی خود تماس بگیرید.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
TTY: 1-800-537-7697

اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به خدمات درمانی یا ارائه‌کننده به کمک نیاز دارید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی درباره مسائلی نظیر مشکل دسترسی به صندلی چرخدار دارید، مرکز خدمات اعضا می‌تواند کمک کند.

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.



C. اعلامیه در باره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره

گاهی شخص یا نهاد دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی که در اختیار شما قرار می‌دهیم را پرداخت کند. برای مثال، اگر در یک سانه رانندگی درگیر باشید یا اگر سر کار مصدوم شوید، بیمه یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان باید ابتدا هزینه را پرداخت کند.

ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آن‌ها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم.

برنامه Cal MediConnect از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به اعضا پیروی می‌کند. ما همه اقدامات منطقی را برای اطمینان از اینکه برنامه Medi-Cal پرداخت‌کننده آخرین چاره باشد به کار خواهیم گرفت.

D. پیمانکاران مستقل

رابطه بین Health Net Cal MediConnect و هر ارائه‌کننده‌ای فعال، یک رابطه پیمانکاری مستقل در نظر گرفته می‌شود. ارائه‌کنندگانی که در کار مشارکت دارند، کارمندان یا نمایندگان Health Net نیستند و نه Health Net و نه هیچ یک از کارکنان Health Net کارمند یا نماینده ارائه‌کننده عضو برنامه محسوب نمی‌شود. Health Net تحت هیچ شرایطی مسئولیت کوتاهی، فعالیت اشتباه یا حذف هیچ یک از افراد شرکت‌کننده یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت بهداشتی را به عهده نمی‌گیرد. پزشکان شرکت کننده در برنامه و نه Health Net، رابطه پزشک-بیمار را با اعضا حفظ می‌کنند. Health Net ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی نیست.

E. تقلب در برنامه مراقبت درمانی

تقلب در برنامه مراقبت درمانی به عنوان فریب یا به غلط وانمودن توسط ارائه‌کننده، عضو، کارمند یا هر شخصی است که از سوی آن‌ها اقدام می‌کند. این یک اقدام غیرقانونی است که قبل تعقیب است. هر شخصی که به عمد و با اطلاع قبلی در یک فعالیت با هدف کلاهبرداری از طرح مراقبت بهداشتی شرکت دارد و ادعایی را تنظیم می‌کند که حاوی اظهارات نادرست یا گول‌زننده است، مرتکب جرم کلاهبرداری از بیمه شده است.

اگر درباره هر گونه اتهامی که در یک صورت‌حساب یا فرم توضیح مزایا ذکر شده است، نگرانی دارید و یا از یک فعالیت غیرقانونی اطلاع پیدا کرده یا نسبت به آن مشکوک شده‌اید، از طریق خط ویژه کلاهبرداری به شماره (TTY: 711) 1-800-977-3565 با طرح ما تماس بگیرید. تماس بگیرید. خط تلفن کلاهبرداری 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته و 365 روز در سال فعالیت می‌کند. تمام تماس‌ها کاملاً محرمانه هستند.

F. شرایط خارج از کنترل Health Net Cal MediConnect:

تا جایی که بحرانی طبیعی یا شرایط اضطراری باعث خارج شدن مراکز خدماتی یا کارکنان Health Net از فرآیند ارائه یا فراهم‌سازی خدمات یا مزایای ذکر شده در این کتابچه راهنمای اعضا نشود، الزام Health Net به ارائه این خدمات یا مزایا به این محدود می‌شود که Health Net تمام تلاش صادقانه خود را به کار گیرد تا ارائه این خدمات یا مزایا را با توجه به موجود بودن فعلی این مراکز یا کارکنان ترتیب دهد.

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.



فصل 12: تعریف واژه های مهم

مقدمه

این فصل شامل عبارات کلیدی و مفاهیم آنها است که در دفترچه راهنمای اعضا به کار رفته‌اند. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر عبارت‌های مورد نظرتان را پیدا نمی‌کنید یا اگر به اطلاعاتی بیشتر از تعریف ارائه‌شده نیاز دارید با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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.



فعالیت های روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می دهند؛ از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام گرفتن یا مسواک زدن.

کمک دریافتی حین انتظار: شما می توانید حین انتظار برای تصمیم در مورد تجدیدنظر سطح 1 یا یک دادرسی ایالتی، به دریافت مزایای خود ادامه دهید (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9، بخش E3، صفحه 189 مراجعه کنید). این پوشش ادامه دار، «کمک دریافتی حین انتظار» نامیده می شود.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز ندارند و انتظار نمی رود که به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدیدنظر: روشی برای شما تا اگر فکر می کنید مرتکب اشتباهی شده ایم، علیه اقدام ما اعتراض کنید. شما می توانید با ارائه درخواست تجدیدنظر، خواستار تغییر یک تصمیم پوششی شوید. فصل 9، بخش D، صفحه 183 تجدیدنظرها را توصیف می کند که شامل نحوه درخواست تجدیدنظر می باشد.

سلامت رفتاری: عبارتی جامع که به اختلالات مربوط به مصرف مواد مخدر و سلامت روان اشاره می کند.

داروی برند: یک داروی تجویزی که توسط شرکتی که دارو را برای اولین بار تولید کرده است، فروخته می شود. داروهای برند حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت های دارویی دیگر تهیه و فروخته می شوند.

Cal MediConnect: برنامه ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را با هم در یک برنامه درمانی به شما ارائه می کند. شما یک کارت عضویت برای همه مزایای خود دارید.

هماهنگ کننده مراقبت: شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه کنندگان مراقبت شما همکاری می کند تا اطمینان حاصل کند که مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می کنید.

برنامه مراقبتی: به «برنامه مراقبت فردی» مراجعه کنید.

خدمات گزینشی برنامه مراقبتی (خدمات CPO): خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبتی فردی (ICP) شما، اختیاری هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت های بلندمدتی شوند که شما تحت Medi-Cal مجاز به دریافت آنها هستید.

تیم مراقبتی: به «تیم مراقبت میان رشته ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش وضعیت بحرانی: مرحله ای در بخش D مزایای دارویی که طی آن، برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا آخر سال پرداخت می کند. ما این مرحله را زمانی شروع می کنیم که شما به سرحد \$7050 برای داروهای نسخه ای خود رسیده باشید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. فصل 2، بخش G، صفحه 32 نحوه تماس با CMS را توصیف می کند.

خدمات اجتماع محور بزرگسالان (CBAS): برنامه خدماتی تسهیلات محور مرکز بیماران سرپایی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت از خانواده/پرستار، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را به ثبت نام کنندگان واجد شرایطی ارائه می کند که معیارهای لازم را داشته باشند.

شکایت: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی ای درباره مراقبت یا خدمات تحت پوشش خودتان دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه کنندگان شبکه ما یا داروخانه های شبکه ما می شود. نام رسمی «ارائه شکایت»، «اقامه دعوی» 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

mmp.healthnetcalifornia.com مراجعه کنید.



مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که پس از یک بیماری، سانحه یا جراحی مهم، عمدتاً خدمات توانبخشی ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند؛ از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس‌درمانی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط خانه.

سهیم بیمه‌شده: یک مبلغ ثابت که هر بار که داروهای تجویزی خاصی دریافت می‌کنید، به عنوان سهم هزینه‌های خود پرداخت می‌نمایید. برای مثال، ممکن است 2 یا 5 دلار برای یک داروی تجویزی بپردازید.

تسهیم هزینه: مبالغی که هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای خاص پرداخت می‌کنید. تسهیم هزینه شامل سهم بیمه‌شده می‌شود.

ردیف تسهیم هزینه: گروهی از داروها که سهم بیمه‌شده یکسان دارند. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش (که به نام فهرست دارویی هم شناخته می‌شود) در یکی از سهردیف تسهیم هزینه قرار دارد. به طور کلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو هم بالاتر می‌رود.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیم در مورد اینکه ما چه مزایایی را تحت پوشش قرار دهیم. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات بهداشتی شما پرداخت خواهیم کرد. فصل 9، بخش D، صفحه 183 نحوه درخواست از ما برای تصمیم در مورد پوشش را توصیف می‌کند.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی‌مان استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت، لوازم، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، وسیله‌ها و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی خود استفاده می‌کنیم.

آموزش مهارت فرهنگی: آموزش‌هایی تکمیلی برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی که کمک می‌کند هر چه بهتر پس‌زمینه، ارزش‌ها و عقاید شما را بشناسند و خدمات را منطبق بر نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما ارائه کنند.

نرخ روزانه تسهیم هزینه: نرخی که ممکن است زمانی اعمال شود که پزشک شما کمتر از ذخیره یک ماه کامل از داروهای خاص را برای شما تجویز می‌کند و شما باید سهم بیمه‌شده را پرداخت کنید. نرخ روزانه تسهیم هزینه برابر است با سهم بیمه‌شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه.

برای مثال: فرض کنیم که تعرفه سهم بیمار شما برای داروی یک ماه کامل (یک ذخیره 30 روزه) \$1.35 باشد. این بدان معنی است که مبلغی که شما برای داروی خود پرداخت می‌کنید کمتر از \$0.05 در روز می‌باشد. در صورت دریافت 7 روز دارو، پرداخت شما کمتر از \$0.05 در روز ضرب در 7 روز، و در کل پرداخت کمتر از \$0.35 خواهد بود.

اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (در کالیفرنیا Medi-Cal نامیده می‌شود) و عموماً در این کتابچه اطلاعاتی با عنوان «ایالت» به آن اشاره شده است.

سازمان هماهنگ خدمات درمانی (DMHC): سازمان ایالتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی است. DMHC به اعضای Health Net Cal MediConnect در مورد درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC بررسی‌های مستقل پزشکی (IMR) را نیز انجام می‌دهد.

لغو عضویت: فرآیند خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

ردیف داروها: گروه‌های داروهای موجود در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، برند یا داروهای بدون نسخه (OTC) نمونه‌هایی از ردیف‌های دارویی هستند. هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از این سه ردیف قرار دارد.

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.



تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: صندلی چرخ‌دار، عصا، سیستم تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در منزل سفارش داده شده، پمپ‌های تزریق وریدی، دستگاه‌های تولید صدا، تجهیزات اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

وضعیت اضطراری: وضعیت اضطراری پزشکی زمانی است که شما یا فردی با اطلاعات متوسط بهداشتی و پزشکی عقیده داشته باشید که شما علائم پزشکی‌ای دارید که به توجه پزشکی فوری نیاز دارد تا از مرگ، از دست دادن عضو بدن یا از دست دادن عملکرد بخشی از بدن جلوگیری شود. علائم پزشکی ممکن است یک مصدومیت جدی یا درد شدید باشد.

مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای درمان یک وضعیت پزشکی یا سلامت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

کمک اضافی: برنامه Medicare که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه داروهای تجویزی Medicare بخش D مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. کمک اضافی همچنین «بیارانه کم‌درآمدها» یا «LIS» خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه‌ای که برای استفاده به جای داروی برند به تأیید دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. این دارو معمولاً ارزان‌تر بوده و همان تأثیر داروی برند را دارد.

نارضایتی: شکایتی که علیه ما یا یکی از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های شبکه ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط برنامه درمانی شما می‌شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. فصل 2، بخش E، صفحه 30 نحوه تماس با HICAP را توصیف می‌کند.

برنامه درمانی: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این طرح دارای هماهنگ‌کننده مراقبت است که به شما در مدیریت همه ارائه‌کننده‌ها و خدمات کمک می‌کند. این اشخاص با یکدیگر همکاری می‌کنند تا خدمات درمانی مورد نیازتان را ارائه دهند.

ارزیابی مخاطره سلامت: بررسی تاریخچه پزشکی و شرایط فعلی بیمار. از این ارزیابی برای شناسایی وضعیت سلامت بیمار و چگونگی تغییر آن در آینده استفاده می‌شود.

کمک بهداشتی در منزل: شخصی که خدماتی را ارائه می‌کند که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد؛ از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویز شده). امدادگران مراقبت بهداشتی خانگی، مجوز پرستاری ندارند و درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه‌ای برای ارائه مراقبت و پشتیبانی به افراد مبتلا به بیماری مهلک به منظور کمک به آن‌ها برای داشتن زندگی راحت. بیماری مهلک یعنی شخص بیماری لاعلاجی دارد و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی‌اش باقی مانده باشد.

- هر ثبت‌نام‌کننده‌ای که بیماری لاعلاج دارد، می‌تواند مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج را انتخاب کند.
- گروهی از متخصصین و مراقبت‌کننده‌هایی که کارآموزی ویژه دیده‌اند تا مراقبت را برای شخص کامل ارائه‌کنند که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می‌شود.
- Health Net Cal MediConnect باید فهرستی از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های ویژه بیماران لاعلاج در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهد.

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.



صدور صورتحساب نادرست/بی‌مورد: وضعیتی که در آن ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه برنامه درمانی، برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. هنگامی که خدمات یا دارویی دریافت می‌کنید، کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect خود را نشان دهید. اگر صورتحسابی دریافت کرده‌اید که متوجه نمی‌شوید، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

به دلیل اینکه Health Net Cal MediConnect کل هزینه خدمات شما را می‌پردازد، هیچ مبلغی به عنوان تسهیم هزینه به ما بدهکار نیستید. ارائه‌کنندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.

بررسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا درمان پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، از جمله منابع و داروهای DME، می‌توانید از سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشک‌انی می‌باشد که بخشی از برنامه درمانی ما نیستند. اگر IMR به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات یا درمان مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای بابت IMR پرداخت نمی‌کنید.

مراقبت درمانی شخصی شده (ICP یا برنامه مراقبتی): برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید و نحوه دریافت آن‌ها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت شود.

مرحله پوشش ابتدایی: مرحله قبل از اینکه مجموع هزینه‌های دارویی بخش D شما به \$7,050 برسد. این هزینه شامل مبلغی که شما پرداخت کرده‌اید، مبلغی که برنامه درمانی ما از سوی شما پرداخت کرده است و یارانه کم‌درآمدی می‌شود. شما این مرحله را هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید. در طول این مرحله، برنامه درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید.

بیمار بستری: عبارت مورد استفاده برای مواقعی که به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شده‌اید. اگر به طور رسمی بستری نشده باشید، حتی اگر برای تمام شب در بیمارستان باشید ممکن است به عنوان بیمار سرپایی محسوب شوید، نه بستری.

تیم مراقبت میان رشته ای (ICT یا تیم مراقبتی): یک تیم مراقبتی متشکل از پزشکان، پرستاران، مشاوران و سایر متخصصان درمانی که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان در دسترس شما هستند. تیم مراقبتی شما برای ایجاد یک برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش برنامه درمانی. برنامه درمانی داروهای موجود در این فهرست را با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کند. فهرست دارویی حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آن‌ها پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی «دارونامه» خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های بلندمدت که به بهبود عارضه پزشکی بلند مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. LTSS شامل برنامه خدمات اجتماعی محور بزرگسالان (CBAS) و مراکز پرستاری/مراکز مراقبت تحت‌حاد (NF/SCF) می‌شود.

یارانه کم درآمدی (LIS): Refer to "Extra Help."

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت‌های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود.

- این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت‌های بلندمدت و هزینه‌های پزشکی خود را پرداخت کنند.
- این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش 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.



- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت هستند اما اگر واجد شرایط Medicare و Medicaid باشید، اکثر هزینه‌های درمانی تحت پوشش هستند.

- برای اطلاع از نحوه تماس با Medi Cal به فصل 2، بخش H، صفحه 33 مراجعه کنید.

برنامه‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند؛ از قبیل خدمات و حمایت‌های بلندمدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل. مزایای Medicare جدا هستند.

ضرورت پزشکی: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهایی را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامت فعلی به آن‌ها نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته‌شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. ضرورت پزشکی به همه خدمات تحت پوشش اشاره دارد که استفاده از آن‌ها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال به بالا، بعضی افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (افراد مبتلا به نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به "برنامه درمانی" مراجعه کنید).

Medicare Advantage Plan: یک برنامه Medicare که به آن "Medicare بخش C" یا "MA Plans" نیز گفته می‌شود و برنامه‌هایی را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها هزینه‌ای پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را تحت پوشش قرار دهد.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه برنامه‌های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medi-Cal (واجد شرایط دوگانه): شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. شخص ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medi-Cal «شخص واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

Medicare بخش A: برنامه Medicare که بیشتر مراقبت‌های بیمارستانی، مرکز پرستاری حرفه‌ای، مراقبت بهداشتی در خانه و مراقبت بیماران لاعلاج که دارای ضرورت پزشکی باشند را پوشش می‌دهد.

Medicare بخش B: برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست‌های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت‌های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) که دارای ضرورت پزشکی برای درمان بیماری یا عارضه هستند را تحت پوشش قرار می‌دهد. Medicare بخش B بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را نیز پوشش می‌دهد.

Medicare بخش C: برنامه Medicare که به شرکت‌های خصوصی بیمه درمانی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

Medicare بخش D: برنامه مزایای داروهای تجویزی Medicare. (ما این برنامه را به طور مختصر «بخش D» می‌نامیم.) بخش D داروهای تجویزی بیماران سرپایی، واکسن‌ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B یا Medi-Cal نیستند را پوشش می‌دهد.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که می‌توانند تحت پوشش Medicare بخش D باشند. کنگره مشخصاً گروه‌های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

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.



عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده، در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

کتابچه راهنمای اعضا و اطلاعات واگذاری: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیه یا سایر اسناد پوشش اختیاری انتخاب شده که پوشش شما و آنچه باید انجام دهید، حقوق شما و آنچه به عنوان عضو از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را توصیف می کند.

خدمات اعضا: دپارتمانی در برنامه ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و تجدیدنظرخواهی ها است. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با مرکز خدمات اعضا فصل 2، بخش A، صفحه 22 مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: داروخانه‌ای که پذیرفته است تا نسخه‌ها را برای اعضای برنامه ما بپیچد. به این دلیل به آن‌ها «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم که موافقت کرده‌اند با برنامه ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه‌های شما تنها در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که در یکی از داروخانه‌های شبکه ما پیچیده شوند.

ارائه‌کننده شبکه: «ارائه‌کننده» یک اصطلاح عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می‌کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می‌کنند. این عبارت شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت خانگی، درمانگاه‌ها و سایر مکان‌هایی که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت را در اختیار شما قرار می‌دهند نیز می‌شود.

- این ارائه‌کنندگان دارای گواهینامه یا مجوز از سوی Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی هستند.
- ما این ارائه‌کنندگان را هنگامی «ارائه‌کنندگان شبکه» می‌خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و دستمزد ما را دریافت کنند و هیچگونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند.
- در طول مدتی که در برنامه ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش، از ارائه‌کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه‌کنندگان شبکه «ارائه‌کنندگان برنامه» نیز خوانده می‌شوند.

آسایشگاه یا مرکز پرستاری: مکانی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

آمبودزمان: دفتری در ایالت شماست که به عنوان وکیل از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید می‌تواند به شما کمک کند متوجه شوید که باید چه کاری انجام دهید. اطلاعات بیشتر درباره برنامه آمبودزمان Cal MediConnect را می‌توانید در فصل‌های 2 بخش 1، صفحه 34 و فصل 9، بخش A، صفحه 181 این دفترچه راهنما مشاهده کنید.

تصمیم سازمانی: این برنامه زمانی تصمیم سازمانی می‌گیرد که برنامه یا یکی از ارائه‌کنندگان آن در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا خیر یا مبلغی که شما باید بابت خدمات تحت پوشش بپردازید تصمیمی بگیرند. تصمیم‌های سازمانی در این دفترچه راهنما «تصمیمات پوشش» خوانده می‌شوند. فصل 9، بخش D، صفحه 183 نحوه درخواست از ما برای تصمیم در مورد پوشش را توصیف می‌کند.

Original Medicare (Medicare استاندارد یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): Original Medicare توسط دولت ارائه می‌شود. تحت Original Medicare، خدمات Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبتی به میزان مشخص شده توسط کنگره تحت پوشش قرار می‌گیرند.

- می‌توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند بروید. Original Medicare شامل دو بخش می‌باشد: بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی).

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.



• **Original Medicare** در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد.

• اگر نمی‌خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید **Original Medicare** را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت نکرده است تا با برنامه ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای برنامه ما همکاری کند. بیشتر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش برنامه ما نیستند مگر اینکه تحت شرایط خاصی باشید.

ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده یا مرکزی که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نیست و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه ما قرارداد ندارد. فصل 3، بخش D4، صفحه 50، ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می‌کند.

هزینه‌های پرداختی از جیب: شرایط تسهیم هزینه برای اعضا در راستای پرداخت بخشی از هزینه خدمات یا داروهای دریافتی‌شان، الزامات «پرداخت مستقیم از جیب» نیز نامیده می‌شود. به تعریف «تسهیم هزینه» در بالا مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه به هر نوع دارویی گفته می‌شود که فرد بدون داشتن نسخه از متخصص بهداشت و درمان، می‌تواند آن‌ها را تهیه کند.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید

اطلاعات سلامت شخصی (که به آن اطلاعات سلامت محافظت شده نیز گفته می‌شود) (PHI): اطلاعاتی درباره شما و وضعیت سلامت‌تان مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، سابقه ویزیت‌های پزشک و سوابق پزشکی. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه محافظت Health Net Cal MediConnect از PHI، استفاده از آن و به‌اشتراک‌گذاری آن با دیگران و همچنین اطلاع از حقوق‌تان در خصوص PHI به اطلاعیه رویه‌های حفظ حریم خصوصی Health Net Cal MediConnect مراجعه کنید.

ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP): ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه شما شامل پزشک یا سایر ارائه‌کنندگانی می‌شود که برای اغلب مشکلات سلامت ابتدا نزد او می‌روید. وی مطمئن می‌شود که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید.

• وی ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آن‌ها ارجاع کند.

• در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های اولیه خود بروید.

• برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های اولیه به فصل 3، بخش D، صفحه 45 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.



مجوز قبلی: تأییدیه از Health Net Cal MediConnect را باید قبل از دریافت یک دارو یا سرویس خاص یا ویزیت ارائه دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر این تأییدیه را دریافت نکنید، برنامه Health Net Cal MediConnect ممکن است هزینه خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

برخی خدمات پزشکی شبکه تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا یک ارائه‌کننده دیگر شبکه مجوز قبلی را از برنامه ما دریافت کنند.

- خدمات تحت پوششی که به مجوز قبلی برنامه ما نیاز دارند در جدول مزایای فصل 4 مشخص شده‌اند.

برخی داروها تنها در صورتی تحت پوشش هستند که از ما مجوز قبلی دریافت کنید.

- داروهای تحت پوششی که به مجوز قبلی ما نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده‌اند.

برنامه برای برنامه‌های مراقبت جامع سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاصی پوشش می‌دهد که بیش از 55 سال سن دارند و برای زندگی در خانه خودشان، به سطح بالایی از مراقبت نیازمندند.

پروتز و ارتز: اینها دستگاه‌های پزشکی هستند که از سوی پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی شما سفارش داده می‌شوند. برخی از اقلام تحت پوشش که برخی از آنها عبارتند از ساپورت بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله انترال و وریدی.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اعضای Medicare کمک می‌کنند. حقوق آنها را دولت فدرال پرداخت می‌کند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با QIO برای ایالت خود به فصل 2 مراجعه کنید.

محدودیت‌های مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. محدودیت ممکن است بر مقدار دارویی باشد که برای هر نسخه پوشش می‌دهیم.

ارجاعیه: معرفی نامه یعنی قبل از مراجعتان به پزشکی که PCP شما نیست، ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه‌تان (PCP) باید به شما تأییدیه بدهد. اگر این تأییدیه را دریافت نکنید، Health Net Cal MediConnect ممکن است هزینه خدمات را پوشش ندهد. برای ویزیت توسط بعضی متخصصان خاص مثل متخصص زنان نیازی به ارجاعیه ندارید. اطلاعات بیشتر در مورد ارجاع در فصل 3، بخش D، صفحه 45 موجود است و در فصل 4، بخش D صفحه 67 می‌توانید اطلاعاتی درباره خدماتی که به ارجاع نیاز دارند مشاهده کنید.

خدمات توانبخشی: درمانی که دریافت می‌کنید تا از بیماری، سانحه یا جراحی مهم بهبود پیدا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات توانبخشی، به فصل 4، بخش D، صفحه 67 مراجعه کنید.

منطقه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی چنانچه عضویت را بر اساس محل زندگی اشخاص محدود کند، اعضای واقع در آن منطقه را می‌پذیرد. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان‌های قابل استفاده را محدود می‌کنند، این معمولاً منطقه‌ای است که می‌توانید خدمات عادی (غیراضطراری) دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند Health Net Cal MediConnect را دریافت کنند.

سهام هزینه: بخشی از هزینه‌های خدمات درمانی شما که باید هر ماه پرداخت کنید تا مزایای Cal MediConnect قابل پرداخت باشد. میزان سهم هزینه شما بسته به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با پرسنل و تجهیزات برای ارائه خدمات پرستاری حرفه‌ای و در اکثر موارد خدمات بازپروری حرفه‌ای و سایر خدمات درمانی مربوطه.

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.



مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری حرفه‌ای ارائه شده به صورت پیوسته و روزانه در یک مرکز پرستاری حرفه‌ای. نمونه‌های مراقبت در مرکز پرستاری حرفه‌ای شامل فیزیوتراپی یا تزریقات وریدی (IV) است که توسط یک پرستار یا پزشک ثبت شده انجام می‌شود.

متخصص: پزشکی است که برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن مراقبت درمانی ارائه می‌کند.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه‌دهنده‌ای دیگر، یک خدمت Medi-Cal درخواست کند که ما تأیید نکنیم، یا به پرداخت هزینه یک خدمت Medi-Cal که قبلاً دریافت می‌کرده‌اید ادامه ندهیم، شما حق دارید که دادرسی ایالتی درخواست کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان گام‌به‌گام: یکی از مقررات پوشش که شما را ملزم می‌کند که قبل از پوشش داروی مورد درخواستتان، ابتدا داروی دیگری را مصرف کنید.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI): یک مزایای ماهانه که توسط تأمین اجتماعی به افراد دارای درآمد و منابع محدود و از کار افتاده، نابینا، یا با 65 سال به بالا پرداخت می‌شود. مزایای SSI مشابه مزایای تأمین اجتماعی نیستند.

مراقبت‌های فوری: مراقبتی که برای بیماری ناگهانی، مصدومیت یا عارضه‌ای دریافت می‌کنید که اورژانسی نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. در صورتی می‌توانید مراقبت‌های فوری را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید که ارائه‌کنندگان شبکه موجود نباشند یا نتوانید به آن‌ها دسترسی پیدا 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.



اعلامیه عدم تبعیض

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

قوانین حقوق مدنی فدرال را رعایت می‌کند و بر مبنای جنس، نژاد، رنگ پوست، مذهب، تبار، اصلیت ملی، گروه قومی، سن، ناتوانی ذهنی، ناتوانی جسمی، وضعیت پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا گرایش جنسی، هیچ‌کس را مورد تبعیض، طرد یا رفتار متفاوت قرار نخواهد داد.

Health Net Cal MediConnect:

- کمک‌ها و خدمات رایگان مانند مترجمان مجرب در زبان اشاره و اطلاعات مکتوب در فرمت‌های دیگر (چاپ درشت، فرمت صوتی، فرمت‌های الکترونیکی دسترس‌پذیر و سایر فرمت‌ها) را به افراد معلول و ناتوان ارائه می‌کند تا بتوانند به راحتی با ما ارتباط برقرار کنند.

- خدمات زبانی رایگان مانند: مترجمین شفاهی مجرب و اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر را به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، ارائه می‌دهد.

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

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

اگر فکر می‌کنید که Health Net Cal MediConnect در ارائه این خدمات قصور داشته یا به طور دیگری تبعیض قائل شده است، می‌توانید از طریق تماس با شماره فوق و اظهار اینکه برای ارائه شکایت به کمک نیاز دارید، شکایت کنید؛ 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 این 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,

1019-368-800-1 (7697-537-800-1 TDD:) اگر نگرانی از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ، خاستگاه ملی، سن، معلولیت یا جنسیت وجود دارد.

فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود هستند.

FLY047573EH00 (9/20)

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



مراجعه کنید mmp.healthnetcalifornia.com

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: ถ้านคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

H3237_17_MLI_Accepted_09092017

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.



Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական օգնություններ: 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).

Cal MediConnect Member Multi-Language Insert

FLY015174ZO00 (8/17)

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.



کتابچه راهنمای اعضای Health Net Cal MediConnect

<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-464-3571</p> <p>تماس با این شماره رایگان است. 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.</p> <p>همچنین خدمات ترجمه رایگان مرکز خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.</p>	
<p>حالت تلفنی در تلفن (TTY) (TeleTYpe)</p> <p>711 (خدمات رله ملی)</p> <p>این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.</p> <p>تماس با این شماره رایگان است. 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.</p>	
<p>فکس</p> <p>1-800-281-2999</p>	
<p>با این آدرس مکاتبه کنید</p> <p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>	
<p>وبسایت</p> <p>mmp.healthnetcalifornia.com</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.

