

ارائه‌شده توسط (HMO D-SNP) Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1، ارائه‌شده توسط Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، منطقه کالیفرنیا جنوبی

کتابچه راهنمای اعضا

1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024

پوشش سلامت و داروهای تجویزی شما تحت **Senior Advantage Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP)**، ارائه‌شده توسط **Inc. Kaiser Foundation Health Plan**، منطقه کالیفرنیا جنوبی

معرفی کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه راهنمای اعضا، که به‌عنوان «گواهی پوشش بیمه‌ای» نیز شناخته می‌شود، درباره پوشش بیمه تحت طرح ما تا 31 دسامبر 2024 می‌گوید. خدمات مراقبت سلامت و سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش بیمه داروهای تجویزی و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت را توضیح می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در فصل 12 این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند. این کتابچه یک سند قانونی مهم است. آن را در مکانی امن قرار دهید.

هنگامی که در این کتابچه راهنمای اعضا گفته می‌شود «ما»، «مان» یا «طرح ما»، منظور **Senior Advantage Medicare Medi-Cal** است.

این سند به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ یا ویتنامی در دسترس است.

می‌توانید این سند را به‌طور رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، خط بریل و/یا صوتی به‌وسیله تماس با «خدمات اعضا» از طریق شماره موجود در پایین این صفحه دریافت کنید. این تماس رایگان است.

برای درخواست موارد زیر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید:

- زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین،
- درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
- تغییر درخواست دائمی برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

مساعدت زبانی رایگان به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته در دسترس است. شما می‌توانید خدمات ترجمه شفاهی و دریافت مطالب ترجمه‌شده به زبان خود یا در قالب‌های دیگر را درخواست کنید. همچنین می‌توانید امکانات و دستگاه‌های کمکی را از مراکز ما درخواست کنید. فقط کافی است از طریق شماره **1-800-464-4000**، به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل) با ما تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره **711** تماس بگیرید.

سلب مسئولیت

- Kaiser Permanente یک طرح HMO D-SNP به صورت قرارداد همکاری با Medicare و برنامه Medi-Cal است. ثبت نام در Kaiser Permanente به تمدید قرارداد بستگی دارد.
- پوشش بیمه این طرح شما را واجد شرایط پوشش بیمه سلامت (QHC) «حداقل پوشش ضروری بیمه» می کند. این پوشش الزامات مسئولیت مشترک افراد در رابطه با «لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه» (ACA) را برآورده می کند. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره الزام فردی در مسئولیت مشترک، از وبسایت «خدمات منافع داخلی» (IRS) به نشانی www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families بازدید کنید.
- خدمات مراقبت درمانی که به اعضای Kaiser Permanente تحت پوشش Medi-Cal ارائه می شود، بر اساس ضوابط، شرایط، محدودیت ها و استثنائات قرارداد تنظیم شده بین Kaiser Foundation Health Plan, Inc و اداره خدمات مراقبت های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) و طبق توضیح این کتابچه راهنمای اعضا و همه اصلاحیه ها تشریح شده است.

فصل 1: شروع به کار به عنوان عضو

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی درباره **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** می‌شود، طرح سلامتی که همه خدمات Medicare و Medi-Cal و عضویت شما در آن را پوشش می‌دهد و هماهنگ می‌کند. همچنین به شما می‌گوید که چه انتظاری داشته باشید و چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 1

- A. به طرح ما خوش آمدید..... 3
- B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal..... 3
- B1. Medicare..... 3
- B2. Medi-Cal..... 3
- C. مزایای طرح ما..... 4
- D. منطقه خدماتی طرح ما..... 5
- E. چگونه صلاحیت عضویت در طرح را کسب می‌کنید..... 5
- F. هنگامی که برای اولین بار به طرح سلامت ما ملحق می‌شوید چه انتظاری باید داشته باشید..... 5
- G. تیم مراقبت و طرح مراقبت شما..... 7
- G1. تیم مراقبت..... 7
- G2. طرح مراقبت..... 7
- H. هزینه‌های ماهانه شما برای عضویت در طرح (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal ما..... 8
- I. کتابچه راهنمای اعضای شما..... 8
- J. سایر اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید..... 8
- J1. کارت شناسایی عضویت شما..... 8
- J2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش..... 9
- تعریف ارائه‌دهندگان داخل شبکه..... 9
- تعریف داروخانه‌های داخل شبکه..... 10

- 10.....J3. فهرست داروهای تحت پوشش
- 10.....J4. توضیح مزایا
- 11.....K. به روز نگاه داشتن سوابق عضویتان
- 11.....K1. حفاظت از اطلاعات مربوط به سلامت شخصی (PHI)

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی ارائه می‌دهد که واجد شرایط هر دو برنامه هستند. طرح ما شامل پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و پشتیبانی طولانی مدت، ارائه‌دهندگان سلامت رفتاری و سایر ارائه‌دهندگان است. همچنین ما هماهنگ‌کننده‌های مراقبت و تیم‌های مراقبتی‌ای داریم که به شما در مدیریت ارائه‌دهندگان و خدماتتان کمک می‌کنند. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را فراهم کنند.

Kaiser Permanente خدمات مراقبتی درمانی را مستقیماً از طریق برنامه مراقبت‌های پزشکی یکپارچه به اعضا ارائه می‌کند. Health Plan، Plan Hospitals و [The Permanente] [The Southern California] Medical Group [Permanente Medical Group («Medical Group»)] برای ارائه خدمات درمانی با کیفیت به اعضای ما با یکدیگر همکاری می‌کنند. برنامه مراقبت پزشکی ما دسترسی به تمام خدمات تحت پوششی را که ممکن است به آن نیاز داشته باشید، از جمله خدمات مراقبتی منظم نزد پزشک شخصی عضو طرح، خدمات مراقبتی در بیمارستان، خدمات آزمایشگاه و داروخانه، خدمات اورژانسی، مراقبت فوریتی و سایر مزایای توصیف‌شده در این کتابچه راهنمای اعضا برایتان فراهم می‌کند. علاوه بر این، برنامه‌های آموزش سلامت ما روش‌های فوق‌العاده‌ای را برای حفظ سلامت و بهبود آن ارائه می‌دهد.

B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal**B1. Medicare**

Medicare برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد زیر است:

- افراد 65 سال یا بیشتر،
- برخی از افراد زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و
- افراد مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی کلیه).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط این ایالت اداره می‌شود و هزینه آن توسط این ایالت و دولت فدرال پرداخت می‌شود. Medi-Cal به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه «خدمات و پشتیبانی بلندمدت» (LTSS) و هزینه‌های پزشکی را بپردازند. این برنامه خدمات اضافی و داروهای را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهد.

هر ایالت درباره موارد زیر تصمیم‌گیری می‌کند:

- چه چیزی درآمد و منابع مالی محسوب می‌شود،
- چه کسی واجد شرایط است،
- چه خدماتی پوشش داده می‌شود، و
- هزینه خدمات تحت پوشش چقدر است.

ایالت‌ها می‌توانند در صورت پیروی از قوانین فدرال درباره چگونگی اجرای برنامه‌های خود تصمیم بگیرند.

Medicare و ایالت کالیفرنیا طرح ما را تأیید کردند. در برنامه ما، شما تا زمانی خدمات Medicare و Medi-Cal را دریافت می‌کنید که:

- ما تصمیم به ارائه این طرح داشته باشیم، و
 - Medicare و ایالت کالیفرنیا به ما اجازه می‌دهند به ارائه این طرح ادامه دهیم.
- حتی اگر طرح ما در آینده فعالیت خود را متوقف کند، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد.

C. مزایای طرح ما

شما اکنون تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal خود را از طرح ما دریافت خواهید کرد، از جمله داروهای تجویزی. برای عضویت در این طرح سلامت هزینه اضافی پرداخت نمی‌کنید. ما کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal شما در کنار هم بهتر باشند و برای شما نیز مفیدتر باشند. برخی از نمونه‌های این مزایا عبارتند از:

- می‌توانید اغلب نیازهای خدمات درمانی خود را از ما دریافت کنید.
- شما یک تیم مراقبتی دارید که خودتان به تشکیل آن کمک می‌کنید. تیم مراقبت شما ممکن است شامل خودتان، مراقب شما، پزشکان، پرستاران، مشاوران یا دیگر متخصصان سلامت باشد.
- شما به یک هماهنگ‌کننده مراقبت دسترسی دارید. او شخصی است که برای کمک به ایجاد یک برنامه مراقبتی، با شما، با طرح ما و تیم مراقبت شما کار می‌کند.
- شما می‌توانید با کمک تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت خود، مراقبت‌های خود را هدایت کنید.
- تیم مراقبت و هماهنگ‌کننده مراقبت شما با شما همکاری می‌کنند تا یک برنامه مراقبتی طراحی شده برای برآوردن نیازهای سلامتی شما ایجاد کنند. تیم مراقبت به هماهنگ کردن خدمات مورد نیاز شما کمک می‌کند. برای مثال، این بدان معنی است که تیم مراقبت شما مطمئن می‌شود که:
- پزشکان شما در مورد تمام داروهایی که مصرف می‌کنید اطلاع دارند، تا بتوانند مطمئن شوند که داروهای مناسبی مصرف می‌کنید و می‌توانند عوارض جانبی داروها را کاهش دهند.
- نتایج آزمایش شما در صورت لزوم با همه پزشکانتان و سایر ارائه‌دهندگان به اشتراک گذاشته می‌شود.

اعضای جدید Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1: در بیشتر موارد پس از ارائه درخواستتان جهت ثبت‌نام در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، برای بهره‌مندی از مزایای Medicare خود در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** ما در اولین روز ماه ثبت‌نام خواهید شد. ممکن است باز هم به مدت یک ماه دیگر خدمات Medicare خود را از طرح سلامت قبلی **Medi-Cal** دریافت کنید. سپس، خدمات **Medi-Cal** را از طریق طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش **Medi-Cal** شما وجود نخواهد داشت. اگر هر سؤالی دارید، لطفاً با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711) تماس بگیرید. ساعات پاسخگویی 7 روز هفته از 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ است.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

D. منطقه خدماتی طرح ما

منطقه خدماتی ما برای این طرح شامل **کانتی اورنج** در کالیفرنیا است. همچنین منطقه خدماتی ما شامل موارد زیر است:

- **کانتی لس آنجلس**، به استثنای جزیره کاتالینا
- **کانتی ریورساید**، به استثنای کدهای پستی زیر: 92028، 92225-26، 92239، 92254، 92274، 92536، 92539، 92549 و 92561.
- **کانتی سن برناردینو**، به استثنای کدهای پستی زیر: 92242، 92252، 92256، 92267-68، 92277-78، 92280، 92284-86، 92301، 92304، 92309-12، 92323، 92327، 92332، 92338، 92342، 92347، 92356، 92363-66، 92368، 92398، 93516، 93555، 93562 و 93592.
- **کانتی سن دیگو**، به استثنای کدهای پستی زیر: 91905-06، 91934، 91948، 92004، 92036، 92066 و 92070.

تنها افرادی می‌توانند به طرح ما بپیوندند که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند.

اگر به خارج از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اثرات خروج از منطقه خدماتی ما، به فصل 10 این کتابچه راهنمای اعضا رجوع کنید.

E. چگونه صلاحیت عضویت در طرح را کسب می‌کنید

تا زمانی برای عضویت در طرح ما واجد شرایط هستید که:

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید (افراد زندانی حتی اگر از نظر فیزیکی در منطقه خدمات جغرافیایی باشند، در اینجا زندگی نمی‌کنند)، و
 - در زمان ثبت‌نام به **فصل** و بالاتر داشته باشید، و
 - بخش Medicare A و بخش Medicare B را داشته باشید، و
 - شهروند ایالات متحده باشید یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید و
 - در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید.
- اگر صلاحیت عضویت در Medi-Cal خود را از دست دهید اما می‌توان انتظار داشت که ظرف 4 ماه مجدداً صلاحیت لازم را بدست آورید، همچنان صلاحیت عضویت در طرح ما را دارید.
- برای اطلاع بیشتر، با بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

F. هنگامی که برای اولین بار به طرح سلامت ما ملحق می‌شوید چه انتظاری باید داشته باشید

هنگامی که برای اولین بار به طرح ما می‌پیوندید، ظرف 90 روز پیش از تاریخ ثبت‌نام اجرایی، یک نوبت «ارزیابی خطر سلامت (HRA، health risk assessment)» برای شما انجام می‌شود.

باید یک HRA برای شما تکمیل کنیم. این HRA مبنای توسعه برنامه درمانی شما است. HRA شامل پرسش‌هایی برای شناسایی نیازهای پزشکی، سلامت رفتاری و عملکردی شما می‌شود.

برای تکمیل HRA با شما تماس می‌گیریم. ما می‌توانیم HRA را با مراجعه حضوری، تماس تلفنی یا پست تکمیل کنیم.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

اطلاعات مذکور درباره این HRA برای شما ارسال خواهیم کرد.

در صورتی که طرح ما برای شما جدید است، اگر پزشکان فعلی تان در شبکه ما نیستند، می‌توانید همچنان برای مدتی معین از آن‌ها استفاده کنید. ما این مورد را «استمرار خدمات درمانی» می‌نامیم. اگر آن‌ها در شبکه ما نباشند، در صورتی که همه شرایط زیر رعایت شوند، می‌توانید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را در زمان ثبت‌نام تا حداکثر 12 ماه حفظ کنید:

- شما، نماینده یا ارائه‌دهنده شما از ما می‌خواهید که اجازه دهیم از ارائه‌دهنده فعلی خود استفاده کنید.
- ما ثابت می‌کنیم که شما به استثنای برخی موارد، با یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا تخصصی در ارتباط بوده‌اید. وقتی می‌گوییم «رابطه موجود»، به این معنی است که حداقل یک بار در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت‌نام اولیه خود در طرح ما، یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه را برای یک بازدید غیراضطراری دیدید.
 - ما با بررسی اطلاعات موجود درباره سلامتتان یا اطلاعاتی که به ما می‌دهید، رابطه موجود را تعیین می‌کنیم.
 - ما 30 روز برای پاسخ به درخواست شما فرصت داریم. می‌توانید از ما بخواهید که سریع‌تر تصمیم بگیریم و ما باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. اگر در خطر آسیب باشید، ما باید ظرف 3 روز پاسخ دهیم.
 - شما یا ارائه‌دهنده شما باید اسناد یک رابطه موجود را نشان دهید و هنگام ارائه درخواست با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) به مدت حداقل 90 روز ارائه دهید تا زمانی که ما کرایه تجهیزات جدید را مجاز کنیم و ارائه‌دهنده شبکه آن را تحویل دهد. اگرچه شما نمی‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل یا سایر ارائه‌دهندگان جانبی ارائه دهید، می‌توانید برای خدمات حمل‌ونقل یا سایر خدمات جانبی که در طرح ما گنجانده نشده‌اند درخواست دهید.

پس از پایان دوره استمرار خدمات درمانی، باید از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح Medicare Medi-Cal Plan ما استفاده کنید، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما توافق کنیم. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح سلامت کار می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات مراقبت، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.

اگر ارائه‌دهنده شما همکاری با ما را متوقف کند، ممکن است همچنان بتوانید از خدمات آن ارائه‌دهنده استفاده کنید. این نیز نمونه دیگری از استمرار خدمات درمانی است.

اگر گروهی از ارائه‌دهندگان برای شما تعیین شده که قراردادشان با ما خاتمه می‌یابد، حداقل 60 روز قبل از فسخ (یا در اسرع وقت) به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم. همچنین حداقل 60 روز قبل از فسخ قرارداد با بیمارستانی که در 15 مایلی محل زندگی شما قرار دارد، به شما اطلاعیه کتبی خواهیم داد. در شرایط خاص می‌توانید تا 12 ماه یا بیشتر همچنان به همان ارائه‌دهنده در گروه یا در بیمارستان مراجعه کنید.

علاوه بر معیارهای ذکر شده در بالا برای دریافت استمرار خدمات درمانی، موارد زیر باید درباره شما صدق کند:

- پوشش Medi-Cal شما در تاریخی که خدمات را دریافت می‌کنید، برقرار باشد
- ارائه‌دهنده با شرایط و ضوابط استاندارد قراردادی ما موافقت کند
- این خدمات از نظر پزشکی ضروری باشند و اگر این خدمات را از ارائه‌دهنده در شبکه دریافت می‌کردید، طبق این «کتابچه راهنمای اعضا» جزء خدمات تحت پوشش محسوب می‌گردید

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- در چارچوب زمانی لازم، برای استمرار خدمات درمانی درخواست بدهید:
 - اگر عضو جدید استمرار خدمات درمانی استاندارد هستید، ظرف 30 روز (یا در اسرع وقت) از تاریخ اجرای پوشش خود. درباره درخواست‌های دریافتی خارج از 30 روز، جداگانه تصمیم‌گیری خواهد شد.
 - ظرف 30 روز از تاریخی که ارائه‌دهنده از شبکه ارائه‌دهندگان Medi-Cal ما خارج شود. درباره درخواست‌های دریافتی خارج از 30 روز، جداگانه تصمیم‌گیری خواهد شد.
 - طبق اسناد، کیفیت درمان ارائه‌دهنده خارج از شبکه، جزء نگرانی‌های Kaiser Permanente نیست اگر یکی از موارد زیر صدق کند، استمرار خدمات درمانی از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را پوشش نمی‌دهیم:
 - خدمات تحت پوشش Medicare Medi-Cal Plan ما نباشند
 - ارائه‌دهنده خارج از شبکه شما نخواهد با ما کار کند. باید ارائه‌دهنده‌ای جدید پیدا کنید
- همه خدمات تحت استمرار خدمات درمانی، واجد شرایط پوشش نیستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره استمرار خدمات درمانی یا درخواست خدمات یا نسخه‌ای از خطمشی «انجام خدمات تحت پوشش» ما، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.
- به فصل 3 از این کتابچه راهنمای اعضا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراقبت مراجعه کنید.

G. تیم مراقبت و طرح مراقبت شما

G1. تیم مراقبت

تیم مراقبت‌تان به شما کمک می‌کند درمان مورد نیاز خود را دریافت کنید. یک تیم مراقبتی شامل پزشک، هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی یا فرد دیگری است که انتخاب می‌کنید به سلامت شما کمک کند.

هماهنگ‌کننده مراقبت، فردی است که برای کمک به مدیریت درمانی که نیاز دارید آموزش دیده است. با ثبت نام در طرح ما، یک هماهنگ‌کننده مراقبت خواهید داشت. این شخص همچنین شما را به سایر منابع اجتماعی ارجاع می‌دهد که ممکن است طرح ما آن‌ها را ارائه نکند و برای هماهنگی مراقبت از شما با تیم مراقبت‌تان همکاری خواهد کرد. برای اطلاعات بیشتر درباره مسئول هماهنگی درمان و تیم مراقبت‌تان، با شماره‌های پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبت

تیم مراقبت شما برای ایجاد یک طرح مراقبتی با شما همکاری می‌کند. یک طرح مراقبتی به شما و پزشکانتان می‌گوید به چه خدماتی نیاز دارید و چگونه می‌توانید آن‌ها را دریافت کنید. این مورد شامل خدمات پزشکی، سلامت رفتاری و LTSS یا سایر خدمات شما می‌شود.

طرح مراقبت شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت از سلامت شما و
 - جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیازتان.
- تیم مراقبت‌تان پس از HRA با شما ملاقات می‌کند. آن‌ها از شما درباره خدماتی که نیاز دارید می‌پرسند. آن‌ها همچنین خدماتی را مطرح می‌کنند که ممکن است بخواهید در مورد دریافت آن‌ها فکر کنید. طرح مراقبت شما بر اساس نیازها و اهدافتان ایجاد می‌شود. تیم مراقبت شما حداقل هر سال با شما همکاری می‌کند تا طرح مراقبت شما به‌روز شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

H. هزینه‌های ماهانه شما برای عضویت در طرح Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP) ما

طرح ما حق بیمه ندارد.

A. کتابچه راهنمای اعضای شما

این کتابچه راهنمای اعضا بخشی از قرارداد ما با شما است. این بدان معناست که ما باید تمام قوانین این سند را رعایت کنیم. اگر فکر می‌کنید ما کاری انجام داده‌ایم که مغایر با این قوانین است، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 تماس بگیرید.

می‌توانید از ما بخواهید یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضا از طریق تماس با مرکز «ارائه خدمات به اعضا» از طریق شماره‌های انتهای صفحه برای شما ارسال شود. می‌توانید کتابچه راهنما را از طریق وبسایت ما به نشانی که در پایین صفحه موجود است دانلود یا به آن مراجعه کنید.

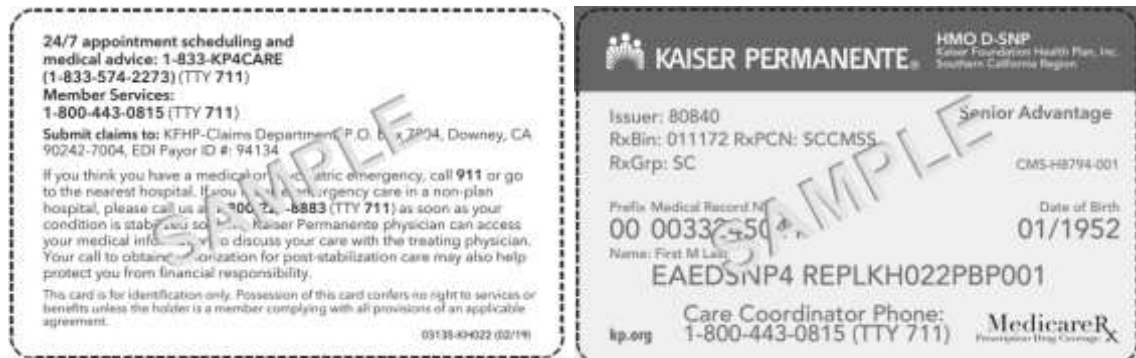
این قرارداد از 1 ژانویه 2024 تا 31 دسامبر 2024 برای ماه‌هایی که در طرح ما ثبت‌نام شدید، قابل اجرا خواهد بود.

J. سایر اطلاعات مهم دیگری که از ما دریافت می‌کنید

سایر اطلاعات مهمی که به شما ارائه می‌دهیم شامل کارت شناسایی عضویتتان، اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش و اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست داروهای تحت پوشش، که دارونامه نیز نامیده می‌شود، است.

J1. کارت شناسایی عضویت شما

بر اساس طرح ما، برای خدمات Medicare و Medi-Cal خود، از جمله LTSS، برخی از خدمات سلامت رفتاری و نسخه‌ها، فقط یک دفترچه در اختیار خواهید داشت. وقتی می‌خواهید نسخه یا خدماتی دریافت کنید، این کارت را نشان می‌دهید. این یک نمونه کارت شناسایی عضویت است:



اگر کارت عضویت شما آسیب دید، گم یا دزدیده شد، سریعاً از طریق شماره موجود در پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. کارت جدیدی را برایتان ارسال خواهیم کرد.

مادامی که عضو طرح ما باشید، لازم نیست برای دریافت بیشتر خدمات از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود استفاده کنید. آن کارت‌ها را برای نیازهای بعدی خود در مکانی امن نگه دارید. اگر به جای «کارت شناسایی عضویت» کارت Medicare خود را نشان دهید، ممکن است ارائه‌دهنده صورتحساب را به جای طرح ما برای Medicare صادر کند و ممکن است شما هم صورتحسابی دریافت کنید. برای اطلاع از اینکه در صورت دریافت صورتحساب از ارائه‌دهنده چه کاری باید انجام دهید، به **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

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

- خدمات تخصصی سلامت روان که از طرح سلامت روان (MHP) کانتی خود دریافت می‌کنید.
- خدمات Medi-Cal Rx
- خدمات پشتیبانی در منزل
- خدمات 1915(c) معافیت مبتنی بر منزل و جامعه
- خدمات دندانپزشکی Medi-Cal

2. فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش

فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های حاضر در شبکه طرح ما را فهرست می‌کند. وقتی عضوی از طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

می‌توانید به وسیله تماس با «خدمات اعضا» از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه نیز از ما بخواهید یک نسخه از **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** (به صورت الکترونیکی یا چاپی) را برای شما ارسال کنیم. همچنین می‌توانید با مراجعه به **فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌های تحت پوشش** را در kp.org/directory مشاهده کنید. درخواست‌های نسخه چاپی فهرست‌های ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش، ظرف سه روز کاری برای شما پست خواهند شد.

فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش، ارائه‌دهندگان شبکه ما و تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام را معرفی می‌کند. همه ارائه‌دهندگان شبکه ما هم Medicare و هم Medicaid را می‌پذیرند، مگر اینکه غیر از آن عنوان شود. در صورتی که به خدماتی نیاز داشته باشید که تحت پوشش طرح ما نباشد و تحت پوشش Medi-Cal باشد، ممکن است شما را به سازمان ایالتی Medi-Cal ارجاع دهیم تا ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه را پیدا کنید که بتواند مراقبت‌های تحت پوشش Medi-Cal شما را ارائه دهد.

تعریف ارائه‌دهندگان داخل شبکه

- «ارائه‌دهندگان شبکه» ما شامل افراد زیر هستند:
 - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که می‌توانید به عنوان عضوی از طرح ما از تخصص آن‌ها استفاده کنید؛
 - کلینیک‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر مکان‌هایی که خدمات سلامت را در برنامه ما ارائه می‌دهند؛ و
 - LTSS، خدمات سلامت رفتاری، سازمان‌های مراقبت از سلامت در منزل، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و سایر افرادی که کالاها و خدماتی را که شما از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید ارائه می‌دهند.
- ارائه‌دهندگان شبکه موافقت می‌کنند که پرداخت از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

تعریف داروخانه‌های داخل شبکه

- داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند نسخه‌های اعضای طرح ما را تحویل دهند. می‌توانید برای یافتن داروخانه‌هایی از شبکه ما که قصد مراجعه به آن‌ها را دارید از **فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها** استفاده کنید.
 - به جز در مواقع اضطراری، اگر می‌خواهید که طرح ما به شما کمک کند هزینه دارو را بپردازید، باید نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما ارائه کنید.
- برای اطلاعات بیشتر، از طریق شماره‌های پایین صفحه با مرکز ارائه خدمات به اعضا تماس بگیرید. هم «خدمات اعضا» و هم وبسایت ما می‌توانند به‌روزترین اطلاعات درباره تغییرات ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های داخل شبکه را در اختیار شما قرار دهند.

J3. فهرست داروهای تحت پوشش

این طرح دارای **فهرست داروهای تحت پوشش** است. که ما آن را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم. همچنین به شما می‌گوید کدام یک از انواع داروهای تجویزی تحت پوشش طرح ما هستند.

همچنین فهرست دارو به شما می‌گوید که آیا قوانین یا محدودیت‌هایی مانند محدودیت در مقداری که می‌توانید دریافت کنید برای هیچ دارویی وجود دارد یا خیر. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این **کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

هر سال اطلاعاتی درباره نحوه دسترسی به فهرست داروها را برای شما ارسال می‌کنیم، اما ممکن است تغییراتی در طول سال رخ دهد. برای کسب به‌روزترین اطلاعات درباره داروهای تحت پوشش، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا از وبسایت ما به نشانی kp.org/seniorrx بازدید کنید.

J4. توضیح مزایا

هنگامی که از مزایای داروهای تجویزی بخش Medicare D خود استفاده کنید، خلاصه‌ای را برای کمک به شما ارسال می‌کنیم تا از پرداخت‌های مربوط به داروهای تجویزی بخش Medicare D خود آگاه شوید و آن‌ها را پیگیری کنید. این خلاصه **توضیح مزایا (EOB)** نامیده می‌شود.

EOB شما را از کل مبلغی که شما، یا دیگران از طرفتان، برای داروهای تجویزی بخش Medicare D پرداخت کرده‌اید و کل مبلغی که ما برای هر یک از داروهای تجویزی بخش Medicare D در طول ماه پرداخت کرده‌ایم آگاه می‌کند. این EOB یک صورتحساب نیست. EOB اطلاعات بیشتری درباره داروهای مصرفی شما در اختیارتان قرار می‌دهد، مانند افزایش قیمت آن‌ها و سایر داروهایی که ممکن است با هزینه کمتر در دسترس باشند.

می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با ارائه‌دهنده خدمات خود مشورت کنید. **فصل 6** از این **کتابچه راهنمای اعضا** اطلاعات بیشتری در خصوص EOB و اینکه چطور می‌تواند به شما در پیگیری پوشش بیمه دارویی‌تان کمک کند، ارائه می‌دهد.

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

همچنین می‌توانید گزارش **EOB بخش D** خود را به جای پست به‌صورت آنلاین دریافت کنید. لطفاً از kp.org/goinggreen بازدید کنید و برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتخاب مشاهده امن **EOB بخش D** به‌صورت آنلاین، در سایت ثبت‌نام کنید.

K. به روز نگاه داشتن سوابق عضویتان

شما می‌توانید با اطلاع‌رسانی درباره تغییر اطلاعاتتان، اسناد عضویت خود را به روز نگه دارید.

ما برای اطمینان از اینکه اطلاعات صحیح شما را در سوابق خود داریم، به این اطلاعات نیاز داریم. ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما نیز به اطلاعات صحیحی درباره شما نیاز دارند. آن‌ها برای اینکه بدانند چه خدمات و داروهای دریافت می‌کنید و چقدر هزینه می‌کنید، از سابقه عضویتان استفاده می‌کنند.

فوراً در مورد مسائل زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات نام، نشانی یا شماره تلفن شما؛
 - تغییرات در هر یک از پوشش‌های دیگر بیمه سلامت، مانند کارفرمای شما، همسر یا شریک خانگی‌تان، یا غرامت کارگران؛
 - درباره هرگونه دعوی مسئولیت، مانند دعاوی تصادف خودرو؛
 - پذیرش در مرکز آسایشگاهی یا بیمارستان؛
 - دریافت مراقبت از سوی بیمارستان یا بخش اورژانس.
 - تغییرات مراقب شما (یا هر کسی که مسئول شما است)؛ و،
 - اگر در یک مطالعه پژوهش بالینی شرکت می‌کنید. (توجه: لازم نیست در مورد مطالعه تحقیقاتی بالینی‌ای که در آن هستید یا بخشی از آن هستید به ما بگویید، اما شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)
- در صورت تغییر هر یک از اطلاعات، از طریق شماره‌های موجود در پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

K1. حفاظت از اطلاعات مربوط به سلامت شخصی (PHI)

اطلاعات موجود در اسناد عضویت شما ممکن است شامل «اطلاعات مربوط به سلامت شخصی (personal health information، PHI)» باشد. قوانین فدرال و ایالتی ایجاب می‌کند که PHI شما را خصوصی نگه داریم. ما از PHI شما محافظت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم، به فصل 8 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس برای دریافت منابع مهمی را در اختیار شما قرار می‌دهد که می‌توانند به شما در پاسخ به سؤالات خود در مورد طرح ما و مزایای مراقبت از سلامت شما کمک کند. شما همچنین می‌توانید از این فصل برای دریافت اطلاعات در مورد نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود و افراد دیگری که به جای خودتان از شما حمایت می‌کنند استفاده کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 2

- A. خدمات اعضا..... 13
- تصمیمات مربوط به پوشش، درخواست تجدیدنظر و شکایات مربوط به مراقبت پزشکی..... 14
- تصمیمات مربوط به پوشش برای داروهای تجویزی «بخش D»..... 15
- درخواست تجدیدنظر برای داروهای تجویزی «بخش D»..... 17
- شکایات در خصوص داروهای تجویزی «بخش D»..... 18
- درخواست‌های پرداخت..... 19
- B. مسئول هماهنگی مراقبت شما..... 20
- C. برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP)..... 22
- D. خط تماس مشاوره پرستاری..... 23
- E. سازمان بهبود کیفیت (QIO)..... 23
- F. Medicare..... 25
- G. Medi-Cal..... 26
- H. مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و اداره سلامت روان Ombudsman..... 27
- I. خدمات اجتماعی بخش..... 28
- J. County Specialty Mental Health Plan..... 30
- K. اداره مراقبت بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا..... 32
- L. برنامه‌هایی برای کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای تجویزی‌شان..... 32
- L1. مساعده بیشتر..... 32
- L2. برنامه کمک دارویی (ADAP) AIDS..... 33

- M. تأمین اجتماعی 34
- N. هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB) 34
- O. سایر منابع 35
- P. برنامه Medi-Cal Dental 35

A. خدمات اعضا

تماس	1-800-443-0815 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.
مکاتبه	دفتر «خدمات اعضای» محلی شما (برای اطلاع از مکان‌ها فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را مشاهده کنید).
وبسایت	kp.org

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- پرسش‌هایی درباره طرح.
- پرسش‌هایی درباره دعاوی یا صدور صورتحساب.

تصمیمات مربوط به پوشش، درخواست تجدیدنظر و شکایات مربوط به مراقبت پزشکی

<p>1-800-443-0815</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم. اگر تصمیم درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما به‌گونه‌ای است که طبق توضیحات فصل 9 واجد شرایط تصمیم سریع است، 8:30 ق.ظ تا 5 ب.ظ روزهای دوشنبه تا شنبه از طریق شماره 1-888-987-7247 با «واحد بازبینی فوری» تماس بگیرید.</p>	تماس
<p>711</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.</p>	TTY
<p>اگر تعیین پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، درخواست خود را به «واحد بازبینی فوری» به شماره 1-888-987-2252 فکس کنید.</p>	فکس
<p>برای تصمیم درباره پوشش استاندارد یا شکایت، با دفتر «خدمات اعضا» محلی خود مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکان، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید). برای درخواست تجدیدنظر استاندارد به آدرسی مکاتبه کنید که روی ابلاغیه رد درخواست ارسال‌شده از طرف ما قید شده است. اگر درخواست تعیین پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، با آدرس زیر مکاتبه کنید:</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>	مکاتبه
<p>می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به‌طور مستقیم به Medicare تسلیم کنید. برای ثبت شکایت آنلاین نزد Medicare، به آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بروید:</p>	وبسایت

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با شماره‌های بالا تماس بگیرید:

- تصمیمات مربوط به پوشش مراقبت از شما.
- تصمیم مربوط به پوشش خدمات درمانی شما، تصمیمی است درباره:
 - مزایا و خدمات تحت پوشش شما یا
 - مبلغی که ما برای خدمات سلامت شما می‌پردازیم.
- در صورتی که سؤالی درباره تصمیمات پوششی درباره مراقبت از سلامت خود دارید با ما تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات مربوط به پوشش، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر درباره خدمات مراقبت از شما.

- درخواست تجدیدنظر روشی رسمی است که زمانی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، یا با تصمیم ما مخالف هستید با این روش از ما می‌خواهید تصمیمی را که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم بررسی کنیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- شکایات درباره خدمات مراقبت از سلامت شما.
- شما می‌توانید شکایتی نسبت به ما یا یکی از ارائه‌دهندگان (شامل ارائه‌دهندگان خارج از شبکه یا داخل شبکه) تنظیم کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح سلامت ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید شکایت خود را درباره کیفیت مراقبت دریافتی‌تان با ما یا «سازمان بهبود کیفیت» (QIO) در میان بگذارید (به **بخش F** مراجعه کنید).
- از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ، 7 روز هفته از طریق شماره **1-800-443-0815** (کاربران TTY با **711** تماس بگیرید)، با ما تماس بگیرید و درباره شکایت خود توضیح دهید.
- اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوششی در مورد مراقبت از سلامتتان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).
- می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** برای درخواست کمک تماس بگیرید.
- می‌توانید از طریق تماس با شماره **1-888-804-3536** از طرح ما به «برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds» شکایت کنید. دوشنبه تا جمعه، 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ، غیر از تعطیلات ایالتی.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ثبت شکایت از طرح درمانی خود، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

تصمیمات مربوط به پوشش برای داروهای تجویزی «بخش D»

تماس	1-877-645-1282 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.
فکس	1-844-403-1028
مکاتبه	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 مأموریت، KS 66201
وبسایت	kp.org

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با شماره‌های بالا تماس بگیرید:

- تصمیمات پوششی درباره داروهای شما.
- تصمیم پوششی درباره داروهای شما تصمیمی است درباره:
 - مزایا و داروهای تحت پوشش شما یا
 - مبلغی که ما برای داروهای شما می‌پردازیم.
- داروهایی که تحت پوشش Medicare نیستند، مانند داروهای بدون نسخه (OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وبسایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) دیدن کنید. همچنین می‌توانید از طریق شماره **1-800-977-2273** (TTY 711) با «مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx» تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیمات پوششی مربوط به داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

درخواست تجدیدنظر برای داروهای تجویزی «بخش D»

تماس	1-866-206-2973 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8:30 ق.ظ تا 5 ب.ظ ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ
فکس	1-866-206-2974
مکاتبه	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	kp.org

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با شماره‌های بالا تماس بگیرید:

- تجدیدنظر درباره داروهای شما.
- درخواست تجدیدنظر راهی است برای اینکه از ما بخواهید تا تصمیم درباره پوشش را تغییر دهیم.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر درباره داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

شکایات در خصوص داروهای تجویزی «بخش D»

تماس	<p>1-800-443-0815</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.</p> <p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، از ساعت 8:30 ق.ظ تا 5 ب.ظ دوشنبه تا جمعه، از طریق شماره 1-866-206-2973 با «واحد بخش D» تماس بگیرید. برای اطلاع درباره اینکه آیا مسئله شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است یا خیر، فصل 9 را ببینید.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>
TTY	<p>711</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب</p>
فکس	<p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، درخواست خود را به «واحد بخش D» ما به شماره 1-866-206-2974 فکس کنید.</p>
مکاتبه	<p>برای شکایت استاندارد، با دفتر «خدمات اعضا» در محلی‌تان مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکان‌ها فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را مشاهده کنید).</p> <p>اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، با آدرس زیر مکاتبه کنید:</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>
وبسایت	<p>می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به‌طور مستقیم به Medicare تسلیم کنید. برای ثبت شکایت آنلاین نزد Medicare، به آدرس www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx بروید:</p>

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با شماره‌های بالا تماس بگیرید:

- شکایت درباره داروهای شما.
- شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شکایات به داروهای تجویزی شما مربوط می‌شود.
- اگر شکایت شما در مورد یک تصمیم پوششی در مورد داروهای تجویزی‌تان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. (رجوع شود به بخش بالا).

می‌توانید شکایت مربوط به طرح ما را به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در آدرس **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx** استفاده کنید. یا می‌توانید با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** برای درخواست کمک تماس بگیرید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تنظیم شکایت درباره داروهای تجویزی‌تان، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

درخواست‌های پرداخت

<p>1-800-443-0815</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.</p> <p>توجه: اگر درخواستی برای پرداخت داروی بخش D دارید که توسط یکی از ارائه‌دهندگان شبکه تجویز و از یک داروخانه شبکه تهیه شده است، با «واحد بخش D» ما به شماره 1-866-206-2973 تماس بگیرید. 8:30 ق.ظ تا 5 ب.ظ، دوشنبه تا جمعه.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>	تماس
<p>711</p> <p>این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.</p>	TTY
<p>برای medical care نامه بدهید به:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 CA 90242-7004، Downey</p> <p>برای داروهای بخش D:</p> <p>اگر درخواست پرداخت برای داروی بخش D دارید که توسط یکی از ارائه‌دهندگان شبکه تجویز و تهیه شده است، می‌توانید درخواست خود را به 1-866-206-2974 فکس کنید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید.</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>	مکاتبه
<p>kp.org</p>	وبسایت

جهت دریافت راهنمایی در مورد مسائل زیر، با شماره‌های بالا تماس بگیرید:

- پرداخت برای مراقبت از سلامت یا داروهایی که قبلاً هزینه آن را پرداخت کرده‌اید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به **فصل 7** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

اگر از ما بخواهید که صورتحسابی را پرداخت کنیم و ما هر قسمتی از درخواست شما را رد کردیم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. مسئول هماهنگی مراقبت شما

ما برای کمک به شما در هماهنگی نیازهای درمانی‌تان بدون هیچ هزینه‌ای برای شما خدماتی ارائه می‌دهیم. ما برای اطمینان از اینکه همه خدمات تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare را که ضرورت پزشکی دارند دریافت می‌کنید، حتی اگر این خدمات توسط برنامه دیگری پوشش داده می‌شوند نه طرح ما، با سایر برنامه‌ها هماهنگی انجام می‌دهیم.

تماس	1-800-443-0815 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.
مکاتبه	دفتر «خدمات اعضای» محلی شما (برای اطلاع از مکان‌ها فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را مشاهده کنید).
وبسایت	kp.org

برای دریافت کمک در مورد مسائل زیر، با مسئول هماهنگی مراقبت خود تماس بگیرید:

- سوالاتی در مورد خدمات درمانی شما.
- سوالاتی در مورد دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد).
- پرسش‌هایی درباره مزایای دندانپزشکی.
- پرسش‌هایی درباره حمل‌ونقل به قرارهای پزشکی.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) شامل خدمات اجتماعی بزرگسالان (CBAS) و مراکز آسایشگاهی (NF) می‌شوند

گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های روزانه مربوط به سلامت و نیازهای زندگی خود کمک بگیرید. ما برای اعضای که واجد شرایط هستند، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت ارائه‌شده را در انواع مراکز یا خانه‌های مراقبت بلندمدت زیر پوشش می‌دهیم:

- مراکز آسایشگاهی حرفه‌ای
- مراکز مراقبت شبه حاد
- مراکز مراقبتی سطح متوسط، از جمله:
- مراکز مراقبتی سطح متوسط/افراد مبتلا به معلولیت رشدی («ICF/DD»)
- مراکز مراقبتی سطح متوسط/توان‌بخشی افراد مبتلا به معلولیت رشدی («ICF/DD-H»)
- مراکز مراقبتی سطح متوسط/پرستاری از افراد مبتلا به معلولیت رشدی («ICF/DD»)

اگر واجد شرایط دریافت خدمات مراقبت طولانی‌مدت هستید، اطمینان حاصل خواهیم کرد که به یک مرکز یا خانه مراقبت از سلامت فرستاده می‌شوید که مطابق با نیازهای پزشکی‌تان، مناسب‌ترین سطح مراقبت را ارائه دهد.

ممکن است بتوانید این خدمات را نیز دریافت کنید:

- خدمات انجمن برای افراد بالغ
- خدمات پشتیبانی در منزل از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی شما

C. برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP)

برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به افراد دارای Medicare درباره بیمه سلامت مشاوره رایگان می‌دهد. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند بفهمید برای مدیریت مشکلاتتان باید چه کاری انجام دهید. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات رایگان است.

HICAP ارتباطی با هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ندارد.

تماس	1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه، 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ
TTY	711
مکاتبه	دفتر HICAP برای کانتی شما.
وبسایت	/https://www.aging.ca.gov/HICAP

برای دریافت کمک در مورد مسائل زیر، با HICAP تماس بگیرید:

- پرسش‌هایی درباره طرح ما یا Medicare.
- مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما درباره تغییر به یک طرح جدید پاسخ دهند و به شما کمک کنند:
- درک حقوق خود،
- درک انتخاب‌های طرح خود،
- شکایت در مورد مراقبت از سلامت یا درمان خود، و
- رفع مشکلات صورتحساب‌های شما.

D. خط تماس مشاوره پرستاری

می‌دانیم گاهی اوقات تشخیص اینکه به چه نوع مراقبتی نیاز دارید دشوار است.

گاهی اوقات تشخیص اینکه به چه نوع مراقبتی نیاز دارید دشوار است. کارشناسان معتبری در حوزه خدمات درمانی داریم که 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته برای کمک به شما از طریق تلفن آماده هستند. می‌توانید:

- با متخصص خدمات درمانی گفتگو کنید که به تمامی سوالات شما پاسخ می‌دهد، در مورد مراقبت و درمان مشاوره می‌دهد و به شما کمک می‌کند که تشخیص دهید آیا باید سریعاً به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه کنید یا خیر.
- در رابطه با بیماری‌هایی از قبیل دیابت یا آسم کمک بگیرید، مانند مشاوره درباره اینکه چه نوع ارائه‌دهنده‌ای مناسب مشکل شما است.
- در مواقعی که مراکز طرح تعطیل هستند یا خارج از منطقه خدماتی ما هستید و به مراقبت نیاز دارید باید چکار کنید.

هنگامی که تماس می‌گیرید، ممکن است فردی آموزش‌دیده سوالاتی از شما بپرسد تا تعیین کند با چه کسی باید صحبت کنید.

تماس	1-833-574-2273
	تماس با این شماره رایگان است. پاسخگویی به‌صورت شبانه‌روزی و هفت روز هفته انجام می‌شود. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.
TTY	711
	این تماس رایگان است.

E. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما دارای سازمانی به نام Livanta است. این سازمان متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصین حرفه‌ای مراقبت سلامت است که به بهبود کیفیت مراقبت از افراد دارای Medicare کمک می‌کند. Livanta با طرح ما ارتباطی ندارد.

تماس	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668
	این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.
مکاتبه	Livanta LLC BFCC-QIO Guilford Road, Suite 202 10820 Annapolis Junction, MD 20701-1105
وبسایت	www.livantaqio.com

اگر پرستاری دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

برای دریافت کمک در مورد مسائل زیر، با Livanta تماس بگیرید:

- پرسش‌هایی درباره حقوق شما در رابطه با مراقبت از سلامت.
- شما می‌توانید در مورد مراقبت دریافتی‌تان شکایت کنید، در صورتی‌که:
- مشکلاتی با کیفیت مراقبت دارید،
- به نظر شما پوشش بستری شما در بیمارستان خیلی زود به پایان می‌رسد، یا
- به نظر شما خدمات پوشش مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی یا «مؤسسات توانبخشی سرپایی جامع (CORF، comprehensive outpatient rehabilitation facility)» خیلی زود به پایان می‌رسد.

F Medicare

Medicare برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال دچار معلولیت و افراد دچار بیماری کلیوی مرحله پیشرفته (نارسایی دائمی کلیه که نیازمند دیالیز یا پیوند کلیه است) است. مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS سازمان فدرال مسئول Medicare هستند.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>تماس با این شماره رایگان است، پاسخگویی به صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته انجام می‌شود.</p>	<p>تماس</p>
<p>1-877-486-2048 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.</p>	<p>TTY</p>
<p>medicare.gov</p> <p>این وبسایت رسمی Medicare است. اطلاعاتی به‌روز درباره Medicare به شما می‌دهد. همچنین دارای اطلاعاتی درباره بیمارستان‌ها، مراکز آسایشگاهی، پزشکان، سازمان‌های مراقبت از سلامت در منزل، مراکز دیالیز، مراکز توان‌بخشی بستری و آسایشگاه‌ها است. شامل وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید نیز می‌شود. همچنین دارای اسنادی است که می‌توانید آن‌ها را به‌وسیله رایانه خود چاپ بگیرید.</p> <p>اگر رایانه ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان می‌توانند با استفاده از رایانه خود به شما در بازدید از این وبسایت کمک کنند. یا می‌توانید از طریق شماره بالا با Medicare تماس بگیرید و بگویید که در جست‌وجوی چه اطلاعاتی هستید. این اطلاعات را از وبسایت پیدا کرده و با خود مرور کنید.</p>	<p>وبسایت</p>

Medi-Cal .G

Medi-Cal برنامه Medicaid کالیفرنیا است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت از سلامت مورد نیاز برای افراد کم‌درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، فرد سالمند، فرد مبتلا به معلولیت، کودک و جوان تحت سرپرستی و زنان باردار، را ارائه می‌دهد. هزینه‌های Medi-Cal به‌وسیله بودجه ایالتی و دولت فدرال تأمین می‌شود.

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

شما در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام شده‌اید. اگر درباره مزایای Medi-Cal خود پرسشی دارید، با هماهنگ‌کننده مراقبت طرح خود تماس بگیرید. اگر درباره ثبت‌نام در طرح Medi-Cal پرسشی دارید، با Health Care Options تماس بگیرید.

<p>1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه، 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ</p>	<p>تماس</p>
<p>1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.</p>	<p>TTY</p>
<p>CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>/www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</p>	<p>وبسایت</p>

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

H. مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal و اداره سلامت روان Ombudsman

دفتر بازرس رسیدگی به شکایات به‌عنوان مدافعی از طرف شما کار می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهند و می‌توانند به شما کمک کنند تا بدانید باید چه بکنید. همچنین «دفتر بازرس رسیدگی به شکایات» در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صدور صورتحساب به شما کمک می‌کند. آن‌ها با ما یا هر شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری در ارتباط نیستند. این خدمات رایگان است.

تماس	1-888-452-8609 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ
TTY	711 این تماس رایگان است.
مکاتبه	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman Capitol Mall MS 4412 1501 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx

۱. خدمات اجتماعی بخش

اگر در مورد مزایای پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal به کمک نیاز دارید، با آژانس خدمات اجتماعی بخش خود تماس بگیرید.

با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید تا برای خدمات پشتیبانی در منزل درخواست دهید، این سازمان به پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده به شما کمک می‌کند تا بتوانید با خیال راحت در منزل خودتان بمانید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک به تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، خرید لباسشویی یا حمل‌ونقل شود. جهت هرگونه پرسش درباره واجد شرایط بودن در Medi-Cal، با سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود تماس بگیرید.

اداره خدمات اجتماعی عمومی کانتی لس آنجلس

تماس	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، ساعت 7:30 ق.ظ تا 7:30 ب.ظ. شنبه از ساعت 8 ق.ظ تا 4:30 ب.ظ. غیر از تعطیلات
TTY	711
مکاتبه	نزدیکترین دفتر منطقه را برای درخواست دادن جستجو کنید.
وبسایت	https://dps.lacounty.gov/en.html

اورنج کانتی سازمان خدمات اجتماعی

تماس	1-855-541-5411 این تماس رایگان است. به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته
TTY	711
مکاتبه	جستجوی نزدیکترین دفتر
وبسایت	https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links ssa.ocgov.com

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

اداره خدمات اجتماعی عمومی کانتی ریورساید

تماس	1-877-410-8827 این تماس رایگان است.
TTY	711
مکاتبه	County Cir Dr 4060 Riverside, CA 92503
وبسایت	/https://rivcodpss.org

خدمات سالمندان و بزرگسالان کانتی سن برناردینو

تماس	1-909-891-3900
TTY	711
مکاتبه	E. Hospitality Lane 784 San Bernardino, CA 92415
وبسایت	https://dpss.lacounty.gov/en.html

اداره خدمات انسانی و بهداشت کانتی سن‌دیگو

تماس	1-866-262-9881 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 7 ق.ظ تا 5 ب.ظ
TTY	711
مکاتبه	جستجوی نزدیکترین دفتر منطقه.
وبسایت	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

J County Specialty Mental Health Plan

اگر معیارهای دسترسی را داشته باشید، خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان کانتی (MHP) در دسترس شما است.

اداره سلامت روان کانتی لس آنجلس

<p>1-800 854-7771</p> <p>این تماس رایگان است.</p> <p>تماس با این شماره رایگان است، پاسخگویی به صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته انجام می‌شود. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>	<p>تماس</p>
<p>711 این تماس رایگان است</p>	<p>TTY</p>

خدمات سلامت روان و بازیابی اورنج کانتی

<p>1-855 625-4657</p> <p>این تماس رایگان است.</p> <p>به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>	<p>تماس</p>
<p>711 این تماس رایگان است</p>	<p>TTY</p>

اداره سلامت روان کانتی ریورساید

<p>1-800-706-7500</p> <p>این تماس رایگان است.</p> <p>به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته.</p> <p>ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>	<p>تماس</p>
<p>711 این تماس رایگان است</p>	<p>TTY</p>

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

اداره سلامت رفتاری کانتی سن برناردینو

تماس	<p>1-888 743-1478</p> <p>این تماس رایگان است. به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>
TTY	<p>711</p> <p>این تماس رایگان است.</p>

اداره خدمات سلامت رفتاری کانتی سن دیگو

تماس	<p>1-888-724-7240</p> <p>این تماس رایگان است. به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات رایگان مترجم شفاهی داریم.</p>
TTY	<p>711</p> <p>این تماس رایگان است.</p>

برای کمک در مورد مسائل زیر، با طرح سلامت روان تخصصی کانتی تماس بگیرید:

- پرسش‌هایی درباره خدمات خاص سلامت روان ارائه‌شده توسط کانتی.

K. اداره مراقبت بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا (DMHC) مسئول تنظیم طرح‌های سلامت است. «مرکز راهنمای DMHC» می‌تواند به شما در درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند.

تماس	1-888-466-2219 ساعت کاری نمایندگان DMHC روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ است.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care Ninth Street, Suite 500 980 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

L. برنامه‌هایی برای کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای تجویزی‌شان

وبسایت Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-) Medicare.gov **prescription-costs** اطلاعاتی در زمینه نحوه کاهش هزینه‌های داروهای تجویزی در اختیار شما قرار می‌دهد. برای کمک به افراد با درآمد محدود، برنامه‌های دیگری نیز وجود دارد که در زیر توضیح داده شده است.

L1. مساعده بیشتر

به‌دلیل اینکه که شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای پرداخت هزینه‌های طرح داروهای تجویزی خود، واجد شرایط دریافت «مساعده بیشتر» از Medicare هستید و آن را دریافت می‌کنید. برای دریافت این «مساعده بیشتر» لازم نیست کاری انجام دهید.

تماس	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس با این شماره رایگان است، پاسخگویی به‌صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته انجام می‌شود.
TTY	1-877-486-2048 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.
وبسایت	www.medicare.gov

اگر فکر می‌کنید هنگام دریافت نسخه خود در داروخانه، مبلغ سهم هزینه نادرستی را پرداخت می‌کنید، طرح ما برای شما فرآیندی دارد تا برای دستیابی به مدرکی مبنی بر سطح پرداخت مشترک صحیح خود درخواست کمک کنید یا اگر از قبل مدرکی دارید، آن را به ما ارائه دهید.

اگر نمی‌دانید چه مدرکی را باید به ما ارائه دهید، لطفاً با یک داروخانه داخل شبکه یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. مدرک اغلب نامه‌ای است از طرف Medicaid ایالتی یا اداره تأمین اجتماعی که تأیید می‌کند شما واجد شرایط دریافت «مساعده بیشتر» هستید. همچنین ممکن است مدرک، سندی حاوی اطلاعات واجد شرایط بودن شما در رابطه با خدمات انجمن و خدمات در منزل باشد که توسط دولت صادر شده است.

ممکن است لازم شود شما یا نماینده منتصبان هنگام تهیه نسخه‌های بخش D تحت پوشش، مدرکی را به داروخانه داخل شبکه ارائه دهید تا بتوانیم تا زمانی که مراکز خدمات Medicare و Medicaid سوابق بازتاب‌دهنده وضعیت فعلی شما را به‌روزرسانی می‌کنند، مبلغ تقسیم هزینه مناسب شما را تعیین کنیم. هنگامی که CMS سوابق خود را به‌روزرسانی می‌کند، دیگر نیازی به ارائه مدرک به داروخانه ندارید. لطفاً مدرک خود را به یکی از شیوه‌های زیر ارائه دهید تا بتوانیم آن را برای به‌روزرسانی به CMS ارسال کنیم:

- از طریق نشانی زیر با Kaiser Permanente مکاتبه کنید:

California Service Center

برسد به دست: بهترین مدرک موجود

P.O. Box 232407

San Diego, CA 92193-2407

- را به شماره **1-877-528-8579** فکس کنید.

- آن را به یکی از داروخانه‌های داخل شبکه یا دفتر «خدمات اعضا» محلی‌تان در یکی از مراکز شبکه تحویل دهید.

هنگامی که مدارکی را دریافت کنیم که نشان‌دهنده سطح پرداخت مشترک شما باشد، سیستم خود را به‌روزرسانی خواهیم کرد تا زمانی که نسخه بعدی‌تان را در داروخانه دریافت می‌کنید، مبلغ پرداخت مشترک صحیح از شما اخذ شود. اگر مبلغ پرداخت مشترک خود را بیش از اندازه پرداخت کرده باشید، آن را به شما بازخواهیم گرداند. یا یک چک به مبلغ پرداخت اضافی برای شما ارسال خواهیم کرد یا مبلغ موردنظر را از پرداخت‌های مشترک شما در آینده کسر خواهیم نمود. اگر داروخانه پرداخت مشترک را از شما دریافت نکرده باشد و پرداخت مشترک شما را به‌عنوان یک بدهی از سوی شما ثبت کند، ممکن است هزینه را مستقیماً به داروخانه بپردازیم. اگر ایالتی از طرف شما پرداخت کند، ممکن است مستقیماً هزینه را به ایالت بپردازیم. اگر پرسشی دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

L2. برنامه کمک دارویی (ADAP) AIDS

ADAP به افراد واجد شرایط ADAP که به HIV/AIDS مبتلا هستند کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی HIV دسترسی داشته باشند. داروهای تجویزی بخش Medicare D که در دارونامه ADAP نیز موجود باشند، واجد شرایط دریافت کمک در سهم هزینه نسخه هستند. توجه: افراد برای احراز شرایط برنامه ADAP در حال اجرا در ایالت شما باید معیارهای خاصی، از جمله مدرک سکونت در ایالت و وضعیت HIV، درآمد پایین طبق تعریف ایالت و وضعیت بدون بیمه/بیمه ناکافی، را داشته باشند. در صورت تغییر طرح‌های خود، لطفاً به مسئول ثبت‌نام ADAP محلی‌تان اطلاع دهید تا بتوانید همچنان برای کسب اطلاعات درباره معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه کمک دریافت کنید، لطفاً از دوشنبه تا جمعه (به‌جز روزهای تعطیل) 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ از طریق شماره **1-844-421-7050** با مرکز تماس ADAP تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

M. تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن را تعیین و ثبت‌نام برای Medicare را بررسی می‌کند. شهروندان ایالات متحده و ساکنین دائمی قانونی که 65 سال یا بیشتر سن دارند یا دچار معلولیت و یا بیماری کلیوی پیشرفته هستند و از شرایط خاصی برخوردارند، برای Medicare واجد شرایط هستند. اگر از قبل چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت می‌کرده‌اید، ثبت‌نام در Medicare خودکار است. اگر چک‌های تأمین اجتماعی را دریافت نمی‌کنید، باید در Medicare ثبت‌نام کنید. برای درخواست ثبت‌نام در Medicare، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید یا به دفتر تأمین اجتماعی محلی‌تان مراجعه کنید. در صورت نقل مکان یا تغییر نشانی پستی، باید برای اطلاع‌رسانی به تأمین اجتماعی با این دفتر تماس بگیرید.

تماس	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از 8:00 ق.ظ تا 7:00 ب.ظ در دسترس است. می‌توانید به‌طور شبانه‌روزی از خدمات تلفنی خودکار آن‌ها برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی امور کاری استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.
وبسایت	www.ssa.gov

N. هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB)

RRB یک سازمان مستقل فدرال است که برنامه‌های مزایای جامع را برای کارکنان راه‌آهن کشور و خانواده‌هایشان مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، باید در صورت نقل مکان یا تغییر نشانی پستی خود به آن‌ها اطلاع دهید. اگر درباره مزایای خود از RRB پرسشی دارید، با سازمان تماس بگیرید.

تماس	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. اگر «0» را فشار دهید، می‌توانید از ساعت 9 ق.ظ تا 3:30 بعد از ظهر دوشنبه، سه‌شنبه، پنجشنبه و جمعه و از ساعت 9 ق.ظ تا 12 ظهر چهارشنبه با نماینده RRB صحبت کنید. اگر «1» را فشار دهید، می‌توانید به‌طور شبانه‌روزی، از جمله آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، به خط راهنمای خودکار RRB و اطلاعات ضبط‌شده دسترسی پیدا کنید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید. تماس با این شماره‌ها رایگان نیست.
وبسایت	www.rrb.gov

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

O. سایر منابع

برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds برای کمک به افرادی که در تلاش برای دریافت یا حفظ پوشش سلامت و حل و فصل مشکلات طرح‌های سلامت خود هستند، کمک رایگان ارائه می‌دهد.

اگر در این زمینه‌ها مشکل دارید:

- Medi-Cal
- Medicare
- طرح سلامت شما
- دسترسی به خدمات پزشکی
- درخواست تجدیدنظر از خدمات رد شده، داروها، تجهیزات پزشکی بادوام (DME)، خدمات بهداشت روان و غیره.
- صدور صورتحساب پزشکی
- IHSS (خدمات حمایتی در منزل)

برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds به شکایات، تجدیدنظر و رسیدگی کمک می‌کند. شماره تلفن برنامه Ombuds 1-888-804-3536 است.

P. برنامه Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental ارائه می‌شوند؛ که شامل موارد زیر است اما محدود به آن‌ها نمی‌شود:

- معاینات اولیه، پرتو ایکس، جرم‌گیری و فلورایدتراپی
- ترمیم و روکش
- عصب‌کشی
- دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین

1-800-322-6384	تماس
این تماس رایگان است.	
مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه‌های هزینه در ازای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental و مراقبت‌های مدیریت‌شده دندانپزشکی (DMC) در دسترس است. نمایندگان برنامه هزینه در ازای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental برای کمک به شما دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ در دسترس هستند.	
1-800-735-2922	TTY
این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفن مخصوصی داشته باشید.	
https://smilecalifornia.org/	وبسایت

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

علاوه بر برنامه هزینه به ازای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی در کانتی لس آنجلس در دسترس است. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندانپزشکی نیاز دارید یا می‌خواهید طرح‌های دندانپزشکی خود را تغییر دهید، دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ از طریق شماره **1-800-430-4263** (کاربران TTY با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرید) با Health Care Options تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت از سلامتتان و سایر خدمات تحت پوشش

مقدمه

این فصل دارای شرایط و قوانین خاصی است که باید برای دریافت مراقبت از سلامت و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما بدانید. همچنین در مورد هماهنگ‌کننده مراقبت شما، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و تحت برخی شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اینکه اگر به‌طور مستقیم برای خدماتی که ما تحت پوشش قرار می‌دهیم، صورت حساب دریافت می‌کنید و قوانین مربوط به داشتن «تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment)» چه کاری باید انجام دهید، به شما می‌گوید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 3

- A. اطلاعاتی درباره خدمات و ارائه‌دهندگان 40
- B. قوانین دریافت خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند 40
- C. مسئول هماهنگی مراقبت شما 41
- C1. مسئول هماهنگی درمان چه کسی است 41
- C2. چگونه می‌توانید با مسئول هماهنگی درمان خود تماس بگیرید 42
- C3. چگونه می‌توانید مسئول هماهنگی درمان خود را تغییر دهید 42
- D. خدمات درمانی توسط ارائه‌دهندگان 42
- D1. خدمات درمانی توسط ارائه‌دهنده مراقبت اولیه 42
- تعریف PCP و اینکه PCP برای شما چه کاری انجام می‌دهد 42
- PCP انتخابی شما 42
- گزینه‌هایی برای تغییر PCP 42
- خدماتی که می‌توانید بدون تأیید از PCP خود دریافت کنید 43
- D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه 44
- ارجاع‌هایی که توسط PCP شما انجام می‌گیرد 44
- ارجاع به ارائه‌دهندگان داخل شبکه 44
- مجوز قبلی 44

- D3. هنگامی که ارائه‌دهنده‌ای طرح ما را ترک می‌کند 45
- D4. ارائه‌دهندگان خارج شبکه 46
- E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS) 47
- F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال سوءمصرف مواد) 47
- F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal، ارائه‌شده خارج از طرح ما 48
- خدمات سرپایی 48
- خدمات اقامتی 48
- خدمات بستری 49
- G. خدمات حمل‌ونقل 50
- G1. محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی غیر اضطراری 50
- محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی 50
- G2. حمل و نقل غیر پزشکی 50
- محدودیت‌های حمل‌ونقل غیر پزشکی 51
- H. خدمات تحت پوشش در موارد پزشکی اورژانسی، زمانی که مستلزم مراقبت فوری هستند،
یا هنگام وقوع بلایا 52
- H1. خدمات مراقبتی در شرایط اورژانس پزشکی 52
- خدمات تحت پوشش در شرایط پزشکی اورژانسی 52
- مراقبت پس از تثبیت وضعیت 52
- دریافت مراقبت اورژانسی در صورتی که وضعیت اورژانسی نباشد 53
- H2. خدمات مراقبتی فوری 53
- خدمات مراقبتی فوری مورد نیاز در منطقه خدماتی طرح ما 54
- خدمات مراقبتی فوری خارج از ناحیه خدماتی طرح ما 54
- H3. خدمات مراقبتی به هنگام سانحه 54
- I. اگر صورتحساب هزینه خدمات تحت پوشش طرح ما را مستقیماً دریافت کردید چه باید بکنید 55

11. اگر طرح ما خدمات را پوشش نداد، چه باید بکنید 55
- J. پوشش خدمات مراقبت از سلامت در پژوهش بالینی 55
- J1. تعریف پژوهش‌های بالینی 55
- J2. پرداخت برای خدمات هنگامی که در پژوهش بالینی شرکت می‌کنید 56
- J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهش بالینی 56
- K. نحوه پوشش خدمات مراقبت سلامت در مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی 57
- K1. تعریف مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی 57
- K2. مراقبت انجام‌گرفته توسط مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی 57
- L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 57
- L1. DME به‌عنوان یکی از اعضای طرح ما 57
- L2. مالکیت DME در صورتی‌که به وضعیت Original Medicare تغییر دهید 58
- L3. مزایای دستگاه اکسیژن به‌عنوان عضوی از طرح ما 59
- L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به Original Medicare یا یک طرح Medicare Advantage (MA) دیگر 59

A. اطلاعاتی درباره خدمات و ارائه‌دهندگان

خدمات شامل مراقبت از سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، لوازم، خدمات سلامت رفتاری، داروهای تجویزی و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات می‌شود. **خدمات تحت پوشش** هر یک از خدماتی است که طرح ما برای آن هزینه پرداخت می‌کند. مراقبت از سلامت، سلامت رفتاری و LTSS تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای نسخه داروها در **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده است.

ارائه‌دهندگان پزشکان، پرستاران و دیگر افرادی هستند که به شما خدمات ارائه می‌کنند و از شما مراقبت می‌کنند. همچنین ارائه‌دهندگان شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت از سلامت در منزل، کلینیک‌ها و مکان‌هایی دیگر می‌شوند که خدمات مراقبت از سلامت، خدمات سلامت رفتاری، تجهیزات پزشکی و برخی LTSS را به شما ارائه می‌دهند.

ارائه‌دهندگان شبکه ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما کار می‌کنند. این ارائه‌دهندگان موافقت می‌کنند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه‌دهندگان در شبکه ما صورت‌حساب خدمات ارائه‌شده به شما را مستقیماً به ما می‌دهند. در صورت مراجعه به یکی از ارائه‌دهندگان خدمات موجود در شبکه، معمولاً هیچ مبلغی برای خدمات تحت پوشش نمی‌پردازید.

B. قوانین دریافت خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند

طرح ما تمام خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این پوشش شامل برخی از خدمات سلامت رفتاری و LTSS می‌شود.

طرح ما به‌طور کلی برای خدمات مراقبت از سلامت، خدمات بهداشت رفتاری و LTSS که با پیروی از قوانین ما دریافت می‌کنید، هزینه پرداخت می‌کند. مواردی که تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد:

- مراقبتی که از شما می‌شود باید یکی از **مزیت‌های طرح** باشد. یعنی ما آن را در «جدول مزایا» خود در **فصل 4** از کتابچه راهنمای اعضا گنجانده‌ایم.
- این مراقبت باید دارای **ضرورت پزشکی** باشد. وقتی می‌گوییم ضرورت پزشکی، منظورمان خدمات مهمی است که منطقی بوده و باعث حفظ عمر می‌شوند. مراقبت‌های دارای ضرورت پزشکی برای جلوگیری از بیماری جدی یا ناتوانی افراد و کاهش درد شدید از طریق درمان بیماری، ناخوشی یا جراحت مورد نیاز است.
- برای خدمات پزشکی، باید از **ارائه‌دهنده مراقبت اولیه** عضو شبکه (PCP) بخواهید که مراقبت را تجویز کند یا به شما بگوید از ارائه‌دهنده دیگری کمک بگیرید. به‌عنوان اعضای طرح، می‌توانید یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه ما را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید.
- در اغلب موارد، PCP شبکه شما باید پیش از اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای کمک بگیرید که PCP شما نیست یا از ارائه‌دهندگان دیگری کمک بگیرید که در شبکه طرح ما هستند، مجوز قبلی به شما بدهد. این موضوع **ارجاع دادن** نامیده می‌شود. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، ممکن است این خدمات را پوشش ندهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارجاعات، به بخش **D** این فصل مراجعه کنید.
- برای خدمات مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبتی فوری، جهت استفاده از ارائه‌دهنده خدمات سلامت زنان یا برای هر نوع مراقبت دیگری بدون ارجاع از سوی PCP خود، نیازی به ارجاع از طرف PCP خود ندارید (برای کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص، به بخش **D1** این فصل مراجعه کنید).

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- **باید توسط ارائه‌دهندگان شبکه تحت درمان قرار بگیرید.** معمولاً درمان انجام شده توسط ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح سلامت ما همکاری نمی‌کند، تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. یعنی، برای خدمات ارائه‌شده باید هزینه کامل را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. این قانون در موارد ذیل اعمال نمی‌شود:
- ما خدمات اورژانسی یا مراقبتی فوری را که توسط ارائه‌دهنده خارج شبکه ارائه بشود، تحت پوشش قرار می‌دهیم (برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش **H** این فصل مراجعه کنید).
- اگر به درمانی نیاز دارید که تحت پوشش طرح ما نیست و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را به شما ارائه کنند، در صورتی می‌توانید این خدمات را دریافت کنید که ما یا **Medical Group** ما پیش از دریافت آن را تأیید کنیم. در این شرایط، خدمات درمانی را به گونه‌ای تحت پوشش قرار می‌دهیم که گویی آن را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید.
- هنگامی که برای مدت کوتاهی خارج از محدوده خدماتی طرح ما باشید، یا ارائه‌دهنده شما به‌طور موقت در دسترس نباشد، خدمات دیالیز کلیه را تحت پوشش قرار می‌دهیم. می‌توانید این خدمات را از مرکز دیالیزی دریافت کنید که مورد تأیید **Medicare** است. سهم هزینه‌ای که برای دیالیز می‌پردازید هرگز نمی‌تواند از سهم هزینه **Original Medicare** باشد. اگر خارج از ناحیه خدماتی طرح هستید و خدمات دیالیز را از ارائه‌دهنده خارج شبکه طرح دریافت کنید، سهم هزینه شما نمی‌تواند بیشتر از سهم هزینه‌ای باشد که برای ارائه‌دهنده داخل شبکه می‌پردازید. با این حال، اگر ارائه‌دهنده شبکه همیشگی شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و تصمیم بگیرید خدمات را در ناحیه خود و از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید.
- هنگامی که اولین بار به طرح ما می‌پیوندید، می‌توانید درخواست کنید همچنان به ارائه‌دهندگان فعلی خود مراجعه کنید. در صورتی که محرز شود از قبل با این ارائه‌دهندگان در ارتباط بوده‌اید، به غیر از موارد استثناء، باید این درخواست را تأیید کنیم. به **فصل 1** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. اگر درخواستتان را تأیید کنیم، می‌توانید تا **12** ماه برای دریافت خدمات به همان ارائه‌دهندگان فعلی خود مراجعه کنید. طی این مدت، مسئول هماهنگی درمانتان به شما کمک می‌کند تا ارائه‌دهندگانی را پیدا کنید که در شبکه ما باشند. پس از **12** ماه، اگر همچنان به ارائه‌دهندگانی مراجعه کنید که در شبکه ما نیستند، درمان شما را دیگر پوشش نمی‌دهیم.
- اعضای جدید **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**: در بیشتر موارد پس از ارائه درخواستان جهت ثبت‌نام در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، برای بهره‌مندی از مزایای **Medicare** خود در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** ما در اولین روز ماه ثبت‌نام خواهید شد. ممکن است باز هم به مدت یک ماه دیگر خدمات **Medi-Cal** خود را از طرح سلامت قبلی **Medi-Cal** دریافت کنید. پس از آن، خدمات **Medi-Cal** خود را از طریق طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش **Medi-Cal** شما وجود نخواهد داشت. اگر هر سؤالی دارید، لطفاً با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید. ساعات پاسخگویی **7** روز هفته از **8** ق.ظ تا **8** ب.ظ است.

C. مسئول هماهنگی مراقبت شما

C1. مسئول هماهنگی درمان چه کسی است

مسئول هماهنگی برنامه نیازهای ویژه شما مسئول هماهنگی مراقبت و درمان شما است. این مسئول سالانه برای ارزیابی خطرهای سلامتی و همچنین پس از ترخیص از بیمارستان با شما تماس خواهد گرفت. (برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص این موضوع، به **فصل 2**، بخش **G** مراجعه کنید.)

C2. چگونه می‌توانید با مسئول هماهنگی درمان خود تماس بگیرید

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود، به **فصل 2**، بخش **G** مراجعه کنید.

C3. چگونه می‌توانید مسئول هماهنگی درمان خود را تغییر دهید

برای تغییر مسئول هماهنگی مراقبت خود، با ایشان تماس بگیرید (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 2**، بخش **G** مراجعه کنید).

D. خدمات درمانی توسط ارائه‌دهندگان**D1. خدمات درمانی توسط ارائه‌دهنده مراقبت اولیه**

باید «ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP، primary care provider)» را برای ارائه و کنترل درمان خود انتخاب کنید.

تعریف PCP و اینکه PCP برای شما چه کاری انجام می‌دهد

ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما پزشکی است که از الزامات ایالت تبعیت می‌کند و برای مراقبت پزشکی اصلی شما آموزش دیده است. PCP شما هماهنگی خدمات درمانی‌تان را نیز انجام خواهد داد. «هماهنگی» خدمات درمانی شما می‌تواند شامل بررسی یا مشاوره با سایر ارائه‌دهندگان شبکه درباره خدمات درمانی شما و یا نحوه پیشرفت آن باشد. در بعضی موارد، PCP شما باید تأیید قبلی را از ما دریافت کند (برای کسب اطلاعات بیشتر، **D2** این فصل را مشاهده کنید).

PCP انتخابی شما

PCP شما معمولاً امور پزشکی عمومی (همچنین پزشکی خانواده، پزشکی داخلی یا بزرگسالان نامیده می‌شود) و گاهی امور پزشکی زنان و زایمان را انجام می‌دهد. در برخی از مراکز شبکه، بر حسب ترجیح خود می‌توانید یک پرستار متخصص یا دستیار پزشک را به‌عنوان ارائه‌دهنده اولیه خود انتخاب کنید. PCPها در **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** ارائه شده‌اند.

PCP شما خدماتی تحت پوششی را که ضرورت پزشکی دارند، ارائه می‌دهد، تجویز می‌کند و یا برای آنها مجوز صادر می‌کند. PCP شما اغلب مراقبت‌های پایه یا روتین شما را انجام می‌دهد و در صورت لزوم برای مراجعه به ارائه‌دهندگان دیگر شبکه جهت سایر مراقبت‌هایی که نیاز دارید، شما را ارجاع می‌دهد. مثلاً برای مراجعه به متخصص، معمولاً باید ابتدا از PCP خود تأییدیه دریافت کنید (که به آن «ارجاع» می‌گویند). تنها انواع محدودی از خدمات تحت پوشش هستند که به تنهایی و بدون تماس قبلی با PCP خود می‌توانید دریافت کنید («خدماتی که بدون تأیید قبلی PCP خود می‌توانید دریافت کنید» را در این فصل ببینید).

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتخاب PCP و اینکه کدام ارائه‌دهندگان بیمار جدید می‌پذیرند، لطفاً **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** را مشاهده کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

گزینه‌هایی برای تغییر PCP

می‌توانید در هر زمانی و به هر دلیلی PCP خود را تغییر دهید. همچنین، ممکن است که PCP شما شبکه طرح ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه ما را ترک کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم که PCP دیگری در شبکه ما پیدا کنید. انتخابی که برای PCP انجام می‌دهید سریعاً اجرا می‌شود.

برای انتخاب یا تغییر PCP خود، لطفاً با انتخاب پزشک شخصی ما با **1-888-956-1616 (TTY711)** از دوشنبه تا جمعه از ساعت 7 ق.ظ الی 7 ب.ظ با بخش انتخاب پزشک شخصی ما تماس بگیرید. همچنین می‌توانید انتخاب خود را از طریق **kp.org/finddoctors** انجام دهید.

هنگامی که تماس می‌گیرید، به ما اطلاع دهید که آیا به متخصص مراجعه می‌کنید یا سایر خدمات تحت پوششی را دریافت می‌کنید که نیاز به مجوز PCP شما دارند (مانند خدمات درمانی خانگی و تجهیزات پزشکی بادوام) تا بتوانیم به شما بگوییم که آیا برای ادامه خدمات نیاز به ارجاع از PCP جدید خود دارید یا خیر. همچنین، اگر متخصص یا بیمارستان خاصی در شبکه هست که قصد مراجعه به آن را دارید، برای اطلاع از اینکه آیا PCP شما ارجاع به آن متخصص یا بیمارستان را انجام می‌دهد یا خیر، با ما تماس بگیرید.

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید از PCP خود دریافت کنید

در اغلب موارد، باید پیش از مراجعه به سایر ارائه‌دهندگان از PCP خود تأییدیه دریافت کنید. این تأییدیه ارجاع نام دارد. می‌توانید خدماتی از قبیل موارد ذیل را بدون دریافت ارجاع قبلی از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان شبکه یا ارائه‌دهندگان خارج شبکه.
- خدمات مراقبتی فوری از ارائه‌دهندگان شبکه.
- خدمات مراقبتی فوری از ارائه‌دهندگان شبکه زمانی که نمی‌توانید به ارائه‌دهنده شبکه دسترسی پیدا کنید (مثلاً، اگر خارج از ناحیه خدماتی طرح هستید یا آخر هفته است). **توجه:** خدمات درمانی فوری باید از لحاظ پزشکی ضروری باشد و همچنین مستلزم اقدام فوری باشد.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامی که خارج از ناحیه خدماتی طرح ما هستید، از مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت می‌کنید. پیش از اینکه ناحیه خدماتی را ترک کنید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم زمانی که دور - از ناحیه خدماتی - هستید، دیالیز شوید.
- واکسن‌های آنفولانزا و COVID-19 و همچنین واکسن‌های هیپاتیت B و ذات‌الریه، مادامی که آنها را از ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت کنید.
- مراقبت بهداشتی روتین زنان و خدمات برنامه‌ریزی خانواده. این مراقبت‌ها شامل معاینات پستان، ماموگرافی غربالگری (تصویربرداری از پستان با پرتو ایکس)، تست پاپ اسمیر و معاینات لگن می‌شود، مادامی که آنها را از ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت کنید.
- نظرات دوم از یک ارائه‌دهنده درون شبکه‌ای دیگر.
- نوبت ملاقات در حوزه‌های زیر: بینایی سنجی، سوء مصرف مواد و روانپزشکی.
- مراقبت‌های کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare تا زمانی که آنها را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید.
- مراقبت پیشگیرانه غیر از غربالگری آنوریسم آئورت شکمی، تغذیه درمانی طبی، سیگمئوئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر، آزمایش کلونوسکوپی، آزمایش تراکم استخوان و آزمایشات تشخیصی طبی.
- همچنین، اگر واجد شرایط دریافت خدمات از «ارائه‌دهندگان خدمات درمانی هندی» باشید، می‌توانید بدون ارجاع از این ارائه‌دهندگان استفاده کنید.
- نوبت ملاقات برای خدمات حساس.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره **(TTY 711) 1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

D2. خدمات درمانی توسط متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه

متخصص پزشکی است که برای یک بیماری یا قسمت خاصی از بدن خدمات مراقبتی و درمانی ارائه می‌دهد. انواع مختلفی از متخصصان وجود دارد، مانند:

- مراقبت آنکولوژیست برای بیماران مبتلا به سرطان.
- مراقبت کاردیولوژیست برای بیماران دچار مشکلات قلبی.
- مراقبت ارتوپدیک برای بیماران دچار مشکلات استخوان، مفصل یا عضله.

ارجاع‌هایی که توسط PCP شما انجام می‌گیرد

معمولاً برای اغلب نیازهای مراقبتی و درمانی خود ابتدا PCP خود را ملاقات خواهید کرد. فقط چند نوع از خدمات تحت پوشش را می‌توانید خودتان بدون دریافت تأیید از PCP خود دریافت کنید که در بالا در بخش **D1** توضیح داده شده‌اند.

ممکن است یک ارجاع کتبی برای یک معاینه یا در صورت نیاز به خدمات مستمر، برای بیش از یک معاینه باشد. ما باید برای هر یک از این شرایط، ارجاع دائمی به یک متخصص دارای صلاحیت را به شما ارائه دهیم:

- یک عارضه مزمن (مداوم)؛
- یک بیماری روانی یا جسمی کشنده؛
- یک بیماری یا معلولیت فرساینده؛
- هرگونه عارضه یا بیماری دیگری که به‌اندازه‌ای جدی یا پیچیده باشد که نیاز به درمان توسط متخصص داشته باشد.

اگر هنگام نیاز ارجاع کتبی دریافت نکنید، ممکن است صورتحساب پرداخت نشود. برای کسب اطلاعات بیشتر، از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

ارجاع به ارائه‌دهندگان داخل شبکه

هنگامی که PCP شما خدمات درمانی را تجویز می‌کند که توسط PCP قابل انجام نیست (مثلاً مراقبت تخصصی)، وی شما را برای ملاقات با متخصصی در شبکه یا ارائه‌دهنده دیگری در شبکه ارجاع می‌دهد. اگر PCP شما را به متخصص شبکه ارجاع دهد، ارجاع برای یک طرح درمانی خاص خواهد بود. اگر مراقبت مداوم تحت نظر متخصص تجویز شود، طرح درمانی‌تان می‌تواند ارجاع دائمی را شامل شود. برای اینکه مجوز مشاوره اولیه یا تعداد ملاقات معینی با یک متخصص شبکه را به شما بدهیم، ارجاع کتبی برای شما ارسال می‌کنیم. پس از مشاوره اولیه با متخصص شبکه، باید سپس نزد PCP خود بازگردید مگر اینکه ما مجوز ملاقات‌های بیشتری را در نامه ارجاع کتبی شما قید کرده باشیم. تنها در صورتی می‌توانید پس از مشاوره اولیه خود به متخصص شبکه دوباره مراجعه کنید که ما مجوز ملاقات‌های بیشتری را در ارجاع شما قید کرده باشیم. در غیر این صورت، ممکن است خدمات تحت پوشش قرار نگیرد.

مجوز قبلی

برای خدمات و اقلامی که در ادامه قید شده، ارائه‌دهنده شبکه شما باید از طرح ما یا از Medical Group تأییدیه قبلی دریافت کند (که دریافت «مجوز قبلی» نام دارد). تصمیمات مربوط به درخواست مجوز تنها باید توسط پزشکان دارای مجوز یا سایر متخصصان پزشکی و دارای مجوز متناسب انجام شود. اگر زمانی با تصمیمات مجوز موافق نبودید، می‌توانید آنگونه که در **فصل 9 توضیح داده شده است، درخواست تجدیدنظر کنید.**

- خدمات و موارد مشخص شده در **فصل 4** با پاورقی (+).

- اگر ارائه‌دهنده شبکه شما تصمیمی بگیرد مبنی بر اینکه شما به خدمات تحت پوششی نیاز دارید که ارائه‌دهندگان شبکه آن را ارائه نمی‌دهند، وی به **Medical Group** توصیه می‌کند که شما را به ارائه‌دهنده‌ای خارج شما ارجاع دهد که می‌تواند داخل یا خارج از ناحیه خدماتی شما باشد. فرد تعیین شده از طرف **Medical Group** در صورتی مجوز خدمات را می‌دهد که تشخیص دهد خدمات تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری هستند و از طریق ارائه دهنده شبکه قابل دریافت نیستند. ارجاع به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه برای یک طرح درمان خاص انجام می‌شود که در صورت تجویز درمان مداوم، می‌تواند شامل ارجاع دائمی باشد. طرح درمان مدت ارجاع را بدون نیاز به گرفتن تأییدیه دیگری از ما مشخص می‌کند. لطفاً در صورت عدم اطلاع، از ارائه‌دهنده شبکه خود بپرسید که به چه خدماتی مجوز می‌دهند. اگر متخصص خارج از شبکه از شما بخواهد که برای خدمات درمانی بیشتر مراجعه کنید، حتماً بررسی کنید که ارجاع خدمات درمانی بیشتر را پوشش دهد. در غیر اینصورت، لطفاً با ارائه‌دهنده شبکه خود تماس بگیرید.
- زمانی که به ما اطلاع داده شود که پس از مراقبت‌های اورژانسی به مراقبت‌های پس از تثبیت توسط یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه نیاز دارید، وضعیت شما را با ارائه‌دهنده خارج از شبکه در میان خواهیم گذاشت. اگر به این نتیجه برسیم که به مراقبت پس از تثبیت نیاز دارید و این مراقبت در صورتی که از ارائه‌دهنده خدمات درمانی در شبکه دریافت شود قابل پوشش خواهد بود، تنها در صورتی که نتوانیم هماهنگی لازم برای انجام مراقبت توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی در شبکه (یا دیگر ارائه‌دهندگان تعیین شده) را انجام دهیم، مجوز مراقبت درمانی توسط ارائه‌دهنده ای خارج از شبکه داده خواهد شد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، **بخش H** این فصل را مشاهده کنید.
- جراحی تغییر جنسیتی که از لحاظ پزشکی ضروری است همراه با پروسه‌های درمانی مرتبط.
- خدمات مراقبتی انجام گرفته توسط مؤسسه خدمات درمانی غیرپزشکی و مذهبی که در **بخش J** از این فصل توضیح داده شده است.
- اگر ارائه‌دهنده شبکه شما ارجاع کتبی یا الکترونیک برای ارزیابی پیوند انجام دهد، هیئت یا کمیته مشورتی پیوند منطقه‌ای **Medical Group** یا کنفرانس موردی (در صورتی که وجود داشته باشد) در صورتی مجوز ارجاع می‌دهد که تشخیص دهد کاندید احتمالی برای پیوند عضو هستید و این خدمات طبق دستورالعمل‌های **Medicare** تحت پوشش قرار می‌گیرد. در صورتی که هیئت یا کمیته پیوند وجود نداشته باشد، **Medical Group** شما را به پزشک(هایی) در یک مرکز پیوند ارجاع خواهد داد و اگر پزشک(های) مرکز پیوند تشخیص دهند که خدماتی ضرورت پزشکی دارند یا طبق دستورالعمل‌های **Medicare** تحت پوشش هستند، **Medical Group** این خدمات را پوشش خواهد داد. توجه: پزشک شبکه می‌تواند بدون استفاده از روند ارائه مجوز پیوند **Medical Group** پیوند قرنیه را انجام دهد یا مجوز آن را صادر کند.

D3. هنگامی که ارائه‌دهنده‌ای طرح ما را ترک می‌کند

- ارائه‌دهنده‌ای که در شبکه به وی مراجعه می‌کنید ممکن است طرح ما را ترک کند. اگر ارائه‌دهندگان شما طرح ما را ترک کنند، از حقوق و حمایت‌های مشخصی برخوردار هستید که شرح مختصر آن در ادامه آمده است:
- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، ما باید امکان دسترسی مداوم به ارائه‌دهندگان واجد شرایط را برای شما فراهم کنیم.
 - به شما اطلاع خواهیم داد که ارائه‌دهنده‌تان در حال خروج از طرح ما است تا برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید فرصت داشته باشید.
 - در صورت خروج ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه یا سلامت رفتاری شما از طرح ما، اگر در سه سال گذشته با آن ارائه‌دهنده ملاقات کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
 - در صورت خارج شدن هر یک از ارائه‌دهندگان دیگر شما از طرح ما، اگر ارائه‌دهنده برای شما معین شده باشد، در حال حاضر از او خدمات مراقبت دریافت کنید یا او را در سه ماه گذشته ملاقات کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.

- به شما کمک خواهیم کرد تا برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت از سلامت خود، ارائه‌دهنده داخل شبکه دارای صلاحیت جدیدی انتخاب کنید.
 - اگر در حال حاضر توسط ارائه‌دهنده فعلی خود تحت درمان یا مداوای پزشکی هستید، این حق را دارید که درخواست نمایید درمان یا مداوای ضروری پزشکی که دریافت می‌کنید ادامه یابد و ما برای حصول اطمینان از این موضوع با شما همکاری می‌کنیم.
 - ما اطلاعاتی درباره دوره‌های مختلف ثبت‌نام که در دسترس است و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر برنامه داشته باشید به شما ارائه می‌دهیم.
 - اگر نتوانیم متخصص داخل شبکه دارای صلاحیتی پیدا کنیم که برای شما قابل دسترس باشد، باید با یک متخصص خارج از شبکه قرار بگذاریم تا هنگامی که ارائه‌دهنده یا مزایای داخل شبکه برای رفع نیازهای پزشکی‌تان در دسترس یا کافی نیست، خدمات مراقبت را به شما ارائه دهد. فرد تعیین شده از طرف **Medical Group** در صورتی مجوز خدمات را می‌دهد که تشخیص دهد خدمات تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری هستند و از طریق ارائه دهنده شبکه قابل دریافت نیستند. ارجاع به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه برای یک طرح درمان خاص انجام می‌شود که در صورت تجویز درمان مداوم، می‌تواند شامل ارجاع دائمی باشد. طرح درمان مدت ارجاع را بدون نیاز به گرفتن تأییدیه دیگری از ما مشخص می‌کند. لطفاً در صورت عدم اطلاع، از ارائه‌دهنده شبکه خود بپرسید که به چه خدماتی مجوز می‌دهند. اگر متخصص خارج از شبکه از شما بخواهد که برای خدمات درمانی بیشتر مراجعه کنید، حتماً بررسی کنید که ارجاع خدمات درمانی بیشتر را پوشش دهد. در غیر اینصورت، لطفاً با ارائه‌دهنده شبکه خود تماس بگیرید.
 - اگر فکر می‌کنید ارائه‌دهنده قبلی‌تان را با ارائه‌دهنده‌ای دارای صلاحیت جایگزین نکرده‌ایم، یا درمان شما را به خوبی مدیریت نمی‌کنیم، از حق طرح شکایت به **QIO** نسبت به کیفیت درمان، شکایت درباره کیفیت درمان یا هر دو برخوردار هستید. (برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان در حال ترک طرح ما است، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم در یافتن ارائه‌دهنده جدید و مدیریت درمانتان به شما کمک کنیم. لطفاً از طریق شماره **(TTY 711) 1-800-443-0815** در 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ با ما تماس بگیرید.

D4. ارائه‌دهندگان خارج شبکه

- اگر به ارائه‌دهنده‌ای از خارج شبکه مراجعه می‌کنید، ارائه‌دهنده باید واجد شرایط همکاری با **Medicare** و/یا **Medi-Cal** باشد.
- ما نمی‌توانیم برای ارائه‌دهنده‌ای که واجد شرایط مشارکت در **Medicare** و/یا **Medi-Cal** نیست، هزینه‌ای بپردازیم.
 - اگر به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه می‌کنید که واجد شرایط همکاری با **Medicare** نیست، باید شخصاً هزینه کامل خدماتی را که دریافت می‌کنید بپردازید.
 - معمولاً اگر ارائه‌دهندگان واجد شرایط همکاری با **Medicare** نباشند، این موضوع را به شما اطلاع می‌دهند.
- خدمات مراقبتی که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید، غیر از موارد زیر تحت پوشش نخواهد بود:
- خدمات اورژانسی یا فوریتی که از ارائه‌دهنده خارج شبکه دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در این خصوص و اطلاع از اینکه خدمات اورژانسی یا فوریتی به چه معنا است، **بخش D1** این فصل را مشاهده کنید.
 - ما یا **Medical Group** طبق توضیحات موجود در **بخش D2** این فصل، مجوز ارجاع به ارائه‌دهنده خارج شبکه را می‌دهیم.

- خدمات دیالیز کلیه که وقتی به‌طور موقت خارج از ناحیه خدماتی ما هستید، از مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت می‌کنید.
- اگر به ناحیه خدماتی یک منطقه دیگر Kaiser Permanente مراجعه کنید، می‌توانید برخی خدمات تحت پوشش Medicare را که طبق این کتابچه راهنمای اعضا تحت پوشش هستند از ارائه‌دهندگان تعیین‌شده در آن ناحیه خدماتی دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات مراقبت هنگام مراجعه به ناحیه خدماتی دیگری در منطقه Kaiser Permanente، از جمله اطلاعات پوشش و مکان مراکز، به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل) از طریق شماره **1-951-268-3900 (TTY 711)** با خط تلفنی «سفر و مراقبت درمانی دور از منزل» ما تماس بگیرید یا از وبسایت ما به نشانی **kp.org/travel** بازدید کنید. Kaiser Permanente در California، نواحی Columbia، Oregon، Maryland، Hawaii، Georgia، Colorado و Virginia واقع شده است. توجه: خط تلفنی «سفر و مراقبت درمانی دور از خانه» ما نیز می‌تواند به سوالات مربوط به خدمات اورژانسی تحت پوشش یا خدمات مراقبت فوری که خارج از شبکه دریافت می‌کنید، از جمله نحوه استرداد هزینه پاسخ دهد.
- برای خدمات Medi-Cal می‌توانید جهت دریافت خدمات درمانی حساس معینی بدون ارجاع یا مجوز قبلی به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. می‌توانید زمانی که در ناحیه‌ای هستید که ما آنجا فعالیت نداریم، برای مراقبت فوری خارج از ناحیه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. اگر به خدمات سلامت روان سرپایی نیاز دارید، می‌توانید بدون مجوز قبلی به ارائه‌دهنده شبکه یا یک ارائه‌دهنده طرح سلامت روان کانتی مراجعه کنید. باید برای همه خدمات خارج از شبکه مجوز قبلی یا ارجاع دریافت کنید، در غیر اینصورت پوشش داده نمی‌شود.
- توجه: اگر سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید بدون ارجاع از «ارائه‌دهنده خدمات درمانی سرخپوستان» خارج از شبکه ارائه‌دهندگان ما مراقبت دریافت کنید.

E. خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)

- LTSS می‌تواند به شما کمک کند تا در خانه بمانید و از بستری شدن در بیمارستان یا مرکز آسایشگاهی تخصصی خودداری کنید. شما از طریق طرح ما به برخی LTSS، از جمله مراقبت در مرکز آسایشگاهی تخصصی، خدمات انجمن برای افراد بالغ (CBAS) و پشتیبانی‌های انجمن، دسترسی دارید. نوعی دیگر از LTSS، برنامه «خدمات پشتیبانی در منزل» از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی شما در دسترس است.
- می‌توانید از پزشک یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود درخواست کنید اطلاعات بیشتری درباره LTSS به شما بدهند.

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

به خدمات سلامت رفتاری که ضرورت پزشکی دارند و تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند، دسترسی دارید. ما دسترسی به خدمات درمانی سلامت روان تحت پوشش Medicare را برای بیماری‌های سلامت رفتاری خفیف تا متوسط تحت پوشش Medi-Cal فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات سلامت روان تخصصی تحت پوشش Medi-Cal را پوشش نمی‌دهد اما این خدمات از طریق طرح سلامت روان کانتی در اختیار شما قرار می‌گیرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد خدمات بهداشت روانی که از طریق طرح سلامت روان کانتی خود در دسترس است، لطفاً با شماره زیر تماس بگیرید:

- اداره سلامت روان کانتی لس آنجلس با شماره **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات سلامت و بازیابی روان کانتی اورنج با شماره **1-855-625-4657 (TTY 711)**

- اداره سلامت روان کانتی ریورساید با شماره **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- اداره سلامت رفتاری سن برناردینو با شماره **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات سلامت رفتاری کانتی سن دیگو با شماره **1-888-724-7240 (TTY 711)**

F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal، ارائه شده خارج از طرح ما

اگر معیار صلاحیت دسترسی به خدمات سلامت روان تخصصی را داشته باشید، این خدمات تخصصی Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان کانتی («MHP») در اختیار شما قرار می‌گیرد.

- خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal تحت پوشش اداره سلامت روان کانتی لس آنجلس با شماره **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal تحت پوشش خدمات سلامت و بازیابی روان کانتی اورنج با شماره **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal تحت پوشش اداره سلامت روان کانتی ریورساید با شماره **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal تحت پوشش اداره سلامت رفتاری سن برناردینو با شماره **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات سلامت روان تخصصی Medi-Cal تحت پوشش خدمات سلامت رفتاری کانتی سن دیگو با شماره **1-888-724-7240 (TTY 711)**

خدمات سرپایی

- خدمات سلامت روان (ارزیابی‌ها، ایجاد برنامه، درمان، بازپروری و خدمات جنبی).
- خدمات پشتیبانی دارویی.
- خدمات فشرده درمان روزانه.
- خدمات توانبخشی روزانه.
- خدمات مداخله در وضعیت‌های بحرانی.
- خدمات تثبیت وضعیت‌های بحرانی.
- خدمات مدیریت وضعیت هدفمند.
- خدمات رفتار درمانی.

خدمات اقامتی

- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات اسکان و درمان در بحران.

خدمات بستری

- خدمات بستری در بیمارستان در شرایط روانی حاد.
- خدمات حرفه‌ای با بستری در بیمارستان روانی.
- خدمات مرکز سلامت روان.

اگر معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات Drug Medi-Cal Organized Delivery System یا Medi-Cal از طریق زیر در دسترس شما قرار می‌گیرد:

- اداره سلامت روان کانتی لس آنجلس با شماره **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات سلامت و بازیابی روان کانتی اورنج با شماره **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- اداره سلامت روان کانتی ریورساید با شماره **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- اداره سلامت رفتاری سن برناردینو با شماره **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات سلامت رفتاری کانتی سن‌دیگو با شماره **1-888-724-7240 (TTY 711)**

خدمات دارویی Medi-Cal شامل موارد زیر است:

- خدمات درمان سرپایی ویژه.
- خدمات اسکان و درمان.
- خدمات سرپایی مصرف مواد.
- خدمات درمان مصرف مواد مخدر.
- خدمات نالترکسون برای وابستگی به مواد افیونی.

خدمات Drug Medi-Cal Organized Delivery System شامل موارد زیر است:

- خدمات درمان سرپایی ویژه و درمان سرپایی.
- دارو برای درمان اعتیاد (همچنین درمان کمکی با دارو نام دارد).
- بستری/اسکان.
- مدیریت علائم ترک.
- خدمات درمان مصرف مواد مخدر.
- خدمات بازپروری.
- هماهنگی خدمات مراقبتی.

علاوه بر خدمات فهرست‌شده در بالا، می‌توانید در صورت احراز صلاحیت به خدمات داوطلبانه سم‌زدایی و بستری دسترسی داشته باشید.

G. خدمات حمل و نقل**G1. محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری**

در صورتی که نیازهای پزشکی به شما اجازه استفاده از خودرو، اتوبوس یا تاکسی را برای رفتن به قرارهای ملاقاتتان نمی‌دهد، حق استفاده از حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را دارید. حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی را می‌توان برای خدمات تحت پوشش Medi-Cal مانند قرارهای ملاقات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، مصرف مواد و داروخانه‌ای ارائه داد. می‌توانید با درخواست از ارائه‌دهنده، دندانپزشک یا ارائه‌دهنده اختلال مصرف مواد داخل شبکه، درخواست حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی کنید. ارائه‌دهنده شما درباره نوع صحیح حمل و نقل مورد نیازتان تصمیم‌گیری خواهد کرد. حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی می‌تواند آمبولانس، ون دارای برانکارد، ون دارای صندلی چرخ‌دار یا حمل و نقل هوایی باشد.

باید در موارد زیر، از خدمات حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی استفاده کنید:

- از لحاظ جسمی یا پزشکی قادر به استفاده از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون برای رفتن به نوبت ملاقات خود نباشید.
- به دلیل وجود ناتوانی جسمی یا ذهنی، برای انتقال از محل اقامت، خودرو یا محل درمان و بالعکس به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- این مورد توسط پزشک داخل شبکه درخواست و از قبل تأیید می‌شود.

اگر پزشک تصمیم بگیرد که شما نیازمند حمل و نقل پزشکی غیر اورژانسی هستید، آن را برایتان توصیه خواهد کرد. در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه برنامه‌ریزی زمانی برای انتقال پزشکی، از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل و نقل پزشکی

ما برای موارد غیر اورژانسی، کمترین هزینه حمل و نقل پزشکی را پوشش می‌دهیم تا نیازهای پزشکی‌تان را نزد نزدیکترین ارائه‌دهنده‌ای که امکان قرار ملاقات با او وجود دارد، برطرف کنیم. یعنی اگر مثلاً از لحاظ جسمی و پزشکی بتوانید با ون دارای صندلی چرخ‌دار سفر کنید، ما هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهیم کرد. در صورت ضرورت پزشکی، حمل و نقل هوایی ما نیز تحت پوشش بیمه‌ای خواهد بود. اگر Medicare یا Medi-Cal این خدمات را پوشش ندهد، نمی‌توانید حمل و نقل پزشکی دریافت کنید.

اگر Medi-Cal نوع قرار ملاقات را پوشش دهد، اما نه از طریق طرح سلامت ما، حمل و نقل پزشکی را پوشش نخواهیم داد. با این حال، ما می‌توانیم به شما در برنامه‌ریزی حمل و نقل مورد نیازتان کمک کنیم. اگر نیازمند حمل و نقل به منطقه خدماتی ما یا مراجعه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشید، فقط در صورتی حمل و نقل پزشکی را پوشش می‌دهیم که آن را برای شما مجاز کرده باشیم.

G2. حمل و نقل غیر پزشکی

مزایای حمل و نقل غیر پزشکی شامل رفت و برگشت برای نوبت ملاقات جهت دریافت خدماتی ارائه می‌شود که تحت پوشش Medi-Cal باشد و توسط ارائه‌دهنده شما تأیید شده باشد. در شرایط زیر سواری بدون هزینه برای شما انجام می‌شود:

- رفت و برگشت از محل ویزیت برای خدماتی از Medi-Cal که توسط ارائه‌دهنده شما تأیید شده باشد، یا
- تحویل گرفتن کالاهای پزشکی و نسخه‌ها.

طرح ما به شما اجازه می‌دهد برای رسیدن به قرار ملاقات غیرپزشکی برای خدماتی که ارائه‌دهندگان تأیید کرده، از یک خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر روش‌های عمومی/خصوصی استفاده کنید. ما ارزان‌ترین حمل‌ونقل نوع غیرپزشکی را که با نیازهای پزشکی شما همخوانی داشته باشد، پوشش می‌دهیم.

گاهی می‌توانید هزینه سفری را که با خودروی شخصی هماهنگ می‌کنید، استرداد کنید. طرح ما باید قبل از اینکه تاکسی بگیرید این موضوع را تأیید کند، و شما باید علت این را که چرا نمی‌توانید به روش دیگری مثلاً با اتوبوس سفر کنید، به ما اطلاع دهید. **استرداد هزینه برای رانندگی توسط خودتان امکان‌پذیر نیست.** استرداد هزینه سفر مستلزم برخورداری از موارد زیر است:

- گواهینامه رانندگی متعلق به راننده.
- ثبت خودروی راننده.
- گواهی بیمه برای راننده.

جهت درخواست تاکسی برای خدماتی که مجوز آن‌ها صادر شده، حداقل سه روز کاری پیش از نوبت خود (دوشنبه تا جمعه) با ارائه‌دهنده حمل‌ونقل ما با شماره **1-844-299-6230 (TTY 711)** تماس بگیرید. برای هماهنگی نوبت‌های ملاقات اضطراری، هرچه سریع‌تر تماس بگیرید. لطفاً در زمان تماس موارد زیر را آماده داشته باشید:

- کارت شناسایی Kaiser Permanente خود.
- تاریخ و زمان نوبت‌های ملاقات پزشکی خود.
- آدرسی که لازم است از آنجا سوار شوید و آدرس محلی که می‌روید.
- آیا لازم است به مبدأ برگردید.
- آیا شخصی شما را همراهی خواهد کرد (مثلاً ولی/قیم قانونی یا پرستار).

توجه: شهروندان سرخپوست آمریکایی می‌توانند با Indian Health Clinic محلی خود برای تقاضای حمل‌ونقل غیرپزشکی تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل‌ونقل غیرپزشکی

طرح ما کم‌هزینه‌ترین حمل‌ونقل پزشکی را پوشش می‌دهد که نیازهای پزشکی شما را از منزلتان تا نزدیکترین ارائه‌دهنده‌ای که نوبت ملاقات دارید تأمین کند. شما نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا مستقیماً هزینه را استرداد کنید.

حمل‌ونقل غیرپزشکی در موارد زیر قابل استفاده نیست:

- برای دریافت خدمات به آمبولانس، ون باربری، ون ویلچردار یا انواع دیگر حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی نیاز داشته باشد.
- به دلیل وجود مشکل جسمی یا ذهنی، برای انتقال به محل اقامت، خودرو یا محل درمان به کمک نیاز داشته باشید.
- از ویلچر استفاده می‌کنید و نمی‌توانید بدون کمک راننده سوار ماشین و از آن پیاده شوید.
- ما خدمات Medicare را پوشش نمی‌دهیم.
- این خدمات تحت پوشش Medi-Cal قرار ندارد.

H. خدمات تحت پوشش در موارد پزشکی اورژانسی، زمانی که مستلزم مراقبت فوری هستند، یا هنگام وقوع بلایا

H1. خدمات مراقبتی در شرایط اورژانس پزشکی

وضعیت پزشکی اورژانسی عبارت است از وضعیت پزشکی همراه با علائمی از قبیل درد شدید یا آسیب جدی. این وضعیت به قدری جدی است که اگر فوراً تحت مراقبت پزشکی قرار نگیرد، شما یا هر کسی که دانش متوسطی در زمینه بهداشت و پزشکی دارد می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی برای سلامت شما و یا کودک متولد نشده‌تان؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- نقص جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندام یا بخش‌های آن؛ یا
- در شرایطی که مادر باردار در مرحله فعال زایمان باشد، وقتی:
- زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگری قبل از زایمان نباشد.
- انتقال به بیمارستان دیگر احتمال خطر برای سلامتی یا ایمنی شما و یا نوزاد متولد نشده‌تان داشته باشد.

خدمات تحت پوشش در شرایط پزشکی اورژانسی

ما خدمات پزشکی را در حین وضعیت اورژانسی پوشش می‌دهیم. پزشکانی که خدمات مراقبت اورژانسی به شما می‌دهند در خصوص تثبیت وضعیت شما تصمیم می‌گیرند و در صورت تأیید تثبیت، اورژانس پزشکی به اتمام می‌رسد. می‌توانید در هر زمانی که نیاز داشته باشید، در داخل و خارج از ایالات متحده خدمات مراقبت پزشکی اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید.

اگر در شرایط اورژانس پزشکی قرار دارید:

- **در اسرع وقت کمک بگیرید.** با **911** تماس بگیرید یا به نزدیکترین بیمارستان یا اورژانس مراجعه کنید. در صورت نیاز، برای درخواست آمبولانس تماس بگیرید. نیازی نیست که ابتدا از PCP خود تأییدیه یا ارجاع دریافت کنید. مجبور نیستید به ارائه‌دهنده شبکه مراجعه کنید. در هر زمانی که نیاز دارید می‌توانید در هر جایی در ایالات متحده و قلمروهای آن یا سراسر دنیا، از هر ارائه‌دهنده‌ای که دارای مجوز ایالتی مرتبط است خدمات مراقبت پزشکی اضطراری از قبیل خدمات اورژانس دریافت کنید.

مراقبت پس از تثبیت وضعیت

در اسرع وقت مسئله فوریت پزشکی خود را با طرح ما در میان بگذارید. ما مراقبت اضطراری شما را پیگیری می‌کنیم. معمولاً در مدت زمان 48 ساعت، شما یا فرد دیگری باید با ما تماس بگیرید و درباره مراقبت اضطراری توضیح دهید. حتی اگر در اطلاع‌رسانی به ما تأخیر داشته باشید، هزینه خدمات را پرداخت نمی‌کنید. شماره‌ای که باید با آن تماس بگیرید پشت کارت عضویت طرح شما درج شده است.

ما با پزشکانی که به شما خدمات مراقبت اورژانسی ارائه می‌دهند همکاری می‌کنیم تا در مدیریت و پیگیری مراقبت، شما را یاری کند. پس از اتمام شرایط اضطراری، این حق را دارید که برای اطمینان از پایدار ماندن وضعیتتان، مراقب تکمیلی دریافت کنید. پزشکانتان تا زمانی که برای برنامه‌ریزی مراقبت بیشتر با ما تماس بگیرند، به درمان شما ادامه خواهند داد. ما مطابق با قوانین قابل اجرا، مراقبت‌های تکمیلی پس از تثبیت شما را پوشش می‌دهیم. لازم است پیش از اینکه مراقبت‌های ارائه‌دهنده خارج از شبکه را دریافت کنید، ارائه‌دهنده‌تان برای گرفتن مجوز مراقبت پس از تثبیت با ما تماس بگیرد. قبل از اینکه هزینه مراقبت پس از تثبیت وضعیت را پرداخت کنیم، ارائه‌دهنده‌ای که شما را درمان می‌کند باید از ما اجازه بگیرد. در اغلب موارد، تنها در صورتی مسئول پرداخت مالی قلمداد خواهید شد که توسط ما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی خارج از شبکه درباره مسئولیت احتمالی به شما اطلاع داده شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

پیش از درخواست تأییدیه قبلی برای مراقبت پس از تثبیت وضعیت توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه، ارائه‌دهنده باید از طریق شماره **1-800-225-8883 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید. ارائه‌دهنده همچنین می‌تواند با شماره درج‌شده در پشت کارت عضویت Kaiser Permanente شما تماس بگیرد. ارائه‌دهنده باید قبل از اینکه خدمات را دریافت کنید با ما تماس بگیرد.

هنگامی که ارائه‌دهنده با ما تماس می‌گیرد، با پزشک معالجتان در مورد مشکل سلامت شما صحبت خواهیم کرد. اگر تشخیص بدهیم که به مراقبت پس از تثبیت وضعیت نیاز دارید، اجازه می‌دهیم خدمات تحت پوشش به شما ارائه شود. در برخی موارد ممکن است ترتیبی داده شود که مراقبت توسط یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه انجام شود.

اگر تصمیم بگیریم در یک بیمارستان عضو شبکه، مرکز پرستاری حرفه‌ای یا ارائه‌دهنده دیگری مراقبت را ارائه دهیم، ممکن است برای خدمات جابجایی ضروری از نظر پزشکی جهت رفتن به آن ارائه‌دهنده مجوز بدهیم. این موضوع ممکن است شامل خدمات جابجایی ویژه‌ای باشد که معمولاً پوشش نمی‌دهیم.

لازم است از ارائه‌دهنده پرسید مجوز انجام چه مراقبتی (از جمله جابجایی) را دادیم. ما فقط خدمات پزشکی یا حمل‌ونقل‌های مربوطه را در صورتی پوشش می‌دهیم که اجازه انجام آن را داده باشیم. اگر خواستار خدماتی شوید که تحت پوشش نیست و آن خدمات را دریافت کنید، نمی‌توانیم هزینه آن خدمات را به ارائه‌دهنده آن پرداخت کنیم.

تنها در صورت وجود همه شرایط زیر، مراقبت پس از تثبیت شامل «تجهیزات پزشکی بادوام (DME، durable medical equipment)» نیز خواهد شد:

- تجهیزات پزشکی بادوام طبق توضیح **فصل 4** از این کتابچه راهنمای اعضا تحت پوشش قرار داشته باشد.
- داشتن اقلام DME پس از ترخیص از بیمارستان برای شما ضرورت پزشکی داشته باشد.
- اقلام DME به مراقبت اورژانسی که در بیمارستان دریافت کرده‌اید ارتباط داشته باشد.

دریافت مراقبت اورژانسی در صورتی که وضعیت اورژانسی نباشد

گاهی ممکن است تشخیص اینکه آیا در وضعیت اورژانس پزشکی یا رفتاری بوده‌اید دشوار باشد. ممکن است برای مراقبت اورژانسی مراجعه کنید و دکتر به شما بگوید که مورد واقعاً اورژانسی نیست. مادامی که به دلایل معقولی فرض کرده باشید سلامت شما در معرض خطر جدی بوده است هزینه‌های مراقبت از شما را پوشش خواهیم داد.

پس از اینکه دکتر مطرح کند وضعیت اورژانسی نبوده، ما تنها در صورتی خدمات مراقبتی شما را پوشش می‌دهیم که:

- از ارائه‌دهنده‌ای در شبکه استفاده کنید یا
- خدمات مراقبتی بیشتری که دریافت می‌کنید، خدمات درمانی فوریتی بوده و برای دریافت آن پیرو قوانین هستید. به بخش بعدی مراجعه کنید.

H2. خدمات مراقبتی فوریتی

«خدمات مراقبتی فوریتی» مراقبتی است که برای شرایط غیر اورژانسی دریافت می‌کنید که مستلزم مراقبت پزشکی فوری هستند. مثلاً ممکن است بیماری فعلی شما عود کند یا آخر هفته دچار گلودردی شوید که نیاز به درمان دارد.

خدمات مراقبتی فوری مورد نیاز در منطقه خدماتی طرح ما

ما در اغلب موارد خدمات فوریتی را تنها در شرایط زیر پوشش می‌دهیم:

- این خدمات مراقبتی را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید و
- قوانین شرح داده شده در این فصل را دنبال می‌کنید.

اگر مراجعه به ارائه‌دهنده داخل شبکه ممکن یا منطقی نباشد، ما خدماتی فوریتی را که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، پوشش می‌دهیم.

می‌دانیم گاهی اوقات تشخیص اینکه به چه نوع مراقبتی نیاز دارید دشوار است. به همین دلیل ما پرستارانی برای مشاوره تلفنی و کمک در اختیار شما قرار داده‌ایم. پرستاران مشاور ما پرستارانی دارای پروانه کار هستند که برای کمک به ارزیابی علائم پزشکی و مشاوره از طریق تلفن در صورتی که از لحاظ پزشکی مناسب باشد، آموزش ویژه دیده‌اند. چه برای مشاوره تماس بگیرید چه برای گرفتن نوبت، می‌توانید با پرستار مشاور صحبت کنید.

این پرستاران اغلب می‌توانند درباره مسائل جزئی به سوالات پاسخ دهند، به شما بگویند در صورت بسته بودن یکی از مراکز شبکه یا در مرحله بعد چه کاری انجام دهید، آن‌ها می‌توانند در صورت اقتضای پزشکی به شما برای دریافت مراقبت فوری در همان روز نوبت دهند. لطفاً برای گفتگو به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته با پرستار مشاور یا تعیین قرار ملاقات به **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش خود** مراجعه کنید تا به شماره تلفن‌های تعیین قرار ملاقات و مشاوره دسترسی پیدا کنید.

خدمات مراقبتی فوری خارج از ناحیه خدماتی طرح ما

هنگامی که خارج از ناحیه خدماتی طرح ما هستید، ممکن است نتوانید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. در این صورت، ما مراقبت اورژانسی و خدمات مراقبتی فوریتی را که از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهیم.

طرح ما در شرایط زیر خدمات مراقبتی فوریتی را در هر جایی از دنیا خارج از ایالت متحده تحت پوشش قرار می‌دهد:

- موقتاً بیرون از محدوده خدماتی ما باشید.
- خدمات برای درمان بیماری یا صدمه‌ای پیش‌بینی‌نشده و جلوگیری از آسیب جدی به سلامت شما ضروری هستند.
- به تأخیر انداختن درمان تا زمان بازگشت به ناحیه خدماتی منطقی نبوده است.
- اگر این خدمات مراقبتی را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کردید، تحت پوشش قرار نمی‌گرفت.

H3. خدمات مراقبتی به هنگام سانحه

اگر فرماندار کالیفرنیا، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده یا رئیس جمهور ایالات متحده در ناحیه جغرافیایی شما وضعیت حادثه یا اضطراری اعلام کند، شما همچنان مستحق دریافت خدمات مراقبت از طرح ما هستید.

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دریافت خدمات مراقبت مورد نیاز در طول حادثه‌ای که اعلان شده، از وبسایت ما بازدید کنید: **kp.org**.

در هنگام اعلام حادثه، اگر نتوانید از ارائه‌دهنده عضو شبکه استفاده کنید، ما به شما اجازه می‌دهیم خدمات درمانی را از ارائه‌دهنده خارج شبکه با نرخ سهم هزینه داخل شبکه دریافت کنید. اگر به هنگام اعلام حادثه نمی‌توانید از داروخانه داخل شبکه استفاده کنید، شاید بتوانید داروهای تجویزی خود را از داروخانه خارج از شبکه تهیه نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

ا. اگر صورتحساب هزینه خدمات تحت پوشش طرح ما را مستقیماً دریافت کردید چه باید بکنید

اگر ارائه‌دهنده صورتحساب را به جای ارسال برای طرح ما، برای شما ارسال کند باید از ما بخواهیم که سهم هزینه خودمان را از صورتحساب بپردازیم.

نباید صورتحساب را خودتان بپردازید. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، ممکن است نتوانیم هزینه را به شما برگردانیم.

اگر هزینه‌ای بیش از سهم خود برای خدمات تحت پوشش پرداخت کردید یا اگر صورتحسابی برای هزینه کامل خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از کاری که باید انجام دهید به فصل 7 از این کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.

11. اگر طرح ما خدمات را پوشش نداد، چه باید بکنید

طرح ما همه خدمات را پوشش می‌دهد.

- خدمات دارای ضرورت پزشکی قلمداد می‌شوند و
- که در «جدول مزایا» طرح ما (به فصل 4 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) فهرست شده‌اند و
- که تحت قوانین طرح دریافت می‌کنید.

اگر خدماتی را دریافت می‌کنید که در طرح ما پوشش داده نمی‌شوند، خودتان باید هزینه آن را پرداخت کنید.

اگر می‌خواهید بدانید که هزینه هرگونه خدمات یا مراقبت پزشکی را می‌پردازیم، حق پرسش دارید. همچنین حق درخواست به‌صورت کتبی را دارید. اگر عنوان شود که هزینه چنین خدماتی را نمی‌پردازیم، حق درخواست تجدیدنظر درباره تصمیم ما را دارید.

فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که اگر بخواهید کالا یا خدمات پزشکی را تحت پوشش قرار دهیم باید چه کاری انجام دهید. این کتابچه نحوه درخواست تجدیدنظر به تصمیم ما برای پوشش خدمات را عنوان می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره حقوق خود برای درخواست تجدیدنظر با «مرکز خدمات اعضا» ما تماس بگیرید.

ما هزینه خدمات را تا حد معینی می‌پردازیم. اگر هزینه از محدوده فراتر برود، برای دریافت بیشتر آن نوع خدمات هزینه کامل را می‌پردازید. برای اطلاع از محدودیت مزایای خاص، به فصل 4 مراجعه کنید. اگر می‌خواهید بدانید حد مزایا چیست و چه حد از مزایای شما قبلاً استفاده شده با «خدمات اعضا» ما تماس بگیرید.

ل. پوشش خدمات مراقبت از سلامت در پژوهش بالینی**11. تعریف پژوهش‌های بالینی**

پژوهش بالینی (که «آزمایش بالینی» نیز نامیده می‌شود) راهی برای آزمایش انواع جدید مراقبت‌های درمانی و داروها است. پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare از داوطلبان درخواست می‌کند که در پژوهش شرکت کنند.

هنگامی که Medicare پژوهشی را تأیید می‌کند که قصد دارید در آن شرکت کنید، فردی که روی این پژوهش کار می‌کند با شما تماس خواهد گرفت. این شخص درباره پژوهش با شما صحبت می‌کند و مشخص می‌کند که آیا واجد شرایط شرکت در این پژوهش هستید یا خیر. مادامی که شرایط مورد نیاز را احراز کنید، در پژوهش می‌توانید شرکت کنید. باید با کاری که قرار است در پژوهش انجام دهید آشنا شوید و آن را بپذیرید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

هنگامی که در پژوهش مشارکت دارید، می‌توانید ثبت‌نام خود در طرح ما را حفظ کنید. به این صورت، طرح ما همچنان خدمات و مراقبت‌هایی را که با پژوهش مرتبط نیستند، تحت پوشش قرار می‌دهد.

اگر قصد دارید در یک مطالعه پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، نیازی به دریافت تأییدیه از ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه نیست. ارائه‌دهندگان که به‌عنوان بخشی از مطالعه بالینی مراقبت از شما را انجام می‌دهند، نیازی نیست که عضو شبکه ارائه‌دهندگان ما باشند. لطفاً توجه داشته باشید که این مورد مزایایی را که طرح ما مسئولیت آن‌ها را بر عهده دارد و، به‌عنوان یکی از اجزا، شامل یک کارآزمایی بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایا می‌شود، دربر نمی‌گیرد. این موارد شامل مزایای خاصی می‌شوند که تحت «تعیین پوشش ملی» (NCDها) و «آزمایش‌های بالینی دستگاه‌های تحقیقاتی» (IDE) مشخص شده‌اند و ممکن است مشمول مجوز قبلی و سایر قوانین طرح شوند.

شما را ترغیب می‌کنیم به اینکه پیش از مشارکت در پژوهش بالینی به ما اطلاع دهید.

اگر قصد دارید در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی تحت پوشش توسط Original Medicare برای افراد ثبت‌نام‌شده شرکت کنید، توصیه می‌کنیم شما یا هماهنگ‌کننده مراقبتان با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که در یک کارآزمایی بالینی شرکت خواهید کرد.

J2. پرداخت برای خدمات هنگامی که در پژوهش بالینی شرکت می‌کنید

اگر برای یک پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare داوطلب شوید، هیچ هزینه‌ای برای خدمات تحت پوشش مطالعه پرداخت نمی‌کنید. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش مطالعه و همچنین هزینه‌های معمول مرتبط با درمان شما را می‌پردازد. هنگامی که در مطالعات بالینی مورد تأیید Medicare شرکت می‌کنید، اغلب اقلام و خدماتی که به‌عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. شامل این موارد:

- اتاق و اقامت بیمارستانی که حتی اگر در مطالعه شرکت نداشته باشید، هزینه آن را Medicare پرداخت خواهد کرد.
- عمل جراحی یا اقدامات پزشکی درمانی در صورتی که بخشی از پژوهش باشد.
- درمان هرگونه عوارض جانبی و عارضه‌های درمان جدید.

اگر در پژوهشی شرکت می‌کنید که مورد تأیید طرح ما یا Medicare نیست، شما هرگونه هزینه‌های مشارکت در تحقیق را پرداخت می‌کنید.

J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهش بالینی

می‌توانید با مطالعه «Medicare and Clinical Research Studies» در وبسایت Medicare (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf) اطلاعات بیشتری درباره پیوستن به مطالعات پژوهش بالینی کسب کنید. همچنین می‌توانید به‌صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. نحوه پوشش خدمات مراقبت سلامت در مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی**K1. تعریف مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی**

مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی مؤسسه‌ای است که خدمات درمانی را ارائه می‌دهد که معمولاً در یک بیمارستان یا مؤسسه آسایشگاهی تخصصی ارائه می‌شوند. اگر دریافت خدمات مراقبتی در بیمارستان یا مؤسسه آسایشگاهی تخصصی خلاف باورهای دینی شما باشد، ما مراقبت را در یک مؤسسه مراقبت از سلامت مذهبی و غیرپزشکی پوشش می‌دهیم.

این مزایا تنها برای خدمات بستری بخش Medicare A (خدمات مراقبت سلامت غیرپزشکی) ارائه می‌شوند.

K2. مراقبت انجام‌گرفته توسط مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی

برای دریافت خدمات مراقبتی از مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی باید سندی قانونی امضا کنید که قید می‌کند شما مخالف دریافت درمان‌های پزشکی هستید که «غیرمنتظره» هستند.

- خدمات مراقبت پزشکی یا درمان «غیرمنتظره» هرگونه مراقبت یا درمانی است که داوطلبانه انجام می‌شود و به موجب هیچگونه قوانین فدرال، ایالتی یا محلی ضروری نیست.
- خدمات مراقبت پزشکی یا درمان «غیرمنتظره» هرگونه مراقبت یا درمانی است که داوطلبانه انجام می‌شود و به موجب هیچگونه قوانین فدرال، ایالتی یا محلی ضروری نیست.

برای اینکه خدمات مراقبتی که از مؤسسه مراقبت سلامت مذهبی و غیرپزشکی دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح ما قرار گیرد باید دارای شرایط زیر باشد:

- مؤسسه‌ای که خدمات مراقبتی ارائه می‌دهد باید توسط Medicare تأیید شده باشد.
- پوشش خدماتی که در طرح ما دریافت می‌کنید محدود به جنبه غیرمذهبی مراقبت است.
- اگر خدمات را از این مؤسسه که در یک مرکز به شما ارائه شده است، دریافت کنید:
- باید دچار عارضه‌ای پزشکی داشته باشید که به شما امکان دریافت خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بستری در بیمارستان یا مراقبت در مؤسسه آسایشگاهی تخصصی بدهد.
- شما باید پیش از پذیرش در مؤسسه تأییدیه قبلی از طرح ما دریافت کنید، در غیر اینصورت اقامت شما تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.

توجه: طبق توضیحات فصل‌های 4 و 12، خدمات تحت پوشش مشمول همان محدودیت‌ها و سهم هزینه الزامی برای خدمات ارائه‌دهندگان شبکه هستند.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)**L1. DME به‌عنوان یکی از اعضای طرح ما**

تجهیزات پزشکی بادوام («DME») شامل اقلامی است که معیارهای زیر را داشته باشند:

- برای استفاده مکرر تولید شده باشد
- هدف اصلی و معمول آن استفاده برای اهداف پزشکی باشد
- معمولاً فقط برای فردی مفید باشد که بیماری یا جراحی داشته باشد

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- برای استفاده در خانه مناسب باشد
 - این ارقام برای کمک در «فعالیت‌های زندگی روزمره (activities of daily living، ADLs)» لازم باشد.
- تجهیزات پزشکی بادوام به پیش‌تأمینیه نیاز دارند. ارقام تحت پوشش به ارزان‌ترین نوع کالا که نیازهای پزشکی شما را به حد کافی برآورده می‌کند محدود می‌شود. ما فروشنده را انتخاب می‌کنیم. زمانی که یک وسیله را دیگر تحت پوشش قرار نمی‌دهیم، یا باید آن را به ما برگردانید یا قیمت عادلانه آن در بازار را به ما پرداخت کنید.
- DME شامل ارقام دارای ضرورت پزشکی هستند که ارائه‌دهنده دستور استفاده از آن‌ها را می‌دهد، مانند عصا، ویلچر، سیستم‌های تشک برقی، وسایل مربوط به دیابت، تخت برقی که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده خانگی تجویز می‌شود، پمپ انفوزیون IV، دستگاه تولیدکننده گفتار، دستگاه و تجهیزات اکسیژن، نبولایزر، و واکر.
- شما همیشه مالک ارقام خاصی مانند پروتزها هستید.

در این بخش، درباره DME‌هایی که کرایه می‌کنید صحبت می‌کنیم. در Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند، پس از پرداختن پرداخت‌های مشترک به مدت 13 ماه مالک ارقام خواهند شد. به‌عنوان عضوی از طرح ما، صرف‌نظر از اینکه چه مدت DME را کرایه کرده باشید، مالک DME نیستید. حتی اگر تا مدت 12 ماه متوالی تحت Medicare از DME برخوردار بودید، مالک آن تجهیزات نخواهید بود.

L2. مالکیت DME در صورتی که به وضعیت Original Medicare تغییر دهید

در برنامه Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره کنند، پس از 13 ماه مالک آن می‌شوند. در طرح Medicare Advantage (MA)، این طرح می‌تواند تعداد ماه‌هایی را تعیین کند که افراد باید انواع خاصی از DME را پیش از اینکه مالک آن‌ها شوند، اجاره کنند.

توجه: می‌توانید تعاریف طرح‌های Original Medicare و MA را در فصل 12 پیدا کنید. همچنین می‌توانید در کتابچه راهنمای *2024 Medicare & You*، اطلاعات بیشتری درباره آنها پیدا کنید. اگر نسخه‌ای از این کتابچه راهنما را ندارید، می‌توانید آن را از طریق وب سایت Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) یا تماس با شماره **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227) به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

اگر Medi-Cal انتخاب نشده باشد، باید 13 پرداخت پی در پی تحت Original Medicare انجام دهید یا باید تعداد پرداخت‌های پی در پی تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید تا مالک مورد DME شوید، در صورتی که:

- هنگامی که در طرح ما بودید، مالک مورد DME نشدید، و
 - طرح ما را ترک و مزایای Medicare خود را خارج از همه طرح‌های سلامت موجود برنامه Original Medicare یا طرح MA دریافت کنید.
- اگر پیش از پیوستن به طرح ما، تحت Original Medicare یا طرح MA برای مورد DME پرداختی انجام داده باشید، آن پرداخت‌های Original Medicare یا طرح MA جزء پرداخت‌هایی که باید پس از ترک طرح ما انجام دهید، محسوب نمی‌شوند.
- شما باید 13 پرداخت پی در پی جدید را تحت Original Medicare یا تعدادی پرداخت پی در پی جدید را که توسط طرح MA برای مالکیت مورد DME تعیین شده است انجام دهید.
 - هنگامی که به Original Medicare یا طرح MA برگردید، هیچ استثنائی در این مورد وجود ندارد

L3. مزایای دستگاه اکسیژن به عنوان عضوی از طرح ما

اگر واجد شرایط دریافت دستگاه اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید و عضو طرح ما باشید، ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- کرایه دستگاه اکسیژن.
- تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن.
- شیلنگ و قطعات جانبی مرتبط با اکسیژن‌رسانی و محتویات اکسیژن.
- تعمیرات و نگهداری دستگاه اکسیژن.

هنگامی که استفاده از دستگاه اکسیژن دیگر برای شما از لحاظ پزشکی ضروری نباشد یا اگر طرح ما را ترک کنید، باید دستگاه را برگردانید.

L4. تجهیزات اکسیژن هنگام جابجایی به Original Medicare یا یک طرح Medicare Advantage (MA) دیگر

هنگامیکه دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد و طرح ما را ترک کنید و به Original Medicare ملحق شوید، آن را به مدت 36 ماه از تأمین‌کننده‌ای کرایه می‌کنید. پرداختی ماهانه شما برای کرایه دستگاه، دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات ذکر شده در بالا را پوشش می‌دهد.

اگر دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد پس از اینکه به مدت 36 ماه آن را کرایه کردید، ارائه‌دهنده باید موارد زیر را ارائه کند:

- دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات به مدت 24 ماه دیگر.
 - دستگاه اکسیژن و وسایل به مدت 5 سال در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشد.
- اگر دستگاه اکسیژن همچنان پس از اتمام دوره 5 ساله ضرورت پزشکی داشته باشد:
- تأمین‌کننده‌تان دیگر مجبور به ارائه آن نیست و می‌توانید دستگاه جایگزین را از تأمین‌کننده دیگر بگیرید.
 - دوره 5 ساله دیگری شروع می‌شود.
 - دستگاه را به مدت 36 ماه از تأمین‌کننده‌ای کرایه می‌کنید.
 - تأمین‌کننده‌تان سپس دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات را به مدت 24 ماه دیگر برایتان فراهم می‌کند.
 - مادامی که استفاده از دستگاه اکسیژن ضرورت پزشکی داشته باشد، هر 5 سال دوره جدیدی شروع می‌شود.

هنگامی که تجهیزات اکسیژن از لحاظ پزشکی ضروری باشد و شما طرح ما را ترک کنید و به طرح MA دیگری جابجا شوید، این طرح حداقل آنچه را Original Medicare پوشش می‌دهد پوشش خواهد داد. می‌توانید از طرح MA جدید خود بپرسید که چه تجهیزات و دستگاه‌های اکسیژنی را پوشش می‌دهد و هزینه‌های شما چقدر خواهد بود.

فصل 4: جدول مزایا

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که طرح ما چه خدماتی را پوشش می‌دهد، چه محدودیت‌ها یا حدود مجازی برای خدمات وجود دارد و اینکه برای هر سرویس چه مبلغی می‌پردازید. همچنین درباره مزایایی توضیح می‌دهد که در طرحمان پوشش داده نمی‌شوند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

اعضای جدید Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1: در بیشتر موارد پس از ارائه درخواستان جهت ثبت‌نام در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، برای بهرمندی از مزایای Medicare خود در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** ما در اولین روز ماه ثبت‌نام خواهید شد. ممکن است باز هم به مدت یک ماه دیگر خدمات **Medi-Cal** خود را از طرح سلامت قبلی **Medi-Cal** دریافت کنید. سپس، خدمات **Medi-Cal** را از طریق طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش **Medi-Cal** شما وجود نخواهد داشت. اگر هر سؤالی دارید، لطفاً با شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید. ساعات پاسخگویی 7 روز هفته از 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ است.

فهرست مطالب فصل 4

- A. خدماتی که برایتان پوشش داده می‌شوند و هزینه‌هایی که باید از جیب خودتان بپردازید..... 62
- A1. هنگام بروز موارد اورژانسی سلامت عمومی..... 62
- B. قوانین علیه ارائه‌دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند..... 62
- C. اطلاعاتی راجع به جدول مزایای طرح ما..... 62
- D. جدول مزایای طرح ما..... 64
- E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما..... 115
- E1. انتقال‌های انجمن کالیفرنیا (CCT)..... 115
- برای خدمات هماهنگی انتقال CCT..... 115
- برای خدماتی که به انتقال CCT شما مرتبط نیستند..... 115
- عدم تغییر در مزایای پوشش داروها..... 116
- E2. برنامه **Medi-Cal Dental**..... 116
- E3. مراقبت آسایشگاهی..... 116
- E4. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)..... 117

- E5. 1915(c) برنامه‌های معافیت از خدمات مبتنی بر منزل و جامعه (HCBS) 118
- E6. خدمات ارزیابی نهاد آموزش محلی («LEA») 120
- E7. خدمات LEA به‌صورتی‌که در بخش 51360 از CCR عنوان 22 تصریح شده است 120
- E8. خدمات آزمایشگاهی ارائه‌شده تحت برنامه دولتی آزمایش سطح سرمی آلفا-فتوپروتئین 120
- E9. دعا یا شفای معنوی 120
- F. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند 120
- استثنائات DeltaCare USA 125

A. خدماتی که برایتان پوشش داده می‌شوند و هزینه‌هایی که باید از جیب خودتان بپردازید

این فصل درباره خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و اینکه شما برای هر سرویس چه مبلغی می‌پردازید، توضیح می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش نیستند، اطلاعاتی کسب کنید. اطلاعات درباره مزایای دارو در **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا آمده است. همچنین این فصل حدود مجاز برای برخی از خدمات را توضیح می‌دهد.

برای برخی خدمات هزینه‌ای از شما دریافت می‌شود که پرداخت مشترک نام دارد. این هزینه مبلغ ثابتی است (مثلاً \$5) که هر بار سرویسی را دریافت می‌کنید، این هزینه را می‌پردازید. سهم پرداخت مشترک را زمان دریافت خدمات پزشکی می‌پردازید.

اگر برای آگاهی از خدماتی که تحت پوشش هستند به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» با شماره **1-800-443-0815** (TTY 711)، در 7 روز هفته از 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید.

A1. هنگام بروز موارد اورژانسی سلامت عمومی

در صورت اعلام مورد اورژانسی سلامت عمومی به دلیل بیماری، ما خدمات زیر را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش خواهیم داد:

- خدمات پیشگیرانه، از جمله ایمن‌سازی، با توصیه «A» یا «B» از طرف کارگروه خدمات پیشگیرانه ایالات متحده.
- خدمات و محصولات لازم برای غربالگری، آزمایش و تشخیص بیماری که موضوع اورژانس بهداشت عمومی است.
- مجوز استفاده اضطراری تأییدشده یا اعطاشده توسط FDA برای درمان بیماری.

B. قوانین علیه ارائه‌دهندگانی که هزینه خدمات را از شما دریافت می‌کنند

ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات تحت پوشش داخل شبکه صورتحسابی به شما بدهند. خودمان مستقیماً هزینه را به ارائه‌دهندگانمان پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه‌ای حمایت می‌کنیم. حتی اگر مبلغی کمتر از آنچه که ارائه‌دهنده برای خدماتی مطالبه می‌کند بپردازیم، این روال برای شما برقرار است.

هرگز نباید برای خدمات تحت پوشش از ارائه‌دهنده‌ای صورتحساب دریافت کنید. در صورتی که این اتفاق افتاد، به **فصل 7** از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

C. اطلاعاتی راجع به جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا مشخص می‌کند که طرحمان هزینه چه خدماتی را می‌پردازد. این جدول خدمات را به ترتیب الفبا فهرست کرده و درباره آن‌ها توضیح می‌دهد.

ما هزینه خدمات فهرست‌شده در جدول مزایای پزشکی را در صورتی می‌پردازیم که دستورالعمل‌های زیر رعایت شوند:

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق قوانین تعیین‌شده توسط Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدمات (شامل مراقبت پزشکی، خدمات، مواد و وسایل و تجهیزات و داروهای تجویزی بخش B) باید ضرورت پزشکی داشته باشند. «از لحاظ پزشکی ضروری» یعنی اینکه خدمات، وسایل و تجهیزات یا داروها برای پیشگیری، تشخیص یا درمان مشکل پزشکی شما نیاز بوده و با استانداردهای پذیرفته‌شده اقدامات پزشکی مطابقت دارند.

اگر پرستشی دارید، لطفاً از طریق شماره **(TTY 711) 1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

- خدمات مراقبتی خود را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در بیشتر موارد، مراقبت‌هایی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نخواهد گرفت، مگر اینکه مراقبت‌های اورژانسی یا خدمات فوریتی باشند یا طرحتان یا ارائه‌دهنده داخل شبکه به شما ارجاع داده باشد. **فصل 3** از این کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری در مورد مراجعه به ارائه‌دهندگان در شبکه و خارج شبکه دارد.
- شما «ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP، primary care provider)» یا تیم مراقبتی دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در اغلب موارد، ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما باید پیش از اینکه بتوانید از ارائه‌دهنده‌ای کمک بگیرید که PCP شما نیست یا از ارائه‌دهندگان دیگری کمک بگیرید که در شبکه طرح هستند، مجوز قبلی به شما بدهد. این موضوع ارجاع دادن نامیده می‌شود. **فصل 3** از این کتابچه راهنمای اعضا اطلاعات بیشتری درباره گرفتن ارجاع و شرایطی که به ارجاع نیاز **ندارید** ارائه می‌دهد.
- برخی از خدمات فهرست‌شده در جدول مزایا را فقط زمانی پوشش می‌دهیم که پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری در شبکه از ما «مجوز قبلی» گرفته باشد. این مورد مجوز قبلی (PA) نامیده می‌شود. خدمات تحت پوششی را که نیازمند PA هستند، در جدول مزایا با علامت پاورقی (+) علامت‌گذاری کرده‌ایم. علاوه بر این، برای کسب اطلاعات بیشتر درباره PA، از جمله سایر خدماتی که نیازمند PA هستند و در جدول مزایا ذکر نشده‌اند، **فصل 3** را مشاهده کنید.
- همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این سیب 🍏 را کنار خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا پیدا خواهید کرد.
- **پشتیبانی‌های انجمن:** ممکن است تحت طرح مراقبت فردی و ویژه‌تان پشتیبانی‌های محلی ارائه شوند. پشتیبانی‌های محلی خدمات یا شرایط جایگزین مرتبط از لحاظ پزشکی و مقرون به صرفه هستند. این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات می‌توانند به شما کمک کنند با استقلال بیشتری زندگی کنید. این خدمات جایگزین مزایایی که پیش‌تر از Medi-Cal دریافت می‌کردید، **نمی‌شوند**. این خدمات در همه نواحی موجود نیست. همه اعضا واجد شرایط دریافت خدمات «پشتیبانی‌های انجمن» نیستند. برای احراز صلاحیت، باید دارای معیارهای خاصی باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پشتیبانی‌های انجمن، با PCP خود یا «خدمات اعضا» گفتگو کنید.

D. جدول مزایای طرح ما

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>آزمایش غربالگری آنوریسم آنورت شکمی</p> <p>هزینه آزمایش غربالگری یکبارہ سونوگرافی برای افراد در معرض خطر را می‌پردازیم. فقط در صورتی که فاکتورهای خطر معینی را داشته باشید و توسط پزشک، دستیار پزشک، پرستار درمانگر یا متخصص پرستاری بالینی خود برای این آزمایش ارجاع داده شوید، طرح این آزمایش غربالگری را پوشش می‌دهد.</p>	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>طب سوزنی برای درد کمر مزمن†</p> <p>ما هزینه حداکثر دو مرتبه خدمات طب سوزنی سرپایی را در یک ماه تقویمی یا بیشتر در صورت وجود ضرورت پزشکی می‌پردازیم.</p> <p>همچنین اگر کمر درد مزمن داشته باشید، هزینه 12 نوبت ملاقات طب سوزنی در طی 90 روز را می‌پردازیم که به صورت زیر تعریف می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به مدت 12 هفته یا بیشتر طول بکشد؛ • غیر اختصاصی (هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی ندارد، مانند بیماری متاستاتیک، التهابی یا عفونی). • مرتبط با جراحی نیست؛ و • مرتبط با بارداری نیست. <p>به علاوه، در صورت نمایش علائم بهبود، هزینه هشت جلسه اضافی طب سوزنی برای کمر درد مزمن را می‌پردازیم. می‌توانید هر سال بیش از 20 جلسه درمانی طب سوزنی برای کمر درد مزمن دریافت کنید.</p> <p>در صورتی که بهبود پیدا نکنید یا مشکل شما تشدید شود، درمان طب سوزنی باید متوقف شود.</p>	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات طب سوزنی که تحت پوشش Medicare نیستند†</p> <p>خدمات طب سوزنی را معمولاً تنها برای درمان حالت تهوع یا به عنوان بخشی از برنامه مدیریت جامع درد برای درمان درد مزمن پوشش می‌دهیم.</p> <p>همچنین می‌توانید از طریق پوشش Medi-Cal به خدمات طب سوزنی دسترسی داشته باشید. ما تمام خدمات طب سوزنی را که برای پیشگیری، اصلاح یا کاهش حس درد شدید یا مستمر و مزمن در نتیجه وجود یک مشکل پزشکی شناخته شده و عمومی ضرورت پزشکی داشته باشند، تحت Medi-Cal پوشش می‌دهیم. خدمات طب سوزنی سرپایی به ارجاع و تأییدیه قبلی نیاز ندارند. این خدمات طب سوزنی زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که از طریق «ارائه‌دهندگان شبکه» ما یا ارائه‌دهندگان شبکه American Specialty Health ارائه شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات طب سوزنی تحت پوشش Medi-Cal، لطفاً با American Specialty Health با شماره 1-800-678-9133 (TTY 711) تماس بگیرید.</p>	

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
\$0	<p>خدمات مراقبتی حساس بزرگسالان تحت پوشش Medi-Cal</p> <p>به‌عنوان فردی بزرگسال (18 سال به بالا)، ممکن است تمایل نداشته باشید در رابطه با خدمات مراقبتی حساس یا خصوصی خود به PCP مراجعه کنید. در این صورت، می‌توانید هر پزشک یا کلینیکی را جهت دریافت مراقبت‌های ذیل انتخاب کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنظیم خانواده/پیشگیری از بارداری (شامل خدمات عقیم‌سازی). • آزمایش و مشاوره بارداری. • پیشگیری/آزمایش/درمان HIV/ایدز. • پیشگیری/آزمایش/درمان عفونت‌های مقاربتی. • مراقبت پس از تعرض جنسی. • خدمات سقط جنین سرپایی. <p>نیازی نیست برای آزمایش بارداری، خدمات برنامه‌ریزی خانواده، خدمات پیشگیری از بارداری یا خدماتی برای عفونت‌های مقاربتی پزشک یا کلینیک عضو شبکه Kaiser Permanente باشد. می‌توانید هر کدام از ارائه‌دهندگان Medi-Cal را انتخاب کنید و بدون ارجاع یا مجوز قبلی به آن‌ها مراجعه کنید. برای کمک در یافتن ارائه‌دهنده Medi-Cal که خارج از شبکه Kaiser Permanente باشد، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.</p> <p>خدماتی که ارائه‌دهنده خارج شبکه ارائه می‌دهد و ارتباطی با «مراقبت حساس» ندارند، پوشش داده نخواهند شد. برای کمک در یافتن پزشک یا کلینیکی که این خدمات را ارائه دهد، یا برای حمل‌ونقل جهت مراجعه به این خدمات می‌توانید با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه‌روز با Appointment and Advice Line (خط نوبت ملاقات و مشاوره) تماس بگیرید و با متخصص دارای مجوز مراقبت درمانی صحبت کنید.</p>
\$0	<p>غربالگری و مشاوره برای سوء مصرف الکل</p> <p>برای بزرگسالانی که مبتلا به سوء مصرف الکل هستند، اما وابسته به الکل نیستند، یکبار هزینه خدمات غربالگری سوء مصرف الکل (SABIRT) را می‌پردازیم. این بزرگسالان شامل زنان باردار می‌شوند.</p> <p>در صورتی که آزمایش غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، می‌توانید سالانه تا حداکثر چهار جلسه توجیهی مشاوره حضوری با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) دارای صلاحیت یا درمانگر در محیط خدمات مراقبت اولیه داشته باشید (در صورتی که حین مشاوره توانمند و هوشیار باشید).</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>اگر به خدمات و مشاوره‌های بیشتر از آنچه که Medicare پوشش می‌دهد نیاز دارید، ممکن است بتوانید این خدمات را از طریق طرح سلامت روان کانتی دریافت کنید. کانتی خدمات اختلال مصرف مواد را به آن دسته از اعضای Medi-Cal که از معیارهای ضرورت پزشکی برخوردار هستند، ارائه می‌دهد. برای یافتن شماره‌های تماس رایگان همه کانتی‌ها به‌صورت آنلاین به اینجا مراجعه کنید</p> <p>http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContactList.aspx</p>	
<p>اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal هستید، سهم پرداختی شما \$0 خواهد بود. در غیر این صورت، به ازای مسیر یک‌طرفه \$150 می‌پردازید.</p>	<p>خدمات آمبولانس</p> <p>خدمات آمبولانس تحت پوشش شامل خدمات زمینی و هوایی (هوابیما و هلیکوپتر) می‌شود. آمبولانس شما را به نزدیکترین مکانی که می‌توانید تحت مراقبت قرار بگیرید، منتقل می‌کند. وضعیت شما باید به حدی وخیم باشد که سایر روش‌های رسیدن به مرکز مراقبت سلامت یا جان شما را به خطر بیندازد.</p> <p>خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اورژانسی) باید توسط ما تأیید شود. در موارد غیر اورژانسی ممکن است هزینه آمبولانس را بپردازیم. وضعیت شما باید به حدی وخیم باشد که سایر روش‌های رسیدن به مرکز مراقبت، جان شما یا سلامتتان را به خطر بیندازد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حمل‌ونقل غیر اورژانسی، به فصل 3 مراجعه کنید.</p> <p>اگر به دلایل منطقی معتقدید که شرایط پزشکی اورژانسی دارید و شرایط شما مستلزم پشتیبانی بالینی خدمات برای حمل‌ونقل با آمبولانس است، ما خدمات آمبولانس‌های مجاز را در هر نقطه از سراسر دنیا بدون مجوز قبلی پوشش می‌دهیم (شامل حمل و نقل از طریق سیستم پاسخ اورژانسی 911 در صورت موجود بودن).</p>	
<p>\$0</p>	<p>معاینات بالینی معمول سالانه</p> <p>معاینات بالینی معمول در صورتی پوشش داده می‌شود که از نظر پزشکی جز مراقبت‌های پیشگیرانه مناسب و مطابق با استانداردهای حرفه‌ای اجرایی باشد که به‌طور کلی پذیرفته شده‌اند.</p>	
<p>\$0</p>	<p>نوبت ملاقات سالانه برای بررسی سلامت</p> <p>می‌توانید یک چکاپ سالانه انجام دهید. این ملاقات برای تهیه یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری بر مبنای ریسک فاکتورهای فعلی شما است. هر 12 ماه یکبار هزینه این خدمات را می‌پردازیم.</p> <p>توجه: اولین نوبت سالانه برای بررسی تندرستی‌تان، نمی‌تواند در طول 12 ماه نوبت‌های «به Medicare خوش آمدید» انجام شود. با این حال، برای دریافت نوبت سالانه بررسی تندرستی‌تان پس از سپری کردن «بخش B» به مدت 12 ماه، نیازی نیست «به Medicare خوش آمدید» را گذرانده باشید.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
\$0	<p>سایر خدمات پیشگیرانه</p> <p>شما می‌توانید آموزش آسم و ارزیابی محیط خانه را برای محرک‌هایی که معمولاً در خانه برای افراد مبتلا به آسم با کنترل ضعیف یافت می‌شود دریافت کنید.</p>	
\$0	<p>سنجش تراکم استخوان </p> <p>هزینه اقدامات خاصی را برای اعضای که واجد شرایط باشند (معمولاً فردی که در معرض خطر از دست دادن تراکم استخوان یا استئوپروز است) می‌پردازیم. این اقدامات توده استخوان، از دست رفتن استخوان و کیفیت آن را مشخص می‌کنند.</p> <p>هر 24 ماه یک بار یا در صورت وجود ضرورت پزشکی به دفعات بیشتری هزینه این خدمات را می‌پردازیم. ما همچنین هزینه مراجعه به پزشک برای دیدن و تفسیر نتایج را می‌پردازیم.</p>	
\$0	<p>غربالگری سرطان پستان (ماموگرافی) </p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک نوبت ماموگرافی استاندارد بین سن 35 تا 39 سالگی. • یک نوبت ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه یکبار برای زنان 40 سال و بالاتر. • معاینات بالینی پستان هر 24 ماه یک بار. 	
\$0	<p>خدمات توانبخشی کاردیاک (قلبی)</p> <p>ما هزینه خدمات توانبخشی کاردیاک از قبیل تمرین، آموزش و مشاوره را می‌پردازیم. اعضا باید شرایطی خاص و دستور پزشک داشته باشند.</p> <p>طرح ما همچنین برنامه‌های توانبخشی کاردیاک متمرکز را پوشش می‌دهد که معمولاً شدیدتر از برنامه‌های توانبخشی کاردیاک هستند.</p>	
\$0	<p>نوبت ملاقات برای کاهش خطر بیماری‌های قلبی عروقی (مداوای بیماری‌های قلبی عروقی) </p> <p>برای کمک به کاهش خطر بیماری‌های قلبی، ما در سال هزینه یک نوبت، یا در صورت ضرورت پزشکی نوبت‌های بیشتر، ملاقات با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما را می‌پردازیم. پزشکتان ممکن است در طی مدت ملاقات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درباره مصرف آسپیرین صحبت کند، • فشار خونتان را بررسی کند، و/یا • نکاتی برای اطمینان از داشتن تغذیه سالم به شما بدهد. 	

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
\$0	<p>آزمایش تشخیص بیماری قلبی عروقی </p> <p>ما هر پنج سال یک مرتبه (60 ماه) هزینه آزمایش‌های خون برای بررسی بیماری قلبی عروقی را می‌پردازیم. این آزمایش‌های خون همچنین نقص‌های ناشی از خطر بالای بیماری قلبی را بررسی می‌کنند.</p>	
\$0	<p>غربالگری سرطان واژن و دهانه رحم </p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای همه زنان: تست پاپ‌اسمیر و معاینه لگن هر 24 ماه. • برای زنانی که در معرض خطر شدید ابتلا به سرطان دهانه رحم قرار دارند: یک تست پاپ‌اسمیر هر 12 ماه. • برای زنانی که ظرف سه سال گذشته تست پاپ‌اسمیر غیرعادی داشته‌اند و در سنین باروری هستند: یک تست پاپ‌اسمیر هر 12 ماه. • برای زنان در سنین 30 تا 65 سال: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ‌اسمیر و HPV هر 5 سال. 	
\$0	<p>خدمات کاپروپراکتیک†</p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اصلاحات ستون فقرات برای اصلاح انحرافات. این خدمات تحت پوشش Medicare توسط یک کاپروپراکتور در شبکه ارائه می‌شوند. برای دیدن فهرست کاپروپراکتورهای داخل شبکه ما، لطفاً به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش مراجعه کنید. • Medi-Cal خدمات کاپروپراکتیک را در صورتی پوشش می‌دهد که توسط «مرکز درمانی مورد تأیید فدرال» (Federally Qualified Health Center, FQHC)، «کلینیک‌های سلامت روستایی (Rural Health Clinic, RHC)» در شبکه Kaiser Permanente دریافت شده باشد. در مراکز FQHC و RHC گرفتن ارجاع برای ارائه خدمات ممکن است ضروری باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات موجود در FQHC یا RHC، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. 	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>غربالگری سرطان روده بزرگ </p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کولونوسکوپی حداقل یا حداکثر محدودیت سنی ندارد و برای بیمارانی که در معرض خطر نیستند هر 120 ماه (10 سال) یکبار یا برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند، 48 ماه پس از سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی و برای بیماران پرخطر هر 24 ماه یکبار پس از کولونوسکوپی غربالگری قبلی یا تنقیه باریم پوشش داده می‌شود. • سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند، هر 120 ماه یکبار پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری. برای بیماران پرخطر، هر 48 ماه یکبار از آخرین سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا تنقیه باریم. • آزمایش‌های غربالگری خون پنهان در مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یکبار. • DNA مدفوع چنددهفه برای بیماران 45 تا 85 سال و فاقد معیارهای خطر بالا. هر سه سال یکبار. • آزمایش‌های نشانگر زیستی مبتنی بر خون برای بیماران 45 تا 85 سال و فاقد معیارهای پرخطر. هر سه سال یکبار. • تنقیه باریم به‌عنوان جایگزینی برای کولونوسکوپی برای بیماران در معرض خطر بالا و 24 ماه پس از آخرین تنقیه باریم غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری. • تنقیه باریم به‌عنوان جایگزینی برای سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال یا بالاتر که در معرض خطر بالا نیستند. حداقل یکبار، 48 ماه پس از آخرین تنقیه باریم غربالگری یا سیگمونئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری. • آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل کولونوسکوپی غربالگری تکمیلی پس از آزمایش غربالگری سرطان روده بزرگ غیرنفوذی مبتنی بر مدفوع تحت پوشش Medicare که نتیجه مثبتی را نشان می‌دهد، می‌شود. 	
<p>\$0 برای خدمات تحت پوشش عنوان‌شده در بخش «مراقبت دندان‌دانی (DeltaCare USA Dental HMO Program)» در انتهای این جدول.</p>	<p>خدمات دندانپزشکی</p> <p>Health Plan برای ارائه برنامه DeltaCare® USA Dental HMO به شما، با Delta Dental کالیفرنیا («Delta Dental») قرارداد دارد. DeltaCare USA خدمات جامع مراقبت دندان‌دانی را از طریق شبکه‌ای از دندانپزشکان عرضه می‌کند که برای ارائه خدمات دندان‌دانی با Delta Dental قرارداد دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی، لطفاً به «فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی» مراجعه کنید.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
\$0	<p>ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی، از جمله و نه محدود به جرم‌گیری، پر کردن و دندان‌های مصنوعی را پرداخت می‌کنیم. مواردی که پوشش نمی‌دهیم، از طریق «برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental» که در بخش E توضیح داده شده است در دسترس است.</p>	
\$0	<p>آزمایش غربالگری افسردگی</p> <p>ما سالانه هزینه یک نوبت آزمایش غربالگری افسردگی را می‌پردازیم. غربالگری باید در یک محیط مراقبت‌های اولیه انجام شود که امکان ارجاع و/یا درمان‌های تکمیلی را داشته باشد.</p>	
\$0	<p>غربالگری دیابت</p> <p>اگر هر کدام از ریسک فاکتورهای زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (شامل تست قندخون ناشتا) را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فشار خون بالا (پرفشاری) • سابقه سطح کلسترول یا تری‌گلیسرید غیرعادی (دیسلیدیمی) • چاقی • سابقه قند خون بالا (گلوکز) <p>در بعضی موارد ممکن است آزمایش‌ها برای شما پوشش داده شود، از قبیل اینکه اضافه وزن یا سابقه خانوادگی دیابت داشته باشید. بسته به نتیجه این آزمایشات ممکن است واجد شرایط انجام حداکثر دو مرحله غربالگری دیابت در هر 12 ماه باشید.</p>	
\$0	<p>آموزش، خدمات و وسایل برای خود مدیریتی دیابت</p> <p>برای همه افراد مبتلا به دیابت (افراد مصرف‌کننده انسولین و غیر مصرف‌کننده)، خدمات زیر پوشش داده می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • +وسایل برای کنترل قند خونتان شامل موارد زیر است: • دستگاه کنترل قند خون. • نوارهای آزمایش قند خون. • دستگاه‌های لنست و سوزن‌های لنست. • محلول کنترل قند خون برای بررسی دقت نوارها و دستگاه‌های آزمایش. 	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<ul style="list-style-type: none"> • برای افراد دچار دیابت که مشکل شدید زخم پای دیابتی دارند، هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنیم: • یک جفت کفش طبی با قالب سفارشی (شامل کفی‌ها)، همراه با اندازه‌گیری و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی، یا • یک جفت کفش طبی برای گودی کف پا همراه با متناسب‌سازی و سه جفت کفی اضافی در هر سال (شامل کفی‌های غیرسفارشی و جداسدنی که با چنین کفش‌هایی ارائه می‌شوند، نیست) • در برخی موارد، هزینه آموزش برای کمک به شما در مدیریت بیماری دیابت را می‌پردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. <p>توجه: می‌توانید خدمات آموزش خودمدریتی دیابت را از برنامه‌ای خارج از طرح ما دریافت کنید که توسط «اتحادیه دیابت آمریکا» به رسمیت شناخته می‌شود و مورد تأیید Medicare است.</p>	
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات همراه زانو</p> <p>برای افرادی که باردار هستند، هزینه نُه ملاقات با همراه زانو را در طول دوره قبل زایمان و پس از زایمان و همچنین پشتیبانی حین زایمان می‌پردازیم.</p>	
<p>اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal هستید، سهم پرداختی شما \$0 خواهد بود. در غیر این صورت، 20% بیمه مشترک، غیر از \$0 برای بیک فلومتر و دستگاه نوردرمانی فرابنفش می‌پردازید.</p>	<p>«تجهیزات پزشکی بادوام (Durable medical equipment: DME)» و وسایل مربوطه †</p> <p>برای اطلاع از تعریف «تجهیزات پزشکی بادوام (DME)»، به فصل 12 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p> <p>موارد زیر را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ویلچر، شامل ویلچرهای برقی. • عصاهای زیربغل. • سیستم‌های تشک برقی. • پد ضد زخم بستر مخصوص تشک‌ها. • لوازم دیابت. • تخت‌های بیمارستانی که برای استفاده در منزل توسط ارائه‌دهنده سفارش داده می‌شود. • قطب و پمپ‌های انفوزیون داخل وریدی (IV). • دستگاه‌های تولید گفتار. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و وسایل مربوطه (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • دستگاه‌ها و تجهیزات اکسیژن. • نیولایزر. • واکر. • دسته خمیده یا چهارپایه استاندارد و لوازم تعویضی. • وسیله‌ای برای کشش گردن (که روی در آویزان می‌شود). • محرک استخوان. • تجهیزات مراقبتی دیالیز. <p>سایر اقلام ممکن است پوشش داده شود.</p> <p>ما همه تجهیزات DME دارای ضرورت پزشکی را که Medicare و Medi-Cal معمولاً هزینه آن را می‌پردازد، پوشش می‌دهیم. اگر تأمین‌کننده وسایل پزشکی ما در ناحیه شما محصولات یک تولیدکننده یا نام برند خاص را نداشته باشد، می‌توانید درخواست کنید که در صورت امکان برایتان به‌طور خاص سفارش دهند. جدیدترین فهرست تأمین‌کنندگان در وبسایت ما به نشانی kp.org/directory موجود است.</p> <p>ما تمامی تجهیزات DME ذیل را که تحت پوشش Medicare نیستند، در صورتی که ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تجهیزات تخت برای تخت بیمارستانی هنگامی که به ضمیمه تخت نیاز باشد. • محافظ پاشنه یا آرنج برای جلوگیری از یا به حداقل رساندن استفاده از تجهیزات پیشرفته کاهش فشار. • دستگاه یونتوفورزیس برای درمان هایپرهیدروزیس زمانی که داروهای ضدتقریق منع مصرف دارند و هایپرهیدروزیس عوارض پزشکی (مثلاً عفونت پوستی) ایجاد کرده است یا مانع از انجام فعالیت‌های روزمره می‌شود. • کیسه احیا برای بیمار تراکئوستومی که مشکلات قابل توجهی در کنترل ترشحات داشته باشد و نیاز به روش لاواژ و ساکشن به کمک تنفس عمیق از طریق کیسه احیا دارد. • تجهیزات درمانی اشعه ماوراءبنفش برای عارضه‌هایی غیر از پسوریازیس در صورت داشتن ضرورت پزشکی، شامل تجهیزات نوردرمانی ماوراءبنفش برای مصرف خانگی، اگر (1) تجهیزات طی روند کسب مجوز قبلی طرح ما که در فصل 3 توضیح داده شده است تأیید شده باشند و (2) تجهیزاتی که درون ناحیه خدماتی طرح ما ارائه می‌گردند، می‌شود. (پوشش برای تجهیزات نوردرمانی فرابنفش محدود به اقلام استاندارد تجهیزات است که به‌شایستگی نیازهای پزشکی شما را تأمین می‌کند. تصمیم به اجاره یا خرید تجهیزات، و نیز انتخاب فروشنده با ماست. زمانی که یک وسیله را دیگر تحت پوشش قرار نمی‌دهیم، یا باید آن را به ما برگردانید یا قیمت عادلانه آن در بازار را به ما پرداخت کنید.)

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>اگر در بیمارستانی خارج شبکه خدمات مراقبت اورژانسی دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی، نیاز به مراقبت بستری داشته باشید، برای اینکه بتوانید همچنان از پوشش مراقبت‌های خود استفاده کنید باید به بیمارستانی در شبکه بازگردید یا در بیمارستانی خارج از شبکه بستری خود را بگذرانید که به موجب طرح ما مجاز باشد و هزینه‌های شما سهم هزینه‌ای خواهد بود که در بیمارستان شبکه می‌پردازید.</p>	<p>مراقبت اورژانسی</p> <p>مراقبت اورژانسی به معنای خدماتی است که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • توسط ارائه‌دهنده دارای صلاحیت برای انجام خدمات اورژانسی ارائه می‌شوند، و • برای درمان وضعیت اورژانس پزشکی ضروری هستند. <p>یک وضعیت پزشکی اورژانسی عبارت است از وضعیت پزشکی همراه با درد شدید یا آسیب جدی. این وضعیت به حدی جدی است که اگر فوراً مورد رسیدگی قرار نگیرد، برای هر کس با دانش متوسط پزشکی و بهداشتی روشن است که به این مسائل منجر خواهد شد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدی برای سلامت شما و یا کودک متولد نشده‌تان؛ یا • آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا • نقص جدی در عملکرد بدن یا هر یک از اندام یا بخش‌های آن؛ یا • در شرایطی که مادر باردار در مرحله فعال زایمان باشد، وقتی: • زمان کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگری قبل از زایمان نباشد. • انتقال به بیمارستان دیگر احتمال خطر برای سلامتی یا ایمنی شما و یا نوزاد متولد نشده‌تان داشته باشد. <p>سهم هزینه برای خدمات اورژانسی ضروری انجام گرفته در خارج از شبکه با خدمات انجام گرفته داخل شبکه یکسان است.</p> <p>شما از پوشش مراقبت اورژانسی در سراسر دنیا برخوردار هستید.</p>
<p>\$0</p>	<p>خدمات تنظیم خانواده</p> <p>قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی از خدمات تنظیم خانواده هر ارائه‌دهنده‌ای را انتخاب کنید - چه ارائه‌دهنده شبکه یا ارائه‌دهنده خارج از شبکه. هر ارائه‌دهنده‌ای به معنای هر دکتر، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا مطبی برای تنظیم خانواده است.</p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • معاینات و درمان‌های پزشکی تنظیم خانواده. • تست‌های آزمایشگاهی و تشخیصی تنظیم خانواده. • روش‌های تنظیم خانواده (IUC/IUD، کاشت، تزریق، قرص، برچسب (پچ) یا حلقه جلوگیری از بارداری). • وسایل تنظیم خانواده دارای نسخه (کاندوم، اسفنج، فوم، روکش، دیافراگم، کپ). • مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مرتبط. • مشاوره، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STIها).

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<ul style="list-style-type: none"> • مشاوره و آزمایش برای HIV و AIDS و سایر عارضه‌های مرتبط با HIV. • پیشگیری دائمی از بارداری (برای انتخاب این روش تنظیم خانواده باید 21 سال و بیشتر سن داشته باشید. لازم است حداقل 30 روز و نه بیشتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت برای عقیم‌سازی را امضا کنید). • مشاوره ژنتیک. <p>ما همچنین هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده را می‌پردازیم. بالاینحال، باید برای خدمات زیر به یک ارائه‌دهنده در شبکه ارائه‌دهندگان ما مراجعه کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درمان عارضه‌های پزشکی ناباروری (این خدمت شامل روش‌های مصنوعی برای بارداری نمی‌شود). • درمان برای AIDS و سایر عارضه‌های مرتبط با HIV. • آزمایش ژنتیک.
\$0	<p>مزایای تناسب اندام (برنامه The Silver&Fit® Healthy Aging an Exercise)</p> <p>برنامه Silver&Fit شامل موارد ذیل است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • می‌توانید بدون هیچ هزینه‌ای در مرکز تناسب اندام Silver&Fit شرکت کنید و از تمامی خدماتی که در عضویت استاندارد مرکز شامل می‌شوند، بهره ببرید (برای مثال، استفاده از تجهیزات مرکز تناسب اندام یا کلاس‌های دارای مربی که نیاز به هزینه اضافی ندارند). اگر برای عضویت در مرکز تناسب اندام Silver&Fit ثبت‌نام کنید، موارد ذیل انجام می‌شود: • مرکز تناسب اندام آشنایی با وسایل و تجهیزات را ارائه می‌دهد. • خدمات ارائه‌شده در مراکز تناسب اندام بسته به موقعیت مکانی آن‌ها متغیر هستند. هرگونه خدمات غیراستاندارد مرکز تناسب اندام که معمولاً مستلزم پرداخت هزینه اضافی است، در عضویت استاندارد شما در برنامه Silver&Fit قرار نمی‌گیرد (مثلاً خدمات مربی خصوصی یا هزینه زمین بازی). • برای شرکت در یکی از مراکز تناسب اندام طرف قرارداد Silver&Fit، از طریق kp.org/SilverandFit ثبت‌نام و موقعیت (های) مکانی خود را انتخاب کنید. سپس می‌توانید «نامه خوش آمدید» خود را دانلود و چاپ کنید؛ این نامه حاوی کارت Silver&Fit و شماره شناسایی برای تحویل به مرکز تناسب اندام انتخابی است. • هنگامی که عضو می‌شوید، می‌توانید یک بار در ماه مرکز تناسب اندام Silver&Fit خود را تغییر دهید و این تغییر از اولین روز ماه بعد اجرا خواهد شد (ممکن است لازم باشد که در مرکز تناسب اندام توافق‌نامه عضویت جدیدی پر کنید).

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>The Silver&Fit® Healthy Aging an (برنامه Exercise) (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر مایل هستید که در خانه ورزش کنید، می‌توانید هر سال تقویمی یک Home Fitness Kit انتخاب کنید. Home Fitness Kit های بسیاری وجود دارند که می‌توانید گزینه‌هایی از قبیل کیت Wearable Fitness Tracker (ساعت هوشمند)، پیلاتس، استقامتی، شنا، و یوگا انتخاب کنید. امکان تغییر کیت‌ها وجود دارد و هنگامی که انتخاب شوند امکان جابجایی آن‌ها وجود ندارد. برای انتخاب کیت خود، لطفاً از kp.org/SilverandFit بازدید کنید یا با خدمات مشتریان Silver&Fit تماس بگیرید. • این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد • از طریق kp.org/SilverandFit به خدمات آنلاین Silver&Fit دسترسی پیدا کنید. جایی که ویدیوهای پرطرفدار تمرین‌های ورزشی، «طرح‌های تمرینی»، Well-Being Club، خیرنامه و سایر ویژگی‌های مفید در آن ارائه می‌شوند. ویژگی ارتقایافته Well-Being Club در وبسایت Silver&Fit به اعضا فرصتی برای دیدن منابع سفارشی و همچنین شرکت در رویدادها و کلاس‌های زنده را می‌دهد. <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه Silver&Fit و فهرستی از مراکز تناسب اندام طرف قرارداد و کیت‌های خانگی، از kp.org/SilverandFit بازدید کنید یا دوشنبه تا جمعه از ساعات 5 ق.ظ تا 6 ب.ظ از طریق شماره 1-877-750-2746 (TTY 711) با مرکز خدمات مشتریان Silver&Fit تماس بگیرید. (PST).</p> <p>برنامه Silver&Fit توسط شرکت American Specialty Health Fitness، یکی از شرکت‌های فرعی American Specialty Health Incorporated (ASH) ارائه می‌شود. Silver&Fit یک نام تجاری ثبت شده فدرال و متعلق به شرکت ASH است و در اینجا با کسب مجوز مورد استفاده قرار می‌گیرد. مراکز تناسب اندام و زنجیره‌های تناسب اندام عضو طرح ممکن است بسته به موقعیت مکانی متفاوت باشند یا تغییر پیدا کنند.</p>
\$0	<p>برنامه‌های آموزش بهداشت و سلامت </p> <p>ما برنامه‌های بسیاری را ارائه می‌دهیم که به مشکلات سلامتی خاصی می‌پردازند. مثلاً:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • قطع مصرف تنباکو و دخانیات؛ و • شماره تماس راهنمای پرستاری

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>طرح ما تعدادی کلاس‌های آموزش سلامت گروهی را به‌عنوان بخشی از برنامه Healthy Lifestyle ما پوشش می‌دهد که شامل این موارد است: «قلب سالم» (healthy heart)، «زندگی با عارضه‌های مزمن و افسردگی» (living with chronic conditions and depression). برنامه‌های Healthy Lifestyle توسط مربیان سلامت مورد تأیید یا دیگر متخصصین سلامت دارای صلاحیت برگزار می‌شوند.</p> <p>ما انواعی از برنامه‌ها، مطالب و مشاوره‌های آموزشی سلامت را برای کمک به شما در جهت ایفای نقشی فعال در محافظت از سلامت خود و بهبود آن ارائه می‌دهیم، که شامل برنامه‌هایی برای عارضه‌های مزمن (مانند دیابت و آسم) است. شما همچنین می‌توانید در برنامه‌هایی شرکت کنید که تحت پوشش ما نیستند و امکان دارد مستلزم پرداخت هزینه‌ای از سوی شما باشند.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر درباره برنامه‌ها، مطالب و مشاوره‌های آموزشی سلامت، لطفاً با «خدمات اعضا» یا «اداره آموزش سلامت» در منطقه خود تماس بگیرید، یا به وبسایت ما به نشانی kp.org مراجعه کنید.</p>
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات شنوایی</p> <p>ما هزینه سنجش‌های شنوایی و تعادل را که توسط ارائه‌دهنده‌تان انجام می‌شود، می‌پردازیم. این سنجش‌ها مشخص می‌کنند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. هنگامی که این سنجش‌ها را از پزشک، متخصص شنوایی‌سنجی و یا ارائه‌دهنده دارای صلاحیت دیگری دریافت می‌کنید، به‌عنوان خدمات مراقبتی سرپایی پوشش داده می‌شوند.</p> <p>سمعک</p> <p>سمعک را در صورتی پوشش می‌دهیم که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • به‌دلیل از دست دادن شنوایی سنجش شده‌اید. • سمعک از لحاظ پزشکی ضرورت داشته باشد. • از پزشک خود نسخه‌ای دریافت کردید. <p>پوشش به ارزان‌ترین نوع سمعک که نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند، محدود می‌شود. ما تصمیم می‌گیریم که چه کسی سمعک را عرضه کند. فقط یک سمعک را پوشش می‌دهیم، مگر آنکه برای کسب نتیجه بسیار بهتر به یک سمعک برای هر گوش نیاز باشد.</p> <p>ما موارد زیر را برای هر سمعک تحت پوشش می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قالب‌های گوش مورد نیاز برای قرارگیری سمعک در گوش. • یک بسته باتری استاندارد. • ملاقات برای اطمینان از درست کار کردن سمعک. • ملاقات‌هایی برای تمیزکردن و جاانداختن سمعک. • تعمیر سمعک‌ها.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>ما در صورتی تعویض سمعک را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شنوایی شما تا حدی از دست رفته که سمعک فعلی شما قادر به اصلاح آن نیست. • سمعکتان گم شده، دزدیده شده یا صدمه دیده است (و قابل تعمیر نیست) و شما مقصر آن نیستید. بایستی طی یادداشتی به ما اطلاع دهید که چگونه این اتفاق رخ داده است. <p>پوشش شامل موارد زیر نمی‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعویض باتری‌های سمعک 	
\$0	<p>آزمایش غربالگری ایدز </p> <p>هزینه یک بار آزمایش غربالگری ایدز را هر 12 ماه برای افراد ذیل می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای آزمایش غربالگری HIV درخواست کنید، یا • در معرض خطر زیاد عفونت HIV هستید. <p>برای بانوان باردار، تا سه نوبت هزینه آزمایش غربالگری HIV حین بارداری را می‌پردازیم.</p> <p>همچنین زمانی که ارائه‌دهندگان توصیه کند، هزینه نوبت‌های بیشتری را برای غربالگری HIV می‌پردازیم.</p>	
\$0	<p>وعده‌های غذایی برای تحویل درب منزل</p> <p>ممکن است بر اساس Medi-Cal واجد شرایط پوشش برای وعده‌های غذایی باشید که تحت «پشتیبانی‌های انجمن» درب منزل تحویل داده می‌شوند. «پشتیبانی‌های انجمن» در تمام حوزه‌ها ارائه می‌شود و باید معیارهای مشخصی را برای صلاحیت داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد «پشتیبانی‌های انجمن Medi-Cal»، از پزشک خود بپرسید.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p> <p>توجه: برای خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل و اقلام ارائه‌شده طبق دستورالعمل‌های Medicare، سهم هزینه وجود ندارد. البته، موارد قابل اجرای سهم هزینه که در جای دیگری در این «جدول مزایا» فهرست شده است در صورتی اعمال خواهد شد که آن اقلام تحت پوشش مزایایی متفاوت باشند؛ برای مثال، تجهیزات پزشکی بادوامی که توسط سازمان مراقبت از سلامت در منزل ارائه نشده باشد.</p>	<p>سازمان مراقبت از سلامت در منزل</p> <p>پیش از اینکه خدمات سلامت را در منزل دریافت کنید، پزشکی باید به ما اطلاع دهد که به این خدمات نیاز دارید و باید از طریق سازمان مراقبت از سلامت در منزل ارائه شوند. باید خانه‌نشین شده باشید، یعنی ترک خانه زحمات زیادی برای شما داشته باشد.</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین خدماتی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> پرستاری تخصصی یا مددکار سلامت خانگی نیمه‌وقت یا مقطعی (برای اینکه به موجب مزایای مراقبت‌های بهداشتی در منزل تحت پوشش قرار بگیرید، خدمات کمکی سلامت در منزل و پرستاری تخصصی شما باید مجموعاً کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد). فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی. خدمات اجتماعی و پزشکی. تجهیزات و لوازم پزشکی.
<p>\$0 برای خدمات حرفه‌ای، آموزش و نظارت. مؤلفه‌های مورد نیاز (مانند داروهای بخش Medicare B، DME و لوازم پزشکی) برای انجام تزریق خانگی ممکن است بسته به مورد، مشمول اشتراک هزینه قابل‌اعمالی شود که در جای دیگری از این «نمودار مزایا» قید شده است.</p>	<p>سرمدرمانی در منزل†</p> <p>طرح ما هزینه سرمدرمانی در منزل را می‌پردازد که عبارت است از داروها یا مواد بیولوژیک که به درون رگ تزریق یا زیر پوست تزریق می‌شود و این کار در منزل شما انجام می‌شود. موارد زیر برای انجام سرمدرمانی در منزل ضروری هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> داروها یا مواد بیولوژیک مانند آنتی‌بیوتیک یا گلوبولین ایمنی؛ تجهیزات از جمله پمپ؛ و وسایل از جمله ست سرم یا کاتتر. <p>طرح ما خدمات سرمدرمانی در منزل را پوشش می‌دهد که شامل، اما نه محدود به، این موارد است:</p> <ul style="list-style-type: none"> خدمات حرفه‌ای، شامل خدمات پرستاری که طبق طرح درمان شما انجام می‌شود؛ آموزش و توجیه اعضای که قبلاً مشمول مزایای DME نبوده‌اند؛ کنترل از راه دور؛ و خدمات کنترل و نظارت برای تدارک سرمدرمانی در منزل و داروهای سرمدرمانی در منزل که از یک تأمین‌کننده دارای صلاحیت سرمدرمانی در منزل تهیه می‌شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>توجه: اگر یکی از داروها یا وسایل تحت پوشش سرمدرمانی در منزل از یک داروخانه درون شبکه‌ای سرمدرمانی در منزل تهیه نشود، ممکن است آن دارو یا وسیله، بسته به نوع آن، مشمول اشتراک هزینه قابل اعمالی شود که جای دیگری از این کتابچه فهرست شده است.</p>	<p>در صورتی که تمامی موارد زیر صدق کند، داروها و وسایل سرمدرمانی در منزل را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروی تجویز شده برای شما در دارونامه بخش Medicare D ما قید شده باشد. • داروی تجویز شده شما را برای سرمدرمانی در منزل تأیید کرده باشیم. • نسخه شما توسط یکی از ارائه‌دهندگان عضو شبکه نوشته شده باشد و از یک داروخانه عضو شبکه برای سرمدرمانی در منزل تهیه شود.
<p>\$0</p>	<p>مراقبت آسایشگاهی</p> <p>اگر ارائه‌دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص پیش آگهی غیر قابل درمان برای شما بدهند، حق انتخاب آسایشگاه را دارید. یعنی اینکه دچار بیماری غیر قابل درمانی هستید و احتمالاً تا مدت شش ماه یا کمتر زنده می‌مانید. می‌توانید از هر برنامه مراقبت آسایشگاهی که توسط Medicare مورد تأیید باشد خدمات مراقبتی دریافت کنید. طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare را در ناحیه خدماتی طرح پیدا کنید. پزشک شما برای مراقبت آسایشگاهی می‌تواند ارائه‌دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه باشد.</p> <p>خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر می‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهایی برای رفع درد و علائم. • مراقبت فرجه‌ای کوتاه مدت. • مراقبت در منزل. <p>صورت حساب خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B که به پیش‌آگهی بیماری لاعلاجتان مربوط می‌شوند، برای Medicare ارسال می‌شود.</p> <ul style="list-style-type: none"> • برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش E این فصل مراجعه کنید. <p>برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما توسط بخش Medicare A یا بخش Medicare B پوشش داده نمی‌شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طرح ما خدماتی را که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B نیستند پوشش می‌دهد. ما خدمات را چه به پیش‌آگهی بیماری غیر قابل درمانتان مربوط باشند چه نباشند، پوشش می‌دهیم. برای این خدمات مبلغ سهم هزینه طرحمان را پرداخت خواهید کرد.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش Medicare D طرحمان باشند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروها هرگز به‌طور همزمان توسط برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی و طرح ما پوشش داده نخواهند شد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. <p>توجه: اگر نیازمند مراقبت‌های غیرآسایشگاهی هستید، برای تدارک این خدمات، با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های خود و/یا «خدمات اعضا» تماس بگیرید. مراقبت غیرآسایشگاهی مراقبتی است که به پیش‌آگهی بیماری غیرقابل درمانتان ربطی ندارد.</p>
	<p>برای اعضای مبتلا به بیماری غیرقابل درمان که مزایای مراقبت آسایشگاهی را انتخاب نکرده‌اند، طرح ما خدمات مشاوره مراقبت آسایشگاهی را (تنها یک مرتبه) پوشش می‌دهد.</p>
\$0	<p style="text-align: right;">واکسن زدن </p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • واکسن ذات‌الریه. • واکسن آنفولانزا، یکبار در هر فصل آنفولانزا در پاییز و زمستان، با واکسن‌های آنفولانزای بیشتر، در صورتی‌که از نظر پزشکی ضروری باشد. • واکسن هپاتیت B در صورتی‌که در معرض خطر شدید یا متوسط ابتلا به هپاتیت B باشید. • واکسن‌های کووید-19. • واکسن‌های دیگر در صورتی‌که در معرض خطر باشید و این واکسن‌ها مطابق قوانین پوشش بخش Medicare B باشند. <p>ما هزینه سایر واکسن‌هایی را که تحت پوشش قوانین بخش Medicare D باشند می‌پردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 6 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p> <p>پس از تثبیت شرایط اورژانسی شما، برای اینکه مراقبت‌های بستری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید.</p>	<p>مراقبت بیمارستانی برای بیماران بستری</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین سایر خدماتی که ضرورت پزشکی دارند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی). • وعده‌های غذایی از جمله رژیم‌های غذایی خاص. • خدمات پرستاری منظم. • هزینه‌های بخش‌های مراقبت ویژه، مانند مراقبت ویژه یا بخش مراقبت‌های قلبی. • داروها و درمان‌ها. • تست‌های آزمایشگاهی. • عکسبرداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی. • مواد و وسایل پزشکی و جراحی لازم. • دستگاه‌ها، مانند ویلچر. • خدمات اتاق عمل و ریکاوری. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی. • خدمات بستری برای سوءمصرف مواد. • در برخی موارد، انواع پیوندهای زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چنداحشایی. • در صورتی که نیاز به پیوند دارید، یک مرکز مورد تأیید Medicare درباره نیاز شما به پیوند تصمیم‌گیری می‌کند که آیا کاندید پیوند هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند، ممکن است داخل حوزه خدماتی یا خارج از آن باشند. مادامی که ارائه‌دهندگان خدمات پیوند در منطقه مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، می‌توانید عمل پیوند خود را در شرایط محلی یا خارج از الگوی مراقبت اجتماع خود انجام دهید. اگر طرح ما خدمات پیوند را خارج از الگوی مراقبت برای انجمن‌مان ارائه دهد و شما تصمیم به انجام پیوند در آنجا دارید، ما هزینه سفر و اقامت شما و یک همراه دیگر را طبق دستورالعمل‌های سفر و اقامت خود می‌پردازیم یا هماهنگی آن را انجام می‌دهیم؛ دستورالعمل‌ها را می‌توانید از «خدمات اعضا» جویا شوید. • خون، شامل تزریق و نگهداری. • خدمات پزشک. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>مراقبت بیمارستانی برای بیماران بستری (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • توجه: برای اینکه بستری شوید، ارائه‌دهنده شما باید دستوری برای پذیرش رسمی شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان بنویسد. حتی اگر یک شب در بیمارستان بستری شوید، ممکن است همچنان به‌عنوان بیمار «سرپایی» در نظر گرفته شوید. در صورتی که مطمئن نیستید که بیمار بستری محسوب می‌شوید یا سرپایی، باید از کارکنان بیمارستان بپرسید. • همچنین می‌توانید در برگه اطلاعاتی Medicare با عنوان «آیا در بیمارستان، بیمار بستری محسوب می‌شوید یا سرپایی؟» اگر Medicare دارید – بپرسید!». این برگه اطلاعاتی در وبسایت ما به نشانی www.medicare.gov/sites/default/files/2021-Inpatient-or-Outpatient.pdf یا از طریق تماس با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در دسترس است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و هر 7 روز هفته با این شماره‌های رایگان تماس بگیرید. 	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی</p> <p>ما هزینه خدمات مراقبت از سلامت روان را که مستلزم اقامت در بیمارستان است می‌پردازیم.</p> <ul style="list-style-type: none"> • اگر 65 سال یا بیشتر سن دارید، هزینه خدماتی را که در مؤسسه‌ای برای «بیماری‌های روان (Mental Diseases، IMD)» دریافت می‌کنید، می‌پردازیم. 	
<p>\$0</p>	<p>بستری در بیمارستان: خدمات تحت پوشش در «مرکز پرستاری تخصصی (skilled nursing facility، SNF) طی مدتی که بستری هستید ولی تحت پوشش نیست</p> <p>اگر بستری شما منطقی و از لحاظ پزشکی ضروری نباشد، هزینه بستری شما را پرداخت نمی‌کنیم.</p> <p>البته در شرایط معینی که خدمات درمانی بستری پوشش داده نمی‌شود، ممکن است هزینه خدماتی را که در مدت حضورتان در مؤسسه آسایشگاهی دریافت می‌کنید، بپردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین خدماتی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات پزشکی. • آزمایش‌های تشخیصی مانند تست‌های آزمایشگاهی. 	

اگر پرستشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<ul style="list-style-type: none"> • اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ‌درمانی، شامل مواد و خدمات کارشناسانه. • پانسمان‌های جراحی. • آتل‌بندی، گچ‌گیری و دیگر ابزار مورد استفاده برای ترمیم شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها. • دستگاه‌های پروتزی و ارتزی، غیر از موارد دندان‌ی شامل تعمیر یا تعویض چنین دستگاه‌هایی. این موارد دستگاه‌هایی هستند که جایگزین همه یا بخشی از اعضای زیر می‌شوند: • اندام داخلی بدن (مانند بافت همبند)، یا • فعالیت یک اندام داخلی بدن که ناتوان شده یا عملکرد معیوب دارد. • بریس‌ها و پشتیبان‌های پا، دست، کمر و گردن، و دست، پا و چشم مصنوعی. این موارد شامل تنظیم، تعمیر یا تعویض‌های ضروری به‌دلیل فرسودگی، شکستگی، گم شدن یا تغییر شرایط شما است. • فیزیوتراپی، گفتاردرمانی و کاردرمانی.
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>وسایل و خدمات بیماری کلیه</p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات آموزش درباره بیماری کلیوی به منظور آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما در تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با مراقبت خودتان. باید بیماری کلیه مزمن درجه IV داشته باشید و پزشکتان شما را ارجاع دهد. ما حداکثر تا 6 جلسه خدمات آموزش بیماری کلیه را پوشش می‌دهیم. • درمان‌های بستری برای دیالیز در صورتی که به‌عنوان بیمار بستری برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان پذیرش شدید. • آموزش دیالیز توسط خود شخص شامل آموزش برای شما و هر شخص دیگری که در درمان‌های دیالیز خانگی به شما کمک می‌کند. • انواع خاصی از خدمات پشتیبانی در منزل از قبیل، ملاقات مسئول آموزش دیده دیالیز در صورت لزوم، برای بررسی وضعیت دیالیز شما در منزل، برای کمک در موارد اورژانسی و همچنین بررسی تجهیزات دیالیز و منبع آب. • آزمایشات خون معمول برای کنترل تأثیر دیالیز. • یک نوبت ملاقات معمول ماهانه در مطب با تیم متخصص نفرولوژی. • اقدامات ایجاد دسترسی صفاقی و عروقی در صورتی که در بخش سرپایی بیمارستان با رعایت معیارهای خاصی انجام شوند.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<ul style="list-style-type: none"> • یک نوبت ملاقات غیر معمول در مطب با تیم متخصص نفرولوژی. • اقدامات ایجاد دسترسی صفاقی و عروقی زمانی که در محیط مطب انجام شوند. <p>مزایای دارویی بخش Medicare B هزینه برخی از داروهای دیالیز را می‌پردازد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «Medicare بخش B داروهای تجویزی» در جدول مزایا مراجعه کنید.</p>	
<p>اگر واجد شرایط مساعده سهم هزینه Medicare طبق طرح Medi-Cal هستید، سهم پرداختی شما \$0 خواهد بود. در غیر اینصورت، 20% بیمه مشترک می‌پردازید.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • تجهیزات و وسایل دیالیز در منزل. • درمان‌های دیالیز سرپایی شامل درمان‌های دیالیز زمانی که موقتاً خارج از ناحیه خدماتی هستید، که در فصل 3 از این کتابچه راهنمای اعضا، توضیح داده شده یا زمانی که به‌طور موقت امکان ارائه خدمت یا امکان دسترسی به آن وجود ندارد. 	
<p>\$0</p>	<p>غربالگری سرطان ریه </p> <p>اگر شرایط زیر را داشته باشید، طرح ما هر 12 ماه یک مرتبه هزینه غربالگری سرطان ریه را پرداخت می‌کند.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 50 تا 77 سال سن داشته باشید، و • با پزشک خود یا ارائه‌دهنده واجد شرایط دیگری نوبت تصمیم‌گیری مشترک و مشاوره داشته باشید، و • حداقل به مدت 20 سال روزانه یک بسته سیگار کشیده‌اید و علائم یا نشانه‌هایی از سرطان ریه ندارید یا درحال حاضر سیگار می‌کشید یا طی 15 سال گذشته سیگار را ترک کرده‌اید. <p>پس از اولین غربالگری، طرح ما با دریافت دستور کتبی از پزشکتان یا ارائه‌دهنده واجد شرایط دیگری هر سال هزینه یک غربالگری دیگر را می‌پردازد.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>تغذیه درمانی طبی </p> <p>این مزیت برای افرادی است که مبتلا به بیماری دیابت یا بیماری کلیه بدون دیالیز هستند. همچنین پس از پیوند کلیه طبق دستور پزشکتان کاربرد دارد.</p> <p>در طی اولین سالی که تحت Medicare خدمات تغذیه درمانی طبی دریافت می‌کنید، هزینه سه ساعت خدمات مشاوره یک به یک را می‌پردازیم. ممکن است خدمات بیشتری را در صورت ضرورت پزشکی تأیید کنیم.</p> <p>هر سال پس از آن هزینه دو ساعت خدمات مشاوره یک به یک را می‌پردازیم. اگر مشکل، درمان یا تشخیص برای شما تغییر کند، ممکن است با دستور پزشک بتوانید ساعات بیشتری برای درمان دریافت کنید. در صورتی که در سال تقویمی بعدی نیاز به درمان داشته باشید، پزشک باید این خدمات را تجویز و دستور را سالانه تجدید کند. ممکن است خدمات بیشتری را در صورت ضرورت پزشکی تأیید کنیم.</p> <p>همچنین خدمات مشاوره تغذیه/رژیم غذایی را با ارائه‌دهنده‌ای در شبکه که مرتبط با دیابت یا ESRD نیست، پوشش می‌دهیم.</p>	
<p>\$0</p>	<p>برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare </p> <p>طرح ما هزینه خدمات MDPP را پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به شما در جهت ارتقای رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه در زمینه‌های زیر آموزش عملی ارائه می‌دهد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغییرات بلندمدت در رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت جسمانی، و • روش‌هایی برای حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم. 	
<p>\$0</p>	<p>داروهای تجویزی Medicare بخش B†</p> <p>این داروها تحت بخش Medicare B پوشش داده می‌شوند. طرح ما هزینه داروهای زیر را می‌پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • داروهایی که معمولاً توسط خودتان قابل استفاده نیستند و در حین انجام خدمات پزشکی، خدمات سرپایی بیمارستان یا مراکز جراحی سیار از طریق تزریق دریافت شوند. • انسولین که از طریق یکی از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند پمپ انسولین که از لحاظ پزشکی ضروری باشد) فراهم شود. • داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی بادوام (مانند نبولایزر) دریافت کنید و مورد تأیید طرح ما باشند. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>	

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>داروهای تجویزی بخش Medicare B (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • فاکتورهای انعقادی که در صورت ابتلا به هموفیلی از طریق تزریق دریافت کنید. • داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی، در صورتی که هنگام پیوند اعضا در بخش Medicare A ثبت‌نام شده باشید. • داروهای پوکی استخوان که تزریق می‌شوند. در صورتی هزینه این داروها را می‌پردازیم که خانه‌نشین شده باشید، دچار شکستگی استخوان باشید که طبق تأیید پزشک به دلیل پوکی استخوان بعد از یائسگی بوده است و امکان تزریق دارو توسط خودتان وجود نداشته باشد. • آنتی‌ژن‌ها. • برخی داروهای خوراکی ضدسرطان و ضدتهوع. • انواع خاصی از داروها برای دیالیز در منزل، شامل هپارین، آنتی‌دوت برای هپارین (در صورت ضرورت پزشکی)، بی‌حسی موضعی و عامل محرک اریتروپوئیس (مانند اپوژن[®]، پروکریبت[®]، اپونتین آلفا، آرانسپ[®] یا داربی پوتین آلفا). • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان بیماری‌های نقص ایمنی اولیه در منزل <p>ما همچنین برخی از واکسن‌ها را تحت مزایای داروهای تجویزی بخش Medicare D پوشش می‌دهیم.</p> <p>فصل 5 از این کتابچه راهنمای اعضا مزایای ما برای داروی تجویزی سرپایی را توضیح می‌دهد. این کتابچه قوانینی را توضیح می‌دهد که برای تحت پوشش قرار گرفتن نسخه‌ها باید دنبال کنید.</p> <p>فصل 6 از این کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که برای داروهای تجویزی سرپایی خود در طرح ما چه هزینه‌ای می‌پردازید.</p>	
\$0	<p>مراقبت در مؤسسه آسایشگاهی تحت پوشش Medicare</p> <p>مؤسسه پرستاری (NF) به افرادی خدمات ارائه می‌دهد که نمی‌توانند در خانه خدمات درمانی دریافت کنند اما نیازی به ماندن در بیمارستان هم ندارند.</p> <p>خدماتی که هزینه آن را می‌پردازیم شامل، اما نه محدود به، این موارد است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه‌خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی). • وعده‌های غذایی از جمله رژیم‌های غذایی خاص. • خدمات پرستاری. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی. • تنفس درمانی. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<ul style="list-style-type: none"> • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح درمانتان به شما داده می‌شوند. (شامل موادی است که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارند، مانند فاکتورهای انعقاد خون.) • خون، شامل تزریق و نگهداری. • وسایل پزشکی و جراحی که معمولاً توسط مراکز آسایشگاهی ارائه می‌شوند. • آزمایش‌های تشخیص طبی که معمولاً توسط مراکز آسایشگاهی ارائه می‌شوند. • پرتو ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً توسط مراکز آسایشگاهی ارائه می‌شوند. • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخدار که معمولاً توسط مراکز آسایشگاهی ارائه می‌شوند. • خدمات پزشک/کارورز. • تجهیزات بادوام پزشکی. • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان‌های مصنوعی. • مزایای بینایی. • شنوایی‌سنجی. • مراقبت‌های کایروپراکتیک. • خدمات درمان پا. <p>معمولاً خدمات مراقبتی را از مراکز شبکه دریافت خواهید کرد. با این حال، ممکن است بتوانید خدمات مراقبت خود را از ارائه‌دهندگانی که در شبکه ما نیستند، دریافت کنید. اگر مراکز زیر مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند، می‌توانید از آن‌ها خدمات درمانی دریافت کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرکز آسایشگاهی یا انجمن مراقبت مداوم از بازنشستگان که پیش از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (مادامی که این مرکز خدمات مراقبتی ارائه دهد). • مرکز پرستاری حرفه‌ای که در زمانی که بیمارستان را ترک می‌کنید همسر یا شریک زندگی‌تان در آنجا زندگی می‌کند. 	
\$0	<p style="text-align: center;">آزمایش و درمان چاقی برای حفظ کاهش وزن</p> <p>اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، برای کمک به شما در کاهش وزن هزینه مشاوره را پرداخت می‌کنیم. باید مشاوره را در محل مراقبت اولیه دریافت کنید. به این صورت با طرح پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌دهنده مراقبت اولیه خود صحبت کنید.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات «برنامه درمان مواد مخدر (Opioid treatment program، OTP)»</p> <p>طرح ما برای درمان «اختلال مصرف مواد مخدر (opioid use disorder، OUD)»، هزینه خدمات زیر را می‌پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فعالیت‌های جذب. • ارزیابی‌های دوره‌ای. • داروهای مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) و مدیریت و تحویل این داروها به شما در صورت امکان. • مشاوره در مورد مصرف مواد. • درمان گروهی و فردی. • آزمایش برای مواد شیمیایی یا مخدرها در بدن (آزمایش سم‌شناسی).
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و وسایل درمانی</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین سایر خدماتی که ضرورت پزشکی دارند، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تصویربرداری با اشعه ایکس. • پرتو (رادیوم و ایزوتوپ) درمانی، شامل مواد و وسایل کارشناس. • وسایل جراحی مانند پانسمان. • آتل‌بندی، گچ‌گیری و دیگر ابزار مورد استفاده برای ترمیم شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها. • تست‌های آزمایشگاهی. • خون، شامل تزریق و نگهداری. • دیگر آزمایشات تشخیصی سرپایی.
<p>\$0</p>	<p>معاینه سرپایی بیمارستانی</p> <p>خدمات معاینه خدمت سرپایی بیمارستان هستند برای تعیین اینکه آیا نیازی به پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری هست یا می‌توانید ترخیص شوید.</p> <p>برای اینکه خدمات معاینه بیمارستانی سرپایی تحت پوشش قرار گیرند، باید معیارهای Medicare را داشته باشند و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات معاینه تنها زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرد که به دستور پزشک یا فرد دیگری ارائه شود که توسط قانون صدور مجوز دولتی و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا دستور آزمایش‌های سرپایی باشد.</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>توجه: غیر از مواردی که ارائه‌دهنده برای پذیرش شما به‌عنوان بیمار بستری در بیمارستان دستوری نوشته باشد، بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و باید برای خدمات سرپایی بیمارستان مبلغ سهم هزینه را بپردازید. حتی اگر اقامت شبانه در بیمارستان داشته باشید، ممکن است باز هم «بیمار سرپایی» قلمداد شوید. اگر تردید دارید که بیمار سرپایی یا بستری محسوب می‌شوید، باید از کارکنان بیمارستان سؤال کنید.</p> <p>همچنین می‌توانید در برگه اطلاعاتی Medicare با عنوان «آیا در بیمارستان، بیمار بستری محسوب می‌شوید یا سرپایی؟ اگر Medicare دارید – بپرسید!» این برگه اطلاعاتی در وبسایت ما به نشانی www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf یا از طریق تماس با شماره 1-800-633-4227 (MEDICARE-1-800) در دسترس است. کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و هر 7 روز هفته با این شماره‌های رایگان تماس بگیرید.</p>
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات سرپایی بیمارستانی</p> <p>ما هزینه خدماتی که دارای ضرورت پزشکی هستند و به منظور تشخیص یا درمان یک جراحت یا بیماری در بخش سرپایی بیمارستانی دریافت می‌کنید، از قبیل موارد زیر را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مانند خدمات جراحی سرپایی یا معاینه اولیه. • خدمات معاینه اولیه به پزشکتان کمک می‌کند که بدانند آیا لازم است به‌عنوان «بیمار بستری» در بیمارستان پذیرش شوید یا خیر. • گاهی ممکن است اقامت شبانه در بیمارستان داشته باشید، باز هم «بیمار سرپایی» قلمداد شوید. <p>همچنین می‌توانید اطلاعاتی درباره بیمار بستری یا سرپایی بودن در این برگه اطلاعاتی کسب کنید:</p> <p style="text-align: center;">www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> • آزمایش‌های تشخیصی و آزمایشگاهی که صورتحساب آن توسط بیمارستان دریافت می‌شود. • مراقبت سلامت روان، شامل مراقبت در برنامه بستری جزئی، در صورتی که پزشک تأیید کند بدون آن، درمان بستری ضروری خواهد بود. • عکسبرداری یا اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که صورتحساب آن توسط بیمارستان دریافت می‌شود. • لوازم پزشکی از قبیل آتل و گچ.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<ul style="list-style-type: none"> • غربالگری‌های پیشگیرانه و خدماتی که در سرتاسر «جدول مزایا» فهرست شده‌اند. • انواع خاصی از داروها که نمی‌توانید برای خودتان تجویز کنید. • در صورتی که تمام موارد زیر رعایت شود، برای کارهای دندانپزشکی در یکی از مؤسسات شبکه، بیهوشی عمومی و خدمات مؤسسه‌ای مرتبط با بی‌حسی را عرضه می‌کنیم: <ul style="list-style-type: none"> ○ دچار معلولیت رشدی هستید و یا سلامتی تان در خطر است. ○ وضعیت بالینی و یا عارضه اصلی پزشکی شما ملزم می‌کند که اعمال دندانپزشکی را در یک بیمارستان و یا مرکز جراحی سرپایی انجام دهید. ○ اعمال دندانپزشکی معمولاً به بیهوشی عمومی نیاز نداشته باشد. • ما هیچ‌یک از خدمات دیگر در ارتباط با اعمال دندانپزشکی، مانند خدمات دندانپزشک، را پوشش نمی‌دهیم، مگر اینکه این خدمات تحت پوشش DeltaCare یا Medi-Cal Dental باشند.
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات سرپایی برای مراقبت از سلامت روان</p> <p>ما هزینه خدمات سلامت روان را که توسط افراد زیر ارائه شده است می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • پزشک یا روانپزشک دارای مجوز دولتی. • روانشناس بالینی. • مددکار اجتماعی بالینی. • متخصص پرستاری بالینی. • مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC). • درمانگر خانواده و ازدواج دارای مجوز (LMFT). • پرستار متخصص (NP). • دستیار پزشک (PA). • هر متخصص دیگری در حوزه مراقبت از سلامت روان که صلاحیت Medicare را داشته باشد و طبق قوانین قابل اجرای ایالتی مجاز باشد. <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین خدماتی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات درمانگاهی. • درمان روزانه. • خدمات توانبخشی روانشناختی.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌های سرپایی متمرکز یا بستری موقت. • ارزیابی و درمان سلامت روانی گروهی و فردی. • تست روانشناختی زمانی که از نظر بالینی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان تجویز شده باشد. • خدمات مخصوص بیماران سرپایی به منظور کنترل و نظارت بر درمان مصرف مواد. • آزمایشگاه، داروهای، لوازم و مکمل‌ها مخصوص بیماران سرپایی بیمارستان. • مشاوره روانپزشکی.
<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p style="text-align: center;">خدمات توانبخشی بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را می‌پردازیم. می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب‌های مستقل درمانگر، و «مراکز توانبخشی سرپایی جامع (comprehensive outpatient rehabilitation facilities، CORF)» یا سایر مؤسسات دریافت کنید.</p> <p>ما همچنین این موارد را پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فیزیوتراپی جهت پیشگیری از افتادن برای افراد بزرگسالی که در معرض خطر افتادن هستند، زمانی که پزشک دستور داده باشد. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی ارائه‌شده در یک برنامه درمانی روزانه توانبخشی سازمان‌یافته و چندرشته‌ای.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
\$0	<p>خدمات سرپایی سوء مصرف مواد</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین خدماتی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری و مشاوره برای سوء مصرف الکل. • درمان سوء مصرف مواد. • مشاوره گروهی یا فردی توسط یک متخصص بالینی دارای صلاحیت، شامل درمانگر خانواده و ازدواج دارای مجوز (LMFT). • سم‌زدایی نیمه‌حاد در یک برنامه اقامتی ترک اعتیاد. • خدمات مصرف مواد و/یا الکل در مرکز درمان بیماران سرپایی ویژه. • درمان با نالترکسون (ویویترول) پیوسته رهش.
\$0	<p>جراحی سرپایی</p> <p>ما هزینه جراحی سرپایی، شامل خدمات ارائه‌شده در بخش‌های سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سیار را می‌پردازیم.</p>
شما 0\$ تا سقف 250\$ محدوده مزایای سه‌ماهه را می‌پردازید.	<p>برنامه‌های سلامت و تندرستی بدون نسخه (Over-the-Counter, OTC)</p> <p>ما همچنین اقلام بدون نسخه فهرست شده در کاتالوگ OTC خود را برای تحویل رایگان درب منزل پوشش می‌دهیم. می‌توانید اقلام OTC را تا سقف 250\$ مزایای سه‌ماهه سفارش دهید. هر سفارش باید حداقل 25\$ باشد. سفارشات نمی‌تواند از سهم مزایای سه‌ماهه شما بیشتر شود. هر بخش استفاده‌نشده از سهم مزایای سه‌ماهه به سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شود. (محدوده مزایای شما در تاریخ 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 جولای و 1 اکتبر تجدید می‌شود).</p> <p>برای مشاهده کاتالوگ ما و ثبت سفارش آنلاین، لطفاً از kp.org/otc/ca بازدید کنید. با تماس با شماره 1-833-569-2360 (TTY 711) از ساعت 7 ق.ظ تا 6 ب.ظ می‌توانید از طریق تلفن سفارش دهید یا درخواست کنید یک کاتالوگ چاپی برای شما پست شود. به وقت استاندارد اقیانوس آرام، از دوشنبه تا جمعه می‌توانید تلفنی سفارش دهید یا درخواست کنید یک کاتالوگ چاپی برای شما پست شود.</p> <p>ممکن است برای برخی اقلام تحت پوشش OTC در برنامه Medi-Cal و Medi-Cal Rx از پوشش بیشتری برخوردار باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره Medi-Cal و Medi-Cal Rx با خدمات اعضا با شماره 1-800-977-2273، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ با 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home بازدید کنید.</p>

اگر پریشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
\$0	<p style="text-align: center;">اقلام بدون نسخه (Over-the-Counter, OTC) برای جایگزینی با نیکوتین</p> <p>ما درمان‌های مورد تأیید FDA برای جایگزینی نیکوتین و استفاده بدون نسخه را پوشش می‌دهیم. این موارد باید توسط ارائه‌دهنده درون شبکه سفارش داده شده باشد و از یکی از داروخانه‌های شبکه دریافت شوند. ما دو بار در طول سال تقویمی، عرضه 100 روزه را فراهم می‌کنیم.</p>	
\$0 با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.	<p style="text-align: center;">خدمات بستری جزئی</p> <p>بستری جزئی برنامه‌ای ساختاریافته از درمان روانپزشکی فعال است. این برنامه به‌عنوان خدمت سرپایی بیمارستانی یا توسط مرکز سلامت روان اجتماعی ارائه می‌شود. این برنامه از درمانی که در مطب پزشک یا درمانگران دریافت می‌کنید، قدرتمندتر است. این برنامه می‌تواند از اقامت شما در بیمارستان جلوگیری کند.</p> <p>خدمات سرپایی ویژه یک برنامه سازمان‌یافته متشکل از درمان رفتاری (روانی) فعال است که به‌عنوان خدمات سرپایی توسط بیمارستان، مرکز بهداشت روان اجتماعی، مرکز بهداشتی دارای مجوز فدرال یا کلینیک بهداشت روستایی ارائه می‌شود که نسبت به مراقبت‌های دریافتی شما در مطب دکتر یا درمانگر فشرده‌تر اما شدت کمتری نسبت به بستری شدن جزئی دارد.</p>	
\$0 با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.	<p style="text-align: center;">مراقبت تسکینی</p> <p>ما مراقبت‌های تسکینی را برای «اعضایی» که از معیارهای Medi-Cal برای احراز صلاحیت این خدمات برخوردار باشند، تحت پوشش قرار می‌دهیم. مراقبت‌های تسکینی به کاهش ناراحتی‌های جسمی، عاطفی، اجتماعی و روحی «اعضای» مبتلا به بیماری‌های حاد کمک می‌کند. ارائه مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت درمانی امکان‌پذیر است.</p> <p>مراقبت تسکینی شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامه‌ریزی پیشرفته برای مراقبت. • ارزیابی مراقبت تسکینی و مشاوره. • طرح درمان شامل همه مراقبت‌های تسکینی و درمانی مجاز است. • طرح تیم مراقبت شامل موارد زیر است، اما محدود به آن نمی‌شود: <ul style="list-style-type: none"> • پزشک عمومی یا استخوان‌درمانی. • دستیار پزشک. • پرستار ثبت‌شده. • پرستار حرفه‌ای یا پرستار حرفه‌ای دارای مجوز. • مددکار اجتماعی. • مشاوره مذهبی. 	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<ul style="list-style-type: none"> • هماهنگی خدمات مراقبتی. • مدیریت درد و علائم. • خدمات اجتماعی پزشکی و سلامت روان. <p>بزرگسالان 21 سال به بالا نمی‌توانند همزمان هم از مراقبت‌های تسکینی و هم از مراقبت‌های آسایشگاهی برخوردار شوند. اگر در حال استفاده از مراقبت‌های تسکینی هستید و شرایط لازم را برای خدمات مراقبتی آسایشگاهی دارید، هر زمان که بخواهید می‌توانید درخواست تغییر به خدمات مراقبتی آسایشگاهی را بدهید.</p>
<p>\$0</p> <p>ممکن است برای برخی از خدمات تخصصی و دندانپزشکی به ارجاع نیاز باشد.</p>	<p>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، شامل نوبت ویزیت مطب پزشک</p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات مراقبت از سلامت یا جراحی که ضرورت پزشکی دارند در مکان‌های زیر ارائه می‌شوند: <ul style="list-style-type: none"> • مطب پزشک. • مرکز جراحی سرپایی دارای مجوز. • بخش سرپایی بیمارستان. • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص. • سنجش‌های پایه شنوایی و تعادل که توسط ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما انجام می‌شود، در صورتی که پزشکتان برای بررسی نیاز شما به درمان چنین دستوری داده باشد. • ما هزینه برخی از خدمات دندانپزشکی را هنگامی پرداخت می‌کنیم که این خدمات بخش لازمی از درمان خاص شرایط پزشکی اصلی ذی‌نفع باشد. برخی نمونه‌ها شامل ترمیم فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان جهت آماده‌سازی برای درمان پرتودرمانی سرطان‌های مرتبط با فک می‌شوند. • همچنین برای اطمینان از رفع عفونت حفره دهانی پیش از قرار گرفتن در فهرست انتظار برای پیوند سلول بنیادی آلورژنیک/مغز استخوان، قلب، کلیه، کبد، ریه، لوزالمعده و پیوند چنداندام، خدمات دندان‌پزشکی ضروری را پوشش می‌دهیم. در موارد پیوند اضطراری، ممکن است این خدمات پس از پیوند انجام بگیرد. خدمات شامل موارد زیر است: <ul style="list-style-type: none"> • معاینه و ارزیابی حفره دهانی. • خدمات درمانی شامل کشیدن‌های ضروری برای پیوند. • گرفتن عکس اشعه ایکس از دندان مربوطه. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، شامل نوبت ملاقات در مطب پزشک (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • جرم‌گیری. • فلورایدتراپی. • انجام ویزیت در منزل توسط یک پزشک عضو شبکه (یا ارائه‌دهنده عضو شبکه که یک پرستار ثبت‌شده است) در ناحیه خدماتی ما، در صورتی که بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه، مراقبت به بهترین نحو در منزل شما قابل انجام باشد. • درمان با نور ماوراء بنفش. • نظر دوم توسط ارائه‌دهنده دیگری در شبکه قبل از جراحی. اگر ارائه‌دهنده تحت پوشش Medi-Cal در دسترس نیست و برای سرویسی متفاوت به نظر دوم نیاز دارید، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. • خدمات سلامت از راه دور معینی شامل: مراقبت‌های اولیه و تخصصی که شامل این موارد می‌شوند: خدمات بستری در بیمارستان، خدمات تخصصی مرکز آسایشگاهی، توانبخشی کاردیاک، خدمات توانبخشی ریوی، خدمات اورژانس، خدمات فوری، خدمات بستری موقت، خدمات سلامت در منزل، خدمات کاردرمانی، سلامت روان، پاپوشکی، خدمات روانپزشکی، گفتاردرمانی و فیزیوتراپی، خدمات پرتو ایکس، خدمات سرپایی در بیمارستان، خدمات معاینه، درمان سوءمصرف مواد، خدمات دیالیز، خدمات رژیم غذایی/تغذیه، آموزش سلامت، آموزش درباره بیماری‌های کلیه و خودمدیریتی دیابت، آزمایش‌های شنوایی، آمادگی برای جراحی یا بستری در بیمارستان و نوبت‌های تکمیلی پس از بستری در بیمارستان، جراحی یا نوبت در «بخش اورژانس». خدمات تنها زمانی از طریق سلامت از راه دور ارائه خواهد شد که ارائه‌دهنده شبکه از لحاظ بالینی آن را مناسب تلقی کند. • شما از حق دریافت این خدمات از طریق سلامت از راه دور یا ملاقات حضوری برخوردار هستید. اگر تصمیم به دریافت یکی از این خدمات از طریق سلامت از راه دور داشته باشید، باید از ارائه‌دهنده داخل شبکه‌ای کمک بگیرید که این خدمات را از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌دهد. برای سلامت از راه دور، ما روش‌های زیر را ارائه می‌دهیم: • ملاقات‌های ویدئویی تعاملی برای خدمات تخصصی در صورتی که ارائه خدمات مراقبتی در این قالب، بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه امکان‌پذیر باشد. • نوبت‌های ملاقات تلفنی زمان‌بندی شده برای خدمات تخصصی در صورتی که ارائه خدمات مراقبتی در این قالب، بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه امکان‌پذیر باشد. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، شامل نوبت ملاقات در مطب پزشک (ادامه دارد)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات سلامت از راه دور برای ملاقات‌های ماهانه مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز بیمارستانی دیالیز کلیه یا یک مرکز بیمارستانی با دسترسی ویژه، مؤسسات دیالیز کلیه یا در خانه. • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکتیه. • خدمات سلامت از راه دور برای اعضای دچار اختلال سوءمصرف مواد یا اختلال همزمان سلامت روان. • خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلال‌های سلامت روان، در صورتی‌که: <ul style="list-style-type: none"> • طی 6 ماه قبل از اولین جلسه ملاقات سلامت از راه دور، نوبتی برای ملاقات حضوری خواهید داشت. • هر 12 ماه حین این خدمات سلامت از راه دور، یک نوبت برای ملاقات حضوری خواهید داشت. • در شرایط خاص برای موارد بالا استثنائاتی می‌توان در نظر گرفت. • خدمات سلامت از راه دور برای ملاقات‌های سلامت روان ارائه‌شده توسط «کلینیک‌های سلامت روستایی» و «مراکز سلامت دارای صلاحیت فدرال». • ویزیت مجازی (مثلاً از طریق تماس تلفنی یا چت ویدیویی) با پزشکتان به مدت 5 الی 10 دقیقه در صورتی‌که <ul style="list-style-type: none"> • بیمار جدید نیستید و • ثبت ورود به ملاقات مطب طی 7 روز گذشته مربوط نیست و • ثبت ورود منجر به ملاقات در مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین نوبت ممکن نمی‌شود. • ارزیابی ویدئو و/یا تصاویری که برای پزشک خود ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشکتان ظرف 24 ساعت، در صورتی‌که <ul style="list-style-type: none"> • بیمار جدید نیستید و • ارزیابی به ملاقات مطب طی 7 روز گذشته مربوط نیست و • ارزیابی منجر به ملاقات در مطب ظرف 24 ساعت یا زودترین نوبت ممکن نمی‌شود. • در صورتی‌که بیمار جدیدی نباشید، پزشکتان از طریق تلفن، اینترنت یا ثبت سلامت الکترونیکی، با سایر پزشکان مشورت می‌کند. <p>این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.


هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، شامل نوبت ملاقات در مطب پزشک (ادامه دارد)</p> <p>سلامت از راه دور تحت پوشش Medi-Cal: سلامت از راه دور روشی برای دریافت خدمات است بدون اینکه در همان موقعیت مکانی فیزیکی ارائه‌دهندگان حضور داشته باشید. سلامت از راه دور می‌تواند شامل گفتگوی زنده با ارائه‌دهندگان باشد. سلامت از راه دور می‌تواند شامل در میان گذاشتن اطلاعات با ارائه‌دهندگان بدون گفتگوی زنده باشد. می‌توانید خدمات بسیاری را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید. با این حال، سلامت از راه دور ممکن است برای همه خدمات تحت پوشش ارائه نشود. می‌توانید برای اطلاع از اینکه چه نوعی از خدمات از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌شود با ارائه‌دهنده خود تماس بگیرید. حائز اهمیت است که شما و ارائه‌دهندگان برای استفاده از سلامت از راه دور برای خدمات خاصی که مناسب شما است، به توافق برسید. حتی اگر ارائه‌دهندگان موافقت کند که استفاده از سلامت از راه دور برای شما مناسب است، حق برخورداری از خدمات حضوری دارید و ملزم به استفاده از سلامت از راه دور نیستید.</p>	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات درمان پا</p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> تشخیص و درمان طبی یا جراحی صدمات و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خارهای پاشنه). مراقبت معمول از پا برای اعضای که دچار عارضه‌هایی هستند که بر پاها اثر می‌گذارند، مانند دیابت. <p>ما خدمات درمان پا را تحت پوشش Medi-Cal در صورت ضرورت پزشکی برای تشخیص و درمان، جراحی، درمان مکانیکی، دستی و الکتریکی پای انسان پوشش می‌دهیم. این موارد شامل قوزک پا و تاندون‌هایی می‌شود که درون پا وارد می‌شود و درمان غیرجراحی عضلات و تاندون‌های پا که عملکردهای پا را کنترل می‌کنند.</p>	
<p>\$0</p>	<p>آزمایش‌های غربالگری سرطان پروستات</p> <p>برای مردان 50 ساله و بالاتر، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یکبار می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> معاینه دیجیتال مقعد. تست آنتی‌ژن اختصاصی پروستات (PSA). 	



هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
\$0	<p style="text-align: center;">اندام‌های مصنوعی و لوازم مربوطه†</p> <p>اندام‌های مصنوعی که جایگزین بخشی از بدن یا تمام آن و یا عملکرد آن می‌شوند. ما هزینه اندام‌های مصنوعی زیر و همچنین دستگاه‌هایی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • کیسه‌های کولستومی و لوازم مربوط به مراقبت کولستومی. • تغذیه انترال و پارتال، شامل کیت‌های تغذیه، پمپ انفوزیون، شیلنگ و آداپتور، محلول‌ها و مواد لازم برای تزریقات توسط خود شخص. • ضربان‌ساز. • ارتودنسی. • پای مصنوعی. • دست و پاهای مصنوعی. • پروتز پستان (شامل سوتین طبی پس از برداشتن پستان). • پروتز برای جایگزینی همه یا بخشی از قسمت خارجی صورت که در نتیجه بیماری، مصدومیت یا نقص مادرزاد برداشته شده یا آسیب دیده است. • کرم و پوشک‌های بی‌اختیاری. <p>ما هزینه برخی از لوازم مربوط به اندام‌های مصنوعی را می‌پردازیم. همچنین هزینه تعمیر یا تعویض اندام‌های مصنوعی را می‌پردازیم.</p> <p>ما برای برداشتن آب مروارید یا عمل جراحی آب مروارید پوشش‌هایی ارائه می‌دهیم. برای اطلاع از جزئیات به بخش «مراقبت بینایی» در ادامه این جدول مراجعه کنید.</p> <p>ما همچنین این اقلامی را که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جوراب‌های فشاری برای لنف‌ادم. • برخی از کفش‌های طبی پس از جراحی زمانی که طی ملاقات سرپایی عرضه می‌شوند. • دستگاه وکیوم آلت تناسلی مردان برای درمان ناتوانی جنسی. • برخی از بانداژهای پوست، محافظ‌ها، مرطوب‌کننده‌ها، پمادهایی که از لحاظ پزشکی برای مراقبت از زخم ضروری هستند. • ما هزینه وسایل پروتزی دندانی را نمی‌پردازیم، مگر اینکه در «خدمات دندانی» قید شده باشند. <p style="text-align: center;">این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد</p>

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
	<p>اندام‌های مصنوعی و لوازم مربوطه † (ادامه دارد)</p> <p>در صورتی که همه شرایط زیر رعایت شود، ما هزینه اندام‌های مصنوعی پروتزی و وسایل کمکی را تحت پوشش Medi-Cal برای شما می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> این مورد برای بازیابی نحوه عملکرد عضوی از بدن ضرورت پزشکی داشته باشد (فقط برای پروتز). این مورد برای شما تجویز شده باشد. این مورد برای پشتیبانی از عضوی از بدن ضرورت پزشکی داشته باشند (فقط برای ارتز). این مورد برای کمک در انجام فعالیت‌های روزمره برای شما ضرورت پزشکی دارند. این مورد برای شرایط کلی پزشکی شما مناسب به نظر برسد. این مورد تحت پوشش Medi-Cal باشد. این مورد باید از قبل برای شما تأیید شود. اقلام شامل این موارد است: کاشت سمعک، پروتز سینه/سوتین مخصوص پروتز سینه، لباس فشاری برای سوختگی و پروتزها برای بازیابی عملکرد یا جایگزینی عضوی از بدن یا برای تقویت اندامی که تضعیف شده یا تغییر شکل یافته است. پوشش محدود به ارزان‌ترین موردی است که به میزان کافی نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند. ما فروشنده را انتخاب می‌کنیم.
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>خدمات توانبخشی ریوی</p> <p>ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای می‌پردازیم که دچار بیماری مزمن انسدادی ریه (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) در سطح خفیف تا وخیم هستند. باید برای توانبخشی ریوی از پزشک یا ارائه‌دهنده درمانگر COPD دستوری داشته باشید.</p>
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>درمان اقامتی برای اختلال مصرف مواد و سلامت روان †</p> <p>ما زمانی خدمات زیر را پوشش می‌دهیم که این خدمات در یک مؤسسه اقامتی درمانی دارای مجوز ارائه شود که خدمات شخصی و شبانه‌روزی را برای مراقبت از سلامت روان یا درمان اختلال مصرف مواد ارائه می‌دهد، این خدمات عموماً و معمولاً از طریق یک برنامه درمانی اقامتی برای سلامت روان یا اختلال مصرف مواد در یک مرکز درمانی مجاز ارائه شوند و این خدمات بالاتر از سطح مراقبت‌های معمول باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> مشاوره گروهی و فردی. خدمات پزشکی. نظارت بر مصرف دارو.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<ul style="list-style-type: none"> • نیمه پانسیون. • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت شما در مؤسسه درمانی اقامتی توسط ارائه‌دهنده شبکه و بر طبق دستورالعمل‌های فهرست دارویی ما تجویز شده‌اند، در صورتی که در مؤسسه و توسط پرسنل پزشکی برای شما تزریق شوند. • برنامه‌ریزی برای ترخیص. <p>در برنامه درمان اقامتی ما، برای تعداد روزهایی که جهت درمان عارضه‌های سلامت روان و سوءمصرف مواد ضرورت پزشکی دارند و توسط ارائه‌دهنده شبکه تجویز می‌شوند، هیچ محدودیتی وجود ندارد.</p>	
\$0	<p style="text-align: center;">مشاوره و غربالگری «عفونت‌های مقاربتی جنسی (STI)»</p> <p>ما هزینه غربالگری را برای کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B می‌پردازیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی افراد که در معرض خطر شدید STI قرار دارند، پوشش داده می‌شود. دستور آزمایش‌ها را باید ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بنویسد. ما این آزمایشات را هر 12 ماه یکبار و در مواقع خاصی طی بارداری پوشش می‌دهیم.</p> <p>همچنین هزینه حداکثر دو جلسه حضوری برای مشاوره به‌شدت متمرکز رفتاری سالانه را برای بزرگسالانی می‌پردازیم که از لحاظ جنسی فعالند و در معرض خطر شدید STI هستند. هر جلسه 20 تا 30 دقیقه طول می‌کشد. هزینه این جلسات مشاوره را به‌عنوان خدمات پیشگیرانه تنها در صورتی می‌پردازیم که توسط ارائه‌دهنده مراقبت اولیه انجام گیرد. جلسات باید در محیط مختص به مراقبت‌های اولیه، مانند مطب پزشک، انجام شود.</p>	
\$0 با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.	<p>مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی (Skilled nursing facility, SNF)</p> <p>ما هزینه خدمات ذیل و همچنین خدماتی را که ممکن است در اینجا قید نشده باشد، پرداخت می‌کنیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی. • وعده‌های غذایی از جمله رژیم‌های غذایی خاص. • خدمات پرستاری. • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی. • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت به شما داده می‌شود، شامل موادی که به‌طور طبیعی در بدن وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقادی خون. • خون، شامل تزریق و نگهداری. • لوازم پزشکی و جراحی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند. 	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<ul style="list-style-type: none"> • تست‌های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری انجام می‌شوند. • پرتو ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند. • وسایلی مانند ویلچر که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند. • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده. <p>معمولاً خدمات مراقبتی را از مراکز شبکه دریافت خواهید کرد. با این حال، ممکن است بتوانید خدمات مراقبت خود را از ارائه‌دهندگانی که در شبکه ما نیستند، دریافت کنید. اگر مراکز زیر مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند، می‌توانید از آن‌ها خدمات درمانی دریافت کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرکز آسایشی یا انجمن مراقبت مداوم از بازنشستگان، جایی که پیش از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (مادامی که خدمات مراقبتی ارائه دهد). • مرکز پرستاری، جایی که در زمانی که بیمارستان را ترک می‌کنید، همسر یا همخانه‌تان در آنجا زندگی می‌کند. 	
\$0	<p style="text-align: center;">ترک مصرف تنباکو و دخانیات </p> <p>اگر تنباکو مصرف می‌کنید، علائم یا نشانه‌های بیماری‌های مرتبط با مصرف تنباکو را ندارید و قصد ترک دارید یا لازم است که ترک کنید:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما هزینه دو مرتبه تلاش برای ترک را به‌عنوان خدمتی پیشگیرانه طی یک دوره 12 ماهه می‌پردازیم. این خدمت برای شما رایگان است. هر تلاش برای ترک شامل حداکثر چهار نوبت مشاوره حضوری است. <p>اگر تنباکو مصرف می‌کنید و در تشخیص شما بیماری مرتبط با مصرف تنباکو قید شده است یا دارویی مصرف می‌کنید که تحت تأثیر تنباکو قرار می‌گیرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طی یک دوره 12 ماهه، ما هزینه دو بار مشاوره تلاش برای ترک را می‌پردازیم. هر نوبت مشاوره شامل حداکثر چهار نوبت ملاقات حضوری است. 	
\$0 با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.	<p style="text-align: center;">«ورزش‌درمانی تحت نظارت (Supervised Exercise Therapy, SET)»</p> <p>ما برای اعضای مبتلا به «بیماری علامت‌دار سرخرگ محیطی (Peripheral Artery Disease, PAD)» که از طرف پزشک مسئول درمان PAD ارجاع مربوط به PAD را دارند، هزینه SET را می‌پردازیم. طرح ما هزینه این خدمات را می‌پردازد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • در صورت برآورده شدن همه الزامات برنامه SET، تا 36 جلسه طی یک دوره 12 هفته‌ای. • 36 جلسه بیشتر پس از زمان مقرر، در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت آن را از لحاظ پزشکی ضروری بداند. 	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
	<p>برنامه SET باید به این صورت باشد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شامل جلساتی به مدت 30 تا 60 دقیقه برنامه تمرینی ورزش‌درمانی برای بیماران PAD که به دلیل جریان خون ضعیف می‌لنگند (لنگی). • در محیط درمان سرپایی در بیمارستان یا در مطب پزشک. • برای اطمینان از اینکه مزایا نسبت به معایب آن بیشتر هستند باید توسط پرسنل دارای صلاحیتی انجام شود که آموزش لازم جهت انجام ورزش‌درمانی برای PAD را پشت سر گذاشته‌اند. • تحت نظارت مستقیم پزشک، دستیار پزشک یا پرستار متخصص/پرستار بالینی باشد که در هر دو روش‌های پایه و پیشرفته حمایت از زندگی آموزش دیده‌اند. 	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی†</p> <p>این مزیت امکان حمل‌ونقلی مقرون به صرفه و دسترس‌پذیر را فراهم می‌کند. حمل‌ونقل می‌تواند شامل این موارد باشد: آمبولانس، ون، خدمات حمل‌ونقل پزشکی ون دارای ویلچر یا هماهنگی با پاراترانزیت.</p> <p>این انواع حمل‌ونقل زمانی تأیید می‌شوند که:</p> <ul style="list-style-type: none"> • شرایط جسمی و/یا پزشکی شما امکان جابجایی با اتوبوس، خودرو مسافری، تاکسی یا انواع دیگری از حمل‌ونقل عمومی و خصوصی را نمی‌دهد، و • ممکن است بسته به خدمت نیازی به تأییدیه قبلی نباشد. <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی به فصل 3 مراجعه کنید.</p>	
<p>\$0</p> <p>با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید و ارجاع بگیرید.</p>	<p>حمل‌ونقل: حمل و نقل غیرپزشکی†</p> <p>این مزیت امکان حمل‌ونقل به خدمات پزشکی از طریق خودرو مسافربری، تاکسی، یا سایر انواع حمل‌ونقل خصوصی/عمومی را فراهم می‌کند.</p> <p>حمل‌ونقل برای دریافت مراقبت پزشکی مورد نیاز از قبیل رفتن به نوبت‌های دندانپزشکی یا گرفتن داروهای تجویزی ضروری است.</p> <p>این مزیت حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما را محدود نمی‌کند.</p> <p>برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه حمل‌ونقل غیرپزشکی به فصل 3 مراجعه کنید.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد
<p style="text-align: center;">\$0</p>	<p style="text-align: center;">خدمات مراقبتی فوری</p> <p>مراقبت فوری، مراقبتی است که برای درمان موارد زیر انجام می‌شود:</p> <ul style="list-style-type: none"> • موقعیتی غیراورژانسی که مستلزم مراقبت پزشکی فوری است، یا • ناخوشی ناگهانی، یا • جراحت، یا • شرایطی که باید فوراً تحت مراقبت قرار گیرد. <p>اگر به مراقبت فوری نیاز داشته دارید، همیشه باید سعی کنید این خدمات را از ارائه‌دهنده داخل شبکه دریافت کنید.</p> <p>داخل ناحیه خدماتی ما: باید خدمات مراقبتی فوری را از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شبکه دریافت کنید، مگر اینکه ارائه‌دهنده شبکه به دلیل شرایط فوق‌العاده یا غیرمعمول به‌طور موقت در دسترس یا حاضر نباشد (برای مثال، حوادث بزرگ).</p> <p>خارج از ناحیه خدماتی ما: هنگامی که به سفر می‌روید و به دلیل یک بیماری پیش‌بینی نشده یا یک جراحت، فوراً باید تحت مداوای پزشکی قرار بگیرید و به دلایل منطقی معتقد هستید که در صورت به تعویق افتادن درمانتان تا زمانی که به محدوده خدماتی برگردید آسیب جدی به سلامتتان وارد می‌شود، از پوشش مراقبتی فوری در سرتاسر دنیا برخوردار هستید.</p>
<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>برای گرفتن ارجاع چشم‌پزشکی با ارائه‌دهنده خود گفتگو کنید.</p>	<p style="text-align: center;">مراقبت بینایی </p> <p>هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هر سال یک مرتبه معاینه معمول چشم. • خدمات پزشکی سرپایی برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و صدمات چشم. مثلاً شامل معاینات سالانه چشم برای افراد دچار دیابت و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا است. • غربالگری و کنترل رتینوپاتی دیابتی برای افراد مبتلا به دیابت. • آزمون‌های میدان بینایی. <p>برای افرادی که در معرض خطر شدید بیماری آب سیاه هستند، هر ساله هزینه یک نوبت غربالگری بیماری آب سیاه را می‌پردازیم. افراد زیر در معرض خطر شدید آب‌سیاه هستند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • افرادی با سابقه خانوادگی آب‌سیاه. • افراد مبتلا به دیابت. • افراد آمریکایی-آفریقایی که 50 سال و بالاتر سن دارند. • افراد آمریکایی-اسپانیایی که 65 سال و بالاتر سن دارند.

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
<p>\$0 برای عینک طبق دستورالعمل‌های Medicare.</p> <p>توجه: اگر هزینه عینکی که خریداری کردید بیشتر از مبلغ پوشش Medicare باشد، مابه‌التفاوت را باید پرداخت کنید.</p>	<p>عینک پس از جراحی آب مروارید: هزینه این موارد را می‌پردازیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • یک عینک یا یک جفت لنز تماسی پس از هر نوبت جراحی آب مروارید هنگامی که پزشک لنز داخل چشمی قرار می‌دهد. اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه دارید، باید پس از هر جراحی یک عینک بگیرید. حتی اگر پس از جراحی اول عینک نگیرید، نمی‌توانید پس از جراحی دوم دو عینک بگیرید. • لنز اصلاحی/قاب (و تعویض) مورد نیاز پس از برداشتن آب سیاه بدون پیوند لنز. 	
<p>اگر هزینه عینکی که خریداری می‌کنید بیش از \$350 باشد، باید مالیات بپردازید.</p> <p>Medi-Cal هر 24 ماه هزینه فریم‌های جدید یا تعویضی را که \$80 یا کمتر قیمت داشته باشند، می‌پردازد. اگر هزینه فریم عینکی که خریداری کردید بیشتر از \$80 باشد، مابه‌التفاوت را باید پرداخت کنید.</p>	<p>عینک و لنز تماسی: هنگامی که پزشک یا اپتومتریست برای اصلاح بینایی عینک یا لنز تماسی تجویز می‌کند، در هر 12 ماه یک مرتبه سهمیه‌ای به مبلغ \$350 برای خرید عینک از مراکز چشم‌پزشکی طرح دارید. این سهمیه برای پرداخت اقلام زیر قابل استفاده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> • عدسی‌های عینک در صورتی که ارائه‌دهنده عضو شبکه عدسی را در قاب عینک قرار دهد. • فریم عینک در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات شبکه دو عدسی درون فریم قرار دهد (که حداقل یکی از آن‌ها باید نمره انکساری داشته باشد). • لنزهای تماسی، قرار دادن و تطبیق دادن آن‌ها. <p>در صورتی که طی 12 ماه گذشته برای لنز یا فریم سهمیه داده باشیم (یا به هر صورتی پوشش داده شده باشند)، سهمیه دیگری ارائه نمی‌شود. این سهمیه تنها در نقطه اولیه فروش قابل استفاده است. اگر از تمام سهمیه خود در پایانه فروش اولیه استفاده نکنید، بعداً امکان استفاده از آن وجود ندارد.</p>	
<p>\$0</p> <p>اگر لنز عینک یا ویژگی‌هایی می‌خواهید که تحت پوشش Medi-Cal نیست، باید هزینه بیشتری برای این بهبودها بپردازید.</p>	<p>لنزهای عینک تحت پوشش Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لنزهای عینک جدید یا تعویضی توسط فروشنده لنز عینک DHCS ارائه می‌شود. اگر فروشنده DHCS نتواند لنزهای مورد نیاز شما را برایتان فراهم کند، ما هماهنگی ساخت لنزهایتان در چشم‌پزشکی دیگری را انجام خواهیم داد. اگر به‌دلیل اینکه فروشنده DHCS نتوانسته لنزهای عینک شما را بسازد مجبور به انجام هماهنگی شویم، نیازی نیست هزینه بیشتری بپردازید. 	
<p>اگر هزینه لنز خریداری شده برای یک چشم بیشتر از \$30 سهمیه و برای لنز چندکانونی یا محدب عینک بیشتر از \$45 شود، مبلغ بیشتر از سهمیه را شما باید بپردازید.</p>	<p>تعویض عدسی‌ها: اگر طی 12 ماه پس از سهمیه‌ای که برای نقطه اولیه فروش لنزهای عینک یا لنزهای تماسی فراهم کردیم (یا به شکل دیگری پوشش داده شد)، تغییری در شماره تجویزی یک یا هر دو چشم شما به اندازه حداقل 0.50 دیوپتر ایجاد شد، ما برای خرید اقلام و خدمات تعویضی با همان نوع (لنز عینک یا لنز تماسی، قرار دادن و تطبیق) برای چشمی که 0.50 دیوپتر تغییر نمره داشته سهمیه‌ای عرضه می‌کنیم. سهمیه یکی از این لنزهای جایگزین \$30 برای لنز تکی عینک یا برای یک لنز تماسی (شامل قرار دادن و تطبیق دادن) و \$45 برای لنزهای چندکانونی یا محدب عینک است.</p>	

هزینه‌ای که شما باید بپردازید	خدماتی که هزینه آن را طرح ما پرداخت خواهد کرد	
\$0	<p>لنزهای چشمی خاص: ما انواع خاصی از لنزهای تماسی را که در ادامه معرفی شده‌اند پوشش می‌دهیم، این لنزها باید توسط پزشک شبکه یا ارائه‌دهنده شبکه که اپتومتریست است، تجویز شوند:</p> <ul style="list-style-type: none"> تا حداکثر دو لنز تماسی که از لحاظ پزشکی ضروری هستند و قرارگیری و تطبیق آن‌ها در هر دوره 12 ماهه برای مداوای آنیریدیا (فقدان عنبیه). اگر لنزهای تماسی (غیر از لنز تماسی مورد استفاده برای آنیریدیا) بهبود قابل توجهی در بینایی شما به همراه داشته باشد، که این بهبود با عدسی عینک امکان‌پذیر نباشد، ما یا هزینه یک جفت لنز تماسی (همراه با قرارگیری و تطبیق دادن) یا مرحله اول خرید لنزهای تماسی مصرفی (همراه با قرارگیری و تطبیق دادن) را فقط یکبار در هر 12 ماه پوشش می‌دهیم. با این حال، در صورتی که طی 12 ماه گذشته کمک هزینه‌ای برای لنز تماسی پرداخت کرده باشیم (یا هر پوشش دیگری)، هیچگونه لنز تماسی دیگری را پوشش نخواهیم داد؛ اما لنزهای تماسی تحت پوشش برای مداوای آنیریدیا، استثنا است. 	
\$0	<p>وسایل کمک به کم‌بینایی: در صورتی که شرایط ذیل برقرار باشد، ما هزینه وسایل کمک به کم‌بینایی را تحت پوشش Medi-Cal برای شما پوشش می‌دهیم:</p> <ul style="list-style-type: none"> بهترین دقت بینایی اصلاح شده در چشم بهتر 20/60 یا ضعیف‌تر است، یا محدودیت میدان تا 10 درجه یا کمتر از نقطه تثبیت در هر دو چشم وجود دارد. شرایطی که موجب بینایی غیرطبیعی می‌شود مزمن بوده و با روش‌های جراحی یا پزشکی قابل بهبود نیست. شرایط جسمی و روانی شخص گیرنده به گونه‌ای است که انتظار منطقی وجود دارد که این کمک برای بهبود عملکرد روزمره شخص استفاده شود. پوشش به ارزان‌ترین نوع دستگاه که نیازهای پزشکی عضو را برآورده می‌کند، محدود می‌شود. دستگاه‌های بزرگنمایی الکترونیکی و دستگاه‌هایی که دارای لنز برای استفاده با چشم نیستند، مشمول پوشش Medi-Cal نمی‌شوند. 	
\$0	<p>معاینه پیشگیرانه با عنوان «به Medicare خوش آمدید»</p> <p>ما یکبار معاینه پیشگیرانه با عنوان «به Medicare خوش آمدید» را تحت پوشش قرار می‌دهیم. این معاینه شامل موارد زیر است:</p> <ul style="list-style-type: none"> بررسی سلامت شما. مشاوره و آموزش درباره خدمات پیشگیرانه مورد نیازتان (شامل غربالگری‌ها و واکسن‌های خاص)، و ارجاع برای مراقبت دیگر در صورتی که نیاز داشته باشید. <p>توجه: ما جلسه ملاقات پیشگیرانه با عنوان «به Medicare خوش آمدید» را تنها طی 12 ماه اولی که بخش Medicare D دارید پوشش می‌دهیم. زمانی که نوبت ملاقات می‌گیرید، مطب پزشک خود را از این موضوع مطلع کنید که قصد تعیین زمان برای ملاقات پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» دارید.</p>	

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند								
	<p>مراقبت دندانپزشکی بیشتر (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)</p> <p>Health Plan برای ارائه برنامه DeltaCare USA Dental HMO به شما، با Delta Dental کالیفرنیا («Delta Dental») قرارداد دارد. DeltaCare USA خدمات جامع مراقبت دندانپزشکی را از طریق شبکه‌ای از دندانپزشکان عرضه می‌کند که برای ارائه خدمات دندانپزشکی با Delta Dental قرارداد دارند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی، لطفاً به «فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان خدمات دندانپزشکی» مراجعه کنید.</p> <p>مزایایی که در زیر آورده شده است توسط دندانپزشک حاضر در طرح DeltaCare USA با فرض متناسب بودن آن‌ها انجام می‌گیرند و مشروط به محدودیت‌ها و استثنائات عنوان‌شده در این فصل هستند. اعضا باید پیش از دریافت خدمات درباره تمامی گزینه‌های درمانی با دندانپزشک خود در DeltaCare USA مشورت کنند. اگر برای یکی از روندهای درمانی فهرست شده، خدمات توسط دندانپزشک طرف قرارداد انجام گرفت، فرد نام‌نویسی‌شده باید پرداخت مشترک مشخص شده را بپردازد. فرآیندهای فهرست شده ای که ملزم می‌کنند یک دندانپزشک خدمات تخصصی را ارائه کند، و به وسیله دندانپزشک طرف قرارداد تعیین شده ارجاع داده می‌شوند، باید از سوی Delta Dental مجاز باشند. فرد نام‌نویسی‌شده مبلغ پرداخت مشترک تعیین شده برای این نوع خدمات را می‌پردازد.</p> <p>اگر یک روند درمانی خاص در ادامه فهرست نشده باشد، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. توجه: هر کدام از خدماتی که در ادامه با ستاره (*) فهرست شده است تنها زمانی جزو مزایای تحت پوشش است که همراه با خدمت دیگری ارائه شود که با یک ستاره علامت‌دار نشده است.</p> <p>بخش‌هایی از متن زیر که به‌صورت مورب نوشته شده است به‌طور خاص قصد شفاف‌سازی ارائه مزایا تحت برنامه‌های DeltaCare USA Dental HMO را دارد و نباید به‌عنوان کدهای روند Current Dental Terminology (CDT) 2024، فهرست واژگانی یا معرف قلمداد شوند که تحت قانون حق تألیف «انجمن دندانپزشکان آمریکا» (ADA) هستند. ADA ممکن است به صورت دوره‌ای کدها یا تعاریف CDT را تغییر دهد. این کدها، فهرست‌های واژگانی و توصیفگرهای به‌روزرسانی‌شده ممکن است برای توصیف این فرآیندهای تحت پوشش بر طبق قوانین فدرال به کار روند.</p>								
	<p>روندهای تشخیصی (D0100–D0999) †</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="190 1612 443 1680">\$0</td> <td data-bbox="443 1612 1422 1680">D0120: معاینه دهانی دوره ای – بیمار ثابت.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1680 443 1747">\$0</td> <td data-bbox="443 1680 1422 1747">D0140: معاینه محدود دهانی – متمرکز بر مشکل.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1747 443 1814">\$0</td> <td data-bbox="443 1747 1422 1814">D0150: معاینه کامل دهانی – بیمار ثابت یا جدید.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1814 443 1881">\$0</td> <td data-bbox="443 1814 1422 1881">D0160: معاینه دهانی جزئی و وسیع – متمرکز بر مشکل، برحسب گزارش</td> </tr> </tbody> </table>	\$0	D0120: معاینه دهانی دوره ای – بیمار ثابت.	\$0	D0140: معاینه محدود دهانی – متمرکز بر مشکل.	\$0	D0150: معاینه کامل دهانی – بیمار ثابت یا جدید.	\$0	D0160: معاینه دهانی جزئی و وسیع – متمرکز بر مشکل، برحسب گزارش
\$0	D0120: معاینه دهانی دوره ای – بیمار ثابت.								
\$0	D0140: معاینه محدود دهانی – متمرکز بر مشکل.								
\$0	D0150: معاینه کامل دهانی – بیمار ثابت یا جدید.								
\$0	D0160: معاینه دهانی جزئی و وسیع – متمرکز بر مشکل، برحسب گزارش								

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D0180: معاینه پریدونتال کامل – بیمار ثابت یا جدید
\$0	D0210: داخل دهانی – مجموعه جامع تصاویر رادیوگرافی – محدود به 1 سری در هر 24 ماه.
\$0	D0220: اولین تصویر رادیوگرافی داخل دهانی – پری‌اپیکال.
\$0	D0230: هر تصویر رادیوگرافی اضافی داخل دهانی – پری‌اپیکال.
\$0	D0240: تصویر رادیوگرافی داخل دهانی - اکلوزال.
\$0	D0250: تصویر رادیوگرافی 2 بعدی خارج دهانی ایجاد شده با استفاده از یک منبع اشعه ثابت، و شناساگر.
\$0	D0251: تصویر رادیوگرافی دندان‌های خلفی خارج دهان.
\$0	D0270: بایت وینگ – یک تصویر رادیوگرافی.
\$0	D0272: بایت وینگ – دو تصویر رادیوگرافی.
\$0	D0274: بایت وینگ – چهار تصویر رادیوگرافی – محدود به یک 1 سری هر 6 ماه.
\$0	D0330: عکس رادیوگرافی پانورامیک.
\$0	D0350: تصاویر دو بعدی داخل دهانی یا خارج دهانی گرفته شده از دهان/صورت – برای تشخیص و درمان شرایط بالینی خاص که در رادیوگرافی‌ها مشخص نیست – 4 تصویر در هر دوره سرویس.
\$0	D0396: پرینت سه بعدی از اسکن سه بعدی سطح دندان.
\$0	D0419: ارزیابی جریان بزاق با اندازه‌گیری - 1 هر 12 ماه.
\$0	D0502: سایر عمل‌های پاتولوژی دهانی، از طریق گزارش.
\$0	D0999: عمل تشخیصی نامشخص، از طریق گزارش – شامل معاینه در مطب، در هر بار معاینه (علاوه بر دیگر خدمات).
\$0	پیشگیرانه (D1000-D1999) D1110: جرم‌گیری پروفیلاکسی – بزرگسالان – 1 بار D1110 یا D4346 در هر دوره 6 ماهه.

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D1206: استفاده موضعی از وارنیش فلوراید – 1 D1206 یا D1208 در هر دوره 6 ماهه.
\$0	D1208: استفاده موضعی از فلوراید – غیر از وارنیش – 1 D1206 یا D1208 در هر دوره 6 ماهه.
\$0	D1354 استفاده از داروهای ضدپوسیدگی – به ازای هر دندان – 1 بار در هر دوره 6 ماهه
ترمیمی (D2000–D2999)†	
- شامل پرداخت دندان، تمامی مواد چسبنده و باندینگ، پوشش غیرمستقیم پالپ، بیس‌ها، لاینرها و فرآیندهای درمانی اسید اچینگ. تعویض روکش، اینله و آنله لازم است که از ترمیم قبلی بیش از 5 سال گذشته باشد.	
\$0	D2140: آمالگام – یک سطحی، شیری یا دائمی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2150: آمالگام – دو سطحی، شیری یا دائمی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2160: آمالگام – سه سطحی، شیری یا دائمی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2161: آمالگام – چهار سطحی یا بیشتر، شیری یا دائمی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2330: کامپوزیت رزینی – یک سطحی، قدامی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2331: کامپوزیت رزینی – دو سطح، قدامی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2332: کامپوزیت رزینی – سه سطحی، قدامی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2335: کامپوزیت رزینی – چهار سطحی یا بیشتر (قدامی) – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2390: کامپوزیت رزینی – تاج، قدامی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2391: کامپوزیت رزینی – یک سطحی، خلفی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2392: کامپوزیت رزینی – دو سطحی، خلفی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2393: کامپوزیت رزینی – سه سطحی، خلفی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2394: کامپوزیت رزینی – چهار سطحی یا بیشتر، خلفی – محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2910: ترمیم دوباره اینله، آنله یا بازسازی بخشی از روکش – محدود به 1 بار در 12 ماه.

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D2920: روکش یا چسباندن دوباره روکش - ارائه‌دهنده اصلی مسئول همه روکش‌گذاری‌های مجدد در طی 12 ماه اول پس از قرار دادن روکش‌هایی است که پیش‌ساخته یا تولیدشده در لابراتوار هستند. پس از دوره 1 ماهه اولیه، محدود به 1 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D2928: روکش پیش‌ساخته چینی/سرامیک - دندان دائمی - محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2931: روکش پیش‌ساخته فولاد ضدزنگ - دندان دائمی - محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2932: روکش پیش‌ساخته رزینی - دندان شیری قدامی - محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2933: روکش پیش‌ساخته فولاد ضدزنگ با قاب رزینی - محدود به 1 بار در هر 36 ماه.
\$0	D2940: ترمیم محافظتی - محدود به 1 بار در هر 6 ماه.
\$0	D2952: پست و هسته علاوه بر تاج، ساخت غیرمستقیم - شامل آماده‌سازی کانال - یک بار در هر دندان بدون در نظر گرفتن تعداد پست‌های قرار داده شده، و فقط در ارتباط با تاج‌های مجاز (پیش‌ساخته یا فرآوری‌شده در آزمایشگاه).
\$0	D2954: پست و هسته پیش‌ساخته علاوه بر تاج - پست فلزی پایه؛ شامل آماده‌سازی کانال - یک بار در هر دندان بدون در نظر گرفتن تعداد پست‌های قرار داده شده و فقط در ارتباط با تاج‌های مجاز (پیش‌ساخته یا فرآوری‌شده در آزمایشگاه) روی دندان‌های دائمی که کانال ریشه آنها درمان شده است.
\$0	D2976: تثبیت باند - در هر دندان - محدود به یک بار در طول زندگی برای هر دندان
\$0	D2989: تخلیه دندان که منجر به غیرقابل ترمیم شدن آن می‌شود
\$0	اندودونتیکیس (D3000-D3999) † D3110: روکش پالپ - مستقیم (به استثنای ترمیم نهایی).
\$0	D3346: ترمیم دوباره روت کانال قبلی - خلفی - ظرف 12 ماه پس از درمان اولیه برای ارائه‌دهنده اصلی مزایایی ندارد.
	پریودونتیکیس (D4000-D4999) † شامل معاینات قبل و بعد از جراحی و درمان با بی‌حسی موضعی.
\$0	D4341: جرم‌گیری دندان و جرم‌گیری عمیق ریشه - چهار دندان یا بیشتر به ازای هر یک چهارم فک - محدود به 1 عمل یک چهارم فک در هر 24 ماه.
\$0	D4342: جرم‌گیری دندان و جرم‌گیری عمیق ریشه - یک تا سه دندان یا بیشتر به ازای هر یک چهارم فک - محدود به 1 عمل برای یک چهارم فک در هر 24 ماه.

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D4346: جرم‌گیری با وجود التهاب لثه شدید یا خفیف به‌طور کلی – تمام دهان، پس از معاینه دهانی D1110 یا 1 – D4346 بار در هر دوره 6 ماهه
\$0	D4355: دبریدمان کامل دهان برای ایجاد امکان معاینه و تشخیص کامل پریدونتال در معاینه بعدی – محدود به 1 درمان در هر 12 ماه متوالی.
\$0	D4910: نگهداری پریدونتال – مزیتی که تنها در شرایط زیر ارائه می‌شود: زمانی که پیش از جرم‌گیری پریدونتال و جرم‌گیری عمیق ریشه باشد، فقط به بیماران ساکن در «مرکز پرستاری تخصصی» یا «مؤسسه واسطه مراقبت» (D4341-D4342)، تنها پس از تکمیل تمامی جرم‌گیری‌های ضروری و جرم‌گیری عمیق ریشه، محدود به 1 بار درمان به ازای هر فصل تقویمی، تنها در یک دوره 24 ماهه پس از آخرین جرم‌گیری سطحی و جرم‌گیری عمیق ریشه.
پروتز، متحرک (D5000–D5899)†	
ری‌بیس‌ها، ریلین‌ها و بهبود وضعیت بافت محدود به 1 بار به ازای هر دندان مصنوعی طی 12 ماه متوالی. برای جایگزینی یک دست دندان مصنوعی یا دندان مصنوعی پارسیل لازم است که از عمر دندان‌های مصنوعی موجود بیش از 5 سال گذشته باشد. توجه: برای تمام دندان‌های مصنوعی فهرست‌شده، پرداخت‌های مشترک مربوط به هر گونه پروتز متحرک، ریلین، بهسازی یا ترمیم بافت شامل تمام جرح و تعدیل‌های لازم برای شش ماه پس از تاریخ سرویس است. ثبت‌نام‌کننده باید همچنان واجد شرایط باشد و خدمات باید در مطب دندانپزشک طرف قرارداد یعنی محل اصلی دریافت دندان‌های مصنوعی انجام گیرد.	
\$0	D5110: دندان مصنوعی کامل – فک بالا.
\$0	D5120: دندان مصنوعی کامل – فک پایین.
\$0	D5130: دندان مصنوعی فوری – فک بالا.
\$0	D5140: دندان مصنوعی فوری – فک پایین.
\$0	D5410: تنظیم دندان مصنوعی کامل – فک بالا – یک بار در هر دوره سرویس؛ 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5411: تنظیم دندان مصنوعی کامل – فک پایین – یک بار در هر دوره سرویس، 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5511: ترمیم بیس دندان مصنوعی کامل شکسته، فک پایین. یک بار برای هر قوس در هر دوره سرویس؛ محدود به 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5512: ترمیم بیس دندان مصنوعی کامل شکسته، فک بالا. یک بار برای هر قوس در هر دوره سرویس؛ محدود به 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5520: تعویض دندان شکسته یا افتاده – دندان مصنوعی کامل (هر دندان) – حداکثر تا چهار دندان در هر قوس، در هر دوره سرویس برای هر ارائه‌دهنده؛ محدود به دو بار برای هر قوس، در یک دوره 12 ماهه.

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D5611: ترمیم بیس رزینی دندان مصنوعی پارسیل، فک پایین. یک بار برای هر قوس در هر دوره سرویس؛ محدود به 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5612: ترمیم بیس رزینی دندان مصنوعی پارسیل، فک بالا. یک بار برای هر قوس در هر دوره سرویس؛ محدود به 2 بار در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5730: ریلاین دندان مصنوعی کامل فک بالا (روش چیرساید) – محدود به 1 دندان مصنوعی در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5731: ریلاین دندان مصنوعی کامل فک پایین (روش چیرساید) – محدود به 1 دندان مصنوعی در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5750: ریلاین دندان مصنوعی کامل فک بالا (آزمایشگاهی) - محدود به 1 دندان مصنوعی در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5751: ریلاین دندان مصنوعی کامل فک پایین (آزمایشگاهی) – محدود به 1 دندان مصنوعی در یک دوره 12 ماهه.
\$0	D5850: بهبود وضعیت بافت، فک بالا – محدود به 2 بار به ازای هر دندان مصنوعی در یک دوره 36 ماهه.
\$0	D5851: بهبود وضعیت بافت، فک پایین – محدود به 2 بار به ازای هر دندان مصنوعی در یک دوره 36 ماهه.
\$0	D5863: دندان مصنوعی متحرک – فک بالا – محدود به 1 بار در هر دوره پنج ساله.
\$0	D5865: دندان مصنوعی متحرک – فک پایین – محدود به 1 بار در هر دوره پنج ساله.
خدمات ایمپلنت (D6000–D6199)†	
تنها زمانی مزیت است که وضعیت‌های استثنایی پزشکی ثبت گردد و ضرورت پزشکی آن‌ها بررسی شود. تأییدیه قبلی لازم است. همچنین به استثناء و/یا محدودیت‌ها مراجعه کنید. ارائه‌دهنده اصلی مسئول همه روکش‌گذاری‌های مجدد در طی 12 ماه اول پس از قراردادن اولیه روکش‌های پشتیبانی‌شده با اباتمنت/ایمپلنت. محدود به 1 بار در هر دوره 12 ماهه پس از روکش مجدد توسط همان ارائه‌دهنده.	
\$0	D6092: چسباندن دوباره روکش پشتیبانی‌شده توسط ایمپلنت/اباتمنت.
\$0	D6093: روکش یا چسباندن دوباره دندان مصنوعی پارسیل ثابت پشتیبانی‌شده با ایمپلنت/اباتمنت.
\$0	D6096: برداشتن ایمپلنت شکسته با نگهداشتن پیچ.
\$0	D6100: برداشتن ایمپلنت با جراحی.
\$0	D6105: برداشتن بدنه ایمپلنت بدون نیاز به برداشتن استخوان یا بالا بردن فلپ.

اگر پریشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D6197: جایگزینی مواد ترمیمی مورد استفاده برای بستن دهانه دسترسی پروتز پشتیبان ایمپلنت با پیچ، در هر ایمپلنت.
	پروتز، ثابت (D6200-D6999) † هر نگهدارنده و پونتیک یک واحد را در دندان مصنوعی پارسیل ثابت یا بریج تشکیل می‌دهد. برای تعویض روکش، پونتیک، اینله، آنله یا فشارشکن لازم است که از عمر بریج فعلی 5 سال یا بیشتر گذشته باشد.
\$0	D6930: چسباندن دوباره دندان مصنوعی جزئی ثابت.
\$0	D6999: عمل نامشخص پروتزهای ثابت، با گزارش.
	جراحی دهان و فک و صورت (D7000-D7999) † شامل معاینات قبل و بعد از جراحی و درمان با بی‌حسی موضعی.
\$0	D7111: کشیدن، بقایای کروئال – دندان شیری.
\$0	D7140: کشیدن، دندان درآمده یا ریشه بیرون‌زده (بالا آوردن و/یا برداشتن با انبر).
\$0	D7210: کشیدن دندان درآمده که مستلزم برداشتن استخوان یا برش دندان است، همراه با بالا آوردن فلپ موکوپریوستتال در صورتی که مشخص باشد.
\$0	D7220: کشیدن دندان نهفته – بافت نرم.
\$0	D7230: کشیدن دندان نهفته – نیمه‌استخوانی.
\$0	D7240: کشیدن دندان نهفته – کاملاً استخوانی.
\$0	D7241: کشیدن دندان نهفته – کاملاً استخوانی، با عوارض غیرعادی در جراحی.
\$0	D7250: برداشتن باقیمانده‌های ریشه‌های دندان (عمل با برش).
\$0	D7270: ایمپلنت دوباره دندان و/یا تثبیت دندانی که اتفاقی بیرون آمده یا جابجا شده است – فقط برای دندان قدامی دائمی – یکبار به ازای هر قوس.
\$0	D7284: بیوپسی اکسیژیونی از غدد بزاقی کوچک.
\$0	D7286: بیوپسی بافت دهانی – نرم – شامل روندهای آزمایشگاهی پاتولوژی نمی‌شود.

خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند	مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید
خدمات عمومی جنبی (D9000-D9999) †	
D9110: درمان تسکین دندان درد – در هر معاینه.	\$0
D9210: بی‌حسی موضعی بدون فرآیندهای درمانی یا عمل جراحی.	\$0
D9211: بی‌حسی موضعی با استفاده از انسداد عصب.	\$0
D9212: بی‌حسی ناحیه تقسیم عصب تریژمینال با استفاده از انسداد.	\$0
D9215: بی‌حسی موضعی همراه با فرآیندهای درمانی یا عمل جراحی.	\$0
D9222: آرامبخش عمیق/بیهوشی عمومی – 15 دقیقه ابتدایی	\$0
D9223: آرامبخش عمیق/بیهوشی عمومی – افزایش در هر 15 دقیقه.	\$0
D9230: تنفس اکسید نیتروژن/داروی ضداضطراب، ضد درد.	\$0
D9239: آرامبخش/ضد درد ملایم (هوشیارانه) درون‌وریدی – 15 دقیقه اول.	\$0
D9243: آرامبخش/بیهوشی ملایم (با حفظ هوشیاری) درون‌وریدی – افزایش در هر 15 دقیقه بعدی.	\$0
D9248: آرامبخش ملایم غیر درون‌وریدی (با حفظ هوشیاری). محدود به یک بار در هر دوره سرویس.	\$0
D9310: مشاوره – خدمات تشخیصی انجام‌گرفته توسط پزشک یا دندانپزشکی غیر از پزشک یا دندانپزشک درخواست‌دهنده. صورتحساب این عمل باید تنها با عنوان اعمال تشخیصی D0120، D0140، D0150، یا D0160 نوشته شود.	\$0
D9311: مشاوره با یک متخصص پزشکی خدمات درمانی.	\$0
D9430: ملاقات در مطب برای معاینه (طی ساعت زمانبندی شده معمول برای ملاقات) – خدمات دیگری انجام نشده است. یک بار در هر دوره سرویس.	\$0
D9440: معاینه در مطب – بعد از ساعات برنامه‌ریزی‌شده – یک بار در هر دوره خدمات و فقط با درمان که جزء مزایا است.	\$0
D9910: داروی بی‌حسی – فقط برای دندان دائمی – محدود به یک بار در هر دوره 12 ماهه.	\$0

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
\$0	D9930: درمان عوارض (پس از جراحی) – شرایط غیرمعمول، با گزارش. یک بار در هر دوره سرویس.
\$0	D9986: نوبت ملاقات از دست‌رفته – بدون اطلاع‌رسانی 24 ساعت قبل.
\$0	D9987: نوبت ملاقات لغوشده – بدون اطلاع‌رسانی 24 ساعت قبل.
\$0	D9990 ترجمه رسمی یا خدمات زبان اشاره – در هر ملاقات.
\$0	D9991: مدیریت پرونده دندانپزشکی – رفع موانع هماهنگی ملاقات‌ها.
\$0	D9992: مدیریت پرونده دندانپزشکی – هماهنگی خدمات مراقبتی.
\$0	D9995: دندانپزشکی از راه دور – حضور و ملاقات همزمان و آنی.
\$0	• D9996: دندانپزشکی از راه دور – غیرهمزمان؛ اطلاعات برای بازبینی‌های بعدی ذخیره و به دندانپزشک ارجاع داده می‌شوند.
\$0	<p>مراقبت دندان‌پزشکی اورژانسی*</p> <p>در صورت نیاز به مراقبت دندان‌پزشکی اورژانسی باید با دندانپزشک منتصب خود در DeltaCare USA یا "خدمات مشتریان Delta Dental با شماره 1-877-644-1774، از دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. EST، پاسخگویی 7 روز هفته از 1 اکتبر تا 31 مارس، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ EST، (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند).</p> <p>• مراقبت دندان‌پزشکی انجام‌گرفته توسط دندانپزشک منتصب شما در DeltaCare USA که اورژانسی و تحت پوشش هستند.</p>
شما باید هر مبلغی را که بیش از حداکثر \$100 می‌شود، بپردازید.	<p>• مراقبت دندان‌پزشکی اورژانسی تحت پوشش و انجام‌گرفته توسط دندانپزشکی غیر از دندانپزشک منتصب DeltaCare USA محدود به \$100 به ازای هر مورد اورژانسی، منهای تقسیم هزینه شما. همچنین مراقبت اورژانسی تحت پوشش، محدود به مراقبت ضروری است که برای تثبیت وضعیت شما و تسکین درد لازم است. علاوه بر این، اگر شرایط زیر رعایت نشوند، شما مسئول پرداخت هزینه کامل مراقبت دندان‌پزشکی خواهید بود:</p> <p>• شما تلاش معقولی برای تماس با دندانپزشک منتصب خود در DeltaCare USA نموده باشید و طی 24 ساعت نتوانسته باشید مورد معاینه قرار بگیرید یا معتقدید که شرایط شما، امکان رفتن نزد دندانپزشک منتصب DeltaCare USA را نامعقول یا ناممکن می‌کند. اگر عضو جدیدی هستید که هنوز دندانپزشک منتصبی ندارد، باید برای کمک در تعیین دندانپزشک DeltaCare USA با مرکز خدمات مشتریان Delta Dental تماس بگیرید.</p>

مبلغی که باید هنگام دریافت این خدمات پرداخت کنید	خدماتی که برای شما پوشش داده می‌شوند
	<ul style="list-style-type: none"> • پیش از دریافت مراقبت دندان‌دانی اورژانسی با مرکز خدمات مشتریان Delta Dental تماس گرفته‌اید یا با توجه به شرایط و وضعیت شما، دریافت خدمات مراقبت دندان‌دانی اورژانسی بدون تماس با مرکز خدمات مشتریان کاری عاقلانه‌تر باشد. • مطالبه خدمات دندان‌دانی تحت پوشش اورژانسی باید طی 90 روز از درمان به Delta Dental تحویل داده شود، مگر اینکه اثبات کنید امکان معقول تحویل مطالبه طی این زمان وجود نداشته است. در هر صورت، مطالبه باید طی یک سال پس از تاریخ درمان دریافت شود. مطالبه خود را به این آدرس ارسال کنید: Delta، Alpharetta، Dental Claims Department، P.O. Box 1803، GA 30023.

E. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق خدمات هزینه‌ای Original Medicare یا Medi-Cal در دسترس شما هستند.

E1. انتقال‌های انجمن کالیفرنیا (CCT)

برنامه «انتقال‌های انجمن کالیفرنیا» (CCT) از «سازمان‌های پیشرو» محلی برای کمک به ذی‌نفعان واجد شرایط Medi-Cal استفاده می‌کند، افرادی که به مدت حداقل 90 روز متوالی در مرکزی بستری شده‌اند، سپس به شرایط اجتماعی بازگشته‌اند و به‌طور ایمن در آنجا می‌مانند. برنامه CCT بودجه خدمات هماهنگی برای انتقال حین دوره پیش از انتقال و تا 365 روز پس از انتقال را تأمین می‌کند تا به ذی‌نفعان برای برگشت به شرایط اجتماعی کمک کرده باشد.

می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان اصلی CCT که به کانتی محل زندگی شما خدمات می‌دهد دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های اصلی CCT و کانتی‌هایی را که به آنها خدمات می‌دهند را در وبسایت دپارتمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی بیابید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

Medi-Cal هزینه خدمات هماهنگی انتقال CCT را می‌پردازد. برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید:

برای خدماتی که به انتقال CCT شما مرتبط نیستند

ارائه‌دهنده، صورتحساب خدمات شما را برای ما ارسال می‌کند. طرح ما هزینه خدماتی را که پس از انتقالتان ارائه شده، می‌پردازد. برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید:

هنگامی که خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدمات فهرست‌شده در «جدول مزایا» در بخش D را می‌پردازیم.

عدم تغییر در مزایای پوشش داروها

برنامه CCT داروها را پوشش نمی‌دهد. همچنان از طریق طرح ما مزایای عادی دارو را دریافت خواهید کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبتی غیر از انتقال CCT نیاز دارید، با مسئول هماهنگی درمان خود برای تدارک این خدمات تماس بگیرید. مراقبت غیر انتقال CCT به انتقال شما از مؤسسه یا مرکزی ارتباطی ندارد.

E2. برنامه Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal Dental ارائه می‌شوند؛ که شامل موارد زیر است اما محدود به آن‌ها نمی‌شود:

- معاینات اولیه، پرتو ایکس، جرم‌گیری، و فلورایدتراپی.
- ترمیم و روکش.
- عصب کشی.
- دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، تعمیر و ریلاین.

مزایای دندانپزشکی در برنامه Medi-Cal Dental به‌صورت هزینه در ازای خدمات ارائه می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا اگر برای پیدا کردن دندانپزشکی که Medi-Cal را می‌پذیرد به کمک نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-322-6384** (کاربران TTY با شماره **1-800-735-2922** تماس بگیرید) با خط «خدمات مشتریان» تماس بگیرید. این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه خدمات Medi-Cal Dental برای کمک به شما از ساعت 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ از دوشنبه تا جمعه در دسترس هستند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر، از این وب‌سایت به نشانی <https://smilecalifornia.org/> بازدید کنید.

علاوه بر برنامه هزینه به ازای خدمات دندانپزشکی Medi-Cal Dental، می‌توانید مزایای دندانپزشکی را از طریق طرح مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی در شهر لس آنجلس ارائه می‌شود. اگر به اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندانپزشکی نیاز دارید یا می‌خواهید طرح‌های دندانپزشکی خود را تغییر دهید، دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ از طریق شماره **1-800-430-4263** (کاربران TTY با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرید) با Health Care Options تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

طرح ما خدمات دندانپزشکی بیشتری ارائه می‌دهد: برای کسب اطلاعات بیشتر، به «جدول مزایا» در بخش D مراجعه کنید.

E3. مراقبت آسایشگاهی

اگر ارائه‌دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص پیش‌آگهی غیرقابل درمان برای شما بدهند، حق انتخاب آسایشگاه را دارید. یعنی اینکه دچار بیماری غیرقابل درمانی هستید و احتمالاً تا مدت شش ماه یا کمتر زنده می‌مانید. می‌توانید از هر برنامه مراقبت آسایشگاهی که توسط Medicare مورد تأیید باشد خدمات مراقبتی دریافت کنید. طرح باید به شما کمک کند که برنامه مراقبت آسایشگاهی مورد تأیید Medicare را پیدا کنید. پزشک شما برای مراقبت آسایشگاهی می‌تواند ارائه‌دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه هنگامی که شما خدمات مراقبتی آسایشگاهی دریافت می‌کنید، ما چه هزینه‌هایی را می‌پردازیم، به «جدول مزایا» در بخش D مراجعه کنید.

برای خدمات آسایشگاهی و خدماتی که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B هستند و به پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما مربوط هستند

- ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی، صورتحساب خدمات شما را برای Medicare ارسال می‌کند. Medicare هزینه خدمات آسایشگاهی‌ای که به پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما ربط دارد را می‌پردازد. برای این خدمات هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید:

برای خدماتی که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B هستند و به پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما مربوط هستند

- ارائه‌دهنده، صورتحساب خدمات شما را برای Medicare ارسال می‌کند. Medicare هزینه خدمات تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B را پرداخت خواهد کرد. شما هیچ هزینه‌ای برای این خدمات نمی‌پردازید.

برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش Medicare D طرحمان باشند

- داروها هرگز به‌طور همزمان توسط برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی و طرح ما پوشش داده نخواهند شد. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید.
- توجه:** اگر به مراقبت غیر آسایشگاهی نیاز دارید، برای تدارک این خدمات، با مسئول هماهنگی مراقبت خود تماس بگیرید. مراقبت غیر آسایشگاهی مراقبتی است که به پیش‌آگهی بیماری لاعلاجتان ربطی ندارد.

E4. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)

- برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده به شما کمک خواهد کرد تا بتوانید با خیال راحت در منزل خودتان بمانید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبت و پانسیون در نظر گرفته می‌شود.
- انواع خدمات مجاز از طریق IHSS عبارت‌اند از: نظافت منزل، آماده‌سازی غذا، لباسشویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، پیرایش و خدمات پیرایشگری)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشکی و نظارت حفاظتی برای افراد مبتلا به اختلال ذهنی.
- هماهنگ‌کننده مراقبتان می‌تواند به شما کمک کند تا از طریق سازمان خدمات اجتماعی کانتی خود برای IHSS درخواست دهید.

- اداره خدمات اجتماعی عمومی کانتی لس‌آنجلس با شماره 1-866-613-3777 (TTY 711).
- سازمان خدمات اجتماعی کانتی اورنج با شماره 1-855-541-5411 (TTY 711).
- اداره خدمات اجتماعی عمومی کانتی ریورساید با شماره 1-877-410-8827 (TTY 711).
- خدمات سالمندان و بزرگسالان کانتی سن برناردینو با شماره 909-891-3900 (TTY 711).
- اداره سلامت و خدمات انسانی سن‌دیگو 1-866-262-9881 (TTY 711).

E5 (c) 1915. برنامه‌های معافیت از خدمات مبتنی بر منزل و جامعه (HCBS)**معافیت از زندگی حمایتی (ALW)**

- معافیت از زندگی حمایتی (ALW) به ذی‌نفعان واجد شرایط Medi-Cal این امکان را می‌دهد که سکونت در یک محیط زندگی کمکی را به‌عنوان جایگزینی برای استقرار بلندمدت در یک مرکز آسایشگاهی انتخاب کنند. هدف ALW تسهیل انتقال دوباره مرکز آسایشگاهی به یک محیط خانگی و اجتماعی یا جلوگیری از پذیرش پرستاران ماهر برای ذی‌نفعانی است که نیاز فوری به استقرار در مرکز آسایشگاهی دارند.
- اعضای که در ALW ثبت‌نام و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده باشند، می‌توانند در حین اینکه مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند، عضو ALW بمانند. طرح ما با سازمان هماهنگی مراقبت‌های ALW شما همکاری می‌کند تا خدمات دریافتی‌تان را هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای ALW درخواست دهید.

معافیت از HCBS برای کالیفرنایی‌های مبتلا به ناتوانی‌های رشدی (HCBS-DD)**معافیت از برنامه تعیین سرنوشت کالیفرنیا (SDP) برای افراد مبتلا به ناتوانی‌های رشدی**

- دو معافیت 1915(c) وجود دارد، معافیت از HCBS-DD و معافیت از SDP، که خدماتی را به افرادی مبتلا به ناتوانی رشدی ارائه می‌دهند که پیش از تولد 18 سالگی فرد شروع می‌شود و انتظار می‌رود که برای مدتی نامحدود ادامه یابد. هر دو معافیت راهی برای تأمین مالی خدمات خاصی هستند که به افراد مبتلا به معلولیت رشدی اجازه می‌دهد به جای اقامت در یک مرکز سلامت دارای مجوز، در منزل یا انجمن زندگی کنند. هزینه این خدمات به‌طور مشترک توسط برنامه Medicaid دولت فدرال و ایالت کالیفرنیا تأمین می‌شود. هماهنگ‌کننده مراقبت‌تان می‌تواند به شما کمک کند تا به خدمات معافیت از DD بپیوندید.

معافیت از جایگزین مبتنی بر منزل و جامعه (HCBA)

- معافیت از HCBA به افرادی که در معرض خطر اقامت در خانه یا مؤسسه سالمندان هستند، خدمات مدیریت مراقبتی ارائه می‌دهد. خدمات مدیریت مراقبتی توسط یک تیم مدیریت مراقبتی چندرشته‌ای متشکل از یک پرستار و مددکار اجتماعی ارائه می‌شوند. این تیم معافیت و خدمات طرح دولتی (مانند پزشکی، سلامت رفتاری، خدمات حمایتی در منزل و غیره) را هماهنگ و سایر خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت موجود در جامعه محلی را برنامه‌ریزی می‌کند. خدمات مدیریت مراقبتی و معافیت در محل اقامت مبتنی بر جامعه شرکت‌کننده ارائه می‌شود. این محل اقامت می‌تواند دارای مالکیت خصوصی باشد، از طریق قرارداد اجاره مستأجر تأمین شود یا محل اقامت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده باشد.
- اعضای که در معافیت از HCBA ثبت‌نام و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده باشند، می‌توانند در حین اینکه مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند، عضو معافیت از HCBA بمانند. طرح ما با سازمان معافیت از HCBA شما همکاری می‌کند تا خدمات دریافتی‌تان را هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای ALW درخواست دهید.

برنامه معافیت از Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت از Medi-Cal (MCWP) به‌عنوان جایگزینی برای مرکز آسایشگاهی یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات مدیریت مراقبتی جامع و مستقیم را به افراد مبتلا به HIV ارائه می‌دهد. مدیریت پرونده یک رویکرد تیمی مشارکت‌کننده محور است که از یک پرستار و مدیر پرونده مددکاری اجتماعی ثبت‌شده تشکیل شده است. مدیران پرونده با شرکت‌کننده و ارائه‌دهنده (ارائه‌دهندگان) مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب (مراقبین) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را جهت نگه داشتن شرکت‌کننده در منزل و جامعه خود ارزیابی کنند.

اگر پرستاری دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- اهداف MCWP عبارت‌اند از: (1) ارائه خدمات مبتنی بر منزل و جامعه به افراد مبتلا به HIV که ممکن است در غیر این صورت نیازمند خدمات سازمانی باشند؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان از طریق مدیریت سلامت HIV؛ (3) بهبود دسترسی به پشتیبانی از سلامت اجتماعی و رفتاری و (4) هماهنگی ارائه‌دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.
- اعضای که در معافیت از MCWP ثبت‌نام و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده باشند، می‌توانند در حین این‌که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند، عضو معافیت از MCWP بمانند. طرح ما با سازمان معافیت از MCWP شما همکاری می‌کند تا خدمات دریافتی‌تان را هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای MCWP درخواست دهید.

برنامه چندمنظوره خدمات ارشد (MSSP)

- برنامه چندمنظوره خدمات ارشد (MSSP)، خدمات مدیریت مراقبت‌های اجتماعی و سلامت را برای کمک به افراد جهت ماندن در منازل و جوامع خودشان ارائه می‌دهد.
- درحالی‌که بیشتر شرکت‌کنندگان در برنامه، خدمات حمایتی در منزل را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مراقبت مداوم را ارائه می‌دهد، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات و منابع اجتماعی مورد نیاز پیوند می‌دهد، با ارائه‌دهندگان مراقبت از سلامت هماهنگی انجام می‌دهد و برخی از خدمات مورد نیاز را خریداری می‌کند که در غیر این صورت برای ایجاد تأخیر در بستری شدن یا جلوگیری از آن در دسترس نیستند. کل هزینه ترکیبی سالانه مدیریت مراقبتی و سایر خدمات باید از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز آسایشگاهی تخصصی کمتر باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات اجتماعی و سلامت جهت تعیین خدمات مورد نیاز، به هر شرکت‌کننده در MSSP ارزیابی کامل سلامت و روانی-اجتماعی ارائه می‌دهند. سپس این تیم برای ایجاد یک طرح مراقبت فردی، با شرکت‌کننده در MSSP، پزشک، خانواده‌اش و دیگران همکاری می‌کند. خدمات شامل موارد زیر است:
 - مدیریت مراقبتی.
 - مراقبت روزانه بزرگسالان.
 - تعمیر/نگهداری جزئی خانه.
 - کارهای تکمیلی در منزل، مراقبت شخصی و خدمات نظارت حفاظتی.
 - خدمات فرجه‌ای.
 - خدمات حمل‌ونقل.
 - خدمات مشاوره‌ای و درمانی.
 - خدمات غذا.
 - خدمات ارتباطی.
- اعضای که در معافیت از MSSP ثبت‌نام و به مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal منتقل شده باشند، می‌توانند در حین این‌که مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما را نیز دریافت کنند، عضو معافیت از MSSP بمانند. طرح ما با ارائه‌دهنده MSSP شما همکاری می‌کند تا خدمات دریافتی‌تان را هماهنگ کند.
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند به شما کمک کند تا برای MSSP درخواست دهید.

E6. خدمات ارزیابی نهاد آموزش محلی («LEA»)

هنگام ارائه خدمات ارزیابی LEA برای اعضای که طبق بخش 51190.1 از CCR عنوان 22 واجد شرایط خدمات LEA هستند، Health Plan مسئول پوشش خدمات ارزیابی LEA که در بخش 51360(b) از CCR، عنوان 22 تصریح شده است نیست.

E7. خدمات LEA به صورتی که در بخش 51360 از CCR عنوان 22 تصریح شده است

Health Plan مسئولیتی در قبال پوشش خدمات LEA ارائه شده بر اساس این قوانین ندارد: «طرح آموزش فردی» (Individualized Education Plan, IEP) که در «قانون آموزش»، بخش 56340 و بعد مطرح شده است، یا یک «طرح فردی خدمات خانواده» (Individualized Family Service Plan, IFSP) که در «بخش 95020 از قانون دولت» آمده است یا خدمات LEA ارائه شده تحت یک «طرح حمایتی و سلامت فردی» (Individualized Health and Support Plan, IHSP)، همانطور که در عنوان 22 از CCR بخش 51360 توضیح داده شده است.

E8. خدمات آزمایشگاهی ارائه شده تحت برنامه دولتی آزمایش سطح سرمی آلفا-فتوپروتئین

پوشش برای خدمات آزمایشگاهی ارائه شده تحت برنامه دولتی آزمایش سطح سرمی آلفا-فتوپروتئین از طریق FFS Medi-Cal ارائه می شود.

E9. دعا یا شفای معنوی

خدمات دعا یا شفای معنوی که در بخش 51312 از قانون CCR عنوان 22 آمده است، از طریق FFS Medi-Cal ارائه می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دسترسی به این خدمات، با کانتی خود تماس بگیرید.

F. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند

همچنین این بخش درباره مزایایی برای شما توضیح می دهد که از طرح ما مستثنی شده اند. «مستثنی شده» یعنی اینکه هزینه این مزایا را نمی پردازیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن ها را پرداخت نمی کنند.

فهرست زیر خدمات و اقلامی را شرح می دهد که تحت هیچ شرایطی پوشش نمی دهیم یا تنها تحت شرایط خاص مستثنی می شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی را که در جدول زیر آمده است (یا در هر جای دیگری از این کتابچه راهنمای اعضا) غیر از موارد خاص فهرست شده پرداخت نمی کنیم. حتی اگر خدمات مستثنی را در مرکزی اورژانسی دریافت کنید، طرح ما هزینه آن را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می کنید طرح ما باید هزینه خدماتی را پرداخت کند که تحت پوشش نیست، می توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست های تجدیدنظر، به فصل 9 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

علاوه بر هرگونه استثنا یا محدودیت هایی که در «جدول مزایا» توضیح داده شده، طرح ما خدمات و اقلام زیر را پوشش نمی دهد:

- خدماتی که بر اساس Medicare و Medi-Cal دارای «ضرورت پزشکی و منطقی» نباشند، مگر اینکه ما آن ها را به عنوان خدمات تحت پوشش فهرست کرده باشیم. این استثنا برای خدمات یا اقلامی که تحت پوشش Original Medicare نیستند اما تحت پوشش طرح ما هستند اعمال نمی شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- اعمال جراحی و پزشکی آزمایشی، تجهیزات و درمان‌های مربوطه. روندهای درمانی و اقلام آزمایشی مواردی هستند که طرح ما و Original Medicare آن‌ها را جزء مواردی که عموماً مورد پذیرش جامعه پزشکی هستند، تعیین می‌کند. ممکن است به موجب طرح تحقیقات بالینی مورد تأیید Medicare پوشش داده شوند. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تحقیقات بالینی فصل 3 را ببینید.)
- اتاق خصوصی در بیمارستان، غیر از اینکه دارای ضرورت پزشکی باشد.
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی در اتاقتان در بیمارستان یا مرکز پرستاری.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزلتان.
- هزینه‌های صورت‌گرفته توسط بستگان نزدیکتان یا اعضای خانوارتان.
- روندها یا خدمات بهبوددهنده اختیاری یا انتخابی (شامل کاهش وزن، ریزش یا رشد مو، عملکرد جنسی، عملکرد ورزشی، اهداف زیبایی، ضدپیری و عملکرد ذهنی)، به جز زمانی که ضرورت پزشکی دارند.
- مراقبت‌های کایروپراکتیک، غیر از دستکاری دستی ستون فقرات که مطابق دستورالعمل‌های پوشش هستند.
- مراقبت‌های معمول از پا، به‌جز آنچه در «جدول مزایای» بخش D «خدمات پاپزشکی» توضیح داده شده است.
- کفش‌های ارتوپدیک یا وسایل حمایتی، مگر اینکه کفش‌ها بخشی از بريس پا باشند و در هزینه بريس حساب شده باشند یا کفش‌ها برای فردی باشد که مبتلا به بیماری پای دیابتی است.
- جراحی‌های اصلاح بینایی (مثلاً جراحی لیزیک).
- اعمال جراحی عقیم‌سازی معکوس. توجه داشته باشید که اقلام ضدبارداری بدون نسخه تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار دارند.
- خدمات ناتروپاتی (استفاده از درمان‌های جایگزین یا طبیعی).
- خدمات ارائه‌شده به کهنه سربازان در نهادهای «امور کهنه سربازان» (Veterans Affairs, VA).
باینحال، هنگامی که کهنه سرباز در بیمارستان VA خدمات اورژانسی دریافت کند و سهم هزینه VA بیشتر از مبلغ سهم هزینه در طرح ما باشد، ما تفاوت هزینه را به شخص پرداخت می‌کنیم. شما همچنان باید مبلغ سهم هزینه را بپردازید.
- معاینات و خدمات خاص:
 - کاریابی و حفظ شغل
 - گرفتن بیمه
 - اخذ هرگونه پروانه
 - به دستور دادگاه و یا برای بخشودگی یا بخشودگی مشروط
 - در صورتیکه یکی از پزشکان عضو شبکه تشخیص دهد که خدمات از لحاظ پزشکی ضروری هستند، این استثنا اعمال نمی‌شود.

- ارقام مربوط به راحتی یا آسایش. پوشش Medi-Cal شامل وسایل، تجهیزات و امکانات راحتی، آسایشی یا تجملی نمی‌شود. این پوشش شامل اقامی است که منحصراً برای راحتی یا آسایش عضو، خانواده عضو یا ارائه‌دهنده مراقبت بهداشتی عضو به کار می‌روند. پمپ‌های پستان خردفروشی که پس از بارداری به زنان ارائه می‌شود، مشمول این استثنا نیستند. برای اقامی که تحت «پشتیبانی‌های انجمن» برای شما تأیید شده‌اند، نیز این استثنا صدق نمی‌کند.
- خدمات جراحی و عمل‌های زیبایی. این استثنا در موارد زیر صدق نمی‌کند:
 - ایمپلنت بیضه به‌عنوان بخشی از جراحی ترمیمی.
 - پروتز پستان مورد نیاز پس از برداشتن پستان یا لامپکتومی.
 - پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از اندام خارجی صورت.
- لوازم یکبار مصرف. پوشش Medi-Cal شامل لوازم یکبار مصرف برای استفاده خانگی نمی‌شود:
 - بانداژ، گاز، نوارچسب، ضد عفونی‌کننده، پانسمان، بانداژ الاستیک Ace. این استثنا در مورد لوازم یک بار مصرف ارائه‌شده به‌عنوان بخشی از مزایای زیر که در **فصل 4** («مزایا و خدمات») این کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده، صورت نمی‌گیرد:
 - درمان دیالیز/همودیالیز.
 - تجهیزات بادوام پزشکی.
 - مراقبت‌های بهداشتی در منزل.
 - مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی.
 - لوازم، تجهیزات و دستگاه‌های پزشکی.
 - داروهای تجویزی.
 - وسایل پروتزی و لوازم مربوطه.
- خدمات باروری:
 - خدماتی برای برگرداندن ناباروری خودخواسته با جراحی و خدمات حفظ باروری.
 - بارداری به روش‌های مصنوعی، مانند باروری در آزمایشگاه، کاشت تخمک، انتقال سلول‌های جنسی به درون لوله فالوپ و انتقال تخم بارور شده به درون لوله فالوپ (غیر از لقاح مصنوعی و خدمات مرتبط تحت پوشش Medicare).
- خدمات و اقامی که تنها در صورتی ارقام و خدمات درمانی هستند که تحت پوشش Medi-Cal شما در برنامه ILOS یا «Durable Medical Equipment» تأیید شوند. برای مثال، موارد زیر خارج از پوشش ما هستند:
 - آموزش آداب و طرز رفتار.
 - خدمات آموزش و حمایت جهت توسعه مهارت‌های برنامه‌ریزی از قبیل برنامه‌ریزی فعالیت روزانه و برنامه‌ریزی پروژه یا تکلیف.

- اقلام و خدمات به منظور افزایش دانش یا مهارت‌های تحصیلی.
- خدمات آموزشی و پشتیبانی برای افزایش اطلاعات.
- مربیگری و تدریس آکادمیک مرتبط با مهارت‌هایی از قبیل دستور زبان، ریاضی و مدیریت زمان.
- آموزش نحوه خواندن، چه مبتلا به خوانش‌پریشی باشید و چه نباشید.
- آزمون آموزشی.
- آموزش هنر، رقص، اسب‌سواری، موسیقی، بازی یا شنا، به استثنای اینکه این استثنا برای «آموزش بازی» شامل خدماتی نمی‌شود که قسمتی از طرح درمان سلامت رفتاری هستند و در فصل 4 پوشش داده شده است.
- آموزش مهارت‌هایی برای استخدام یا اهداف حرفه‌ای.
- آموزش فنی و حرفه‌ای یا آموزش مهارت‌های فنی و حرفه‌ای.
- دوره‌های پیشرفت حرفه‌ای.
- آموزش برای شغل خاص یا مشاوره استخدامی.
- اصلاحاتی در منزل یا خودرو، مگر اینکه تغییراتی موقتی باشند که از لحاظ پزشکی ضروری قلمداد می‌شوند یا تحت «پشتیبانی‌های انجمن» برای شما تأیید شده‌اند.
- آب درمانی و سایر درمان‌های آبی. این استثنا مربوط به آب درمانی و سایر درمان‌های آبی، برای خدمات درمانی که بخشی از طرح درمان فیزیوتراپی هستند و به‌عنوان قسمتی از مزایای زیر تحت پوشش قرار می‌گیرد اعمال نمی‌شود:
 - مراقبت‌های بهداشتی در منزل.
 - مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی.
 - خدمات بازتوانی و توانبخشی.
 - خدمات مرکز پرستاری حرفه‌ای.
- ماساژ درمانی. این استثنا برای خدمات درمانی که بخشی از طرح درمان فیزیوتراپی هستند و به‌عنوان قسمتی از مزایای زیر تحت پوشش قرار می‌گیرد اعمال نمی‌شود:
 - مراقبت‌های بهداشتی در منزل.
 - مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی.
 - خدمات بازتوانی و توانبخشی.
 - خدمات مرکز پرستاری حرفه‌ای.

- خدمات مراقبت فردی (مراقبت روزانه) از جمله فعالیت‌های زندگی روزمره مانند تهیه غذا، (مثلاً: راه رفتن، به بستر رفتن و از آن برخاستن، حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، استفاده کردن از توالت و مصرف دارو). این استثنا در مورد کمک به فعالیت‌های روزمره زندگی که به‌عنوان بخشی از پوشش توضیح داده‌شده در بخش‌های زیر ارائه می‌شود، اعمال نمی‌شود.
 - مراقبت‌های آسایشگاهی و تسکینی.
 - خدمات مراقبتی و حمایت‌های بلندمدت.
 - مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی/ متوسط/نیمه حاد.
 - پشتیبانی‌های انجمن.
- خدماتی که توسط سازمان غذا و دارو تأیید نشده باشند. ما داروها، مکمل‌های غذایی، آزمایش‌ها، واکسن‌ها، دستگاه‌ها، مواد رادیواکتیو و سایر خدماتی که بر اساس قانون برای فروش در آمریکا نیاز به مجوز «سازمان غذا و دارو» (FDA) دارند ولی تأیید نشده‌اند، پوشش نمی‌دهیم. این استثنا در موارد زیر صورت نمی‌گیرد:
 - خدمات تحت پوشش برای کارآزمایی‌های بالینی.
 - خدمات ارائه‌شده به‌عنوان بخشی از خدمات تحقیقاتی تحت پوشش.
- خدمات اجرا شده توسط اشخاص بدون مجوز. پوشش معمولاً شامل این خدمات نمی‌شود: خدماتی که به‌طور ایمن و مؤثر توسط اشخاصی انجام شده که به جواز یا گواهینامه توسط دولت برای ارائه خدمات مراقبت درمانی نیاز ندارند و وضعیت عضو به گونه‌ای نیست که نیازی به دریافت خدمات از سوی ارائه‌دهنده مراقبت درمانی مجاز داشته باشد. این استثنا در موارد زیر صدق نمی‌کند:
 - خدمات تحت پوشش در فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا.
 - «پشتیبانی‌های جامعه» تحت پوشش که برای شما تأیید شده‌اند.
 - خدمات تحت پوشش همراه زانو.
 - خدمات تحت پوشش مددکار سلامت اجتماعی.
- خدمات مرتبط با نوعی خدمات خارج از پوشش. در صورتی که خدمات یا اقلامی تحت پوشش نباشد، تمامی خدمات مربوط به آن خدمت خارج از پوشش حذف می‌شوند. برای درمان عارضه‌های ناشی از خدمات غیر تحت پوشش که در غیر اینصورت پوشش داده می‌شدند، این استثنا اعمال نمی‌شود. برای مثال، اگر جراحی زیبایی داشته باشید که خارج از پوشش است، ما خدمات دریافتی در مرحله آمادگی برای جراحی یا مراقبت‌های پیگیری را تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. اگر بعداً متحمل عوارضی شوید که خطر جانی داشته باشند از قبیل عفونت جدی، این استثنا اعمال نمی‌شود و ما هزینه هرگونه خدمات لازم برای درمان آن عارضه را مادامی که تحت این کتابچه راهنمای اعضا پوشش داده شده باشند، می‌پردازیم.
- مدیریت پرونده مسمومیت با سرب در خردسالان توسط اداره سلامت کانتی ارائه می‌شود. جهت کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه دسترسی به خدمات مدیریت پرونده مسمومیت با سرب با کانتی خود تماس بگیرید.

استثنائات DeltaCare USA

اگر برای یکی از روندهای درمانی فهرست شده، خدمات توسط دندانپزشک طرف قرارداد انجام گرفت، فرد نامنویسی شده باید پرداخت مشترک مشخص شده را بپردازد. فرآیندهای فهرست شده ای که ملزم می‌کنند یک دندانپزشک خدمات تخصصی را ارائه کند، و به وسیله دندانپزشک طرف قرارداد تعیین شده ارجاع داده می‌شوند، باید از سوی Delta Dental مجاز باشند. فرد نامنویسی شده مبلغ پرداخت مشترک تعیین شده برای این نوع خدمات را می‌پردازد.

خدمات و اقلام زیر تحت پوشش مزایای دندانپزشکی DeltaCare USA شما نخواهد بود:

- هر روشی که به‌طور خاص ذیل «مراقبت‌های دندان‌دانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل ذکر نشده است.
- همه مبالغ مربوطه برای پذیرش، استفاده، یا بستری شدن در بیمارستان، مرکز جراحی سرپایی، مرکز مراقبت تکمیلی، یا سایر مراکز مراقبت مشابه.
- گم شدن یا سرقت دندان مصنوعی کامل، ابزارهای نگهدارنده فاصله و روکش‌ها.
- هزینه‌های دندانپزشکی در ارتباط با هر فرآیند دندانپزشکی که پس از پایان صلاحیت برای پوشش آغاز شده‌اند.
- هزینه‌های دندانپزشکی در ارتباط با هر فرآیند دندانپزشکی پیش از صلاحیت فرد ثبت‌نام‌شده در برنامه اعتباری دندانپزشکی. به‌عنوان مثال: دندان‌های تهیه‌شده برای روکش‌ها، دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل، عصب‌کشی‌های در حال انجام.
- ناهنجاری‌های مادرزادی (به‌عنوان مثال نقص مادرزادی دندان، دندان‌های اضافی، دیسپلازی مینا و دندان‌دانی و غیره) مگر اینکه تحت عنوان «مراقبت‌های دندان‌دانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل گنجانده شود.
- توزیع داروهایی که معمولاً در یک مرکز دندانپزشکی ارائه نمی‌شوند، مگر اینکه تحت «مراقبت‌های دندان‌دانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل گنجانده شوند.
- هر فرآیندی که با تشخیص حرفه‌ای دندانپزشک طرف قرارداد، متخصص طرف قرارداد، یا مشاور طرح دندانپزشکی:
- نشانه‌های ضعیف مبنی بر یک نتیجه موفق و عمر منطقی بر پایه شرایط دندان یا دندان‌ها و/یا ساختارهای اطراف آن‌ها دارد، یا
- با استانداردهای پذیرفته‌شده عمومی برای دندانپزشکی سازگار نیست.
- خدمات دندانپزشکی دریافت‌شده از هر مرکز دندانپزشکی غیر از دندانپزشک طرف قرارداد تعیین‌شده شامل خدمات یک متخصص دندانپزشکی، مگر آنکه تحت «خدمات اورژانسی دندانپزشکی» ذیل «مراقبت‌های دندان‌دانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل صریحاً اجازه داده شده یا اشاره شده باشد. برای دریافت مجوز کتبی، فرد ثبت‌نام‌شده باید دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ از طریق شماره 1-877-644-1774 با «اداره خدمات مشتریان» تماس بگیرد. EST، پاسخگویی 7 روز هفته از 1 اکتبر تا 31 مارس، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ EST، (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند).
- مشاوره برای مزایایی که تحت پوشش نیستند.

- بازسازی‌های انجام شده صرفاً به‌دلیل زیبایی، سایش، خراش، خوردگی، بازسازی یا تغییر بُعد عمودی، بدشکلی مادرزادی یا رشدی دندان‌ها.
- عمل‌های پیشگیرانه، اندودنتیکس یا بازسازی مزایایی برای حفظ دندان با دندان مصنوعی با پایه ایمپلنت نیستند.
- ابزارها یا بازسازی‌های ضروری برای افزایش بُعد عمودی، جایگزینی یا تثبیت ساختار از بین رفته دندان در اثر ساییدگی، تنظیم مجدد دندان‌ها، جداسازی لته‌ها، ثبت اندازه قوس‌های صورت، موازنه یا درمان اختلالات مفصل گیجگاهی فکی (Temporomandibular Joint, TMJ) مگر اینکه ذیل «مراقبت‌های دندانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل قید شده باشند.
- طرح درمان اولیه که به برداشتن و تثبیت دوباره تماس‌های اکلوزوال 10 دندان یا بیشتر با روکش‌ها مربوط می‌شود، در برنامه دندانپزشکی اعتباری بازسازی کامل دهان در نظر گرفته می‌شود. روکش‌های مربوط به این نوع طرح درمان، مزیت‌های تحت پوشش نیستند. این استثنا باعث از بین رفتن مزیت برای سایر خدمات تحت پوشش نمی‌شود.
- فلز گرانبها برای وسایل متحرک، بیس‌های نرم فلزی یا دائمی برای پروتزهای کامل، دندان‌های مصنوعی چینی و شخصی‌سازی و خصوصیات پروتزهای کامل.
- کشیدن دندان‌ها زمانی که دندان‌ها دارای بیماری بدون علائم/غیر آسیب‌شناسی هستند (علائمی از آسیب‌شناسی یا عفونت وجود ندارد)، شامل و نه محدود به برداشتن دندان‌های آسیاب سوم.
- روش‌های درمان ناکارایی مفصل گیجگاهی فک پایین که دندانسازی، ارتودنسی، و فرآیندهای توانبخشی کامل یا جزئی اکلوزال یا ناکارایی TMJ را فقط برای درمان دندان قروچه به کار می‌گیرند.
- فرآیندهای وستیبولوپلاستی/عمیق کردن وستیبول، انجام شده در همان روز خدمات کشیدن دندان‌ها (D7111-D7250) در همان قوس.
- آرامبخشی عمیق/بیهوشی عمومی برای فرآیندهای تحت پوشش در همان روز ارائه خدمات تسکین، داروی ضد اضطراب، تنفس اکسید نیتروژن یا برای آرامبخشی/تسکین هوشیار داخل وریدی.
- آرامبخشی/تسکین هوشیار داخل وریدی برای فرآیندهای تحت پوشش در همان روز ارائه خدمات تسکین، داروی ضد اضطراب، تنفس اکسید نیتروژن یا برای آرامبخشی عمیق/بیهوشی عمومی.
- تنفس اکسید نیتروژن در صورت انجام همراه با سایر فرآیندهای آرامبخشی تحت پوشش.
- درمان ارتودنسی باید توسط دندانپزشک دارای مجوز انجام شود. ارتودنسی خود تجویزی تحت پوشش نیست.
- برداشتن دستگاه‌های ارتودنسی ثابت به دلایلی غیر از اتمام درمان، مزیت تحت پوشش نیست.

محدودیت‌های DeltaCare USA

خدمات و اقلام زیر در مزایای دندانپزشکی DeltaCare USA شما محدود هستند:

- دفعات برخی از مزایا محدود است. همه محدودیت‌های دفعات استفاده از بیمه در بخش «مراقبت‌های دندانی اضافی (برنامه DeltaCare® USA Dental HMO)» در این فصل فهرست شده‌اند.
- پر کردن، مزیتی برای برداشتن پوسیدگی، ترمیم جزئی ساختار دندان یا جایگزینی یک پرشدگی از بین رفته است.

- روکش زمانی مزیت است که دندان ساختار کافی را برای پر کردن یا جایگزینی یک روکش موجود که درست کار نمی‌کند یا قابل ترمیم نیست داشته باشد و شامل محدودیت بیش از پنج سال شود.
- جایگزینی روکش موجود با دندان مصنوعی کامل قابل برداشت زمانی پوشش داده می‌شود که:
 - ترمیم/دندان مصنوعی موجود دیگر کار نکند و با ترمیم یا تنظیم قابل بازگرداندن به حالت مفید نباشد، و
 - بازسازی/دندان مصنوعی معیوب کنونی، پنج سال یا بیشتر از پنج سال پیش از جایگزینی آن جاسازی شده است.
- دندان‌های مصنوعی جزئی موقت (استی پلیت)، همراه با ابزارهای ثابت یا جداشدنی زمانی محدود به جایگزینی دندان‌های قدامی کشیده شده برای بزرگسالان در طول یک دوره بهبود هستند که امکان افزودن دندان‌ها به یک دندان مصنوعی جزئی موجود ممکن نباشد.
- مزایای مربوط به برنامه مدیریت بافت نرم به اندام‌هایی محدود می‌شوند که به‌عنوان خدمات تحت پوشش تحت عنوان «مراقبت دندان‌های اضافی (برنامه DeltaCare USA Dental HMO)» در این فصل فهرست شده‌اند. اگر فرد ثبت‌نام‌شده، در یک برنامه مدیریت بافت نرم از خدمات خارج از پوشش چشم‌پوشی کند، این امر سایر مزایای تحت پوشش را از بین نمی‌برد یا تغییر نمی‌دهد.
- دندان مصنوعی کامل جداشدنی یا فوری تحت پوشش در صورتی به مدت شش ماه پس از جاسازی، شامل تنظیمات پس از تحویل و تنظیم وضعیت بافت بدون هزینه می‌شود که فرد ثبت‌نام‌شده همچنان واجد شرایط باشد و خدمات مربوطه در محل دندانپزشک طرف قرارداد که دندان مصنوعی در ابتدا در آنجا تحویل داده شده، همچنان ارائه شوند.
- این مزایا یا محدود به تصاویر رادیوگرافی سری جامع درون‌دهانی (D0210) یا تصویر رادیوگرافی پانورامیک (D0330) در هر سال تقویمی هستند.
- تصاویر جامع درون‌دهانی ممکن است شامل هر ترکیبی از پری‌آپیکال و بایت‌وینگ باشد.
- تصاویر پانورامیک بخشی از یک مجموعه جامع درون‌دهانی محسوب نمی‌شوند.
- بایت‌وینگ‌ها از هر نوع که باشند ظرف 6 ماه پس از یک سری کامل داخل‌دهانی ممنوع است، مگر اینکه شرایط خاص آن را تضمین کند.
- دندان‌های مصنوعی فوری زمانی پوشش داده می‌شوند که یک یا چند شرط زیر وجود داشته باشد:
 - پوسیدگی گسترده یا منتشرشده در رادیوگرافی‌ها دیده شود، یا
 - درگیری شدید لثه‌ای آشکار باشد، یا
 - چندین دندان وجود نداشته باشد و باعث کاهش توانایی جویدن شده و بر سلامتی فرد ثبت‌نام‌شده تأثیر منفی بگذارند.
- خدمات ایمپلنت فقط زمانی مزیت است که وضعیت‌های استثنایی پزشکی ثبت گردد، مجوز قبلی دریافت کنند و ضرورت پزشکی آن‌ها بررسی شود. شرایط استثنایی پزشکی عبارتند از:
 - سرطان حفره دهانی نیازمند جراحی فرسایشی و/یا تابش اشعه که منجر به تخریب استخوان حفره‌دار شده که در آن بقیه ساختارهای استخوانی از پشتیبانی از پروتزهای سنتی دندان‌های ناتوان هستند.
 - ضعف شدید فک پایین و/یا فک بالا که با فرآیندهای گسترش دالانی یا فرآیندهای افزایش استخوانی قابل اصلاح نیست و فرد ثبت‌نام‌شده قادر به کار با پروتزهای سنتی نیست.
 - دفورمیتی‌های اسکلتی که مانع از استفاده از پروتزهای سنتی می‌شود (مانند آرتروگریپوزیس، اکتودرمال دیسپلازی، انودونتیا و کلیدوکرنیال دیسپلازی).

- برخی فرآیندهای فهرست شده که توسط متخصص انجام می‌شوند، ممکن است تحت پوشش درمانی فرد ثبت‌نام شده به‌عنوان اصلی در نظر گرفته شوند. مزایای دندانپزشکی به‌طور متناسب هماهنگ خواهند شد.
- آرامبخشی عمیق/بییهوشی عمومی یا آرامبخشی/تسکین هوشیار درون وریدی برای فرآیندهای تحت پوشش نیازمند ثبت جهت توجیه ضرورت پزشکی به‌دلیل محدودیت ذهنی یا فیزیکی یا منع مصرف عامل بییهوشی موضعی است.
- تزریق آرامبخش عمیق/بییهوشی عمومی (D9223)، اکسید نیتروژن (D9230)، آرامبخش/تسکین هوشیار درون داخل وریدی (D9243)، و داروی پارنترال درمانی (D9610) مزیتی است که همراه با عمل‌های مربوطه و هزینه‌دار ارائه می‌شود. اگر همه عمل‌های مربوطه توسط یک ارائه‌دهنده رد شوند، مجوز قبلی یا پرداخت نیز باید رد شود. صرفنظر از روش‌های تزریق یا داروی مورد نیاز، تنها هزینه یک عمل بییهوشی به ازای هر تاریخ خدمات پرداخت می‌شود.
- تزریق داروی آرامبخش و بی‌حسی غیروریدی (D9248) نیازمند اسنادی جهت توجیه ضرورت پزشکی بر پایه مشکل جسمی، رفتاری، عاطفی یا رشدی است که مانع از همکاری بیمار با ارائه‌دهنده در تلاش برای انجام درمان می‌شود. در این موارد مزایا محسوب نمی‌شود: در همان تاریخ ارائه خدمات (مثلاً تزریق آرامبخشی عمیق/بییهوشی عمومی (D9223)، ضد درد، ضد اضطراب، استنشاق اکسید نیتروژن (D9230) یا آرامبخش و بی‌حسی داخل وریدی/بییهوشی (D9243)) انجام شود یا زمانی که همه روش‌های مرتبط در همان تاریخ ارائه خدمات توسط همان ارائه‌دهنده رد شود.
- درمان عوارض (پس از جراحی) - شرایط غیرعادی، طبق گزارش (D9930)، مزیتی برای درمان خشکی حفره یا خونریزی بیش از حد ظرف 30 روز از تاریخ انجام عمل کشیدن یا برای برداشتن قطعات استخوانی ظرف 30 روز از تاریخ عمل کشیدن است.

فصل 5: تهیه داروهای تجویزی بیماران سرپایی

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به گرفتن داروهای تجویزی بیماران سرپایی را توضیح می‌دهد. اینها داروهایی هستند که ارائه‌دهنده‌تان برای شما تجویز می‌کند و از داروخانه یا از طریق سفارش پستی تحویل می‌گیرید. شامل داروهای تحت پوشش بخش Medicare D و Medi-Cal هستند. **فصل 6** از این کتابچه راهنمای اعضا درباره مبلغی که برای این داروها می‌پردازید، توضیح می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

همچنین داروهای زیر را حتی اگر صحبتی از آن‌ها در این فصل نشده باشد، پوشش می‌دهیم:

- داروهای تحت پوشش Medicare بخش A. معمولاً شامل داروهایی است که هنگامی که در بیمارستان یا مرکز پرستاری هستید، دریافت می‌کنید.
- داروهای تحت پوشش Medicare بخش B. شامل برخی داروهای شیمی درمانی، تزریق دارویی خاص که طی ملاقات در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر انجام می‌شود و داروهایی است که در مرکز دیالیز به شما داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه داروهایی از بخش Medicare B پوشش داده می‌شوند، به **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- علاوه بر بخش D طرح Medicare و پوشش مزایای پزشکی، اگر در آسایشگاه Medicare هستید، ممکن است داروهای شما تحت پوشش Original Medicare قرار گیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به **بخش F** «اگر در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare هستید» مراجعه کنید.

قوانین طرح ما برای پوشش داروهای سرپایی

مادامی که قوانین این بخش را رعایت کنید، معمولاً داروهای شما را پوشش می‌دهیم.

1. باید از یک پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر بخواهید برای شما نسخه‌ای بنویسد که تحت قوانین قابل اعمال ایالتی معتبر باشد. این فرد اغلب «ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP، primary care provider)» شما است. همچنین اگر PCP شما را برای مراقبت ارجاع داده باشد، این فرد می‌تواند ارائه‌دهنده‌ای دیگر باشد.
 2. تجویزکننده شما نباید در «فهرست‌های موارد استثنا یا منع Medicare» یا هر فهرست مشابه دیگری در Medi-Cal باشد.
 3. معمولاً باید نسخه خود را از داروخانه‌های شبکه دریافت کنید.
 4. داروی تجویز شده شما باید در **فهرست داروهای تحت پوشش ما** باشد. که ما آن را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.
- اگر در «فهرست دارویی» نباشد، ممکن است بتوانیم با در نظر گرفتن استثنای آن را برای شما پوشش دهیم.
 - برای اطلاعات درباره نحوه درخواست برای استثنا به **فصل 9** مراجعه کنید.
 - لطفاً همچنین توجه کنید که تقاضا برای پوشش داروهای تجویزی‌تان طبق هر دو استانداردهای Medicare و Medi-Cal ارزیابی خواهد شد.

5. داروهای شما باید با توصیه مورد قبول پزشکی مصرف شود. یعنی مصرف دارویی که توسط «سازمان غذا و دارو» (FDA) یا برخی منابع پزشکی تأیید شده باشد. پزشکتان ممکن است بتواند به شما در شناسایی مراجع پزشکی برای تأیید استفاده درخواستی از داروی تجویز شده کمک کند.

فهرست مطالب فصل 5

- A. تهیه داروهای تجویزی 132
- A1. تهیه نسخه از داروخانه شبکه 132
- A2. استفاده از کارت شناسایی طرحان هنگام تهیه نسخه 132
- A3. برای تغییر داروخانه شبکه خود باید چه کاری انجام دهید 132
- A4. اگر داروخانه‌تان شبکه ما را ترک کرد، باید چه کنید 132
- A5. مراجعه به داروخانه‌های تخصصی 132
- A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای گرفتن داروها 133
- تهیه داروهای نسخه از طریق پست 133
- فرآیندهای سفارش پستی 134
- A7. گرفتن دارو در مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت 134
- A8. مراجعه به داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 135
- A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما 135
- B. فهرست داروی طرح ما 136
- B1. داروهای موجود در فهرست داروی ما 136
- B2. چگونه دارویی را در «فهرست دارو» پیدا کنیم 136
- B3. داروهایی که در «فهرست داروی» ما نیستند 137
- C. محدودیت‌های مربوط به برخی از داروها 138
- D. دلایل عدم تحت پوشش قرار گرفتن دارویتان 139
- D1. دریافت مقداری موقتی 139
- D2. درخواست تأمین موقت 140
- D3. درخواست برای استثنا قائل شدن 141
- E. تغییر پوشش بیمه‌ای داروهایتان 141

- F. پوشش دارو در موارد خاص 143
- F1. بستری در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای که طرح ما آن را پوشش می‌دهد 143
- F2. در مرکز مراقبت‌های بلندمدت 143
- F3. در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare 143
- G. برنامه‌هایی در خصوص ایمنی و مدیریت داروها 144
- G1. برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند تا از داروها به‌طور ایمن استفاده کنید 144
- G2. برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند داروهایتان را مدیریت کنید 144
- G3. برنامه مدیریت دارو برای مصرف ایمن داروهای حاوی ماده مخدر 145

A. تهیه داروهای تجویزی**A1. تهیه نسخه از داروخانه شبکه**

در اغلب موارد، تنها زمانی هزینه نسخه‌های شما را می‌پردازیم که از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شوند. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند نسخه‌های اعضای طرح ما را تحویل دهند. می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های درون شبکه ما مراجعه کنید.

برای پیدا کردن داروخانه داخل شبکه، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش نگاهی بیندازید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی طرحتان هنگام تهیه نسخه

برای تهیه نسخه خود، کارت شناسایی طرحتان را به داروخانه داخل شبکه نشان دهید. داروخانه درون شبکه‌ای صورت‌حساب مربوط به سهم ما از قیمت داروی تجویزی تحت پوشش شما را برای ما می‌فرستد. شاید لازم باشد هنگامی که داروهای نسخه خود را تحویل می‌گیرید سهم خود را به‌عنوان پرداخت مشترک به داروخانه بپردازید.

به یاد داشته باشید برای دسترسی به داروهای تحت پوشش Medi-Cal Rx به «کارت شناسایی مزایا» (BIC) یا کارت Medi-Cal خود نیاز دارید:

اگر هنگام تهیه نسخه، کارت شناسایی عضویت یا BIC خود را به همراه نداشتید، از داروخانه بخواهید تا با ما تماس بگیرد و اطلاعات لازم را دریافت کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را بگیرد، ممکن است شما مجبور شوید که هزینه کامل نسخه را هنگام تهیه آن بپردازید. می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهم هزینه‌مان را به شما بازپرداخت کنیم. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. برای کمک به شما همه تلاش خود را می‌کنیم.

- برای درخواست پرداخت هزینه از ما، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر برای گرفتن نسخه به راهنمایی نیاز دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A3. برای تغییر داروخانه شبکه خود باید چه کاری انجام دهید

اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به راهنمایی نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A4. اگر داروخانه‌تان شبکه ما را ترک کرد، باید چه کنید

اگر داروخانه‌ای که به آن مراجعه می‌کنید شبکه ما را ترک کرد، باید داروخانه جدیدی در شبکه پیدا کنید.

برای پیدا کردن داروخانه داخل شبکه جدید، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش نگاهی بیندازید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A5. مراجعه به داروخانه‌های تخصصی

برخی اوقات نسخه‌ها باید از داروخانه تخصصی تهیه شود. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر هستند:

- داروخانه‌هایی که داروها را برای انجام تزریق در منزل تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروها را برای ساکنین مراکز مراقبت بلندمدت، مانند مراکز آسایشگاهی، تأمین می‌کنند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- معمولاً مراکز مراقبت بلندمدت داروخانه‌های مخصوص خود را دارند. در صورتی که در مرکز مراقبت بلندمدت اقامت دارید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای تجویزی خود را از طریق داروخانه مرکز دریافت کنید.
- اگر داروخانه مرکز مراقبت بلندمدت شما در شبکه ما نیست یا دریافت داروها در مرکز مراقبت بلندمدت برایتان دشوار است، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

- داروخانه‌هایی که به برنامه Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health خدمات ارائه می‌کنند، به استثنای موارد اورژانسی، فقط افراد بومی آمریکا یا افراد بومی آلاسکا می‌توانند به این داروخانه‌ها مراجعه کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای را توزیع می‌کنند که توسط FDA محدود به مناطق مشخصی هستند یا نیاز به مراقبت‌های خاص، هماهنگی از سوی تأمین‌کننده یا آموزش در خصوص نحوه استفاده دارند. (توجه: توجه: این قضیه به ندرت اتفاق می‌افتد.)

برای یافتن داروخانه تخصصی، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها، مراجعه کنید، از وبسایت ما بازدید کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات سفارش پستی برای گرفتن داروها

می‌توانید برای برخی از انواع داروها، از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما استفاده کنید. معمولاً داروهای را می‌توانید سفارش پستی دهید که به صورت منظم برای یک عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت مصرف می‌کنید. داروهای که از طریق خدمت سفارش پستی طرحمان در دسترس هستند با عنوان داروهای سفارش پستی در «فهرست داروی» ما مشخص شده‌اند.

خدمات سفارش پستی طرح ما این امکان را به شما می‌دهد که برای مصرف حداکثر 100 روز دارو تهیه کنید. پرداخت مشترک برای مصرف 100 روز به اندازه همان مصرف یک‌ماهه است.

تهیه داروهای نسخه از طریق پست

برای کسب اطلاعات درباره تهیه نسخه‌ها از طریق پست، به داروخانه داخل شبکه محلی‌تان مراجعه یا از وبسایت ما به نشانی kp.org/refill بازدید کنید. به راحتی می‌توانید نسخه خود را به طرق زیر مجدداً تهیه کنید:

- ثبت‌نام کنید و به صورت آنلاین و ایمن از طریق kp.org/refill سفارش دهید.
- با شماره **1-866-206-2983 (TTY 711)** در روزهای دوشنبه تا جمعه از 7 ق.ظ تا 7 ب.ظ یا با شماره برجسته‌شده روی برچسب نسخه خود تماس بگیرید و دستورات را دنبال کنید. حتماً گزینه تحویل پستی را هنگام ارسال درخواست انتخاب کنید.
- نسخه خود یا فرم درخواست تجدید نسخه با سفارش پستی را که در تمام داروخانه‌های شبکه Kaiser Permanente موجود است، پست کنید.

هنگامی که از طریق تلفن یا به صورت کتبی یا آنلاین سفارش تجدید داروهای نسخه را می‌دهید، باید سهم هزینه خود را هنگام ثبت سفارش بپردازید (تحویل پستی عادی USPS هزینه باربری ندارد). اگر ترجیح می‌دهید، می‌توانید یک داروخانه درون شبکه‌ای را در جایی تعیین کنید که می‌خواهید نسخه خود را بگیرید و هزینه نسخه را بپردازید. اگر در خصوص اینکه آیا امکان پست کردن نسخه‌تان وجود دارد، سؤالی دارید لطفاً با داروخانه شبکه تماس بگیرید یا برای کسب اطلاعات در خصوص اینکه آیا امکان پست داروها وجود دارد یا خیر، «فهرست دارو» را ببینید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره **(TTY 711) 1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

معمولاً، نسخه از طریق سفارش پستی، ظرف 5 روز می‌رسد. اگر نسخه سفارش پستی شما به تأخیر افتاد، با شماره فهرست شده در بالا یا شماره مندرج بر روی برچسب شیشه جهت دریافت کمک تماس بگیرید. همچنین اگر نمی‌توانید تا رسیدن نسخه با سفارش پستی داروخانه ما منتظر بمانید، می‌توانید از طریق تماس با داروخانه خرده‌فروش داخل شبکه محلی‌تان که در **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش آمده است** تماس بگیرید یا با مراجعه به **kp.org/directory** نسخه خود را فوراً تهیه کنید. لطفاً توجه داشته باشید که اگر مصرف 100 روزه دارو را به جای دریافت از داروخانه پست سفارشی ما، از یک داروخانه خرده‌فروشی درون شبکه دریافت کنید، باید مبلغ بیشتری بپردازید.

فرآیندهای سفارش پستی

خدمات سفارش پستی برای نسخه‌های جدیدی که از شما می‌گیرد، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌دهنده‌تان می‌گیرد و تجدید نسخه‌هایتان با سفارش پستی، روندهای متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه‌دهنده شما می‌گیرد

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای از یک ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت دریافت می‌کند، برای اطلاع از اینکه آیا قصد دارید دارو را سریعاً تحویل بگیرید یا در فرصتی دیگر، با شما تماس می‌گیرد.

- با این کار به شما فرصتی داده می‌شود که از تحویل داروی درست (شامل دوز، مقدار و شکل دارو) توسط داروخانه مطمئن شوید و در صورت لزوم، پیش از اینکه صورتحساب دریافت کنید و دارو ارسال شود، به شما امکان متوقف کردن یا تأخیر در سفارش را می‌دهد.
- هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، پاسخ بدهید و آن‌ها را در جریان بگذارید که با نسخه جدید چه کنند تا از هر تأخیری در ارسال جلوگیری شود.

2. تجدید نسخه از طریق سفارش پستی

- در خصوص تجدید نسخه، برای اطمینان از اینکه سفارش بعدی‌تان به موقع برسد، 5 روز قبل از اینکه داروهای فعلی‌تان تمام شود با داروخانه تماس بگیرید.
- بهترین راه تماس را به داروخانه اعلام کنید تا بتوانند برای تأیید سفارشتان قبل از ارسال با شما تماس بگیرند. وقتی سفارش خود را ثبت می‌کنید، لطفاً اطلاعات فعلی تماس خود را ارائه کنید تا در مواقع لزوم با شما تماس بگیریم.

A7. گرفتن دارو در مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت

می‌توانید از داروهای بیماری‌های مزمن که در «فهرست داروی» طرحمان قید شده‌اند، مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت تهیه کنید. داروهای بیماری‌های مزمن داروهایی هستند که به‌طور منظم برای یک عارضه پزشکی مزمن یا طولانی‌مدت مصرف می‌کنید.

برخی از داروخانه‌های شبکه به شما امکان تهیه داروهای بیماری‌های مزمن را در مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت می‌دهند. پرداخت مشترک برای مصرف 100 روز به اندازه همان مصرف یک‌ماهه است. این **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** به شما می‌گوید که کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروها را جهت مصرف بلندمدت برای شما تأمین کنند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح ما برای گرفتن داروها در مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت استفاده کنید. برای اطلاع از خدمات سفارش پستی به **بخش A6** مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

A8. مراجعه به داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

معمولاً، ما زمانی هزینه نسخه‌های تهیه‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را می‌پردازیم که امکان استفاده از یک داروخانه درون شبکه را نداشته باشید.

در موارد زیر، هزینه نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه کرده‌اید می‌پردازیم:

- اگر در حال سفر در داخل ایالات متحده و قلمروهای آن، اما خارج از ناحیه خدماتی هستید و بیمار شده‌اید یا داروهای تجویزی تحت پوشش «بخش D» شما تمام شده است، در شرایط محدود و غیرمعمول بر اساس دستورالعمل‌های «بخش D» فهرست دارو Medicare، نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه کرده‌اید پوشش می‌دهیم.

- اگر به داروهای تجویزی Medicare «بخش D» همراه با مراقبت اورژانسی تحت پوشش و خارج از شبکه یا مراقبت‌های اورژانسی خارج از ناحیه نیاز داشته باشید، ما مصرف 30 روز از دارو و تهیه آن از یک داروخانه خارج از شبکه را پوشش خواهیم داد. توجه: داروهای تجویزی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن تجویز و تهیه می‌شوند به‌عنوان بخشی از مراقبت‌های فوری یا اورژانسی تحت پوشش تا مقدار مصرف 30 روز در یک دوره زمانی 30 روزه پوشش داده می‌شوند. این داروها به موجب Medicare «بخش D» پوشش داده نمی‌شوند؛ بنابراین، پرداختی‌ها برای این داروها از حد تعیین‌شده برای رسیدن به مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن محاسبه نمی‌شود.

- اگر به دلیل عدم وجود داروخانه درون شبکه شبانه‌روزی در فاصله‌ای منطقی که بتوان با خودرو به آنجا دسترسی پیدا کرد، نتوانید در ناحیه خدماتی ما به‌صورت منظم به داروهای تحت پوشش دسترسی داشته باشید. اگر فردی که نسبت معقولی با شما دارد امکان تهیه دارو را از یک داروخانه درون شبکه در ساعات کاری معمول داشته است، ممکن است ما داروی شما را تحت پوشش قرار ندهیم.

- اگر سعی دارید نسخه‌ای را تهیه کنید که داروی آن به‌صورت منظم در یک داروخانه در دسترس درون شبکه موجود نیست و عرضه نمی‌شود یا از طریق سفارش پستی تهیه آن میسر نیست (مثل داروهای گران‌قیمت).

- اگر در زمان بلایا، نمی‌توانید نسخه‌های خود را از داروخانه درون شبکه تهیه کنید.

در چنین مواردی، برای اطلاع از وجود یک داروخانه تحت پوشش شبکه در نزدیکی خود ابتدا از «خدمات اعضا» بپرسید.

A9. بازپرداخت هزینه نسخه به شما

اگر مجبور هستید از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً باید تمام هزینه را به جای پرداختن پرداخت مشترک در زمان تهیه داروهای نسخه خود بپردازید. می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهم هزینه‌مان را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر تمام هزینه نسخه خود را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد، پرداخت کنید، شاید زمانی که Medi-Cal Rx هزینه نسخه را می‌پردازد، بتوانید مبلغ خود را از داروخانه استرداد کنید. از سوی دیگر، می‌توانید با ارسال مطالبه «بازپرداخت هزینه از جیب (Medi-Cal (Conlan)» از Medi-Cal Rx درخواست کنید هزینه را به شما بازگرداند. در وبسایت Medi-Cal Rx می‌توانید اطلاعات بیشتری پیدا کنید: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/

برای کسب اطلاعات بیشتر در این رابطه، به فصل 7 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. فهرست داروی طرح ما

ما فهرستی از داروهای تحت پوشش داریم، که ما آن را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.

ما داروهای موجود در این «فهرست دارو» را با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. «فهرست دارو» قوانینی را توضیح می‌دهد که باید برای گرفتن داروهای خود رعایت کنید.

معمولاً زمانی دارویی را در «فهرست دارو» طرح خود پوشش می‌دهیم که قوانین توضیح داده‌شده در این فصل را دنبال کنید.

B1. داروهای موجود در فهرست داروی ما

«فهرست داروی» ما شامل داروهای تحت پوشش بخش D برنامه Medicare می‌شود.

اغلب داروهای تجویزی که از داروخانه می‌گیرید تحت پوشش طرح ما هستند. سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت [**Medi-Cal Rx \(medi-calrx.dhcs.ca.gov\)**](http://Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov)) بازدید کنید. همچنین می‌توانید با «مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx» با شماره **1-800-977-2273** تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی ذی‌نفع (Beneficiary Identification Card, BIC) Medi-Cal خود را هنگام گرفتن داروهای تجویزی از طریق Medi-Cal Rx به همراه داشته باشید.

«فهرست داروی» ما شامل داروهای تجاری (برند)، داروهای ژنریک و داروهای بیوسیمیلارها است.

داروی برند نوعی داروی تجویزی است که با علامت تجاری تحت مالکیت سازنده دارو فروخته می‌شود. انواعی از داروهای برند که پیچیده‌تر از داروهای عادی هستند (مثلاً داروهایی بر پایه پروتئین) محصولات بیولوژیک نامیده می‌شوند. هنگامی که در «فهرست دارو» به «دارو» اشاره می‌کنیم منظورمان می‌تواند دارو یا محصولی بیولوژیک باشد.

داروهای ژنریک ترکیبات فعال مشابه داروهای برند را دارند. از آنجایی که محصولات بیولوژیک پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند، این داروها به جای داشتن یک شکل ژنریک، جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شود. داروهای ژنریک و بیوسیمیلار، عموماً، عملکردی به همان خوبی داروهای برند یا بیولوژیک دارند، ولی قیمت آن‌ها کمتر است. برای بسیاری از داروهای برند و برخی از محصولات بیولوژیک، جایگزین‌های دارویی ژنریک یا محصولات بیوسیمیلار وجود دارد. اگر درباره اینکه آیا یک داروی ژنریک نیازهای شما را برآورده می‌کند یا داروی برند، سؤالی دارید با ارائه‌دهنده خود گفت‌وگو کنید.

B2. چگونه دارویی را در «فهرست دارو» پیدا کنیم

برای اطلاع از اینکه آیا دارویی که مصرف می‌کنید در «فهرست داروی» ما وجود دارد یا خیر، می‌توانید:

- جدیدترین «فهرست دارو» را که به‌صورت الکترونیکی در وبسایتمان قرار داده‌ایم، مشاهده نمایید.
- از وبسایت طرح ما به نشانی [**kp.org/seniorrx**](http://kp.org/seniorrx) بازدید کنید. «فهرست داروی» موجود در وبسایت ما همیشه به‌روزترین نسخه است.
- برای اطلاع از اینکه آیا دارویی در «فهرست داروی» ما وجود دارد یا برای دریافت نسخه‌ای از این فهرست، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

اگر پرستشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- داروهایی که تحت پوشش «بخش D» نیستند، ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر از وبسایت (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) Medi-Cal Rx دیدن کنید.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» ما به نشانی kp.org/seniorrx استفاده کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. با این ابزار می‌توانید داروهای موجود در «فهرست دارو» را جستجو کنید تا تخمینی از هزینه‌ای که خواهید پرداخت را دریافت کنید و مطلع شوید که آیا داروهای جایگزینی در «فهرست دارو» وجود دارند که بتوانند همان بیماری را درمان کنند یا خیر.

B3. داروهایی که در «فهرست داروی» ما نیستند

ما همه داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهیم. برخی از داروها در «فهرست داروی» ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن‌ها را پوشش دهیم. در سایر موارد، این تصمیم ما بوده که دارویی را در «فهرست داروی» خود نگجائیم

طرح ما هزینه انواع داروهای توضیح‌داده‌شده در این بخش را نمی‌پردازد. این داروها **داروهای مستثنی‌شده** نام دارند. اگر نسخه‌ای برای دارویی مستثنی‌شده بگیرید، خودتان باید هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید طرح ما باید هزینه یک داروی مستثنی‌شده را به دلیل مورد خاص شما بپردازد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی‌شده آمده است:

- پوشش داروی سرپایی طرح ما (که شامل داروهای بخش Medicare D می‌شود) نمی‌تواند هزینه دارویی را بپردازد که بخش Medicare A یا بخش Medicare B از قبل آن را پوشش داده است. طرح ما به‌طور رایگان داروهایی را پوشش می‌دهد که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B باشند، اما این داروها بخشی از مزایای داروی تجویزی سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
- طرح ما نمی‌تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و قلمروهایش خریداری شده است، پوشش دهد.
- مصرف دارو باید توسط FDA یا برخی منابع پزشکی به‌عنوان درمان بیماری شما تأیید شده باشد. ممکن است پزشکتان برای درمان عارضه شما نوع خاصی از دارو را تجویز کند، حتی اگر این دارو برای درمان آن عارضه تأیید نشده باشد. به این کار «مصرف دارو برخلاف دستورالعمل» گفته می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی را که برای مصرفی برخلاف دستورالعمل تجویز می‌شوند، پوشش نمی‌دهد.
- به موجب Medi-Cal، اکثر داروهای تجویزی سرپایی به‌عنوان خدمات ارائه‌شده از طریق FFS Medi-Cal تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار می‌گیرند. اقامت برای اینکه توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند، باید در «فهرست دارویی قرارداد Medi-Cal» (Medi-Cal Contract Drug List, CDL) باشند یا باید از قبل توسط Medi-Cal Rx تأیید شوند. ارائه‌دهندگان می‌توانند به شما اطلاع دهد که آیا دارویی در Medi-Cal Rx CDL هست یا خیر.

همچنین، به‌موجب قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند داروهای فهرست‌شده در ذیل را پوشش دهند:

- داروهای مورد استفاده برای افزایش قدرت باروری.
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرماخوردگی یا سرفه.*
- داروهایی برای مصارف آرایشی یا برای تقویت رشد مو.
- ویتامین‌ها و مواد معدنی تجویزی، به‌جز ویتامین‌های دوران حاملگی و آماده‌سازی‌های فلوراید.*

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات جنسی و نعوظ.
- داروهای مورد استفاده برای درمان بی‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن.*
- داروهای درمان سرپایی ساخته‌شده توسط شرکتی که عنوان می‌کند باید آزمایش‌ها یا خدمات را فقط از طریق آن‌ها انجام دهید.
- *محصولات انتخابی ممکن است تحت پوشش Medi-Cal باشند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وب‌سایت www.medi-calrx.dhcs.ca.gov Medi-Cal Rx بازدید کنید.

C. محدودیت‌های مربوط به برخی از داروها

در مورد برخی داروهای تجویزی، قوانین خاصی وجود دارد که نحوه و زمان پوشش این داروها را در طرح ما محدود می‌کند. به‌طور کلی، قوانین ما شما را تشویق به دریافت دارویی می‌کند که برای عارضه پزشکی شما تجویز شده و ایمن و مؤثر است. هنگامی که دارویی بی‌خطر و کم‌هزینه‌تر همان اثربخشی داروی گران‌تر را داشته باشد، از ارائه‌دهنده‌تان انتظار داریم که داروی کم‌هزینه‌تر را تجویز کند.

وجود قانون خاصی در مورد داروی شما، معمولاً به این معنا است که شما یا ارائه‌دهنده‌تان باید اقدامات اضافی دیگری را انجام دهید تا ما بتوانیم داروی شما را پوشش دهیم. مثلاً، ممکن است ارائه‌دهنده‌تان مجبور باشد ابتدا تشخیص خود درباره بیماری شما و نتایج آزمایش‌های خون را به ما ارائه دهد. اگر شما یا ارائه‌دهنده‌تان فکر می‌کنید که نباید قانون ما برای شرایط شما اعمال شود، از ما بخواهید که استثنائی قائل شویم. ممکن است با استفاده از دارویی بدون طی کردن مراحل بیشتر توسط شما موافقت کنیم یا نکنیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنا قائل شدن، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

1. محدود کردن مصرف داروهای برند زمانی که داروهای ژنریک در دسترس است

معمولاً، اثربخشی داروی ژنریک به همان خوبی داروهای برند بوده ولی قیمت کمتری دارد. اگر نوع ژنریک یک داروی برند در بازار در دسترس باشد، داروخانه‌های درون شبکه ما نوع ژنریک آن را به شما ارائه می‌دهند.

- معمولاً وقتی که داروی ژنریک در دسترس باشد، هزینه داروی برند را نمی‌پردازیم.
- با این حال، اگر ارائه‌دهنده‌تان دلایلی پزشکی برای ما عنوان کند مبنی بر اینکه داروی ژنریک روی بیماری شما اثر ندارد یا سایر داروهای تحت پوشش که همین عارضه را درمان می‌کنند برای شما اثربخشی ندارند، ما داروی برند را تحت پوشش قرار خواهیم داد.
- پرداخت مشترک شما ممکن است برای داروی برند تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی بیشتر از وجه پرداختی برای داروی ژنریک یا بیوسیمیلار قابل تعویض باشد.

2. دریافت تأییدیه طرح از قبل

در مورد برخی از داروها، قبل از اینکه نسخه‌تان پیچیده شود، باید شما یا پزشکتان تأییدیه طرح ما را دریافت کنید. اگر تأییدیه قبلی نگیرید، ممکن است این دارو را پوشش ندهیم.

3. سقف محدودیت برای مقدار

برای برخی از داروها، مقدار دارویی که می‌توانید داشته باشید را محدود می‌کنیم. این موضوع سقف محدودیت برای مقدار نامیده می‌شود. مثلاً، ممکن است مقدار دارویی که با هر بار گرفتن داروهای تجویزی می‌توانید دریافت کنید را محدود کنیم.

برای اینکه ببینید آیا هر کدام از قوانین بالا در مورد دارویی که استفاده می‌کنید یا می‌خواهید استفاده کنید، اعمال می‌شود یا خیر، «فهرست داروی» ما را بررسی کنید. برای کسب به‌روزترین اطلاعات، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا از وبسایت ما به نشانی kp.org/seniorrx دیدن کنید. اگر بر اساس هر یک از دلایل بالا با تصمیم پوشش ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. دلایل عدم تحت پوشش قرار گرفتن دارویتان

ما تلاش می‌کنیم که پوشش داروییتان برای شما مفید باشد، اما گاهی ممکن است دارویی به شکلی که شما مایل هستید پوشش داده نشود. برای مثال:

- طرح ما دارویی را که می‌خواهید پوشش نمی‌دهد. ممکن است دارو در «فهرست داروی» ما نباشد. ممکن است شکل ژنریک دارو را پوشش دهیم، نه نمونه برند آن را که شما می‌خواهید مصرف کنید. ممکن است دارویی جدید باشد و ما هنوز اثربخشی و ایمنی آن را بررسی نکرده باشیم.
- طرح ما این دارو پوشش می‌دهد، اما قوانین خاص یا محدودیت‌هایی برای پوشش آن وجود دارد. همانگونه که در **بخش C** توضیح داده شده است، برای برخی از داروهایی که در طرح ما پوشش داده شده‌اند قوانینی وجود دارد که مصرف آن‌ها را محدود می‌کند. در برخی موارد، شما یا ارائه‌دهندگان می‌توانید از ما درخواست کنید که استثنائی برای شما قائل شویم.

اگر دارویی را به شکلی که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، اقداماتی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت مقداری موقتی

در برخی موارد، اگر داروی شما در «فهرست داروی» ما قرار نداشته باشد یا به نوعی محدودیت داشته باشد، می‌توانیم مقداری موقتی از دارو را به شما بدهیم. با این کار شما فرصتی به دست می‌آورید تا با ارائه‌دهندگان درباره دریافت داروی دیگری صحبت کنید یا از ما بخواهید دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت مقداری موقتی دارو باید دو شرط زیر را دارا باشید:

1. دارویی که مصرف می‌کردید:

- دیگر در «فهرست داروی» ما نباشد یا
- هرگز در «فهرست داروی» ما نبوده باشد یا
- اکنون به نوعی محدودیت داشته باشد.

2. باید در یکی از این موقعیت‌ها قرار داشته باشید:

- سال گذشته عضو طرح ما بوده باشید.

○ ما مقداری موقتی از داروی شما را طی **90 روز اول از سال تقویمی پوشش می‌دهیم.**

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- این مقدار موقت برای مصرف حداکثر 30 روز است.
- اگر نسخه‌تان برای مدت زمان کمتری نوشته شده باشد، به شما اجازه می‌دهیم که چندین بار نسخه را تجدید کنید تا به مقدار مصرف 30 روز برسد. داروهای نسخه را باید از داروخانه درون شبکه‌ای تهیه کنید.
- ممکن است داروخانه‌های مرکز مراقبت بلندمدت جهت پیشگیری از هدر رفتن دارو آن را در مقادیر کمتری ارائه دهند.
- عضو جدیدی در طرح ما باشید.
 - ما مقداری موقتی از داروی شما را طی 90 روز اول از زمان عضویتتان در طرحمان پوشش می‌دهیم.
 - این مقدار موقت برای مصرف حداکثر 30 روز است.
 - اگر نسخه‌تان برای مدت زمان کمتری نوشته شده باشد، به شما اجازه می‌دهیم که چندین بار نسخه را تجدید کنید تا به مقدار مصرف 30 روز برسد. داروهای نسخه را باید از داروخانه درون شبکه‌ای تهیه کنید.
 - ممکن است داروخانه‌های مرکز مراقبت بلندمدت جهت پیشگیری از هدر رفتن دارو آن را در مقادیر کمتری ارائه دهند.
- بیش از 90 روز در طرح ما عضو بوده باشید، در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی کنید و فوراً به دارو نیاز داشته باشید.
 - اگر نسخه شما برای مدت کمتری تجویز شده باشد، داروی موردنیاز برای یک دوره 31 روزه را پوشش می‌دهیم. این مقدار علاوه بر تأمین مقدار موقت ذکر شده در بالا است.
 - اگر وارد یک بیمارستان، مرکز پرستاری حرفه‌ای یا مرکز مراقبت بلندمدت شوید یا از آن ترخیص شوید و به یک محیط مراقبتی دیگری یا منزل بروید، این موضوع با عنوان تغییر سطح مراقبت شناخته می‌شود. هنگامی که سطح مراقبتتان تغییر می‌کند، ممکن است نیاز به تهیه مقدار بیشتری از داروهایتان داشته باشید. حتی اگر دارویی مشمول «فهرست داروی» ما نباشد، معمولاً تا حداکثر مقدار یک‌ماهه از داروهای بخش D را طی این دوره تغییر سطح مراقبت پوشش می‌دهیم.

D2. درخواست تأمین موقت

برای درخواست مقداری موقتی از دارو، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

در مدت زمانی که مقدار موقتی از دارو دریافت می‌کنید، در اسرع وقت با ارائه‌دهنده خود در خصوص تصمیم‌گیری در مورد اینکه بعد از اتمام دارو چه کاری انجام دهید، صحبت کنید. این گزینه‌ها را در اختیار دارید:

- جایگزینی با دارویی دیگر.

طرح ما می‌تواند داروی متفاوتی را که برای شما اثربخش است، پوشش دهد. برای درخواست فهرستی از داروهایی را که برای درمان همان عارضه پزشکی پوشش می‌دهیم، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این فهرست به ارائه‌دهنده‌تان کمک می‌کند داروی تحت پوششی را پیدا کند که می‌تواند برای شما اثربخش باشد.

یا

- درخواست برای استثنا قائل شدن.

شما و ارائه‌دهندگان می‌توانید از ما درخواست کنید تا در مورد شما استثنا قائل شویم. مثلاً، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را پوشش دهیم که در «فهرست داروی» ما نیست یا بخواهید که دارویی را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهندگان عنوان کند که دلایل پزشکی مقبولی برای استثنا دارید، می‌توانند برای تقاضای استثنا به شما کمک کنند.

D3. درخواست برای استثنا قائل شدن

اگر دارویی که مصرف می‌کنید سال آینده از «فهرست داروی» ما حذف شود یا به نوعی محدود شود، به شما این امکان را می‌دهیم که قبل از سال بعد تقاضای استثنا کنید.

- ما هرگونه تغییر در پوشش داروی شما را برای سال آینده به شما اطلاع می‌دهیم. از ما بخواهید تا استثنا قائل شویم و دارو را برای سال بعد به شکلی که شما مایل هستید تحت پوشش قرار دهیم.

- ما به درخواست شما برای در نظر گرفتن استثنا در عرض 72 ساعت پس از دریافت درخواست (یا نامه پزشکتان در تأیید درخواست شما) پاسخ می‌دهیم.

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

اگر برای درخواست استثنا به راهنمایی نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

E. تغییر پوشش بیمه‌ای داروهایتان

اکثر تغییرات در پوشش دارو در تاریخ 1 ژانویه اعمال می‌شوند، اما ممکن است در طی سال، داروهایی را به «فهرست دارو» اضافه یا از آن حذف کنیم. همچنین ممکن است قوانینمان در رابطه با داروها را تغییر دهیم. مثلاً، ممکن است:

- تصمیم بگیریم که دریافت تأیید قبلی (PA) برای دارویی لازم است یا خیر (مجوز از ما پیش از اینکه دارویی را تهیه کنید).

- مقدار دارویی را که می‌توانید بگیرید زیاد کنیم یا تغییر دهیم (سقف محدودیت مقدار).

- محدودیت‌های درمان گام‌به‌گام برای دارویی را تغییر یا افزایش دهیم (باید پیش از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، یک دارو را مصرف کنید).

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره قوانین داروها، به **بخش C** مراجعه کنید.

اگر دارویی را مصرف می‌کنید که در **آغاز** سال پوشش دادیم، عموماً پوشش آن دارو را در **طی بقیه سال** تغییر نمی‌دهیم یا حذف نمی‌کنیم، مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری وارد بازار شود که به اندازه دارویی که حالا در «فهرست داروی» خود داریم، اثربخش باشد، یا

- متوجه شویم که دارویی ایمن نیست، یا

- دارو از بازار جمع‌آوری شده باشد.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه هنگام تغییر «فهرست داروی» ما چه اتفاقی می‌افتد، همیشه می‌توانید:

- «فهرست داروی» فعلی ما را به‌صورت آنلاین در kp.org/seniorrx بررسی کنید یا
- برای اطلاع از «فهرست داروی» فعلی ما با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

بعضی از تغییرات در «فهرست داروی» ما ممکن است **بلافاصله** اعمال شود: برای مثال:

- **داروی ژنریک جدیدی به بازار می‌آید.** گاهی، داروی ژنریکی جدیدی وارد بازار می‌شود که به اندازه داروی برندی که در «فهرست داروی» خود داریم، اثربخش است. طی این اتفاق، ممکن است داروی برند را حذف و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید تغییری نمی‌کند یا کاهش پیدا خواهد کرد.
 - وقتی داروی ژنریک جدید را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم داروی برند را در فهرست نگه داریم اما قوانین پوشش یا محدودیت‌های آن را تغییر دهیم.
 - ممکن است پیش از انجام این تغییر به شما اطلاع ندهیم، اما پس از اینکه تغییر خاصی انجام شد، اطلاعات مربوط به آن را برایتان ارسال می‌کنیم.
 - شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید درخواست کنید که «استثنائی» در این تغییرات اعمال شود. اطلاعاتی برای شما ارسال می‌کنیم مبنی بر اقداماتی که می‌توانید برای تقاضای استثنا انجام دهید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد موارد استثنا لطفاً به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - **دارویی از بازار خارج شده باشد.** اگر FDA عنوان کند دارویی که مصرف می‌کنید ایمن نیست یا سازنده دارو آن را از بازار خارج کرده است، ما آن را از «فهرست داروی» خود حذف می‌کنیم. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما اطلاع می‌دهیم. پزشک تجویزکننده شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می‌تواند برای یافتن داروی دیگری برای بیماری‌تان با شما همکاری کند.
- ممکن است تغییرات دیگری اعمال کنیم که روی داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد.** سایر تغییراتی را که در «فهرست داروی» خود اعمال می‌کنیم، از قبل به شما اطلاع می‌دهیم. این تغییرات ممکن است در صورتی انجام شود که:
- FDA دستورالعمل‌های جدیدی ارائه دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در رابطه با دارو وجود داشته باشد.
 - دارویی ژنریکی را اضافه کنیم که داروی جدیدی در بازار نیست و
 - داروی برند را که در حال حاضر در فهرست داروی ما هست جایگزین کنیم یا
 - قوانین پوشش یا محدودیت‌ها را برای داروی برند تغییر دهیم.
- هنگامی که این تغییرات انجام می‌شوند، ما:
- حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییر را در «فهرست داروی» خود اعمال کنیم، به شما اطلاع می‌دهیم یا
 - شما را در جریان قرار می‌دهیم و پس از اینکه درخواست تجدید نسخه دارو دادید، مقداری از دارو برای مصرف 30 روز را در اختیارتان قرار می‌دهیم.

این کار به شما فرصتی می‌دهد که با پزشک خود یا هر شخص دیگری که برایتان دارو تجویز کرده است گفت‌وگو کنید. می‌توانند به شما کمک کنند در این زمینه‌ها تصمیم بگیرید:

- آیا داروی مشابهی در «فهرست دارو» وجود دارد که بتوانید مصرف کنید یا
 - آیا باید درخواست کنید برای این تغییرات استثنائی در نظر گرفته شود یا خیر. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست استثنائی قائل شدن، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید اعمال کنیم که در حال حاضر تأثیری بر شما نداشته باشد.** در رابطه با چنین تغییراتی، اگر در حال مصرف دارویی هستید که در ابتدای سال پوشش می‌دادیم، معمولاً پوشش آن دارو را در **طی بقیه سال** تغییر نمی‌دهیم یا حذف نمی‌کنیم.
- مثلاً، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید حذف کنیم، مصرف آن را محدود کنیم، در این صورت این تغییر بر استفاده شما از دارو تا پایان سال تأثیر نمی‌گذارد.

F. پوشش دارو در موارد خاص

F1. بستری در یک بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای که طرح ما آن را پوشش می‌دهد

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای پذیرش شدید که طرح ما آن را پوشش می‌دهد، معمولاً هزینه داروهای تجویزی‌تان را در طول مدت بستری پرداخت خواهیم کرد. مبلغی به‌عنوان پرداخت مشترک نمی‌پردازید. هنگامی که آن بیمارستان یا مرکز پرستاری حرفه‌ای را ترک می‌کنید، داروهای شما را مادامی که تمامی قوانین پوشش در مورد آن‌ها صدق کند، پوشش می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش دارو و مبلغی که شما می‌پردازید، به **فصل 6** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F2. در مرکز مراقبت‌های بلندمدت

معمولاً، مراکز مراقبت‌های بلندمدت، مانند مراکز آسایشگاهی، داروخانه‌های متعلق به خود یا داروخانه‌های دارند که داروهای تمام ساکنان خود را تأمین می‌کنند. در صورتی که در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، اگر داروخانه مرکز عضو شبکه ما باشد، می‌توانید داروهای تجویزی خود را از طریق این داروخانه تهیه کنید.

برای اطلاع از اینکه داروخانه مرکز مراقبت‌های بلندمدت شما بخشی از شبکه ما است یا خیر، **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** را بررسی کنید. در صورتی که عضو نبود یا به اطلاعات بیشتر نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

F3. در برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی مورد تأیید Medicare

داروها هرگز به‌طور هم‌زمان توسط برنامه مراقبت‌های آسایشگاهی و طرح ما پوشش داده نخواهند شد.

- ممکن است در یک برنامه مراقبت آسایشگاهی Medicare ثبت‌نام شده باشید و به دارویی مسکن، ضد اضطراب، ضد تهوع یا ملین نیاز داشته باشید که برنامه آسایشگاهی‌تان آن را پوشش ندهد زیرا به عارضه‌ها و پیش‌آگهی بیماری لا‌علاج‌تان مربوط نیست. در این موارد، پیش از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، طرحمان باید از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده مراقبت آسایشگاهی‌تان اطلاعاتی بگیرد مبنی بر اینکه دارو نامرتب است.
- برای پیشگیری از تأخیر در گرفتن هر گونه داروی غیرمرتبط که باید طرح ما پوشش بدهد، می‌توانید از ارائه‌دهنده مراقبت‌های آسایشگاهی یا تجویزکننده دارو درخواست کنید که اطمینان حاصل کنند پیش از اینکه داروخانه نسخه را برایتان بپیچد، ما اطلاعات غیرمرتبط بودن دارو را گرفته‌ایم.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

اگر آسایشگاه را ترک کنید، طرح ما همه داروهایتان را پوشش می‌دهد. برای پیشگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه، هر گاه مزایای مراقبت‌های آسایشگاهی Medicare شما به پایان رسید، اسناد را به داروخانه ارائه کنید تا تأیید شود آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

در خصوص داروهایی که تحت پوشش طرح ما هستند، به بخش‌های قبلی این فصل رجوع کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مزایای مراقبت آسایشگاهی، به **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. برنامه‌هایی در خصوص ایمنی و مدیریت داروها

G1. برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند تا از داروها به‌طور ایمن استفاده کنید

هر بار که داروهای تجویزی را می‌گیرید، ما مشکلات احتمالی مانند خطاهای دارویی یا داروهایی را بررسی می‌کنیم که:

- ممکن است لازم نباشند، چون شما داروی دیگری مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد.
- ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشد.
- ممکن است اگر هم‌زمان مصرف شوند به شما آسیب برسانند.
- محتوی موادی هستند که ممکن است به آن‌ها حساسیت داشته باشید یا دارید.
- مقادیر نامناسبی از داروهای مخدر ضددرد دارند.

در صورت یافتن مشکلی در نحوه مصرف داروهای تجویزی‌تان، برای رفع مشکل با ارائه‌دهندگان در تماس خواهیم بود.

G2. برنامه‌هایی که به شما کمک می‌کنند داروهایتان را مدیریت کنید

طرح ما برای کمک به اعضای که نیازهای سلامت پیچیده دارند، برنامه دارد. در چنین مواردی، ممکن است، بدون هیچ هزینه‌ای، واجد شرایط دریافت خدمات از طریق برنامه «مدیریت درمان دارویی (medication therapy management, MTM)» باشید. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. این برنامه به شما و ارائه‌دهندگان کمک می‌کند که از اثرگذاری داروهایتان در جهت بهبود سلامتتان اطمینان حاصل کنید. اگر واجد شرایط این برنامه باشید، داروساز یا متخصص سلامت دیگری یک بررسی کامل از همه داروهایتان به شما ارائه می‌دهد و با شما درباره موارد زیر گفتگو می‌کند:

- چگونه از داروهایی که مصرف می‌کنید، بیشترین بهره را ببرید.
- هرگونه دغدغه‌ای که دارید، مانند هزینه داروها و واکنش‌های دارویی.
- بهترین شیوه مصرف داروهایتان.
- هرگونه سؤال یا مشکلی که درباره نسخه خود و داروهای بدون نسخه دارید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

سپس، موارد زیر را به شما ارائه می‌کند:

- خلاصه‌های کتبی از این بحث و گفت‌وگو. این خلاصه شامل یک برنامه اقدام درمانی است که به شما پیشنهاداتی در خصوص اقداماتی می‌دهد که می‌توانید انجام دهید تا بیشترین بهره را از داروهای خود ببرید.
 - فهرست دارویی شخصی که شامل همه داروهایی که مصرف می‌کنید، میزان مصرف و دلیل مصرف آنها می‌شود.
 - اطلاعاتی در مورد دفع ایمن داروهای تجویزی که حاوی مواد کنترل‌شده هستند.
 - ایده خوبی است که با پزشک خود درباره طرح اقدام و لیست دارویی‌تان گفتگو کنید.
 - برنامه اقدام درمانی و فهرست داروی خود را در جلسه معاینه یا هر زمان که می‌خواهید با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی صحبت کنید، به همراه داشته باشید.
 - اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، فهرست داروهایتان را به همراه داشته باشید.
- برنامه‌های MTM برای اعضای واجد شرایط داوطلبانه و رایگان هستند. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که مناسب نیازهای شما باشد، شما را در آن برنامه ثبت‌نام می‌کنیم و اطلاعات را ارسال می‌کنیم. در صورت عدم تمایل برای شرکت در برنامه، به ما اطلاع دهید تا شما را از آن برنامه حذف کنیم.
- اگر سؤالی درباره این برنامه‌ها دارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید:

G3. برنامه مدیریت دارو برای مصرف ایمن داروهای حاوی ماده مخدر

طرح ما برنامه‌ای دارد که به اعضا کمک می‌کند به‌طور ایمن از داروهای حاوی ماده مخدر خود و سایر داروهایی که احتمال سوءمصرف آنها بالاست، استفاده نمایند. این برنامه را «مدیریت مصرف دارو (DMP, Drug Management Program)» می‌نامیم.

در صورتی که از داروهای حاوی ماده مخدر استفاده می‌کنید که از چند پزشک یا داروخانه دریافت کرده‌اید یا اخیراً مصرف بیش از اندازه‌ای از این مواد داشته‌اید، می‌توانیم برای اطمینان از اینکه مصرف این داروها برای شما مناسب و از لحاظ پزشکی ضروری است یا نه با پزشکانتان صحبت کنیم. اگر با همکاری پزشکانتان به این نتیجه برسیم که مصرف داروهای تجویزی حاوی ماده مخدر یا بنزودیازپین برای شما خطرناک است، شاید نحوه دسترسی‌تان به این داروها را محدود کنیم. محدودیت‌ها شامل این موارد است:

- ملزم کردن شما به دریافت تمام داروهای تجویزی حاوی ماده مخدر از داروخانه‌ها و/یا پزشکانی خاص.
- محدود کردن مقدار این داروهایی که برای شما پوشش می‌دهیم

اگر تصمیم ما این باشد که یک یا چند محدودیت برای شما اعمال کنیم، پیش از اعمال محدودیت‌ها، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید که پوشش این داروها را برای شما محدود خواهیم کرد یا خیر یا اینکه باید نسخه این داروها را فقط از یک ارائه‌دهنده یا داروخانه خاص دریافت کنید یا خیر.

این فرصت را خواهید داشت که به ما بگویید مایلید از خدمات کدام پزشکان یا داروخانه‌ها استفاده کنید و هر اطلاعاتی را که فکر می‌کنید دانستن آن برای ما مهم است، با ما در میان بگذارید. اگر تصمیم ما محدود کردن پوشش این داروها برای شما باشد، پس از اینکه فرصتی برای پاسخگویی داشتید، نامه‌ای دیگر برایتان ارسال می‌کنیم که این محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، موافق نیستید که در معرض خطر سوءمصرف داروهای تجویزی قرار دارید، یا با محدودیت موافق نیستید، شما و تجویزکننده‌تان می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، پرونده شما را بررسی و تصمیمان را به شما اعلام خواهیم کرد. اگر همچنان هر یک از بخش‌های درخواست تجدیدنظر شما در ارتباط با محدودیت‌های دسترسی به این داروها را رد کنیم، پرونده‌تان را به‌طور خودکار به یک «سازمان بازبینی مستقل» (IRO) ارسال می‌کنیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر و IRO، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.)

در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است DMP در مورد شما اعمال نشود:

- به بیماری‌های خاص از قبیل سرطان یا بیماری سلول داسی‌شکل مبتلا باشید.
- در حال دریافت مراقبت آسایشگاهی یا پایان زندگی باشید، یا
- در مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی کنید.

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

مقدمه

این فصل درباره مبلغی که برای داروهای تجویزی سرپایی خود می‌پردازید توضیح می‌دهد. منظور ما از «دارو» موارد زیر است:

- داروهای تجویزی Medicare بخش D، و
- داروها و اقلام تحت پوشش Medi-Cal Rx، و
- داروها و اقلامی که با عنوان مزایای اضافی تحت پوشش طرح ما هستند.
- از آنجایی که شما واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای کمک به پرداخت داروهای تجویزی بخش Medicare D شما، «مساعده بیشتر» از Medicare دریافت می‌کنید. الحاقیه مجزایی به نام الحاقیه پوشش طرح برای افرادی که برای پرداخت داروهای تجویزی مزایای «مساعده بیشتر» دریافت می‌کنند (که همچنین با نام «الحاقیه کمک هزینه قشر کم‌درآمد» یا «الحاقیه LIS» شناخته می‌شود) برای شما ارسال خواهیم کرد که درباره پوشش دارویی‌تان به شما توضیح می‌دهد. در صورتی که این الحاقیه را ندارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و «الحاقیه LIS» را درخواست کنید.

مساعده بیشتر یک برنامه Medicare برای کمک به افرادی با درآمد و منابع محدود است برای کاهش هزینه‌های داروی تجویزی Medicare بخش D، مانند حق بیمه‌ها، فرانشیزها و پرداخت‌های مشترک. «مساعده بیشتر» همچنین «یارانه اقشار کم‌درآمد» یا «LIS» نامیده می‌شود.

سایر اصطلاحات مهم و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده است.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای تجویزی، می‌توانید نگاهی به این موارد بیندازید:

- فهرست داروهای تحت پوششمان.
 - ما آن را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - هزینه کدام داروها را می‌پردازیم.
 - آیا هیچ‌گونه محدودیتی برای این داروها وجود دارد یا خیر.
 - اگر به نسخه‌ای از «فهرست دارو» نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه «فهرست دارو» را در وب‌سایت ما به نشانی kp.org/seniorrx پیدا کنید.

- اغلب داروهای تجویزی که از داروخانه می‌گیرید تحت پوشش طرح ما هستند. سایر داروها، از قبیل برخی از داروهای بدون نسخه و ویتامین‌های خاص، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت Medi-Cal Rx به نشانی (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) دیدن کنید. همچنین می‌توانید با «مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx» با شماره **1-800-977-2273** تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را هنگام گرفتن داروهای تجویزی از طریق Medi-Cal Rx همراه خود داشته باشید.

● فصل 5 از این کتابچه راهنمای اعضا.

- همچنین به شما می‌گوید داروهای سرپایی خود را چگونه از طریق طرح ما بگیرید.
- این بخش شامل قوانینی است که باید دنبال کنید. همچنین به شما می‌گوید که طرح ما کدام یک از انواع داروهای تجویزی را پوشش نمی‌دهد.
- هنگامی که از «ابزار مزایای لحظه‌ای» این طرح برای جستجوی پوشش دارو استفاده می‌کنید (به فصل 5، بخش B2 مراجعه کنید)، هزینه نشان‌داده‌شده، در قسمت «لحظه‌ای» ارائه می‌شود، به این معنی که هزینه نمایش‌داده‌شده در این ابزار لحظه‌ای از زمان را بازتاب می‌دهد تا برآوردی از هزینه‌هایی را که باید از جیب پردازید ارائه کند. می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

● فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما.

- در اغلب موارد، باید برای تهیه داروهای تجویزی خود از داروخانه شبکه استفاده کنید.
- داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که برای همکاری با ما موافقت می‌کنند.
- در فهرست راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها فهرستی از داروخانه‌های درون‌شبکه‌ای ما وجود دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های درون‌شبکه‌ای، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا رجوع کنید.

فهرست مطالب فصل 6

- A. توضیح مزایا (EOB) 150
- B. نحوه پیگیری هزینه‌های دارویی 151
- C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D 152
- D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه 153
- D4. پایان مرحله پوشش اولیه 154
- E. مرحله 2: مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن 154
- F. هزینه داروهایتان در صورتی که پزشکتان برای مصرف کمتر از یک ماه دارو را تجویز کند 155
- G. کمک در سهم هزینه داروی تجویزی برای اشخاص مبتلا به ایدز (HIV/AIDS) 155
- G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) 155
- G2. اگر در ADAP ثبت‌نام نشده‌اید 155
- G3. اگر در ADAP ثبت‌نام کرده‌اید 156
- H. واکسیناسیون‌ها 156
- H1. مواردی که باید پیش از واکسن زدن بدانید 156
- H2. مبلغی که برای واکسیناسیون تحت پوشش بخش Medicare D پرداخت می‌کنید 156

A. توضیح مزایا (EOB)

طرح ما داروهای تجویزی‌تان را ثبت و پیگیری می‌کند. دو نوع هزینه را ثبت و پیگیری می‌کنیم:

- **هزینه‌های از جیب شما.** این مبلغی است که شما یا اشخاص دیگری از طرف شما برای هزینه داروهایتان پرداخت می‌کنید.
 - **مجموع هزینه داروهایتان.** این مبلغی است که علاوه بر مبلغ پرداختی ما، برای داروهای تجویزی‌تان، شما از جیب خودتان می‌پردازید یا سایرین از طرف شما می‌پردازند.
- هنگامی که داروهای تجویزی را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، خلاصه‌ای با عنوان **توضیح مزایا** برای شما ارسال می‌کنیم. اگر در طول ماه گذشته، یک یا چند نسخه خود را از طریق این طرح تهیه کرده باشید، **توضیح مزایا** را برای شما ارسال خواهیم کرد. آن را به‌اختصار **EOB** می‌نامیم. **EOB** یک صورت‌حساب نیست. **EOB** درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، اطلاعات بیشتری ارائه می‌دهد. **EOB** شامل این موارد می‌شود:
- **اطلاعاتی برای ماه.** خلاصه‌ای که عنوان می‌کند در ماه گذشته چه داروهایی دریافت کرده‌اید. این گزارش مجموع هزینه‌های دارو، مبلغی که ما پرداخت کرده‌ایم و مبلغی را که شما یا سایر افراد از طرف شما پرداخت کرده‌اند، نشان می‌دهد.
 - **اطلاعات ابتدای سال تا تاریخ امروز.** این کل هزینه‌های دارو و مبالغ پرداختی از تاریخ 1 ژانویه است.
 - **اطلاعات قیمت دارو.** این قیمت کل دارو و هرگونه تغییر درصدی قیمت دارو از زمان تهیه آن برای بار اول است.
 - **جایگزین‌های کم‌هزینه‌تر.** زمانی که جایگزین‌هایی موجود باشند، در این خلاصه زیر داروهای فعلی‌تان نمایش داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با تجویزکننده خود صحبت کنید.
- ما داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌دهیم.
- مبالغ پرداختی برای این داروها جزو هزینه‌های پرداختی از جیب شما حساب نمی‌شود.
 - اغلب داروهای تجویزی که از داروخانه می‌گیرید تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه و ویتامین‌های خاص، ممکن است توسط **Medi-Cal Rx** پوشش داده شوند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از وبسایت (medi-calrx.dhcs.ca.gov) دیدن کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان **Medi-Cal Rx** به شماره **1-800-977-2273** تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی ذی‌نفع **Medi-Cal (BIC)** خود را هنگام گرفتن داروهای تجویزی از طریق **Medi-Cal Rx** همراه خود داشته باشید.
 - برای اطلاع از اینکه طرح ما کدام داروها را پوشش می‌دهد، به «فهرست داروی» ما رجوع کنید.

B. نحوه پیگیری هزینه‌های دارویی

برای پیگیری هزینه‌های داروی شما و پرداختی‌هایی که انجام داده‌اید، از سوابقی استفاده می‌کنیم که از شما و داروخانه گرفته‌ایم. به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

هر بار که نسخه‌ای را تهیه می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. به این صورت می‌توانیم مطلع شویم که چه نسخه‌ای را تهیه می‌کنید و چه مبلغی می‌پردازید.

2. حتماً اطلاعاتی را که نیاز داریم در اختیارمان قرار دهید.

کپی رسیده‌های داروهای تحت پوششی که هزینه‌شان را پرداخت کرده‌اید، به ما بدهید. می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهممان از هزینه دارو را به شما بازگردانیم.

در این موارد باید کپی رسیده‌های خود را به ما بدهید:

- وقتی دارویی تحت پوشش را با قیمتی ویژه از یک داروخانه درون شبکه می‌خرید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما محسوب نمی‌شود
- وقتی برای داروهایی که تحت برنامه کمک به بیمار از سوی داروساز دریافت می‌کنید، پرداخت مشترک می‌کنید
- وقتی داروهای تحت پوشش را از داروخانه‌ای خارج از شبکه تهیه می‌کنید
- وقتی وجه کامل یک داروی تحت پوشش را می‌پردازید

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

3. اطلاعات مربوط به پرداختی‌هایی را که دیگران برای شما انجام داده‌اند، برای ما ارسال کنید.

پرداختی‌هایی که توسط افراد و سازمان‌های دیگر انجام می‌شود نیز جزو هزینه‌های از جیب شما محسوب می‌شود. مثلاً پرداختی‌هایی که توسط برنامه کمک داروی (ADAP) AIDS، Indian Health Service و بیشتر خیریه‌ها انجام می‌شوند، جزء هزینه‌هایی که باید از جیب بپردازید به حساب می‌آیند. این امر به شما کمک می‌کند تا واجد شرایط پوشش هزینه کمرشکن شوید. هنگامی که به مرحله پوشش هزینه کمرشکن رسیدید، طرح ما همه هزینه‌های داروهای بخش D برنامه Medicare را برای بقیه سال پرداخت می‌کند.

4. گزارش‌های EOB را که برای شما ارسال کرده‌ایم، بررسی کنید.

هنگام دریافت EOB از طریق پست، از درستی و کامل بودن آن اطمینان حاصل کنید.

- آیا همه داروخانه‌ها را می‌شناسید؟ تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا آن روز داروها را دریافت کردید؟
- آیا داروهای ذکر شده را دریافت کردید؟ آیا آن‌ها با موارد ذکر شده در رسیده‌های شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با آنچه پزشکتان تجویز کرده است مطابقت دارند؟

برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

اگر اشتباهاتی در این خلاصه پیدا کردید چه باید بکنید؟

اگر موردی در این EOB سردرگم‌کننده است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

احتمال کلاهبرداری وجود دارد؟

اگر این خلاصه داروهای را نشان می‌دهد که شما مصرف نمی‌کنید یا موردی دیگر وجود دارد که از نظر شما مشکوک است، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- یا از طریق شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و هر 7 روز هفته با این شماره‌های رایگان تماس بگیرید.
- اگر مشکوک هستید که ارائه‌دهنده‌ای که Medi-Cal دریافت می‌کند، مرتکب کلاهبرداری، اتلاف یا سوءاستفاده شده است، حق شما است که آن را از طریق تماس با شماره تلفن رایگان و محرمانه **1-800-822-6222** گزارش دهید. سایر روش‌های گزارش کلاهبرداری در Medi-Cal را می‌توانید در نشانی زیر پیدا کنید:
www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

اگر فکر می‌کنید اشتباهی شده است یا چیزی از قلم افتاده است یا اگر سؤالی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید EOB خود را به‌جای پست به‌صورت آنلاین مشاهده کنید. لطفاً از **kp.org/goinggreen** بازدید کنید و برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتخاب مشاهده امن EOB خود به‌صورت آنلاین، ثبت‌نام کنید. این EOBها را نگه دارید. این گزارش‌ها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه دارو برای داروهای Medicare بخش D

پرداخت دو مرحله‌ای برای پوشش بیمه داروهای تجویزی Medicare بخش D شما در طرح ما وجود دارد. میزان مبلغی که پرداخت می‌کنید به این بستگی دارد که هنگام تهیه نسخه یا شارژ مجدد آن، در چه مرحله‌ای از این مراحل قرار دارید. دو مرحله وجود دارد:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش هزینه کمرشکن
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهایتان را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را پرداخت می‌کنید. سهم شما «حق بیمه مشترک» نامیده می‌شود. هنگامی که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌کنید، در این مرحله قرار می‌گیرید.	در طول این مرحله، ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2024 پرداخت می‌کنیم. زمانی که هزینه‌های انجام‌شده از جیب به سطح خاصی رسید، این مرحله شروع می‌شود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در «مرحله پوشش اولیه»، ما سهمی از هزینه داروهای تحت پوشش‌تان را می‌پردازیم و شما هم سهم خود را می‌پردازید. سهم شما «حق بیمه مشترک» نامیده می‌شود. پرداخت مشترک بستگی به این دارد که دارو در چه ردیفی از تقسیم هزینه است و از کجا آن را دریافت می‌کنید.

ردیف‌های تقسیم هزینه گروهی از داروها با پرداخت مشترک مشابه هستند. هر دارو در فهرست دارویی طرح ما در یکی از این دو ردیف تقسیم هزینه قرار می‌گیرد. به‌طور کلی، هرچه شماره ردیف بالاتر باشد، پرداخت مشترک نیز بیشتر است. برای یافتن ردیف‌های تقسیم هزینه مربوطه برای داروهای خود، به «فهرست دارویی» ما مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1 و 2 کمترین پرداخت مشترک را دارند. آنها ممکن است داروهای ژنریک باشند. میزان پرداخت مشترک از **\$0 تا \$4.50**، بسته به درآمد شما متغیر است.
- داروهای ردیف 3، 4 و 5 بالاترین پرداخت مشترک را دارند. آنها داروهای برند یا تخصصی هستند. میزان پرداخت مشترک از **\$0 تا \$11.20**، بسته به درآمد شما متغیر است.

D1. انتخاب‌های شما در خصوص داروخانه

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

- داروخانه داخل شبکه یا
- داروخانه خارج از شبکه.

در موارد محدودی، نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده باشد نیز تحت پوشش قرار می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم، به **فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این انتخاب‌ها، به **فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا و فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما** مراجعه کنید.

D2. گرفتن دارو در مقادیری برای مصرف طولانی‌مدت

در مورد برخی داروها، هنگام تهیه نسخه، می‌توانید مقداری برای مصرف بلندمدت (که «مقدار تمدیدشده» هم نامیده می‌شود) دریافت کنید. مقدار مصرف بلندمدت حداکثر برای مصرف 100 روز است. هزینه آن برای شما به اندازه همان مصرف یک‌ماهه است.

برای اطلاع از مکان و نحوه دریافت تأمین بلندمدت یک دارو، به **فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا یا فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های طرح ما** مراجعه کنید.

D3. مبلغی که شما پرداخت می‌کنید

در «مرحله پوشش اولیه»، هر بار که داروهای نسخه‌ای را تحویل می‌گیرید، ممکن است مبلغی برای پرداخت مشترک بپردازید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش برای شما کمتر از مقدار پرداخت مشترک باشد، مبلغ کمتر را می‌پردازید.

برای اطلاع از اینکه برای هر داروی تحت پوشش چقدر جهت حق بیمه مشترک می‌پردازید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

سهم هزینه شما وقتی مقداری برای مصرف یک‌ماهه یا بلندمدت از یک داروی تجویزی تحت پوشش را از این طرح دریافت می‌کنید:

<p>داروخانه خارج از شبکه حداکثر تا مقدار مصرف 30 روز. پوشش محدود به موارد خاصی است. برای جزئیات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.</p>	<p>داروخانه مرکزی عضو شبکه برای مراقبت‌های بلندمدت</p> <p>حداکثر تا مقدار مصرف 31 روز</p>	<p>یک داروخانه درون شبکه‌ای یا خدمات سفارش پستی طرح ما</p> <p>حداکثر تا مقدار مصرف 100 روز</p>	
<p>تقسیم هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک)</p> <p>\$0-\$4.50 برای هر نسخه، بسته به سطح «کمک اضافی» شما</p>			
<p>تقسیم هزینه ردیف 2 (داروهای برند و تخصصی)</p> <p>\$0-\$11.20 برای هر نسخه، بسته به سطح «کمک اضافی» شما</p>			

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه کدام داروخانه‌ها می‌توانند اقلام دارویی را به صورت بلندمدت به شما ارائه دهند، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش ما مراجعه کنید.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

«مرحله پوشش اولیه» زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های از جیب‌تان به **\$8,000** برسد. در آن مقطع، «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» آغاز می‌شود. طرح ما تمام هزینه‌های دارویی شما را از آن زمان تا پایان سال پوشش می‌دهد.

EOB به شما کمک می‌کند مبلغی را که در طی سال برای داروهایتان پرداختید، ثبت و پیگیری کنید. اگر به سقف **\$8,000** برسید، به شما اطلاع می‌دهیم. بسیاری از افراد طی یک سال به این سقف نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن

وقتی هزینه‌های پرداختی شما از جیب خودتان برای داروهای تجویزی‌تان به **\$8,000** برسد، «مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن» آغاز می‌شود. وقتی در «مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن» قرار گرفتید، تا پایان سال را در این مرحله پرداخت باقی خواهید ماند. در طول این مرحله، طرح ما همه هزینه‌های داروهای Medicare شما را پرداخت خواهد کرد.

F. هزینه داروهایتان در صورتی که پزشکتان برای مصرف کمتر از یک ماه دارو را تجویز کند

معمولاً، برای پوشش مقدار مصرف یک ماه کامل از داروی تحت پوشش، مبلغی برای پرداخت مشترک می‌پردازید. با این حال پزشکتان می‌تواند مقدار دارویی برای مصرف کمتر از یک ماه برایتان تجویز کند.

- بعضی مواقع شاید بهتر باشد از پزشک خود بخواهید کمتر از مقدار مصرف یک ماه برای شما دارو تجویز کند (مثلاً وقتی داروی جدیدی را برای اولین بار امتحان می‌کنید که مشخص شده عوارض جانبی بسیاری در پی دارد).
- اگر پزشکتان موافقت کند، برای داروهای خاصی لازم نیست هزینه مقدار مصرف یک ماه کامل را بپردازید.

هنگامی که مقدار دارویی برای مصرف کمتر از یک ماه می‌گیرید، مبلغی که می‌پردازید بر اساس تعداد روزهای مصرف دارو است. ما میزان مبلغ پرداختی برای دارو را به صورت روزانه محاسبه می‌کنیم («نرخ سهم هزینه روزانه») و آن را در تعداد روزهایی که دارو را دریافت کنید، ضرب می‌کنیم.

- در اینجا مثالی آمده است: فرض کنیم پرداخت مشترک شما برای مقدار مصرف یک ماهه دارو (مصرف 30 روزه) \$1.35 است. یعنی مبلغی که برای دارویتان پرداخت می‌کنید، \$0.05 به ازای هر روز است. اگر برای مصرف 7 روز دارو بگیرید، پرداختی روزانه‌تان کمتر از \$0.05 به ازای هر روز است که در 7 ضرب می‌شود و مجموع پرداختی کمتر از \$0.35 می‌شود.
- سهم هزینه روزانه به شما این امکان را می‌دهد که قبل از اینکه برای مصرف کل ماه دارو بخرید، مطمئن شوید که دارو برای بیماری شما کارایی دارد یا خیر.
- همچنین می‌توانید از ارائه‌دهنده بخواهید که به مقدار مصرف کمتر از یک ماه کامل از دارو را برایتان تجویز کند، که این امر به شما کمک می‌کند:

- در مورد زمان تجدید داروهای خود بهتر برنامه‌ریزی کنید،
- تجدید دارو را با سایر داروهایی که مصرف می‌کنید، هماهنگ کنید و
- به دفعات کمتری به داروخانه بروید.

G. کمک در سهم هزینه داروی تجویزی برای اشخاص مبتلا به ایدز (HIV/AIDS)**G1. برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP)**

ADAP به افراد واجد شرایطی که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی HIV دسترسی داشته باشند. جهت کمک در سهم هزینه نسخه برای افرادی که در ADAP ثبت‌نام کرده‌اند، داروهای تجویزی سرپایی بخش D برنامه Medicare که توسط ADAP نیز پوشش داده می‌شوند، از طریق دفتر AIDS در «اداره سلامت عمومی کالیفرنیا» تعیین می‌شوند.

G2. اگر در ADAP ثبت‌نام نشده‌اید

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره معیارهای احراز شرایط، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، با **1-844-421-7050** تماس بگیرید یا وبسایت ADAP به نشانی www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx را بررسی کنید.

G3. اگر در ADAP ثبت‌نام کرده‌اید

ADAP می‌تواند کمک در سهم هزینه نسخه بخش Medicare D را برای داروهای موجود در فهرست داروی ADAP به مشتریان خود ارائه دهد. برای اطمینان از اینکه همچنان این کمک را دریافت می‌کنید، هرگونه تغییر در نام طرح بخش D یا شماره بیمه را به مسئول ثبت‌نام ADAP در منطقه خود اطلاع دهید. اگر برای یافتن نزدیکترین محل ثبت‌نام یا مسئول ثبت‌نام ADAP به راهنمایی نیاز دارید با **1-844-421-7050** تماس بگیرید یا به وبسایت فوق مراجعه کنید.

H. واکسیناسیون‌ها

پیام مهم درباره هزینه‌ای که برای واکسن می‌پردازید: برخی واکسن‌ها مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند. سایر واکسن‌ها، داروهای بخش Medicare D تلقی می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را که در **فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه)** این طرح ذکر شده‌اند پیدا کنید. طرح ما بیشتر واکسن‌های بخش Medicare D بزرگسالان را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش و سهم هزینه واکسن‌های خاص، به **فهرست داروهای تحت پوشش طرح ما (دارونامه)** مراجعه کنید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های بخش Medicare D ما دو بخش دارد:

1. اولین بخش مربوط به پوشش هزینه خود واکسن است. واکسن دارویی تجویزی است.
2. بخش دوم پوشش هزینه تزریق واکسن است. مثلاً گاهی واکسن را به‌صورت آمپولی دریافت می‌کنید که پزشک برایتان تزریق می‌کند.

H1. مواردی که باید پیش از واکسن زدن بدانید

توصیه می‌کنیم هر زمانی که تصمیم گرفتید واکسن بزنید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

- می‌توانیم به شما بگوییم که طرح ما چگونه واکسیناسیون شما را پوشش می‌دهد.
- ما می‌توانیم به شما بگوییم چگونه با استفاده از ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های درون شبکه هزینه‌های خود را پایین نگه دارید.
- اگر قادر نیستید از داروخانه شبکه استفاده کنید، ما می‌توانیم به شما بگوییم که برای درخواست استرداد سهم هزینه‌مان به شما به چه چیزی نیاز دارید.

H2. مبلغی که برای واکسیناسیون تحت پوشش بخش Medicare D پرداخت می‌کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون می‌پردازید به نوع واکسن بستگی دارد (چیزی که به خاطر آن واکسینه شدید).

- برخی واکسن‌ها به جای دارو، مزایای درمانی تلقی می‌شوند. این واکسن‌ها بدون هزینه پوشش داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش این واکسن‌ها، به «جدول مزایا» در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- سایر واکسن‌ها، داروهای بخش Medicare D تلقی می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در «فهرست داروی» طرح ما پیدا کنید. شاید لازم شود برای واکسن‌های بخش Medicare D پرداخت مشترک انجام دهید. اگر واکسن توسط سازمانی به نام **کمیته مشورتی برای اقدامات مصون‌سازی (ACIP)** برای بزرگسالان توصیه شده باشد، واکسن هیچ هزینه‌ای برای شما نخواهد داشت.

اگر پرستشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

سه روش رایج وجود دارد که می‌توانید از طریق آن‌ها واکسن بخش Medicare D را دریافت کنید.

1. واکسن بخش Medicare D خود را از داروخانه شبکه خریداری می‌کنید و در داروخانه برای شما تزریق می‌شود.

- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، شما برای واکسن پرداخت مشترک انجام می‌دهید.

2. واکسن بخش Medicare D را از مطب پزشکتان می‌گیرید و پزشکتان آن را برای شما تزریق می‌کند.

- شما پرداخت مشترکی را برای واکسن به پزشک می‌پردازید.
- طرح ما هزینه تزریق واکسن را به شما می‌پردازد.
- در این شرایط مطب پزشک باید با طرح ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که شما فقط باید پرداخت مشترکی را برای واکسن انجام دهید.

3. واکسن بخش D برنامه Medicare را از داروخانه دریافت می‌کنید و به مطب پزشکتان می‌برید تا آن را به شما تزریق کند.

- برای بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، هیچ هزینه‌ای برای خود واکسن پرداخت نخواهید کرد.
- برای سایر واکسن‌های بخش D، شما برای واکسن پرداخت مشترک انجام می‌دهید.
- طرح ما هزینه تزریق واکسن را به شما می‌پردازد.

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

مقدمه

این فصل به شما می‌گوید که چه زمانی و چگونه برای درخواست پرداخت، صورتحسابی برای ما ارسال کنید. همچنین توضیح می‌دهد که اگر با تصمیمی در مورد پوشش مخالف هستید، چگونه درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 7

- A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروها 159
- B. ارسال درخواست به ما جهت پرداخت هزینه‌ها 162
- C. تصمیم‌های مربوط به پوشش بیمه‌ای 163
- D. درخواست‌های تجدیدنظر 164

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروها

اگر صورت‌حسابی برای هزینه کامل مراقبت سلامت یا داروها دریافت کردید، صورت‌حساب را پرداخت نکنید و آن را برای ما ارسال کنید. جهت ارسال صورت‌حساب برای ما، به بخش **B** مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها را پوشش دهیم، مستقیماً هزینه را به ارائه‌دهنده آن پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات یا داروهایی را پوشش دهیم و شما از قبل بیشتر از سهم هزینه خود برای آن پرداخته باشید، این حق شما است که هزینه به شما بازگردانده شود.
 - اگر برای خدمات تحت پوشش Medicare هزینه‌ای پرداخت کنید، آن را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.
 - اگر برای خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید هزینه‌ای پرداخت کرده باشید، در صورتی که تمام شرایط زیر را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت (استرداد) شوید:
 - خدماتی که دریافت کردید، تحت پوشش Medi-Cal است که ما مسئول پرداخت آن هستیم. ما هزینه خدماتی را که تحت پوشش طرح ما نباشند، به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
 - شما خدمات تحت پوشش را پس از اینکه عضو واجد شرایط Senior Advantage Medicare Medi-Cal شدید، دریافت کردید.
 - شما ظرف یک سال از تاریخ دریافت خدمات تحت پوشش، درخواست بازپرداخت می‌کنید.
 - شما مدرکی، مانند رسید دقیق از طرف ارائه‌دهنده، را مبنی بر پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش ارائه می‌دهید.
 - شما خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده Medi-Cal که در شبکه ما ثبت شده است دریافت کرده‌اید. اگر مراقبت‌های اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی را دریافت کرده‌اید که Medi-Cal اجازه انجام آن‌ها را بدون پیش‌تأییدیه (تأیید قبلی) به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه می‌دهد، نیازی نیست این شرایط را داشته باشید.
 - اگر خدمات تحت پوشش به‌طور معمول نیازمند پیش‌تأییدیه (تأیید قبلی) باشند، باید مدرکی از طرف ارائه‌دهنده ارائه دهید که نشان‌دهنده نیاز پزشکی به خدمات تحت پوشش باشد.
 - در نامه‌ای به نام «ابلاغیه اقدام» به شما اعلان خواهیم کرد که آن‌ها هزینه را به شما بازپرداخت خواهند کرد یا خیر. اگر همه شرایط بالا را داشته باشید، ارائه‌دهنده ثبت‌شده در Medi-Cal باید کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کند. اگر ارائه‌دهنده بازپرداخت به شما را نپذیرد، طرح ما کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت ادعا، به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده در Medi-Cal ثبت شده باشد اما در شبکه ما نباشد و بازپرداخت به شما را نپذیرد، طرح ما به شما بازپرداخت خواهد کرد اما فقط تا حداکثر مبلغی که FFS Medi-Cal می‌پردازد. ما برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه انجام آن‌ها را بدون پیش‌تأییدیه (تأیید قبلی) به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه می‌دهد، کل مبلغ پرداخت از جیب را به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر یکی از شرایط بالا را نداشته باشید، ما به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
 - ما به شما بازپرداخت نخواهیم کرد، در صورتی که:
 - شما خدماتی را درخواست و دریافت کرده باشید که تحت پوشش Medi-Cal نباشند، مانند خدمات زیبایی.

هزینه از صورت‌هایی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش خود می‌پردازید

- این خدمات تحت پوشش Senior Advantage Medicare Medi-Cal نباشند.
- شما به پزشکی مراجعه کرده باشید که Medi-Cal را نمی‌پذیرد و فرمی را امضا کرده باشید که عنوان کرده باشد به در هر صورت می‌خواهید معاینه شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت خواهید کرد.
- اگر خدمات یا داروها را پوشش ندهیم، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر هر سؤالی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید: اگر نمی‌دانید چه مبلغی باید پرداخت می‌کردید یا صورتحساب‌هایی را دریافت می‌کنید که نمی‌دانید با آن‌ها چه کار کنید، ما می‌توانیم شما را راهنمایی کنیم. همچنین در صورتی که می‌خواهید درباره درخواست پرداختی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید، اطلاعات بیشتری ارائه دهید، می‌توانید با ما تماس بگیرید.

در اینجا نمونه‌هایی از مواردی نشان داده شده که شاید بهتر باشد از ما بخواهید وجوه پرداختی را به شما بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را که دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم.

1. هنگامی که خدمات سلامت اورژانسی یا فوریتی را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید

از ارائه‌دهنده بخواهید صورتحساب را برای ما بفرستد.

- اگر خودتان کل هزینه را در زمان دریافت مراقبت پرداختید، از ما بخواهید تا سهم هزینه‌مان را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب را به همراه هرگونه مدرک مربوط به پرداختی‌هایی که انجام داده‌اید، برای ما ارسال کنید.
- ممکن است از ارائه‌دهنده صورتحسابی دریافت کنید که مشتمل بر پرداختی‌هایی است که به نظر خودتان نباید آن‌ها را بپردازید. صورتحساب را به همراه هرگونه مدرک مربوط به پرداختی‌هایی که انجام داده‌اید، برای ما ارسال کنید.
 - در صورتی که هزینه باید به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده مبلغ را پرداخت می‌کنیم.
 - در صورتی که قبلاً بیش از سهم هزینه خود برای خدمات Medicare پرداخت کرده باشید، ما مبلغی را که بستانکار می‌شوید مشخص خواهیم کرد و سهم هزینه خود را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. هنگامی که ارائه‌دهنده شبکه صورتحسابی برای شما ارسال می‌کند

«ارائه‌دهندگان شبکه» باید همیشه صورتحساب را برای ما ارسال کنند. مهم است که هنگام دریافت هر گونه خدمات یا نسخه، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. اما گاهی آن‌ها دچار اشتباه می‌شوند و از شما می‌خواهند که هزینه خدمات را یا بیشتر از سهم هزینه خود بپردازید. در صورت دریافت هرگونه صورتحساب، از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- به‌عنوان عضوی از طرح، هنگام دریافت خدمات تحت پوشش ما تنها مبلغ پرداخت مشترک خود را بپردازید. ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه نمی‌دهیم که صورتحسابی بیش از این مبلغ به شما بدهند. حتی اگر مبلغی کمتر از آنچه که ارائه‌دهنده برای خدماتی کسر کرده است به او پرداخت کنیم، این روال برای شما برقرار است. حتی اگر تصمیم بگیریم که برخی هزینه‌ها را نپردازیم، باز هم شما نباید آن‌ها را بپردازید.
- هر زمانی صورتحسابی از ارائه‌دهنده دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مقداری است که باید بپردازید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مسئله را حل می‌کنیم.
- اگر قبلاً برای خدمات تحت پوشش Medicare صورتحسابی را از طرف ارائه‌دهنده داخل شبکه پرداخته‌اید اما فکر می‌کنید که مبلغ زیادی پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک همه پرداخت‌هایی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید. مابه‌التفاوت مبلغی که پرداخته‌اید و مبلغی که طبق طرح ما بدهکار بودید به شما باز می‌گردانیم.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

3. اگر با قانون عطف به ماسبق در طرح ما ثبت‌نام شده باشید

گاهی ثبت‌نام شما در طرح می‌تواند عطف به ماسبق شود. (یعنی روز اول ثبت‌نام شما گذشته است. حتی ممکن است سال گذشته بوده باشد.)

- اگر با قانون عطف به ماسبق ثبت‌نام شده و پس از تاریخ ثبت‌نام صورتحسابی را پرداخت کرده باشید، می‌توانید از ما درخواست کنید که به شما بازپرداخت کنیم.
- صورتحساب را به همراه هرگونه مدرک مربوط به پرداختی‌هایی که انجام داده‌اید، برای ما ارسال کنید.

4. وقتی برای تهیه نسخه به داروخانه‌ای خارج از شبکه مراجعه می‌کنید

وقتی برای گرفتن نسخه‌ای به داروخانه‌ای خارج از شبکه مراجعه می‌کنید، هزینه کامل نسخه خود را می‌پردازید.

- فقط در مواردی اندک، ما نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده باشند، تحت پوشش قرار می‌دهیم. وقتی از ما درخواست می‌کنید سهم هزینه‌مان را بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.
- برای اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های برون‌شبکه‌ای، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

5. هنگامی که به دلیل همراه نداشتن کارت شناسایی طرح، کل هزینه نسخه بخش D Medicare را پرداخت می‌کنید

اگر کارت عضویت خود را همراه نداشتید، می‌توانید از داروخانه بخواهید تا با ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت‌نام شما را در طرح بررسی کند.

- اگر داروخانه نتواند فوراً به اطلاعات دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد خودتان کل هزینه نسخه را بپردازید یا با کارت شناسایی عضویت خود به داروخانه برگردید.
- وقتی از ما درخواست می‌کنید سهم هزینه‌مان را بازپرداخت کنیم، یک کپی از رسید خود را برای ما ارسال کنید.

6. هنگامی که کل هزینه نسخه را برای دارویی که تحت پوشش نیست می‌پردازید

ممکن است به دلیل اینکه دارویی تحت پوشش نیست، کل هزینه تهیه نسخه را بپردازید.

- ممکن است دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارو) یا وبسایت ما نباشد؛ یا ممکن است شرط یا محدودیتی داشته باشد که شما اطلاعی از آن نداشتید یا فکر نمی‌کردید در مورد شما صدق کند. اگر تصمیم دارید دارو را کنید، شاید لازم باشد کل هزینه را بپردازید.
 - اگر هزینه دارو را نمی‌پردازید اما فکر می‌کنید که ما باید آن را پوشش دهیم، می‌توانید برای تصمیم‌گیری در مورد تحت پوشش قرار گرفتن آن تقاضا دهید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا).
 - اگر شما و پزشکتان یا تجویزکننده‌ای دیگر فکر می‌کنید که فوراً به این دارو نیاز دارید (ظرف 24 ساعت)، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش کنید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).
- وقتی از ما درخواست بازپرداخت می‌کنید، یک کپی از رسید را برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، برای بازپرداخت سهم هزینه‌مان از دارو ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری از پزشکتان یا تجویزکننده دیگر کسب کنیم.

وقتی درخواست پرداخت را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد. این امر «تصمیم‌گیری برای پوشش» نام دارد. اگر تصمیم ما این باشد که دارو یا خدمات باید پوشش داده شوند، سهم هزینه خودمان از آن را می‌پردازیم.

اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید در خصوص تصمیم ما درخواست تجدیدنظر دهید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست به ما جهت پرداخت هزینه‌ها

می‌توانید با ارسال درخواست کتبی، از ما تقاضای بازپرداخت هزینه کنید. اگر درخواست خود را به‌صورت کتبی ارسال می‌کنید، صورتحساب و اسناد همه پرداخت‌هایی را که برای خدمات Medicare انجام داده‌اید، برای ما ارسال کنید. پیشنهاد می‌شود که یک کپی از صورتحساب و رسیدهایی از سوابق خود تهیه کنید. **باید دعوی خود را ظرف 12 ماه (برای مطالبات پزشکی بخش C) و ظرف 36 ماه (برای مطالبات داروی بخش D) از تاریخی که خدمات را دریافت کردید، ارسال کنید.**

برای اطمینان از اینکه تمامی اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری نیاز داریم به ما می‌دهید، شما می‌توانید فرم درخواست ارسال پرداختی را پر کنید. شما مجبور نیستید از فرم استفاده کنید، اما این به ما کمک می‌کند تا اطلاعات شما را سریع‌تر بررسی کنیم. می‌توانید از این طریق دعوی‌ای برای درخواست پرداخت ثبت کنید:

- تکمیل و ارسال فرم الکترونیک ما در **kp.org** و آپلود مدارک مثبت.
- یا یک نسخه از فرم را از وبسایت ما دانلود کنید (**kp.org**) یا با شماره تلفن پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و از آنها بخواهید فرم را برای شما ارسال کنند. نسخه تکمیل‌شده را به «واحد رسیدگی به دعاوی» در آدرس زیر پست کنید.
- اگر نمی‌توانید فرم را بگیرید، می‌توانید از طریق ارسال اطلاعات زیر به «دفتر رسیدگی به دعاوی» به نشانی زیر درخواست خود را برای پرداخت مطرح کنید:
 - اظهاریه‌ای با اطلاعات زیر:
 - نامتان (نام عضو/بیمار) و شماره پرونده پزشکی/درمانی.
 - تاریخی که خدمات را دریافت کردید.
 - محلی که خدمات را دریافت کردید.
 - فردی که خدمات را به شما ارائه کرد.
 - چرا فکر می‌کنید ما باید هزینه خدمات را بپردازیم.
 - امضا و تاریخ امضاشده توسط شما. (اگر می‌خواهید فردی غیر از خودتان درخواست کند، به فرم «انتصاب نماینده (Appointment of representative)» هم نیاز خواهیم داشت که در نشانی **kp.org** موجود است.)
 - کپی صورتحساب، اسناد پزشکی‌تان برای این خدمات و رسید در صورتی که هزینه این خدمات را پرداخته‌اید.

درخواست پرداخت خود را به همراه تمامی صورتحساب‌ها یا رسیدها به این نشانی پست کنید:

- درخواست پرداخت برای مراقبت پزشکی خود را به همراه تمامی صورتحساب‌ها یا رسیدهای پرداختی به این نشانی برای ما پست کنید:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
CA 90242-7004، Downey

جهت درخواست برای پرداخت داروی «بخش D» که توسط یکی از ارائه‌دهندگان شبکه تجویز و از داروخانه شبکه تهیه شده است، با نشانی زیر مکاتبه کنید. برای تمامی دیگر درخواست‌های «بخش D»، درخواست خود را به نشانی بالا ارسال کنید.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

اگر هر سؤالی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید: اگر نمی‌دانید چه مبلغی باید پرداخت می‌کردید یا صورتحساب‌هایی را دریافت کرده‌اید که نمی‌دانید با آن‌ها چه کار کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. همچنین در صورتی که می‌خواهید درباره درخواست پرداختی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید اطلاعات بیشتری بدهید، می‌توانید با ما تماس بگیرید.

C. تصمیم‌های مربوط به پوشش بیمه‌ای

هنگامی که درخواست پرداخت شما را دریافت کنیم، برای پوشش تصمیم‌گیری می‌کنیم. یعنی تصمیم می‌گیریم که آیا طرحمان خدمات، اقلام یا داروهایتان را پوشش دهد. همچنین مبلغی را که در صورت وجود باید بپردازید، تعیین می‌کنیم.

- در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر از طرف شما، به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر تصمیم بگیریم که این خدمات، اقلام یا داروها را پوش دهیم و شما همه قوانین را برای دریافت آن‌ها را رعایت کرده باشید، ما سهم هزینه خود را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخته باشید، چکی برای سهم هزینه خود برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر مبلغی پرداخت نکرده باشید، ما هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 این کتابچه راهنمای اعضا قوانینی را توضیح می‌دهد تا بتوانید از طریق آنها برای خدمات خود پوشش بگیرید. **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا قوانینی را توضیح می‌دهد تا بتوانید از طریق آنها برای داروهای بخش Medicare D خود پوشش بگیرید.

- اگر تصمیم بگیریم سهم هزینه خود را برای این خدمات یا داروها نپردازیم، نامه‌ای درباره علل تصمیم خود برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه همچنین حقوقتان برای درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.
- برای اطلاع بیشتر درباره تصمیم‌های مربوط به پوشش، به **فصل 9** مراجعه کنید.

D. درخواست‌های تجدینظر

اگر فکر می‌کنید در خصوص رد درخواست پرداخت شما اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما درخواست کنید تصمیم خود را تغییر دهیم. این امر «درخواست تجدینظر» نام دارد. همچنین اگر با مبلغ پرداختی ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدینظر کنید.

فرآیند تجدینظر رسمی رویه‌ها و مهلت‌های زمانی مفصل دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدینظر، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید:

- برای درخواست تجدینظر در خصوص بازپرداخت برای هزینه خدمات مراقبتی درمانی به **بخش F** مراجعه کنید.
- برای درخواست تجدینظر در خصوص بازپرداخت برای هزینه دارو به **بخش G** مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق و وظایف شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌هایتان به‌عنوان عضوی از طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 8

- A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به‌صورتی‌که نیازهایتان را تأمین کند 166
- B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 166
- C. مسئولیت ما در قبال حفظ اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI) 168
- C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم 169
- C2. حق شما برای رجوع به سوابق پزشکی‌تان 169
- D. مسئولیت ما در قبال ارائه اطلاعات به شما 169
- E. عدم امکان ارسال مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه 170
- F. حقوق شما برای خروج از طرح ما 170
- G. حقوق شما برای اتخاذ تصمیم در خصوص مراقبت سلامتتان 171
- G1. حق شما برای اطلاع از گزینه‌های درمان و تصمیم‌گیری 171
- G2. حق شما برای بیان کاری که می‌خواهید انجام شود در صورتی‌که نمی‌توانید درباره مراقبت از سلامت خود تصمیم‌گیری کنید 171
- G3. در صورتی‌که دستورالعمل‌هایتان اجرا نشود، باید چه کنید 172
- H. حق شما برای طرح شکایت و تقاضای بازبینی در تصمیم‌مان 172
- H1. در خصوص درمان ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوقتان باید چه کنید 172
- I. اطلاعاتی در خصوص ارزیابی‌های فناوری جدید 173
- J. می‌توانید در خصوص حقوق و مسئولیت‌ها پیشنهاداتی ارائه کنید 173
- K. وظایف شما به‌عنوان عضو طرح 173

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به صورتی که نیازهایتان را تأمین کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدماتی که به شما ارائه می‌شود، سازگاری فرهنگی دارند و قابل دسترس هستند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد، به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای گرفتن اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های متفاوت است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالبی به سایر زبان‌ها غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل یا فایل صوتی به شما ارائه دهد. برای گرفتن مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید:
 - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا قالب جایگزین،
 - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه‌ها و مکاتبات آینده، و
 - تغییر درخواست دائمی برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای گرفتن اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare با شماره تلفن **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره **1-916-440-7370**. کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-800-537-7697** تماس بگیرند.

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

به عنوان عضوی از طرح ما از حقوقی برخوردار هستید.

- از حق انتخاب «ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (primary care provider, PCP)» در شبکه‌مان برخوردار هستید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در فصل 3 از این کتابچه راهنمای اعضا می‌توانید درباره انواع ارائه‌دهندگانی که می‌توانند نقش PCP داشته باشند و نحوه انتخاب PCP اطلاعاتی کسب کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه‌دهندگان داخل شبکه و اینکه کدام پزشکان بیماران جدید می‌پذیرند، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش نگاهی بیندازید یا با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- شما حق دارید بدون گرفتن ارجاع به متخصص سلامت زنان و همچنین سایر ارائه‌دهندگان توضیح داده‌شده در فصل 3 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. ارجاع تأییدیه‌ای از PCPتان برای مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای است که PCP شما نیست.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را در بازه زمانی قابل قبولی از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید.
 - این حقوق شامل دریافت به‌موقع خدمات از متخصصان می‌شود.
 - اگر نمی‌توانید ظرف مدت زمان قابل قبولی خدمات دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را بپردازیم.
- شما حق دارید خدمات اورژانسی و یا مراقبت‌های فوریتی را بدون تأییدیه قبلی (PA) دریافت کنید.
- حق دارید بدون تأخیر طولانی‌مدت نسخه‌های خود را در داروخانه‌های تحت پوشش شبکه تهیه کنید.
- حق دارید بدانید که چه زمانی می‌توانید به ارائه‌دهنده خارج از شبکه مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های شبکه، به **فصل 3 این کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- هنگامی که برای اولین بار به طرح ما می‌پیوندید، اگر شرایط خاصی رعایت شود حق دارید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را تا 12 ماه حفظ کنید: برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوز خدمات، به **فصل 1 این کتابچه راهنمای اعضا** مراجعه کنید.
- حق دارید با کمک تیم مراقبت و مسئول هماهنگی درمان خود، برای خدمات درمانی‌تان تصمیم بگیرید.
- حق زیر برای شما محفوظ است:
 - با احترام و کرامت با شما رفتار شود، حق شما مبنی بر حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات پزشکی‌تان حفظ شود
 - اطلاعات مربوط به طرح و خدمات آن، اعم از خدمات تحت پوشش، ارائه‌دهندگان شبکه و حقوق و مسئولیت‌های عضو در اختیارتان قرار داده شود.
 - بتوانید از شبکه ما، ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه انتخاب کنید.
 - اسم کسانی که به شما خدمات درمانی ارائه می‌کنند و نوع آموزشی را که دیده‌اند، بدانید.
 - محلی که آنجا تحت درمان قرار می‌گیرید بی‌خطر، ایمن، تمیز و قابل دسترسی باشد.
 - در هر زمانی نظر مشورتی یکی از پزشکان شبکه را جویا شوید.
 - شکایت شفاهی یا مکتوب خود را درباره سازمان یا خدمات مراقبتی دریافتی ابراز کنید.
 - از هماهنگی خدمات مراقبتی برخوردار شوید.
 - برای تصمیمات مربوط به رد، تعویق یا محدودسازی خدمات یا مزایا درخواست تجدیدنظر بدهید.
 - بدون هزینه از خدمات ترجمه شفاهی به زبان خود برخوردار شوید.
 - در دفتر مساعدت‌های حقوقی منطقه خود یا سایر گروه‌ها، کمک حقوقی رایگان دریافت کنید.
 - دستورالعمل‌های پیشبرد بنویسید.
 - اگر خدمات یا مزایایی رد شد، درخواست «دادرسی ایالتی» دهید. اگر پیش از این درخواست تجدیدنظر به ما داده‌اید و از تصمیم رضایت نداشتید، می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» دهید. همچنین اگر ظرف 30 روز از درخواست تجدیدنظری که به ما داده‌اید حکمی دریافت نکردید، می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» دهید. این درخواست شامل اطلاعات مربوط به شرایطی است که دادرسی تسریع‌شده به موجب آن امکان‌پذیر است.

- به نسخه‌هایی از سابقه پزشکی خود دسترسی داشته باشید و این نسخه‌ها را دریافت، اصلاح یا تصحیح کنید.
 - در صورت درخواست، اطلاعات کتبی مربوط به عضو را در قالب‌هایی از جمله بریل، چاپ درشت، صوتی و قالب‌های الکترونیک قابل دسترس ظرف مدت زمان مناسب برای قالب درخواستی و طبق قانون رفاه و سازمان‌ها بخش 14182 (b)(12) دریافت کنید.
 - دور از هر نوع محدودیت یا انزوا باشید که به‌عنوان ابزاری برای اجبار، انضباط، راحتی یا انتقام مورد استفاده قرار می‌گیرد.
 - اطلاعات راجع به گزینه‌های درمانی موجود و جایگزین‌ها را به‌طور صادقانه بشنوید، که صرف‌نظر از هزینه پوشش به‌طور متناسب با شرایط و توانایی‌تان برای درک آن ارائه شوند.
 - یک نسخه از سابقه پزشکی خود را دریافت کنید و مطابق با مفاد مجموعه مقررات فدرال (Code of Federal Regulations, CFR)، عنوان 45 بخش 164.524 و 164.526، درخواست اصلاح یا تصحیح آن را بدهید.
 - بدون تأثیر منفی بر نحوه درمان خود توسط Kaiser Permanente، ارائه‌دهندگان یا ایالت، در استفاده از این حقوق آزادی داشته باشید.
 - مطابق با قانون فدرال به این خدمات دسترسی داشته باشید: خدمات تنظیم خانواده، «مراکز زایمان مستقل»، «مراکز درمانی مورد تأیید فدرال»، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت بومیان آمریکا، خدمات مامایی، مراکز سلامت روستایی، خدمات مربوط به بیماری‌های مقاربتی و نیز خدمات اورژانسی خارج از شبکه ما.
- فصل 9** از این کتابچه راهنمای اعضا در صورتی که فکر می‌کنید خدمات یا داروهایتان را در بازه زمانی معقولی دریافت نمی‌کنید، راهکارهایی در این خصوص ارائه کرده است. همچنین اگر پوشش را برای داروها یا خدماتتان لغو کنیم و با این تصمیم مخالف هستید، این فصل راهکارهایی در این خصوص به شما ارائه می‌دهد.

C. مسئولیت ما در قبال حفظ اطلاعات شخصی سلامت شما (PHI)

ما طبق الزامات قوانین ایالتی و فدرال از PHI شما محافظت می‌کنیم.

- PHI شما شامل اطلاعاتی است که هنگام ثبت‌نام در طرحمان به ما می‌دهید. این سوابق هم چنین می‌تواند شامل سوابق غیر پزشکی و سایر اطلاعات پزشکی و سلامت باشد.
- شما نسبت به اطلاعات و کنترل نحوه استفاده از PHI خود از حقوقی برخوردار هستید. درباره این حقوق ابلاغیه‌ای مکتوب به شما می‌دهیم که توضیح می‌دهد چگونه از حریم خصوصی PHI شما محافظت می‌کنیم. این ابلاغیه «ابلاغیه اجرای محرمانگی» نامیده می‌شود.
- اعضایی که ممکن است به دریافت خدمات حساس رضایت دهند، الزامی به دریافت اجازه از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ثبت شکایت برای خدمات حساس نیستند. Kaiser Permanente در صورت نبود نشانی یا شماره تلفنی در فایل که توسط عضو تعیین شده باشد، مکاتبات مربوط به خدمات حساس را به نشانی پستی، ایمیل یا شماره تلفن جایگزین تعیین شده توسط عضو ارسال خواهد کرد. Kaiser Permanente اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون مجوز کتبی از شخص تحت مراقبت برای شخص دیگر افشا نخواهد کرد. Kaiser Permanente درخواست‌ها برای مکاتبات محرمانه را در صورتی که به راحتی در قالب و شکل درخواستی قابل تولید باشد، در قالب درخواستی آماده و به نشانی جایگزین ارسال خواهد کرد. درخواست عضو برای مکاتبات محرمانه مربوط به خدمات حساس تا زمانی معتبر خواهد بود که عضو درخواست را لغو کند یا درخواست جدیدی برای مکاتبات محرمانه ارسال کند.
- اعضا می‌توانند با تکمیل فرم درخواست ارتباط محرمانه که در سایت kp.org در بخش «درخواست فرم‌های ارتباط محرمانه» موجود است، درخواست ارتباط محرمانه کنند.

اگر پرستشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

C1. چگونه از PHI شما محافظت می‌کنیم

اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیر مسئول سوابق شما را نمی‌بینند و آن را تغییر نمی‌دهند.

غیر از موارد ذکر شده در ادامه، به هیچ‌کدام از افرادی که مراقبت شما را بر عهده ندارند یا هزینه آن را نمی‌پردازند PHI شما را نمی‌دهیم. برای این کار باید ابتدا اجازه کتبی از شما بگیریم. شما یا فردی که وکالت قانونی از طرف شما برای تصمیم‌گیری دارد، می‌توانید اجازه کتبی بدهید.

گاهی به اینکه ابتدا اجازه کتبی از شما بگیریم، نیاز نداریم. این موارد استثناً توسط قانون مجاز یا الزامی هستند:

- باید PHI شما را در اختیار نهادهای دولتی که کیفیت مراقبت طرحمان را بررسی می‌کنند، قرار دهیم.
- باید PHI را طبق دستور دادگاه منتشر کنیم.
- باید PHI شما را به Medicare ارائه دهیم. اگر برنامه Medicare اطلاعات شما را برای تحقیق یا سایر کاربردها منتشر کند، این کار مطابق با قوانین و مقررات فدرال انجام خواهد شد.

C2. حق شما برای رجوع به سوابق پزشکی‌تان

- شما حق دارید به سوابق خود مراجعه کنید و از آن‌ها کپی تهیه کنید. ممکن است برای تهیه کپی سوابق پزشکی‌تان هزینه‌ای از شما دریافت کنیم
- حق دارید از ما بخواهید مدارکتان را به‌روزرسانی یا اصلاح کنیم. اگر چنین درخواستی از ما داشته باشید، با ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان تماس می‌گیریم تا از لزوم انجام تغییرات مطلع شویم.
- حق دارید بدانید که آیا PHI شما را با دیگران به اشتراک گذاشته‌ایم یا خیر و چگونه این کار را انجام می‌دهیم. اگر پرسش یا دغدغه‌ای در مورد محرمانگی PHI خود دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما در قبال ارائه اطلاعات به شما

به‌عنوان عضو طرح ما، حق دارید که در مورد طرح ما، خدمات تحت پوشش برای شما، و ارائه‌دهندگان شبکه‌مان اطلاعاتی از ما بگیرید.

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، برای پاسخ به سؤالاتی که در مورد طرح ما دارید، خدمات مترجم شفاهی داریم. برای برخورداری از مترجم شفاهی، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. از طریق تماس با «خدمات اعضا»، این سند به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیولی، تاگالوگ و ویتنامی در اختیارتان قرار خواهد گرفت. همچنین می‌توانیم بدون هیچ هزینه‌ای اطلاعات را با چاپ درشت، خط بریل یا صوتی به شما ارائه کنیم.

اگر درباره هر کدام از موارد زیر به اطلاعات نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید:

- نحوه انتخاب یا تغییر طرح‌ها
- طرح ما شامل این موارد:
 - اطلاعات مالی.
 - اعضای طرح چه رتبه‌ای به ما داده‌اند.
 - تعداد درخواست‌های تجدیدنظر انجام‌شده توسط اعضا.
 - چگونه طرح ما را ترک کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما، شامل این موارد:
 - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه.
 - صلاحیت‌های داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات شبکه ما.
 - چگونه دستمزد ارائه‌دهندگان درون شبکه‌ای خود را می‌پردازیم.
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
 - خدمات (به فصل‌های 3 و 4 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) و داروها (به فصل‌های 5 و 6 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید) تحت پوشش طرح ما.
 - سقف مجاز پوشش و داروهای شما.
 - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش دنبال کنید.
- چرا موردی تحت پوشش نیست و باید برای آن چه کنید (به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، از قبیل اینکه از ما بپرسید:
 - به‌صورت کتبی توضیح دهیم که چرا موردی تحت پوشش نیست.
 - تصمیمی را که گرفته‌ایم، تغییر دهیم.
 - هزینه صورتحسابی را که گرفته‌اید، بپردازیم.

E. عدم امکان ارسال مستقیم صورتحساب برای شما توسط ارائه‌دهندگان شبکه

پزشکان، بیمارستان‌ها، و سایر ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما نمی‌توانند شما را مجبور به پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش کنند. حتی اگر مبلغی کمتر از آنچه که ارائه‌دهنده برای خدماتی مطالبه کرد بپردازیم، نمی‌توانند مابه‌التفاوت یا هزینه را از شما بگیرند. اگر ارائه‌دهنده شبکه سعی در گرفتن هزینه خدمات تحت پوشش از شما داشت، برای اطلاع از اینکه چه کاری باید بکنید به فصل 7 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

F. حقوق شما برای خروج از طرح ما

- اگر مایل نباشید، هیچکس نمی‌تواند شما را مجبور به ماندن در طرح ما کند.
- حق دارید بیشتر خدمات مراقبت از سلامت خود را از طریق Original Medicare یا طرح دیگری از Medicare Advantage (MA) دریافت کنید.
 - می‌توانید مزایای داروی تجویزی بخش Medicare D خود را از طرح داروی تجویزی یا از طرح دیگری در MA دریافت کنید.
 - به فصل 10 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی می‌توانید به طرح جدیدی در MA یا مزایای داروی تجویزی بپیوندید.
 - برای آگاهی درباره اینکه در صورت ترک طرح ما چگونه مزایای Medi-Cal خود را دریافت خواهید کرد.

G. حقوق شما برای اتخاذ تصمیم در خصوص مراقبت سلامتتان

برای تصمیم‌گیری درباره خدمات درمانی‌تان، حق دارید اطلاعات کاملی از پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی دریافت کنید.

G1. حق شما برای اطلاع از گزینه‌های درمان و تصمیم‌گیری

ارائه‌دهندگان خدمات درمانی باید عارضه‌ها و انتخاب‌های درمانی شما را به گونه‌ای که برایتان قابل درک باشد، توضیح دهند. حقوق زیر برای شما محفوظ است:

- از **گزینه‌هایتان مطلع باشید**. این حق را دارید که همه گزینه‌های درمانی با شما در میان گذاشته شود.
- از **خطرات مطلع باشید**. از هرگونه خطر موجود در برنامه مراقبتی خود باخبر شوید. در صورتی که هر کدام از مراقبت‌های پزشکی یا درمانی پیشنهادی بخشی از آزمایش تحقیقاتی هستند، باید از قبل به شما اطلاع دهیم. حق دارید که از درمان‌های آزمایشی را امتناع کنید.
- **گرفتن نظر مشورتی**. حق دارید پیش از تصمیم‌گیری درباره درمان به پزشک دیگری مراجعه کنید.
- **نه بگویید**. شما حق دارید هر گونه درمانی را رد کنید. این امر شامل حق ترک بیمارستان یا مرکز نگهداری نیز می‌شود، حتی اگر پزشکتان توصیه کند این کار را نکنید. همچنین حق دارید مصرف داروهای تجویزی خود را متوقف کنید. اگر از درمان امتناع کنید یا مصرف دارویی تجویزی را متوقف کنید، شما را از طرحمان خارج نخواهیم کرد. با این حال، اگر مصرف داروهای خود را قطع کنید یا درمان را ادامه ندهید، مسئولیت کامل آنچه در نتیجه قطع درمان برای شما اتفاق می‌افتد، بر عهده خود شما خواهد بود.
- **از ما پرسید که چرا ارائه‌دهنده‌ای از درمان امتناع کرد**. در صورتی که یکی از ارائه‌دهندگان از درمانی امتناع کند که فکر می‌کنید باید آن را دریافت کنید، حق دارید از سوی ما توضیحی دریافت کنید.
- **از ما بخواهید که خدمات یا دارویی را پوشش دهیم که آن را رده کرده‌ایم یا معمولاً پوشش نمی‌دهیم**. این موضوع تصمیم برای پوشش نام دارد. فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا به شما می‌گوید که چگونه از ما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش کنید.

G2. حق شما برای بیان کاری که می‌خواهید انجام شود در صورتی که نمی‌توانید درباره مراقبت از سلامت خود تصمیم‌گیری کنید

گاهی اوقات افراد قادر نیستند برای درمان خود تصمیم‌گیری کنند. پیش از اینکه این اتفاق برای شما بیفتد، می‌توانید:

- فرمی کتبی پر کنید و به شخصی حق تصمیم‌گیری در مورد درمان خودتان را بدهید.
 - اگر نمی‌توانید خودتان تصمیم‌گیری کنید، دستورالعمل‌هایی کتبی درباره نحوه رسیدگی به مراقبت از سلامت خود، از جمله مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید، را به پزشکتان ارائه دهید.
- اسناد قانونی که می‌توانید برای دادن این دستورالعمل‌ها از آن‌ها استفاده کنید، «دستورالعمل پیشبرد» نامیده می‌شوند. انواع مختلفی از دستورالعمل پیشبرد وجود دارد که نام‌های متفاوتی دارند. «زیست‌خواه» و «وکالت نامه پزشکی» مثال‌هایی از این اسناد هستند.
- داشتن دستورالعمل پیشبرد اجباری نیست، اما می‌توانید آن را داشته باشید. اگر می‌خواهید از «دستورالعمل پیشبرد» استفاده کنید، به شرح زیر عمل کنید:
- **فرم را دریافت کنید**. می‌توانید فرم را از پزشک، وکیل، نهاد خدمات حقوقی یا مددکار اجتماعی بگیرید. داروخانه‌ها و مطب ارائه‌دهندگان معمولاً این فرم را دارند. همچنین می‌توانید فرم رایگان را به صورت آنلاین پیدا و دانلود کنید. همچنین می‌توانید برای درخواست فرم با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

اگر پرستی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- **فرم را پر کرده و آن را امضا کنید.** این فرم یک سند قانونی مهم است. در نظر داشته باشید که از وکیل یا فردی مورد اطمینان مانند اعضای خانواده یا PCP خود بخواهید برای تکمیل فرم به شما کمک کند.
 - **کپی این مدارک را در اختیار افرادی قرار دهید که باید از آن مطلع باشند.** باید یک نسخه از این فرم را در اختیار پزشکتان قرار دهید. همچنین یک کپی فرم را به شخصی بدهید که برای تصمیم‌گیری از طرف خودتان مشخص می‌کنید. شاید بخواهید یک نسخه فرم را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود نیز بدهید. حتماً یک نسخه از فرم را در خانه نگه دارید.
 - اگر در حال بستری شدن هستید و دستورالعمل پیشبرد امضاشده را دارید، **یک نسخه از آن را با خود به بیمارستان ببرید.**
 - بیمارستان از شما می‌پرسد که آیا فرم دستورالعمل پیشبرد امضاشده را دارید و آیا نسخه‌ای از آن را نزد خود دارید یا خیر.
 - اگر هنوز فرم دستورالعمل پیشبرد امضاشده را ندارید، بیمارستان فرم‌ها را دارد و در صورت تمایل می‌توانید آن را امضاء کنید.
- حقوق زیر برای شما محفوظ است:

- دستورالعمل پیشبرد را در پرونده پزشکی خود داشته باشید.
 - در هر زمانی دستورالعمل پیشبرد خود را تغییر دهید یا لغو کنید.
 - در مورد تغییرات قوانین دستورالعمل پیشبرد آگاهی کسب کنید. طرح ما تغییرات اعمال‌شده در قانون ایالتی را ظرف کمتر از 90 روز از زمان اعمال آن تغییر به شما اطلاع خواهد داد.
- برای اطلاع بیشتر، با بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

G3. در صورتی که دستورالعمل‌هایتان اجرا نشود، باید چه کنید

اگر فرم دستورالعمل پیشبرد را امضاء کرده‌اید و معتقدید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل‌های شما در فرم پیروی نکرده‌اند، می‌توانید نزد «سازمان بهبود کیفیت» (Quality Improvement Organization) که در **فصل 2، بخش F** از این کتابچه راهنمای اعضا آمده، شکایت کنید.

H. حق شما برای طرح شکایت و تقاضای بازبینی در تصمیم‌مان

فصل 9 از این کتابچه راهنمای اعضا توضیح می‌دهد که اگر هرگونه مشکل یا نگرانی در خصوص خدمات یا مراقبت‌های تحت پوشش دارید، چه کنید. مثلاً می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش شما تصمیم‌گیری کنیم، در تصمیم اتخاذشده برای پوشش تجدیدنظر کنیم یا شکایت کنید.

شما حق دارید در خصوص درخواست‌های تجدیدنظر یا شکایاتی که سایر اعضای طرح علیه ما انجام داده‌اند، اطلاعات دریافت کنید. برای کسب اطلاعات، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

H1. در خصوص درمان ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوقتان باید چه کنید

اگر فکر می‌کنید که درمان شما را ناعادلانه انجام داده‌ایم - و مرتبط با تبعیض‌هایی نبوده که در **فصل 11** از این کتابچه راهنمای اعضا فهرست شده است - یا قصد دارید اطلاعات بیشتری در مورد حقوق خود کسب کنید، می‌توانید با این شماره تماس بگیرید:

- «خدمات اعضا» به شماره **1-800-443-0815**، 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

- برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) با شماره **1-800-434-0222**. برای اطلاعات بیشتر درباره HICAP، به **فصل 2، بخش E** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- برنامه Ombuds برای Medicare و Medi-Cal با شماره **1-888-804-3536**. برای اطلاعات بیشتر درباره این برنامه، به **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- برنامه DHCS Ombudsman به شماره **1-888-452-8609**، دوشنبه تا جمعه، 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ.
- Medicare به شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و حفاظت‌های Medicare» (Medicare Rights & Protections) را که در وبسایت Medicare به نشانی **www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf** قرار دارد، بخوانید یا دانلود کنید.)

ا. اطلاعاتی در خصوص ارزیابی‌های فناوری جدید

فناوری که به سرعت در حال تغییر است مراقبت سلامت را نیز مانند بسیاری از زمینه‌های دیگر صنعت دستخوش تغییر کرده است. برای اینکه معلوم شود آیا یک داروی جدید یا پیشرفت پزشکی مزایای بلندمدت دارد یا خیر، طرح ما به دقت فناوری‌های جدید را کنترل و ارزیابی می‌کند تا در خصوص پوشش دهی مزایا تصمیم‌گیری کند. این فناوری‌ها شامل اقدامات پزشکی، دستگاه‌های پزشکی و داروهای جدید هستند.

ل. می‌توانید در خصوص حقوق و مسئولیت‌ها پیشنهادهای ارائه کنید

به‌عنوان عضوی از طرح ما، شما حق دارید توصیه‌هایی در خصوص حقوق و مسئولیت‌هایی که در فصل ذکر شد، ارائه کنید. برای هرگونه پیشنهاد با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

ک. وظایف شما به‌عنوان عضو طرح

- به‌عنوان عضوی از طرح ما وظیفه‌ای برای انجام کارها دارید که در فهرست زیر آورده شده است. اگر هرگونه سوالی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- برای اطلاع از اینکه طرح ما چه مواردی را پوشش می‌دهد و برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش چه قوانینی را باید دنبال کنید، این کتابچه راهنمای اعضا را **بخوانید**. برای اطلاعات در مورد:
 - خدمات تحت پوشش، به **فصل 3 و 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این فصل‌ها مواردی را که پوشش داده شده یا نشده، قوانینی که باید رعایت کنید و مبلغی که باید بپردازید، توضیح می‌دهد.
 - داروهای تحت پوشش، به **فصل 5 و 6** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - در مورد هرگونه پوشش بیمه سلامت یا داروی تجویزی که دارید به ما بگویید. ما باید اطمینان حاصل کنیم که هنگام دریافت خدمات درمانی از همه گزینه‌های پوشش خود استفاده می‌کنید. اگر پوشش دیگری دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
 - به پزشک خود و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی اطلاع دهید که عضو طرح ما هستید. هنگامی که می‌خواهید دارو یا خدمات دریافت کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت 8 ب.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از **kp.org/medicare** بازدید کنید.

- **به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خود کمک کنید** که بهترین مراقبت و درمان را برای شما انجام دهند.
 - اطلاعاتی درباره خودتان و سلامتتان که نیاز دارند به ایشان ارائه دهید. تا جای ممکن در مورد مشکلات سلامت خود آگاهی کسب کنید. از طرح‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی که با ارائه‌دهندگان در مورد آن‌ها به توافق رسیده‌اید، پیروی کنید.
 - مطمئن شوید که پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان از داروهایی که مصرف می‌کنید، مطلع هستند. این موارد شامل داروهای تجویزی، داروهای بدون نسخه، مکمل‌ها و ویتامین‌ها هستند.
 - هر سؤالی دارید، از ما بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی باید به‌صورتی به سؤالاتان پاسخ دهند که برای شما قابل درک باشد. اگر سؤالی پرسیدید و پاسخ را متوجه نشدید، دوباره بپرسید.
- **با مسئول هماهنگی درمان خود همکاری کنید**، یعنی ارزیابی‌های سالانه خطرات سلامت را انجام دهید.
- **با ملاحظه باشید.** از همه اعضای طرح انتظار داریم به حقوق سایرین احترام بگذارند. همچنین از شما انتظار داریم در مطب پزشک، بیمارستان‌ها و سایر دفاتر ارائه‌دهنده با احترام رفتار کنید.
- **بدهی خود را بپردازید.** به‌عنوان یکی از اعضای طرح، موظفید پرداختی‌های زیر را بپردازید:
 - حق بیمه‌های بخش Medicare A و Medicare B. حق بیمه بخش Medicare A را برای بیشتر اعضای طرح می‌پردازد.
 - برای برخی از خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت یا داروهای تحت پوشش طرح ما، باید سهم هزینه خود را هنگام دریافت خدمات یا دارو بپردازید. **فصل 4** به شما می‌گوید که برای خدمات و حمایت‌های بلندمدت خود چه چیزی باید بپردازید. **فصل 6** به شما می‌گوید که برای داروهایتان چه مبلغی باید بپردازید.
 - اگر هرگونه خدمات یا دارویی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نباشد، باید کل هزینه را بپردازید. (توجه: اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش خدمات یا دارو مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** مراجعه کنید.)
- **در صورتی که نقل مکان کردید به ما اطلاع دهید.** اگر قصد جابجایی دارید، فوراً به ما اطلاع دهید. با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
 - در صورت نقل مکان به خارج از ناحیه خدماتی ما، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. فقط افرادی که در ناحیه خدماتی ما زندگی می‌کنند، می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** این کتابچه راهنمای اعضا درباره ناحیه خدماتی ما توضیح می‌دهد.
 - ما می‌توانیم شما را راهنمایی کنیم که بدانید آیا در حال نقل مکان به خارج از طرح ما هستید یا خیر. طی دوره ثبت‌نام ویژه، می‌توانید به **Original Medicare** ملحق شوید یا در طرح درمانی یا داروی تجویزی Medicare در منطقه خود ثبت‌نام کنید. در صورتی که در منطقه جدیدتان طرحی داشته باشیم، می‌توانیم به شما اطلاع دهیم.

- پس از جابجایی، نشانی جدیدتان را به Medicare و Medi-Cal اطلاع دهید. برای اطلاع از شماره تلفن‌های Medicare و Medi-Cal، به فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
- اگر نقل مکان کنید و در ناحیه خدماتی ما بمانید، باز هم ما باید از جابجایی شما مطلع شویم. ما باید سوابق عضویتتان را به‌روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما در ارتباط باشیم.
- اگر شماره تلفن جدیدی یا راه بهتری برای ارتباط با خودتان دارید، به ما اطلاع دهید.
- اگر سؤالی یا نگرانی دارید، برای راهنمایی با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی دارید باید چه کاری انجام دهید (تصمیم‌گیری درباره پوشش، درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات)

مقدمه

این فصل اطلاعات مهمی درباره حقوق شما دارد. برای آگاهی بیشتر در موارد زیر، این فصل را مطالعه کنید:

- در مورد طرح خود شکایت یا مشکلی دارید.
 - به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرحتان عنوان کرده است هزینه آن را نمی‌پردازد.
 - با تصمیمی که طرحتان در مورد مراقبت و درمان شما گرفته، مخالف هستید.
 - معتقدید که خدمات تحت پوشش برای شما خیلی زود به پایان می‌رسند.
 - در مورد خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، شامل «خدمات انجمن برای افراد بالغ (Community-, CBAS Based Adult Services)» و «مراکز آسایشگاهی (Nursing Facility, NF)» مشکل یا شکایتی دارید. جهت راهنمایی شما برای یافتن مطالبی که به دنبال آن هستید، این فصل به بخش‌های متفاوتی تقسیم شده است. اگر مشکلی یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را بخوانید که در مورد شرایط شما صدق می‌کنند.
- باید خدمات مراقبتی درمانی، داروها و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را دریافت کنید که پزشکتان یا سایر ارائه‌دهندگان تشخیص داده‌اند برای مراقبت شما به‌عنوان بخشی از طرح مراقبتان ضروری هستند. اگر در رابطه با خدمات مراقبت خود با مشکلی روبرو شدید، می‌توانید برای راهنمایی از طریق شماره **1-888-804-3536** با برنامه **Medicare Medi-Cal Ombuds** تماس بگیرید. این فصل گزینه‌های متفاوتی را توضیح می‌دهد که برای شکایات و مشکلات متفاوت دارید، اما همیشه می‌توانید برای راهنمایی در مورد مشکلاتتان با برنامه **Ombuds** تماس بگیرید. برای برخورداری از منابع بیشتری که به دغدغه‌هایتان پاسخ دهند و روش ارتباط با این منابع، به فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

فهرست مطالب فصل 9

- A. در صورتی که مشکل یا نگرانی داشتید، چه کار باید بکنید 180
- A1. درباره اصطلاحات حقوقی 181
- B. از کجا راهنمایی بگیرید 181
- B1. برای کسب اطلاعات بیشتر و راهنمایی 181
- دریافت راهنمایی از برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت 181
- دریافت راهنمایی از برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds 181
- دریافت راهنمایی و اطلاعات از Medicare 181
- دریافت راهنمایی از اداره خدمات مراقبت‌های سلامت کالیفرنیا 182
- دریافت راهنمایی از اداره مراقبت‌های سلامت هماهنگ کالیفرنیا 182
- C. درک نحوه ثبت شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medi-Cal و Medicare در طرح ما 182
- D. مشکلات مربوط به مزایاتان 183
- E. تعیین پوشش‌های بیمه‌ای و درخواست‌های تجدیدنظر 183
- E1. تصمیم‌های مربوط به پوشش بیمه‌ای 183
- E2. درخواست‌های تجدیدنظر 183
- E3. راهنمایی در مورد تصمیمات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به پوشش 184
- E4. کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند 185
- F. مراقبت پزشکی 186
- F1. استفاده از این بخش 186
- F2. تقاضای تصمیم‌گیری برای پوشش 187
- تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش 187
- تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش 187
- F3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 189
- اگر برای حفظ سلامتتان لازم است این کار را انجام دهید، باید درخواست تجدیدنظر فوری دهید 189

- اگر به شما اطلاع دهیم که در حال قطع یا کاهش خدمات یا اقلامی هستیم که پیش از این دریافت کرده‌اید، می‌توانید با ارائه درخواست این خدمات یا اقلام را همچنان در طی مدت درخواست تجدیدنظر خود بگیرید. 190.....
- درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم. 190.....
- درخواست تجدیدنظر فوری، مهلت زمانی دارد. 190.....
- درخواست تجدیدنظر استاندارد مهلت زمانی دارد. 191.....
- اگر به همه یا بخشی از درخواستان پاسخ منفی دهیم، از حقوق بیشتری در خصوص درخواست تجدیدنظر برخوردار هستید: 191.....
- F4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2..... 191.....
- هنگامی که مشکل شما درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medicare پوشش می‌دهد. 192.....
- هنگامی که مشکل شما درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد. 193.....
- F5. مشکلات مرتبط با پرداخت..... 197.....
- G. داروهای تجویزی Medicare بخش D..... 198.....
- G1. تصمیمات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به پوشش بخش Medicare D..... 198.....
- G2. موارد استثنای بخش Medicare D..... 200.....
- پوشش دادن دارویی که در «فهرست داروها» ما نیست..... 200.....
- برداشتن محدودیت یک داروی تحت پوشش..... 200.....
- G3. نکات مهمی که باید درباره درخواست یک مورد استثنا بدانید..... 200.....
- پزشکتان یا فردی که دارو را تجویز کرده است باید دلایل پزشکی را به ما اطلاع دهد. 200.....
- ما می‌توانیم به تقاضای شما پاسخ «مثبت» یا «منفی» بدهیم. 201.....
- G4. درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش، از جمله استثنا..... 201.....
- در صورتی که «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» برای وضعیت سلامتی شما ضروری است، از ما بخواهید که این کار را انجام دهیم. 201.....
- مهلت‌های زمانی تصمیم‌گیری سریع برای پوشش..... 202.....
- مهلت‌های زمانی برای «تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش» در خصوص دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید..... 202.....

- مهلت‌های زمانی برای «تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش» در خصوص دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید 203
- G5. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 203
- اگر برای حفظ سلامتتان لازم است این کار را انجام دهید، باید درخواست تجدیدنظر فوری دهید. 203
- مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر فوری «سطح 1» 204
- مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد «سطح 1» 204
- G6. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 205
- مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر فوری «سطح 2» 205
- مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد «سطح 2» 205
- H. درخواست از ما برای پوشش هزینه بستری بیمارستانی طولانی‌تر 206
- H1. اطلاع از حقوقتان با Medicare 207
- H2. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 207
- در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد 208
- H3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 209
- H4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین 210
- H5. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین 211
- I. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص 211
- I1. ابلاغیه قبلی پیش از اینکه پوشش برای شما به پایان برسد 212
- I2. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 212
- مهلت زمانی شما برای تماس با این سازمان 212
- در طول درخواست تجدیدنظر با پیگیری سریع چه اتفاقی می‌افتد 213
- I3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 214
- I4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین 214
- I5. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین 215
- J. انتقال درخواست تجدیدنظر شما به سطحی فراتر از «سطح 2» 216

216	J1. مراحل بعدی برای خدمات و ارقام Medicare
216	درخواست تجدیدنظر سطح 3
217	درخواست تجدیدنظر سطح 4
217	درخواست تجدیدنظر سطح 5
217	J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal
217	J3. درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش Medicare D
218	درخواست تجدیدنظر سطح 3
218	درخواست تجدیدنظر سطح 4
218	درخواست تجدیدنظر سطح 5
219	K. نحوه طرح شکایت
219	K1. برای چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد.
220	K2. شکایات داخلی
221	K3. شکایات خارجی
221	Medicare
221	Medi-Cal
222	دفتر حقوق مدنی (OCR)
222	QIO

A. در صورتی که مشکل یا نگرانی داشتید، چه کار باید بکنید

این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها را توضیح می‌دهد. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکلاتان بستگی دارد. از یک فرآیند برای تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر و از فرآیند دیگر برای طرح شکایات؛ که شکواییه نیز نام دارد، استفاده کنید.

برای اطمینان از پیگیری سریع و منصفانه، هر فرآیند مجموعه‌ای از قوانین، روندها و مهلت‌هایی دارد که باید توسط ما و شما رعایت شوند.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

برای برخی از قوانین و مهلت‌ها، اصطلاحاتی حقوقی در این فصل وجود دارد. درک بسیاری از این اصطلاحات می‌تواند دشوار باشد، به همین دلیل در صورت امکان از واژگان ساده‌تری به جای اصطلاحات حقوقی خاص استفاده می‌کنیم. تا حد ممکن از اختصارات استفاده نمی‌کنیم.

مثلاً می‌گوییم:

- «شکایت کردن» به جای «طرح شکواییه».
- «تصمیم‌گیری برای پوشش» به جای «تعیین سازمان»، «تعیین مزایا»، «تعیین مخاطرات» یا «تعیین پوشش».
- «تصمیم‌گیری برای پوشش سریع» به جای «تعیین تسریع‌شده».
- «سازمان بررسی مستقل»، به جای «نهاد بررسی مستقل».

اطلاع از اصطلاحات حقوقی صحیح می‌تواند به شما کمک کند که سریع‌تر ارتباط برقرار کنید، به همین علت این اصطلاحات را نیز ارائه می‌دهیم.

B. از کجا راهنمایی بگیرید**B1. برای کسب اطلاعات بیشتر و راهنمایی**

گاهی اوقات شروع یا پیگیری فرآیند رسیدگی به یک مشکل سردرگم‌کننده است. به ویژه اگر حال مساعد ندارید یا ضعیف باشید، این موضوع صدق می‌کند. در دیگر موارد، ممکن است اطلاعات لازم برای اقدامات بعدی را نداشته باشید.

دریافت راهنمایی از برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت

می‌توانید با برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) تماس بگیرید. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند بفهمید باید چه کاری در مورد مشکلات انجام دهید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی ارتباط ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات رایگان است. شماره تلفن HICAP، **1-800-434-0222** است.

دریافت راهنمایی از برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds

می‌توانید با برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds تماس بگیرید و درباره پرسش‌های پوشش سلامت خود با یک وکیل مدافع گفتگو کنید. این برنامه راهنمایی حقوقی رایگان ارائه می‌دهد. برنامه Ombuds با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت دیگری در ارتباط نیست. شماره تلفن آن‌ها **1-888-804-3536** و وبسایت آن‌ها **www.healthconsumer.org** است.

دریافت راهنمایی و اطلاعات از Medicare

همچنین می‌توانید برای راهنمایی و اطلاعات بیشتر با Medicare تماس بگیرید. دو روش برای راهنمایی گرفتن از Medicare وجود دارد:

- به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید.
- کاربران TTY با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
- از وبسایت Medicare بازدید کنید (**www.medicare.gov**).

دریافت راهنمایی از اداره خدمات مراقبت‌های سلامت کالیفرنیا

همچنین برنامه «Ombudsman» مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal در اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) نیز می‌تواند شما را راهنمایی کند. اگر برای پیوستن به طرح سلامت، تغییر یا خروج از آن مشکلی دارید، آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند. همچنین اگر نقل مکان کرده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدیدتان مشکل دارید، آن‌ها می‌توانند به شما کمک کنند. می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ با Ombudsman به شماره **1-888-452-8609** تماس بگیرید.

دریافت راهنمایی از اداره مراقبت‌های سلامت هماهنگ کالیفرنیا

برای راهنمایی رایگان با «سازمان خدمات درمانی مدیریت‌شده کالیفرنیا» (DMHC) تماس بگیرید. DMHC مسئول نظارت بر طرح‌های سلامت است. DMHC می‌تواند به افراد در رابطه با درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند. شماره تلفن **1-888-466-2219** است. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به اختلالات گفتاری می‌توانند با شماره TDD رایگان، **1-877-688-9891** تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به نشانی www.HealthHelp.ca.gov دیدن کنید.

سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا مسئول نظارت بر برنامه‌های خدمات مراقبت‌های درمانی است. اگر دادخواستی علیه طرح سلامتتان دارید، باید ابتدا از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** با طرح سلامت خود تماس بگیرید و قبل از تماس با سازمان، روند ثبت دادخواست طرح سلامتتان را طی کنید. استفاده از این روند شکواییه، شما را از هیچ‌گونه حقوق یا راحل‌های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی‌کند. اگر در رابطه با شکایتی که مربوط به یک مورد اضطراری است، شکایتی که به نحو قانع‌کننده‌ای توسط برنامه درمانی شما حل و فصل نشده، یا شکایتی که برای بیش از 30 روز است همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای درخواست کمک با این اداره تماس بگیرید. همچنین شاید برای «بررسی پزشکی مستقل (IMR)» واجد شرایط باشید. چنانچه واجد شرایط IMR باشید، IMR بررسی منصفانه‌ای از تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت را انجام خواهد داد. این تصمیمات مربوط به الزامات پزشکی خدمات یا درمان ارائه‌شده، تصمیم‌گیری در خصوص پوشش بیمه درمان‌هایی با ماهیت آزمایشی یا تحقیقاتی و اختلافات مالی مرتبط با خدمات اورژانسی یا خدمات پزشکی ضروری است. این سازمان همچنین شماره تلفنی رایگان (**1-888-466-2219**) و یک خط TDD (**1-877-688-9891**) برای افراد مبتلا به مشکل شنوایی و گفتاری دارد. وبسایت اینترنتی این سازمان به نشانی <https://www.dmhc.ca.gov> حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین است.

C. درک نحوه ثبت شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medi-Cal و Medicare در طرح ما

Medicare و Medi-Cal دارید. اطلاعات موجود در این فصل برای همه مزایای Medicare و Medi-Cal شما صدق می‌کند. این امر گاهی «فرآیند یکپارچه» نام دارد، زیرا فرآیندهای Medicare و Medi-Cal را تلفیق و ترکیب می‌کند.

گاهی فرآیندهای Medicare و Medi-Cal قابل ترکیب نیستند. در چنین شرایطی، از یک فرآیند برای مزایای Medicare و از فرآیند دیگر برای مزایای Medi-Cal استفاده خواهید کرد. بخش **F4** این شرایط را توضیح می‌دهد.

D. مشکلات مربوط به مزایاتان

اگر مشکلی یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را بخوانید که در مورد شرایط شما صدق می‌کنند. جدول زیر به شما کمک می‌کند که برای مشکلات یا شکایات، بخش درست و مرتبط را پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما درباره مزایا یا پوشش است؟	
این موضوع شامل چنین مسائلی است: آیا مراقبت پزشکی خاصی تحت پوشش است یا خیر؛ نحوه پوشش آن‌ها؛ و مسائل مرتبط با پرداخت برای مراقبت پزشکی یا داروهای تجویزی.	
بله. مشکل من درباره مزایا یا پوشش است. به بخش E ، «تصمیمات مربوط به پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر» مراجعه کنید.	خیر. مشکل من درباره مزایا یا پوشش نیست. به بخش K ، «نحوه ثبت شکایت» مراجعه کنید.

E. تعیین پوشش‌های بیمه‌ای و درخواست‌های تجدیدنظر

فرآیند درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش و درخواست تجدیدنظر به مسائلی در رابطه با مزایا و پوشش می‌پردازند. این موارد همچنین شامل مسائل مربوط به پرداخت هستند.

E1. تصمیم‌های مربوط به پوشش بیمه‌ای

تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه تصمیم ما درباره مزایا و پوشش شما یا مقدار مبلغی است که برای خدمات پزشکی یا داروها به شما پرداخت می‌کنیم. مثلاً، پزشک داخل شبکه طرح شما هر زمان که از او مراقبت پزشکی دریافت کنید، یک تصمیم پوششی (مطلوب) برای شما می‌گیرد (به **فصل 4**، **بخش H** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید).

شما یا پزشکتان همچنین می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست کنید که در مورد پوشش تصمیم‌گیری شود. ممکن است شما یا پزشکتان ندانید که آیا خدمات پزشکی خاصی را پوشش می‌دهیم یا از ارائه خدماتی امتناع می‌کنیم که معتقدید به آن نیاز دارید. اگر مایل هستید پیش از دریافت خدمات پزشکی مطلع شوید که آیا آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید برای پوشش شما تصمیم‌گیری کنیم.

هر زمانی که تعیین کنیم چه موردی برای شما تحت پوشش است و چه مبلغی خواهیم پرداخت، برای پوشش تصمیم‌گیری می‌کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که خدمات یا دارویی را برای شما تحت پوشش قرار ندهیم یا دیگر توسط Medicare یا Medi-Cal پوشش داده نشود. اگر با این تعیین پوشش مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. درخواست‌های تجدیدنظر

اگر ما تصمیمی درباره تعیین پوشش بگیریم و شما با این تصمیم مخالف بودید، می‌توانید «درخواست تجدیدنظر» برای این تصمیم بدهید. درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست بازبینی و تغییر تعیین پوششی است که ارائه کرده ایم.

هنگامی که برای اولین بار درخواست تجدیدنظر می‌دهید، درخواست تجدیدنظر سطح 1 نام می‌گیرد. در این درخواست تجدیدنظر، ما تصمیمی را که برای پوشش شما گرفته‌ایم بررسی می‌کنیم تا ببینیم آیا تمامی قوانین را به درستی رعایت کرده‌ایم یا خیر. مسئولان بازبینی متفاوتی با مسئول بازبینی تصمیم نامطلوب اولیه، به درخواست تجدیدنظر شما را رسیدگی می‌کنند.

در بیشتر موارد، اگر شرایط زیر را داشته باشید باید درخواست تجدیدنظر را در «سطح 1» شروع کنید: اگر مشکل سلامتی شما فوریتی و همراه با خطری جدی و فوری برای سلامت شما باشد، یا اگر دچار دردی شدید باشید و به تصمیم‌گیری فوری نیاز داشته باشید، می‌توانید از طریق «اداره مراقبت از سلامت هماهنگ» به نشانی www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی پزشکی IMR بدهید. برای اطلاعات بیشتر به بخش «شکایات و بررسی‌های پزشکی مستقل (IMR)» با بخش مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده در ادامه این فصل مراجعه کنید.

هنگامی که بازبینی را تکمیل کنیم، تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنیم. تحت شرایط خاص که در ادامه این فصل توضیح داده شده، می‌توانید درخواست «تصمیم‌گیری برای پوشش سریع» یا تسریع‌شده یا درخواست تجدیدنظر سریع برای تصمیم مربوط به پوشش بدهید.

اگر به همه درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی بدهیم، نامه‌ای برایتان ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات و اقلام پزشکی یا داروهای بخش Medicare B باشد، این نامه به شما اطلاع خواهد داد که پرونده‌تان را برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2» به «سازمان بررسی مستقل» (IRO) ارسال کرده‌ایم. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicaid یا بخش Medicare D باشد، این نامه به شما اطلاع خواهد داد که چگونه خودتان «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2»، به بخش F4 مراجعه کنید. اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare و Medicaid باشد، این نامه درباره هر دو نوع «درخواست تجدیدنظر سطح 2» اطلاعاتی به شما خواهد داد.

اگر از تصمیم «درخواست تجدیدنظر سطح 2» رضایت ندارید، ممکن است بتوانید درخواست تجدیدنظر خود را تا سطح بالاتری ادامه دهید.

E3. راهنمایی در مورد تصمیمات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به پوشش

می‌توانید از هر کدام از روش‌های زیر درخواست راهنمایی کنید:

- خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه.
- برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds با شماره 1-888-804-3536.
- برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222.
- مرکز راهنمایی در اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) برای کمک رایگان. DMHC مسئول تنظیم طرح‌های سلامت است. DMHC می‌تواند به افراد در رابطه با درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به اختلالات گفتاری می‌توانند با شماره TDD رایگان، 1-877-688-9891 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید از وبسایت DMHC به نشانی www.HealthHelp.ca.gov دیدن کنید.
- پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان. پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان می‌توانند از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش یا تجدیدنظر دهند.

- **دوست یا عضوی از خانواده.** می‌توانید فرد دیگری را برای اقدام از طرف خود به‌عنوان «نماینده» نام ببرید تا تقاضای تصمیم‌گیری برای پوشش یا درخواست تجدیدنظر کند.
- **وکیل.** حق داشتن وکیل دارید، اما برای تقاضای تصمیم‌گیری مربوط به پوشش یا درخواست تجدیدنظر ملزم به استخدام وکیل نیستید.
 - با وکیل خود تماس بگیرید یا نام وکیلی را از اتحادیه وکلای محلی خود یا سایر خدمات ارجاع بگیرید. در صورتی‌که واجد شرایط باشید، برخی گروه‌های حقوقی خدمات حقوقی رایگان به شما ارائه می‌دهند.

○ از طریق شماره **1-888-804-3536** از برنامه Medicare Medi-Cal Ombuds درخواست وکیل حقوقی کنید.

- اگر وکیل می‌خواهید یا شخص دیگری که به نمایندگی شما اقدام کند، فرم «انتصاب نماینده» را پر کنید. این فرم به فردی دیگر مجوز می‌دهد که از طرف شما اقدام کند.
- برای درخواست فرم «انتصاب نماینده» از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با بازدید از **www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf** یا در وبسایت ما به نشانی **kp.org** این فرم را دریافت کنید. **باید یک نسخه از فرم امضا شده را به ما بدهید.**

E4. کدام بخش این فصل می‌تواند به شما کمک کند

چهار نوع وضعیت پیرامون تصمیم‌گیری برای پوشش یا درخواست‌های تجدیدنظر وجود دارد. هر شرایط مقررات و مهلت‌های متفاوتی دارد. برای هر کدام از این شرایط در بخش جداگانه‌ای از این فصل اطلاعاتی ارائه می‌دهیم. به بخش مربوطه مراجعه کنید:

- **بخش F، «مراقبت پزشکی»**
- **بخش G، «داروهای تجویزی Medicare بخش D»**
- **بخش H، «درخواست از ما برای پوشش اقامت بیمارستانی طولانی‌تر»**
- **بخش I «درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص» (این بخش تنها برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراکز آسایشگاهی تخصصی و خدمات «مؤسسه توانبخشی سرپایی جامع (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)»).**

اگر نمی‌دانید از کدام بخش استفاده کنید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از سازمان‌های دولتی مانند برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی (HICAP) (**فصل 2، بخش E**)، از این کتابچه راهنمای اعضا شامل شماره تلفن‌های این برنامه است اطلاعات یا کمک دریافت کنید).

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در دریافت پوشش برای مراقبت پزشکی مشکل داشتید یا اگر از ما می‌خواهید که سهم هزینه خود را از هزینه خدمات مراقبتی‌تان به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید.

این بخش درباره مزایای شما برای مراقبت و خدمات پزشکی توصیف شده در **فصل 4 این کتابچه راهنمای اعضا** است. در بقیه این بخش به‌طور کلی به «پوشش مراقبت پزشکی» یا «مراقبت پزشکی» اشاره داریم. اصطلاح «مراقبت پزشکی» شامل خدمات پزشکی، اقلام و همچنین داروهای تجویزی بخش Medicare B می‌شود، که این داروها توسط پزشک یا متخصص مراقبت از سلامتتان به شما ارائه می‌شوند. ممکن است برای داروی تجویزی بخش Medicare B قوانین متفاوتی اعمال شود. هنگام اعمال این قوانین، ما توضیح می‌دهیم قوانین داروهای تجویزی بخش Medicare B چه تفاوتی با قوانین برای خدمات و اقلام پزشکی دارند.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در هر کدام از وضعیت‌های زیر هستید، چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. فکر می‌کنید که مراقبت پزشکی مورد نیازتان را پوشش می‌دهیم، اما این کار را نمی‌کنیم.

کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما تقاضا کنید که برای پوشش تصمیم‌گیری کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

2. ما مراقبت پزشکی را که پزشک شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی دیگری قصد دارد به شما ارائه دهد تأیید نکردیم و شما معتقد هستید که باید این کار را کنیم.

کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F3** مراجعه کنید.

3. مراقبتی پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید آن را پوشش می‌دهیم، اما پوشش نخواهیم داد.

کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای عدم پوشش درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

4. نوعی مراقبت پزشکی را که فکر می‌کنید پوشش می‌دهیم دریافت و هزینه‌اش را پرداخت کرده‌اید، و از ما می‌خواهید که هزینه آن را به شما برگردانیم.

کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما تقاضای بازپرداخت کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

5. پوششی که برای مراقبت پزشکی خاصی داشتید کاهش داده‌ایم یا متوقف کرده‌ایم، و فکر می‌کنید که تصمیم ما به سلامت شما آسیب می‌رساند.

کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید نسبت به تصمیم ما برای کاهش یا توقف مراقبت پزشکی درخواست تجدیدنظر بدهید. به **بخش F4** مراجعه کنید.

- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های سلامت در منزل، مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
- برای تمامی دیگر شرایط پیرامون کاهش یا توقف پوشش برای مراقبت پزشکی خاصی، از این بخش (**بخش F**) به‌عنوان راهنمای اقدامات خود استفاده کنید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

6. مراقب شما دچار تأخیر شده و نمی‌توانید پزشکی پیدا کنید.

- کاری که می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایت کنید. به بخش K2 مراجعه کنید.

F2. تقاضای تصمیم‌گیری برای پوشش

زمانی که تصمیم‌گیری برای پوشش پیرامون مراقبت پزشکی شما است، «تعیین سازمانی یکپارچه» نام می‌گیرد.

- شما، پزشکتان، یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق زیر درخواست کنید که در مورد پوشش تصمیم‌گیری شود:
- تماس با: **1-800-443-0815**، 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ، TTY: **711**. اگر تصمیم‌گیری در رابطه با پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم سریع است، از ساعت 8:30 ق.ظ تا 5 ب.ظ روزهای دوشنبه تا شنبه از طریق شماره **1-888-987-7247** با «واحد بررسی تسریع‌شده» تماس بگیرید.
- فکس: **1-888-987-2252**.
- مکاتبه:

○ برای تصمیم درباره پوشش استاندارد یا شکایت، با دفتر «خدمات اعضا» محلی خود مکاتبه کنید (برای اطلاع از مکان، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید).

○ برای درخواست تجدیدنظر استاندارد به آدرسی مکاتبه کنید که روی ابلاغیه رد درخواست ارسال شده از طرف ما قید شده است. اگر درخواست تعیین پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، با آدرس زیر مکاتبه کنید:

Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش

ما برای اعلام تصمیم خود به شما از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه برای استفاده از مهلت زمانی «سریع» توافق کنیم. تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش به این معنا است که در رابطه با این موارد پاسخی به شما می‌دهیم:

- خدمات یا اقلام پزشکی، ظرف 14 روز تقویمی پس از اینکه درخواست شما را دریافت کنیم. برای طرح‌های Knox-Keene، ظرف 5 روز کاری و حداکثر 14 روز تقویمی پس از اینکه درخواست شما را دریافت کنیم.
- داروی تجویزی Medicare «بخش B» ظرف 72 ساعت از زمانی که درخواست شما را بگیریم.

تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش

اصطلاح «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» «تعیین تسریع‌شده» است.

هنگامی که از ما می‌خواهید درباره پوشش مراقبت پزشکی‌تان تصمیم‌گیری سریع کنیم و سلامت شما مستلزم پاسخی سریع است، از ما بخواهید که «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» انجام دهیم. تصمیم‌گیری سریع برای پوشش به این معناست که در مورد این مسائل پاسخی به شما خواهیم داد:

- خدمات یا اقسام پزشکی ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما، یا اگر وضعیت پزشکی‌تان نیازمند پاسخی سریع‌تر باشد، زودتر.

- داروی تجویزی Medicare «بخش B» ظرف 24 ساعت از زمانی که درخواست شما را بگیریم.

برای دریافت تعیین پوشش سریع، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

- تقاضای پوشش برای مراقبتی پزشکی را دارید که آن را دریافت نکردید.

- رعایت مهلت‌های استاندارد می‌تواند منجر به صدمات جدی به سلامت یا توانایی عملکرد شما شود.

اگر پزشکتان اطلاع دهد که حفظ سلامت شما مستلزم «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» است، ما این تصمیم‌گیری سریع را برای شما انجام خواهیم داد. اگر بدون تأیید پزشک درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تقاضای شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارد یا خیر.

اگر تشخیص دهیم که وضعیت سلامت شما با شرایط لازم برای تعیین پوشش سریع مطابقت ندارد، نامه‌ای برای اطلاع این موضوع به شما ارسال می‌کنیم و مهلت‌های استاندارد را رعایت می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می‌دهد:

- اگر پزشکتان درخواست «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» کند، ما تصمیم‌گیری سریع را برای شما انجام خواهیم داد.

- چگونه می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش به جای تصمیم‌گیری سریع پوشش سریع، «شکایت سریع» طرح کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.

اگر به تمامی درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر پاسخ منفی بدهیم، حق دارید درخواست تجدیدنظر بدهید. اگر فکر می‌کنید که اشتباه کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر روشی رسمی است که طی آن از ما می‌خواهید تصمیمی را که گرفته‌ایم بررسی کنیم و آن را تغییر دهیم.

- اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر بگیرید، یعنی به «سطح 1» فرآیند درخواست تجدیدنظر خواهید رفت (به بخش F3 رجوع کنید).

در شرایط محدودی درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش از سوی شما را رد می‌کنیم، یعنی درخواست را بررسی نخواهیم کرد. مثال‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر فردی از طرف شما درخواست کند که از لحاظ قانونی چنین اجازه‌ای نداشته باشد، یا
- اگر شما بخواهید که از درخواست صرفنظر شود.

اگر با درخواستی جهت تصمیم‌گیری برای ارائه خدمات تحت پوشش مخالفت کنیم، اعلامیه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که توضیح می‌دهد چرا درخواست رد شده و چگونه برای بازبینی آن تقاضا کنید.

F3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای شروع درخواست تجدیدنظر، شما، پزشک و یا نماینده‌تان باید با ما تماس بگیرید. با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا سریع را به‌صورت کتبی یا از طریق تماس با «خدمات اعضا» اعلام کنید.

- اگر پزشکتان یا تجویزکننده دیگری تقاضا کند که اقدام یا خدماتی که قبلاً گرفته‌اید در طی مدت درخواست تجدیدنظران هم ادامه پیدا کند، باید این فرد را به‌عنوان نماینده برای اقدام از طرف خود معرفی کنید.
- اگر از کسی غیر از پزشکتان از طرف شما درخواست تجدیدنظر دهد، فرم «انتصاب نماینده» را نیز که به این فرد اجازه نمایندگی از طرف شما را می‌دهد، به همراه درخواست خود ارسال کنید. می‌توانید با مراجعه به www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf یا در وبسایت ما به نشانی kp.org این فرم را دریافت کنید.
- ما می‌توانیم بدون فرم، درخواست تجدیدنظر را قبول کنیم اما نمی‌توانیم پیش از دریافت آن، بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر ظرف 30 روز تقویمی از دریافت درخواست تجدیدنظر شما فرم به دست ما نرسد:
 - درخواست شما را رد می‌کنیم، و
 - ابلاغیه‌ای کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حقوق شما را برای بررسی تصمیم جهت لغو درخواست تجدیدنظر توسط IRO توضیح می‌دهد.

باید ظرف 60 روز تقویمی تاریخ نامه‌ای که برای اعلام تصمیم‌تان برای شما فرستادیم، درخواست تجدیدنظر بدهید.

اگر مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل منطقی برای از دست دادن این فرصت داشته باشید، مهلت بیشتری برای تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌هایی از دلیل منطقی این است که بیماری جدی داشتید یا اطلاعات اشتباهی در مورد مهلت زمانی به شما داده‌ایم. هنگام درخواست تجدیدنظر دلیل اینکه چرا دیر این کار را انجام دادید، توضیح دهید.

حق دارید یک نسخه از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را به‌صورت رایگان از ما بخواهید. شما و پزشکتان نیز می‌توانید اطلاعات دیگری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به ما بدهید. این درخواست حتماً باید کتبی باشد.

اگر برای حفظ سلامتتان لازم است این کار را انجام دهید، باید درخواست تجدیدنظر فوری دهید.

اصطلاح حقوقی برای «درخواست تجدیدنظر فوری» «بازنگری تسریع‌شده» است.

- اگر در مورد تصمیمی درخواست تجدیدنظر می‌دهید که برای پوشش مراقبت شما گرفته‌ایم و هنوز تحت این مراقبت قرار نگرفته‌اید، شما و/یا پزشکتان تعیین می‌کنید که آیا به درخواست تجدیدنظر فوری نیاز دارید یا خیر.

اگر پزشکتان به ما اطلاع دهد که حفظ سلامت شما نیازمند درخواست تجدیدنظر فوری است، ما آن را به‌طور خودکار برای شما انجام خواهیم داد. اگر بدون پشتیبانی پزشک خود درخواست تجدیدنظر سریع دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آن را برای شما انجام دهیم یا خیر.
- اگر تشخیص دهیم که وضعیت سلامت شما با شرایط لازم برای درخواست تجدیدنظر سریع مطابقت ندارد، نامه‌ای برای اطلاع این موضوع به شما ارسال می‌کنیم و در عوض از مهلت‌های زمانی استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می‌دهد:
 - اگر پزشکتان درخواست تجدیدنظر سریع کند، ما به‌طور خودکار آن را برای شما انجام خواهیم داد.

- نحوه طرح «شکایت سریع» در خصوص تصمیم ما مبنی بر انجام تجدید استاندارد به‌جای تجدیدنظر سریع برای شما. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح شکایت، از جمله شکایت سریع، به بخش K مراجعه کنید.

اگر به شما اطلاع دهیم که در حال قطع یا کاهش خدمات یا اقلامی هستیم که پیش از این دریافت کرده‌اید، می‌توانید با ارائه درخواست این خدمات یا اقلام را همچنان در طی مدت درخواست تجدیدنظر خود بگیرید.

- اگر تصمیم بگیریم پوشش دارو یا اقلامی را مصرف می‌کنید تغییر دهیم یا قطع کنیم، ابلاغیه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم تا پیش از اقدام ما مطلع شوید.
- اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید «درخواست تجدیدنظر سطح 1» بدهید.
- اگر ظرف 10 روز تقویمی از تاریخ روی نامه ما یا از تاریخ اجرایی تعیین‌شده برای اقدام - هر کدام که دیرتر باشد - «درخواست تجدیدنظر سطح 1» بدهید، همچنان اقلام و خدمات شما را پوشش خواهیم داد.
 - اگر این مهلت زمانی را رعایت کنید، در طی مدتی که درخواست تجدیدنظر «سطح 1» شما در حال انتظار است، خدمات یا اقلام را بدون هیچ تغییری به شما ارائه می‌دهیم.
 - همچنین همه خدمات یا اقلام دیگر را (که مشروط به درخواست تجدیدنظرتان نیستند) بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
 - اگر پیش از این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر ندهید، حین انتظار برای تصمیم‌گیری در مورد درخواست تجدیدنظر، خدمات یا داروهایتان ادامه نخواهد یافت.

درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

- هنگامی که درخواست تجدیدنظر شما بررسی می‌کنیم، دوباره با دقت تمامی اطلاعات مربوط به تقاضای شما برای پوشش مراقبت پزشکی را بررسی می‌کنیم.
- بررسی می‌کنیم که آیا هنگام دادن پاسخ منفی به تقاضای شما، تمامی قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز اطلاعات بیشتری جمع‌آوری می‌کنیم. ممکن است با پزشک شما یا خود شما برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

درخواست تجدیدنظر فوری، مهلت زمانی دارد.

- هنگامی که از مهلت‌های زمانی سریع استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت پس دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورتی که وضعیت سلامت شما نیازمند پاسخ سریع‌تر است زودتر، به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامت شما، ما را ملزم به چنین کاری کند، پاسخ خود را زودتر به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر ظرف 72 ساعت پاسخی به شما ندهیم، باید درخواست تجدیدنظر شما را به فرآیند «سطح 2» ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در ادامه این فصل، درباره این سازمان و فرآیند درخواست تجدیدنظر «سطح 2» توضیح می‌دهیم. اگر مسئله شما در خصوص پوشش خدمات یا اقلامی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، می‌توانید خودتان «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهید. اطلاعات بیشتری در ادامه این فصل گنجانده‌ایم. برای اقلام یا خدمات Medi-Cal به‌طور خودکار «درخواست تجدیدنظر سطح 2» نمی‌دهیم.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستان پاسخ مثبت بدهیم، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما یا در صورتی که برای شرایط سلامتتان ضروری باشد زودتر، پوششی را که با آن موافقت و آن را تأیید کرده‌ایم، ارائه دهیم.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستان پاسخ منفی بدهیم، درخواست تجدیدنظر شما را برای بررسی «سطح 2» به IRO ارسال می‌کنیم.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

درخواست تجدیدنظر استاندارد مهلت زمانی دارد.

- هنگامی که از مهلت‌های زمانی استاندارد استفاده می‌کنیم، باید پاسخ شما را **ظرف 30 روز تقویمی** از دریافت درخواست تجدیدنظر شما در رابطه با خدماتی که دریافت نکرده‌اید، به شما اطلاع دهیم.
- اگر درخواستتان برای داروی تجویزی Medicare «بخش B» باشد که هنوز آن را دریافت نکرده‌اید، **ظرف 7 روز تقویمی** پس از اینکه درخواستتان برای تجدیدنظر را دریافت کنیم، اگر حفظ سلامتتان مستلزم این باشد پاسخ شما را خواهیم داد.
 - اگر تا مهلت مشخص شده پاسخی به شما ندهیم، باید درخواست تجدیدنظر شما را به فرآیند «سطح 2» ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. در بخش دیگری در این فصل، درباره این سازمان توضیحاتی به شما خواهیم داد و فرآیند تجدیدنظر سطح 2 را توضیح می‌دهیم. اگر مشکلاتتان مربوط به خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medi-Cal تحت پوشش می‌گیرد، می‌توانید خودتان یک «درخواست تجدیدنظر سطح 2» ثبت کنید. اطلاعات بیشتری در ادامه این فصل گنجانده‌ایم. برای اقلام یا خدمات Medi-Cal به‌طور خودکار «درخواست تجدیدنظر سطح 2» نمی‌دهیم.
- اگر به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان، یا به همان سرعتی که وضعیت سلامتی شما نیاز دارد و ظرف 72 ساعت از تاریخی که تصمیم خود را تغییر می‌دهیم، یا در صورتی که درخواست شما برای داروی تجویزی بخش Medicare B باشد، ظرف 7 روز تقویمی از تاریخی که درخواست تجدیدنظر شما را دریافت کرده‌ایم، پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم مجاز کنیم یا ارائه دهیم.

اگر به همه یا بخشی از درخواستتان پاسخ منفی دهیم، از حقوق بیشتری در خصوص درخواست تجدیدنظر برخوردار هستید:

- اگر به همه درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم.
- اگر مشکل شما درباره پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، این نامه به شما اطلاع می‌دهد که پرونده شما را برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2» به IRO ارسال کرده‌ایم.
- اگر مسئله شما در خصوص پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، نامه برای شما توضیح می‌دهد که چطور خودتان «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهید.

F4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

- اگر به همه یا بخشی از «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا Medicare، Medi-Cal یا هر دو برنامه معمولاً آن خدمات یا اقلام را پوشش می‌دهند یا خیر.
- اگر مسئله شما در مورد خدمات یا اقلامی است که Medicare معمولاً پوشش می‌دهد، به محض اینکه «درخواست تجدیدنظر سطح 1» کامل شد به‌طور خودکار پرونده شما را به «سطح 2» فرآیندهای تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر مسئله شما در خصوص پوشش خدمات یا اقلامی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، می‌توانید خودتان «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهید. این نامه نحوه انجام این کار را به شما توضیح می‌دهد. همچنین اطلاعات بیشتری در ادامه این فصل ارائه کرده‌ایم.
- اگر مشکل شما درباره خدمات یا اقلامی است که Medicare و Medi-Cal ممکن است آنها را پوشش دهند، به‌طور خودکار «درخواست تجدیدنظر سطح 2» نزد IRO برای شما ثبت می‌شود. علاوه بر «درخواست تجدیدنظر سطح 2» خودکار، می‌توانید به ایالت درخواست «دادرسی ایالتی» و «بررسی پزشکی مستقل» بدهید. با این حال، اگر قبلاً مدارک را در «دادرسی ایالتی» ارائه داده باشید، «بررسی پزشکی مستقل» در دسترس نیست.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

اگر هنگامی که «درخواست تجدیدنظر سطح 1» خود را مطرح کردید واجد شرایط ادامه مزایا بودید، مزایای شما برای خدمات، اقلام یا داروهای مشمول درخواست تجدیدنظر در طی مدت درخواست «سطح 2» نیز ادامه پیدا می‌کند. برای اطلاعات مربوط به ادامه مزایای خود حین «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 1» بخش F3 را ببینید.

- اگر مشکل شما درباره خدماتی است که معمولاً تنها تحت پوشش Medicare هستند، در طول «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 2» به IRO مزایای آن خدمات ادامه خواهد داشت.
- اگر مشکل شما درباره خدماتی است که معمولاً تنها تحت پوشش Medi-Cal هستند، در صورتی مزایای آن خدمات ادامه پیدا می‌کند که «درخواست تجدیدنظر سطح 2» را ظرف 10 روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما ارسال کنید.

هنگامی که مشکل شما درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medicare پوشش می‌دهد

IRO درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. Medicare این سازمان مستقل را استخدام کرده است.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (IRO) «نهاد بررسی مستقل» است که گاهی «IRE» نامیده می‌شود.

- این سازمان با ما ارتباطی ندارد و نهادی دولتی هم نیست. Medicare این شرکت را به‌عنوان IRO انتخاب کرده است و بر کار آن‌ها نظارت می‌کند.
- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر («فایل پرونده») شما را به این سازمان ارسال می‌کنیم. شما حق برخورداری از یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود را دارید.
- شما این حق را دارید که برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، اطلاعات تکمیلی به IRO ارائه دهید.
- مسئولان بررسی در IRO با همه اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را با دقت بررسی می‌کنند.

اگر درخواست تجدیدنظر فوری در «سطح 1» داشته‌اید، در «سطح 2» نیز درخواست تجدیدنظر فوری خواهید داشت.

- اگر نسبت به طرح ما درخواست تجدیدنظر فوری در «سطح 1» داده باشید، به‌طور خودکار در «سطح 2» درخواست تجدیدنظر فوری دریافت می‌کنید. IRO باید ظرف 72 ساعت از زمان دریافت درخواست، به «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما پاسخ دهد.

اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در «سطح 1» داشته‌اید، در «سطح 2» نیز درخواست تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.

- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در «سطح 1» داشته‌اید، در «سطح 2» به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.
- اگر درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی باشد، IRO باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما به آن پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما برای داروی تجویزی بخش Medicare B باشد، IRO باید ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما به آن پاسخ دهد.
- IRO تصمیم خود را به‌طور کتبی به شما اعلام می‌کند و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر IRO به همه یا بخشی از درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد، ما باید فوراً تصمیم را اجرایی کنیم:

○ پوشش مراقبت پزشکی را ظرف 72 ساعت تأیید کنیم یا

- خدمات را **ظرف 5 روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO در **خصوص درخواست‌های استاندارد**، ارائه دهیم یا
- خدمات را **ظرف 72 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم IRO در **خصوص درخواست‌های سریع** ارائه دهیم.
- اگر IRO به همه یا بخشی از درخواست برای داروی تجویزی بخش Medicare B پاسخ مثبت دهد، باید داروی تجویزی بخش Medicare B را تأیید کنیم یا ارائه دهیم:
 - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO در **خصوص درخواست‌های استاندارد**، یا
 - **ظرف 24 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم IRO در **خصوص درخواست‌های سریع**.
- اگر IRO به همه یا بخشی از درخواست شما پاسخ منفی دهد، یعنی این سازمان موافق است که نباید درخواست شما (یا بخشی از آن) را برای پوشش خدمات درمانی تأیید کنیم. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد.
 - اگر پرونده شما با معیارها مطابقت داشته باشد، می‌توانید انتخاب کنید که درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.
 - پس از درخواست «سطح 2»، سه سطح دیگر از مجموع پنج سطح فرآیندهای درخواست تجدیدنظر وجود دارد.
 - اگر «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما رد شد و با معیارهای ادامه فرآیند درخواست تجدیدنظر مطابقت داشتید، می‌توانید انتخاب کنید که آیا به «سطح 3» بروید و درخواست تجدیدنظر سطح 3 را مطرح کنید یا خیر. جزئیات مربوط به نحوه انجام این کار در ابلاغیه کتبی که پس از «درخواست تجدیدنظر سطح 2» دریافت می‌کنید، عنوان شده است.
 - قاضی حقوق اداری (AIJ) یا وکیل ارزیاب، درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5، به بخش J مراجعه کنید.

هنگامی که مشکل شما درباره خدمات یا اقلامی است که معمولاً Medi-Cal پوشش می‌دهد

(1) بررسی پزشکی مستقل (IMR)

دو روش جهت درخواست تجدیدنظر «سطح 2» برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) طرح شکایت یا بررسی پزشکی مستقل یا (2) دادرسی ایالتی.

شما می‌توانید شکایت طرح کنید یا از طریق «مرکز راهنمایی» «اداره خدمات سلامت هماهنگ کالیفرنیا» درخواست «بررسی پزشکی مستقل» (IMR) نمایید. با ثبت شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی و تصمیم‌گیری خواهد کرد. IMR برای همه خدمات یا اقلام تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند در دسترس است. IMR بررسی پرونده شما توسط پزشکانی است که عضو طرح ما یا DMHC نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلامی درخواستی‌تان را به شما ارائه دهیم. بابت IMR هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

می‌توانید شکایت کنید یا برای IMR درخواست دهید، در صورتی که طرح ما:

- خدمات یا درمان‌های Medi-Cal را رد کند، تغییر دهد یا به تأخیر بیندازد زیرا تشخیص داده است که از نظر پزشکی ضروری نیستند.
- درمان آزمایشی یا تحقیقاتی Medi-Cal را برای یک شرایط پزشکی جدی پوشش ندهد.
- تردید داشته باشد که آیا خدمات یا روند جراحی ماهیت زیبایی یا بازسازی دارد یا خیر.
- برای خدمات اورژانسی یا فوری Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید، هزینه‌ای پرداخت نکنند.
- درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما درباره خدمات Medi-Cal را ظرف 30 روز تقویمی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد یا 72 ساعت، در صورتی که برای شرایط سلامت شما ضروری باشد زودتر، برای تجدیدنظر سریع، حل و فصل نکرده نباشد.

توجه: اگر ارائه‌دهنده‌تان برای شما درخواست تجدیدنظر داده باشد اما ما فرم «انتصاب نماینده» شما را دریافت نکرده باشیم، پیش از اینکه بتوانید برای IMR سطح 2 در «اداره خدمات سلامت هماهنگ» درخواست دهید، باید درخواست تجدیدنظر خود را دوباره با ما ثبت کنید، مگر اینکه درخواست تجدیدنظر شما شامل تهدیدی جدی و قریب‌الوقوع برای سلامتتان، از جمله و نه محدود به درد شدید، از دست دادن احتمالی جان، اندام یا عملکرد اصلی بدن، باشد.

شما حق دریافت IMR و «دادرسی ایالتی» را دارید اما اگر قبلاً در «دادرسی ایالتی» درباره همان مشکل، مدرکی ارائه کرده باشید، حق دریافت IMR را ندارید.

در بیشتر موارد، پیش از درخواست IMR باید درخواست تجدیدنظر را با ما ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرآیند درخواست تجدیدنظر «سطح 1» ما، به صفحه **بخش G5** مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید شکایت خود را در DMHC ثبت کنید یا از «مرکز راهنمایی DMHC» درخواست IMR نمایید.

اگر درمان شما به‌دلیل آزمایشی یا تحقیقاتی بودن رد شده است، لازم نیست پیش از درخواست IMR در روند درخواست تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری یا شامل تهدیدی قریب‌الوقوع و جدی برای سلامتتان است یا اگر دردی شدید دارید، می‌توانید بدون انجام فرآیند درخواست تجدیدنظر ما، فوراً آن را به DMHC اطلاع دهید.

پس از اینکه تصمیم کتبی درباره درخواست تجدیدنظرتان را برای شما ارسال کردیم، باید **ظرف 6 ماه برای IMR درخواست دهید**. ممکن است DMHC پس از 6 ماه درخواست شما را به دلایل موجهی بپذیرد، مثلاً شما شرایط پزشکی داشته‌اید که مانع از درخواست IMR ظرف 6 ماه شده باشد یا از ما اطلاع‌رسانی کافی درباره فرآیند IMR دریافت نکرده باشید.

برای درخواست IMR:

- فرم درخواست بررسی مستقل پزشکی/شکایت را که در نشانی زیر موجود است پر کنید:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms
asp. یا از طریق شماره 1-888-466-2219 با «مرکز راهنمایی DMHC» تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- اگر آن‌ها را در اختیار دارید، کپی نامه‌ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلام رد شده توسط ما را پیوست کنید. این کار می‌تواند فرآیند IMR را تسریع کند. به‌جای اصل اسناد، کپی آن‌ها را ارسال کنید. «مرکز راهنمایی» نمی‌تواند هیچ‌یک از اسناد را برگرداند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- اگر فردی به شما در IMR کمک می‌کند، «فرم دستیار قانونی» را پر کنید. می‌توانید فرم را از طریق www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx یا تماس با «مرکز راهنمایی» سازمان با شماره 1-888-466-2219 دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم‌ها و همه موارد پیوستی خود را پست یا فکس کنید:

مرکز راهنمایی
اداره مراقبت از سلامت هماهنگ
Ninth Street, Suite 500 980
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 1-916-255-5241

- همچنین می‌توانید فرم درخواست بررسی پزشکی مستقل/شکایت خود را و فرم «دستیار قانونی» را به‌صورت آنلاین ارسال کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

اگر واجد شرایط IMR باشید، DMHC پرونده شما را بررسی و ظرف 7 روز تقویمی نامه‌ای را برای شما ارسال خواهد کرد که عنوان می‌کند شما واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست شما و اسناد پشتیبان از طرح شما، تصمیم IMR ظرف 30 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را ظرف 45 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل‌شده دریافت کنید.

اگر پرونده‌تان اضطراری باشد و شما واجد شرایط IMR باشید، DMHC پرونده شما را بررسی و ظرف 2 روز تقویمی نامه‌ای را برای شما ارسال خواهد کرد که عنوان می‌کند شما واجد شرایط IMR هستید. پس از دریافت درخواست شما و اسناد پشتیبان از طرح شما، تصمیم IMR ظرف 3 روز تقویمی گرفته خواهد شد. شما باید تصمیم IMR را ظرف 7 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل‌شده دریافت کنید. اگر از نتیجه IMR راضی نبودید، همچنان می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» کنید.

اگر DMHC همه سوابق پزشکی مورد نیاز را از شما یا پزشک معالجتان دریافت نکند، ممکن است IMR بیشتر طول بکشد. اگر از پزشکی استفاده می‌کنید که در شبکه برنامه سلامت شما نیست، مهم است که سوابق پزشکی خود را از طریق آن پزشک برای ما ارسال کنید. برای دریافت نسخه‌های سوابق پزشکی شما از پزشک‌انی که داخل شبکه هستند، طرح سلامت شما مورد نیاز است.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق فرآیند معمولی شکایت مشتری خود بررسی خواهد کرد. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل‌شده حل‌وفصل شود. اگر شکایت شما اضطراری باشد، زودتر حل‌وفصل خواهد شد.

(2) دادرسی ایالتی

می‌توانید برای اقام و خدمات تحت پوشش Medi-Cal درخواست دهید. اگر پزشکتان یا ارائه‌دهنده دیگری خدمات یا اقلامی را درخواست کند که پوشش نمی‌دهیم، یا پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی را که پیش از این داشته‌اید ادامه ندهیم، و به درخواست تجدیدنظر «سطح 1» شما پاسخ منفی دهیم، حق دارید درخواست «دادرسی ایالتی» کنید.

در بیشتر موارد، پس از پست شدن ابلاغیه «نامه رأی تجدیدنظر» برای شما، جهت «دادرسی ایالتی» 120 روز فرصت دارید.

توجه: اگر به این دلیل «درخواست دادرسی» ایالتی کرده‌اید که به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، شما فرصت کمتری برای ارسال درخواست خود دارید اگر قصد داشته باشید حین انتظار برای «دادرسی ایالتی» خدمات خود را حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، «آیا مزایای من در طول درخواست تجدیدنظر سطح 2 ادامه خواهد یافت» را در این فصل مطالعه کنید.

به دو روش می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» کنید:

1. می‌توانید «درخواست دادرسی ایالتی» را در پشت اعلامیه اقدام تکمیل کنید. باید همه اطلاعات درخواستی را از قبیل نام کامل، نشانی، شماره تلفن، نام طرح یا کانتی که علیه شما اقدام کرده، برنامه دستکاری مربوطه، دلیل مفصلی برای اینکه دادرسی می‌خواهید، ارائه دهید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از گیرنده‌ها ارسال کنید:

- به اداره رفاه کانتی در نشانی نشان داده‌شده در اعلامیه.

- به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا (California Department of Social Services):

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- به شعبه دادرسی‌های ایالتی (State Hearings Division) با شماره فکس **1-916-651-5210** یا **1-916-651-2789**.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا با شماره **1-800-743-8525** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-800-952-8349** تماس بگیرند. اگر تصمیم دارید از طریق تلفن «درخواست دادرسی ایالتی» کنید، باید از این موضوع مطلع باشید که خط‌ها خیلی شلوغ هستند.

لازم نیست هزینه‌ای برای دادرسی ایالتی یا IMR پرداخت کنید.

حق دارید هم برای دادرسی ایالتی و هم برای IMR درخواست دهید. ولی اگر ابتدا درخواست دادرسی ایالتی دهید و جلسه دادرسی قبلاً برگزار شده باشد، نمی‌توانید برای IMR درخواست دهید. در این حالت، دادرسی ایالتی تعیین‌کننده نهایی خواهد بود. تصمیمات مربوط به مزایای داروخانه Medi-Cal Rx مشروط به فرآیند IMR نیستند.

بخش‌های زیر اطلاعات بیشتری درباره نحوه درخواست دادرسی ایالتی یا IMR در اختیار شما می‌گذارد.

Kaiser Permanente شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به مزایای داروخانه Medi-Cal Rx را رسیدگی نمی‌کند. می‌توانید شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به مزایای داروخانه Medi-Cal Rx را از طریق تماس با شماره **1-800-977-2273** (TTY **1-800-977-2273** و **5** یا **711**) مطرح کنید. با این حال، شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به مزایای داروخانه که مشروط به Medi-Cal Rx نیستند، ممکن است واجد شرایط «بررسی پزشکی مستقل» باشند. اگر با تصمیمی مربوط به مزایای داروخانه Medi-Cal Rx موافق نیستید، می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» کنید.

توجه: اقلام و خدماتی که تحت «پشتیبانی‌های اجتماعی» دریافت می‌کنید، واجد شرایط IMR نیستند.

«شعبه دادرسی ایالتی» تصمیم خود را به‌صورت کتبی به شما اعلام می‌کند و دلیل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر دفتر «دادرسی ایالتی» به همه یا بخشی از درخواست خدمات یا اقلام پزشکی پاسخ مثبت دهد، باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم این دفتر، خدمات را ارائه دهید یا تأیید کنیم.

- اگر «شعبه دادرسی ایالتی» به همه یا بخشی از درخواست شما پاسخ منفی دهد، یعنی این شعبه موافق است که نباید درخواست شما (یا بخشی از آن را) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی تأیید کنیم. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد.

اگر تصمیم IRO یا «دادرسی ایالتی» برای همه یا بخشی از درخواست شما منفی باشد، حقوق دیگری برای درخواست تجدیدنظر دارید.

اگر «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما به IRO رفته باشد، در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمات یا اقلام مورد نظرتان به حداقل میزان مشخصی برسد. یک ALJ یا قاضی وکیل ارزیابی به «درخواست تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق دیگری را که ممکن است در رابطه با درخواست تجدیدنظر داشته باشید به شما توضیح می‌دهد.

نامه‌ای که از «شعبه دادرسی ایالتی» دریافت می‌کنید، گزینه‌های بعدی را برای درخواست تجدیدنظر توضیح می‌دهد.

برای آگاهی بیشتر در مورد حقوقتان برای درخواست‌های تجدیدنظر پس از «سطح 2» به بخش J مراجعه کنید.

F5. مشکلات مرتبط با پرداخت

ما به ارائه‌دهندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش صورتحسابی به شما بدهند. حتی اگر مبلغی کمتر از آنچه که ارائه‌دهنده برای خدمات یا اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند پردازیم، این روال برای شما برقرار است. شما هیچوقت ملزم به پرداختن تراز هیچ صورتحسابی نیستید. تنها مبلغی که باید از شما خواسته شود که پردازید، پرداخت مشترک برای آمبولانس، دیالیز، و اقلام DME مشخصی است که در «جدول مزایا» در فصل 4 توضیح داده شده‌اند، یا مبلغ سهم هزینه که در فصل 6 توضیح داده شده، در صورتی که دیگر واجد شرایط «مساعده بیشتر» نباشید.

هر گاه صورتحسابی دریافت کردید که فکر می‌کنید بیش از مبلغ پرداخت مشترک برای اقلام و خدمات تحت پوشش است، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. نباید صورتحساب را خودتان پردازید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مسئله را حل می‌کنیم. اگر صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی که قوانین مربوط به دریافت خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید هزینه را استرداد کنید.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید. این فصل مواردی را توضیح می‌دهد که شاید لازم باشد از ما بخواهید تا صورتحسابی را که از ارائه‌دهنده‌ای گرفته‌اید، بازپرداخت کنیم. همچنین نحوه ارسال اسناد کاغذی را برای درخواست پرداخت از ما توضیح می‌دهد.

اگر تقاضای استرداد کنید، یعنی از ما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخته‌اید تحت پوشش هستند و آیا برای استفاده از پوشش خود همه قوانین را دنبال کرده‌اید یا خیر.

- اگر خدمات یا اقلامی که هزینه آن را پرداخته‌اید تحت پوشش باشد و تمامی قوانین را نیز رعایت کرده باشید، ما پرداختی سهم هزینه‌مان از خدمات یا اقلامتان را ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تقاضای شما برایتان ارسال خواهیم کرد.
- اگر هنوز برای خدمات یا اقلام مبلغی پرداخت نکرده‌اید، ما پرداختی را مستقیماً به ارائه‌دهنده می‌پردازیم. وقتی مبلغ را پرداخت کنیم، این امر برابر با پاسخ مثبت به تقاضای شما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش است.
- اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا شما قوانین را رعایت نکرده باشید، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم مبنی بر اینکه هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نخواهیم کرد و علت آن را توضیح می‌دهیم.

اگر به تصمیم ما برای عدم پرداخت اعتراض دارید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. فرآیند درخواست تجدیدنظر شرح داده‌شده در بخش F3 را دنبال کنید. هنگامی که این دستورالعمل‌ها را دنبال می‌کنید، توجه کنید که:

- اگر درخواست تجدیدنظری به ما برای بازپرداخت بدهید، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما پاسخ بدهیم.

- اگر از ما درخواست بازپرداخت برای مراقبت پزشکی را دارید که دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر فوری بدهید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما منفی باشد و Medicare به‌طور معمول هزینه آن خدمات یا اقلام را بپردازد، پرونده شما را به IRO ارسال خواهیم کرد. در صورت انجام این کار به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر IRO تصمیم ما برای رد پرداخت را نقض کند و اعلام کند که باید هزینه را به شما بپردازیم، ما باید پرداخت را ظرف 30 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده ارسال کنیم. در صورتی که پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما در هر سطحی از فرآیند درخواست تجدیدنظر پس از «سطح 2» مثبت بود، ما باید پرداختی را ظرف مدت 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده‌تان ارسال کنیم.

- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، یعنی با عدم تأیید درخواستان از سوی ما موافقت کرده است. این امر «حمایت از تصمیم» یا «رد درخواست تجدیدنظر شما» نام دارد. سپس نامه‌ای دریافت می‌کنید که سایر حقوقی را که ممکن است در رابطه با تجدیدنظر داشته باشید، توضیح می‌دهد. برای آگاهی بیشتر در مورد سطوح بیشتر درخواست تجدیدنظر به بخش J مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما در خصوص خدمات یا اقلامی که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد منفی باشد، می‌توانید خودتان «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش F4 مراجعه کنید.

G. داروهای تجویزی Medicare بخش D

مزایای شما به‌عنوان عضوی از طرح ما شامل پوشش برای بسیاری از داروهای تجویزی است. اغلب این داروها متعلق به بخش Medicare D هستند. تعداد کمی از داروها هستند که بخش Medicare D آن‌ها را پوشش نمی‌دهد، اما ممکن است Medi-Cal پوشش دهد. این بخش فقط در درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به داروهای بخش Medicare D اعمال می‌شود. در ادامه این بخش به‌جای تکرار عبارت «داروی بخش D Medicare»، فقط از واژه «دارو» استفاده می‌کنیم.

برای اینکه داروهایتان تحت پوشش قرار گیرد، باید با توصیه‌ی مورد قبول پزشکی مصرف شود. یعنی مصرف دارویی یا توسط «اتحادیه غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA)» یا با توجه به کتاب‌های مرجع خاصی تأیید می‌شود. برای اطلاعات بیشتر درباره دلالت پذیرفته‌شده از لحاظ پزشکی، به فصل 5 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G1. تصمیمات و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به پوشش بخش Medicare D

در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مرتبط با پوشش‌هایی که از ما برای داروهای بخش Medicare D خود درخواست می‌کنید، آمده است:

- از ما تقاضا می‌کنید که استثناً قائل شویم، که شامل این موارد است:
 - پوشش داروی بخش Medicare D که در «فهرست دارو» طرح ما نیست یا
 - لغو محدودیتی در پوشش طرح برای یک دارو (مانند محدودیت‌های مبلغی که می‌توانید برای دارو دریافت کنید).

- از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود (از قبیل زمانی که دارو در «فهرست دارویی» طرح ما هست اما پیش از پوشش دادن باید آن را برایتان تأیید کنیم).

توجه: لطفاً توجه داشته باشید: اگر داروخانه شما بگوید که نسخه شما به‌طوری که نوشته شده قابل تهیه نیست، داروخانه ابلاغیه‌ای کتبی درباره نحوه تماس با ما به منظور تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی به شما خواهد داد.

تصمیم‌گیری اولیه درباره پوشش داروهای بخش Medicare D شما «تعیین پوشش» نامیده می‌شود.

- از ما تقاضا می‌کنید هزینه دارویی را که پیش از این خریده‌اید پرداخت کنیم. این امر درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش پرداخت است.

اگر با تصمیمی که برای پوشش گرفتیم مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر به پوشش ما بدهید. این بخش، هم نحوه تقاضا برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش و هم درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد. از جدول زیر برای راهنمایی استفاده کنید.

در کدام یک از این وضعیت‌ها قرار دارید؟

<p>به شما گفته‌ایم که داروی خاصی را به شکلی که مدنظر شما است پوشش نخواهیم داد یا هزینه آن را پرداخت نخواهیم کرد.</p> <p>می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. (یعنی از ما تقاضای بازنگری دارید.)</p> <p>به بخش G5 مراجعه کنید.</p>	<p>قصد دارید از ما تقاضا کنید هزینه دارویی را بازگردانیم که آن را قبلاً دریافت و هزینه‌اش را پرداخت کرده‌اید؟</p> <p>می‌توانید از ما تقاضای بازپرداخت کنید. (این موضوع بیانگر نوعی تصمیم‌گیری برای پوشش است.)</p> <p>به بخش G4 مراجعه کنید.</p>	<p>از ما می‌خواهید که دارویی از «فهرست دارویی» خود را پوشش دهیم و فکر می‌کنید که از قوانین یا محدودیت‌های طرح برای دارویی که نیاز دارید (مثلاً دریافت تأییدیه قبلی) تبعیت کرده‌اید؟</p> <p>می‌توانید از ما برای تعیین پوشش تقاضا کنید.</p> <p>به بخش G4 مراجعه کنید.</p>	<p>به دارویی نیاز دارید که در «فهرست دارویی» ما نیست یا می‌خواهید که قانون یا محدودیت برای یک داروی تحت پوشش را لغو کنیم؟</p> <p>می‌توانید از ما تقاضا کنید که استثنا قائل شویم. (این موضوع بیانگر نوعی تصمیم‌گیری برای پوشش است.)</p> <p>با بخش G2، شروع کنید، سپس به بخش‌های G3 و G4 مراجعه کنید.</p>
---	--	---	--

G2. موارد استثنای بخش Medicare D

اگر دارویی را به شکلی که شما می‌خواهید پوشش ندهیم، می‌توانید از ما تقاضای «استثنا» کنید. اگر تقاضای شما برای استثنا را رد کنیم، می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. هنگامی که تقاضای استثنا می‌کنید، پزشک یا تجویزکننده‌تان باید دلایل پزشکی نیاز به تأیید استثنا را توضیح دهد.

تقاضا برای پوشش دارویی که در «فهرست دارویی» ما نیست یا لغو محدودیت دارویی گاهی «استثنا دارونامه» نامیده می‌شود.

در اینجا برخی از استثنائاتی آمده است که شما، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر از ما تقاضا می‌کنند:

پوشش دادن دارویی که در «فهرست داروها» ما نیست

- اگر ما با استثنا قائل شدن و پوشش دارویی که در «فهرست دارویی» ما نیست توافق کنیم، باید مبلغ پرداخت مشترک خود را که برای همه داروهایمان اعمال می‌شود بپردازید.
- امکان تقاضای استثنا برای مبلغ پرداخت مشترکی که برای دارو الزامی است، وجود ندارد.

برداشتن محدودیت یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های بیشتری برای داروهای خاصی در «فهرست دارویی» ما اعمال می‌شود (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 از کتابچه راهنمای اعضا خود مراجعه کنید).
- قوانین و محدودیت‌های بیشتر برای پوشش انواع خاصی از دارو شامل موارد زیر است:
 - الزام به استفاده از نسخه‌های ژنریک یک دارو به جای داروهای برند.
 - کسب تأییدیه قبلی ما پیش از اینکه برای پوشش دارو برای شما توافق کنیم. این مورد گاهی «مجوز قبلی» (PA) نامیده می‌شود.

G3. نکات مهمی که باید درباره درخواست یک مورد استثنا بدانید

پزشکتان یا فردی که دارو را تجویز کرده است باید دلایل پزشکی را به ما اطلاع دهد.

پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید اظهاریه‌ای مبنی بر دلایل پزشکی برای تقاضای استثناء به ما ارائه دهد. هنگامی که تقاضای استثنا دارید، برای تصمیم‌گیری سریع‌تر، این اطلاعات پزشکی به دست آمده از پزشک یا تجویزکننده دیگر را مطرح کنید.

«فهرست دارویی» ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان هر عارضه خاص است. این داروها، داروهای «جایگزین» نام دارند. اگر داروی جایگزینی به همان اندازه دارویی که تقاضا دارید مؤثر باشد و عوارض جانبی بیشتر یا مشکلات سلامتی دیگر ایجاد نکند، عموماً تقاضای شما برای استثنا را تأیید نمی‌کنیم.

ما می‌توانیم به تقاضای شما پاسخ «مثبت» یا «منفی» بدهیم.

- اگر به درخواست شما برای استثنای پاسخ مثبت بدهیم، استثنای معمولاً تا پایان سال تقویمی معتبر است. این مسئله تا زمانی صادق است که پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو در درمان عارضه شما همچنان ایمن و مؤثر باشد.
 - اگر به استثنای پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای آگاهی بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر در صورتی که پاسخ منفی بدهیم، به بخش G5 مراجعه کنید.
- بخش بعد نحوه درخواست تعیین پوشش، شامل یک مورد استثنای را به شما توضیح می‌دهد.

G4. درخواست برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش، از جمله استثنای

- از طریق تماس با «خدمات اعضا»، مکاتبه یا فکس به ما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش مدنظر خود درخواست کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به مطالبه خود را قید کنید.
 - شما یا پزشکتان (یا تجویزکننده دیگر) یا فردی که از طرف شما اقدام می‌کند، می‌توانید برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش درخواست بدهید. همچنین می‌توانید وکیلی را برای اقدام از طرف خود به کار بگیرید.
 - برای اطلاع از نحوه معرفی شخصی به‌عنوان نماینده خود، به بخش E3 مراجعه کنید.
 - برای اینکه پزشکتان یا تجویزکننده دیگر از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش کنند، نیازی نیست به آن‌ها مجوز کتبی بدهید.
 - اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه دارویی را بازپرداخت کنیم، به فصل 7 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - اگر تقاضای استثنای دارید، «اظهاریه‌ای پشتیبان» به ما بدهید. اظهاریه پشتیبان شامل دلایل پزشکی توسط پزشک یا تجویزکننده دیگران برای درخواست استثنای است.
 - پزشکتان یا تجویزکننده دیگر می‌تواند اظهاریه پشتیبان را برای ما فکس یا پست کند. همچنین می‌تواند اظهاریه را از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس فکس یا پست کنند.
- در صورتی که «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» برای وضعیت سلامتی شما ضروری است، از ما بخواهید که این کار را انجام دهیم.**
- ما از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه برای استفاده از «مهلت زمانی سریع» توافق کنیم.
- **تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش** به این معناست که ظرف 72 ساعت پس از دریافت اظهاریه پزشکتان پاسخی به شما خواهیم داد.
 - **تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش** به این معناست که ظرف 24 ساعت پس از دریافت اظهاریه پزشکتان پاسخی به شما خواهیم داد.

«تصمیم‌گیری برای پوشش سریع»، «تعیین پوشش تسریع‌شده» نام دارد.

در صورتی می‌توانید از ما تقاضای تصمیم‌گیری سریع برای پوشش کنید که:

- برای دارویی است که آن را نگرفته‌اید. اگر تقاضای بازپرداخت برای دارویی را دارید که پیش از این خریده‌اید، نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش کنید.
- رعایت مهلت‌های استاندارد منجر به صدمات جدی به سلامت یا توانایی عملکرد شما شود.

اگر پزشکتان یا تجویزکننده دیگر به ما اطلاع دهد که حفظ سلامت شما مستلزم دریافت «تصمیم‌گیری سریع برای پوشش» است، ما موافقت کرده و آن را به شما ارائه می‌دهیم. نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را به شما اطلاع می‌دهد.

- اگر بدون پشتیبانی پزشکتان یا تجویزکننده دیگر تقاضای تصمیم‌گیری برای پوشش سریع دارید، ما تعیین می‌کنیم که آیا حفظ سلامت شما مستلزم تصمیم‌گیری سریع برای پوشش است یا خیر.
- اگر تشخیص دهیم که شرایط پزشکی شما با شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع برای پوشش مطابقت ندارد، در عوض از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
 - نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را به شما اطلاع می‌دهد. این نامه همچنین نحوه طرح شکایت درباره تصمیم ما را اطلاع می‌دهد.
 - می‌توانید شکایت سریع مطرح کنید تا ظرف 24 ساعت به شما پاسخ داده شود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره طرح شکایات، شامل شکایات سریع، به بخش K مراجعه کنید.

مهلت‌های زمانی تصمیم‌گیری سریع برای پوشش

- هنگامی که از مهلت‌های زمانی سریع استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 24 ساعت از دریافت درخواستتان به شما اطلاع دهیم. اگر تقاضای استثنا دارید، پس از اینکه اظهاریه پشتیبان پزشکتان را دریافت کنیم ظرف 24 ساعت پاسخی به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما، ما را ملزم به چنین کاری کند، پاسخ خود را زودتر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، درخواست شما را جهت بررسی توسط IRO به «سطح 2» فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست تجدیدنظر سطح 2»، به بخش G6 مراجعه کنید.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستتان پاسخ مثبت بدهیم، باید ظرف 24 ساعت از دریافت تقاضایتان یا اظهاریه پشتیبان پزشک، پوشش را برای شما ارائه کنیم.
- اگر به تمامی درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر بدهید.

مهلت‌های زمانی برای «تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش» در خصوص دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- هنگامی که از مهلت‌های زمانی استاندارد استفاده کنیم، باید پاسخ خود را ظرف 72 ساعت از دریافت درخواستتان به شما اطلاع دهیم. اگر تقاضای استثنا دارید، پس از اینکه اظهاریه پشتیبان پزشکتان را دریافت کنیم ظرف 72 ساعت پاسخی به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما، ما را ملزم به چنین کاری کند، پاسخ خود را زودتر به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، درخواست شما را جهت بررسی توسط IRO به «سطح 2» فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستتان پاسخ مثبت بدهیم، باید ظرف 72 ساعت از دریافت تقاضایتان یا اظهاریه پشتیبان پزشک برای استثنا، پوشش را برای شما ارائه کنیم.
- اگر به تمامی درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های زمانی برای «تصمیم‌گیری استاندارد برای پوشش» در خصوص دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- باید ظرف 14 روز تقویمی از دریافت تقاضایتان، پاسخ خود را اعلام کنیم.
- اگر این مهلت زمانی را رعایت نکنیم، ملزم به ارسال درخواست شما به «سطح 2» فرآیند تجدیدنظر جهت بررسی توسط «سازمان بررسی مستقل» هستیم.
- اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از تقاضایتان مثبت باشد، ظرف 14 روز تقویمی هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به تمامی درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ منفی دهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

G5. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1

درخواست تجدیدنظر نسبت به طرح ما درباره تصمیم‌گیری برای پوشش داروی بخش Medicare D «تعیین مجدد» طرح نامیده می‌شود.

- ثبت درخواست تجدیدنظر استاندارد یا فوری خود نزد ما را از طریق تماس با شماره **1-866-206-2973**، مکاتبه یا ارسال فکس شروع کنید. شما، نماینده شما یا پزشک شما می‌تواند این کار را انجام دهد. لطفاً نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را قید کنید.
 - باید ظرف **60 روز تقویمی** تاریخ نامه‌ای که برای اعلام تصمیم‌تان برای شما فرستادیم، درخواست تجدیدنظر بدهید.
 - اگر مهلت زمانی را از دست بدهید و دلیل منطقی برای از دست دادن این فرصت داشته باشید، مهلت بیشتری برای تجدیدنظر به شما خواهیم داد. مثال‌هایی از دلیل منطقی این است که بیماری جدی داشتید یا اطلاعات اشتباهی در مورد مهلت زمانی به شما داده‌ایم. هنگام درخواست تجدیدنظر دلیل اینکه چرا دیر این کار را انجام دادید، توضیح دهید.
 - حق دارید یک نسخه از اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر خود را به صورت رایگان از ما بخواهید. شما و پزشکتان نیز می‌توانید اطلاعات دیگری برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود به ما بدهید.
- اگر برای حفظ سلامتتان لازم است این کار را انجام دهید، باید درخواست تجدیدنظر فوری دهید.

درخواست تجدیدنظر فوری همچنین «تعیین مجدد تسریع‌شده» نامیده می‌شود.

- اگر برای تصمیم ما در خصوص دارویی که دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر دارید، شما و پزشک شما یا تجویزکننده دیگری باید تعیین کنید که آیا به تجدیدنظر فوری نیاز دارید یا خیر.
 - الزامات درخواست تجدیدنظر فوری به همان صورت تصمیم‌گیری سریع برای پوشش است. برای کسب اطلاعات بیشتر، به بخش **G4** مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.
- درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و با دقت تمامی اطلاعات مربوط به تقاضایتان برای پوشش را بررسی می‌کنیم.
 - بررسی می‌کنیم که آیا هنگام دادن پاسخ منفی به تقاضای شما، قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
 - ممکن است با پزشک شما یا خود شما یا تجویزکننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم.

مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر فوری «سطح 1»

- اگر از مهلت‌های زمانی درخواست تجدیدنظر فوری استفاده کنیم، باید پاسخ خود را **ظرف 72 ساعت** از دریافت درخواست تجدیدنظر به شما اطلاع دهیم.
 - اگر وضعیت سلامت شما، ما را ملزم به چنین کاری کند، پاسخ خود را زودتر به شما اطلاع می‌دهیم.
 - اگر ظرف 72 ساعت پاسخی به شما ندهیم، باید درخواست تجدیدنظر شما را به فرآیند «سطح 2» ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاع درباره سازمان بررسی و درخواست‌های تجدیدنظر «سطح 2»، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستان **پاسخ مثبت** بدهیم، باید ظرف 72 ساعت از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پوشش مراقبت پزشکی را ارائه کنیم.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستان **پاسخ منفی** بدهیم، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن دلایل رد درخواست و نحوه طرح درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهیم.

مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد «سطح 1»

- اگر از مهلت‌های زمانی استاندارد استفاده کنیم، باید پاسخ شما را **ظرف 7 روز تقویمی** از دریافت درخواست تجدیدنظر شما در رابطه با دارویی دریافت نکرده‌اید، به شما اطلاع دهیم.
 - اگر دارو را دریافت نکردید و وضعیت سلامتتان مستلزم مصرف آن است، تصمیمان را زودتر اطلاع خواهیم داد. اگر معتقدید وضعیت سلامتی شما اینگونه ایجاب می‌کند، درخواست تجدیدنظر فوری کنید.
 - اگر ظرف 7 روز تقویمی تصمیمان را به شما اطلاع ندهیم، باید درخواست تجدیدنظر شما را به فرآیند «سطح 2» ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاع درباره سازمان بررسی و درخواست‌های تجدیدنظر «سطح 2»، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر به تقاضای شما یا بخشی از آن پاسخ **مثبت** بدهیم:
- ما باید فوراً بر حسب نیاز شما برای حفظ سلامتتان و ظرف **حداکثر 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم، ارائه دهیم.
 - ما باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید به شما **بپردازیم**.
- اگر به تقاضای شما یا بخشی از آن پاسخ **منفی** بدهیم:
- نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن دلایل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهیم.
 - باید ظرف **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر پاسخی درباره بازپرداخت دارویی که خریده‌اید، به شما بدهیم.
 - اگر ظرف 14 روز تقویمی تصمیمان را به شما اطلاع ندهیم، باید درخواست تجدیدنظر شما را به فرآیند «سطح 2» ارسال کنیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاع درباره سازمان بررسی و درخواست‌های تجدیدنظر «سطح 2»، به **بخش G6** مراجعه کنید.
 - اگر پاسخ ما به همه یا بخشی از درخواستان **مثبت** باشد، باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواستان هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.
 - اگر به همه یا بخشی از درخواستان **پاسخ منفی** بدهیم، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن دلایل رد درخواست و نحوه طرح درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهیم.

G6. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر به «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما پاسخ **منفی** دهیم، می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدیدنظر دیگری کنید. اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر کنید، از فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 2» استفاده کنید. **IRO** تصمیم **منفی** ما را در رابطه با درخواست تجدیدنظر اول شما بررسی می‌کند. این سازمان تعیین می‌کند که آیا باید تصمیممان را تغییر دهیم یا خیر.

نام رسمی «سازمان بررسی مستقل» (IRO) «**نهاد بررسی مستقل**» است که گاهی «**IRE**» نامیده می‌شود.

برای ارائه «درخواست تجدیدنظر سطح 2»، شما، نماینده یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر باید به صورت **کتبی** با IRO مکاتبه کنید و برای بررسی پرونده درخواست بدهید.

- اگر به «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما پاسخ **منفی** دهیم، نامه‌ای که برایتان ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی درباره نحوه ارائه «درخواست تجدیدنظر سطح 2»** از IRO می‌شود. این راهنما به شما توضیح می‌دهد که چه کسی می‌تواند «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بدهد، مهلت‌های زمانی که باید رعایت کنید چگونه است و چطور به سازمان دسترسی پیدا کنید.
- هنگامی که به IRO درخواست تجدیدنظر ارائه می‌دهید، ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را به این سازمان ارسال می‌کنیم. این اطلاعات «فایل پرونده» شما نام دارد. **حق دارید یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود را درخواست کنید.**
- شما این حق را دارید که برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، اطلاعات تکمیلی به IRO ارائه دهید.
- IRO «درخواست تجدیدنظر سطح 2» بخش Medicare D شما را بررسی و پاسخ خود را به صورت کتبی به شما اعلام می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره IRO، به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر فوری «سطح 2»

- اگر برای حفظ سلامتتان لازم است، به IRO درخواست تجدیدنظر فوری دهید.
- اگر با درخواست تجدیدنظر فوری موافقت کنند، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تقاضای تجدیدنظرتان پاسخ دهد.
- اگر به همه یا بخشی از درخواستتان پاسخ مثبت بدهند، باید **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO، پوشش دارویی را که با آن موافقت کرده‌ایم، ارائه دهیم.

مهلت‌های زمانی برای درخواست تجدیدنظر استاندارد «سطح 2»

اگر درخواست تجدیدنظری استاندارد در «سطح 2» دارید، IRO باید بر اساس موارد زیر به شما پاسخ بدهد:

- **ظرف 7 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
 - **ظرف 14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظرتان برای بازپرداخت دارویی که خریده‌اید.
- اگر IRO به درخواست شما یا بخشی از آن پاسخ مثبت بدهد:
- ما باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO، پوشش داروی تأییدشده را ارائه دهیم.
 - باید **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم.
 - اگر IRO به درخواست تجدیدنظرتان پاسخ **منفی** دهد، یعنی این سازمان با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافقت کرده است. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد.

اگر IRO به «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما پاسخ منفی دهد، در صورتی که ارزش دلاری پوشش داروی درخواستی شما به سقف حداقل ارزش دلاری برسد، حق «درخواست تجدیدنظر سطح 3» دارید. اگر ارزش دلاری پوشش داروی درخواستی شما کمتر از حداقل لازم باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری بدهید. در این صورت، رأی «درخواست تجدیدنظر سطح 2» نهایی است. IRO نامه‌ای برای شما ارسال می‌کند که حداقل ارزش دلاری لازم برای ادامه فرآیند از طریق «درخواست تجدیدنظر سطح 3» را به شما اطلاع می‌دهد. اگر ارزش دلاری درخواستتان با معیار مطابقت داشته باشد، می‌توانید انتخاب کنید که درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از درخواست «سطح 2»، سه سطح دیگر از فرآیندهای درخواست تجدیدنظر وجود دارد.
- اگر IRO به «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما پاسخ منفی دهد و شرایط لازم جهت ادامه فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر را داشته باشید:
 - شما تعیین می‌کنید که آیا قصد «درخواست تجدیدنظر سطح 3» دارید یا خیر.
 - برای اطلاع از نحوه ارائه «درخواست تجدیدنظر سطح 3»، به نامه‌ای که IRO پس از «درخواست تجدیدنظر سطح 2» برایتان ارسال کرده است مراجعه کنید.
- یک ALJ یا وکیل ارزیابی به «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5»، به بخش J مراجعه کنید.

H. درخواست از ما برای پوشش هزینه بستری بیمارستانی طولانی‌تر

هنگامی که در بیمارستانی پذیرش می‌شوید، حق دارید تمامی خدمات بیمارستانی را که پوشش می‌دهیم و برای تشخیص و درمان صدمات یا بیماری شما ضروری هستند، دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستان در طرح ما، به فصل 4 از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

طی اقامت بیمارستانی تحت پوشش، پزشک شما و کارکنان بیمارستان در جهت آماده‌سازی شما برای روزی که از بیمارستان مرخص می‌شوید، تلاش می‌کنند. آن‌ها همچنین در هماهنگی برای مراقبت‌هایی که ممکن است پس از ترخیص نیاز داشته باشید، کمک می‌کنند.

- روزی که بیمارستان را ترک کنید، «تاریخ ترخیص» نام دارد.
 - پزشک یا کارکنان بیمارستان تاریخ ترخیصتان را به شما اطلاع می‌دهند.
- اگر معتقد هستید که خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید یا در مورد مراقبت خود پس از ترک بیمارستان نگران هستید، می‌توانید تقاضای اقامت بیمارستانی طولانی‌تری کنید. این بخش نحوه تقاضا را برای شما توضیح می‌دهد.
- با وجود اینکه درباره درخواست‌های تجدیدنظر در بخش H بحث شده است، شما می‌توانید شکایتی در DMHC طرح کنید و از این اداره درخواست «بررسی مستقل پزشکی» نمایید تا همچنان در بیمارستان بستری بمانید. برای اطلاع از نحوه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، لطفاً به بخش F4 مراجعه کنید. می‌توانید علاوه بر «درخواست تجدیدنظر سطح 3» یا به جای آن «بررسی پزشکی مستقل» بخواهید.

H1. اطلاع از حقوقتان با Medicare

طی دو روز پس از اینکه در بیمارستان پذیرش شدید، فردی در بیمارستان مانند پرستار یا مددکار پرونده ابلاغیه‌ای کتبی با عنوان «پیامی مهم از Medicare درباره حقوقتان» به شما می‌دهد. هر شخصی که Medicare دارد هر زمانی که در بیمارستانی پذیرش شود، یک نسخه از این ابلاغیه را دریافت می‌کند.

اگر ابلاغیه را دریافت نکردید، می‌توانید از هر کارمندی در بیمارستان آن را تقاضا کنید. اگر به راهنمایی نیاز دارید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با **MEDICARE-1-800 (1-800-633-4227)**، تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.

- این ابلاغیه را به دقت بخوانید و اگر متوجه آن نمی‌شوید سؤال کنید. این ابلاغیه درباره حقوق شما به عنوان یک بیمار در بیمارستان توضیح می‌دهد، از قبیل حقوقتان برای:
 - دریافت خدمات تحت پوشش Medicare طی مدت اقامت در بیمارستان و پس از آن. حق دارید بدانید این خدمات چه مواردی هستند، چه کسی هزینه آن‌ها را می‌پردازد و کجا می‌توانید خدمات را دریافت کنید.
 - در هر تصمیمی که درباره طول مدت اقامتتان در بیمارستان گرفته می‌شود، مشارکت داشته باشید.
 - بدانید که دغدغه‌های خود درباره کیفیت مراقبت بیمارستانی را به کجا گزارش دهید.
 - درخواست تجدیدنظر، در صورتی که معتقد هستید خیلی زود از بیمارستان مرخص شده‌اید.
- ابلاغیه را امضا کنید تا نشان دهید آن را گرفته‌اید و از حقوق خود مطلع هستید.
 - شما یا کسی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌توانید ابلاغیه را امضا کنید.
 - امضا کردن ابلاغیه تنها نشان می‌دهد که اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنا نیست که با تاریخ ترخیصی که پزشکتان یا کارکنان بیمارستان به شما گفته‌اند، موافق هستید.
- نسخه‌ای از ابلاغیه امضا شده را برای خود نگه دارید تا در صورت لزوم اطلاعات مورد نیاز خود را داشته باشید.
 - اگر بیشتر از دو روز قبل از ترخیص از بیمارستان نامه را امضا کنید، پیش از ترخیص از بیمارستان نسخه دیگری دریافت خواهید کرد.
- با اقدامات زیر می‌توانید از قبل به یک نسخه از ابلاغیه نگاهی بیاندازید:
 - از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید
 - از طریق شماره **MEDICARE-1-800 (1-800-633-4227)** 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
 - از **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices** بازدید کنید.

H2. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر از ما می‌خواهید که خدمات بستری بیمارستانی را برای مدت طولانی‌تری برایتان پوشش دهیم، درخواست تجدیدنظر کنید. «سازمان بهبود کیفیت» (QIO) برای اطلاع از اینکه تاریخ ترخیص برنامهریزی شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است یا خیر، «درخواست تجدیدنظر سطح 1» را بررسی می‌کند.

QIO متشکل از گروهی از پزشکان و دیگر متخصصین مراقبت از سلامت است که دولت فدرال بودجه آن را تأمین می‌کند. این متخصصان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و آن را ارتقا می‌دهند. این متخصصان عضو طرح ما نیستند.

QIO در کالیفرنیا Livanta است. از طریق این شماره با آنها تماس بگیرید: **1-877-588-1123**. اطلاعات تماس در ابلاغیه «پیامی مهم از Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** آمده است.

پیش از خروج از بیمارستان و حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده با QIO تماس بگیرید.

- اگر پیش از ترک بیمارستان تماس بگیرید، می‌توانید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده خود و در طول مدتی که منتظر تصمیم QIO درباره درخواست تجدیدنظرتان هستید، بدون پرداخت هزینه در بیمارستان بمانید.
- اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید، و تصمیم به ماندن در بیمارستان پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده بگیرید، ممکن است تمامی هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را که پس از تاریخ ترخیص دریافت می‌کنید بپردازید.
- اگر مهلت زمانی تماس با QIO جهت درخواست تجدیدنظر را از دست دادید، مستقیماً از طریق طرح ما درخواست تجدیدنظر کنید. جهت آگاهی بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر برای ما، به **بخش G4** مراجعه کنید.
- به‌دلیل اینکه بستری در بیمارستان هم تحت پوشش Medicare و هم تحت پوشش Medi-Cal است، اگر QIO درخواست شما را برای ادامه بستری در بیمارستان نادیده گرفته است، یا فکر می‌کنید که وضعیت شما اضطراری است، تهدیدی قریب‌الوقوع و جدی برای سلامتتان ایجاد می‌کند یا دردی شدید دارید، می‌توانید به اداره مراقبت از سلامت هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) شکایت و از آن درخواست «بررسی پزشکی مستقل» کنید. برای اطلاع از نحوه طرح شکایت و درخواست از DMHC برای «بررسی پزشکی مستقل»، لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید.

در صورت نیاز، درخواست راهنمایی کنید. اگر در هر زمانی نیاز به راهنمایی یا سؤالی دارید:

- از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره **1-800-434-0222** تماس بگیرید.

تقاضای «بررسی سریع» کنید. فوراً اقدام کنید و برای درخواست بررسی فوری ترخیص خود از بیمارستان، با QIO تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» «بررسی بی‌درنگ» یا «بررسی تسریع‌شده» است.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولان بررسی QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده ادامه پیدا کند. شما ملزم به نوشتن اظهاریه نیستید، اما این کار اختیاری است.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی می‌کنند، با پزشکتان صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که طرح ما و بیمارستان به آن‌ها داده بررسی می‌کنند.
- تا ظهر فردای روزی که مسئولان بازبینی درباره درخواست تجدیدنظر شما به طرح ما اطلاع‌رسانی کنند، نامه‌های حاوی تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده‌تان دریافت می‌کنید. این نامه همچنین دلایل اینکه چرا پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که تاریخ قبلی از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است را عنوان می‌کند.

اصطلاح حقوقی برای این توضیح کتبی «**اِبلَاغِیَه مَفْصَل تَرْخِیص**» است. می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» با شماره‌های پایین صفحه یا **1-800-MEDICARE** یا **1-800-633-4227** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته یک نسخه از آن را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید از طریق **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices** به صورت آنلاین به اِبلَاغِیَه نمونه دسترسی داشته باشید.

ظرف یک روز کامل پس از دریافت همه اطلاعات مورد نیاز، QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ می‌دهد.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آن‌ها معتقدند که تاریخ برنامه‌ریزی شده برای ترخیص شما از لحاظ پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان، ظهر فردای روزی که QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ دهد به پایان می‌رسد.
- ممکن است مجبور باشید پس از ظهر فردای روزی که QIO به درخواست تجدیدنظرتان پاسخ می‌دهد، هزینه کامل مراقبت‌های بیمارستانی را پرداخت کنید.
- اگر QIO «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما را رد کند و پس از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده در بیمارستان بمانید، می‌توانید «درخواست تجدیدنظر سطح 2» کنید.

H3. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2»، از QIO درخواست می‌کنید که دوباره به تصمیم گرفته شده در رابطه با «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما نگاهی بیندازد. از طریق این شماره با آنها تماس بگیرید: **1-877-588-1123**.

باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما پاسخ منفی داده است، درخواست بررسی بدهید. شما فقط در صورتی که پس از تاریخ اتمام پوشش برای خدمات مراقبتی در بیمارستان بمانید، می‌توانید برای این بررسی درخواست بدهید.

مسئولان بررسی QIO:

- تمامی اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را دوباره به دقت مطالعه می‌کنند.
 - تصمیم خود را در مورد «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما اطلاع می‌دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را از ظهر فردای تاریخی که QIO درخواست تجدیدنظر سطح 1 را رد کرده است، به شما بازپرداخت کنیم.
 - ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.

اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:

- آن‌ها با تصمیمی که در «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما گرفته‌اند موافق هستند و قصد تغییر آن را ندارند.
- آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند مبنی بر اینکه اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرها را ادامه دهید و «درخواست تجدیدنظر سطح 3» بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- همچنین می‌توانید برای ادامه اقامت خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید یا از آن‌ها تقاضای «بررسی پزشکی مستقل» کنید. برای اطلاع از نحوه طرح شکایت و درخواست از DMHC برای «بررسی پزشکی مستقل»، لطفاً به بخش E4 مراجعه کنید.

یک ALJ یا وکیل ارزیابی به «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5»، به بخش J مراجعه کنید.

H4. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین

مهلت زمانی تماس با QIO برای «درخواست تجدیدنظر سطح 1»، ظرف 60 روز یا حداکثر تا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده برای شما است. اگر مهلت زمانی «درخواست تجدیدنظر سطح 1» را از دست بدهید، می‌توانید از فرآیند «درخواست تجدیدنظر جایگزین» استفاده کنید.

با «خدمات اعضا» با شماره‌های انتهای صفحه تماس بگیرید و یک نسخه از «بررسی سریع» تاریخ ترخیص از بیمارستان خود را از ما بخواهید.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «درخواست تجدیدنظر سریع»، «درخواست تجدیدنظر تسریع شده» است.

- ما تمامی اطلاعات مربوط به اقامت بیمارستانی شما را مطالعه می‌کنیم.
- ما تصمیم اول را بررسی می‌کنیم که عادلانه و مطابق قوانین بوده باشد.
- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر فوری شما پاسخ مثبت دهیم:
- ما موافق هستیم که باید بعد از تاریخ ترخیص در بیمارستان بمانید.
- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.
- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر فوری شما پاسخ منفی دهیم:
- با این موضوع موافق هستیم که تاریخ برنامه‌ریزی شده برای ترخیص شما از لحاظ پزشکی مناسب است.
- پوشش ما برای خدمات بستری شما در بیمارستان در تاریخی که به شما گفته‌ایم، به پایان می‌رسد.
- پس از این تاریخ، هیچگونه سهم هزینه‌ای را نمی‌پردازیم.
- اگر همچنان در بیمارستان بمانید، مجبور به پرداخت تمامی هزینه‌های مراقبت بیمارستانی خواهید بود که پس از تاریخ ترخیص دریافت کردید.
- برای اطمینان از اینکه از قوانین پیروی کرده باشیم، درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال می‌کنیم. در اینصورت، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 2» می‌رود.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

H5. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

ما اطلاعات «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما را ظرف 24 ساعت پس از ارائه پاسخ منفی به «درخواست تجدیدنظر سطح 1»، به IRO ارسال می‌کنیم. این کار را به‌صورت خودکار انجام می‌دهیم. لازم نیست شما کاری انجام دهید.

اگر فکر می‌کنید ما این مهلت زمانی یا هر مهلت زمانی دیگری را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید شکایت طرح کنید. برای آگاهی بیشتر در مورد طرح شکایات، به بخش K مراجعه کنید.

IRO بررسی فوری درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آن‌ها دوباره با دقت تمامی اطلاعات مربوط به ترخیص شما از بیمارستان را بررسی می‌کنند و معمولاً ظرف 72 ساعت به شما پاسخی می‌دهند.

اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
 - ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- با این موضوع موافق هستند که تاریخ برنامه‌ریزی شده برای ترخیص شما از بیمارستان از لحاظ پزشکی مناسب است.
 - آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند مبنی بر اینکه اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرها را ادامه دهید و «درخواست تجدیدنظر سطح 3» بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- یک ALJ یا وکیل ارزیابی به «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5»، به بخش J مراجعه کنید.
- همچنین می‌توانید برای ادامه اقامت خود در بیمارستان شکایتی را به DMHC ارسال کنید و از آن‌ها تقاضای «بررسی پزشکی مستقل» کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، لطفاً به بخش F4 مراجعه کنید. می‌توانید علاوه بر «درخواست تجدیدنظر سطح 3» یا به جای آن «بررسی پزشکی مستقل» بخواهید.

ا. درخواست از ما برای ادامه پوشش خدمات پزشکی خاص

این بخش تنها درباره سه نوع از مراقبت‌هایی است که شاید دریافت می‌کنید:

- خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل.
 - مراقبت‌های پرستاری تخصصی در مرکز آسایشگاهی تخصصی و
 - مراقبت‌های توانبخشی به‌عنوان یک بیمار سرپایی در CORF مورد تأیید Medicare. یعنی معمولاً به‌دلیل سانحه یا بیماری مراقبت درمانی دریافت می‌کنید یا در حال بهبودی پس از جراحی سنگین هستید.
- با هر یک از این سه نوع خدمات، تا زمانی حق دریافت خدمات تحت پوشش را دارید که پزشک می‌گوید به آن‌ها نیاز دارید.

هنگامی که تصمیم به قطع پوشش هر کدام از این خدمات بگیریم، باید پیش از اینکه خدماتتان پایان یابد، به شما اطلاع دهیم. هنگامی که پوشش شما برای این مراقبت به پایان می‌رسد، دیگر هزینه‌ای برای آن نمی‌پردازیم.

اگر معتقد هستید که خیلی زود به پوشش مراقبتی شما پایان داده‌ایم، می‌توانید درباره تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش نحوه تقاضای تجدیدنظر را برای شما توضیح می‌دهد.

11. ابلاغیه قبلی پیش از اینکه پوشش برای شما به پایان برسد

ابلاغیه‌ای کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که آن را حداقل دو روز قبل از اینکه پرداخت برای خدمات شما را متوقف کنیم، دریافت خواهید کرد. این «ابلاغیه عدم پوشش Medicare» نامیده می‌شود. این ابلاغیه به شما می‌گوید که چه زمانی پوشش مراقبت از شما را متوقف خواهیم کرد و چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

برای اینکه نشان دهید که ابلاغیه را دریافت کرده‌اید، شما یا نماینده‌تان باید آن را امضا کنید. امضا کردن ابلاغیه فقط نشان می‌دهد که اطلاعات را دریافت کرده‌اید. امضا کردن به این معنا نیست که با تصمیم ما موافق هستید.

12. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر معتقد هستید که خیلی زود به پوشش مراقبتی شما پایان داده‌ایم، می‌توانید درباره تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. این بخش اطلاعاتی درباره فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 1» و کاری که باید انجام دهید ارائه می‌دهد.

- مهلت‌های زمانی را رعایت کنید. مهلت‌های زمانی مهم هستند. از مهلت‌های زمانی که برای کارهای لازم اعمال می‌شوند مطلع باشید و آن‌ها را رعایت کنید. طرح ما نیز باید از مهلت‌های زمانی پیروی کند. اگر فکر می‌کنید ما این مهلت‌های زمانی را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت طرح کنید. برای آگاهی بیشتر در مورد شکایات، به بخش K مراجعه کنید.
- در صورت نیاز، درخواست راهنمایی کنید. اگر در هر زمانی نیاز به راهنمایی یا سوالی دارید:
 - از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
 - با HICAP از طریق شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.
 - با QIO تماس بگیرید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آنها، به بخش H2 یا به فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
 - از آن‌ها بخواهید که درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کنند و تعیین کنند که آیا تصمیم طرح ما عوض شود یا خیر.
 - فوراً اقدام کنید و درخواست تجدیدنظر فوری کنید. از QIO بپرسید آیا از لحاظ پزشکی مناسب است که پوشش خدمات پزشکی شما را به پایان برسانیم یا خیر.

مهلت زمانی شما برای تماس با این سازمان

- برای شروع درخواست تجدیدنظر باید تا ظهر روز پیش از تاریخ اجرای «ابلاغیه عدم پوشش Medicare» ارسال شده برای شما، با QIO تماس بگیرید.
- اگر مهلت زمانی تماس با QIO را از دست دادید، می‌توانید به‌جای آن درخواست تجدیدنظر را مستقیماً به ما ارائه دهید. برای اطلاع از نحوه انجام این کار، به بخش 14 مراجعه کنید.

- اگر QIO درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات مراقبت از سلامتتان را نادیده بگیرد یا فکر می‌کنید که وضعیت شما اضطراری است یا تهدیدی قریب‌الوقوع و جدی برای سلامت شما است یا اگر دردی شدید دارید، می‌توانید شکایتی در اداره مراقبت از سلامت هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) طرح و از آن اداره درخواست «بررسی مستقل پزشکی» کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست «بررسی مستقل پزشکی» از DMHC، لطفاً به بخش F4 مراجعه کنید.

اصطلاح حقوقی برای این ابلاغیه کتبی «ابلاغیه عدم پوشش Medicare» است. می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» با شماره‌های پایین صفحه یا تماس با Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، یک نسخه نمونه را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا در www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices یک کپی آنلاین دریافت کنید.

در طول درخواست تجدیدنظر با پیگیری سریع چه اتفاقی می‌افتد

- مسئولان بررسی QIO از شما یا نماینده‌تان می‌پرسند که چرا فکر می‌کنید پوشش باید ادامه پیدا کند. شما ملزم به نوشتن اظهاریه نیستید، اما این کار اختیاری است.
- بازبین‌ها اطلاعات پزشکی شما را بررسی می‌کنند، با پزشکتان صحبت می‌کنند و اطلاعاتی را که طرح ما به آنها داده بررسی می‌کنند.
- طرح ما همچنین یک ابلاغیه کتبی برای شما ارسال می‌کند که دلایل ما برای پایان دادن به پوشش خدمات شما را توضیح می‌دهد. شما این ابلاغیه را تا پایان روزی دریافت می‌کنید که بازبین‌ها درباره درخواست تجدیدنظر شما به ما اطلاع می‌دهند.

اصطلاح حقوقی برای توضیح ابلاغیه، «توضیح تفصیلی عدم پوشش» است.

- بازبین‌ها تصمیم خود را ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز به شما می‌گویند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- ما پرداخت سهم خود را از هزینه‌های این مراقبت در تاریخ مندرج در ابلاغیه متوقف می‌کنیم.
- اگر تصمیم بگیرید پس از تاریخ به پایان رسیدن پوشش خود، دریافت خدمات مراقبت از سلامت در منزل، مراقبت در مرکز آسایشگاهی حرفه‌ای، یا CORF را ادامه دهید، هزینه کامل این خدمات مراقبتی را خودتان پرداخت می‌کنید.
- شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید دریافت این خدمات را ادامه دهید و «درخواست تجدیدنظر سطح 2» را ارائه دهید یا خیر.

13. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2»، از QIO درخواست می‌کنید که دوباره به تصمیم گرفته‌شده در رابطه با «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما نگاهی بیندازد. از طریق این شماره با آنها تماس بگیرید: **1-877-588-1123**.

باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از روزی که QIO به «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما پاسخ منفی داده است، درخواست بررسی دهید. شما تنها در صورتی که پس از تاریخ اتمام پوشش برای خدمات مراقبتی، به دریافت خدمات مراقبتی ادامه دهید، می‌توانید برای این بازبینی درخواست دهید.

مسئولان بررسی QIO:

- تمامی اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را دوباره به دقت مطالعه می‌کنند.
- تصمیم خود را در مورد «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواستتان برای بررسی دوم به شما اطلاع می‌دهند.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت دهد:
- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- مادامی که خدمات مراقبتی ضرورت پزشکی داشته باشد، آنها را پوشش می‌دهیم.
- اگر QIO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی دهد:
- آنها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافقت می‌کنند و آن را تغییر نخواهند داد.
- آنها نامه‌ای به شما می‌دهند مبنی بر اینکه اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرها را ادامه دهید و «درخواست تجدیدنظر سطح 3» بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.
- شما می‌توانید در این خصوص شکایتی مطرح کنید و برای ادامه پوشش خدمات مراقبت از سلامتتان، از DMHC درخواست یک «بررسی مستقل پزشکی» کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای «بررسی مستقل پزشکی»، لطفاً به بخش F4 رجوع کنید. می‌توانید به‌جای «درخواست تجدیدنظر سطح 3» یا همراه آن، شکایتی مطرح کرده و از DMHC درخواست «بررسی مستقل پزشکی» کنید.
- یک ALJ یا وکیل ارزیابی به «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5»، به بخش J مراجعه کنید.

14. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 جایگزین

همانگونه که در بخش 12 شرح داده شده است، باید سریع اقدام کنید و برای شروع «درخواست تجدیدنظر سطح 1» خود، با QIO تماس بگیرید. اگر مهلت این درخواست را از دست بدهید، می‌توانید از فرآیند «درخواست تجدیدنظر جایگزین» استفاده کنید.

برای درخواست «بررسی سریع»، با استفاده از شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی برای «بررسی سریع» یا «درخواست تجدیدنظر سریع»، «درخواست تجدیدنظر تسریع‌شده» است.

- ما تمامی اطلاعات مربوط به پرونده شما را مطالعه می‌کنیم.

- زمانی که تاریخ پایان پوشش خدمات شما را تعیین کردیم، بررسی می‌کنیم که آیا تصمیم اول منصفانه و مطابق با قوانین بوده است یا خیر.
- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم و تصمیم خود را ظرف 72 ساعت پس از درخواست بررسی سریع به شما ارائه می‌دهیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر فوری شما پاسخ مثبت دهیم:
- ما موافقت می‌کنیم که به خدمات به‌مدت طولانی‌تری نیاز دارید.
- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد ارائه خواهیم داد.
- ما موافقت می‌کنیم که از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت کنیم.
- اگر به درخواست تجدیدنظر فوری شما پاسخ منفی دهیم:
- پوشش ما برای این خدمات در تاریخی که به شما گفتیم به پایان می‌رسد.
- پس از این تاریخ، هیچگونه سهم هزینه‌ای را نمی‌پردازیم.
- اگر پس از تاریخی که به شما گفته بودیم پوشش ما به پایان می‌رسد، به دریافت خدمات ادامه دهید، باید هزینه کامل این خدمات را بپردازید.
- برای اطمینان از اینکه از قوانین پیروی کرده باشیم، درخواست تجدیدنظر شما را به IRO ارسال می‌کنیم. در اینصورت، پرونده شما به‌طور خودکار به فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 2» می‌رود.

15. ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 جایگزین

- در طول «درخواست تجدیدنظر سطح 2»، ما اطلاعات «درخواست تجدیدنظر سطح 2» شما را ظرف 24 ساعت پس از پاسخ منفی به «درخواست تجدیدنظر سطح 1» شما، به IRO ارسال می‌کنیم. این کار را به‌صورت خودکار انجام می‌دهیم. لازم نیست شما کاری انجام دهید.
- اگر فکر می‌کنید ما این مهلت زمانی یا هر مهلت زمانی دیگری را رعایت نکرده‌ایم، می‌توانید شکایت طرح کنید. برای آگاهی بیشتر در مورد طرح شکایات، به بخش K مراجعه کنید.
- IRO بررسی فوری درخواست تجدیدنظر شما را انجام می‌دهد. آن‌ها دوباره با دقت تمامی اطلاعات مربوط به تریخیص شما از بیمارستان را بررسی می‌کنند و معمولاً ظرف 72 ساعت به شما پاسخی می‌دهند.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:
- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
 - ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد:
- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافقت می‌کنند و آن را تغییر نخواهند داد.
 - آن‌ها نامه‌ای به شما می‌دهند مبنی بر اینکه اگر می‌خواهید روند تجدیدنظرها را ادامه دهید و «درخواست تجدیدنظر سطح 3» بدهید، چه کاری می‌توانید انجام دهید.

- همچنین می‌توانید در این خصوص شکایتی مطرح کنید و برای ادامه پوشش خدمات مراقبت از سلامتتان، از DMHC درخواست یک «بررسی مستقل پزشکی» کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست از DMHC برای «بررسی مستقل پزشکی»، لطفاً به **بخش F4** رجوع کنید. می‌توانید به‌جای «درخواست تجدیدنظر سطح 3» یا همراه آن شکایتی مطرح کرده و درخواست «بررسی پزشکی مستقل» کنید.

«قاضی حقوق اداری» یا وکیل ارزیاب «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3» را بررسی می‌کنند. برای اطلاعات بیشتر در مورد «درخواست‌های تجدیدنظر سطح 3، 4 و 5»، به **بخش J** مراجعه کنید.

J. انتقال درخواست تجدیدنظر شما به سطحی فراتر از «سطح 2»

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر «درخواست تجدیدنظر سطح 1» و «درخواست تجدیدنظر سطح 2» برای خدمات یا اقلام Medicare ارائه کرده‌اید، و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده است، ممکن است حق ارائه سطوح بیشتری از درخواست تجدیدنظر را داشته باشید.

اگر ارزش دلاری خدمات یا اقلام Medicare که در خصوص آن‌ها درخواست تجدیدنظر کردید به یک مبلغ دلاری حداقلی نرسد، دیگر نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2» خود دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و برای «درخواست تجدیدنظر سطح 3» چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر یک جلسه دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا یک وکیل ارزیابی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل ارزیابی پاسخ مثبت به درخواست تجدیدنظر شما بدهد، ما این حق را داریم که نسبت به تصمیم سطح 3 که به نفع شما است اعتراض کنیم.

- اگر تصمیم بر **تجدیدنظر** بگیریم، یک کپی از درخواست «تجدیدنظر سطح 4» را به همراه مدارک لازم برای شما ارسال می‌کنیم. قبل از اینکه مجوز خدمات را بدهیم یا آن را به شما ارائه کنیم، می‌توانیم منتظر تصمیم درخواست «تجدیدنظر سطح 4» بمانیم.
- اگر بخواهیم این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار **ندهیم** باید ظرف مدت 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا وکیل داور، به شما مجوز دریافت خدمات را داده یا آن خدمات را به شما ارائه کنیم.
- اگر ALJ یا وکیل ارزیابی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **منفی** بدهد، ممکن است روند درخواست‌های تجدیدنظر پایان نیابد.
- اگر شما این تصمیم را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، **قبول کنید** فرآیند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم منفی به درخواست تجدیدنظران را **نپذیرید** می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بازبینی بروید. ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای «درخواست تجدیدنظر سطح 4» چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

«شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare» (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این «شورا» بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورا به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ مثبت دهد یا درخواست ما برای بررسی یک تصمیم تجدیدنظر سطح 3 را که به نفع شما است رد کند، ما حق داریم درخواست تجدیدنظر سطح 5 کنیم.

- اگر قصد داشته باشیم نسبت به این تصمیم **تجدیدنظرخواهی کنیم** به شما به صورت کتبی اطلاع خواهیم داد.
- اگر بخواهیم این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم باید ظرف مدت 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم «شورا»، به شما مجوز دریافت خدمات را داده یا آن خدمات را به شما ارائه کنیم.
- در صورتی که پاسخ شورا **منفی** باشد یا شورا درخواست تجدیدنظر ما را رد کند، هنوز می‌توان فرآیند تجدیدنظر را ادامه داد.
- اگر شما این تصمیم را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، **قبول کنید** فرآیند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم منفی به درخواست تجدیدنظرتان را **نپذیرید** می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بازبینی بروید. ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به «درخواست تجدیدنظر سطح 5» بروید یا خیر و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک «قاضی دادگاه فدرال منطقه» درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بازبینی خواهد کرد و رأی **مثبت** یا **منفی** می‌دهد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از «دادگاه فدرال منطقه» وجود ندارد.

J2. درخواست‌های تجدیدنظر اضافی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما در مورد خدمات یا اقلامی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، شما حقوق تجدیدنظر دیگری نیز دارید. نامه‌ای که از «شعبه دادرسی ایالتی» دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر در صورت تمایل به ادامه فرآیند تجدیدنظر، چه کاری انجام دهید.

J3. درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست‌های دارویی بخش Medicare D

اگر برای «تجدیدنظر سطح 1» و «تجدیدنظر سطح 2» درخواست داده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده‌اند، این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد.

اگر ارزش دارویی که برای دریافت آن درخواست تجدیدنظر داده‌اید میزان مشخص دلاری حداقل را دارا باشد، شما ممکن است بتوانید درخواست تجدیدنظر خود را تا سطوح بالاتری ادامه دهید. پاسخ کتبی‌ای که شما برای «درخواست تجدیدنظر سطح 2» خود دریافت می‌کنید به شما توضیح می‌دهد که با چه کسی تماس بگیرید و برای «درخواست تجدیدنظر سطح 3» چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر یک جلسه دادرسی ALJ است. شخصی که تصمیم می‌گیرد یک ALJ یا یک وکیل ارزیابی است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

در صورتی که ALJ یا وکیل ارزیابی پاسخ مثبت به درخواست شما بدهد:

- فرآیند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- ما موظف هستیم ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای یک درخواست تجدیدنظر فوری) مجوز پوشش دارویی تأییدشده را بدهیم یا این پوشش را ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.

اگر ALJ یا وکیل ارزیابی به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است روند درخواست‌های تجدیدنظر پایان نیابد.

- اگر شما این تصمیم را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید فرآیند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم منفی به درخواست تجدیدنظرتان را نپذیرید می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بازبینی بروید. ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای «درخواست تجدیدنظر سطح 4» چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

«شورا» درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این «شورا» بخشی از دولت فدرال است.

اگر «شورا» به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد:

- فرآیند تجدیدنظر به پایان می‌رسد.
- ما موظف هستیم ظرف 72 ساعت (یا 24 ساعت برای یک درخواست تجدیدنظر فوری) مجوز پوشش دارویی تأییدشده را بدهیم یا این پوشش را ارائه کنیم یا حداکثر تا 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم، پرداخت را انجام دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است فرآیند درخواست‌های تجدیدنظر پایان نیابد.
- اگر شما این تصمیم را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید فرآیند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر بخواهید این تصمیم منفی به درخواست تجدیدنظرتان را نپذیرید می‌توانید به مرحله بعدی فرآیند بازبینی بروید. ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که آیا می‌توانید به «درخواست تجدیدنظر سطح 5» بروید یا خیر و چه کاری باید انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5

- یک «قاضی دادگاه فدرال منطقه» درخواست تجدیدنظر شما و همه اطلاعات را بازبینی خواهد کرد و رأی مثبت یا منفی می‌دهد. این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از «دادگاه فدرال منطقه» وجود ندارد.

K. نحوه طرح شکایت**K1. برای چه نوع مشکلاتی باید شکایت کرد**

فرآیند طرح شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود، مثلاً مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار، هماهنگی خدمات، و خدمات مشتری. در اینجا نمونه‌هایی از انواع مشکلاتی که در فرآیند طرح شکایت به آنها رسیدگی می‌شود، آورده شده است.

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> از کیفیت مراقبت، مثلاً مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید، ناراضی هستید. 	کیفیت مراقبت پزشکی شما
<ul style="list-style-type: none"> فکر می‌کنید که شخصی به حق شما در مورد حریم خصوصی احترام نگذاشته است یا اطلاعات محرمانه‌ای را درباره شما به اشتراک گذاشته است. 	احترام به حریم خصوصی
<ul style="list-style-type: none"> یکی از ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت از سلامت یا کارکنان نسبت به شما رفتاری بی‌ادبانه یا غیرمحترمانه داشته است. کارکنان ما با شما بد رفتار کرده‌اند. فکر می‌کنید از طرح ما کنار گذاشته شده‌اید. 	بی‌احترامی، ارائه خدمات ضعیف به مشتری یا سایر رفتارهای نامناسب دیگر
<ul style="list-style-type: none"> نمی‌توانید به‌طور فیزیکی به خدمات و امکانات مراقبت از سلامت در مطب پزشک یا ارائه‌دهنده دسترسی داشته باشید. پزشک یا ارائه‌دهنده شما مترجمی برای زبان غیرانگلیسی شما (مانند «زبان اشاره آمریکایی» یا «اسپانیایی») ارائه نمی‌دهد. ارائه‌دهندگان سایر تسهیلات معقولی را که به آنها نیاز دارید و درخواست دارید در اختیارتان قرار نمی‌دهد. 	دسترسی‌پذیری و کمک زبانی
<ul style="list-style-type: none"> برای گرفتن نوبت مشکل دارید یا برای دریافت نوبت باید مدت طولانی منتظر بمانید. پزشکان، داروسازان، یا سایر متخصصان حوزه سلامت، «خدمات اعضا»، یا دیگر کارکنان طرح شما را برای مدت طولانی منتظر می‌گذارند. 	زمان انتظار
<ul style="list-style-type: none"> فکر می‌کنید کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست. 	نظافت
<ul style="list-style-type: none"> فکر می‌کنید ما ابلاغیه یا نامه‌ای را که باید دریافت می‌کردید به شما ارائه نکردیم. فکر می‌کنید درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار دشوار است. 	اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید

مثال	شکایت
<ul style="list-style-type: none"> فکر می‌کنید که ما در تصمیم‌گیری درباره پوشش یا پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما، مهلت زمانی مقرر را رعایت نمی‌کنیم. فکر می‌کنید که پس از دریافت رأی تجدیدنظر یا پوشش که به نفع شما است، برای تأیید یا ارائه خدمات یا بازپرداخت خدمات پزشکی خاص به شما، مهلت‌های زمانی مقرر را رعایت نمی‌کنیم. فکر می‌کنید پرونده شما را به‌موقع به IRO ارسال نکرده‌ایم. 	وقت‌شناسی در رابطه با تصمیمات پوشش یا تجدیدنظر

انواع بسیاری از شکایات وجود دارد. می‌توانید یک شکایت داخلی و/یا یک شکایت خارجی داشته باشید. شکایت داخلی توسط طرح ما ثبت و بررسی می‌شود. شکایت خارجی نزد سازمانی که به طرح ما وابستگی ندارد، طرح و بررسی می‌شود. اگر در خصوص طرح شکایت داخلی و/یا خارجی به کمک نیاز دارید، می‌توانید 7 روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ با «خدمات اعضا» به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس بگیرید.

اصطلاح حقوقی‌ای که برای «شکایت» به کار می‌رود، «شکواییه» است.

اصطلاح حقوقی‌ای که برای «طرح شکایت» به کار می‌رود، «طرح شکواییه» است.

K2. شکایات داخلی

برای طرح شکایت داخلی، 7 روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ از طریق شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)**، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. می‌توانید در هر زمان شکایت کنید، مگر اینکه شکایت درباره داروی بخش Medicare D باشد. اگر شکایت درباره داروی بخش Medicare D است، باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از مواجهه با مشکلی که درباره آن شکایت دارید، شکایتتان را طرح کنید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که باید انجام دهید، «خدمات اعضا» به شما اطلاع خواهد داد.
 - همچنین می‌توانید شکایت خود را بنویسید و برای ما ارسال کنید. اگر شکایت خود را به‌صورت کتبی مطرح کنید، ما به‌صورت کتبی به شکایت شما پاسخ خواهیم داد.
- ما باید بسته به وضعیت سلامت شما، سریعاً به شکواییه شما پاسخ دهیم، اما حداکثر زمان پس از دریافت شکایت شما، 30 روز تقویمی است.

اصطلاح حقوقی‌ای که برای «شکایت فوری» به کار می‌رود، «شکواییه تسریع‌شده» است.

در صورت امکان، ما فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر در رابطه با یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ بدهیم. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند که ما سریعاً پاسخ دهیم، ما این کار را خواهیم کرد.

- به بیشتر شکایات ظرف مدت 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به‌دلیل نیاز به اطلاعات بیشتر، ظرف 30 روز تقویمی تصمیمی نگیریم، کتباً به شما اطلاع می‌دهیم. ما همچنین به‌روزرسانی وضعیت و زمان تخمینی دریافت پاسخ شما را اعلام می‌کنیم.

- اگر به دلیل رد کردن درخواستان برای «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش» یا «تجدیدنظر فوری»، شکایتی کنید، به‌طور خودکار شکایت شما را یک «شکایت فوری» در نظر گرفته و ظرف 24 ساعت به آن پاسخ می‌دهیم.
 - اگر شکایتی را مطرح کنید که در خصوص تهدیدی جدی برای سلامتی شما باشد، از جمله، اما نه محدود به، درد شدید یا از دست دادن احتمالی جان، اندام، یا عملکرد اصلی بدن، ممکن است امکان طرح یک «شکایت سریع» را برایتان فراهم کنیم و ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ دهیم.
- اگر با برخی از شکایات شما یا همه آنها موافقت نکنیم، به شما اطلاع خواهیم داد و دلایلمان را ارائه می‌کنیم. چه با شکایت شما موافق باشیم چه مخالف، به شما پاسخ می‌دهیم.

K3. شکایات خارجی

Medicare

می‌توانید شکایت خود را به Medicare بگویید یا آن را به Medicare ارسال کنید. «فرم شکایت Medicare» در اینجا در دسترس است:
www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

قبل از ارسال شکایت به Medicare، نیازی نیست شکایت خود را به طرح ما ارسال کنید.

Medicare شکایات شما را به‌طور جدی بررسی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر باز خورد یا نگرانی دیگری دارید، یا احساس می‌کنید طرح سلامت به مشکل شما رسیدگی نمی‌کند، می‌توانید با **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

شما می‌توانید از طریق تماس با شماره **1-888-452-8609** شکایتی را نزد Medi-Cal Managed Care Ombudsman اداره خدمات سلامت هماهنگ کالیفرنیا (DHCS) طرح کنید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **711** تماس بگیرند. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ، تماس بگیرید.

می‌توانید شکایت خود را نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) ثبت کنید. DMHC مسئول تنظیم طرح‌های سلامت است. می‌توانید برای دریافت کمک در رابطه با شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal با «مرکز راهنمایی DMHC» تماس بگیرید. برای موضوعات غیر اضطراری، اگر با تصمیم درباره «درخواست تجدیدنظر سطح 1» خود مخالف باشید یا اگر طرح پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل‌وفصل نکرده نباشد، می‌توانید شکایتی را در DMHC طرح کنید. با این حال، اگر درباره شکایتی که شامل یک موضوع اضطراری یا تهدیدی جدی و قریب‌الوقوع برای سلامت شما است نیاز به راهنمایی دارید، اگر دردی شدید دارید، یا تصمیم طرح ما درباره شکایت خود مخالف هستید یا اگر طرح ما پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل‌وفصل نکرده است، می‌توانید بدون ارائه «درخواست تجدیدنظر سطح 1» با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از «مرکز راهنمایی» آورده شده است:

- با **1-888-466-2219** تماس بگیرید. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به اختلالات گفتاری می‌توانند با شماره TTY رایگان، **1-877-688-9891** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.
- به وبسایت «اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده» (www.dmhc.ca.gov) مراجعه کنید.

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می‌کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، می‌توانید نزد OCR وزارت خدمات سلامت و انسانی شکایتی طرح کنید. به‌عنوان مثال، می‌توانید در مورد دسترسی معلولین یا کمک زبانی شکایت کنید. شماره تلفن OCR **1-800-368-1019** است. کاربران TTY باید با شماره **1-800-537-7697** تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید از www.hhs.gov/ocr بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR تماس بگیرید:

دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده
7th Street, Suite 4-100 90
San Francisco, CA 94103

مرکز پاسخگویی به مشتریان: **1-800-368-1019**

فکس: **1-202-619-3818**

TDD: **1-800-537-7697**

پست الکترونیک: ocrmail@hhs.gov

همچنین ممکن است طبق «قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت» (ADA) از حقوقی برخوردار باشید.

QIO

اگر شکایت شما درباره کیفیت مراقبت باشد، شما دو گزینه دارید:

- شما می‌توانید شکایت خود را درباره کیفیت مراقبت مستقیماً در QIO طرح کنید.
- شما می‌توانید شکایت خود را در QIO و طرح ما طرح کنید. اگر شکایتی در QIO طرح کنید، برای حل و فصل شکایت شما با آن‌ها همکاری می‌کنیم.

QIO متشکل از گروهی از پزشکان کارآموز و سایر متخصصان مراقبت از سلامت است که بودجه آن توسط دولت فدرال تأمین می‌شود تا مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران Medicare را بررسی کنند و بهبود ببخشند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به بخش H2 یا فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

QIO در کالیفرنیا Livanta نامیده می‌شود. شماره تلفن آن‌ها **1-877-588-1123** است.

فصل 10. پایان یافتن عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید پس از خارج شدن از طرح ما، عضویت خود را در طرح ما و گزینه‌های پوشش سلامت خود به پایان برسانید. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal خواهید بود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 10

- A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید 224
- B. نحوه خاتمه دادن به عضویت خود در طرح ما 225
- C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه 225
- C1. خدمات Medicare شما 225
- C2. خدمات Medi-Cal شما 228
- خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویتتان در طرح ما خاتمه پیدا کند 228
- D. موارد دیگری که به‌واسطه آنها عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد 229
- E. قوانین در برابر درخواست از شما برای خروج از طرح بنا به هر دلیل مرتبط با سلامت 230
- F. حق شما برای تنظیم شکایت، در صورتی‌که به عضویت شما در طرحمان خاتمه دهیم 230

A. چه زمانی می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال به عضویت خود پایان دهند. به دلیل اینکه از Medi-Cal برخوردار هستید، می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید یا در طول هریک از دوره‌های ثبت‌نام ویژه زیر یکبار به طرحی دیگر جابجا شوید:

- ژانویه تا مارس
- آوریل تا ژوئن
- ژوئیه تا سپتامبر

علاوه بر این سه دوره «ثبت‌نام ویژه»، هر سال در طول دوره‌های زیر می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید:

- دوره ثبت‌نام سالانه از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح ما در 31 دسامبر به پایان می‌رسد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه شروع می‌شود.
 - دوره ثبت‌نام باز **Medicare Advantage (MA)** از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه دارد. اگر در این دوره طرح جدیدی را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع می‌شود.
- ممکن است شرایط دیگری وجود داشته باشد که شما واجد شرایط تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، وقتی:
- شما از ناحیه خدماتی ما نقل مکان کرده‌اید،
 - صلاحیت شما برای Medi-Cal یا «مساعده بیشتر» تغییر کرد، یا
 - اگر اخیراً به یک مرکز آسایشگاهی یا بیمارستان مراقبت‌های بلندمدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید، یا به‌تازگی آنجا را ترک کرده‌اید.
- عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما را برای تغییر طرحتان دریافت می‌کنیم، به پایان می‌رسد. به عنوان مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما با طرح ما در 31 ژانویه به پایان می‌رسد. پوشش جدید شما از روز اول ماه بعد (در این مثال، 1 فوریه) شروع می‌شود.

اگر از طرح ما خارج شوید، می‌توانید اطلاعاتی در مورد موارد زیر دریافت کنید:

- گزینه‌های Medicare در جدول بخش C1.
- گزینه‌ها و خدمات Medi-Cal در بخش C2.

از طریق تماس با گزینه‌های زیر می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه. شماره کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- Medicare به شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند.
- برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) از طریق شماره **1-800-434-0222** از دوشنبه تا جمعه از 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ، کاربران TTY باید با شماره **711** تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا یافتن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً به <https://aging.ca.gov> مراجعه کنید. Health Care Options با شماره **1-800-430-4263**، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ کاربران TTY باید با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

- اگر **Medi-Cal Managed Care Ombudsman** با شماره **1-888-452-8609**، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 ق.ظ تا 5 ب.ظ یا ایمیل **MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov**.

توجه: اگر در برنامه مدیریت دارو هستید، ممکن است قادر نباشید طرح‌های خود را تغییر دهید. برای کسب اطلاعات درباره برنامه‌های مدیریت دارو، به **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B. نحوه خاتمه دادن به عضویت خود در طرح ما

اگر تصمیم دارید به عضویت خود پایان دهید، می‌توانید در طرح Medicare دیگری ثبت‌نام کنید یا به Original Medicare جابجا شوید. با این حال، اگر بخواهید از طرح ما به Original Medicare جابجا شوید اما طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه‌ای انتخاب نکرده باشید، باید درخواست دهید تا ثبت‌نام شما در طرح ما لغو شود. به دو روش می‌توانید درخواست لغو ثبت‌نام کنید:

- می‌توانید درخواست را به صورت کتبی به ما ارائه دهید. در صورت نیاز به کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه انجام این کار، از طریق شماره موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** یا Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY (افراد دارای مشکل گفتاری یا شنیداری) باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. هنگامی که با **1-800-MEDICARE** تماس می‌گیرید، می‌توانید در طرح سلامت یا دارویی Medicare دیگری نیز ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare هنگام خروج از طرح ما در نمودار موجود در **بخش C** آورده شده است.
- دوشنبه تا جمعه از 8 ق.ظ تا 6 ب.ظ از طریق شماره **1-800-430-4263** با **Call Health Care Options** تماس بگیرید کاربران TTY باید با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرند.
- **بخش C** در زیر شامل مراحل است که می‌توانید برای ثبت‌نام در طرح دیگری انجام دهید، که به عضویت شما در طرح ما نیز پایان خواهد داد.

C. نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal به‌طور جداگانه

اگر بخواهید طرح ما را ترک کنید، در مورد دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود حق انتخاب دارید.

C1. خدمات Medicare شما

برای دریافت خدمات Medicare خود سه گزینه در اختیار دارید که در زیر آورده شده است. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، به‌طور خودکار به عضویت خود در طرح ما خاتمه می‌دهید.

<p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>بصورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE-1-800 (1-800-633-4227)، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای استعلام برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <p>با برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ تماس بگیرید، کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از https://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.</p> <p>یا</p> <p>در طرح جدید Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>هنگامی که پوشش طرح جدید شما شروع شود، ثبت نام شما در طرح Medicare ما به طور خودکار لغو می شود. ممکن است طرح Medi-Cal شما تغییر کند.</p>	<p>1. می توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>طرح سلامت Medicare دیگری شامل طرحی که پوشش Medicare و Medi-Cal شما را با هم ترکیب می کند</p>
---	---

<p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ تماس بگیرید، کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از https://www.aging.ca.gov/HICAP بازدید کنید. <p>یا</p> <p>در طرح جدیدی از داروی تجویزی Medicare ثبت نام کنید.</p> <p>زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به طور خودکار ثبت نام شما در طرح ما لغو خواهد شد.</p>	<p>2. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>Original Medicare با یک طرح جداگانه از Medicare برای داروهای با نسخه</p>
--	---

<p>در اینجا اقدامات لازم ذکر شده است:</p> <p>به صورت 24 ساعته در 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • با برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ تماس بگیرید، کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از https://www.aging.ca.gov/HICAP/AP بازدید کنید. <p>زمانی که پوشش شما در Original Medicare شروع شود، به طور خودکار ثبت نام شما در طرح ما لغو خواهد شد.</p>	<p>3. می‌توانید آن را به موارد زیر تغییر دهید:</p> <p>Original Medicare بدون طرحی جداگانه از Medicare برای داروهای تجویزی</p> <p>توجه: اگر وضعیت بیمه خود را به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح مجزای پوشش داروهای تجویزی Medicare ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح بیمه دارویی ثبت نام کند، مگر آن که به Medicare بگویید تمایلی به پیوستن ندارید.</p> <p>شما فقط در صورتی باید پوشش داروی تجویزی را حذف کنید که از منبع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی داشته باشید. اگر در مورد اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر، سوالی دارید، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 ق.ظ تا 5:00 ب.ظ با «برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت کالیفرنیا» (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از https://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.</p>
--	--

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای سوال در مورد نحوه دریافت خدمات از Medi-Cal پس از خروج از طرح ما از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8:00 ق.ظ تا 6:00 ب.ظ با شماره **1-800-430-4263**، تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرند. درباره اینکه پیوستن به طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چه تأثیری روی دریافت پوشش Medi-Cal شما می‌گذارد، سوال پرسید.

خدمات پزشکی و داروهای شما تا زمانی که عضویتان در طرح ما خاتمه پیدا کند

اگر طرح ما را ترک کنید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما به پایان برسد و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما شروع شود. در طول این مدت، تا زمانی که طرح جدید شما شروع شود، همچنان داروهای تجویزی و خدمات درمانی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی، از ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما استفاده کنید.
- برای دریافت داروهای نسخه‌های خود، از داروخانه‌های درون شبکه‌ای ما از جمله از طریق خدمات سفارش پستی داروخانه‌ای ما استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویتان در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** به پایان می‌رسد بستری شوید، طرح ما بستری شدن شما در بیمارستان را تا زمان ترخیص پوشش خواهد داد. حتی اگر پوشش خدمات سلامت جدید شما پیش از ترخیص شروع شود، این اتفاق رخ خواهد داد.

D. موارد دیگری که به واسطه آنها عضویت شما در طرح ما به پایان می‌رسد

در این موارد، ما باید عضویت شما را در طرحمان خاتمه دهیم:

- اگر در پوشش بخش Medicare A و بخش Medicare B شما وقفه وجود داشته باشد.
 - اگر دیگر واجد شرایط عضویت در طرح Medi-Cal نباشید. طرح ما فقط برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم واجد شرایط Medi-Cal باشند. اگر دیگر واجد شرایط Medicaid نباشید، به صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد که پیش از اینکه مجبور شوید از طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** خارج شوید، چهار ماه فرصت دارید تا شرایط صلاحیت Medicaid را دوباره به دست آورید. پیش از پایان یافتن عضویتتان در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، با شما تماس خواهیم گرفت تا این فرصت را به شما بدهیم که در یکی دیگر از طرح‌های **Senior Advantage** ما ثبت‌نام کنید. ممکن است مزایا و هزینه‌های پرداختی از جیب در این طرح‌ها با مزایا و هزینه‌های پرداختی از جیب شما در طرح **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** متفاوت باشد.
 - اگر از ناحیه خدماتی ما نقل مکان کرده‌اید.
 - اگر به مدت بیش از شش ماه خارج از ناحیه خدماتی ما بوده باشید.
 - اگر جابه‌جا می‌شوید یا سفر طولانی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا بدانید که آیا در منطقه خدماتی طرح ما در حال نقل مکان یا سفر هستید یا خیر.
 - اگر به‌خاطر جرمی به زندان افتاده یا حبس شده باشید.
 - اگر در مورد سایر بیمه‌هایی که برای داروهای تجویزی دارید دروغ گفته باشید یا از ارائه اطلاعات درباره آنها امتناع کرده باشید.
 - اگر از شهروندان ایالت متحده نباشید یا حضور شما در ایالات متحده قانونی نباشد.
 - برای عضویت در طرح ما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.
 - اگر بر این مبنا صلاحیت عضویت را نداشته باشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) به ما اطلاع خواهد داد.
 - در صورتی که این شرط را نداشته باشید، باید ثبت‌نام شما را لغو کنیم.
- اگر در دوره چهار ماهه تداوم واجد شرایط بودن طرح ما باشید، ما به ارائه تمام مزایای Medicare تحت پوشش طرح **Medicare Advantage** ادامه خواهیم داد. با این حال، در این مدت، باید با **Medi-Cal** مشورت کنید تا ببینید اگر خدماتی وجود دارد که تحت پوشش **Medi-Cal** بوده است اما طرح ما آن‌ها را پوشش نمی‌دهد، اکنون وضعیتی پیدا خواهند کرد. همچنین، ممکن است سهم هزینه برای داروهای بخش **D** و حق بیمه‌ای که به ما می‌پردازید تغییر کند. مبلغی که برای خدمات تحت پوشش Medicare می‌پردازید ممکن است در این دوره افزایش یابد. فقط در صورتی می‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح خود به دلایل زیر کنیم که ابتدا از Medicare و **Medi-Cal** اجازه بگیریم:
- اگر هنگام ثبت‌نام در طرح ما عمداً اطلاعات نادرست دهید و این اطلاعات بر صلاحیت شما برای طرح ما اثرگذار باشد.
 - اگر پیوسته به گونه‌ای اختلال برانگیز رفتار کنید و ارائه خدمات مراقبت پزشکی را برای ما و دیگر اعضای طرح دشوار سازید.
 - اگر اجازه دهید که فرد دیگری برای دریافت مراقبت‌های پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند. (اگر به این دلیل عضویت شما را خاتمه دهیم، Medicare ممکن است از «بازرس کل» بخواهد که پرونده شما را بررسی کند.)

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) **1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

ق.ظ تا 8 ب.ظ تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از kp.org/medicare بازدید کنید.

E. قوانین در برابر درخواست از شما برای خروج از طرح بنا به هر دلیل مرتبط با سلامت

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که طرح ما را به هر دلیل مرتبط با سلامتی خود ترک کنید. اگر فکر می‌کنید ما به‌دلیلی مرتبط با وضعیت سلامتتان از شما می‌خواهیم که از طرحمان خارج شوید، با **Medicare** با استفاده از شماره **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-877-486-2048** تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

F. حق شما برای تنظیم شکایت، در صورتی که به عضویت شما در طرحمان خاتمه دهیم

اگر ما به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم، باید دلایل خود را برای خاتمه عضویت شما به‌صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین باید توضیح دهیم که می‌توانید در خصوص تصمیم به خاتمه عضویت، شکایت یا عریضه طرح کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه طرح شکایت، به **فصل 9** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

G. نحوه کسب اطلاعات بیشتر درباره پایان دادن به عضویت خود در طرح

اگر پرسشی دارید یا مایل هستید اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویت خود کسب کنید، می‌توانید از طریق شماره تلفن موجود در پایین این صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

فصل 11: ابلاغیه‌های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اخطارهای قانونی است که برای عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل از این کتابچه راهنمای اعضا آورده شده‌اند.

فهرست مطالب فصل 11

233	A. اطلاعاتی مربوط به قوانین
233	B. ابلاغیه عدم تبعیض
234	C. اطلاعاتی مربوط به Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و اطلاعاتی مربوط به Medi-Cal به‌عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده هزینه
234	D. ابلاغیه درباره دریافت هزینه‌های پرداختی از اموال افراد تحت پوشش Medi-Cal
234	E. مدیریت این کتابچه راهنمای اعضا
235	F. درخواست و اظهاریه‌ها
235	G. داوری الزام‌آور
235	دامنه حکمیت
236	قوانین روند رسیدگی
236	شروع حکمیت
237	تسلیم مطالبه برای حکمیت
237	هزینه تسلیم شکایت
237	تعداد حگم‌ها
238	دستمزدها و هزینه‌های حگم‌ها
238	هزینه‌ها
238	مقررات عمومی
238	H. تعیین نماینده
239	I. هزینه و حق‌الزحمه وکیل و مدافع قانونی

J.	هماهنگی مزایا	239
K.	مسئولیت کارفرما	239
L.	الزام آور بودن مفاد «کتابچه راهنمای اعضا» برای اعضا	239
M.	مسئولیت سازمان دولتی	239
N.	عدم مسئولیت اعضا	240
O.	عدم ابطال	240
P.	ابلاغیه‌ها	240
Q.	استرداد پرداخت اضافی	240
R.	مسئولیت شخص ثالث	240
S.	وزارت امور کهنه‌سربازان ایالات متحده	241
T.	مزایای غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما	242
U.	رحم اجاره‌ای	242

A. ابلاغیه مربوط به قوانین

قوانین متعددی در مورد این کتابچه راهنمای اعضا صدق می‌کنند. حتی اگر این قوانین در این کتابچه راهنمای اعضا گنجانده یا شرح داده نشده باشند، ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما اثر بگذارند. قوانین اصلی لازم‌الاجرا، قوانین فدرال و ایالتی در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. سایر قوانین فدرال و ایالتی نیز ممکن است نافذ باشند.

B. ابلاغیه عدم تبعیض

ما به‌دلیل نژاد، قومیت، منشاء ملی، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، گرایش جنسی، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه دعاوی، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه‌برداری یا موقعیت جغرافیایی در منطقه خدماتی علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم یا با شما متفاوت رفتار نمی‌کنیم. علاوه بر این، ما به‌دلیل اصل و نسب، هویت گروهی قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل یا وضعیت پزشکی، به‌طور غیرقانونی تبعیض قائل نمی‌شویم، افراد را کنار نمی‌گذاریم یا با آن‌ها رفتار متفاوتی نمی‌کنیم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با «اداره سلامت و خدمات انسانی»، دفتر حقوق مدنی به شماره **1-800-368-1019** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره **1-800-537-7697** تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر، همچنین می‌توانید به www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

- با «اداره خدمات مراقبت درمانی»، دفتر حقوق مدنی به شماره **1-916-440-7370** تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با **711** (سرویس رله مخابراتی) تماس بگیرند.

اگر فکر می‌کنید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایتی در مورد تبعیض مطرح کنید، می‌توانید به روش‌های زیر این کار را انجام دهید:

- **تماس تلفنی:** به‌طور شبانه‌روزی و 7 روز هفته (به‌جز روزهای تعطیل) با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- **پست:** با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و بخواهید فرمی برای شما ارسال کنند.
- **حضور:** فرم «شکایت یا ادعا/درخواست مزایا» را در دفتر «خدمات اعضا» واقع در یکی از مراکز طرح پر کنید (برای پیدا کردن نشانی مراکز به **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها** یا kp.org/facilities مراجعه کنید).
- **آنلاین:** از فرم آنلاین موجود در وبسایت ما به kp.org نشانی استفاده کنید.
- همچنین می‌توانید مستقیماً با مسئولین هماهنگی حقوق مدنی Kaiser Permanente در نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

برسد به دست: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

اگر شکایت شما در مورد تبعیض در برنامه Medi-Cal است، می‌توانید از طریق تماس تلفنی، مکاتبه یا به‌صورت الکترونیکی شکایتی را به «اداره خدمات مراقبت درمانی»، دفتر حقوق شهروندی ارائه دهید:

- **تماس تلفنی:** با **1-916-440-7370** تماس بگیرید. اگر مشکل شنوایی یا گفتاری دارید، لطفاً با **711** (خدمات رله مخابراتی) تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره **(TTY 711) 1-800-443-0815**، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

- به‌صورت کتبی: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به این نشانی ارسال کنید:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx در دسترس هستند.

- به‌صورت الکترونیکی: به CivilRights@dhcs.ca.gov ایمیل ارسال کنید
- اگر معلولیت دارید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا ارائه‌دهنده به کمک نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. در صورتی که اعتراضی دارید، مثلاً در دسترسی به ویلچر یا مشکل روبرو هستید، «خدمات اعضا» می‌تواند در این زمینه به شما کمک کند.

C. اطلاعیه مربوط به Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و اطلاعیه مربوط به Medi-Cal به‌عنوان آخرین گزینه پرداخت‌کننده هزینه

گاهی اوقات ابتدا باید فرد دیگری هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌کنیم، بپردازد. برای مثال، اگر تصادف رانندگی داشته‌اید یا در محل کار آسیب دیده‌اید، باید ابتدا بیمه یا «گرامت کارگران» (Workers Compensation) پرداخت شود. ما حق و مسئولیت وصول آن دسته از خدمات تحت پوشش Medicare که Medicare پرداخت‌کننده اصلی آن‌ها نیست، را داریم.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی در خصوص مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی به اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمام اقدامات معقول را انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم که Medi-Cal پرداخت‌کننده نهایی است.

D. ابلاغیه درباره دریافت هزینه‌های پرداختی از اموال افراد تحت پوشش Medi-Cal

برنامه Medi-Cal باید به دنبال بازپرداخت از دارایی‌های وصیت‌شده برخی از اعضای متوفی برای مزایای Medi-Cal باشد که در روز تولد 55 سالگی آن‌ها یا پس از آن دریافت شده‌اند. بازپرداخت شامل پرداخت‌های هزینه در ازای خدمات و حق بیمه/سرانه مراقبت‌های مدیریت‌شده برای خدمات در مرکز آسایشگاهی، خدمات مبتنی بر منزل و جامعه و خدمات مربوط به بیمارستان و داروهای تجویزی می‌شود که وقتی عضو در مرکز آسایشی بستری یا در حال دریافت خدمات مبتنی بر منزل و جامعه بوده، دریافت کرده است. بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی وصیت‌شده اعضا فراتر رود.

برای کسب اطلاعات بیشتر، به وبسایت بازیابی دارایی‌های اداره خدمات مراقبت از سلامت به نشانی www.dhcs.ca.gov/er مراجعه کنید یا با شماره 1-916-650-0590 تماس بگیرید.

E. مدیریت این کتابچه راهنمای اعضا

ما می‌توانیم سیاست‌ها، روندها و تفاسیر معقولی را برای بهبود اجرای منظم و کارآمد این کتابچه راهنمای اعضا اتخاذ کنیم.

F. درخواست و اظهاریه‌ها

شما باید هرگونه درخواست، فرم، یا اظهاریه‌ای را که ما در روند عادی کاری خود تقاضا می‌کنیم یا در این کتابچه راهنمای اعضا مشخص شده است، تکمیل کنید.

G. داوری الزام‌آور

شرح ذیل درباره حکمیت الزام‌آور برای اعضای زیر اعمال می‌شود:

- تمامی اعضای که در تاریخ معتبری پیش از 1 ژانویه 2008 در طرح Kaiser Permanente Senior Advantage Individual ثبت‌نام کرده‌اند؛ و
- تمامی اعضای که در تاریخ معتبری پیش از 1 ژانویه 2008 یا پس از آن در طرح Kaiser Permanente Senior Advantage خود، صریحاً از فرآیند حکمیت الزام‌آور انصراف نداده‌اند.

برای تمامی دعاوی مشروط به بخش جاری یعنی «داوری لازم‌الاجرا»، مدعی و مدعی علیه حق را به دادگاه یا هیئت منصفه واگذار کرده و استفاده از داوری الزام‌آور را می‌پذیرند. تا جایی این «حکمیت الزام‌آور» در مورد دعاوی مطرح‌شده توسط طرفین Kaiser Permanente اعمال شود، این حاکمیت باید برای تمامی دعاوی حل‌نشده که پیش از تاریخ لازم‌اجرا شدن این کتابچه راهنمای اعضا رخ داده‌اند با قانون عطف به ما سبق اعمال شود. چنین نوعی از اعمال با عطف به ماسبق باید تنها برای طرفین Kaiser Permanente الزام‌آور باشد.

دامنه حکمیت

در صورتی که تمامی شروط زیر رعایت شود، هرگونه اختلاف باید به حکمیت الزام‌آور تسلیم شود:

- این دعوی ناشی از /یا مرتبط با نقض صریح هرگونه وظیفه تابعه یا مرتبط با این کتابچه راهنمای اعضا یا رابطه طرف دعوی عضو با شرکت Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Health Plan) است که شامل هرگونه دعوی در خصوص سوء رفتار پزشکی یا بیمارستانی (این دعوی که خدمات یا اقلام پزشکی غیر ضروری بوده یا بدون مجوز ارائه شده‌اند یا بدون تناسب، با سهل‌انگاری یا بدون مهارت انجام شده یا ارائه شده‌اند) در خصوص مسئولیت‌های موجود یا مرتبط با پوشش برای تحویل خدمات یا اقلام، صرف نظر از مباحث قانونی که دعوی بر مبنای آن مطرح شده است، می‌باشد.

- دعوی توسط یک یا چند عضو مدعی دعوی علیه یک یا چند مدعی علیه از Kaiser Permanente یا برعکس دعوی توسط یک یا چند مدعی دعوی Kaiser Permanente علیه یک یا چند عضو مدعی علیه.
- قانون حاکم از استفاده از حکمیت الزام‌آور برای حل دعوی ممانعت نمی‌کند.

اعضایی که به موجب این کتابچه راهنمای اعضا ثبت‌نام شده‌اند، حق خود را به دادگاه یا هیئت منصفه واگذار کرده و در عوض در مواردی غیر از انواع دعوی زیر که مشروط به حکمیت الزام‌آور نیستند، استفاده از حکمیت الزام‌آور را می‌پذیرند.

- دعاوی مربوط به مرجع قضایی Small Claims Court (دادگاه دعاوی کوچک).
- دعاوی مشروط به روندهای درخواست تجدیدنظر Medicare که برای اعضای طرح Medicare Medi-Cal در Kaiser Permanente Senior Advantage قابل اعمال است (برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر Medicare به فصل 9 مراجعه کنید).
- دعاوی که نمی‌توانند موضوع قانون حاکم مشروط به حکمیت الزام‌آور باشند.

همانطور که در بخش «داوری لازم‌الاجرا» مطرح شد، «اعضای مدعی دعوی» شامل موارد زیر است:

- عضو طرح.
- وارث، بستگان یا نماینده شخصی عضو طرح.
- هر فردی که مدعی است رابطه عضو با یک یا چند مدعی دعوی Kaiser Permanente وظیفه‌ای نسبت به او ایجاد می‌کند.

«طرفین Kaiser Permanente» شامل موارد زیر می‌شوند:

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- هر کدام از Permanente Medical Group در کالیفرنیا یا هر پزشک در Permanente Medical Group.
- هر فرد یا سازمانی که قرارداد آن با هر کدام از سازمان‌های معرفی‌شده در بالا به حکمیت دعوی طرح‌شده توسط یک یا چند «طرف» عضو نیاز دارد.
- هر کارمند یا عاملیت شرکت‌های فوق‌الذکر.

«مدعی» به عضو مدعی دعوی یا طرفین Kaiser Permanente اشاره دارد به‌صورتی‌که در بالا توضیح داده شد دعوی‌ای را اقامه می‌کند. «مدعی علیه» به عضو صاحب دعوی یا طرفین Kaiser Permanente اشاره دارد که علیه وی دعوی‌ای اقامه شده است.

قوانین روند رسیدگی

حکمیت باید بر طبق قوانین حکمیت اعضای Kaiser Permanente که تحت نظارت دفتر مجری مستقل (Independent Administrator) است، یعنی «قوانین روند» انجام گیرد که توسط دفتر مجری مستقل با مشاوره هیئت نظارت داوری و Kaiser Permanente تهیه شده است. نسخه‌هایی از «قوانین روند رسیدگی» را می‌توانید از مرکز «خدمات اعضا» تهیه کنید.

شروع حکمیت

مدعیان باید حکمیت را با تسلیم مطالبه حکمیت شروع کند. «مطالبه حکمیت» شامل میانی دعوی نسبت به افراد «مدعی علیه»؛ میزان خساراتی که «مدعیان» در حکمیت در پی مطالبه آن هستند؛ نام، نشانی و شماره تلفن‌های «مدعیان» و وکیل آنها است، در صورتی‌که وکیل داشته باشند، و نام تمامی «مدعی علیه‌ها». «مدعیان» باید در «مطالبه حکمیت»، تمامی دعوی علیه «اشخاص مدعی علیه» را که بر مبنای یک رویداد، تراکنش یا شرایط مربوطه یکسان است، ذکر کنند.

تسلیم مطالبه برای حکمیت

The Permanente، KP Cal، LLC، Kaiser Foundation Hospitals Kaiser، Health Plan
The، Southern California Permanente Medical Group، Medical Group، Inc.
Permanente Federation، LLC و The Permanente Company، LLC، با ارسال مطالبه
حکمیت به آن مدعی علیه به آدرس زیر، مورد مطالبه حکمیت قرار خواهند گرفت:

Kaiser Foundation Health Plan، Inc

بخش حقوقی، مسئولیت حرفه‌ای و عمومی

E. Walnut Street 373

Pasadena، CA 91188

خدمات برای مدعی علیه هنگامی که دریافت شود، تکمیل قلمداد خواهد شد. تمامی دیگر طرفین مدعی علیه، شامل افراد باید طبق قانون کالیفرنیا برای آیین دادرسی مدنی به منظور دعوی مدنی حضور یابند.

هزینه تسلیم شکایت

صرف‌نظر از تعداد دعاوی اقامه‌شده در «مطالبه حکمیت» یا تعداد «مدعیان» یا «مدعی علیه‌های» نامبرده در «مطالبه حکمیت»، «مدعیان» باید یک هزینه واحد و غیرقابل برگشت تسلیم شکایت را به مبلغ \$150 به ازای هر حکمیت قابل پرداخت به «حساب حکمیت» پردازند.

هر «مدعی» که ادعای مشقت زیاد دارد، می‌تواند از «دفتر مجری مستقل» تقاضا کند که از هزینه تسلیم شکایت، هزینه‌های حکم بی‌طرف و دیگر مخارج صرف‌نظر کند. مدعی که تقاضای این صرف‌نظر را دارد باید فرم Fee Waiver Form (فرم صرف‌نظر از هزینه) را پر کرده و آن را به دفتر مجری مستقل تحویل دهد و به‌طور هم‌زمان به مدعیان علیه تسلیم کند. در فرم «صرف‌نظر از هزینه» معیارهای صرف‌نظر کردن هزینه‌ها مشخص شده است؛ این فرم را می‌توانید از طریق تماس با «خدمات اعضا» دریافت کنید.

تعداد حکم‌ها

تعداد حکم‌ها می‌تواند بر مسئولیت مدعی نسبت به پرداخت دستمزد و هزینه‌های حکم بی‌طرف (قوانین روند رسیدگی را ببینید) اثرگذار باشد.

اگر «مطالبه حکمیت» برای مجموع \$200,000 صدمه یا کمتر باشد، اختلاف توسط یک حکم بی‌طرف دادرسی و تعیین تکلیف خواهد شد، مگر اینکه پس از بروز اختلاف و ارائه درخواست داوری الزام آور، طرفین کتباً توافق کنند که حکمیت توسط حکم دو طرف و یک حکم بی‌طرف دادرسی شود. حکم بی‌طرف نباید اختیار داوری برای صدمات مالی بیشتر از \$200,000 را داشته باشد.

اگر «مطالبه برای حکمیت» برای مجموع صدمات بیش از \$200,000 است، اختلاف باید توسط یک حکم بی‌طرف و حکم دو طرف، دادرسی شود که یکی به‌طور مشترک توسط تمام «مدعیان» و یکی به‌طور مشترک توسط تمام «مدعی علیه‌ها»، منصوب شده است. طرف‌هایی که از حق انتخاب یک حکم برخوردارند می‌توانند از این حق خود صرف‌نظر کنند. اگر همه طرفین موافق باشند، این میانجی‌ها نظرات خود را به یک میانجی بی‌طرف ارائه می‌کنند.

دستمزدها و هزینه‌های حکم‌ها

Health Plan، دستمزد و هزینه‌های حکم بی‌طرف را تحت شرایط خاصی که در «قوانین روند رسیدگی» آمده است پرداخت می‌کند. در تمامی دیگر حکمیت‌ها، نصف مبلغ دستمزد و هزینه‌های حکم بی‌طرف توسط «مدعیان» و نصف دیگر توسط «مدعی علیه‌ها» باید پرداخت شود.

اگر طرفین حکم طرفین را انتخاب کنند، «مدعیان» مسئول پرداخت دستمزد و هزینه‌های حکم طرف خود و «مدعی علیه‌ها» نیز مسئول پرداخت دستمزد و هزینه‌های حکم طرف خود خواهند بود.

هزینه‌ها

غیر از دستمزد و هزینه‌های فوق‌الذکر برای حکم بی‌طرف و به استثنای مواردی که توسط قوانینی که بر اساس این بخش «حکمیت الزام‌آور» در مورد حکمیت‌ها به‌نحو دیگری اعمال می‌شود، هر یک از طرفین باید صرف‌نظر از ماهیت دعوی یا نتایج حکمیت، هزینه‌های وکلا، هزینه‌های شاهد و دیگر هزینه‌های تحمیل شده در پیگرد یا دفاع در برابر دعوی را متقبل شود.

مقررات عمومی

در موارد زیر دعوی باید لغو و برای همیشه ممنوع شود اگر (1) در تاریخی که «مطالبه برای حکمیت» تسلیم می‌شود، دعوی، در صورتی که در دعوی مدنی اقامه شده باشد، به موجب قانون قابل اجرای محدودیت‌ها، علیه «مدعی علیه» ممنوع شده باشد، (2) «مدعیان» قادر به پیگیری دعوی حکمیت در چارچوب «قوانین روند رسیدگی» با احتیاط منطقی نباشند یا (3) دادرسی حکمیت ظرف مدت پنج سال پس از این موارد شروع نشود: (الف) تاریخ ارسال «مطالبه برای حکمیت» در راستای روندهایی که در اینجا مطرح شد، یا (ب) تاریخ اقامه یک دعوی مدنی بر اساس یک رویداد، تراکنش یا شرایط مربوطه یکسان در دعوی. یک دعوی ممکن است با اثبات دلایل دیگر، توسط یک حکم بی‌طرف بر اساس نشان دادن یک دلیل موجه رد شود. اگر طرفی پس از دریافت ابلاغیه مربوطه نتواند در دادرسی حکمیت شرکت کند، حکم بی‌طرف می‌تواند در غیاب آن طرف، اقدام به بحث کند.

قانون اصلاحیه غرامت صدمات پزشکی کالیفرنیا 1975 (California Medical Injury Compensation Reform Act) شامل بخش‌های مربوط به حق آوردن شواهدی از هرگونه بیمه یا پرداخت مزایای معلولیت به بیمار، محدودیت جبران زیان‌های غیراقتصادی و حق حکمیت برای زیان‌های آینده پیرو پرداخت‌های دوره‌ای، باید برای هر گونه دعاوی که به منظور بی‌توجهی حرفه‌ای یا هر دعوی دیگری با مجوز و الزام قانون مطرح شده‌اند، اعمال شود.

داوری‌ها باید طبق مقررات این «داوری لازم‌الاجرا»، بخش 2 قانون داوری فدرال و مقررات آیین دادرسی مدنی کالیفرنیا در رابطه با داوری‌هایی که در زمان اجرای اساسنامه معتبر هستند، همراه با قوانین روند تا حدی که با این بخش سازگار است، نظارت شوند. طبق قوانینی که تحت بخش 3 و 4 قانون داوری فدرال اعمال می‌شود، با این دلیل که هم دعاوی قابل داوری و هم غیرقابل داوری در اختلاف نظر بین طرفین عضو و طرف Kaiser Permanente دخیل هستند یا اینکه یک یا چند طرف داوری، طرفی در یک روند قضایی معلق هم محسوب می‌شوند که ناشی از تعاملات مشابه یا یکسان بوده و احتمال یافته‌ها و احکام متناقض را به دنبال دارد، نباید از حق داوری، به موجب این بخش یعنی «داوری لازم‌الاجرا» ممانعت یا به هر نحوی انکار شود.

H. تعیین نماینده

شما نمی‌توانید این کتابچه راهنمای اعضا یا هرگونه حقوق، منافع، دعوی سررسید مالی، مزایا یا الزامات مربوطه را بدون کسب مجوز کتبی قبلی از ما وگذار کنید.

ا. هزینه و حق‌الزحمه وکیل و مدافع قانونی

در هرگونه اختلاف بین اعضا و Health Plan، Medical Group یا بیمارستان های بنیاد Kaiser، هر طرف متعهد پرداخت هزینه‌ها و مخارج خود شامل هزینه و حق‌الزحمه وکیل، مدافع قانونی و دیگر هزینه‌ها است، مگر در مواردی که طبق قانون به‌گونه‌ای دیگر مقرر شده باشد.

ج. هماهنگی مزایا

اگر بیمه دیگری دارید، برای پرداخت هزینه مراقبتی که دریافت می‌کنید، ملزم به استفاده از پوشش دیگر خود همراه با پوشش خود به‌عنوان عضو طرح Senior Advantage Medicare Medi-Cal هستید. این امر «هماهنگی مزایا» نامیده می‌شود چون شامل هماهنگی تمامی مزایای سلامتی موجود برای شما است. شما مثل همیشه خدمات مراقبتی تحت پوشش را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت می‌کنید و پوشش دیگر نیز به سادگی در پرداخت هزینه مراقبتی که دریافت می‌کنید، کمک خواهد کرد.

اگر پوشش دیگر پرداخت‌کننده اصلی باشد، اغلب، سهم پرداخت خود را مستقیماً با ما تسویه می‌کند و شما دخالتی در این امر نخواهید داشت. با این حال، اگر صورت پرداختی که پرداخت آن بر عهده پرداخت‌کننده اصلی است مستقیماً برای شما ارسال شد، طبق قانون Medicare شما ملزم به تحویل این پرداخت اصلی به ما خواهید بود. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره پرداخت‌های اصلی در شرایط مسئولیت شخص ثالث، به بخش Q این فصل و برای پرداخت‌های اصلی در موارد غرامت کارگران، به بخش R فصل مراجعه کنید.

در صورتی که پوشش مراقبت سلامت دیگری دارید و همچنین هر زمان که هرگونه تغییری در پوشش دیگر شما ایجاد می‌شود، باید ما را مطلع سازید.

ک. مسئولیت کارفرما

برای هرگونه خدمات که کارفرما بر طبق قانون ملزم به ارائه آن است، ما هزینه‌ای به کارفرما پرداخت نم‌کنیم، و زمانی که هرکدام از چنین خدماتی را پوشش دهیم، مبلغ خدمات را از کارفرما دریافت می‌کنیم.

ل. الزام‌آور بودن مفاد «کتابچه راهنمای اعضا» برای اعضا

با انتخاب یا پذیرش مزایا در کتابچه راهنمای اعضا، تمامی اعضای که از نظر قانونی قادر به بستن قرارداد هستند، و نماینده قانونی تمامی اعضای ناتوان در بستن قرارداد، با تمامی مقررات این کتابچه راهنمای اعضا موافقت می‌کنند.

م. مسئولیت سازمان دولتی

برای هرگونه خدماتی که به موجب قانون ارائه یا دریافت آن تنها از طریق یک آژانس دولتی ممکن است، ما هزینه‌ای به دفتر دولتی نمی‌پردازیم و زمانی که هرکدام از چنین خدماتی را پوشش دهیم، می‌توانیم مبلغ خدمات را از آن آژانس دولتی دریافت کنیم.

N. عدم مسئولیت اعضا

قراردادهای ما با ارائه‌دهندگان شبکه، شما را از مسئولیت هرگونه مبلغی که بستانکار هستیم مبرا می‌سازد. با اینحال، شما مسئول هزینه خدماتی هستید که تحت پوشش نیستند و از ارائه‌دهندگان داخل یا خارج شبکه دریافت کرده‌اید.

O. عدم ابطال

عدم اجرای هر کدام از مقررات این کتابچه راهنمای اعضا مستوجب ابطال آن یا هرگونه مقررات دیگر نمی‌شود یا حقوق ما پس از آن برای ملزم ساختن شما به پیروی اکید از هرگونه شروط را فسخ نمی‌کند.

P. ابلاغیه‌ها

ابلاغیه‌های ما برای شما به جدیدترین آدرسی که داریم ارسال خواهد شد. مسئولیت اطلاع‌رسانی هرگونه تغییر در آدرس بر عهده شما است. در صورتی که نقل مکان می‌کنید، در اسرع وقت برای گزارش تغییر نشانی با مرکز تماس خدمات اعضای ما (شماره تلفن‌ها روی جلد پشتی این کتابچه چاپ شده است) و تأمین اجتماعی 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) تماس بگیرید.

Q. استرداد پرداخت اضافی

ما می‌توانیم هرگونه پرداخت اضافی را که برای خدمات انجام‌شده پرداخت کردیم، از فرد گیرنده آن پرداخت اضافی یا هر شخص یا سازمانی که مسئول پرداخت خدمات است، باز پس بگیریم.

R. مسئولیت شخص ثالث

اشخاص ثالثی که موجب صدمه یا بیماری شما می‌شوند (و/یا شرکت بیمه آن‌ها) معمولاً باید پیش از Medicare یا طرح ما، هزینه را پرداخت کنند. بنابراین ما حق پیگیری این پرداخت‌های اصلی را داریم. اگر از شخص ثالثی یا به‌جای او که ادعا می‌شود موجب صدمه یا بیماری شده است، حکمی دریافت کرده‌اید یا توافقی بین شما صورت گرفته است و برای آن بیماری یا آسیب، خدمات تحت پوشش دریافت کردید، باید اطمینان حاصل کنید که ما بازپرداخت آن خدمات را دریافت کنیم.

توجه: این بخش «مسئولیت شخص ثالث»، بر تعهد شما برای پرداخت سهم هزینه برای این خدمات تأثیری ندارد.

تا حدی که توسط قانون مجاز یا الزامی باشد، ما باید به این موارد متعهد باشیم: تمامی دعاوی، علل اقدام و دیگر حقوقی که ممکن است شما نسبت به یک شخص ثالث یا بیمه‌گر داشته باشید، برنامه دولتی یا دیگر منابع پوشش برای صدمات مالی، غرامت یا جبران خسارت برای صدمات یا بیماری‌ای که ادعا می‌شود توسط شخص ثالث ایجاد شده است. از زمان پست یا تحویل ابلاغیه کتبی مبنی بر استفاده ما از این گزینه به‌جای شما یا وکیل‌تان، ما در جایگاه جانشین قرار خواهیم گرفت.

ما برای تأمین حقوق خود، از حق وصول طلب و بازپرداخت در هرگونه روند قضایی یا حل اختلاف یا حقوقی که در هر روند قضایی یا حل اختلاف علیه شخص ثالث حاصل می‌شوند در رابطه با دیگر انواع پوشش برخوردار هستیم؛ که این پوشش‌ها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به آن‌ها نیست: مسئولیت، سرنشین بدون بیمه، سرنشین با بیمه ناقص، پوشش چتر شخصی، غرامت کارگران، صدمات شخصی، پرداخت‌های پزشکی و همه انواع دیگر شخص اول. حاصل هرگونه قضاوت یا حل اختلافی که ما یا شما به دست می‌آوریم ابتدا باید برای تأمین حق وصول بستانکاری ما اعمال شود، صرف‌نظر از اینکه شما کل پرداخت را انجام داده باشید یا خیر و صرف‌نظر از اینکه کل مبلغ حاصله کمتر از زیان‌ها یا صدمات حقیقی وارد شده به شما است یا خیر. ما ملزم به پرداخت هزینه یا دستمزد وکیل به هر وکیلی که توسط شما برای رسیدگی به دعوی صدمات گرفته شده است، نیستیم. اگر بدون نیاز به اقدام قانونی به ما بازپرداخت کنید، در هزینه ارائه خدمات به شما تخفیف می‌دهیم. اگر مجبور به پیگیری حقوقی برای اعمال منافع آن باشیم، تخفیفی در ارائه خدمات وجود نخواهد داشت. طی 30 روز پس از تحویل یا طرح دعوی یا اقدام قانونی علیه شخص ثالث، شما باید ابلاغیه کتبی آن دعوی یا اقدام قانونی را به آدرس زیر ارسال کنید:

The Rawlings Group
Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
فکس: 1-502-753-7064

برای اینکه وجود هرگونه حقی که دارا هستیم را تعیین کنیم و این حقوق را تأمین کنیم، شما باید تمامی رضایت‌نامه‌ها، نشریات، مجوزها، واگذاری و سایر اسناد شامل فرم وصول‌طلبی را که به وکیل شما یا شخص ثالث و بیمه‌گر مسئولیت شخص ثالث برای پرداخت مستقیم به ما ارسال می‌شود، را تکمیل و برای ما ارسال کنید. پیش از کسب رضایت قبلی و کتبی ما، با صرف‌نظر کردن، رهاکردن یا کاهش حقوق ما به موجب این قانون نباید موافقت کنید.

اگر ماترک، ولی، قیم یا محافظ شما ادعایی مبنی بر ایجاد آسیب یا بیماری برای شما علیه شخص ثالثی داشته باشند، ماترک، ولی، قیم یا محافظ شما و هر جلسه حل اختلاف یا قضاوتی که توسط ماترک، ولی، قیم یا محافظ شما صورت گرفته است ملزم به وصول بستانکاری و دیگر حقوق ما تا همان حدی خواهند بود که گویی شما نسبت به آن شخص ثالث طرح دعوی کرده‌اید. ممکن است برای اجرای حق وصول طلب و دیگر حقوق، حقوق خود را واگذار کنیم.

S. وزارت امور کهنه‌سربازان ایالات متحده

برای هرگونه خدماتی که برای عوارض ناشی از خدمت نظامی ایجاد شده است و قانون، «وزارت امور کهنه‌سربازان» را ملزم به ارائه این خدمات می‌کند، ما هزینه‌ای به «وزارت امور کهنه‌سربازان» نمی‌پردازیم و زمانی که هرگونه از این خدمات را پوشش دهیم، مبلغ خدمات را از «وزارت امور کهنه‌سربازان» دریافت خواهیم کرد.

T. مزایای غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما

گرامت کارگران معمولاً باید پیش از طرح ما یا Medicare پرداخت شود. بنابراین، ما تحت قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما، از حق پیگیری پرداختی‌های اولیه برخوردار هستیم. ممکن است به موجب قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما، واجد شرایط دریافت پرداختی‌ها یا سایر مزایا باشید که شامل مبالغ دریافتی به‌عنوان حل اختلاف (مجموعاً به آن «مزایای مالی» گفته می‌شود) نیز هست. حتی اگر مشخص نباشد که از حق «مزایای مالی» برخوردار هستید یا خیر، ما خدمات تحت پوشش را ارائه می‌کنیم، اما مبلغ هرگونه خدمات تحت پوشش را از منابع زیر وصول خواهیم کرد:

- از هرگونه منابعی که «مزایای مالی» ارائه می‌دهد یا هر کسی که مستحق دریافت «مزایای مالی» شده است.
- از طرف شما، اگر به موجب قانون مسئولیت کارفرما یا غرامت کارگران مصرانه برای احقاق حقوق خود نسبت به «مزایای مالی» تلاش می‌کردید، تاحدی که «مزایای مالی» ارائه شود یا قابل پرداخت باشد یا باید ارائه یا پرداخت می‌شده است.

U. رحم اجاره‌ای

در شرایطی که یک عضو غرامت پولی دریافت می‌کند تا به‌عنوان یک رحم جایگزین عمل کند، طرح ما به دنبال بازپرداخت تمام «هزینه‌های طرح» برای خدمات تحت پوششی است که عضو دریافت می‌کند و مرتبط با لقاح، بارداری و/یا زایمان است. قرار رحم جایگزین عبارت است از زمانی که یک زن می‌پذیرد که باردار شود و نوزاد را به شخص یا اشخاص دیگری که قصد بزرگ کردنش را دارند تحویل دهد.

فصل 12: تعاریف واژگان مهم

مقدمه

این فصل حاوی اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در کل این کتابچه راهنمای اعضا به همراه تعاریف آنها است. اصطلاحات به ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاح مورد نظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف ارائه شده نیاز دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که مردم در یک روز عادی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، استحمام، یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک دارویی (ADAP) AIDS: برنامه‌ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/AIDS کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی HIV دسترسی داشته باشند.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که بیمارانی که به مراقبت‌های بیمارستانی نیاز ندارند و انتظار نمی‌رود بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز داشته باشند را به صورت سرپایی جراحی می‌کند.

درخواست تجدیدنظر: راهی برای شما جهت به چالش کشیدن اقدام ما اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم. می‌توانید با ارسال درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تا تصمیم گرفته شده درباره پوشش را تغییر دهیم. **فصل 9** از این کتابچه راهنمای اعضا درباره درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه طرح درخواست تجدیدنظر توضیحاتی ارائه می‌کند.

سلامت رفتاری: اصطلاحی جامع و کامل که به خدمات سلامت روان و اختلالات مصرف مواد اشاره دارد.

داروی برند: داروی تجویزی که توسط شرکت سازنده اصلی دارو ساخته و فروخته می‌شود. داروهای برند دارای ترکیبات مشابه نسخه‌های ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر ساخته و فروخته می‌شوند.

هماهنگ‌کننده خدمات مراقبتی: یکی از افراد اصلی که با شما، با طرح سلامت، و با ارائه‌دهندگان خدمات مراقبتی شما کار می‌کند تا مطمئن شود مراقبت‌های مورد نیاز را دریافت می‌کنید.

طرح مراقبت: به «طرح مراقبت فردی» اشاره دارد.

خدمات اختیاری طرح مراقبت (خدمات CPO): خدمات اضافی که تحت «طرح مراقبت فردی» (ICP) اختیاری هستند. این خدمات جایگزین خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدتی نیستند که شما مجاز به دریافت آن‌ها تحت Medi-Cal هستید.

تیم مراقبت: به «تیم مراقبت متشکل از متخصصین رشته‌های مختلف» اشاره دارد.

مرحله پوشش هزینه کمرشکن: مرحله‌ای از مزایای دارویی بخش Medicare D که در آن طرح ما تمام هزینه‌های داروهای شما را تا پایان سال پرداخت می‌کند. این مرحله را زمانی شروع می‌کنید که شما (یا سایر اشخاص واجد شرایط از طرف شما) برای داروهای تحت پوشش بخش Medicare D در طول سال \$8,000 پرداخت کرده‌اید. در طول این مرحله پرداخت، طرح هزینه کامل داروهای تحت پوشش بخش Medicare D را پرداخت می‌کند. شما هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) Medicare: سازمان فدرال مسئول Medicare. در فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا، نحوه تماس با CMS توضیح داده شده است.

خدمات انجمن برای افراد بالغ (CBAS): برنامه خدمات سرپایی، مبتنی بر مرکز که مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتار درمانی، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/مراقب، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایطی که معیارهای واجد شرایط بودن را دارند ارائه می‌دهد.

شکایت: یک بیانیه مکتوب یا شفاهی مبنی بر اینکه شما مشکل یا نگرانی‌ای در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود دارید. این شامل هرگونه نگرانی در مورد کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه‌دهندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. اصطلاح رسمی‌ای که برای «شکایت کردن» به کار می‌رود «ثبت شکواییه» است.

مرکز خدمات جامع توانبخشی سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را پس از یک بیماری، تصادف یا عمل جراحی بزرگ ارائه می‌دهد. این مرکز انواعی از خدمات مانند فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناختی، درمان‌های تنفسی، کاردرمانی، گفتاردرمانی و خدمات ارزیابی محیط منزل را انجام می‌دهد.

سهم بیمه شده: مبلغ ثابتی که هر بار که خدمات یا داروهای تجویزی خاصی دریافت می‌کنید، به‌عنوان سهم خود از هزینه پرداخت می‌کنید. برای مثال ممکن است مبلغ \$2 یا \$5 برای خدمات یا داروی تجویزی پرداخت کنید.

سهم هزینه: مبلغی که باید هنگام دریافت خدمات یا داروهای تجویزی پرداخت کنید. سهم هزینه شامل پرداخت مشترک می‌شود.

تصمیمات مربوط به پوشش: تصمیمی درباره مزایایی که ما پوشش می‌دهیم. این شامل تصمیم‌گیری در مورد داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی است که ما برای خدمات سلامت شما می‌پردازیم. فصل 9 از این کتابچه راهنمای اعضا به شما می‌گوید که چگونه از ما بخواهید درباره پوشش تصمیم‌گیری کنیم.

داروهای تحت پوشش: اصطلاحی که ما برای همه داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرحمان استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: اصطلاح عمومی که برای اشاره به تمام مراقبت‌های سلامت، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت، اقامت پزشکی، داروهای نسخه‌دار، تجهیزات و سایر خدمات تحت پوشش طرح خود، به کار می‌بریم.

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های بیشتری را برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ما فراهم می‌کند که به آن‌ها کمک می‌کند پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما را بهتر درک کنند تا مطابق با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما خدمات را ارائه دهند.

اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid (معروف به Medi-Cal) را مدیریت می‌کند.

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده (DMHC): اداره دولتی مستقر در کالیفرنیا که مسئول تنظیم طرح‌های سلامت است. DMHC می‌تواند به افراد در رابطه با درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند. DMHC همچنین «بررسی‌های پزشکی مستقل» (IMR) را انجام می‌دهد.

لغو ثبت‌نام: روند پایان دادن به عضویت در طرح ما. لغو ثبت‌نام می‌تواند داوطلبانه (به انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای است برای کمک به حصول اطمینان از اینکه اعضا به‌طور ایمن از داروهای حاوی ماده مخدر و سایر داروهایی که احتمال سوءمصرف آن‌ها بالاست، استفاده می‌کنند.

طرح نیازهای ویژه افراد واجد شرایط دوگانه (D-SNP): طرح سلامتی که به افرادی که هم واجد شرایط Medicare و هم واجد شرایط Medicaid هستند خدمات رسانی می‌کند. طرح ما یک طرح D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه‌تان توصیه می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: ویلچر، عصا، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده‌شده توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق IV، دستگاه‌های تولیدکننده گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزر و واکر.

اضطراری: وضعیت «اورژانس پزشکی» زمانی است که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در مورد سلامت و پزشکی تشخیص دهید که علائمی دارید که به منظور جلوگیری از مرگ، قطع عضو، از دست رفتن جان، یا آسیب جدی به عملکرد بدن نیاز به پزشکی فوری دارید. علائم پزشکی می‌توانند بیماری، صدمه، درد شدید یا عارضه‌ای پزشکی باشند که سریعاً تشدید می‌شوند.

مراقبت اورژانسی: خدمات تحت پوشش ارائه‌شده توسط یک ارائه‌دهنده آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اضطراری و مورد نیاز برای درمان یک وضعیت اضطراری پزشکی یا سلامت رفتاری.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون قوانین و محدودیت‌های خاص.

خدمات مستثنی‌شده: خدماتی که توسط این طرح سلامت پوشش داده نمی‌شوند.

مساعده بیشتر: یک برنامه Medicare است که به افراد دارای درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هزینه‌های داروی تجویزی بخش Medicare D را کاهش دهند، مانند حق بیمه، فرانشیزها، و پرداخت‌های مشترک. «مساعده بیشتر» همچنین «پارانه اقساط کم‌درآمد» یا «LIS» نامیده می‌شود.

داروی ژنریک: دارویی تجویزی که توسط دولت فدرال برای استفاده به‌جای داروی برند تأیید شده است. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. معمولاً به همان خوبی داروهای برند عمل می‌کند ولی قیمت کمتری دارد.

شکوایه: شکایتی که از ما یا یکی از ارائه‌دهندگان شبکه یا داروخانه‌های ما می‌کنید. شکوایه، شکایتی در مورد کیفیت مراقبت یا خدمات ارائه‌شده به شما توسط طرح سلامتتان است.

برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه‌ای در مورد Medicare ارائه می‌دهد. **فصل 2** از این کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است که چگونه با HICAP تماس بگیرید.

طرح سلامت: سازمانی متشکل از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات طولانی‌مدت و سایر ارائه‌دهندگان. همچنین این طرح هماهنگ‌کننده‌های مراقبتی‌ای دارد که به شما در مدیریت همه ارائه‌دهندگان و خدماتتان کمک می‌کند. همه آن‌ها با هم کار می‌کنند تا مراقبت‌های مورد نیاز شما را فراهم کنند.

ارزیابی خطر سلامتی (HRA): مروری بر سابقه پزشکی و وضعیت فعلی شما. از این ارزیابی برای آگاهی از سلامت شما و چگونگی تغییر آن در آینده استفاده می‌شود.

دستیار سلامت در منزل: شخصی که خدماتی را ارائه می‌دهد که به مهارت‌های پرستار یا درمانگر دارای مجوز نیاز ندارد، مانند کمک در مراقبت‌های شخصی (مثلاً استحمام، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، یا انجام تمرینات تجویز شده). دستیارهای سلامت در منزل مجوز پرستاری ندارند یا کارهای درمانی انجام نمی‌دهد.

آسایشگاه: برنامه مراقبت و حمایت برای کمک به افراد دارای وضعیت پیش‌آگهی بیماری را علاج است تا بتوانند زندگی راحتی داشته باشند. پیش‌آگهی بیماری را علاج به این معنی است که فرد از لحاظ پزشکی به‌عنوان بیمار را علاج تأیید شده است، یعنی امید به زندگی او 6 ماه یا کمتر است.

اعضایی که وضعیت پیش‌آگهی بیماری را علاج دارند، حق انتخاب آسایشگاه را دارند.

یک تیم آموزش‌دیده از متخصصان و مراقبین برای سلامت کلی یک فرد، از جمله نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی خدمات مراقبتی ارائه می‌کنند.

ما باید فهرستی از ارائه‌دهندگان آسایشگاه در منطقه جغرافیایی‌تان را به شما ارائه دهیم.

صورت‌حساب نابجا/نادرست: وضعیتی که یک ارائه‌دهنده (مثلاً پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهم هزینه ما برای خدمات به شما صورت‌حساب می‌دهد. اگر صورت‌حساب‌هایی دریافت کردید که نمی‌دانید چیست، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

به‌عنوان عضوی از طرح ما، هنگام دریافت خدمات تحت پوشش طرح ما شما فقط باید مبلغ سهم هزینه خود را بپردازید. ما به ارائه‌دهندگان خود اجازه نمی‌دهیم که صورت‌حسابی بیش از این مبلغ به شما بدهند.

خدمات حمایتی در منزل (IHSS): برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدمات ارائه‌شده به شما کمک خواهد کرد تا بتوانید با خیال راحت در منزل خودتان بمانید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبت و پانسیون در نظر گرفته می‌شود. انواع خدمات مجاز از طریق IHSS عبارت‌اند از: نظافت منزل، آماده‌سازی غذا، لباسشویی، خرید مواد غذایی، خدمات مراقبت شخصی (مانند مراقبت از روده و مثانه، حمام کردن، پیرایش و خدمات پیرایشی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشک و نظارت حفاظتی برای افراد مبتلا به اختلال ذهنی. سازمان‌های خدمات اجتماعی کانتی بر IHSS نظارت می‌کنند.

بررسی پزشکی مستقل (IMR): اگر درخواست شما برای خدمات پزشکی یا درمان را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر با تصمیم ما مخالف هستید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal، از جمله داروها و لوازم DME است، می‌توانید از «سازمان خدمات درمانی هماهنگ کالیفرنیا» درخواست IMR کنید. IMR بررسی پرونده شما توسط پزشک‌انی است که عضو طرح ما نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، باید خدمات یا درمانی را که درخواست کردید به شما ارائه دهیم. بابت IMR هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بررسی مستقل (IRO): یک سازمان مستقل استخدام‌شده توسط Medicare که درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی می‌کند. این سازمان، نهادی دولتی و مرتبط با ما نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفته‌ایم درست است یا باید تغییر کند. Medicare بر کار این شرکت نظارت می‌کند. نام رسمی آن «نهاد بررسی مستقل» است.

طرح مراقبت فردی (ICP یا طرح مراقبت): طرحی برای تعیین اینکه چه خدماتی دریافت خواهید کرد و چگونه آن‌ها را دریافت خواهید کرد. طرح شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری، و خدمات پشتیبانی طولانی‌مدت باشد.

مرحله پوشش اولیه: مرحله پیش از اینکه کل هزینه‌های دارویی بخش Medicare D شما به \$8,000 برسد. این شامل مبالغی است که پرداخت کرده‌اید، آنچه طرح ما از طرف شما پرداخت کرده است و یارانه اقساط کچرآمد. در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهایتان را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را پرداخت می‌کنید.

بستری: اصطلاحی که وقتی استفاده می‌شود که به‌طور رسمی برای خدمات پزشکی حرفه‌ای در بیمارستان بستری می‌شوید. اگر به‌طور رسمی پذیرش نشوید، حتی اگر یک شب بمانید، ممکن است به جای بستری به‌عنوان یک بیمار سرپایی در نظر گرفته شوید.

تیم مراقبت متشکل از متخصصین رشته‌های مختلف (ICT یا تیم مراقبت): تیم مراقبت ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان بهداشتی باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت‌های مورد نیازتان آماده خدمات‌رسانی هستند. تیم مراقبت شما همچنین به شما کمک می‌کند تا یک طرح مراقبت تهیه کنید.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارو): فهرستی از داروهای تجویزی و بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. «فهرست دارو» به شما می‌گوید که آیا قوانینی وجود دارد که باید برای دریافت داروهای خود رعایت کنید یا خیر. «فهرست دارو» گاهی اوقات «دارونامه» نیز نامیده می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت به بهبود وضعیت پزشکی طولانی‌مدت کمک می‌کند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند در منزل بمانید تا مجبور نباشید به مرکز آسایشگاهی یا بیمارستان بروید. LTSS تحت پوشش طرح ما شامل خدمات مبتنی بر جامعه، مراکز آسایشگاهی (NF) و پشتیبانی‌های انجمن می‌شود. برنامه‌های معافیت از IHSS و LTSS(c) 1915، برنامه Medi-Cal هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

پارانه افسار کم‌درآمد (LIS): به «مساعده بیشتر» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی: برخی از طرح‌ها ممکن است یک برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا حداکثر 3 ماه از داروهای تجویزی تحت پوشش خود را مستقیماً درب منزلتان دریافت کنید. این ممکن است روشی مقرون‌به‌صرفه و راحت برای پیچیدن نسخه‌هایی باشد که به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

Medi-Cal: این نام برنامه Medicaid کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط این ایالت مدیریت می‌شود و بودجه آن توسط این ایالت و دولت فدرال تأمین می‌گردد.

- به افراد با درآمد و منابع محدود برای پرداخت هزینه‌های خدمات طولانی‌مدت و حمایت‌ها و هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند.

- این برنامه خدمات اضافی و برخی داروهایی را که تحت پوشش Medicare نیستند، پوشش می‌دهد.

- برنامه‌های Medicaid در هر ایالت متفاوت است، اما اغلب هزینه‌های مراقبت از سلامت در صورتی که هم واجد شرایط Medi-Cal و هم واجد شرایط Medicare باشید پوشش داده می‌شود.

طرح‌های Medi-Cal: طرح‌هایی که فقط مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، مانند خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت، تجهیزات پزشکی و حمل‌ونقل. مزایای Medicare مقوله‌ای مجزا است.

Medicaid (یا کمک پزشکی): برنامه‌ای که توسط دولت فدرال و این ایالت اجرا می‌شود و به افراد با درآمد و منابع محدود در دریافت خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت و پرداخت هزینه‌های پزشکی پرداخت کمک می‌کند. Medi-Cal برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است.

از لحاظ پزشکی ضروری: این اصطلاح درباره خدمات، لوازم یا داروهایی را که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک وضعیت پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامتی خود نیاز دارید، توضیح می‌دهد. همچنین این تعریف شامل مراقبتی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مرکز آسایشگاهی می‌شود. همچنین به این معناست که خدمات، وسایل یا داروها باید با استانداردهای پذیرفته‌شده فعالیت پزشکی مطابقت داشته باشند.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 سال یا بیشتر، برخی افراد زیر 65 سال دچار ناتوانی‌های خاص، و افراد مبتلا به بیماری کلیوی در مرحله پیشرفته (معمولاً کسانی که نارسایی دائمی کلیه دارند و نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارند). افراد دارای Medicare می‌توانند از طریق Original Medicare یا یک طرح مراقبت مدیریت‌شده (به «طرح سلامت» مراجعه کنید) پوشش سلامت Medicare خود را دریافت کنند.

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

مزیت Medicare: یک برنامه Medicare، همچنین به عنوان «بخش C» یا «MA» شناخته می‌شود که طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها برای پوشش مزایای Medicare شما پول می‌پردازد.

شورای تجدیدنظر Medicare (شورا): شورایی که درخواست تجدیدنظر سطح 4 را بررسی می‌کند. این «شورا» بخشی از دولت فدرال است.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش بخش A و Medicare B. همه طرح‌های سلامت، از جمله طرح ما، باید همه خدمات تحت پوشش بخش Medicare A و بخش Medicare B را پوشش دهند.

برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare: یک برنامه تغییر رفتار سلامت ساختار یافته که آموزش درباره تغییر رژیم غذایی بلندمدت، افزایش فعالیت بدنی و استراتژی‌هایی برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم را ارائه می‌دهد.

عضو ثبت‌نام‌شده Medicare و Medi-Cal: فردی که واجد شرایط پوشش Medicare و Medi-Cal است. فرد ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medicaid، «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز نامیده می‌شود.

بخش A برنامه Medicare: برنامه Medicare که اکثر مراقبت‌های دارای ضروری پزشکی ارائه‌شده در بیمارستان، مراکز پرستاری حرفه‌ای، بهداشت در خانه و مراقبت‌های آسایشگاهی را پوشش می‌دهد.

بخش B برنامه Medicare: برنامه Medicare که خدمات (مانند تست‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها و مراجعات پزشکی) و لوازمی (مانند ویلچر و واکر) را پوشش می‌دهد که برای درمان یک بیماری یا شرایط دارای ضرورت پزشکی هستند. بخش B برنامه Medicare همچنین بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را پوشش می‌دهد.

بخش C برنامه Medicare: برنامه Medicare، همچنین به عنوان «Medicare Advantage» یا «MA» شناخته می‌شود که به شرکت‌های خصوصی بیمه سلامت اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یکی از طرح‌های MA ارائه دهند.

بخش D Medicare: برنامه مزایای داروی تجویزی Medicare. ما این برنامه را به اختصار «بخش D» می‌نامیم. بخش Medicare D داروهای تجویزی سرپایی، واکسن‌ها و برخی از لوازمی را که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش Medicare B یا Medicaid نیستند، پوشش می‌دهد. طرح ما شامل بخش D برنامه Medicare می‌شود.

داروهای بخش D برنامه Medicare: داروهای تحت پوشش بخش Medicare D. کنگره به‌طور خاص دسته‌های خاصی از داروها را از پوشش تحت بخش Medicare D خارج می‌کند. ممکن است Medicaid برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی (MTM): یک گروه متمایز از خدمات یا گروهی از خدمات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، از جمله داروسازان، برای اطمینان از بهترین نتایج درمانی برای بیماران. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 5 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح): فردی دارای Medicare و Medi-Cal که واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، در طرح ما ثبت‌نام کرده است، و ثبت‌نامش توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

کتابچه راهنمای اعضا و افشای اطلاعات: این سند به همراه فرم ثبت نام شما و هر پیوست یا الحاقیه دیگر درباره پوشش شما، کارهایی که ما باید انجام دهیم، حقوق شما و کارهایی که شما باید به عنوان عضوی از طرح ما انجام دهید توضیح می دهد.

خدمات اعضا: بخشی در طرح ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، شکایات و درخواست تجدیدنظر است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره «خدمات اعضا»، به فصل 2 از این کتابچه اعضا مراجعه کنید.

داروخانه شبکه: یک داروخانه (داروفروشی) که موافقت کرده است نسخه های اعضای طرح ما را تهیه کند. ما به این داروخانه ها، «داروخانه های شبکه» می گوئیم، زیرا موافقت کردند که با طرح ما کار کنند. در بیشتر موارد، ما نسخه های شما را تنها زمانی پوشش می دهیم که در یکی از داروخانه های شبکه مان تهیه شده باشند.

ارائه دهنده شبکه: «ارائه دهنده» اصطلاح کلی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می کنند استفاده می کنیم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان ها، سازمان های مراقبت از سلامت در خانه، کلینیک ها و سایر مکان هایی است که خدمات مراقبت از سلامت، تجهیزات پزشکی و خدمات پشتیبانی های طولانی مدت به شما ارائه می دهند.

- آن ها از Medicare و ایالت برای ارائه خدمات درمانی مجوز یا گواهی دارند.
- زمانی که این افراد و سازمان ها موافقت می کنند با طرح سلامت ما کار کنند، پرداخت ما را بپذیرند و از اعضا مبلغ اضافی دریافت نکنند، به آن ها «ارائه دهندگان شبکه» می گوئیم.
- وقتی عضوی از طرح ما هستید، باید از ارائه دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. به ارائه دهندگان شبکه «ارائه دهندگان طرح» نیز گفته می شود.

مرکز یا خانه سالمندان: مرکزی که به افرادی که نمی توانند مراقبت های خود را در منزل دریافت کنند اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، خدمات مراقبتی ارائه می کند.

بازرس: دفتری در ایالت شما که به عنوان وکیل از طرف شما کار می کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید به پرسش های شما پاسخ می دهد و می تواند به شما کمک کنند تا بدانید باید چه بکنید. خدمات ombudsman رایگان هستند. می توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل های 2 و 9** از این کتابچه راهنمای اعضا پیدا کنید.

تصمیم سازمان: هنگامی که ما یا یکی از ارائه دهندگان ما، درباره اینکه خدمات تحت پوشش هستند یا خیر یا مبلغی که باید برای خدمات تحت پوشش بپردازید، تصمیم گیری می کنیم، طرح ما یک تصمیم سازمانی می گیرد. تصمیمات سازمان «تصمیمات مربوط به پوشش» هم نامیده می شوند. **فصل 9** از این کتابچه راهنمای اعضا درباره تصمیمات مربوط به پوشش طرح توضیح می دهد.

Original Medicare (قدیمی Medicare یا Medicare کارمزد در ازای خدمات): دولت Original Medicare را ارائه می کند. تحت Original Medicare، خدمات با پرداخت مبالغ مصوب کنگره به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی پوشش داده می شوند.

- شما می توانید از هر پزشک، بیمارستان یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی که Medicare را می پذیرند استفاده کنید. Original Medicare دو قسمت دارد: بخش Medicare A (بیمه بیمارستان) و بخش B Medicare (بیمه دارو).
- Original Medicare در همه جای ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نمی خواهید عضو طرح ما شوید، می توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که جهت هماهنگی و ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای ما با طرح ما موافقت نکرده است. طرح ما بیشتر داروهای را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید پوشش نمی‌دهد، مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌دهنده یا مرکزی که توسط طرح ما به استخدام یا مالکیت در نیامده است یا اداره نمی‌شود و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما، تحت هیچ قراردادی نیست. **فصل 3** از این کتابچه راهنمای اعضا درباره ارائه‌دهندگان یا مراکز خارج از شبکه توضیح می‌دهد.

هزینه‌های پرداختی از جیب: شرایط سهم هزینه برای اعضا که آن‌ها را ملزم می‌کند هزینه بخشی از خدمات یا داروهای را که دریافت می‌کنند پرداخت کنند که به آن هزینه «پرداختی از جیب» گفته می‌شود. به تعریف «سهم هزینه» در بالا مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروهای بدون نسخه، داروهای هستند که فرد می‌تواند بدون نسخه از متخصص مراقبت‌های بهداشتی خریداری کند. برای کسب اطلاعات درباره اقلام سلامت و بهداشتی تحت پوشش بدون نسخه، به **فصل 4** مراجعه کنید.

بخش A: به «بخش A برنامه Medicare» اشاره دارد.

بخش B: به «بخش B برنامه Medicare» اشاره دارد.

بخش C: به «بخش C برنامه Medicare» اشاره دارد.

بخش D: به «بخش D برنامه Medicare» اشاره دارد.

داروهای بخش D: به «داروهای بخش D برنامه Medicare» اشاره دارد.

اطلاعات سلامت شخصی (که «اطلاعات سلامت محافظت‌شده» (PHI) نیز نامیده می‌شود): اطلاعاتی در مورد شما و سلامتی شما، مانند نام، نشانی، شماره تامین اجتماعی، ویزیت پزشک و سابقه پزشکی شما. مراجعه کنید به **اطلاعات رویه‌های حفظ حریم خصوصی** برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI خود.

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP): پزشک یا ارائه‌دهنده دیگری که برای اکثر مشکلات سلامتی در ابتدا استفاده می‌کنید. او اطمینان حاصل می‌کند که شما مراقبتی را که برای سلامتی نیاز دارید، دریافت می‌کنید.

- او ممکن است با سایر پزشکان و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درباره وضعیت مراقبت شما تماس بگیرد و شما را به آن‌ها ارجاع دهد. کند.
- در بسیاری از طرح‌های سلامت Medicare، شما باید با ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی خود قبل از اینکه هر ارائه‌دهنده دیگری را ملاقات کنید، تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

مجوز قبلی (PA): قبل از اینکه بتوانید خدمات یا داروی خاصی را دریافت کنید یا از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه استفاده کنید، باید تأییدیه‌ای از ما دریافت کنید. اگر ابتدا تأیید را دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی از خدمات پزشکی داخل شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک شما یا ارائه‌دهنده داخل شبکه دیگری از ما PA دریافت کرده باشد.

- خدمات تحت پوششی که به مجوز قبلی طرح ما نیاز دارند، در **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا علامت‌گذاری شده‌اند.

طرح ما برخی از داروها را فقط در صورت دریافت PA از ما پوشش می‌دهد.

• داروهای تحت پوششی که نیاز به PA طرح ما دارند در **فهرست داروهای تحت پوشش** علامت‌گذاری شده‌اند.

برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medicaid را برای افراد 55 سال و بالاتر که برای زندگی در منزل به سطحی بالاتر از مراقبت نیاز دارند، باهم پوشش می‌دهد.

برنامه مراقبت جامع برای سالمندان: دستگاه‌های پزشکی توصیه‌شده توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که شامل موارد زیر می‌شود اما این به این موارد محدود نمی‌شود: بریس‌های بازو، کمر و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و تجهیزاتی که باید جایگزین قسمت‌های داخلی بدن یا عملکردهای داخلی شود، مثل تجهیزات استومی و تغذیه درمانی انترال و پارتنرال.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و دیگر متخصصین مراقبت از سلامت که به بهبود کیفیت مراقبت از افراد دارای Medicare کمک می‌کند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. برای اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **فصل 2** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

سقف محدودیت برای مقدار: محدودیتی در میزان دارویی که می‌توانید داشته باشید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزایای لحظه‌ای: پورتال یا برنامه‌ای رایانه‌ای که افراد ثبت‌نام‌شده می‌توانند در آن اطلاعات کامل، دقیق، به‌موقع و از نظر بالینی مناسب مربوط به داروهای تحت پوشش مخصوص فرد ثبت‌نام‌شده و مزایا را جستجو کنند. این مورد شامل مبلغ سهم هزینه، داروهای جایگزینی که ممکن است به‌عنوان داروی ارائه‌شده برای همان وضعیت سلامت استفاده شوند و محدودیت‌های پوشش (محدودیت‌های مجوز قبلی یا تعداد) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌گردند می‌شود.

ارجاع: ارجاع، تأییدیه ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) برای مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، ممکن است این خدمات را پوشش ندهیم. برای استفاده از متخصصان خاص، مانند متخصصان سلامت زنان نیازی به ارجاع ندارید. می‌توانید اطلاعات بیشتری را درباره ارجاع‌ها در **فصل‌های 3 و 4** از این کتابچه راهنمای اعضا پیدا کنید.

خدمات توانبخشی: درمانی که برای کمک به بهبودی شما پس از یک بیماری، تصادف یا عمل جراحی بزرگ دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4** از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روانی یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STI)، HIV/AIDS، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت و خشونت شریک جنسی.

ناحیه خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که در صورتی که طرح عضویت را محدود به محل زندگی کند، فقط از آن منطقه عضو می‌پذیرد. برای طرح‌هایی که پزشک و بیمارستان مورد استفاده شما را محدود می‌کنند، ناحیه خدماتی معمولاً ناحیه‌ای است که خدمات معمول خود (غیراورژانسی) را می‌توانید در آنجا دریافت کنید. فقط افرادی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند در طرح ما ثبت‌نام کنند.

منطقه خدماتی برای اهداف سهم هزینه، ثبت‌نام و لغو ثبت‌نام، در **فصل 1** توضیح داده شده است. با هدف دستیابی به خدمات تحت پوشش، خدمات مراقبتی را از ارائه‌دهندگان داخل شبکه در هر جایی از ناحیه خدماتی «منطقه کالیفرنیا جنوبی» دریافت می‌کنید. (به **فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش** مراجعه کنید).

اگر پرسشی دارید، لطفاً از طریق شماره (TTY 711) 1-800-443-0815، با خدمات اعضا روز هفته از ساعت

سهم هزینه: بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی خود را که ممکن است مجبور باشید هر ماه قبل از اینکه مزایای شما شروع شود، بپردازید. مقدار سهم شما از هزینه بسته به درآمد و منابع شما متفاوت است.

مرکز پرستاری حرفه‌ای (SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و تجهیزات برای ارائه مراقبت‌های پرستاری حرفه‌ای و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی حرفه‌ای و سایر خدمات بهداشتی مرتبط.

مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی (SNF): خدمات پرستاری حرفه‌ای و توانبخشی، روزانه، در یک مرکز پرستاری حرفه‌ای ارائه می‌شود. نمونه‌هایی از مراقبت‌های حرفه‌ای در مرکز پرستاری شامل فیزیوتراپی یا تزریق‌های داخل وریدی (IV) است که یک پرستار رسمی یا یک پزشک می‌تواند انجام دهد.

متخصص: پزشکی است که برای یک بیماری یا قسمت خاصی از بدن خدمات مراقبتی و درمانی ارائه می‌دهد.

داروخانه تخصصی: برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** از این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان یکی از خدمات Medi-Cal را درخواست کنند و ما آن را تأیید نکنیم، یا به پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً داشتید ادامه ندهیم، می‌توانید درخواست رسیدگی دولتی کنید. اگر جلسه دادرسی ایالتی به نفع شما حکم دهد، ما باید خدماتی را که خواسته‌اید به شما ارائه دهیم.

درآمد تکمیلی تأمین اجتماعی (SSI): «تأمین اجتماعی» به افرادی که درآمد و منابع محدود دارند و معلول، نابینا یا 65 سال و بالاتر باشند، مزایای ماهانه پرداخت می‌کند. مزایای SSI با مزایای تأمین اجتماعی یکسان نیست.

خدمات مراقبتی فوری: مراقبتی که برای درمان بیماری‌ها، صدمات یا عارضه‌های ناگهانی دریافت می‌کنید که غیراورژانسی اما مستلزم مراقبت پزشکی فوری هستند. هنگامی که ارائه‌دهندگان شبکه در دسترس نیستند یا نمی‌توانید به آن‌ها دسترسی پیدا کنید، می‌توانید مراقبت‌های فوری مورد نیاز خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید.

اطلاعیه عدم تبعیض

Kaiser Permanente از قوانین مربوط به حقوق مدنی فدرال تبعیت می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت شما را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد. Kaiser Permanente بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، افراد را از یکدیگر جدا نمی‌کند یا رفتار متفاوتی با آن‌ها نخواهد داشت. ما همچنین:

- به کسانی که دچار معلولیت هستند و نمی‌توانند با ما به درستی ارتباط برقرار کنند، کمک و خدمات رایگان ارائه خواهیم کرد، از جمله:

○ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره.

○ ارائه اطلاعات کتبی به فرمت‌های دیگر مانند چاپ با قلم درشت، فایل‌های صوتی و فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی.

- ارائه خدمات زبانی به صورت رایگان برای کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، از جمله:

○ مترجم شفاهی دارای صلاحیت.

○ اطلاعات کتبی به سایر زبان‌ها.

اگر به این خدمات نیاز دارید، از طریق شماره **1-800-443-0815** (کاربران TTY به شماره **711**) در تمامی ایام هفته از 8 صبح تا 8 عصر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر فکر می‌کنید Kaiser Permanente این خدمات را ارائه نکرده است یا به هر طریقی بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت، تبعیضی قائل شده است، می‌توانید با ارسال فایل کتبی شکایت از طریق مسئول هماهنگی در امور حقوق مدنی ما به آدرس **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** یا تماس با خدمات اعضا به شماره‌های ذکر شده در بالا، ناراضایتی خود را اعلام کنید. می‌توانید شکایت خود را از طریق پست یا تلفن ارائه کنید. اگر برای ارائه شکایت نیاز به کمک دارید، مسئول هماهنگی ما در امور مربوط به حقوق مدنی می‌تواند به شما کمک کند. همچنین از طریق روش‌های زیر می‌توانید بطور الکترونیکی شکایات مربوط به حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده مطرح کنید: از طریق پورتال دفتر رسیدگی به شکایات مربوط به حقوق مدنی به آدرس

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>؛ ارسال شکایت از طریق پست به آدرس

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,

HHH Building, Washington, DC 20201؛ یا تماس با شماره **1-800-368-1019** و **1-800-537-7697 (TDD)**.

فرم‌های شکایت در آدرس **<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** قابل دسترسی هستند.



اطلاعیه عدم تبعیض

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. Kaiser Permanente از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند.

Kaiser Permanente به دلیل سن، نژاد، گروه قومی، رنگ پوست، ملیت، پیشینه فرهنگی، تبار، دین، جنسیت، هویت جنسی، ابراز جنسی، تمایل جنسی، وضعیت تأهل، ناتوانی جسمی یا ذهنی، وضعیت پزشکی، منبع مالی، اطلاعات ژنتیک، شهروندی، زبان اصلی یا وضعیت مهاجرتی بین افراد تبعیض قائل نمی‌شود یا با آن‌ها متفاوت رفتار نمی‌کند.

Kaiser Permanente خدمات زیر را ارائه می‌دهد:

- خدمات و کمک رایگان به افراد ناتوان برای اینکه بتوانند بهتر با ما ارتباط برقرار کنند، مانند:
 - ♦ مترجم حرفه‌ای زبان اشاره
 - ♦ ارائه اطلاعات کتبی در فرمت‌های دیگر (خط بریل، چاپ درشت، فایل‌های صوتی، فرمت‌های الکترونیکی قابل دسترسی و سایر فرمت‌ها)
- خدمات زبانی رایگان به کسانی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
 - ♦ مترجم شفاهی حرفه‌ای
 - ♦ اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با مرکز تماس خدمات اعضا به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید (TTY 711). ساعات پاسخگویی: 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز). در صورتی که مشکل شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره **711** تماس بگیرید.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرم الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با مرکز تماس خدمات اعضای ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

نحوه تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائه این خدمات ناتوان بود یا به روشی دیگر تبعیضی غیرقانونی قائل شد، می‌توانید نارضایتی از تبعیض نزد Kaiser Permanente طرح کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance) خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید در مورد گزینه‌های مربوط به خود، با یکی از نمایندگان خدمات اعضا صحبت کنید. اگر در تنظیم نارضایتی به کمک نیاز دارید، لطفاً با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها تسلیم نمایید:

- به صورت تلفنی: می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته (به‌استثنای تعطیلات مرکز) با مرکز خدمات اعضای به شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** تماس بگیرید
- از طریق پست: از طریق شماره **1-800-464-4000 (TTY 711)** با ما تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال شود
- به صورت حضوری: فرم شکایت یا فرم درخواست/دعوی مزایا را در مرکز خدمات واقع در یکی از مراکز عضو طرح تکمیل کنید (برای اطلاع از نشانی این مراکز، به فهرست ارائه‌دهندگان در نشانی اینترنتی kp.org/facilities مراجعه کنید)
- آنلاین: از فرم آنلاین در وبسایت ما به نشانی kp.org استفاده کنید

همچنین می‌توانید مستقیماً با هماهنگ‌کننده‌های حقوق مدنی Kaiser Permanente به نشانی‌های زیر تماس بگیرید:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

نحوه تکمیل فرم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (فقط برای ذی‌نفعان Medi-Cal)
همچنین به‌صورت تلفنی یا از طریق ایمیل می‌توانید شکایت حقوق مدنی را نزد دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا تنظیم کنید:

- به‌صورت تلفنی: تماس با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (California Department of Health Care Services, DHCS) به شماره **916-440-7370 (TTY 711)**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این نشانی اینترنتی در دسترس قرار دارد:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- آنلاین: ارسال ایمیل به CivilRights@dhcs.ca.gov

نحوه تنظیم نارضایتی نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده
می‌توانید شکایتی در رابطه با تبعیض نزد دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده طرح کنید. شکایت خود را می‌توانید به‌صورت کتبی، از طریق تلفن یا به‌صورت آنلاین طرح کنید:

- از طریق تلفن: تماس با شماره **1-800-368-1019 (TTY 711)** یا **1-800-537-7697**
- از طریق پست: تکمیل فرم شکایت یا ارسال نامه‌ای به این آدرس:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در این نشانی در دسترس قرار دارد:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- آنلاین: بازدید از پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815 (TTY 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815 (TTY 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورتهای دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمکهای جانبی و وسایل .کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روزهای تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າ ແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານ ສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະ ສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນ ຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທ ຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didííts'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didííts'ííligíí bína'idííkiłgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíizingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'inígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม แพลตฟอร์มเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้ คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000** ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ) ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви можете зробити запит на послуги усного перекладача, отримання матеріалів у перекладі мовою, якою володієте, або в альтернативних форматах. Також ви можете зробити запит на отримання допоміжних засобів і пристроїв у закладах нашої мережі компаній. Просто зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**. Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень (крім святкових днів). Номер для користувачів телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi. Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**, 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ). Người dùng TTY xin gọi **711**.

خدمات اعضای Senior Advantage Medicare Medi-Cal

تماس	1-800-443-0815
	تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ. دفتر خدمات اعضا همچنین دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افراد غیر انگلیسی‌زبان است.
TTY	711
	تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته از ساعت 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ.
مکاتبه	دفتر «خدمات اعضای» محلی شما (برای اطلاع از مکان‌ها فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش را مشاهده کنید).
وبسایت	kp.org