Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)، ارائه شده توسط Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

کتابچه راهنمای اعضا

1 ژانویه 2027 تا 31 دسامبر 2027

پوشش بیمه درمانی و دارویی شما تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

مقدمه کتابچه راهنمای اعضا

این کتابچه *راهنمای اعضا*، که به آن *گواهی پوشش بیمه* نیز گفته می‌شود، اطلاعات مربوط به پوشش بیمه شما تحت طرح ما را تا 31 دسامبر 2027 در اختیارتان قرار می‌دهد. این کتابچه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)، پوشش دارویی و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت را توضیح می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در **فصل 12** این *کتابچه راهنمای اعضا آمده است*.

این کتابچه یک سند قانونی مهم است. آن را در جایی امن نگهداری کنید.

وقتی در این *کتابچه راهنمای اعضا* از «ما»، «برای ما»، «مال ما» یا «طرح ما» یاد می‌شود، منظور از آن Kaiser Permanente Dual Complete است.

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

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر، مانند چاپ بزرگ، خط بریل و/یا صوتی، با تماس با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب دریافت کنید. این تماس رایگان است.

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

- زبان ترجیحی به غیر از انگلیسی و/یا قالب‌های دیگر،
- یک درخواست دائمی در خصوص پست و مکاتبات آینده، و
- تغییر یک درخواست ثابت برای زبان و/یا قالب ترجیحی.

اطلاعیه در دسترس بودن خدمات کمک زبانی و خدمات و کمک‌های جانبی

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN

CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN

យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

فهرست مطالب

فصل 1: شروع کار به‌عنوان عضو طرح **10**
فصل 2: شماره‌های تلفن و منابع مهم..... **23**
فصل 3: استفاده از پوشش طرح ما برای مراقبت از سلامت تان و سایر خدمات تحت پوشش..... **62**
فصل 4: جدول مزایا..... **83**
فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما **167**
فصل 6: مبلغی که برای داروهای Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید..... **184**
فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای داروها یا خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده اید **193**
فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما **200**
فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی دارید (تصمیمات پوشش، درخواست‌های تجدیدنظر، شکایات) چکار کنید **220**
فصل 10: پایان دادن به عضویت شما در طرح ما **261**
فصل 11: ابلاغیه های قانونی..... **270**
فصل 12: تعاریف واژگان مهم **280**

سلب مسئولیت

- Kaiser Permanente یک طرح HMO D-SNP است که با Medicare و با برنامه Medi-Cal قرارداد دارد. ثبت‌نام در Kaiser Permanente به تجدید قرارداد بستگی دارد.
- خدمات مراقبت‌های بهداشتی ارائه شده به اعضای Kaiser Permanente تحت پوشش Medi-Cal تابع شرایط، ضوابط، محدودیت‌ها و موارد استثنای قرارداد بین Kaiser Foundation Health Plan, Inc. و سازمان خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (DHCS) است، و همانطور که در این *کتابچه راهنمای اعضا* و هر گونه اصلاحیه ذکر شده است.
- **فقط برای اعضای Southern California:** مزایای غذای سالم بخشی از برنامه تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط دریافت این مزایا نیستند. اعضا برای واجد شرایط بودن باید دارای بیماری‌های مزمن مشخصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی‌عروقی، آرتروز یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای دریافت این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. قبل از ارائه این مزایا، تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید برآورده شوند. برای جزئیات بیشتر، لطفاً با ما تماس بگیرید.
- ارائه‌دهندگان خارج از شبکه/ بدون قرارداد، به‌جز در شرایط اضطراری، هیچ الزامی برای ارائه خدمات درمانی به اعضای طرح ندارند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر، از جمله درباره سهم هزینه‌ای که برای خدمات خارج از شبکه اعمال می‌شود، با شماره خدمات اعضای ما تماس بگیرید یا *این کتابچه راهنمای اعضا* را ببینید.
- مزایا و/یا مبالغ سهم بیمه‌شده ممکن است از روز 1 ژانویه 2028 تغییر کنند.
- فهرست داروهای تحت پوشش، شبکه داروخانه‌ها و/یا شبکه ارائه‌دهندگان خدمات ما ممکن است در هر زمان تغییر کند. حداقل 30 روز پیش از هرگونه تغییری که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، اطلاعیه‌ای دریافت خواهید کرد.

فصل 1: شروع کار به‌عنوان عضو طرح

مقدمه

این فصل شامل اطلاعاتی در مورد **Kaiser Permanente Dual Complete**، که یک طرح درمانی است و تمام خدمات Medicare شما را پوشش می‌دهد و تمام خدمات Medicare و Medi-Cal شما و عضویت شما در آن را 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 این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 1 فهرست مطالب

A. به طرح ما خوش آمدید 11
B. اطلاعاتی درباره Medicare و Medi-Cal 12
B1. Medicare 12
B2. Medi-Cal 12
C. مزایای طرح ما 13
D. ناحیه خدماتی طرح ما 14
E. چگونه می توان یک عضو واجدشرایط طرح بود 16
F. هنگامی که برای اولین بار به طرح سلامت ما ملحق می‌شوید، چه انتظاری باید داشته باشید 17
G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی شما 18
G1. تیم مراقبتی 18
G2. طرح مراقبتی 18
H. خلاصه هزینه های مهم 18
H1. مبلغ پرداختی برای داروهای نسخه‌ای Medicare 18
I. این *کتابچه راهنمای اعضا* 18
J. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید 19
J1. کارت شناسایی عضویت شما 19
J2. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* 20
J3. *فهرست داروهای تحت پوشش* 21
J4. *توضیح مزایا* 21
K. به‌روز نگه‌داشتن سوابق عضویت شما 21
K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI) 22

A. به طرح ما خوش آمدید

طرح ما خدمات Medicare و Medi-Cal را به افرادی که واجد شرایط هر دو برنامه هستند، ارائه می‌دهد. 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 ارائه دهند.

Kaiser Permanente Dual Complete یک طرح تخصصی Medicare Advantage (یک طرح نیازهای ویژه Medicare) است، به این معنی که مزایای آن برای افرادی با نیازهای ویژه مراقبت‌های بهداشتی طراحی شده است. طرح Kaiser Permanente Dual Complete برای افرادی طراحی شده است که تحت پوشش بیمه درمانی Medicare هستند و همچنین واجد شرایط دریافت کمک از Medi-Cal نیز می‌باشند.

Kaiser Permanente خدمات سلامت خود را مستقیماً از طریق یک برنامه یکپارچه مراقبت‌های پزشکی به اعضای خود ارائه می‌کند. طرح سلامت، بیمارستان‌های عضو طرح و گروه پزشکی Southern California Permanente ("گروه پزشکی") با هم همکاری می‌کنند تا خدمات مراقبت باکیفیت به اعضا ارائه شود. برنامه مراقبت‌های پزشکی ما دسترسی به خدمات تحت پوشش را برای شما فراهم می‌کند، از جمله خدمات مراقبت منظم، خدمات مراقبت در بیمارستان، خدمات آزمایشگاه، خدمات اورژانسی، مراقبت فوریتی و سایر مزایای توصیف‌شده در این *کتابچه راهنمای عضو*. علاوه بر این، برنامه‌های آموزش سلامت ما روش‌های فوق‌العاده‌ای را برای حفظ سلامت و بهبود آن، به شما ارائه می‌کنند.

این *کتابچه راهنمای اعضا* طرح های زیر را توضیح می دهد:

- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P1" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P6" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P7" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P9" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P10" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح South P11" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P2" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P16" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P17" گفته می شود

- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P18" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P19" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P20" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P21" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P22" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P23" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P24" گفته می شود
- طرح Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)، که در این سند به آن "طرح North P25" گفته می شود

اگر مطمئن نیستید که در کدام طرح ثبت نام کرده‌اید، لطفاً با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین این صفحه تماس بگیرید یا به روی جلد *اطلاعیه تغییرات سالانه* خود (یا برای اعضای جدید، فرم ثبت نام یا نامه تأیید ثبت نام) مراجعه کنید.

توجه: لطفاً برای اطلاع از محدوده جغرافیایی خدمات هر طرح موجود در این *کتابچه راهنمای اعضا*، به **بخش D** در این فصل مراجعه کنید. برای اهداف تقسیم هزینه، ثبت نام و لغو ثبت نام، چندین طرح Dual Complete در حوزه‌های خدماتی منطقه ما وجود دارد که در این *کتابچه راهنمای اعضا* شرح داده شده‌اند. اما برای اهداف دریافت خدمات تحت پوشش، شما می‌توانید از ارائه‌دهندگان شبکه در هر نقطه از ناحیهٔ خدماتی منطقهٔ ما مراقبت دریافت کنید.

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 برنامه Medicaid در ایالت California 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 برخی داروهایی 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 واجدشرایط است؟
- چه خدماتی تحت پوشش هستند، **و**
- هزینه خدمات تحت پوشش چقدر است.

ایالت‌ها می‌توانند در مورد نحوه اجرای برنامه‌های خود تصمیم بگیرند، البته تا زمانی که از قوانین فدرال پیروی کنند.

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

- ما تصمیم می گیریم که طرح را ارائه دهیم، **و**
- Medicare و ایالت California به ما اجازه می‌دهند به ارائه این طرح ادامه دهیم.

حتی اگر طرح ما در آینده کار خود را متوقف کند، واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تحت تأثیر قرار نمی‌گیرد.

C. مزایای طرح ما

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

ما کمک می‌کنیم مزایای Medicare و Medi-Cal شما در کنار هم برای شما مفیدتر باشند. برخی از نمونه‌های این مزایا عبارتند از:

- شما می توانید برای **بیشتر** نیازهای مراقبت درمانی خود با ما همکاری 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 مراقبتی و هماهنگ‌کننده مراقبت شما با شما همکاری می‌کنند تا یک برنامه مراقبتی طراحی کنند که نیازهای بهداشتی **شما** را برآورده سازد. 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 Kaiser Permanente Dual Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Kaiser Permanente Dual Complete، در طرح Kaiser Permanente Dual Complete Plan برای مزایای Medicare خود ثبت نام 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 Kaiser Permanente Dual Complete دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. در صورت داشتن هرگونه سوال، لطفاً با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) با ما تماس بگیرید.

D. ناحیه خدماتی طرح ما

منطقه کالیفرنیای جنوبی ما شامل طرح‌های جنوبی زیر است:

- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P1** که فقط شامل مناطق این زیپ‌کدها در **کانتی San Diego** می‌شود:
  - 91901–03، 91908–17، 91921، 91931–33، 91935، 91941–46، 91950–51، 91962–63، 91976–80، 91987، 92003، 92007–11، 92013–14، 92018–30، 92033، 92037–40، 92046، 92049، 92051–52، 92054–61، 92064–65، 92067–69، 92071–72، 92074–75، 92078–79، 92081–86، 92088، 92091–93، 92096، 92101–24، 92126–32، 92134–40، 92142–43، 92145، 92147، 92149–50، 92152–55، 92158–61، 92163، 92165–79، 92182، 92186–87، 92191–93، و 92195–99
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P6** شامل این شهرستان‌ها می‌شود:
  - بخش هایی از **شهرستان Riverside**، فقط در این زیپ کدها: 91752، 92028، 92201–03، 92210–11، 92220، 92223، 92230، 92234–36، 92240–41، 92247–48، 92253–55، 92258، 92260–64، 92270، 92274، 92276، 92282، 92320، 92324، 92373، 92399، 92501–09، 92513–14، 92516–19، 92521–22، 92530–32، 92543–46، 92548، 92551–57، 92562–64، 92567، 92570–72، 92581–87، 92589–93، 92595–96، 92599، 92860، 92877–83
  - بخش هایی از **شهرستان San Bernardino**، فقط در این زیپ کدها: 91701، 91708–10، 91729–30، 91737، 91739، 91743، 91758–59، 91761–64، 91766، 91784–86، 92305، 92307–08، 92313–18، 92321–22، 92324–25، 92329، 92331، 92333–37، 92339–41، 92344–46، 92350، 92352، 92354، 92357–59، 92369، 92371–78، 92382، 92385–86، 92391–95، 92397، 92399، 92401–08، 92410–11، 92413، 92415، 92418، 92423، 92427، 92880.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P7** شامل بخش هایی از **شهرستان Kern**، فقط در این زیپ کدها می‌شود:
  - 93203، 93205–06، 93215–16، 93220، 93222، 93224–26، 93238، 93240–41، 93243، 93249–52، 93263، 93268، 93276، 93280، 93285، 93287، 93301–09، 93311–14، 93380، 93383–90، 93501–02، 93504–05، 93518–19، 93531، 93536، 93560–61، و 93581.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P9** شامل تمام **شهرستان Los Angeles**، به جز جزیره کاتالینا می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P10** شامل تمام **شهرستان Orange** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P11** شامل بخش هایی از **شهرستان Ventura**، فقط در این زیپ کدها می‌شود:
  - 90265، 91304، 91307، 91311، 91319–20، 91358–62، 91377، 93001–07، 93009–12، 93015–16، 93020–22، 93030–36، 93040–44، 93060–66، 93094، 93099، و 93252.

منطقه کالیفرنیای شمالی ما شامل طرح‌های شمالی زیر است:

- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P2** که شامل این مناطق می‌شود:
  - تمام **شهرستان ساکرامنتو**.
  - **شهرستان Amador**، فقط در این زیپ کدها: 95640 و 95669
  - **شهرستان El Dorado**، فقط در این زیپ کدها: 14–95613، 95619، 95623، 35–95633، 95651، 95664، 95667، 95672، 95682، و 95762
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P16** شامل تمام **شهرستان Alameda** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P17** شامل تمام **شهرستان Contra Costa** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete South P18** شامل این شهرستان‌ها می‌شود:
  - بخش هایی از **شهرستان Fresno**، **فقط در این زیپ کدها:** 93242، 93602، 07–93606، 93609، 13–93611، 93616، 19–93618، 27–93624، 31–93630، 93646، 52–93648، 93654، 57–93656، 93660، 93662، 68–93667، 93675، 12–93701، 18–93714، 30–93720، 93737، 41–93740، 45–93744، 93747، 93750، 93755، 61–93760، 65–93764، 79–93771، 93786، 94–93790، 93844، 93888.
  - **شهرستان Kings**، فقط در این زیپ کدها: 93230، 93232، 93242، 93631، 93656.
  - **بخش هایی از شهرستان Madera**، فقط در این زیپ کدها: 02–93601، 93604، 93614، 93623، 93626، 36–93636، 45–93643، 93653، 93669، 93720.
  - **شهرستان Mariposa**، فقط در این زیپ کدها: 93601، 93623، و 93653
  - **بخش هایی از شهرستان Tulare**، فقط در این زیپ کدها: 93238، 93261، 93618، 93631، 93646، 93654، 93666، و 93673.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P19** شامل تمام **شهرستان San Francisco** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P20** شامل تمام **شهرستان های San Joaquin و Stanislaus** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P21** شامل تمام **شهرستان Santa Cruz** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P22** شامل تمام **شهرستان San Mateo** می‌شود.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P23** شامل بخش هایی از **شهرستان Santa Clara**، فقط در این زیپ کدها می‌شود:
  - 24–94022، 94035، 43–94039، 89–94085، 06–94301، 94309، 94550، 95002، 09–95008، 95011، 15–95013، 21–95020، 95026، 33–95030، 38–95035، 95042، 95044، 95046، 56–95050، 71–95070، 95076، 95101، 95103، 95106، 13–95108، 36–95115، 41–95138، 95148، 61–95150، 95164، 95170، 73–95172، 94–95190، و 95196.

- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P24** شامل این شهرستان‌ها می‌شود:
  - **شهرستان** Placer، فقط در این زیپ کدها: 95602–04، 95610، 95626، 95648، 95650، 95658، 95661، 95663، 95668، 95677–78، 95681، 95703، 95722، 95736، 95746–47، و 95765
  - **بخش هایی از** شهرستان Yolo، فقط در این زیپ کدها: 95605، 95607، 95612، 95615–18، 95620، 95645، 95691، 95694–95، 95697–98، 95776، و 95798–99.
  - **بخش هایی از شهرستان** Yuba، فقط در این زیپ کدها: 95692، 95903، و 95961.
- طرح **Kaiser Permanente Dual Complete North P25** شامل این شهرستان‌ها می‌شود:
  - تمامی شهرستان های **Marin**، **Napa**، و **Solano**.
  - **شهرستان Sonoma**، فقط در این زیپ کدها: 94515، 94922–23، 94926–28، 94931، 94951–55، 94972، 94975، 94999، 95401–07، 95409، 95416، 95419، 95421، 95425، 95430–31، 95433، 95436، 95439، 95441–42، 95444، 95446، 95448، 95450، 95452، 95462، 95465، 95471–73، 95476، 95486–87، و 95492

فقط افرادی که در ناحیه خدماتی ما زندگی می‌کنند، می‌توانند عضو این طرح شوند.

اگر به خارج از منطقه تحت پوشش ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما بمانید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اثرات نقل مکان به خارج از ناحیه خدماتی ما به **فصل 8** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

E. چگونه می توان یک عضو واجدشرایط طرح بود

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

- در منطقه تحت پوشش ما زندگی کنید (افراد زندانی، حتی اگر محل سکونتشان در منطقه تحت پوشش باشد، ساکن در آن محسوب نمی‌شوند)، **و**
- در زمان ثبت نام 21 سال یا بیشتر سن داشته باشید؛ **و**
- هم Medicare بخش A و هم Medicare بخش B را داشته باشید، و
- شهروند یا تبعه ایالات متحده باشید یا فردی غیر شهروند اما واجد شرایط باشید، و
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید.
- اگر واجد شرایط بودن شما برای پوشش کامل Medi-Cal از بین برود، اما انتظار رود که ظرف چهار ماه دوباره واجد شرایط شوید، ما همچنان تمام مزایای Medicare تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete را به شما ارائه خواهیم کرد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. سهم شما از هزینه‌های مزایای تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، مطابق آنچه در جدول مزایا در این *کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، تغییر خواهد کرد*. همچنین ممکن است کمک اضافی از Medicare را که به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D شما کمک می‌کند، از دست بدهید.

اگر واجد شرایط بودن شما برای پوشش کامل Medi-Cal در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود در طرح ما عضو هستید، دوباره برقرار شود، ما پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید ظرف چهار ماه دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، عضویت شما را در Kaiser Permanente Dual Complete لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو عضویت، دوباره واجد شرایط پوشش کامل Medi-Cal شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

اگر واجد شرایط بودن خود برای پوشش کامل Medi-Cal را از دست بدهید، اما انتظار رود که ظرف 4 ماه دوباره واجد شرایط شوید، همچنان واجد شرایط عضویت در طرح ما خواهید بود.

برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

وقتی برای اولین بار به طرح ما می‌پیوندید، ظرف 90 روز قبل یا بعد از تاریخ شروع ثبت‌نام، ارزیابی ریسک سلامت (HRA) دریافت خواهید کرد.

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

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

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

اگر طرح ما برای شما جدید است، می‌توانید برای مدت معینی از پزشکانی که اکنون از آنها استفاده می‌کنید، حتی اگر در شبکه ما نباشند، استفاده کنید. ما این مورد را «استمرار خدمات درمانی» می‌نامیم. اگر آن‌ها در شبکه ما نباشند، درصورتی‌که 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 سلامت موجود شما یا اطلاعاتی که به ما می‌دهید، رابطه موجود را تعیین می‌کنیم.
    - ما 30 روز جهت پاسخ دادن به درخواست شما فرصت داریم. می‌توانید از ما بخواهید که سریع‌تر تصمیم بگیریم و ما باید ظرف 15 روز پاسخ دهیم. شما می‌توانید این درخواست را با شماره تلفن 1-800-443-0815 مطرح کنید. اگر در معرض خطر آسیب هستید، ما باید ظرف سه روز پاسخ دهیم.
    - شما یا ارائه دهنده خدمات درمانی شما باید هنگام ارائه درخواست، مدارک مربوط به رابطه موجود را ارائه دهید و با شرایط خاصی موافقت کنید.

توجه: شما می‌توانید این درخواست را برای ارائه‌دهندگان تجهیزات پزشکی بادوام (DME) حداقل به مدت 90 روز ارائه دهید تا زمانی که ما اجاره DME جدید را تأیید کنیم و از یک ارائه‌دهنده شبکه بخواهیم که اجاره 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 تداوم مراقبت، شما باید از پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمات درمانی در شبکه طرح Kaiser Permanente Dual Complete استفاده کنید، مگر اینکه ما با پزشک خارج از شبکه شما توافقی داشته باشیم. 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.

G. تیم مراقبتی و طرح مراقبتی شما

G1. تیم مراقبتی

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

هماهنگ‌کننده مراقبت، فردی است که برای کمک به شما در مدیریت مراقبت مورد نیازتان 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 در مورد هماهنگ کننده مراقبت و تیم مراقبت خود با شماره های پایین صفحه تماس بگیرید.

G2. طرح مراقبتی

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

طرح مراقبت شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت سلامت شما، و
- جدول زمانی برای دریافت خدمات مورد نیازتان.

تیم مراقبت شما 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 برنامه مراقبتی شما را به‌روز کند.

H. خلاصه هزینه های مهم

طرح ما حق بیمه ندارد.

H1. مبلغ پرداختی برای داروهای نسخه‌ای Medicare

اگر در طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare شرکت می‌کنید، برای داروهایتان (به جای پرداخت به داروخانه) از طرح ما صورتحساب دریافت خواهید کرد. صورت‌حساب ماهانه شما براساس مبلغی است که برای هر نسخه‌ای که دریافت می‌کنید بدهکارید، به‌علاوه مانده ماه قبل شما، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقی‌مانده در سال.

فصل 2، بخش M3 اطلاعات بیشتری دربارهٔ «طرح پرداخت هزینه نسخه‌های Medicare» ارائه می‌دهد. اگر با مبلغی که در چارچوب این گزینهٔ پرداخت برایتان صورتحساب شده است موافق نیستید، می‌توانید با دنبال کردن مراحل ذکرشده در **فصل 9** شکایت ثبت کنید یا درخواست تجدیدنظر بدهید.

I. *این کتابچه راهنمای اعضا*

این *کتابچه راهنمای اعضا* بخشی از قرارداد ما با شماست. 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 بیشتر درباره تجدیدنظرخواهی، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

شما می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، درخواست دریافت *کتابچه راهنمای اعضا* را بدهید. همچنین می‌توانید به *کتابچه راهنمای اعضا* در وب‌سایت ما، در آدرس اینترنتی پایین صفحه، مراجعه کنید.

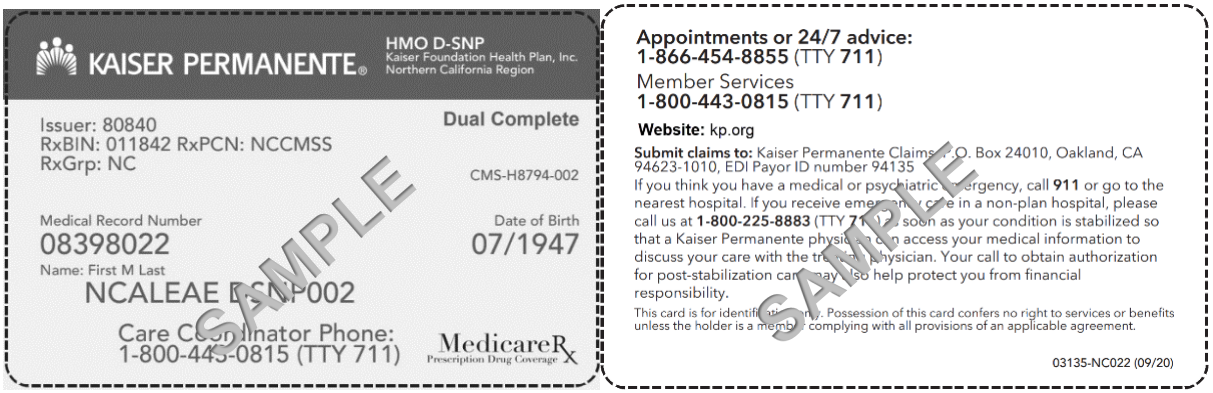
این قرارداد برای ماه‌هایی که از 1 ژانویه 2027 تا 31 دسامبر 2027 عضو طرح ما هستید، معتبر است.

L. سایر اطلاعات مهمی که از ما دریافت می‌کنید

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

J1. کارت شناسایی عضویت شما

تحت طرح ما، شما یک کارت برای خدمات مدیکر و مدیکل خود، از جمله خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS)، برخی خدمات سلامت رفتاری و داروهای تجویزی، دارید. وقتی می‌خواهید نسخه یا خدماتی دریافت کنید، این کارت را نشان می‌دهید. در اینجا نمونه کارت‌های شناسایی عضویت برای هر منطقه آورده شده است:



اگر کارت شناسایی عضویت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته است، فوراً با خدمات اعضا از طریق شماره تلفن پایین صفحه تماس بگیرید. کارت جدیدی را برایتان ارسال خواهیم کرد.

تا زمانی که عضو طرح ما باشید، برای دریافت اکثر خدمات نیازی به استفاده از کارت قرمز، سفید و آبی Medicare یا کارت Medi-Cal خود ندارید. این کارت‌ها را برای دسترسی در صورت نیاز، در جای امنی 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. در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare (که به آن کارآزمایی‌های بالینی نیز می‌گویند)، ممکن است از شما خواسته شود کارت Medicare خود را ارائه دهید. برای اطلاع از اقدامات لازم در صورت دریافت صورتحساب از ارائه دهنده، 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, BIC)» یا کارت Medi-Cal خود نیاز دارید:

- خدمات سلامت رفتاری که می‌توانید از طرح سلامت روان شهرستان (MHP) دریافت کنید
- خدمات Medi-Cal Rx
- خدمات پشتیبانی در منزل
- 1915(c) خدمات معافیت مبتنی بر منزل و جامعه
- خدمات دندانپزشکی Medi-Cal

J2. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها*

فهرست *ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌ها*، فهرستی از ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌های موجود در شبکه طرح ما را ارائه می‌دهد. وقتی عضوی از طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید.

شما می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از طریق شماره‌های پایین صفحه، درخواست دریافت *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌ها* (به صورت الکترونیکی یا چاپی) را داشته باشید. درخواست‌های نسخه چاپی فهرست‌های ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های تحت پوشش، ظرف سه روز کاری برای شما پست خواهند شد.

می توانید به فهرست راهنمای ارائه دهنده و *داروخانه ها*در آدرس kp.org/directory مراجعه کنید.

فهرست *ارائه‌دهندگان و داروخانه ها* شبکه ارائه‌دهندگان ما و تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی بادوام را معرفی کرده است. همه ارائه‌دهندگان شبکه ما هم Medicare و هم Medicaid را می‌پذیرند، مگر اینکه غیر از آن عنوان شود. درصورتی‌که 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 شبکه

- «ارائه‌دهندگان شبکه» ما شامل افراد زیر هستند:
  - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصان مراقبت از سلامت که می‌توانید به‌عنوان 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.

ارائه دهندگان خدمات شبکه موافقت می‌کنند که مبلغ پرداختی از طرح ما برای خدمات تحت پوشش را به عنوان کل مبلغ پرداختی بپذیرند.

تعریف داروخانه های شبکه

- داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند نسخه‌های اعضای طرح ما را تحویل دهند. برای یافتن داروخانه شبکه مورد نظر خود از *فهرست داروخانه‌ها و ارائه دهندگان* 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 «خدمات اعضا» تماس بگیرید. هم خدمات اعضا و هم وب‌سایت ما می‌توانند به‌روزترین اطلاعات داروخانه ها و ارائه‌دهندگان شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند.

J3. *فهرست داروهای تحت پوشش*

طرح ما *فهرستی از داروهای تحت پوشش* را دارد. ما آن را به‌اختصار *فهرست دارو* می‌نامیم. این فهرست دارو به شما می گوید که کدام داروها تحت پوشش طرح ما قرار می گیرند. داروهای موجود در این فهرست از طرف طرح ما و با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شوند. *«فهرست دارو»* باید الزامات تعیین‌شده توسط Medicare را داشته باشد. داروهایی که تحت برنامه مذاکره قیمت داروی مدیکر، قیمت‌های توافقی دارند، در *فهرست دارویی* شما قرار خواهند گرفت، مگر اینکه طبق آنچه در **فصل 5، بخش E** توضیح داده شده است، حذف و جایگزین شده باشند. مدیکر *فهرست داروهای* Kaiser Permanente Dual Complete را تأیید کرده است.

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 اعضای* خود مراجعه کنید.

هر ساله، ما اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به *فهرست داروها* برای شما ارسال می‌کنیم، اما ممکن است در طول سال تغییراتی رخ دهد. برای دریافت جدیدترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وب‌سایت ما به آدرس kp.org/seniorrx دیدن کنید.

J4. *توضیح مزایا*

وقتی از مزایای دارویی بخش D Medicare خود استفاده می‌کنید، خلاصه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم تا به شما در درک و پیگیری پرداخت‌های مربوط به داروهای بخش D Medicare کمک کنیم. به این خلاصه *توضیح مزایا* (EOB) گفته می شود.

EOB کل مبلغی را که شما یا دیگران از طرف شما برای داروهای بخش D Medicare خود هزینه کرده‌اید و کل مبلغی را که ما برای هر یک از داروهای بخش D Medicare شما در طول ماه پرداخت کرده‌ایم، به شما نشان می‌دهد. EOB شما یک قبض نیست. EOB اطلاعات بیشتری در مورد داروهایی که مصرف می‌کنید، مانند افزایش قیمت و سایر داروهایی که ممکن است با اشتراک هزینه کمتری در دسترس باشند، دارد. می‌توانید در مورد این گزینه‌های کم‌هزینه‌تر با ارائه‌دهنده خدمات خود مشورت کنید. **فصل 6** of this *کتابچه راهنمای اعضا* کهیر اطلاعات بیشتر about the EOB and how it helps you track your دارو پوشش بیمه.

همچنین می‌توانید درخواست EOB کنید. برای دریافت یک نسخه، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

همچنین می‌توانید به‌جای دریافت **EOB بخش D** از طریق پست، آن را به‌صورت آنلاین مشاهده کنید. لطفاً به kp.org/goinggreen مراجعه کرده و وارد حساب کاربری خود شوید تا درباره انتخاب گزینه مشاهده امن و آنلاین **EOB بخش D** خود اطلاعات بیشتری کسب کنید.

K. به‌روز نگه‌داشتن سوابق عضویت شما

می‌توانید با اطلاع دادن به ما در صورت تغییر اطلاعاتتان، سوابق عضویت خود را به‌روز نگه دارید.

ما به این اطلاعات نیاز داریم تا مطمئن شویم اطلاعات صحیح شما در سوابق ما ثبت شده است. پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما از سوابق عضویت شما استفاده می‌کنند تا بدانند چه خدمات و داروهایی تحت پوشش هستند و مبالغ سهم شما از هزینه‌ها چقدر است. به همین دلیل، بسیار مهم است که به ما کمک کنید اطلاعات شما را به‌روز نگه داریم.

فوراً در مورد مسائل زیر به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، آدرس یا شماره تلفن شما؛
- تغییرات در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر، مانند بیمه از طرف کارفرمای شما، کارفرمای همسر شما یا کارفرمای شریک زندگی شما، یا بیمه غرامت کارگران؛
- هرگونه ادعای مسئولیت، مانند ادعاهایی که در پی یک تصادف رانندگی مطرح می‌شود؛

- پذیرش در مرکز آسایشگاهی یا بیمارستان؛
- دریافت مراقبت از سوی بیمارستان یا بخش اورژانس؛
- تغییر در مراقب شما (یا هر فردی که مسئولیت شما را بر عهده دارد)؛ **و**،
- اگر در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید. (**توجه:** شما ملزم نیستید درباره مطالعه تحقیقاتی بالینی که قصد شرکت در آن را دارید به ما اطلاع دهید، اما توصیه می‌کنیم این کار را انجام دهید.)

اگر هر یک از اطلاعات تغییر کرد، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

K1. حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی (PHI)

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

فصل 2: شماره‌های تلفن و منابع مهم

مقدمه

این فصل اطلاعات تماس منابع مهمی را در اختیار شما قرار می‌دهد که می‌توانند در یافتن پاسخ پرسش‌هایتان درباره طرح ما و مزایای مراقبت‌های سلامتتان به شما کمک کنند. 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 این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 2 فهرست مطالب

A. خدمات اعضا 24
B. هماهنگی مراقبت شما 30
C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) 31
D. خط تلفنی مشاوره با پرستار 32
E. سازمان بهبود کیفیت (QIO) 33
F. Medicare 34
G. Medi-Cal 35
H. دفتر بازرس حقوقی مراقبت مدیریت‌شده و سلامت روان Medi-Cal 36
I. خدمات اجتماعی شهرستان 37
J. سازمان خدمات سلامت رفتاری شهرستان 48
K. اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده California 55
L. اتحادیه مصرف‌کنندگان خدمات سلامت (HCA) 55
M. برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروها 55
M1. کمک اضافی از Medicare 56
M2. برنامه کمک برای داروهای ایدز (ADAP) 57
M3. طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare 57
N. تأمین اجتماعی 58
O. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB) 59
P. برنامه بازرس حقوقی Medicare Medi-Cal 60
Q. Medi-Cal Dental 61

A. خدمات اعضا

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
نامه بنویسید	دفتر محلی خدمات اعضا (برای اطلاع از موقعیت‌ها، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید).
وبسایت	kp.org

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

- سوال درباره این طرح
- پرسش‌ها درباره مطالبات یا صدور صورتحساب

تصمیم‌گیری در خصوص پوشش، درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات مربوط به مراقبت‌های پزشکی

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم. اگر تصمیم‌گیری درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما، مطابق توضیحات **فصل 9**، واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع باشد، با واحد بررسی تسریع‌شده به شماره 1-888-987-7247، از ساعت 8:30 صبح تا 5 بعدازظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
فکس	اگر تعیین پوشش، درخواست تجدید نظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، درخواست خود را به واحد بازبینی سریع به شماره 1-888-987-2252 فکس کنید.

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم. اگر تصمیم‌گیری درباره پوشش، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما، مطابق توضیحات **فصل 9**، واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع باشد، با واحد بررسی تسریع‌شده به شماره 1-888-987-7247، از ساعت 8:30 صبح تا 5 بعدازظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.
نامه بنویسید	برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش یا شکایت، به دفتر محلی خدمات اعضا نامه بنویسید (برای اطلاع از موقعیت‌ها، 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، به آدرس زیر نامه بفرستید: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	می‌توانید شکایت دربارهٔ طرح ما را مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ثبت شکایت آنلاین به Medicare، به نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید.

- 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.
  - درصورتی‌که سؤالی درباره تصمیمات پوششی درباره مراقبت از سلامت خود دارید با ما تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- درخواست تجدیدنظر درباره خدمات مراقبت 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 ارائه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- شکایات درباره مراقبت سلامت شما

  - شما می‌توانید از ما یا هر ارائه‌دهنده‌ای (از جمله ارائه‌دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه) شکایت کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح ما کار می‌کند. همچنین می‌توانید درباره کیفیت مراقبت‌هایی که دریافت کرده‌اید، به ما یا سازمان بهبود کیفیت (QIO) شکایت کنید (به **بخش E** مراجعه کنید).

  - می‌توانید با ما به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید و شکایت خود را توضیح دهید.

  - اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوششی در مورد مراقبت از سلامتتان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید (به بخش بالا مراجعه کنید).

  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید به 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) زنگ بزنید تا درخواست کمک کنید.

  - می‌توانید با تماس با برنامه آمبودزمان Medicare Medi-Cal از طریق شماره 1-855-501-3077، درباره طرح ما شکایت کنید.

  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه شکایت در مورد مراقبت‌های سلامت خود، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تصمیمات پوشش برای داروهای بخش D

با این شماره تماس بگیرید:	طرح‌های جنوب: 1-888-791-7213 طرح‌های شمال: 1-877-645-1282 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
فکس	1-844-403-1028
نامه بنویسید	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
وبسایت	kp.org

- تصامیم پوشش در مورد داروی شما
  - تصمیم پوششی درباره داروهای شما تصمیمی است درباره:
    - مزایای شما و داروهای تحت پوشش **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. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx از طریق شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره تصمیم‌گیری‌های مربوط به پوشش داروهای شما، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای بخش D

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-206-2973 این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 08:30 صبح تا 5 عصر. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 08:30 صبح تا 5 عصر.
فکس	1-866-206-2974
نامه بنویسید	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	kp.org

- درخواست های تجدید نظر درباره داروهای شما
  - درخواست تجدیدنظر راهی برای درخواست از ما برای تغییر تصمیم مربوط به پوشش است.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره فرجام‌خواهی‌های مربوط به پوشش داروهای شما، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

شکایات درباره داروهای بخش D

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم گیری سریعاست، با واحد بخش D به شماره 1-866-206-2973 از 8:30 صبح تا 5 عصر، 7 روز هفته تماس بگیرید. برای **اطلاع درباره** اینکه آیا مسئله شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است یا خیر، فصل 9 را ببینید. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
فکس	اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع باشد، درخواست خود را از طریق فکس به واحد بخش D ما به شماره 1-866-206-2974 ارسال کنید.
نامه بنویسید	برای شکایت استاندارد، به دفتر محلی خدمات اعضا نامه بنویسید (برای *اطلاع از موقعیت‌ها، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید). اگر شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، به آدرس زیر نامه بنویسید: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	می‌توانید شکایت دربارهٔ طرح ما را مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ثبت شکایت آنلاین به Medicare، به نشانی www.medicare.gov/my/medicare-complaint مراجعه کنید.

- شکایات درباره داروهای شما
  - شما می‌توانید از ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این شامل یک شکایت درباره داروهای شما می‌باشد.
  - اگر شکایت شما درباره تصمیم‌گیری مربوط به پوشش داروهایتان است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه کنید. (رجوع شود به بخش بالا.)
  - شما می‌توانید یک شکایت در مورد طرح ما به Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/my/medicare-complaint استفاده کنید. یا می‌توانید به 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) زنگ بزنید تا درخواست کمک کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره ارائه شکایت در مورد داروهای خود، به فصل 9 این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

درخواست‌های پرداخت

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815 تماس بگیرید. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. **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. از 8:30 صبح تا 5 عصر، 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
نامه بنویسید	برای مراقبت پزشکی، به این نشانی نامه بنویسید: **طرح‌های جنوب:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **طرح‌های شمال:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **برای داروهای بخش D:** اگر درخواست پرداخت هزینه دارو بخش D را دارید که توسط یک ارائه‌دهنده شبکه تجویز و ارائه شده است، می‌توانید درخواست خود را به شماره 1-866-206-2974 فکس کنید یا آن را به آدرس زیر پست کنید: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
وبسایت	kp.org

- پرداخت هزینه مراقبت‌های سلامت یا داروهایی که قبلاً هزینه آن‌ها را پرداخت کرده‌اید
  - برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست از ما برای بازپرداخت هزینه به شما 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** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. هماهنگی مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت، فردی است که برای کمک به شما در مدیریت مراقبت مورد نیازتان آموزش دیده است. با ثبت نام در طرح ما، یک هماهنگ‌کننده مراقبت خواهید داشت. برای شما هزینه‌ای ندارد. ما با سایر برنامه‌ها هماهنگ خواهیم کرد تا اطمینان حاصل کنیم که شما تمام خدمات ضروری از نظر پزشکی را که تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare قرار دارند، دریافت می‌کنید، حتی اگر این خدمات تحت پوشش برنامه دیگری باشند و نه طرح ما. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره هماهنگ‌کننده مراقبت و تیم مراقبت خود یا برای تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود، با شماره‌های زیر با ما تماس بگیرید.

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
نامه بنویسید	دفتر محلی خدمات اعضا (برای اطلاع از موقعیت‌ها، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید).
وبسایت	kp.org

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

- پرسش‌ها درباره مراقبت‌های بهداشتی شما
- پرسش‌ها درباره دریافت خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد)
- پرسش‌هایی درباره مزایای دندانپزشکی
- پرسش‌ها درباره حمل‌ونقل برای مراجعه به قرارهای پزشکی
- پرسش‌ها درباره خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، از جمله خدمات اجتماعی بزرگسالان در جامعه (CBAS) و مراکز پرستاری (NF)

ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- خدمات بزرگسالان برپایه جامعه محلی (CBAS)
- مراقبت‌های پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی
- کاردرمانی
- گفتاردرمانی
- خدمات اجتماعی پزشکی
- مراقبت بهداشتی در منزل
- خدمات حمایتی در منزل (IHSS) از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان شما
- گاهی اوقات می‌توانید برای مراقبت‌های بهداشتی روزانه و نیازهای زندگی روزمره خود کمک دریافت کنید

C. برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP)

برنامه کمکی بیمه سلامت ایالتی (SHIP) یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش‌دیده در هر ایالت است که کمک، اطلاعات و پاسخ به سؤالات Medicare شما را به‌صورت رایگان ارائه می‌دهد. در California، SHIP برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy Program (برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت، HICAP) نامیده میشود. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند بفهمید برای مدیریت مشکلتان باید چه کاری انجام دهید. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات آن رایگان است.

HICAP برنامه مستقل ایالتی (بدون ارتباط با هیچ طرح سلامت یا شرکت بیمه) است که که از دولت فدرال بودجه دریافت می‌کند تا مشاوره محلی و رایگان درباره بیمه سلامت به افراد دارای Medicare ارائه دهد.

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	دفتر HICAP برای شهرستان شما. برای یافتن آدرس مربوط به شهرستان خود، روی پیوند زیر کلیک کنید و به بخش "چگونه خدمات موجود در منطقه خود را پیدا کنم" مراجعه کنید.
وبسایت	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

برای دریافت کمک در موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

- پرسش‌ها درباره 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،
  - پاسخ به پرسش‌ها درباره تغییر طرح‌ها،
  - ارائه شکایت درباره مراقبت‌های بهداشتی یا درمان شما، **و**
  - کمک در زمینه مشکلات مربوط به صورتحساب یا مطالبات.

D. خط تلفنی مشاوره با پرستار

ما می‌دانیم که گاهی تشخیص نوع مراقبتی که نیاز دارید دشوار است. برای همین متخصصان مجاز در حوزه مراقبت‌های بهداشتی‌درمانی داریم که در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته برای کمک به شما آماده هستند. شما می توانید:

- با یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی صحبت کنید که به سؤالات پزشکی پاسخ می‌دهد، مشاوره در زمینه مراقبت ارائه می‌کند و به شما کمک می‌کند تصمیم بگیرید آیا باید فوراً به ارائه‌دهنده‌ای مراجعه نمایید یا خیر.
- برای بیماری‌هایی مانند دیابت یا آسم کمک دریافت کنید، از جمله مشاوره درباره اینکه چه نوع ارائه‌دهنده خدمات درمانی می‌تواند برای بیماری شما مناسب باشد.
- درباره اقداماتی که باید در صورت نیاز به مراقبت، زمانی که یکی از مراکز طرح تعطیل است یا خارج از محدوده خدمات ما هستید انجام دهید، راهنمایی دریافت کنید.

هنگام تماس، یکی از کارکنان آموزش‌دیده پشتیبانی ممکن است از شما سوالاتی بپرسد تا مشخص شود تماس شما باید به کدام بخش ارجاع داده شود. می‌توانید برای پرسش‌های مربوط به سلامت یا مراقبت‌های بهداشتی خود با خط تلفنی مشاوره پرستاری تماس بگیرید.

با این شماره تماس بگیرید:	1-833-574-2273 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته.

E. سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Commence Health دارد. Livanta گروهی متشکل از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که به بهبود کیفیت مراقبت برای افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. Commence Health یک سازمان مستقل است. این سازمان هیچ وابستگی به طرح ما ندارد.

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-588-1123
TTY	711
نامه بنویسید	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وبسایت	www.livantaqio.cms.gov

برای دریافت کمک در موارد زیر با Commence Health تماس بگیرید:

- پرسش‌ها درباره حقوق شما در زمینه مراقبت‌های بهداشتی
- ارائه شکایت درباره مراقبت‌هایی که دریافت کرده‌اید، در صورتی که:
  - با مشکلی در کیفیت مراقبت مواجه شده‌اید، مانند دریافت داروی اشتباه، انجام آزمایش‌ها یا اقدامات پزشکی غیرضروری، یا تشخیص نادرست،
  - معتقدید که مدت بستری شما در بیمارستان خیلی زود به پایان می‌رسد، **یا**
  - فکر می‌کنید خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت‌های مرکز تخصصی پرستاری، یا مرکز خدمات جامع توان‌بخشی سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) خیلی زود به پایان می‌رسند.

F. Medicare

Medicare برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 ساله یا بالاتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت و افراد مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی دائمی کلیه که نیاز به دیالیز یا پیوند کلیه دارد) است.

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

با این شماره تماس بگیرید:	یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. تماس با این شماره رایگان است، پاسخگویی به‌صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته انجام می‌شود.
TTY	1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
چت آنلاین	در www.Medicare.gov/talk-to-someone می‌توانید آنلاین چت کنید.
نامه بنویسید	به Medicare نامه بنویسید در P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
وبسایت	www.medicare.gov • دریافت اطلاعات درباره طرح‌های درمانی و دارویی Medicare در منطقه شما، از جمله هزینه‌ها و خدماتی که ارائه می‌دهند. • یافتن پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان خدمات سلامت که با Medicare همکاری می‌کنند. • درباره خدمات تحت پوشش Medicare، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری‌ها، تزریقات یا واکسن‌ها و ویزیت‌های سالانه «سلامت») اطلاعات کسب کنید. • دریافت اطلاعات و فرم‌های مربوط به درخواست‌های تجدیدنظر Medicare. • دریافت اطلاعات درباره کیفیت خدمات مراقبتی ارائه‌شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، آژانس‌های مراقبت درمانی در منزل، مراکز دیالیز، مراکز مراقبت تسکینی (هاسپیس)، مراکز توان‌بخشی بستری و بیمارستان‌های مراقبت طولانی‌مدت. • جست‌وجوی وب‌سایت‌ها و شماره‌تلفن‌های مفید. برای ثبت شکایت در Medicare، به آدرس زیر مراجعه کنید www.medicare.gov/my/medicare-complaint. Medicare شکایات شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت برنامهٔ Medicare استفاده خواهد کرد.

G. Medi-Cal

Medi-Cal برنامه Medicaid ایالت California است. این یک برنامه بیمه سلامت عمومی است که خدمات مراقبت‌های بهداشتی مورد نیاز را برای افراد کم‌درآمد، از جمله خانواده‌های دارای فرزند، سالمندان، افراد دارای معلولیت، کودکان و نوجوانان تحت سرپرستی موقت و زنان باردار ارائه می‌دهد. Medi-Cal از طریق بودجه دولت ایالتی و دولت فدرال تأمین مالی می‌شود.

مزایای Medi-Cal شامل خدمات پزشکی، دندانپزشکی، سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت است.

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.

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-430-4263 دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 6 عصر
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
نامه بنویسید	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
وبسایت	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. دفتر بازرس حقوقی مراقبت مدیریت‌شده و سلامت روان Medi-Cal

دفتر بازرس حقوقی از دیدگاهی بی‌طرفانه به حل مشکلات کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که اعضای ما تمام خدمات تحت پوشش و ضروری از نظر پزشکی را دریافت می‌کنند. آن‌ها به صحبت‌های شما گوش می‌دهند، به پرسش‌هایتان پاسخ می‌دهند، وضعیت شما را بررسی می‌کنند، سیاست‌ها و رویه‌ها را توضیح می‌دهند، اطلاعات، راهنمایی و گزینه‌های موجود را در اختیارتان قرار می‌دهند و ارجاع‌های مناسب را پیشنهاد می‌کنند. وظیفه آن‌ها کمک به یافتن راه‌حل‌های عادلانه برای مشکلات دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی است. آنها با طرح ما یا با هیچ شرکت بیمه یا طرح بهداشتی دیگری مرتبط نیستند. خدمات آنها رایگان است.

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-452-8609 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	1-800-430-7077 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
نامه بنویسید	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
ایمیل	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
وبسایت	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

I. خدمات اجتماعی شهرستان

اگر برای مزایای Medi-Cal با شیوه پرداخت به‌ازای خدمت به کمک نیاز دارید، با سازمان خدمات اجتماعی محلی شهرستان خود تماس بگیرید.

برای درخواست خدمات حمایتی در منزل، با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید. این برنامه در پرداخت هزینه خدماتی که به شما ارائه می‌شود کمک می‌کند تا بتوانید با ایمنی در منزل خود به زندگی ادامه دهید. انواع خدمات ممکن است شامل کمک در تهیه غذا، حمام کردن، لباس پوشیدن، شستن لباس‌ها، خرید یا حمل‌ونقل باشد.

برای هرگونه پرسش درباره واجد شرایط بودن خود برای Medi-Cal، با سازمان خدمات اجتماعی شهرستان خود تماس بگیرید. برای یافتن اطلاعات تماس سازمان خدمات اجتماعی شهرستان خود، جدول مربوط به شهرستان خود را در زیر پیدا کنید.

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Alameda

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-999-4772 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 7:30 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices مراجعه کنید
وبسایت	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Amador

با این شماره تماس بگیرید:	1-844-835-3685 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.amadorgov.org/services/social-services مراجعه کنید
وبسایت	https://www.amadorgov.org/services/social-services

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Contra Costa

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-663-3225 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
وبسایت	https://www.contracosta.ca.gov/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان El Dorado

با این شماره تماس بگیرید:	1-530-642-7300 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services مراجعه کنید
وبسایت	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

اداره خدمات اجتماعی شهرستان Fresno

با این شماره تماس بگیرید:	1-855-832-8082 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 7:30 صبح تا 4:30 بعدازظهر.
TTY	711
نامه بنویسید	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
وبسایت	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Kern

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-410-8812 دوشنبه تا جمعه از ساعت 7:30 صبح تا 4 بعدازظهر.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations مراجعه کنید
وبسایت	https://www.kcdhs.org/

سازمان خدمات انسانی شهرستان Kings

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-410-8813 این تماس رایگان است. دوشنبه تا پنج‌شنبه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، و جمعه از 8 صبح تا 12 ظهر
TTY	711
نامه بنویسید	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
وبسایت	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

اداره خدمات اجتماعی عمومی شهرستان Los Angeles

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-613-3777 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 7:30 صبح تا 7:30 بعدازظهر. شنبه، از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعدازظهر به‌جز روزهای تعطیل
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html مراجعه کنید.
وبسایت	https://dpss.lacounty.gov

اداره خدمات اجتماعی عمومی شهرستان Madera

با این شماره تماس بگیرید:	1-559-675-7841 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	Sunrise Ave 1626 Madera, CA 93638
وبسایت	https://www.maderacounty.com/government/social-services

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Marin

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-410-8817 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 4:30 بعدازظهر.
TTY	711
نامه بنویسید	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
وبسایت	https://www.marinhhs.org

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Mariposa

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-266-3609 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
وبسایت	https://www.mariposacounty.org/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Napa

با این شماره تماس بگیرید:	1-707-253-4279 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
وبسایت	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Orange

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-281-9799 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته به سوالات پاسخ می‌دهند
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list مراجعه کنید.
وبسایت	https://ssa.ocgov.com/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Placer

با این شماره تماس بگیرید:	1-530-886-1870 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	11434 B Ave Auburn, CA 95603
وبسایت	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

اداره خدمات اجتماعی عمومی شهرستان Riverside

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-410-8827 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
وبسایت	https://rivcodpss.org/

اداره کمک‌های انسانی شهرستان Sacramento

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-560-0976 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 4 عصر.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx مراجعه کنید
وبسایت	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

خدمات سالمندی و بزرگسالان شهرستان San Bernardino

با این شماره تماس بگیرید:	1-909-891-3900 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
وبسایت	https://hss.sbcounty.gov/daas/

اداره خدمات سلامت و انسانی شهرستان San Diego

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-262-9881 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از ساعت 7 صبح تا 5 عصر.
TTY	711
نامه بنویسید	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
وبسایت	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان San Francisco

با این شماره تماس بگیرید:	1-415-557-5000 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.sfhsa.org/contact-us/locations مراجعه کنید
وبسایت	https://www.sfhsa.org/

سازمان خدمات انسانی شهرستان San Joaquin

با این شماره تماس بگیرید:	1-209-468-1000 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us مراجعه کنید
وبسایت	https://www.sjchsa.org/

اداره سلامت شهرستان San Mateo

با این شماره تماس بگیرید:	خط اضطراری و مشاوره سالمندی و سالمندان 1-844-868-0938 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته به سوالات پاسخ می‌دهند
TTY	711
نامه بنویسید	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
وبسایت	https://www.smchealth.org

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Santa Clara

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-962-3633 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، به‌جز روزهای تعطیل رسمی شهرستان
TTY	711
نامه بنویسید	353 West Julian San Jose, CA 95110
وبسایت	https://socialservices.sccgov.org

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Santa Cruz

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-421-8080 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs مراجعه کنید
وبسایت	https://www.santacruzhumanservices.org/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Solano

با این شماره تماس بگیرید:	1-707-784-8400 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
وبسایت	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Sonoma

با این شماره تماس بگیرید:	1-707-565-4700 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
وبسایت	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Stanislaus

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-652-0734 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
وبسایت	https://www.stancounty.com/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Tulare

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-540-6880 دوشنبه تا جمعه از ساعت 7:30 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. جمعه از 8 صبح تا 12 ظهر.
TTY	711
نامه بنویسید	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
وبسایت	https://tchhsa.org/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Ventura

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-472-4463 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
وبسایت	https://www.ventura.org/human-services-agency/

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Yolo

با این شماره تماس بگیرید:	1-833-744-4472 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	برای یافتن آدرس پستی یکی از دفاتر نزدیک به محل زندگی خود، لطفاً به https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us مراجعه کنید
وبسایت	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

سازمان خدمات اجتماعی شهرستان Yuba

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-652-0739 دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید.
TTY	711
نامه بنویسید	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
وبسایت	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

L. سازمان خدمات سلامت رفتاری شهرستان

اگر معیارهای دسترسی را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان و خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد Medi-Cal از طریق شهرستان در دسترس شما هستند. برای یافتن اطلاعات تماس سازمان خدمات سلامت رفتاری شهرستان خود، جدول مربوط به شهرستان خود را در زیر پیدا کنید.

خدمات سلامت رفتاری Alameda

با این شماره تماس بگیرید:	سلامت روان: 1-800-491-9099 این تماس رایگان است. سوء مصرف مواد: 1-844-682-7215 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	1-800-533-5018 این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.

خدمات سلامت Amador

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-310-6555 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت Contra Costa

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-678-7277 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری El Dorado

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-929-1955 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

اداره سلامت رفتاری شهرستان Fresno

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-654-3937. این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته به سوالات پاسخ می‌دهند ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Kern

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-991-5272. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

سلامت رفتاری Kings County

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-655-2553. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

اداره سلامت روان شهرستان Los Angeles

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-854-7771. این تماس رایگان است. تماس با این شماره رایگان است، پاسخگویی به‌صورت شبانه‌روزی و 7 روز هفته انجام می‌شود. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

سلامت رفتاری شهرستان Madera

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-275-9779. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Marin

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-818-1115 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Mariposa

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-549-6741 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Napa

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-648-8650. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت روان و بهبودی شهرستان Orange

با این شماره تماس بگیرید:	1-855-625-4657. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت Placer

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-886-5401 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

اداره سلامت روان شهرستان Riverside

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-499-3008. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری کانتی Sacramento

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-881-4881 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

اداره سلامت رفتاری شهرستان San Bernardino

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-743-1478. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

اداره خدمات سلامت رفتاری شهرستان San Diego

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-724-7240 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری San Francisco

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-246-3333 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری San Joaquin

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-468-9370 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری و بهبودی شهرستان San Mateo

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-686-0101. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Santa Clara

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-704-0900. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Santa Cruz

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-952-2335. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Solano

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-547-0495. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Sonoma

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-870-8786. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Stanislaus

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-376-6246 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Tulare

با این شماره تماس بگیرید:	سلامت روان: 1-800-320-1616 این تماس رایگان است. اختلال مصرف مواد: 1-866-732-4114. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Ventura

با این شماره تماس بگیرید:	1-866-998-2243 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

خدمات سلامت رفتاری Yolo

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-965-6647 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	1-800-735-2929 تماس بگیرند. این تماس رایگان است. این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.

خدمات سلامت رفتاری Yuba

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-923-3800 این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته. ما برای افرادی که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند، خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌کنیم.
TTY	711. این تماس رایگان است.

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

- پرسش‌ها درباره خدمات تخصصی سلامت روان که توسط شهرستان ارائه می‌شود
- پرسش‌ها درباره خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد که توسط شهرستان ارائه می‌شوند

K. اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده California

اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده California (DMHC) مسئول تنظیم طرح‌های سلامت است. مرکز راهنمایی DMHC می‌تواند به شما در خصوص درخواست تجدیدنظر و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک کند.

با این شماره تماس بگیرید:	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از دوشنبه تا جمعه، بین ساعات 8 صبح تا 6 بعدازظهر در دسترس هستند.
TDD	1-877-688-9891 این شماره برای افرادی است که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
نامه بنویسید	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فکس	1-916-255-5241
وبسایت	www.dmhc.ca.gov

L. اتحادیه مصرف‌کنندگان خدمات سلامت (HCA)

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

M. برنامه‌های کمک به افراد برای پرداخت هزینه داروها

وب‌سایت (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) Medicare اطلاعاتی درباره نحوه کاهش هزینه داروهای شما ارائه می‌دهد. برای افرادی با درآمد محدود، برنامه‌های دیگری نیز برای کمک وجود دارد که در زیر توضیح داده شده است.

M1. کمک اضافی از Medicare

از آنجا که واجد شرایط Medi-Cal هستید، واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» از Medicare نیز هستید و این کمک را برای پرداخت هزینه‌های طرح دارویی خود دریافت می‌کنید. برای دریافت این «کمک اضافی» نیازی نیست کاری انجام دهید.

با این شماره تماس بگیرید:	یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. 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 تلفنی مخصوص داشته باشید.
وبسایت	www.medicare.gov

اگر فکر می‌کنید در داروخانه مبلغ اشتباهی برای نسخه خود پرداخت کرده‌اید، طرح ما فرایندی دارد تا به شما کمک کند مدرک مربوط به مبلغ صحیح سهم بیمه‌شده را ارائه دهید. اگر از قبل مدرکی برای اثبات مبلغ صحیح را دارید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم این مدرک را با ما به اشتراک بگذارید.

- اگر مطمئن نیستید چه مدرکی باید برای ما ارسال کنید، لطفاً با یکی از داروخانه‌های داخل شبکه یا بخش «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این مدرک اغلب نامه‌ای از Medi-Cal یا اداره تأمین اجتماعی است که تأیید می‌کند شما واجد شرایط دریافت «کمک اضافی» هستید. این مدرک همچنین می‌تواند شامل اسناد صادرشده از سوی ایالت باشد که حاوی اطلاعات مربوط به واجد شرایط بودن شما برای خدمات مبتنی بر خانه و جامعه است.

- شما یا نماینده تعیین‌شده‌تان باید هنگام دریافت داروهای تحت پوشش بخش D، این مدرک را به یکی از داروخانه‌های شبکه ارائه دهید تا زمانی که مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) سوابق خود را برای نشان دادن وضعیت فعلی شما به‌روزرسانی کنند، بتوانیم مبلغ صحیح سهم شما از هزینه را دریافت کنیم. هنگامی که CMS اسناد خود را به‌روزرسانی می‌کند، دیگر نیازی به ارائه مدرک به داروخانه ندارید. لطفاً مدارک خود را به یکی از شیوه‌های زیر ارائه دهید تا بتوانیم آن را برای به‌روزرسانی به CMS ارسال کنیم:

  - با Kaiser Permanente به این آدرس مکاتبه کنید
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

  - فکس کنید به 1-877-528-8579.

  - آن را به یکی از داروخانه‌های شبکه یا دفتر خدمات اعضا در منطقه خود در یکی از مراکز شبکه تحویل دهید.

- هنگامی که مدارک نشان‌دهنده میزان صحیح سهم بیمه‌شده را دریافت کنیم، سیستم خود را به‌روزرسانی می‌کنیم تا در نوبت بعدی دریافت نسخه، مبلغ صحیح سهم بیمه‌شده را بپردازید. اگر بیش از مبلغ سهم بیمه‌شده خود پرداخت کنید، ما آن را از طریق چک یا اعتبار سهم بیمه‌شده آتی به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه مبلغ سهم بیمه‌شده شما را دریافت نکرده باشد و به داروخانه بدهکار باشید، ممکن است ما مبلغ را مستقیماً به داروخانه پرداخت کنیم. اگر ایالت از طرف شما هزینه را پرداخت کرده باشد، ممکن است ما مبلغ را مستقیماً به ایالت پرداخت کنیم. اگر پرسشی دارید، با خدمات اعضا به شماره درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

M2. برنامه کمک برای داروهای ایدز (ADAP)

ADAP به افراد مبتلا به HIV/AIDS که واجد شرایط ADAP هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات‌بخش HIV دسترسی داشته باشند. داروهای Medicare بخش D که در فهرست دارویی ADAP نیز قرار دارند، واجد شرایط دریافت کمک برای پرداخت سهم هزینه داروهای نسخه‌ای از طریق برنامه کمک دارویی ایدز California (ADAP) هستند. توجه: برای واجد شرایط بودن در برنامهٔ ADAP ایالت خود، افراد باید معیارهای مشخصی را رعایت کنند؛ از جمله ارائهٔ مدرکی دال بر سکونت در ایالت و وضعیت ابتلا به HIV، داشتن درآمد پایین (طبق تعریف ایالت)، و نداشتن بیمه یا داشتن پوشش ناکافی. اگر طرح خود را تغییر دادید، به مسئول محلی ثبت‌نام ADAP اطلاع دهید تا بتوانید همچنان از کمک‌های این برنامه بهره‌مند شوید. برای کسب اطلاعات درباره معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در این برنامه، از دوشنبه تا جمعه (به‌استثنای روزهای تعطیل)، بین ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، با مرکز تماس ADAP به شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید.

M3. طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare

طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می‌کند و با تقسیم هزینه‌های دارویی در طول سال تقویمی (ژانویه – دسامبر)، به شما در مدیریت هزینه‌های پرداختی از جیب بابت داروهای تحت پوشش این طرح کمک می‌کند. تمام افراد تحت پوشش طرح دارویی Medicare یا طرح سلامت Medicare با پوشش دارویی (مانند طرح Medicare Advantage با پوشش دارویی) می‌توانند از این گزینه برای پرداخت استفاده کنند. **این گزینهٔ پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌ها کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه یا کاهش قیمت داروهای شما نمی‌شود. اگر در طرح پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای Medicare شرکت می‌کنید و در همان طرح باقی می‌مانید، برای ادامه استفاده از این گزینه نیازی نیست کاری انجام دهید.** «کمک اضافی» از Medicare و کمک‌های SPAP و ADAP برای افرادی که واجد شرایط هستند، صرف‌نظر از میزان درآمدشان، مزایای بیشتری نسبت به شرکت در این گزینه پرداخت دارند و طرح‌هایی که پوشش دارویی ارائه می‌دهند، ملزم به ارائه این گزینه پرداخت هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این گزینه پرداخت، با خدمات اعضا به شماره تلفن درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید یا به www.medicare.gov مراجعه کنید.

N. تأمین اجتماعی

ادارهٔ تأمین اجتماعی شرایط واجد شرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و امور مربوط به ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند.

همچنین در صورت نقل مکان یا تغییر آدرس پستی، باید برای اطلاع‌رسانی به تأمین اجتماعی با این دفتر تماس بگیرید.

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-772-1213 تماس با این شماره رایگان است. از 8 صبح تا 7 شب و از دوشنبه تا جمعه 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 تلفنی مخصوص داشته باشید.
وبسایت	www.ssa.gov

O. هیئت بازنشستگی راه‌آهن (RRB)

RRB یک سازمان مستقل فدرال است که برنامه‌های جامع مزایا را برای کارکنان راه‌آهن سراسر کشور و خانواده‌های آن‌ها مدیریت می‌کند. اگر Medicare را از طریق RRB دریافت می‌کنید، در صورت نقل مکان یا تغییر آدرس پستی خود، آن‌ها را مطلع کنید. برای پرسش‌های مربوط به مزایای خود از RRB، با این سازمان تماس بگیرید.

با این شماره تماس بگیرید:	1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. برای صحبت با یکی از نمایندگان RRB در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه و جمعه از ساعت 9 صبح تا 3:30 بعدازظهر و چهارشنبه از ساعت 9 صبح تا 12 ظهر، عدد «0» را فشار دهید. برای دسترسی به سامانهٔ خودکار تلفن کمک‌رسانی RRB و دریافت اطلاعات ضبط‌شده به‌صورت 24 ساعته، از جمله آخر هفته‌ها و تعطیلات، عدد 1 را فشار دهید.
TTY	1-312-751-4701 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید. تماس با این شماره رایگان نیست.
وبسایت	www.rrb.gov

P. برنامه بازرس حقوقی Medicare Medi-Cal

برنامه آمبودزمان Medicare Medi-Cal برای کمک به افرادی که در دریافت یا حفظ پوشش بیمه سلامت یا حل مشکلات مربوط به طرح‌های سلامت خود با مشکل مواجه هستند، خدمات رایگان ارائه می‌دهد.

اگر در موارد زیر با مشکل مواجه هستید:

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

برنامه آمبودزمان Medicare Medi-Cal در زمینه شکایت‌ها، درخواست‌های تجدیدنظر و جلسات رسیدگی کمک ارائه می‌دهد. شماره تلفن برنامه آمبودزمان 1-855-501-3077 است.

Medi-Cal Dental .Q

برخی خدمات دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند، از جمله، اما نه محدود به، خدماتی مانند:

- معاینات اولیه، عکس‌برداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری، سیلانت‌های دندانی و درمان با فلوراید؛
- ترمیم دندان و روکش‌ها؛
- درمان ریشه دندان؛ و
- دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، تعمیر و آسترگذاری مجدد آن‌ها

بسته به شهرستان محل سکونت شما، مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal به‌صورت پرداخت به‌ازای خدمت (FFS) یا مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی (Dental MC) ارائه می‌شود.

Medi-Cal Dental به‌صورت پرداخت به‌ازای خدمت (FFS) (برای شهرستان‌هایی غیر از Los Angeles و Sacramento)

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-322-6384 این تماس رایگان است. نمایندگان Medi-Cal Dental FFS از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، برای کمک به شما در دسترس هستند.
TTY	1-800-735-2922 این شماره برای افرادی است که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند. برای تماس با آن باید تجهیزات تلفنی مخصوص داشته باشید.
وبسایت	www.dental.dhcs.ca.gov/ smilecalifornia.org/

طرح مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی برای شهرستان‌های Los Angeles و Sacramento

به‌جای Medi-Cal Dental به‌صورت پرداخت به‌ازای خدمت، ممکن است مزایای دندانپزشکی را از طریق یک طرح مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی دریافت کنید. طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی در شهرستان‌های Sacramento و Los Angeles در دسترس هستند. اگر اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندانپزشکی می‌خواهید یا قصد دارید طرح دندانپزشکی خود را تغییر دهید، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 6 بعدازظهر، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). تماس رایگان است. اطلاعات تماس طرح‌های مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی نیز در اینجا موجود است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

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

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات و قوانین خاصی است که برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی و سایر خدمات تحت پوشش طرح ما باید بدانید. همچنین اطلاعاتی درباره هماهنگ‌کننده مراقبت شما، نحوه دریافت مراقبت از انواع مختلف ارائه‌دهندگان و در شرایط خاص (از جمله از ارائه‌دهندگان یا داروخانه‌های خارج از شبکه)، اقداماتی که باید در صورت دریافت مستقیم صورتحساب برای خدمات تحت پوشش ما انجام دهید و قوانین مربوط به مالکیت تجهیزات پزشکی بادوام (DME) ارائه می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 3 فهرست مطالب

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت 64
B. قوانین دریافت خدمات تحت پوشش طرح ما 64
C. هماهنگی مراقبت شما 65
C1. هماهنگ‌کننده مراقبت چیست 65
C2. چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید 65
C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود 65
D. دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان 66
D1. دریافت مراقبت از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) 66
D2. دریافت مراقبت از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه 67
D3. زمانی که ارائه‌دهنده‌ای از طرح ما خارج می‌شود 69
D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه 70
E. خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) 70
F. خدمات سلامت رفتاری (سلامت روان و اختلال مصرف مواد) 70
F1. خدمات سلامت رفتاری Medi-Cal که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند 72
G. خدمات حمل‌ونقل 73
G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری 73
G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی 74

H. خدمات تحت پوشش در موارد فوریت پزشکی، نیاز فوری به مراقبت یا هنگام وقوع بلایا 75
H1. مراقبت در موارد فوریت پزشکی 75
H2. مراقبت‌های فوری مورد نیاز 77
H3. مراقبت در هنگام وقوع بلایا 78
I. اگر هزینه خدمات تحت پوشش مستقیماً برای شما صورتحساب شود، چه باید کرد 78
I1. اگر طرح ما خدماتی را پوشش ندهد، چه باید کرد 78
J. پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی 79
J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی 79
J2. پرداخت هزینه خدمات هنگام شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی 79
J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهشی بالینی 79
K. نحوه پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی شما در یک مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی 79
K1. تعریف مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی 79
K2. مراقبت در یک مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی 80
L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME) 80
L1. دریافت DME به‌عنوان عضو طرح ما 80
L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare 81
L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح 81
L4. تجهیزات اکسیژن در صورت تغییر به Original Medicare یا یک طرح دیگر Medicare Advantage (MA) 81

A. اطلاعات درباره خدمات و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

خدمات شامل مراقبت‌های بهداشتی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، ملزومات، خدمات سلامت رفتاری، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدمات است. **خدمات تحت پوشش،** هر یک از این خدمات هستند که هزینه آن‌ها توسط طرح ما پرداخت می‌شود. خدمات تحت پوشش مراقبت‌های بهداشتی، سلامت رفتاری و LTSS در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای* اعضا آمده است. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه در **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

ارائه‌دهندگان پزشکان، پرستاران و سایر افرادی هستند که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌دهند و دارای مجوز از ایالت هستند. 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 همکاری می‌کنند. این ارائه‌دهندگان موافقت می‌کنند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. ارائه‌دهندگان شبکه هزینه مراقبت‌هایی را که به شما ارائه می‌دهند، مستقیماً برای ما صورتحساب می‌کنند. هنگامی که از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده می‌کنید، معمولاً برای خدمات تحت پوشش هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

B. قوانین دریافت خدمات تحت پوشش طرح ما

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

طرح ما معمولاً هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی، خدمات سلامت رفتاری و بسیاری از خدمات LTSS را که با رعایت قوانین ما دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. مواردی که تحت پوشش طرح ما قرار می‌گیرد:

- مراقبت‌هایی که دریافت می‌کنید باید در جدول مزایای پزشکی در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* درج شده باشند.
- مراقبت می‌بایست از نظر **پزشکی ضروری باشد**. منظور ما از ضروری از نظر پزشکی، خدماتی است که برای تشخیص و درمان وضعیت پزشکی شما منطقی و ضروری هستند. 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 دریافت خدمات پزشکی، باید **یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)** در شبکه داشته باشید که مراقبت‌های شما را ارائه و بر آن‌ها نظارت کند. به‌عنوان عضو طرح، باید یکی از ارائه‌دهندگان شبکه را به‌عنوان PCP خود انتخاب کنید (برای اطلاعات بیشتر به **بخش D1** مراجعه کنید).
  - در بیشتر موارد، PCP شما در شبکه باید پیش از مراجعه شما به ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP خود یا سایر ارائه‌دهندگان شبکه طرح ما، تأیید لازم را ارائه دهد. به این کار **ارجاع** گفته می‌شود. اگر تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است خدمات را پوشش ندهیم.
  - برای دریافت مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز، مراجعه به ارائه‌دهنده خدمات سلامت زنان یا دریافت هر یک از خدمات دیگری که در **بخش D1** ذکر شده‌اند، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید.
- **باید مراقبت‌های خود را از ارائه‌دهندگان شبکه دریافت کنید** (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش D** این فصل مراجعه کنید). معمولاً درمان انجام شده توسط ارائه‌دهنده‌ای را که با طرح سلامت ما همکاری نمی‌کند، تحت پوشش قرار نمی‌دهیم. این بدان معناست که باید هزینه خدماتی را که دریافت می‌کنید، به‌طور کامل به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در موارد زیر این قانون اعمال نمی‌شود:
  - اگر به مراقبت‌های اورژانسی یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه نیاز دارید (برای اطلاعات بیشتر، **به بخش H** مراجعه کنید).
  - اگر به درمانی نیاز دارید که تحت پوشش طرح ما است و ارائه‌دهندگان شبکه ما نمی‌توانند آن را ارائه کنند، در صورتی می‌توانید این خدمات را از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید که ما یا «گروه پزشکی» ما خدمات را پیش از دریافت آن تأیید کنیم. در این شرایط، خدمات درمانی را به گونه‌ای تحت پوشش قرار می‌دهیم که گویی آن را از ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید. برای اطلاعات درباره دریافت تأییدیه استفاده از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه، به **بخش D4** مراجعه کنید.

- اگر برای مدت کوتاهی خارج از محدوده خدمات طرح ما هستید و به خدمات دیالیز کلیه نیاز دارید، یا اگر ارائه‌دهنده شما موقتاً در دسترس نیست یا امکان مراجعه به او وجود ندارد، می‌توانید از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه خدمات دریافت کنید. سهم هزینه‌ای که برای دیالیز می‌پردازید هرگز نباید از سهم شما از هزینه‌ها در Original Medicare بالاتر باشد. اگر خارج از منطقه خدماتی طرح ما هستید و خدمات دیالیز را از ارائه دهنده خارج شبکه طرح دریافت می کنید، سهم هزینه شما نمی تواند بیشتر از تقسیم هزینه ای باشد که برای شبکه درمانی تحت قرارداد می پردازید. با این حال، اگر ارائه‌دهنده معمول دیالیز شما در شبکه به‌طور موقت در دسترس نباشد و تصمیم بگیرید خدمات را در محدوده خدمات ما از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، ممکن است سهم شما از هزینه دیالیز بیشتر باشد. در صورت امکان، پیش از خروج از محدوده خدمات، با خدمات اعضا به شماره درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید تا بتوانیم برای دریافت دیالیز نگهدارنده در مدتی که خارج از محدوده هستید، هماهنگی‌های لازم را انجام دهیم.

- اگر عضو جدید طرح ما هستید، می‌توانید درخواست کنید که همچنان از ارائه‌دهندگان فعلی خود خدمات دریافت کنید. درصورتی‌که محرز شود از قبل با این ارائه‌دهندگان در ارتباط بوده‌اید، به غیر از موارد استثنا، 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 از ارائه‌دهندگانی استفاده کنید که در شبکه ما نیستند، دیگر هزینه مراقبت‌های شما را پوشش نخواهیم داد.

سایر پوشش‌های سلامت: اگر همان خدمات تحت پوشش بیمه سلامت اصلی شما در دسترس باشد، باید پیش از استفاده از Medi-Cal از تمام پوشش‌های سلامت دیگر خود استفاده کنید، زیرا Medi-Cal آخرین پرداخت‌کننده هزینه‌ها است. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal پس از Medicare پرداخت‌کننده ثانویه خواهد بود و هزینه‌های مجازی را که Medicare یا سایر پوشش‌های سلامت پرداخت نکرده‌اند، تا سقف تعرفه Medi-Cal پوشش می‌دهد.

اعضای جدید Kaiser Permanente Dual Complete: در بیشتر موارد، شما در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت نام در Kaiser Permanente Dual Complete، در طرح Kaiser Permanente Dual Complete Plan برای مزایای Medicare خود ثبت نام خواهید شد. ممکن است همچنان بتوانید تا دو ماه خدمات Medi-Cal خود را از طرح سلامت قبلی Medi-Cal خود دریافت کنید. پس از آن، خدمات Medi-Cal خود را از طریق Kaiser Permanente Dual Complete دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. اگر سؤالی دارید، لطفاً با شماره درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید.

C. هماهنگی مراقبت شما

C1. هماهنگ‌کننده مراقبت چیست

هماهنگ‌کننده برنامه طرح نیازهای ویژه شما مسئول هماهنگی مراقبت‌های شما است. او هر سال برای انجام ارزیابی خطرات سلامت و همچنین پس از ترخیص از بیمارستان با شما تماس خواهد گرفت. (برای اطلاعات بیشتر در این مورد، به **فصل 2، بخش G** مراجعه کنید.)

C2. چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید

برای اطلاع از نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت خود، به **فصل 2، بخش G** مراجعه کنید.

C3. نحوه تغییر هماهنگ‌کننده مراقبت خود

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

D. دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان

D1. دریافت مراقبت از ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP)

باید یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) را برای ارائه و مدیریت مراقبت‌های خود انتخاب کنید.

تعریف PCP و خدماتی که برای شما 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 مراقبت‌های شما را نیز هماهنگ خواهد کرد. "هماهنگی" خدمات درمانی شما می تواند شامل بررسی یا مشاوره با سایر ارائه دهندگان شبکه درباره خدمات درمانی شما و یا نحوه پیشرفت آن باشد. در برخی موارد، PCP شما باید از قبل از ما مجوز (تأییدیه قبلی) بگیرد (بخش **D2** در این فصل را برای اطلاعات بیشتر ببینید).

انتخاب شما در مورد PCP

PCP شما معمولاً پزشک عمومی (که پزشک بزرگسالان یا پزشک داخلی و پزشک خانواده نیز نامیده می‌شود) و گاهی اوقات متخصص زنان و زایمان/پزشک زنان است. در برخی از مراکز شبکه، در صورت تمایل می‌توانید یک پرستار متخصص یا دستیار پزشکِ در دسترس را به‌عنوان ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود انتخاب کنید. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه (PCP) در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مشخص شده‌اند*.

PCP شما به ارائه، تجویز یا اجازه دادن برای خدمات تحت پوشش دارای ضرورت پزشکی می‌پردازد. PCP شما اکثر مراقبت‌های معمول یا اولیه شما را ارائه می‌دهد و در صورت نیاز به سایر مراقبت‌های لازم، شما را به سایر ارائه‌دهندگان شبکه ارجاع می‌دهد. برای مثال، برای ویزیت از سوی پزشک متخصص معمولاً باید ابتدا تأیید PCP خود را دریافت کنید (که این اقدام «ارجاع» شدن به متخصص نامیده می‌شود). 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).

لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتخاب PCP و اینکه کدام ارائه‌دهندگان بیمار جدید می‌پذیرند، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

گزینه تغییر دادن PCP شما

می‌توانید در هر زمان 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. انتخاب‌های شما برای PCP بلافاصله اعمال می‌شوند.

برای انتخاب یا تغییر **ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) خود، لطفاً از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 7 صبح تا 7 بعدازظهر، با شماره ویژه پزشک شخصی ما به شماره** (711 TTY) 1-888-956-1616 **تماس بگیرید. همچنین می‌توانید انتخاب خود را در** kp.org/finddoctors **انجام دهید.**

هنگام تماس، اگر در حال مراجعه به متخصصان هستید یا خدمات تحت پوشش دیگری دریافت می‌کنید که نیاز به تأیید PCP خود دارد (مانند خدمات مراقبت در منزل یا تجهیزات پزشکی بادوام)، به ما اطلاع دهید تا بتوانیم به شما بگوییم آیا برای ادامهٔ این خدمات نیاز به ارجاع از PCP جدیدتان دارید یا خیر. همچنین، اگر قصد استفاده از خدمات بیمارستان یا متخصص معینی را در شبکه دارید، با ما مشورت کنید تا مطلع شوید PCP شما به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا از آن بیمارستان استفاده می‌کند یا خیر.

خدماتی که می‌توانید بدون تأیید PCP خود دریافت کنید

در بیشتر موارد، پیش از مراجعه به سایر ارائه‌دهندگان، به تأیید PCP خود نیاز دارید. به این تأیید **ارجاع** گفته می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند موارد فهرست‌شده در زیر را بدون دریافت تأیید قبلی از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان شبکه یا ارائه‌دهندگان خارج شبکه.
- خدمات فوری مورد نیاز تحت پوشش طرح، خدماتی هستند که به مراقبت پزشکی فوری نیاز دارند (اما وضعیت اورژانسی محسوب نمی‌شوند)، در صورتی که موقتاً خارج از محدودهٔ خدمات طرح باشید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایطتان دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان درون‌شبکه منطقی نباشد. نمونه‌هایی از خدماتی که به فوریت نیاز است شامل بیماری‌ها و صدمات پزشکی غیرمنتظره یا تشدید ناگهانی شرایط موجود می‌باشد. مراجعات معمول و ضروری از نظر پزشکی به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (مانند معاینات سالانه)، حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا شبکه ما به‌طور موقت در دسترس نباشد، خدمات فوری محسوب نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه که هنگامی که خارج از ناحیه خدماتی طرح ما هستید، از مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت می‌کنید. اگر پیش از خروج از محدوده خدمات با خدمات اعضا تماس بگیرید، می‌توانیم به شما کمک کنیم تا در مدتی که خارج از محدوده هستید، خدمات دیالیز دریافت کنید.
- واکسن آنفلوآنزا و کووید-19، همچنین واکسن‌های هپاتیت B و ذات‌الریه، مشروط بر اینکه آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.
- مراقبت بهداشت روتین زنان و خدمات برنامه‌ریزی خانواده. این خدمات شامل معاینه پستان، ماموگرافی غربالگری (تصویربرداری با اشعه ایکس از پستان)، آزمایش پاپ‌اسمیر و معاینه لگن است، مشروط بر اینکه آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.
- نظرات دوم از یک ارائه‌دهنده درون‌شبکه‌ای دیگر.
- ویزیت برای موارد زیر: بینایی سنجی، سوءمصرف مواد و روان‌پزشکی.
- در منطقه کالیفرنیای جنوبی ما، خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare، مشروط بر اینکه آن‌ها را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید.

علاوه بر این، اگر عضو سرخپوست آمریکایی هستید، می‌توانید خدمات تحت پوشش را از ارائه‌دهنده خدمات سلامت سرخپوستان موردنظر خود دریافت کنید، بدون اینکه به ارجاع از یک PCP در شبکه یا دریافت مجوز قبلی نیاز داشته باشید.

D2. دریافت مراقبت از 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:

- متخصصان سرطان‌شناسی که از بیماران مبتلا به سرطان مراقبت می‌کنند.
- متخصصان قلب و عروق که از بیماران مبتلا به مشکلات قلبی مراقبت می‌کنند.
- متخصصان ارتوپدی که از بیماران مبتلا به مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی مراقبت می‌کنند.

ارجاعات از ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما

برای بیشتر نیازهای معمول مراقبت‌های بهداشتی خود، معمولاً ابتدا به PCP خود مراجعه می‌کنید. تنها چند نوع از خدمات تحت پوشش وجود دارد که می‌توانید بدون دریافت تأیید قبلی از PCP خود، مستقیماً دریافت کنید. این خدمات در **بخش D1** در بالا توضیح داده شده‌اند.

ارجاع کتبی می‌تواند برای یک نوبت مراجعه باشد یا، در صورت نیاز به خدمات مستمر، به‌صورت ارجاع دائمی برای بیش از یک نوبت مراجعه صادر شود. در صورت ابتلا به هر یک از شرایط زیر، ما باید برای شما یک ارجاع دائمی به یک پزشک متخصص واجد شرایط صادر کنیم:

- یک بیماری مزمن (مداوم)؛
- یک بیماری روانی یا جسمی تهدیدکننده زندگی؛
- یک بیماری تحلیل‌برنده یا ناتوانی؛
- هر وضعیت یا بیماری دیگری که به‌اندازه‌ای جدی یا پیچیده باشد که به درمان توسط پزشک متخصص نیاز داشته باشد.

اگر در موارد لازم ارجاع کتبی دریافت نکنید، صورتحساب قابل پرداخت نخواهد بود. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره درج‌شده در پایین این صفحه تماس بگیرید.

ارجاع به ارائه‌دهندگان شبکه

وقتی PCP شما مراقبتی را تجویز کند که توسط PCP قابل ارائه نیست (برای مثال، مراقبت تخصصی)، در صورت نیاز برای مراجعه به یک متخصص داخل شبکه یا سایر ارائه‌دهندگان شبکه، به شما ارجاع می‌دهد. اگر PCP شما را به متخصص شبکه ارجاع دهد، این ارجاع برای یک طرح درمان خاص خواهد بود. اگر مراقبت مستمر توسط پزشک متخصص تجویز شده باشد، برنامه درمانی شما می‌تواند شامل ارجاع دائمی به آن متخصص باشد. ما یک ارجاع کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که یک جلسه مشاوره اولیه یا تعداد مشخصی ویزیت با یک پزشک متخصصِ طرف قرارداد را مجاز می‌کند. پس از مشاوره اولیه با متخصص شبکه، باید نزد PCP خود بازگردید، مگر اینکه طبق آنچه در ارجاع کتبی ما مشخص شده است، ما اجازه ویزیت‌های بیشتری را به شما داده باشیم. پس از ویزیت اولیه مشاوره، به متخصص شبکه مراجعه نکنید مگر اینکه ما ویزیت‌های اضافی را در ارجاع شما تأیید کرده باشیم. در غیر این صورت، خدمات تحت پوشش قرار نخواهند گرفت.

مجوز قبلی

برای خدمات و اقلامی که در ادامه فهرست شده‌اند، ارائه‌دهنده شبکه شما باید قبل از ارائه خدمت، از طرح درمانی یا «گروه پزشکی» ما تاییدیه بگیرد (این فرایند «مجوز قبلی» نامیده می‌شود). تصمیمات مربوط به درخواست مجوز تنها از سوی پزشک دارای مجوز یا دیگر متخصصین پزشکی با مجوز مرتبط صورت می‌گیرد. اگر زمانی با تصمیم‌های مربوط به صدور مجوز موافق نبودید، می‌توانید مطابق توضیحات **فصل 9** درخواست تجدیدنظر ثبت کنید.

- خدمات و اقلامی که در **فصل 4** با یک پاورقی (†) مشخص شده‌اند.
- اگر ارائه‌دهنده شبکه شما به این نتیجه برسد که به خدمات تحت پوششی نیاز دارید که در خدمات ارائه‌دهندگان عضو شبکه موجود نیست، وی شما را به گروه پزشکی معرفی می‌کند تا به یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا خارج از ناحیه خدماتی ما ارجاع داده شوید. اگر نماینده تعیین‌شده گروه پزشکی مربوطه تشخیص دهد که خدمات تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری هستند و از طریق یک ارائه‌دهنده شبکه در دسترس نیستند، آن خدمات را تأیید خواهد کرد. ارجاع به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه برای یک برنامه درمانی مشخص صادر می‌شود که در صورت تجویز مراقبت مستمر، می‌تواند شامل ارجاع دائمی نیز باشد. در آن، مدت ارجاع بدون نیاز به گرفتن تأییدیه دیگر از ما مشخص می‌شود. اگر مطمئن نیستید چه خدماتی تأیید شده‌اند، لطفاً از ارائه‌دهنده شبکه خود سؤال کنید. اگر متخصص خارج از شبکه از شما بخواهد برای مراقبت بیشتر مراجعه کنید، اطمینان حاصل کنید که ارجاع مراقبت‌های بیشتر را پوشش می‌دهد. اگر این‌طور نیست، لطفاً با تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه خود تماس بگیرید.
- پس از اینکه تشخیص دهیم به دنبال -دریافت مراقبت‌های اورژانسی، به مراقبت‌های پس از تثبیت وضعیت از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه نیاز دارید، درباره وضعیت شما با ارائه‌دهنده خارج از شبکه گفت‌وگو خواهیم کرد. اگر تشخیص دهیم که به مراقبت‌های پس از تثبیت وضعیت نیاز دارید و این مراقبت‌ها در صورت دریافت از یک ارائه‌دهنده شبکه تحت پوشش قرار می‌گیرند، تنها در صورتی دریافت این مراقبت‌ها از ارائه‌دهنده خارج از شبکه را تأیید می‌کنیم که نتوانیم ترتیبی دهیم تا یک ارائه‌دهنده شبکه (یا ارائه‌دهنده تعیین‌شده دیگری) این مراقبت‌ها را ارائه دهد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به **بخش H** این فصل مراجعه کنید.
- جراحی تغییر جنسیت و اقدامات مرتبط که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شوند.

- مراقبت از یک مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی غیرپزشکی که در **بخش K** این فصل توضیح داده شده است.
- فقط برای اعضای کالیفرنیای شمالی: اگر ارائه‌دهنده طرف قرارداد شما ارجاع کتبی یا الکترونیکی برای ارزیابی پیوند صادر کند، کمیته مشورتی منطقه‌ای پیوند، هیئت مربوطه یا جلسه بررسی پرونده گروه پزشکی (در صورت وجود)، در صورتی که تشخیص دهد شما کاندیدای بالقوه پیوند عضو هستید و این خدمت مطابق با دستورالعمل‌های Medicare تحت پوشش است، ارجاع را تأیید خواهد کرد. در مواردی که هیچ کمیته یا هیئت پیوندی وجود ندارد، گروه پزشکی شما را به پزشک(ها) در یک مرکز پیوند ارجاع خواهد داد و گروه پزشکی خدمات را تأیید خواهد کرد، اگر پزشک(ها)ی مرکز پیوند تعیین کنند که این خدمات از نظر پزشکی ضروری هستند یا مطابق با دستورالعمل‌های Medicare پوشش داده می‌شوند. توجه: یک پزشک شبکه می‌تواند بدون استفاده از این فرایند تأیید پیوندِ گروه پزشکی، پیوند قرنیه را انجام دهد یا مجوز آن را صادر کند.

D3. زمانی که ارائه‌دهنده‌ای از طرح ما خارج می‌شود

ارائه‌دهنده‌ای که در شبکه به وی مراجعه می‌کنید ممکن است طرح ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شود، از حقوق و حمایت‌هایی برخوردار هستید که در زیر خلاصه شده‌اند:

- 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.
  - اگر ارائه‌دهندهٔ مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهندهٔ سلامت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، در صورتی که طی 3 سال گذشته به او مراجعه کرده باشید، به شما اطلاع خواهیم داد.
  - اگر هر یک از سایر ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج شوند، در صورتی که به آن ارائه‌دهنده اختصاص داده شده باشید، در حال حاضر از او مراقبت دریافت کنید یا طی سه ماه گذشته به او مراجعه 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 نزد ارائه‌دهنده فعلی خود تحت درمان پزشکی یا دریافت خدمات درمانی هستید، حق دارید درخواست کنید که درمان‌ها یا خدمات درمانی ضروری از نظر پزشکی را از ارائه‌دهنده دیگری در شبکه ما ادامه دهید. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید به دریافت مراقبت ادامه دهید.
- ما اطلاعات مربوط به دوره‌های ثبت‌نام موجود و گزینه‌هایی که برای تغییر طرح دارید را در اختیار شما قرار خواهیم داد.
- 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. اگر نماینده تعیین‌شده گروه پزشکی مربوطه تشخیص دهد که خدمات تحت پوشش از نظر پزشکی ضروری هستند و از طریق یک ارائه‌دهنده شبکه در دسترس نیستند، آن خدمات را تأیید خواهد کرد. ارجاع به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه برای یک برنامه درمانی مشخص صادر می‌شود که در صورت تجویز مراقبت مستمر، می‌تواند شامل ارجاع دائمی نیز باشد. در آن، مدت ارجاع بدون نیاز به گرفتن تأییدیه دیگر از ما مشخص می‌شود. اگر مطمئن نیستید، لطفاً از تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه خود بپرسید که کدام خدمات مجوز دریافت کرده‌اند. اگر متخصص خارج از شبکه از شما بخواهد برای مراقبت بیشتر مراجعه کنید، اطمینان حاصل کنید که ارجاع مراقبت‌های بیشتر را پوشش می‌دهد. اگر این‌طور نیست، لطفاً با تأمین‌کننده خدمات عضو شبکه خود تماس بگیرید.
- اگر مطلع شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما در حال خروج از طرح ما است، با ما تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم تا ارائه‌دهنده جدیدی برای مدیریت مراقبت‌های خود انتخاب کنید.
- اگر فکر می‌کنید که ما ارائه‌دهنده قبلی شما را با یک ارائه‌دهنده واجد شرایط جایگزین نکرده‌ایم یا مراقبت‌های شما را به‌درستی مدیریت نمی‌کنیم، حق دارید شکایتی درباره کیفیت مراقبت نزد سازمان بهبود کیفیت (QIO)، اعتراض درباره کیفیت مراقبت، یا هر دو را ثبت کنید. (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** مراجعه کنید.)

D4. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه

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

- ما نمی‌توانیم برای ارائه‌دهنده‌ای که واجد شرایط مشارکت در Medicare و/یا Medi-Cal نیست، هزینه‌ای بپردازیم.
- اگر از ارائه‌دهنده‌ای استفاده کنید که واجد شرایط شرکت در Medicare نیست، باید تمام هزینه خدماتی را که دریافت می‌کنید، خودتان پرداخت کنید.
- اگر ارائه‌دهندگان واجد شرایط همکاری با Medicare نباشند، باید این موضوع را به شما اطلاع دهند.

E. خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)

LTSS می‌توانند به شما کمک کنند در خانه بمانید و از بستری شدن در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی جلوگیری کنید. از طریق طرح ما به برخی از LTSS، از جمله مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) و حمایت‌های اجتماعی، دسترسی دارید. نوع دیگری از LTSS، یعنی برنامه خدمات حمایتی در منزل، از طریق سازمان خدمات اجتماعی شهرستان شما در دسترس است.

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر درباره LTSS از جمله IHSS، از پزشک یا هماهنگ‌کننده مراقبت خود سوال کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند با تماس با سازمان خدمات اجتماعی مربوطه در شهرستان که در **فصل 4، بخش F4** این *کتابچه راهنمای اعضا* ذکر شده است، به شما در درخواست برای IHSS کمک کند.

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

شما حق دسترسی به خدمات سلامت رفتاری ضروری از نظر پزشکی را که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند، دارید. ما دسترسی به خدمات سلامت رفتاری تحت پوشش Medicare و مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal را فراهم می‌کنیم. طرح ما خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal یا خدمات مربوط به اختلال مصرف مواد شهرستان را ارائه نمی‌دهد، اما این خدمات از طریق سازمان سلامت رفتاری شهرستان شما که در زیر مشخص شده است، در دسترس شما هستند:

- اداره سلامت روان شهرستان Alameda به شماره 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- اداره خدمات سوءمصرف مواد شهرستان Alameda به شماره 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Amador به شماره 1-888-310-6555 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Contra Costa به شماره 1-888-678-7277 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان El Dorado به شماره 1-800-929-1955 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Fresno به شماره 1-800-654-3937 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Kern به شماره 1-800-991-5272 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Kings به شماره 1-800-655-2553 (TTY 711)
- اداره سلامت روان شهرستان Los Angeles به شماره 1-800-854-7771 (TTY 711)
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Madera به شماره 1-888-275-9779 (TTY 711)

- اداره سلامت رفتاری شهرستان Marin به شماره (711 TTY) 1-888-818-1115
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Mariposa به شماره (711 TTY) 1-800-549-6741
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Napa به شماره (711 TTY) 1-800-648-8650
- خدمات سلامت روان و بهبودی شهرستان Orange به شماره (711 TTY) 1-855-625-4657
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Placer به شماره (711 TTY) 1-888-886-5401
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Riverside به شماره (711 TTY) 1-800-499-3008
- اداره سلامت رفتاری شهرستان San Bernardino به شماره (711 TTY) 1-888-743-1478
- خدمات سلامت رفتاری شهرستان San Diego به شماره (711 TTY) 1-888-724-7240
- خدمات سلامت رفتاری شهرستان Sacramento به شماره (711 TTY) 1-888-881-4881
- خدمات سلامت رفتاری و بهبودی شهرستان San Mateo به شماره (711 TTY) 1-800-686-0101
- اداره سلامت رفتاری شهرستان San Francisco به شماره (711) 1-888-246-3333
- اداره سلامت رفتاری شهرستان San Joaquin به شماره (711) 1-888-468-9370
- خدمات سلامت رفتاری شهرستان Santa Clara به شماره (711 TTY) 1-800-704-0900
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Santa Cruz به شماره (711) 1-800-952-2335
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Solano به شماره (711) 1-800-547-0495
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Sonoma به شماره (711) 1-800-870-8786
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Stanislaus به شماره (711) 1-888-376-6246
- اداره سلامت روان شهرستان Tulare به شماره (711 TTY) 1-800-320-1616
- اداره خدمات سوءمصرف مواد شهرستان Tulare به شماره (711 TTY) 1-866-732-4114
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Ventura به شماره (711 TTY) 1-866-998-2243
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Yolo به شماره (1-800-735-2929 TTY) 1-888-965-6647
- اداره سلامت رفتاری شهرستان Yuba به شماره (711 TTY) 1-888 923-3800

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

اگر معیارهای لازم برای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal که توسط سازمان سلامت رفتاری شهرستان شما (مشخص‌شده در **بخش F** این فصل) ارائه می‌شوند، شامل موارد زیر هستند:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی
- خدمات فشرده درمان روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در وضعیت‌های بحرانی
- خدمات تثبیت وضعیت‌های بحرانی
- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمان وضعیت‌های بحرانی با اسکان
- خدمات مرکز سلامت روان
- خدمات بستری در بیمارستان در شرایط روانی
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی، در صورت موجود بودن
- درمان جامع و فعال در جامعه (ACT)، در صورت موجود بودن
- درمان جامع و فعال در جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی (FACT)، در صورت موجود بودن
- مراقبت تخصصی هماهنگ‌شده (CSC) برای نخستین دوره روان‌پریشی (FEP)، در صورت موجود بودن
- خدمات باشگاه حمایتی، در صورت موجود بودن
- خدمات پیشرفته کارکنان سلامت جامعه (CHW)، در صورت موجود بودن
- اشتغال حمایتی، در صورت موجود بودن
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت پرورشی درمانی

خدمات Drug Medi-Cal (DMC) که توسط شهرستان شما ارائه می‌شوند، شامل موارد زیر هستند:

- خدمات درمان سرپایی ویژه
- درمان اقامتی اختلال مصرف مواد در دوره پیرامون زایمان
- خدمات درمانی سرپایی

- برنامه درمان اعتیاد
- دارو برای درمان اعتیاد (همچنین درمان کمکی با دارو نام دارد)
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن

اگر معیارهای لازم برای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات سیستم سازمان‌یافته ارائه خدمات Drug Medi-Cal (DMC-ODS) از طریق سازمان سلامت رفتاری شهرستان شما در دسترس است. خدمات DMC-ODS شامل موارد زیر است:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمان سرپایی ویژه
- خدمات بستری جزئی
- دارو برای درمان اعتیاد (همچنین درمان کمکی با دارو نام دارد)
- خدمات اسکان و درمان
- خدمات مدیریت علائم ترک
- برنامه درمان اعتیاد
- خدمات بازپروری
- هماهنگی مراقبت
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن
- خدمات مدیریت مشروط، در صورت موجود بودن
- خدمات درمانی بستری

علاوه بر خدمات ذکرشده در بالا، در صورت داشتن معیارهای لازم، می‌توانید به خدمات سم‌زدایی داوطلبانه بستری دسترسی داشته باشید.

G. خدمات حمل‌ونقل

G1. حمل‌ونقل پزشکی غیراضطراری

اگر به دلیل نیازهای پزشکی خود نتوانید برای رفتن به قرارهای پزشکی از خودرو، اتوبوس یا تاکسی استفاده کنید، حق استفاده از حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی (NEMT) را دارید. NEMT می‌تواند برای همه خدمات تحت پوشش Medi-Cal، مانند قرارهای پزشکی، دندانپزشکی، سلامت روان، درمان اختلال مصرف مواد و مراجعه به داروخانه ارائه شود. اگر به NEMT نیاز دارید، می‌توانید با ارائه‌دهنده شبکه، دندانپزشک یا ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد خود صحبت کرده و آن را درخواست کنید. ارائه‌دهنده شما مناسب‌ترین نوع وسیله حمل‌ونقل را بر اساس نیازهایتان تعیین خواهد کرد. اگر به NEMT نیاز داشته باشید، ارائه‌دهنده شما با تکمیل فرم و ارسال آن به Kaiser Permanente Dual Complete برای دریافت تأییدیه، آن را برای شما تجویز خواهد کرد. بسته به نیاز پزشکی شما، ممکن است بتوانید برای مدت حداکثر 12 ماه تأییدیه دریافت کنید. PCP شما، در صورت لزوم یا پس از پایان اعتبار تجویز، نیاز شما به NEMT را مجدداً ارزیابی می‌کند و ممکن است NEMT را برای مدت حداکثر 12 ماه دیگر تأیید کند.

NEMT می‌تواند یک آمبولانس، ون باری، ون ویلچر یا جابجایی هوایی باشد. هنگامی که برای رفتن به قرار ملاقات خود به وسیله نقلیه نیاز دارید، Kaiser Permanente Dual Complete کم‌هزینه‌ترین شیوه حمل‌ونقل تحت پوشش و مناسب‌ترین نوع NEMT را با توجه به نیازهای پزشکی شما تأیید می‌کند. برای مثال، اگر از نظر جسمی یا پزشکی امکان جابه‌جایی شما با ون مخصوص ویلچر وجود داشته باشد، Kaiser Permanente Dual Complete هزینه آمبولانس را پرداخت نخواهد کرد. فقط در صورتی حق دارید از انتقال هوایی استفاده کنید که به خاطر وضعیت پزشکی‌تان امکان استفاده از هیچ نوع جابه‌جایی زمینی وجود نداشته باشد.

NEMT باید در این شرایط استفاده شود:

- از نظر جسمی یا پزشکی به آن نیاز داشته باشید، که این نیاز بر اساس مجوز کتبی یک ارائه‌دهنده شبکه، دندانپزشک یا ارائه‌دهنده خدمات اختلال مصرف مواد تعیین می‌شود، زیرا قادر نیستید برای رفتن به قرار ملاقات خود از اتوبوس، تاکسی، خودرو یا ون استفاده کنید.
- به دلیل ناتوانی جسمی یا ذهنی، برای رفت‌وآمد از/به محل اقامت، خودرو یا محل درمان خود به کمک راننده نیاز داشته باشید.

برای درخواست حمل‌ونقل پزشکی که پزشکتان برای **قرارهای معمول** و غیرفوری تجویز کرده است، حداقل سه روز کاری (دوشنبه تا جمعه) پیش از قرار ملاقات خود با Kaiser Permanente Dual Complete تماس بگیرید. برای **قرارهای ملاقات**، در اسرع وقت تماس بگیرید. هنگام تماس، کارت شناسایی عضویت خود را آماده داشته باشید. همچنین اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، می‌توانید تماس بگیرید.

محدودیت‌های حمل‌ونقل پزشکی

Kaiser Permanente Dual Complete کم‌هزینه‌ترین نوع حمل‌ونقل پزشکی را که متناسب با نیازهای پزشکی شما باشد، از منزل شما تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که امکان تعیین وقت ملاقات با او وجود دارد، پوشش می‌دهد. اگر خدمات موردنظر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد، حمل‌ونقل پزشکی ارائه نخواهد شد. اگر نوع قرار ملاقات تحت پوشش Medi-Cal باشد، اما از طریق طرح سلامت پوشش داده نشود، Kaiser Permanente Dual Complete به شما در هماهنگی حمل‌ونقل کمک خواهد کرد. فهرست خدمات تحت پوشش در **فصل 4** این کتابچه راهنما آمده است. حمل‌ونقل خارج از شبکه یا محدوده خدمات Kaiser Permanente Dual Complete تحت پوشش نیست، مگر اینکه از قبل تأیید شده باشد.

G2. حمل‌ونقل غیرپزشکی

مزایای حمل‌ونقل غیرپزشکی (NMT) شامل رفت‌وآمد به محل قرار ملاقات و بازگشت از آن برای دریافت خدماتی است که ارائه‌دهنده شما تأیید کرده است. در شرایط زیر سواری بدون هزینه برای شما انجام می‌شود:

- رفت‌وبرگشت از/به محل ویزیت برای خدماتی که توسط ارائه‌دهنده شما تأیید شده باشد، **یا**
- تحویل گرفتن کالاهای پزشکی و نسخه‌ها.

طرح Kaiser Permanente Dual Complete به شما امکان می‌دهد برای رفتن به قرار ملاقات جهت دریافت خدمات تأییدشده توسط ارائه‌دهنده خود، از خودرو، تاکسی، اتوبوس یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی استفاده کنید. Kaiser Permanente Dual Complete برای NMT از شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات استفاده می‌کند. ما کم‌هزینه‌ترین نوع NMT را که متناسب با نیازهای شما باشد، پوشش می‌دهیم.

گاهی می‌توانید هزینه سفری را که با خودروی شخصی هماهنگ می‌کنید، استرداد کنید. طرح Kaiser Permanente Dual Complete باید **پیش** از استفاده شما از این وسیله حمل‌ونقل، آن را تأیید کند و شما باید به ما بگویید چرا نمی‌توانید به روش دیگری، مانند استفاده از اتوبوس، رفت‌وآمد کنید. می‌توانید از طریق تماس تلفنی، ایمیل یا به‌صورت حضوری به ما اطلاع دهید. **اگر خودتان رانندگی کنید، هزینه‌ای به شما بازپرداخت نمی‌شود.**

استرداد هزینه سفر مستلزم برخورداری از موارد زیر است:

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

برای درخواست وسیله حمل‌ونقل برای خدماتی که تأیید شده‌اند، حداقل سه روز کاری (دوشنبه تا جمعه) پیش از قرار ملاقات خود با خط حمل‌ونقل ما به شماره 1-844-299-6230 (TTY 711) تماس بگیرید. برای قرارهای **فوری، در اسرع وقت تماس** بگیرید. همچنین اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، می‌توانید تماس بگیرید. لطفا هنگام تماس تمام موارد و اطلاعات زیر را آماده داشته باشید:

- کارت شناسایی Kaiser Permanente خود.
- تاریخ و زمان نوبت‌های ملاقات پزشکی خود.
- آدرس جایی که باید سوار وسیله نقلیه شوید و آدرس جایی که قرار است بروید.
- اگر نیاز به برگشت دارید.
- آیا شخصی شما را همراهی خواهد کرد (مثلاً ولی/قیم قانونی یا پرستار).

توجه: اعضای سرخپوست آمریکایی می‌توانند برای درخواست NMT با کلینیک محلی سلامت سرخپوستان تماس بگیرند.

محدودیت‌های حمل‌ونقل غیرپزشکی

طرح Kaiser Permanente Dual Complete کم‌هزینه‌ترین نوع حمل‌ونقل غیرپزشکی را که متناسب با نیازهای شما باشد، از منزل شما تا نزدیک‌ترین ارائه‌دهنده‌ای که امکان تعیین وقت ملاقات با او وجود دارد، ارائه می‌دهد. **نمی‌توانید خودتان رانندگی کنید یا هزینه آن را مستقیماً پس بگیرید.**

NMT در موارد زیر ارائه نمی‌شود:

- برای دریافت خدمات به آمبولانس، ون باربری، ون ویلچردار یا انواع دیگر حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی نیاز داشته باشد.
- به‌دلیل وجود مشکل جسمی یا پزشکی، برای انتقال از/به محل اقامت، خودرو یا محل درمان خود به کمک راننده نیاز داشته باشید.
- شما از ویلچر استفاده می‌کنید و بدون کمک راننده قادر به حرکت و سوار شدن به وسیله نقلیه یا پیاده شدن از آن نیستید.
- خدمت موردنظر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نباشد.

H. خدمات تحت پوشش در موارد فوریت پزشکی، نیاز فوری به مراقبت یا هنگام وقوع بلایا

H1. مراقبت در موارد فوریت پزشکی

اورژانس پزشکی، وضعیت پزشکی‌ای است که با علائمی مانند بیماری، درد شدید، آسیب جدی یا یک وضعیت پزشکی که به‌سرعت رو به وخامت است، همراه باشد. این وضعیت به‌قدری 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 جان شما یا فرزند متولدنشده شما؛ **یا**
- از دست دادن عملکردهای بدن یا آسیب جدی به آن‌ها؛ **یا**
- اختلال جدی در عملکرد هر یک از اندام‌ها یا بخش‌های بدن؛ **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 متولدنشده‌تان داشته باشد.

اگر دچار فوریت پزشکی شدید:

- **در اسرع وقت کمک بگیرید.** با 911 تماس بگیرید یا به نزدیک‌ترین بخش اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت نیاز، برای درخواست آمبولانس تماس بگیرید. به تأیید یا ارجاع از PCP خود نیاز ندارید. مجبور نیستید به ارائه‌دهنده شبکه مراجعه کنید. هر زمان که نیاز داشته باشید، می‌توانید در هر نقطه از ایالات متحده یا قلمروهای آن یا در هر جای جهان، از هر ارائه‌دهنده‌ای که مجوز معتبر ایالتی دارد، حتی اگر عضو شبکه ما نباشد، مراقبت‌های پزشکی اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید.
- **در اسرع وقت، طرح ما را از وضعیت اورژانسی خود مطلع کنید.** ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری می‌کنیم. معمولاً ظرف 48 ساعت، شما یا فرد دیگری باید با ما تماس بگیرید و درباره مراقبت‌های اورژانسی به ما اطلاع دهید. حتی اگر در اطلاع‌رسانی به ما تأخیر داشته باشید، هزینه خدمات اورژانسی را پرداخت نمی‌کنید. شماره تماس پشت کارت عضویت طرح شما درج شده است.

خدمات تحت پوشش در وضعیت اورژانس پزشکی

در شرایطی که انتقال به بخش اورژانس با هر وسیله دیگری غیر از آمبولانس برای سلامت شما خطرناک باشد، طرح ما خدمات آمبولانس را نیز پوشش می‌دهد. ما خدمات پزشکی ارائه‌شده در طول وضعیت اضطراری را نیز پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به جدول مزایا در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

ارائه‌دهندگانی که مراقبت‌های اورژانسی را به شما ارائه می‌دهند، تعیین می‌کنند که چه زمانی وضعیت شما پایدار شده و وضعیت اورژانسی پزشکی پایان یافته است. آن‌ها به درمان شما ادامه می‌دهند و اگر برای بهبودی به مراقبت‌های پیگیری نیاز داشته باشید، برای انجام هماهنگی‌های لازم با ما تماس خواهند گرفت.

طرح ما مراقبت‌های پیگیری شما را پوشش می‌دهد. اگر مراقبت‌های اورژانسی خود را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، تلاش خواهیم کرد تا در اسرع وقت ارائه‌دهندگان شبکه ادامه مراقبت‌های شما را بر عهده بگیرند.

ما با پزشکانی که مراقبت‌های اورژانسی را ارائه می‌دهند همکاری خواهیم کرد تا روند درمان شما مدیریت شده و پیگیری‌های لازم انجام شود. پس از پایان وضعیت اورژانسی، شما حق دریافت مراقبت‌های پیگیری را دارید تا اطمینان حاصل شود که وضعیتتان همچنان پایدار باقی می‌ماند. پزشکان شما تا زمانی که با ما تماس بگیرند و برای مراقبت‌های بیشتر برنامه‌ریزی کنند، به درمان شما ادامه خواهند داد. ما مراقبت‌های پیگیری پس از تثبیت وضعیت شما را مطابق با قوانین قابل اجرا پوشش خواهیم داد. بسیار مهم است که ارائه‌دهنده شما **پیش** از دریافت مراقبت‌های پس از تثبیت وضعیت از ارائه‌دهنده خارج از شبکه، برای دریافت تأییدیه با ما تماس بگیرد. قبل از اینکه هزینه مراقبت پس از تثبیت وضعیت بیمار را پرداخت کنیم، ارائه‌دهنده‌ای که شما را درمان می‌کند باید از ما اجازه بگیرد. در بیشتر موارد، تنها زمانی مسئولیت مالی خواهید داشت که ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا ما شما را از مسئولیت احتمالی پرداخت مطلع کرده باشیم.

پیش از درخواست پیش‌تأییدیه جهت دریافت مراقبت پس از تثبیت وضعیت از جانب ارائه‌دهنده خارج از شبکه، ارائه‌دهنده باید از طریق شماره 1-800-225-8883 (TTY 711) با ما تماس بگیرد. ارائه‌دهنده همچنین می‌تواند با شماره قید شده در پشت کارت شناسایی Kaiser Permanente شما تماس بگیرد. ارائه‌دهنده باید قبل از اینکه خدمات را دریافت کنید با ما تماس بگیرد.

هنگامی‌که ارائه‌دهنده با ما تماس می‌گیرد، در خصوص مشکل سلامت شما با پزشک معالجتان 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، می‌توانیم هماهنگی‌های لازم را انجام دهیم تا یک ارائه‌دهنده شبکه این مراقبت‌ها را ارائه دهد.

اگر تصمیم بگیریم که یک بیمارستان شبکه، مرکز پرستاری تخصصی یا ارائه‌دهنده دیگری در شبکه مراقبت‌های شما را ارائه دهد، می‌توانیم خدمات حمل‌ونقل ضروری از نظر پزشکی را برای انتقال شما به آن ارائه‌دهنده تأیید کنیم. این خدمات می‌تواند شامل خدمات حمل‌ونقل ویژه‌ای باشد که معمولاً تحت پوشش ما نیستند.

لازم است از ارائه‌دهنده بپرسید چه خدمات مراقبتی (ازجمله حمل‌ونقل) را تأیید کرده‌ایم. ما فقط خدمات یا جابجایی مربوطه را در صورتی پوشش می‌دهیم که اجازه انجام آن را داده باشیم. اگر خدماتی را درخواست و دریافت کنید که تحت پوشش نیستند، نمی‌توانیم هزینه آن خدمات را به ارائه‌دهنده پرداخت کنیم.

مراقبت پس از تثبیت وضعیت بیمار تنها زمانی که تمام این شرایط برآورده شود، شامل تجهیزات پزشکی بادوام (Durable Medical Equipment, «DME») نیز خواهد شد:

- وسیله DME همان‌طور که در **فصل 4** این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است، تحت پوشش قرار دارد.
- داشتن DME پس از ترخیص شما از بیمارستان برای شما دارای ضرورت پزشکی باشد.
- اقلام DME به مراقبت اورژانسی که در بیمارستان دریافت کرده‌اید ارتباط داشته باشد.

دریافت مراقبت‌های اورژانسی در صورتی که وضعیت اورژانسی نبوده باشد

گاهی اوقات تشخیص اینکه آیا شما یک فوریت پزشکی یا سلامت رفتاری دارید، دشوار است. 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.

با این حال، پس از اینکه پزشک اعلام کرد که مورد اورژانسی نبوده است، ما مراقبت‌های اضافی شما را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که:

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

H2. مراقبت‌های فوری مورد نیاز

مراقبت‌های فوری، مراقبت‌هایی هستند که برای شرایطی دریافت می‌کنید که اورژانسی نیستند اما نیاز به مراقبت فوری دارند. برای مثال، ممکن است دچار عود یک بیماری موجود یا یک بیماری یا آسیب پیش‌بینی نشده شوید.

مراقبت‌های فوری مورد نیاز در منطقه تحت پوشش طرح ما

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

- شما این مراقبت را از یک ارائه دهنده خدمات شبکه دریافت می‌کنید **و**
- قوانین شرح داده شده در این فصل را دنبال می‌کنید.

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

ما می‌دانیم که گاهی تشخیص نوع مراقبتی که نیاز دارید دشوار است. به همین دلیل، پرستاران مشاور تلفنی در دسترس هستند تا به شما کمک کنند پرستاران مشاور ما پرستاران 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 پرستاران مشاور صحبت کنید

آنها معمولاً می‌توانند به پرسش‌های مربوط به نگرانی‌های جزئی پاسخ دهند، به شما بگویند اگر یک مرکز داخل شبکه تعطیل بود چه کاری باید انجام دهید، یا دربارهٔ اقدام بعدی راهنمایی‌تان کنند؛ از جمله در صورت نیاز پزشکی، برای شما یک نوبت مراقبت فوری در همان روز تنظیم کنند. برای صحبت با پرستار مشاور در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته یا گرفتن وقت ملاقات، لطفاً برای اطلاع از شماره تلفن‌های مربوط به وقت ملاقات و مشاوره، به *فهرست ارائه‌دهندگان خدمات و داروخانه‌ها* مراجعه کنید.

مراقبت‌های فوری موردنیاز خارج از محدوده خدمات طرح ما

وقتی خارج از محدوده خدمات طرح ما هستید، ممکن است نتوانید از یک ارائه‌دهنده خدمات عضو شبکه مراقبت دریافت کنید. در این صورت، طرح ما مراقبت‌های فوری موردنیاز را که از هر ارائه‌دهنده خدمات دریافت می‌کنید، پوشش می‌دهد. با این حال، مراجعه‌های معمول و از نظر پزشکی ضروری به ارائه‌دهنده خدمات، مانند معاینات سالانه، حتی اگر خارج از محدوده خدمات طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، مراقبت فوری موردنیاز محسوب نمی‌شوند.

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

- شما به‌طور موقت خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما باشید.
- خدمات برای درمان بیماری یا آسیب پیش‌بینی‌نشده و جلوگیری از وخامت جدی وضعیت سلامت شما ضروری بوده باشد.
- منطقی نباشد که درمان تا زمان بازگشت شما به محدوده خدمات‌رسانی ما به تعویق بیفتد.
- اگر شما خدمات را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کردید، تحت پوشش قرار می‌گرفتند.

H3. مراقبت در هنگام وقوع بلایا

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

لطفاً برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه دریافت خدمات مراقبت مورد نیاز در طول بلایای اعلام‌شده، از وب‌سایت ما بازدید کنید: kp.org.

در طول یک وضعیت بلایای اعلام‌شده، 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 در طول یک وضعیت اضطراری اعلام‌شده نتوانید از داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید داروهای خود را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید.

I. اگر هزینه خدمات تحت پوشش مستقیماً برای شما صورتحساب شود، چه باید کرد

اگر برای خدمات تحت پوشش، مبلغی بیش از سهم هزینه طرح خود پرداخت کرده‌اید یا صورتحسابی برای کل هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای اطلاع از اقداماتی که باید انجام دهید، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

I1. اگر طرح ما خدماتی را پوشش ندهد، چه باید کرد

طرح ما همه خدمات را پوشش می‌دهد.

- که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده‌اند، و
- که در جدول مزایای طرح ما فهرست شده‌اند (به **فصل 4** این کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، **و**
- که تحت قوانین طرح دریافت می‌کنید.

اگر خدماتی دریافت کنید که طرح ما آن‌ها را پوشش نمی‌دهد، **باید تمام هزینه آن‌ها را خودتان بپردازید**، مگر اینکه آن خدمات تحت پوشش برنامه دیگری از Medi-Cal خارج از طرح ما باشند.

اگر می‌خواهید بدانید که آیا ما هزینه هرگونه خدمات یا مراقبت پزشکی را پرداخت می‌کنیم، حق دارید از ما سوال کنید. همچنین حق درخواست به‌صورت کتبی را دارید. اگر بگوییم هزینه خدمات شما را پرداخت نمی‌کنیم، حق دارید به تصمیم ما اعتراض کنید.

فصل 9 این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که اگر می‌خواهید ما یک خدمت یا مورد پزشکی را پوشش دهیم، چه کاری باید 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 تماس بگیرید.

ما هزینه برخی خدمات را تا سقف معینی پرداخت می‌کنیم. اگر هزینه از محدوده فراتر برود، برای دریافت بیشتر آن نوع خدمات هزینه کامل را می‌پردازید. برای اطلاع از محدودیت‌های خاص مزایا، به **فصل 4** مراجعه کنید. برای اطلاع از محدودیت‌های مزایا و میزان مزایایی که استفاده کرده‌اید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

J. پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی

J1. تعریف مطالعه تحقیقاتی بالینی

مطالعه تحقیقاتی بالینی (که «آزمایش بالینی» نیز نامیده می‌شود) راهی برای آزمایش انواع جدید مراقبت‌های درمانی و داروها است. مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare از داوطلبان درخواست می‌کند که در پژوهش شرکت کنند. وقتی در یک مطالعهٔ تحقیقاتی بالینی شرکت می‌کنید، می‌توانید همچنان عضو طرح ما بمانید و بقیهٔ مراقبت‌های خود (مراقبت‌هایی که مربوط به مطالعه نیستند) را از طریق طرح ما دریافت کنید.

اگر می‌خواهید در هر مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لازم **نیست** به ما اطلاع دهید یا از ما تأییدیه بگیرید، اما توصیه می‌کنیم به ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه خود اطلاع دهید. ارائه‌دهندگانی که در چارچوب این مطالعه به شما مراقبت ارائه می‌دهند، لازم **نیست** عضو شبکه باشند. این موضوع در مورد مزایای تحت پوششی که برای ارزیابی مزایا به کارآزمایی بالینی یا ثبت در رجیستری نیاز دارند، از جمله برخی مزایایی که مستلزم پوشش همراه با توسعه شواهد (NCDs-CED) و مطالعات معافیت دستگاه‌های تحقیقاتی (IDE) هستند، صدق نمی‌کند. این مزایا ممکن است مشروط به دریافت مجوز قبلی و سایر مقررات طرح نیز باشند.

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

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

اگر برای یک مطالعه تحقیقاتی 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 تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare شرکت می‌کنید، اغلب اقلام و خدماتی که به‌عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار می‌گیرد. این داوری موارد زیر را در بر می‌گیرد:

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

اگر در مطالعه‌ای شرکت کنید که Medicare آن را **تأیید نکرده** است، باید تمام هزینه‌های مربوط به شرکت در آن مطالعه را خودتان بپردازید.

J3. اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهشی بالینی

می‌توانید با مطالعه «Medicare و مطالعات تحقیقاتی بالینی» در وب‌سایت Medicare (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies) درباره نحوه شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری کسب کنید. همچنین می‌توانید با شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY زنگ بزنند به 1-877-486-2048.

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

K1. تعریف مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی 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 در یک مؤسسه مذهبی مراقبت‌های بهداشتی 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 «مستثنی‌نشده» هستند.

- درمان یا مراقبت پزشکی «مستثنی‌نشده» هرگونه مراقبت یا درمانی است که **داوطلبانه انجام می‌شود** و به‌موجب هیچ‌گونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی ضروری نیست.
- درمان پزشکی «مستثنی‌شده» به هرگونه مراقبت یا درمانی گفته می‌شود که اختیاری نیست و طبق قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزامی است.
- برای اینکه خدمات مراقبتی که از مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح ما قرار گیرد باید دارای شرایط زیر باشد:
- مؤسسه‌ای که خدمات مراقبتی را ارائه می‌دهد باید مورد تأیید Medicare باشد.
- طرح ما فقط جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
- اگر خدمات این مؤسسه در یک مرکز به شما ارائه شود:
  - شما باید در وضعیت پزشکی باشید که به شما اجازه دهد خدمات تحت پوشش برای مراقبت بستری بیمارستانی یا مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
  - باید پیش از بستری شدن در مرکز، از ما تأییدیه بگیرید؛ در غیر این صورت، اقامت شما در آن مرکز تحت پوشش **قرار نخواهد** گرفت.

توجه: خدمات تحت پوشش، مشمول همان محدودیت‌ها و سهم هزینه‌ای هستند که برای خدمات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهندگان عضو شبکه، مطابق آنچه در **فصل‌های 4 و 12** توضیح داده شده است، اعمال می‌شوند.

L. تجهیزات پزشکی بادوام (DME)

L1. دریافت DME به‌عنوان عضو طرح ما

تجهیزات پزشکی بادوام (DME) شامل وسایلی است که دارای این معیارها باشد:

- برای استفاده مکرر در نظر گرفته شده باشد
- هدف اصلی و معمول آن استفاده برای اهداف پزشکی باشد
- این وسیله معمولاً فقط برای فردی که دچار بیماری، آسیب، اختلال عملکردی یا ناهنجاری مادرزادی است، کاربرد دارد.
- این وسیله برای استفاده در داخل یا خارج از منزل مناسب است.
- برای انجام فعالیت‌های روزانهٔ زندگی (Activities Of Daily Living, ADL) به آن نیاز داشته باشید

تجهیزات پزشکی بادوام به پیش‌تأییدیه نیاز دارند. اقلام تحت پوشش، به ارزان ترین نوع کالا که نیازهای پزشکی شما را به صورت مکفی برآورده می‌کند محدود می‌شود. فروشنده را ما 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 برخی اقلام ضروری از نظر پزشکی است که توسط ارائه‌دهنده تجویز می‌شوند، مانند ویلچر، عصا، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابت، تخت بیمارستانی که ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل تجویز کرده است، پمپ‌های تزریق داخل‌وریدی (IV)، دستگاه‌های تولید گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزرها و واکرها.

برخی از اقلام DME، مانند پروتزها، متعلق به شما هستند.

انواع دیگر DME باید اجاره شوند. به‌عنوان عضو طرح ما، اقلام اجاره‌ای DME متعلق به شما **نخواهند شد**، صرف‌نظر از اینکه چه مدت آن‌ها را اجاره کنید.

حتی اگر پیش از پیوستن به طرح ما، تا 12 ماه متوالی تحت پوشش Medicare از DME استفاده کرده باشید، مالک آن تجهیزات **نخواهید** شد.

L2. مالکیت DME در صورت تغییر به Original Medicare

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.

اگر دیگر Medi-Cal نداشته باشید، برای اینکه مالک وسیله DME شوید، باید 13 پرداخت متوالی تحت Original Medicare انجام دهید، یا تعداد پرداخت‌های متوالی تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید، مشروط بر اینکه:

- زمانی که عضو طرح ما بودید، مالک وسیله DME نشده باشید، **و**
- از طرح ما خارج شوید و مزایای Medicare خود را خارج از هرگونه طرح سلامت، از طریق برنامه Original Medicare یا یک طرح MA دریافت کنید.

اگر پیش از پیوستن به طرح ما، برای وسیله DME تحت Original Medicare یا یک طرح MA پرداخت‌هایی انجام داده باشید، **آن پرداخت‌های Original Medicare یا طرح MA جزو پرداخت‌هایی که باید پس از خروج از طرح ما انجام دهید، محسوب نمی‌شوند.**

- برای اینکه مالک وسیله DME شوید، باید 13 پرداخت متوالی جدید تحت Original Medicare یا تعداد پرداخت‌های متوالی جدید تعیین‌شده توسط طرح MA را انجام دهید.
- هنگامی که به Original Medicare یا طرح MA برگردید، هیچ استثنائی در این مورد وجود ندارد

L3. مزایای تجهیزات اکسیژن به‌عنوان عضو طرح

اگر واجد شرایط دریافت تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare باشید، ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- اجاره تجهیزات اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتویات اکسیژن
- لوله‌ها و قطعات جانبی مرتبط با اکسیژن‌رسانی و محتویات اکسیژن
- نگهداری و تعمیرات تجهیزات اکسیژن

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

L4. تجهیزات اکسیژن در صورت تغییر به Original Medicare یا یک طرح دیگر Medicare Advantage (MA)

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و **از طرح ما خارج شوید و به Original Medicare** تغییر طرح دهید، این تجهیزات را به مدت 36 ماه از یک تأمین‌کننده اجاره می‌کنید. پرداخت‌های ماهانه اجاره شما، هزینه تجهیزات اکسیژن و لوازم و خدمات ذکرشده در بالا را پوشش می‌دهند. اگر همچنان در Medicare و Medi-Cal ثبت‌نام باشید، Medicare و Medi-Cal این پرداخت‌ها را پوشش می‌دهند.

اگر **پس از اجاره تجهیزات اکسیژن به مدت 36 ماه**، این تجهیزات همچنان از نظر پزشکی ضروری باشند، تأمین‌کننده شما باید موارد زیر را ارائه دهد:

- دستگاه اکسیژن، وسایل و خدمات به مدت 24 ماه دیگر
- تجهیزات و لوازم اکسیژن تا حداکثر پنج سال، در صورت ضرورت پزشکی

اگر در پایان دوره پنج‌ساله، تجهیزات اکسیژن همچنان **از نظر پزشکی ضروری باشند:**

- تأمین‌کننده‌تان دیگر مجبور به ارائه آن نیست و می‌توانید دستگاه جایگزین را از تأمین‌کننده دیگر بگیرید.
- یک دوره پنج‌ساله جدید آغاز 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.
- تا زمانی که تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند، هر پنج سال یک دوره جدید آغاز می‌شود.

اگر تجهیزات اکسیژن از نظر پزشکی ضروری باشند و از طرح ما خارج شوید و **به طرح MA دیگری بپیوندید،** آن طرح حداقل مواردی را پوشش می‌دهد که Original Medicare پوشش می‌دهد. 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 درباره خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد، هرگونه محدودیت یا سقف مربوط به آن خدمات و مبلغی که برای هر خدمت پرداخت می‌کنید، توضیح می‌دهد. همچنین درباره مزایایی که تحت پوشش طرح ما نیستند، توضیح می‌دهد. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

اعضای جدید Kaiser Permanente Dual Complete: در بیشتر موارد، برای دریافت مزایای Medicare خود، در اولین روز ماه پس از درخواست ثبت‌نام در Kaiser Permanente Dual Complete، در طرح Kaiser Permanente Dual Complete 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 Kaiser Permanente Dual Complete دریافت خواهید کرد. هیچ وقفه‌ای در پوشش Medi-Cal شما وجود نخواهد داشت. در صورت داشتن هرگونه سوال، لطفاً با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) با ما تماس بگیرید. ساعات کاری 8 ق.ظ تا 8 ب.ظ 7 روز هفته می‌باشند.

فصل 4 فهرست مطالب

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه‌هایی که از جیب خود پرداخت می‌کنید..... 84
B. قوانین منع دریافت هزینه خدمات از شما توسط ارائه‌دهندگان خدمات..... 84
C. درباره جدول مزایای طرح ما..... 84
D. جدول مزایای طرح ما..... 89
E. حمایت‌های اجتماعی..... 153
F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما..... 158
F1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)..... 158
F2. Medi-Cal Dental..... 158
F3. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)..... 159
F4. برنامه‌های معافیت خدمات مبتنی بر خانه و جامعه (HCBS) 1915(c)..... 159
F5. خدمات سلامت رفتاری شهرستان که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند (خدمات سلامت روان و اختلال مصرف مواد)..... 161
G. مزایایی که تحت پوشش طرح ما، Medicare یا Medi-Cal نیستند..... 163

A. خدمات تحت پوشش شما و هزینه‌هایی که از جیب خود پرداخت می‌کنید

این فصل درباره خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد و مبلغی که برای هر خدمت پرداخت می‌کنید، توضیح می‌دهد. همچنین می‌توانید درباره خدماتی که تحت پوشش نیستند، اطلاعات کسب کنید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است. همچنین این فصل حدود مجاز برای برخی از خدمات را توضیح می‌دهد.

برای برخی خدمات، باید هزینه‌ای از جیب خود بپردازید که سهم بیمه‌شده نامیده می‌شود. این هزینه مبلغ ثابتی است (مثلاً 5$) که هر بار خدماتی را دریافت می‌کنید، این هزینه را می‌پردازید. سهم بیمه‌شده را زمان دریافت خدمات پزشکی می‌پردازید.

اگر برای درک اینکه چه خدماتی تحت پوشش هستند به کمک نیاز دارید، 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید.

B. قوانین منع دریافت هزینه خدمات از شما توسط ارائه‌دهندگان خدمات

ما به ارائه‌دهندگان خدمات خود اجازه نمی‌دهیم بابت خدمات تحت پوشش درون‌شبکه‌ای از شما هزینه دریافت کنند. خودمان مستقیماً هزینه را به ارائه‌دهندگانمان پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه‌ای حمایت می‌کنیم. این موضوع حتی اگر مبلغ پرداختی ما به ارائه‌دهنده کمتر از هزینه آن خدمت باشد نیز صدق می‌کند.

برای خدمات تحت پوشش، هرگز نباید از ارائه‌دهنده خدمات صورتحساب دریافت کنید. اگر صورتحساب دریافت کردید، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. درباره جدول مزایای طرح ما

جدول مزایا خدماتی را که طرح ما هزینه آن‌ها را پرداخت می‌کند، به شما نشان می‌دهد. (پوشش دارویی در **فصل 5** آمده است.) این جدول خدمات را به ترتیب الفبا فهرست کرده و درباره آن‌ها توضیح می‌دهد.

ما هزینه خدمات ذکرشده در جدول مزایا را در صورتی پرداخت می‌کنیم که شرایط زیر رعایت شده باشند.

- ما خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را طبق مقررات تعیین‌شده از سوی Medicare و Medi-Cal ارائه می‌دهیم.
- خدمات، از جمله مراقبت‌های پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و مصرف مواد، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، لوازم، تجهیزات و داروها، باید «از نظر پزشکی ضروری» باشند. «از نظر پزشکی ضروری» به خدمات، لوازم یا داروهایی گفته می‌شود که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت فعلی سلامت خود به آن‌ها نیاز دارید. همچنین این تعریف شامل مراقبتی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مرکز آسایشگاهی می‌شود. همچنین به این معناست که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.
- برای اعضای تازه ثبت‌نام‌شده، ممکن است در 90 روز اول از شما نخواهیم برای دوره درمانی در حال انجام از قبل تأییدیه بگیرید، حتی اگر آن دوره درمانی برای خدمتی باشد که توسط یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه آغاز شده است.
- مراقبت خود را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت می‌کنید. ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با ما همکاری می‌کند. در اکثر موارد خدمات مراقبتی که از ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت می کنید تحت پوشش نخواهد بود مگر اینکه فوری و اورژانسی باشد، یا اینکه طرح شما یا ارائه دهنده شبکه به شما ارجاع داده باشد. این بدان معناست که ممکن است لازم باشد هزینه خدمات خارج از شبکه‌ای را که دریافت می‌کنید، به‌طور کامل به ارائه‌دهنده بپردازید. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری درباره استفاده از ارائه‌دهندگان عضو شبکه و خارج از شبکه دارد.
- شما یک ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) یا یک تیم مراقبتی دارید که مراقبت‌های شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، PCP شما در شبکه باید پیش از مراجعه شما به ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP خود یا سایر ارائه‌دهندگان شبکه طرح ما، تأیید لازم را ارائه دهد. این موضوع ارجاع دادن نامیده می‌شود. **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* اطلاعات بیشتری درباره دریافت ارجاع و مواردی که به ارجاع نیاز ندارید، دارد.

- 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 اطلاعات بیشتر درباره PA، از جمله سایر خدماتی که به PA نیاز دارند و در جدول مزایا فهرست نشده‌اند، به **فصل 3** مراجعه کنید.

- اگر طرح ما درخواست PA برای یک دوره درمان را تأیید کند، این تأییدیه باید تا زمانی که از نظر پزشکی معقول و ضروری است اعتبار داشته باشد تا بر اساس معیارهای پوشش، سابقه پزشکی شما و توصیه‌های ارائه‌دهنده معالج، از وقفه در مراقبت جلوگیری شود.

- ما نیز مانند تمامی طرح‌های سلامت Medicare هر موردی را که Original Medicare پوشش می‌دهد پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ پوشش‌ها و هزینه‌های Medicare اصلی، به کتابچه *Medicare و شما* 2027 مراجعه کنید. آن را به‌صورت آنلاین در www.Medicare.gov مشاهده کنید یا با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یک نسخه درخواست کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- اگر Medicare در سال 2027 پوشش هر خدمت جدیدی را اضافه کند، یا Medicare آن خدمات را پوشش می‌دهد یا طرح ما آنها را پوشش خواهد داد.

- اگر در طول دوره 4 ماهه تداوم خودکار واجد شرایط بودن، پوشش Medi-Cal خود را از دست بدهید، ما همچنان تمام مزایای Medicare را که تحت پوشش طرح Medicare Advantage قرار دارند، به شما ارائه خواهیم کرد. با این حال، ممکن است پوشش Medi-Cal شما زودتر از پوشش Medicare شما نزد ما پایان یابد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایایMedi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. سهم شما از هزینه‌های مزایای تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، مطابق آنچه در جدول مزایا در این *کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، تغییر خواهد کرد*.
همچنین ممکن است «کمک اضافی» از Medicare را که به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D شما کمک می‌کند، از دست بدهید.

  ما به شما کمک خواهیم کرد تا واجدشرایط بودن خود را به دست آورید. اگر واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود در طرح ما عضو هستید، دوباره برقرار شود، ما پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما ادامه خواهد یافت. اگر پس از لغو ثبت‌نام شما از پوشش Medicare ما، دوباره واجد شرایط Medi-Cal با پوشش کامل شوید، برای ثبت‌نام مجدد در طرح باید با ما تماس بگیرید.

اطلاعات مهم مزایا برای اعضای دارای برخی بیماری‌های مزمن - فقط برای اعضای Southern California

- اگر یک یا چند مورد از بیماری‌های مزمن فهرست‌شده در زیر را دارید و معیارهای خاصی را برآورده می‌کنید، ممکن است واجد شرایط مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن باشید:
  - اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs)
  - اختلالات خودایمنی:
    - پلی‌آرتریت ندوزا
    - پلی‌میالژی روماتیک
    - پلی‌میوزیت
    - درماتومیوزیت
    - آرتریت روماتوئید
    - لوپوس اریتماتوز سیستمیک
    - آرتریت پسوریاتیک
    - اسکلرودرمی

- سرطان
- اختلالات قلبی‌عروقی:
  - آریتمی‌های قلبی
  - بیماری عروق کرونر
  - بیماری عروق محیطی
  - بیماری دریچه‌ای قلب
- نارسایی مزمن قلبی
- زوال عقل
- دیابت شیرین
- اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک
- بیماری مزمن دستگاه گوارش:
  - بیماری مزمن کبدی
  - بیماری کبد چرب غیرالکلی (NAFLD)
  - هپاتیت B
  - هپاتیت C
  - پانکراتیت
  - سندرم روده تحریک‌پذیر
  - بیماری التهابی روده
- بیماری مزمن کلیه (CKD):
  - CKD نیازمند دیالیز/بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD)
  - CKD بدون نیاز به دیالیز
- اختلالات شدید خونی:
  - کم‌خونی آپلاستیک
  - هموفیلی
  - پورپورای ترومبوسیتوپنیک ایمنی
  - سندرم میلودیسپلاستیک
  - بیماری سلول داسی‌شکل (به‌استثنای صفت سلول داسی‌شکل)
  - اختلال مزمن ترومبوآمبولی وریدی
- HIV/ایدز
- اختلالات مزمن ریوی:
  - آسم، برونشیت مزمن
  - فیبروز سیستیک
  - آمفیزم
  - فیبروز ریوی
  - فشار خون ریوی
  - بیماری مزمن انسدادی ریه (COPD)
- بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان:
  - اختلالات دوقطبی
  - اختلالات افسردگی اساسی
  - اختلال پارانوئید
  - اسکیزوفرنی
  - اختلال اسکیزوافکتیو
  - اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
  - اختلال خوردن
  - اختلالات اضطرابی

- اختلالات عصبی:
  - اسکلروز جانبی آمیوتروفیک (ALS)
  - صرع
  - فلج گسترده (یعنی همی‌پلژی، کوادری‌پلژی، پاراپلژی، مونوپلژی)
  - بیماری هانتینگتون
  - بیماری مولتیپل اسکلروزیس.
  - بیماری پارکینسون
  - پلی‌نوروپاتی
  - فیبرومیالژیا
  - سندرم خستگی مزمن
  - آسیب‌های نخاعی
  - تنگی کانال نخاعی
  - نقص عصبی ناشی از سکته مغزی
- سکته مغزی
- مراقبت‌های پس از پیوند عضو
- اختلالات نقص ایمنی و سرکوب ایمنی
- بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی:
  - بیماری آلزایمر
  - ناتوانی‌های ذهنی و ناتوانی‌های رشدی
  - آسیب‌های مغزی ناشی از ضربه
  - بیماری روانی ناتوان‌کننده مرتبط با اختلال شناختی
  - اختلال شناختی خفیف
- بیماری‌هایی که با چالش‌های عملکردی همراه هستند و به خدمات مشابهی نیاز دارند:
  - آسیب‌های نخاعی
  - فلج
  - از دست دادن اندام
  - سکته مغزی
  - التهاب مفصل
- بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند
- بیماری‌هایی که برای حفظ یا تداوم عملکرد افراد به خدمات درمانی مستمر نیاز دارند
- برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن (SSBCI)، باید **تمام** معیارهای زیر را داشته باشید:
  - یک یا چند مورد از بیماری‌های مزمن همزمان و پیچیده از نظر پزشکیِ ذکرشده در بالا را داشته باشید که تهدیدکننده زندگی باشند یا سلامت عمومی یا عملکرد شما را به‌طور قابل‌توجهی محدود کنند، و
  - در معرض خطر بالای بستری شدن در بیمارستان یا سایر پیامدهای نامطلوب و قابل‌توجه برای سلامتی باشید، و
  - به هماهنگی فشرده مراقبت نیاز داشته باشید

  برای کسب اطلاعات بیشتر درباره خطمشی‌ها و معیارهای عینی Kaiser Permanente برای SSBCI، لطفاً به وب‌سایت ما به نشانی kp.org/Medicare/SSBCI مراجعه کنید
- نیازی نیست اقدامی انجام دهید. طرح، با بررسی سابقه مطالبات پزشکی و پرونده سلامت شما، واجد شرایط بودن شما را تعیین می‌کند تا تشخیص بیماری(های) مزمن واجد شرایط، خطر بالای بستری شدن در بیمارستان و نیاز به هماهنگی فشرده مراقبت را تأیید کند.

- در برخی شرایط خاص، زمانی که سابقه مطالبات پزشکی یا پرونده‌های سلامت موجود برای تعیین واجد شرایط بودن برای SSBCI کافی نباشد، مانند زمانی که به‌تازگی به Kaiser Permanente پیوسته‌اید، ارائه‌دهنده می‌تواند با تکمیل و ارسال فرم تأیید ارائه‌دهنده، واجد شرایط بودن شما را تأیید کند. فرم تأیید ارائه‌دهنده فقط می‌تواند برای تأیید *اولیه* واجد شرایط بودن برای SSBCI، برای یک دوره اولیه مزایا به مدت شش ماه، استفاده شود. ارسال این فرم، واجد شرایط بودن برای SSBCI را تضمین نمی‌کند. در پایان این دوره اولیه، تداوم واجد شرایط بودن شما باید از طریق بررسی سابقه مطالبات پزشکی و پرونده سلامتتان تأیید شود.

- برای جزئیات بیشتر، به ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» در جدول مزایا در زیر مراجعه کنید.

- برای اطلاع دقیق از اینکه ممکن است واجد شرایط دریافت کدام مزایا باشید، با ما تماس بگیرید.

- همه خدمات پیشگیرانه رایگان هستند. این علامت سیب، 🍎 خدمات پیشگیرانه را در جدول مزایا نشان می‌دهد.

جدول مزایای زیر، مزایای پزشکی طرح‌های Kaiser Permanente Dual Complete زیر را که در این *کتابچه راهنمای اعضا* گنجانده شده‌اند، شرح می‌دهد:

- طرح South P1
- طرح South P6
- طرح South P7
- طرح South P9
- طرح South P10
- طرح South P11
- طرح South P2
- طرح North P16
- طرح North P17
- طرح North P18
- طرح North P19
- طرح North P20
- طرح North P21
- طرح North P22
- طرح North P23
- طرح North P24
- طرح North P25

اگر مطمئن نیستید در کدام طرح ثبت‌نام کرده‌اید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به روی جلد *اطلاعیه سالانه تغییرات* خود (یا اگر عضو جدید هستید، به فرم ثبت‌نام یا نامه تأیید ثبت‌نام خود) مراجعه کنید.

توجه: لطفاً برای اطلاع از محدوده جغرافیایی **ارائه** خدمات هر یک از طرح‌های مندرج در این *کتابچه راهنمای اعضا*، به **فصل 1** مراجعه کنید. برای اهداف تقسیم هزینه، ثبت نام و لغو ثبت نام، چندین طرح Dual Complete در حوزه‌های خدماتی منطقه ما وجود دارد که در این *کتابچه راهنمای اعضا* شرح داده شده‌اند. اما برای دریافت خدمات تحت پوشش، می‌توانید در هر نقطه‌ای از محدوده‌های ارائه خدمات منطقه خود، از ارائه‌دهندگان شبکه خدمات دریافت کنید.

D. جدول مزایای طرح ما

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آزمایش آنوریسم آئورت شکمی ما هزینه غربالگری یک‌باره با سونوگرافی را برای افراد در معرض خطر پرداخت می‌کنیم. طرح ما تنها در صورتی این غربالگری را پوشش می‌دهد که عوامل خطر خاصی داشته باشید و برای انجام آن از پزشک، دستیار پزشک (PA)، پرستار متخصص (NP) یا پرستار متخصص بالینی (CNS) ارجاع دریافت کنید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	طب سوزنی† ما هزینه حداکثر دو جلسه خدمات سرپایی طب سوزنی را در هر ماه تقویمی پرداخت می‌کنیم، یا در صورت ضرورت پزشکی، تعداد بیشتری را پوشش می‌دهیم. همچنین، اگر دچار کمردرد مزمن باشید، هزینه حداکثر 12 جلسه طب سوزنی را طی 90 روز پرداخت می‌کنیم. کمردرد مزمن به این صورت تعریف می‌شود: • 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؛ • مرتبط با بارداری نیست. علاوه بر این، اگر بهبودی نشان دهید، هزینه هشت جلسه اضافی طب سوزنی برای کمردرد مزمن را نیز پرداخت می‌کنیم. نمی‌توانید هر سال بیش از 20 جلسه درمانی طب سوزنی برای کمردرد مزمن دریافت کنید. اگر وضعیت شما بهبود نیابد یا بدتر شود، درمان‌های طب سوزنی باید متوقف شوند. الزامات ارائه‌دهنده: پزشکان می‌توانند مطابق با الزامات قابل‌اجرای ایالتی، خدمات طب سوزنی ارائه دهند. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	طب سوزنی† (ادامه) دستیاران پزشک (PAs)، پرستاران متخصص (NPs)/پرستاران متخصص بالینی (CNSs) و کارکنان کمکی می‌توانند در صورتی که تمام الزامات قابل‌اجرای ایالتی را رعایت کنند و شرایط زیر را داشته باشند، خدمات طب سوزنی ارائه دهند: • مدرک کارشناسی‌ارشد یا دکتری در رشتهٔ طب سوزنی یا پزشکی شرقی از مدرسه‌ای که توسط کمیسیون اعتباردهی طب سوزنی و طب گیاهی اعتباردهی شده باشد؛ و، • داشتن مجوز فعلی، کامل، فعال و بدون محدودیت برای انجام طب سوزنی در ایالتی که در آن خدمات درمانی دریافت می‌کنید کارکنان کمکی که خدمات طب سوزنی ارائه می‌دهند، باید تحت سطح مناسب نظارت یک پزشک، PA یا NP/CNS، مطابق با الزامات مقررات ما، فعالیت کنند. ما همچنین خدمات طب سوزنی را که تحت پوشش Medicare نیستند و معمولاً فقط برای درمان حالت تهوع یا به‌عنوان بخشی از یک برنامه جامع مدیریت درد برای درمان درد مزمن ارائه می‌شوند، پوشش می‌دهیم.	
	همچنین ممکن است بتوانید از طریق پوشش Medi-Cal خود 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 سرپایی طب سوزنی Medi-Cal 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 به شماره 1-800-678-9133 (TTY 711) تماس بگیرید.	$0
	غربالگری و مشاوره سوءمصرف الکل ما هزینه غربالگری سوءمصرف الکل (غربالگری، ارزیابی، مداخله کوتاه‌مدت و ارجاع به درمان (SABIRT)) را برای بزرگسالانی که الکل را به‌طور نادرست مصرف می‌کنند، اما وابستگی به الکل ندارند، پرداخت می‌کنیم. این شامل زنان باردار نیز می‌شود. اگر نتیجه غربالگری سوءمصرف الکل شما مثبت باشد، می‌توانید هر سال حداکثر چهار جلسه مشاوره کوتاه و حضوری (به شرطی که هنگام مشاوره هوشیار و قادر به مشارکت باشید) با یک ارائه‌دهنده واجد شرایط مراقبت‌های اولیه (PCP) یا متخصص واجد شرایط در محیط مراقبت‌های اولیه دریافت کنید.	$0

خدمات تحت پوشش		آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات آمبولانس خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه در شرایط اورژانسی و چه غیر اورژانسی، شامل آمبولانس زمینی و هوایی (هواپیما 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، جان شما یا سلامتتان را به خطر بیندازد. خدمات آمبولانس برای سایر موارد (غیر اورژانسی) باید به تأیید ما برسد. در موارد غیر اورژانسی، ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. وضعیت شما باید به حدی وخیم باشد که سایر روش‌های رسیدن به مرکز مراقبت، جان شما یا سلامتتان را به خطر بیندازد. برای اطلاعات بیشتر درباره حمل‌ونقل غیر اورژانسی، به فصل 3 مراجعه کنید. 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 حمل‌ونقل از طریق سیستم پاسخ اورژانسی 911 در صورت موجود بودن).	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر سفر یک‌طرفه باید مبلغ زیر را پرداخت کنید: • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**
	نوبت ملاقات سالانه برای بررسی سلامت می‌توانید سالانه یک معاینه پزشکی دریافت کنید. این ملاقات برای تهیه یا به‌روزرسانی برنامه پیشگیری بر مبنای ریسک فاکتورهای فعلی شما است. هر 12 ماه یکبار هزینه این خدمات را می‌پردازیم. **توجه:** برگزاری اولین نوبت ملاقات سالانه بررسی سلامت، در همان محدوده 12 ماهه اول جلسه پیشگیرانه «خوش‌آمدگویی به Medicare» امکانپذیر نیست. با این حال، برای دریافت ویزیت‌های سالانه سلامت پس از آنکه به مدت 12 ماه تحت پوشش بخش B بوده‌اید، لازم نیست قبلاً ویزیت «خوش‌آمدگویی به Medicare» را انجام داده باشید. همچنین، معاینات جسمی معمول سالانه را به‌عنوان مراقبت‌های پیشگیرانه و در صورت مناسب بودن از نظر پزشکی، مطابق با استانداردهای حرفه‌ای پذیرفته‌شده عمومی، پوشش می‌دهیم.	$0

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات پیشگیرانه آسم افراد مبتلا به آسم کنترل‌نشده می‌توانند آموزش درباره آسم و ارزیابی محیط خانه برای شناسایی عوامل محرک رایج در خانه را دریافت کنند.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
سنجش تراکم استخوان ما هزینه برخی اقدامات پزشکی را برای اعضای واجد شرایط (معمولاً افرادی که در معرض خطر کاهش توده استخوانی یا پوکی استخوان هستند) پرداخت می‌کنیم. این اقدامات توده استخوان، از دست رفتن استخوان و کیفیت آن را مشخص می‌کنند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یک‌بار، یا در صورت ضرورت پزشکی، با دفعات بیشتر پرداخت می‌کنیم. همچنین هزینه بررسی نتایج و اظهارنظر درباره آن‌ها توسط پزشک را پرداخت می‌کنیم.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
غربالگری سرطان پستان (ماموگرافی) هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • یک ماموگرافی پایه برای افراد بین سنین 35 تا 39 سال. • یک نوبت ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه یک‌بار برای زنان 40 سال و بالاتر. • معاینات بالینی پستان هر 24 ماه یک بار. علاوه بر این، زنانی که سابقه خانوادگی سرطان پستان دارند، ممکن است واجد شرایط ارزیابی خطر، آزمایش ژنتیک و مشاوره ژنتیک باشند.	$0
خدمات توان‌بخشی قلبی ما هزینه خدمات توان‌بخشی قلبی مانند ورزش، آموزش و مشاوره را پرداخت می‌کنیم. اعضا باید شرایطی خاص و دستور پزشک داشته باشند. اگر حداقل یکی از شرایط زیر را داشته باشید، این برنامه‌های جامع را پوشش می‌دهیم: • حمله قلبی در 12 ماه گذشته • جراحی بای‌پس عروق کرونر • آنژین صدری پایدار (درد قفسه سینه) • ترمیم یا تعویض دریچه قلب • آنژیوپلاستی عروق کرونر (یک روش پزشکی برای باز کردن شریان مسدودشده) یا استنت‌گذاری عروق کرونر (روشی برای باز نگه داشتن شریان) **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، مبلغ زیر را برای هر **ویزیت مراقبت تخصصی** پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات توان‌بخشی قلبی (ادامه) • پیوند قلب یا پیوند قلب و ریه • نارسایی مزمن و پایدار قلبی محدودیت‌های پوشش: می‌توانید حداکثر 36 جلسه توان‌بخشی قلبی دریافت کنید. می‌توانید روزانه دو جلسه (هر جلسه به مدت یک ساعت) داشته باشید و این برنامه می‌تواند تا 36 هفته ادامه داشته باشد. اگر واجد شرایط باشید، ممکن است بتوانید 36 جلسه اضافی دریافت کنید که می‌توانند در یک دوره زمانی طولانی‌تر توزیع شوند.	• North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
ویزیت کاهش خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی (درمان بیماری قلبی) ما هزینه یک ویزیت در سال، یا در صورت ضرورت پزشکی بیشتر از آن، با ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما را برای کمک به کاهش خطر ابتلا به بیماری قلبی پرداخت می‌کنیم. پزشکتان ممکن است در طی مدت ملاقات: • درباره مصرف آسپیرین صحبت کند، • فشار خون شما را بررسی کند، **و/یا** • نکاتی برای اطمینان از داشتن تغذیه سالم به شما بدهد.	$0
آزمایش‌های غربالگری بیماری‌های قلبی‌عروقی ما هزینه آزمایش‌های خون برای بررسی بیماری‌های قلبی‌عروقی را هر پنج سال یک‌بار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایش‌های خون همچنین نقص‌های ناشی از خطر بالای بیماری قلبی را بررسی می‌کنند. همچنین، اگر پزشک شما آزمایش خون برای بررسی بیماری‌های قلبی‌عروقی تجویز کند، هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
غربالگری سرطان واژن و دهانه رحم هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • برای همه زنان: آزمایش پاپ‌اسمیر و معاینات لگنی هر 24 ماه یک‌بار. • برای زنانی که در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن هستند: یک آزمایش پاپ‌اسمیر هر 12 ماه یک‌بار. • برای زنانی که طی سه سال گذشته نتیجه آزمایش پاپ‌اسمیر غیرطبیعی داشته‌اند و در سن باروری هستند: یک آزمایش پاپ‌اسمیر هر 12 ماه یک‌بار. • برای زنان 30 تا 65 ساله: آزمایش ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) یا آزمایش پاپ‌اسمیر همراه با آزمایش HPV هر 5 سال یک‌بار.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات کایروپراکتیک هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • اصلاحات ستون فقرات برای اصلاح انحرافات. این خدمت تحت پوشش Medicare توسط یک کایروپراکتور عضو شبکه یا، برای اعضای Northern California†، توسط یک کایروپراکتور مورد تأیید ارائه‌دهنده عضو شبکه ارائه می‌شود. برای فهرست کایروپراکتورهای عضو شبکه، لطفاً به *راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید. • Medi-Cal ممکن است خدمات کایروپراکتیک را در صورت دریافت در یک مرکز بهداشتی فدرال واجد شرایط (Federally Qualified Health Center, FQHC) یا کلینیک‌های بهداشت روستایی (Rural Health Clinic, RHC) در شبکه Kaiser Permanente پوشش دهد. FQHCها و RHCها برای ارائه خدمات ممکن است نیاز به معرفی داشته باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات موجود در FQHC یا RHC، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. • Medi-Cal همچنین ممکن است خدمات کایروپراکتیک را برای اعضای باردار تا 60 روز پس از پایان بارداری و نیز برای افراد مقیم در مراکز پرستاری تخصصی، مراکز مراقبت میان‌مدت یا مراکز مراقبت تحت‌حاد پوشش دهد. ما برای هماهنگی خدمات کایروپراکتیک برای این اعضا با American Specialty Health (ASH) همکاری می‌کنیم. می‌توانید با ASH به شماره 1-800-678-9133 (TTY 711) تماس بگیرید.	$0
	غربالگری سرطان روده بزرگ هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • کولونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداقل یا حداکثری ندارد و برای بیمارانی که در معرض خطر بالا نیستند، هر 120 ماه (ده سال) یک‌بار تحت پوشش قرار می‌گیرد؛ یا 48 ماه پس از یک سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند؛ و برای بیماران پرخطر، هر 24 ماه پس از یک کولونوسکوپی غربالگری قبلی تحت پوشش قرار می‌گیرد. • کولونوگرافی با توموگرافی کامپیوتری برای بیماران 45 ساله و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند تحت پوشش قرار می‌گیرد، مشروط بر اینکه حداقل 59 ماه از ماه انجام آخرین کولونوگرافی CT غربالگری گذشته باشد، یا 47 ماه از ماه انجام آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری یا کولونوسکوپی غربالگری گذشته باشد. برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال هستند، پرداخت برای یک کولونوگرافی CT غربالگری زمانی انجام می‌شود که حداقل 23 ماه از ماه انجام آخرین کولونوگرافی CT غربالگری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری گذشته باشد. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	غربالگری سرطان روده بزرگ (ادامه) • سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک‌بار برای بیمارانی که پس از انجام کولونوسکوپی غربالگری، در معرض خطر بالا قرار ندارند. برای بیماران پرخطر، این خدمت هر 48 ماه پس از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوگرافی CT قابل انجام و تحت پوشش است. • آزمایش‌های غربالگری خون پنهان در مدفوع برای بیماران 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یک‌بار. • DNA مدفوع چندهدفه 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 ساله که معیارهای پرخطر بودن را ندارند. هر سه سال یک‌بار. • آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل انجام یک کولونوسکوپی غربالگری پیگیری پس از یک آزمایش غیرتهاجمی مدفوعی تحت پوشش Medicare است که نتیجهٔ آن مثبت شده باشد. • آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل یک سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری برنامه‌ریزی‌شده یا یک کولونوسکوپی غربالگری است که شامل برداشت بافت یا مواد دیگر، یا هر اقدام دیگری باشد که در ارتباط با آزمایش غربالگری، در نتیجهٔ آن، و در همان ویزیت بالینی انجام می‌شود. • رویه‌های درمانی انجام‌شده در طول کولونوسکوپی غربالی (مثلاً، برداشتن پولیپ). • کولونوسکوپی پس از مثبت شدن آزمایش gFOBT یا FIT یا غربالگری سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر.	
	خدمات دندانپزشکی† ما هزینه برخی خدمات دندانپزشکی را، همان‌طور که در زیر ذکر شده است، پرداخت می‌کنیم. خدماتی که ما پوشش نمی‌دهیم، از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند که در **بخش F2** در زیر توضیح داده شده است. ما هزینه برخی خدمات دندانپزشکی را زمانی پرداخت می‌کنیم که آن خدمت بخشی جدایی‌ناپذیر از درمان مشخص بیماری اصلی فرد باشد. بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب، کشیدن دندان‌ها برای آماده‌سازی جهت پرتودرمانی سرطان در ناحیه فک، یا معاینات دهان پیش از پیوند عضو. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر **ویزیت مراقبت تخصصی** مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات دندان‌پزشکی† (ادامه)	• South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	آزمایش غربالگری افسردگی ما هزینه یک غربالگری افسردگی را در هر سال پرداخت می‌کنیم. غربالگری باید در یک مرکز مراقبت‌های اولیه انجام شود که امکان ارائه درمان‌های پیگیری و/یا ارجاع را داشته باشد.	$0
	غربالگری دیابت اگر هر یک از عوامل خطر زیر را داشته باشید، ما هزینه این غربالگری (شامل آزمایش‌های قند خون ناشتا) را پرداخت می‌کنیم: • فشار خون بالا (هایپرتنشن) • سابقه سطح کلسترول یا تری‌گلیسرید غیرعادی (دیس‌لیپیدمی) • چاقی مفرط • سابقه قند خون بالا (گلوکز) در برخی موارد دیگر نیز ممکن است آزمایش‌ها تحت پوشش باشند، مانند زمانی که اضافه‌وزن دارید و سابقه خانوادگی دیابت دارید. ممکن است از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت خود، هر 12 ماه واجد شرایط دریافت حداکثر دو غربالگری دیابت باشید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آموزش، خدمات و لوازم خودمدیریتی دیابت† ما هزینه خدمات زیر را برای همه افراد مبتلا به دیابت (چه از انسولین استفاده کنند و چه نکنند) پرداخت می‌کنیم: • وسایل برای کنترل قند خونتان شامل موارد زیر است: o دستگاه کنترل قند خون o نوارهای آزمایش قند خون o دستگاه‌های لنست و سوزن‌های لنست o محلول کنترل قند خون برای بررسی دقت نوارها و دستگاه‌های آزمایش.	$0
	• برای افراد دچار دیابت که مشکل شدید زخم پای دیابتی دارند، هزینه‌های زیر را پرداخت می‌کنیم: o یک جفت کفش درمانی قالب‌گیری‌شده سفارشی (شامل کفی‌ها)، به‌همراه اندازه‌گیری و تنظیم کفش، و دو جفت کفی اضافی در هر سال تقویمی؛ یا یک جفت کفش با عمق بیشتر، به‌همراه اندازه‌گیری و تنظیم کفش، و سه جفت کفی در هر سال (بدون احتساب کفی‌های متحرک غیرسفارشی که همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند).	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ بیمه مشترک زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	• در برخی موارد، هزینه آموزش برای کمک به شما در مدیریت بیماری دیابت را می‌پردازیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. **توجه:** می‌توانید خدمات آموزش خودمدیریتی دیابت را از برنامه‌ای خارج از طرح ما دریافت کنید که توسط اتحادیه دیابت آمریکا به رسمیت شناخته می‌شود و مورد تأیید Medicare است.	$0
	خدمات همراه زائو برای افراد باردار، هزینه نه ویزیت با دولا را در دوره پیش از زایمان و پس از زایمان، و همچنین حمایت در طول مراحل زایمان و تولد نوزاد، پرداخت می‌کنیم. همچنین، با توصیه کتبی اضافی از سوی پزشک یا سایر متخصصان دارای مجوز، ممکن است حداکثر نُه ویزیت اضافی پس از زایمان نیز ارائه شود.	$0
	تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و ملزومات مرتبط† برای تعریف "تجهیزات پزشکی بادوام (DME)"، به **فصل 12** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید. ما اقلام زیر را پوشش می‌دهیم: • ویلچر، شامل ویلچرهای برقی • عصاهای زیر بغل • سیستم‌های تشک برقی • پد ضدزخم بستر مخصوص تشک‌ها • لوازم دیابت • تخت‌های بیمارستانی که برای استفاده در منزل توسط ارائه‌دهنده سفارش داده می‌شود • پایه سرم و پمپ‌های انفوزیون داخل وریدی (IV) • دستگاه‌های تولید گفتار • دستگاه‌ها و تجهیزات اکسیژن • نبولایزر • واکر • دسته خمیده یا چهارپایه استاندارد و لوازم تعویضی • وسیله‌ای برای کشش گردن (که روی در آویزان می‌شود) • محرک استخوان • تجهیزات مراقبتی دیالیز **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	.0$ **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، باید مبالغ بیمه مشترک زیر را پرداخت کنید؛ با این استثنا که برای دستگاه‌های اندازه‌گیری حداکثر جریان بازدم و تجهیزات نوردرمانی با اشعه فرابنفش، مبلغ پرداختی شما $0 است: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم مرتبط† (ادامه) ممکن است اقلام دیگری نیز تحت پوشش باشند. ما هزینه تمام DME را که از نظر پزشکی ضروری هستند و معمولاً تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارند، پرداخت می‌کنیم. 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. فهرست به‌روز تأمین‌کنندگان در وب‌سایت ما به نشانی kp.org/directory در دسترس است. ما همچنین DME زیر را که تحت پوشش Medicare نیست، در صورت لزوم پوشش می‌دهیم: • تجهیزات جانبی تخت بیمارستانی در زمانی که ضروری است اندازه تخت بزرگ شود • محافظ پاشنه یا آرنج برای جلوگیری یا به حداقل رساندن استفاده از تجهیزات پیشرفته کاهش فشار • دستگاه یونتوفورزیس برای درمان هایپرهیدروزیس در هنگام منع مصرف ضدتعریق‌ها و زمانی که هایپرهیدروزیس عوارض پزشکی (مثل عفونت پوستی) ایجاد کرده است یا از فعالیت‌های روزمره زندگی جلوگیری می‌کند • آمبوبگ اگر بیمار تراکئوستومی مشکلات قابل توجهی در کنترل ترشحات و نیاز به روش شست‌وشو و ساکشن با کمک تنفس عمیق از طریق آمبوبگ دارد • تجهیزات درمان با اشعه ماورابنفش برای بیماری‌هایی غیر از پسوریازیس مطابق با ضرورت پزشکی، شامل تجهیزات درمان با اشعه فرابنفش برای استفاده خانگی، اگر (1) تجهیزات از طریق فرایند مجوز قبلی طرح ما، مطابق با توضیحات **فصل 3** برای شما تأیید شده است و (2) تجهیزات داخل ناحیه خدماتی ما ارائه می‌شود. (پوشش تجهیزات درمان با اشعه فرابنفش به تجهیزات استانداردی محدود است که به میزان کافی نیازهای پزشکی شما را برآورده 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.)	**تجهیزات اکسیژن** **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** سهم شما از هزینه تجهیزات اکسیژن تحت پوشش Medicare، هر بار که تجهیزات دریافت می‌کنید، همان مبلغ ذکرشده در بالا خواهد بود. تقسیم پرداخت شما بعد از گذشت 36 ماه از ثبت‌نام تغییر نخواهد کرد.

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مراقبت اورژانسی مراقبت اورژانسی به خدماتی گفته می‌شود که: • توسط ارائه‌دهنده دارای صلاحیت برای انجام خدمات اورژانسی ارائه می‌شوند، • برای ارزیابی یا درمان یک وضعیت اورژانسی پزشکی ضروری باشند. وضعیت اورژانسی پزشکی عبارت است از بیماری، آسیب، درد شدید یا یک وضعیت پزشکی که به‌سرعت در حال بدتر شدن است. این وضعیت به‌قدری جدی است که اگر فوراً تحت مراقبت پزشکی قرار نگیرد، هر فردی با دانش متوسط درباره سلامت و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود: • خطر جدی برای سلامت شما یا سلامت فرزند متولدنشده‌تان؛ **یا** • آسیب جدی به عملکردهای بدن؛ **یا** • اختلال جدی در عملکرد هر یک از اندام بدن؛ **یا** • از دست دادن یک اندام یا از دست دادن عملکرد یک اندام. • 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 متولدنشده‌تان داشته باشد. **شما از پوشش مراقبت‌های اورژانسی در سراسر دنیا برخوردار هستید.**	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر ویزیت بخش اورژانس مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** تقسیم هزینه برای خدمات اورژانسی ضروری انجام‌شده در خارج از شبکه با خدمات انجام‌شده داخل شبکه یکسان است. †اگر در بیمارستانی خارج از شبکه مراقبت اورژانسی دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود به مراقبت بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پوشش مراقبت شما ادامه یابد، باید به یک بیمارستان عضو شبکه منتقل شوید، یا مراقبت بستری شما در بیمارستان خارج از شبکه باید توسط طرح ما تأیید شود؛ در این صورت، هزینه شما برابر با سهمی از هزینه خواهد بود که در یک بیمارستان عضو شبکه پرداخت می‌کردید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات تنظیم خانواده قانون به شما اجازه می‌دهد برای برخی خدمات تنظیم خانواده، هر ارائه‌دهنده‌ای را انتخاب کنید؛ چه ارائه‌دهنده عضو شبکه باشد و چه ارائه‌دهنده Medi-Cal خارج از شبکه. هر ارائه‌دهنده‌ای به معنای هر دکتر، کلینیک، بیمارستان، داروخانه یا مطبی برای تنظیم خانواده است. هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • 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) • خدمات محدود باروری، مانند مشاوره و آموزش درباره روش‌های آگاهی از باروری، و/یا مشاوره سلامت پیش از بارداری، آزمایش و درمان عفونت‌های مقاربتی (STIs). • 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 ما همچنین هزینه برخی از خدمات تنظیم خانواده را می‌پردازیم. بااینحال، باید برای خدمات زیر به یک ارائه‌دهنده در شبکه ارائه‌دهندگان ما مراجعه کنید: • درمان عارضه‌های پزشکی ناباروری (این خدمت شامل روش‌های مصنوعی برای بارداری نمی‌شود) • درمان برای AIDS و سایر عارضه‌های مرتبط با HIV • آزمایش ژنتیک	$0

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مزایای تناسب اندام (One Pass®) یک مزیت مرتبط با تناسب‌اندام از طریق برنامهٔ One Pass ارائه می‌شود تا به اعضا کمک کند سلامت خود را در دست بگیرند و بهترین احساس را داشته باشند. برنامه One Pass شامل موارد زیر است: • باشگاه‌ها و مراکز ورزشی: شما یک عضویت دریافت می‌کنید که از طریق شبکه اصلی و پریمیوم، امکان دسترسی به مجموعه گسترده‌ای از باشگاه‌های داخل شبکه را برای شما فراهم می‌کند. مکان‌های تناسب اندام شامل مراکز تناسب اندام ملی، محلی و اجتماعی و استودیوهای بوتیک می‌شوند. می‌توانید از هر موقعیت شبکه درمانی تحت قرارداد استفاده کنید و می‌توانید در طول یک ماه از چندین مکان تناسب اندام عضو شبکه استفاده کنید. باشگاه‌ها و مراکز ورزشیِ مشارکت‌کننده ممکن است بسته به موقعیت جغرافیایی متفاوت باشند و امکان تغییر آن‌ها وجود دارد. • تناسب اندام آنلاین: شما از طریق وب‌سایت اعضای One Pass یا اپلیکیشن موبایل، به کلاس‌های ورزشی زنده و دیجیتال و همچنین تمرین‌های درخواستی دسترسی دارید. • فعالیت‌های ورزشی و اجتماعی: شما همچنین از طریق وب‌سایت اعضای One Pass به گروه‌ها، باشگاه‌ها و رویدادهای اجتماعی دسترسی دارید. • کیت‌های ورزشی خانگی: اگر ترجیح می‌دهید در خانه ورزش کنید، می‌توانید در هر سال تقویمی یک کیت ورزشی خانگی برای تقویت عضلات، یوگا یا رقص انتخاب کنید. کیت‌ها ممکن است در آینده تغییر کنند و پس از انتخاب قابل تعویض نیستند. • سلامت مغز: دسترسی به برنامه‌های آنلاین تمرین شناختی برای سلامت مغز. برای کسب اطلاعات بیشتر دربارهٔ باشگاه‌ها و مکان‌های ورزشیِ مشارکت‌کننده، مزایای برنامه، یا برای راه‌اندازی حساب آنلاین خود، لطفاً به www.YourOnePass.com مراجعه کنید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 6 صبح تا 7 شب با شمارهٔ 1-877-614-0618 (TTY 711) تماس بگیرید. موارد زیر تحت پوشش قرار نمی‌گیرند: خدمات اضافی (مانند تمرینات شخصی، کلاس‌های ورزشی گروهیِ دارای هزینه، ساعات دسترسی گسترده‌تر، یا کلاس‌های اضافی خارج از محدودهٔ عضویت استاندارد). One Pass® علامت تجاری ثبت‌شده One Pass Solutions, Inc. در ایالات متحده و سایر حوزه‌های قضایی است و یک برنامه اختیاری محسوب می‌شود. برنامه و امکانات One Pass بر اساس طرح، منطقه و مکان متفاوت است. اطلاعات ارائه شده تحت این برنامه فقط برای مقاصد اطلاعاتی عمومی است و به هیچ وجه نباید به‌عنوان مشاوره پزشکی تلقی شود. One Pass مسئول خدمات یا اطلاعات ارائه شده توسط اشخاص ثالث نیست. افراد باید پیش از شروع هر برنامهٔ ورزشی و/یا برای تعیین اینکه چه نوع فعالیتی برای آن‌ها مناسب است، با یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی مشورت کنند.	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	برنامه های آموزش بهداشت و سلامت ما برنامه‌های بسیاری را ارائه می‌دهیم که به مشکلات سلامتی خاصی می‌پردازند. مثلاً: • کلاس‌های آموزش بهداشت؛ • کلاس‌های آموزش تغذیه؛ • ترک مصرف تنباکو و دخانیات؛ **و** • خط تلفنی پرستاری طرح ما تعدادی کلاس‌های آموزش سلامت گروهی را به‌عنوان بخشی از برنامه Healthy Lifestyle ما پوشش می‌دهد که شامل این موارد است: قلب سالم، زندگی با عارضه‌های مزمن و افسردگی. برنامه‌های Healthy Lifestyle را مربیان سلامت موردتأیید یا دیگر متخصصین سلامت دارای صلاحیت ارائه می‌دهند. ما همچنین طیف متنوعی از خدمات مشاوره، برنامه‌ها و مطالب مربوط به آموزش سلامت را پوشش می‌دهیم تا به شما کمک شود نقش فعالی در محافظت و بهبود سلامت خود داشته باشید، از جمله برنامه‌هایی برای بیماری‌های مزمن (نظیر دیابت و آسم). شما همچنین می‌توانید در برنامه‌هایی شرکت کنید که تحت پوشش ما نیستند و امکان دارد مستلزم پرداخت هزینه‌ای از سوی شما باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مشاوره‌های آموزش سلامت، برنامه‌ها و مطالب آموزشی ما، لطفاً با بخش آموزش سلامت محلی خود تماس بگیرید، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما به نشانی kp.org/classes مراجعه کنید.	$0
	خدمات شنوایی (از جمله سمعک) ما هزینه آزمایش‌های شنوایی و تعادل را که توسط ارائه‌دهنده شما انجام می‌شوند، پرداخت می‌کنیم. این سنجش‌ها مشخص می‌کنند که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر. این خدمات زمانی که از پزشک، شنوایی‌شناس یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط دریافت شوند، به‌عنوان مراقبت سرپایی تحت پوشش قرار می‌گیرند. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، مبلغ زیر را برای هر **ویزیت مراقبت تخصصی** پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات شنوایی (از جمله سمعک) (ادامه)	• North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	همچنین، در موارد زیر هزینه سمعک را پرداخت می‌کنیم: • به‌دلیل از دست دادن شنوایی سنجش شده‌اید. • سمعک از لحاظ پزشکی ضرورت داشته باشد. • از پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط نسخه دریافت کرده باشید. پوشش به ارزان‌ترین نوع سمعک که نیازهای پزشکی شما را برآورده می‌کند، محدود شود. ما تصمیم خواهیم گرفت که چه کسی سمعک را عرضه کند. ما فقط یک سمعک را پوشش می‌دهیم، مگر آنکه برای کسب نتیجه بسیار بهتر، به یک سمعک برای هر گوش نیاز باشد. ما موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • قالب‌ها، لوازم و قطعات داخل گوش • تعمیرات • یک مجموعه اولیه باتری • شش ویزیت برای آموزش، تنظیم و فیت‌کردن سمعک توسط همان تأمین‌کننده پس از دریافت سمعک • اجاره سمعک برای دوره آزمایشی • وسایل کمک‌شنوایی، دستگاه‌های شنوایی هدایت استخوانی که روی سطح پوست قرار می‌گیرند • خدمات شنوایی‌شناسی مرتبط با سمعک و خدمات پس از ارزیابی در موارد زیر، هزینه سمعک جایگزین را پوشش خواهیم داد: • شنوایی شما تا حدی از دست رفته که سمعک فعلی شما قادر به اصلاح آن نیست. • سمعک شما گم شده، دزدیده شده یا خراب شده است (قابل تعمیر نیست) و تقصیر شما نبوده باشد. بایستی طی یادداشتی به ما اطلاع دهید که چگونه این اتفاق رخ داده است. پوشش شامل باتری‌های جایگزین سمعک نمی‌شود.	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آزمایش غربالگری ایدز ما هزینه یک آزمایش غربالگری HIV را هر 12 ماه یک‌بار برای افرادی که شرایط زیر را دارند، پرداخت می‌کنیم: • برای آزمایش غربالگری HIV درخواست کنید، **یا** • در معرض خطر زیاد عفونت HIV هستید. اگر باردار هستید، ما هزینه حداکثر سه آزمایش غربالگری HIV را در طول هر دوره بارداری پرداخت می‌کنیم. همچنین، در صورت توصیه ارائه‌دهنده شما، هزینه آزمایش‌های غربالگری اضافی HIV را نیز پرداخت می‌کنیم.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	دفتر مراقبت از سلامت ر منزل پیش از دریافت خدمات مراقبت در منزل، پزشک باید تأیید کند که به این خدمات نیاز دارید و این خدمات باید توسط یک مؤسسه خدمات سلامت در منزل ارائه شوند. باید خانه‌نشین شده باشید، یعنی ترک خانه زحمات زیادی برای شما داشته باشد. ما هزینه خدمات زیر و احتمالا خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • خدمات پرستاری تخصصی پاره‌وقت یا متناوب و خدمات کمک‌پرستاری در منزل (برای اینکه تحت مزایای مراقبت در منزل پوشش داده شوند، مجموع ساعات خدمات پرستاری تخصصی و کمک‌پرستاری شما باید کمتر از هشت ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد.) • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات پزشکی و اجتماعی • تدارکات و تجهیزات پزشکی	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **توجه:** هیچگونه تقسیم هزینه برای خدمات و اقلام مراقبت در منزل که مطابق با دستورالعمل‌های Medicare ارائه می‌شوند، وجود ندارد. با این حال، اگر یک قلم تحت مزیت دیگری پوشش داده شود، میزان تقسیم هزینه که در بخش‌های دیگر این جدول مزایای پزشکی ذکر شده است اعمال خواهد شد؛ برای مثال، تجهیزات پزشکی بادوامی که توسط آژانس مراقبت در منزل ارائه نشده باشند.
	درمان تزریقی در منزل† طرح ما هزینه درمان تزریقی در منزل را پوشش می‌دهد که به داروها یا مواد بیولوژیکی گفته می‌شود که به داخل ورید تزریق یا به‌صورت زیرجلدی تجویز می‌شوند و در منزل در اختیار شما قرار می‌گیرند. برای انجام درمان تزریقی در منزل، موارد زیر مورد نیاز است: • داروها یا مواد بیولوژیک مانند آنتی ویروس یا گلوبولین ایمنی؛ • تجهیزات از جمله پمپ؛ **و** • وسایل از جمله ست سرم یا کاتتر. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 برای خدمات حرفه‌ای، آموزش و پایش. **توجه:** اجزای موردنیاز برای انجام درمان تزریقی در منزل — مانند داروهای Medicare بخش B، تجهیزات پزشکی بادوام (DME) و لوازم پزشکی — ممکن است بسته به نوع قلم، مشمول میزان مشارکت در هزینه‌ای باشند که در بخش‌های دیگر این جدول مزایای پزشکی ذکر شده است.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	درمان تزریقی در منزل† (ادامه) طرح ما خدمات درمان تزریقی در منزل را پوشش می‌دهد که شامل موارد زیر است، اما به آن‌ها محدود نمی‌شود: • خدمات حرفه‌ای، شامل خدمات پرستاری که طبق طرح درمان شما انجام می‌شود؛ • آموزش و توجیه اعضایی که قبلاً مشمول مزایای DME نبوده‌اند؛ • کنترل از راه دور؛ **و** • خدمات پایش برای ارائهٔ درمان تزریقی در منزل و داروهای تزریقی خانگی که توسط یک تأمین‌کنندهٔ واجد شرایطِ خدمات تزریق در منزل ارائه می‌شوند	
	در صورتی که تمامی موارد زیر صدق کند، داروها، مواد و وسایل تزریق خانگی را پوشش می‌دهیم: • داروی نسخه‌ای شما در فهرست دارویی Medicare بخش D ما قرار داشته باشد؛ • داروی نسخه‌ای شما را برای درمان تزریقی خانگی تأیید کرده باشیم؛ و • نسخه شما توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه نوشته شده باشد و نسخه در یک داروخانه شبکه برای سرم درمانی در منزل پیچیده شود.	$0 **توجه:** اگر یک لوازم یا داروی تحت‌پوششِ مربوط به درمان تزریقی در منزل توسط یک داروخانهٔ تزریق خانگیِ داخل شبکه تهیه نشود، ممکن است بسته به نوع خدمت، مشمول میزان تقسیم هزینه‌ای شود که در بخش‌های دیگر این سند ذکر شده است.
	مراقبت پزشکی در منزل که تحت پوشش Medicare نیست، برای اعضای North P16، P17، P19 و P23 (مراقبت پیشرفته در منزل) ما مراقبت پزشکی در خانه شما را که توسط Medicare پوشش داده نمی‌شود، در صورتی که توسط پزشک و بر اساس وضعیت سلامت شما، از نظر پزشکی ضروری شمرده شود، پوشش می‌دهیم، تا روش جایگزینی برای شما جهت دریافت خدمات مراقبت‌های حاد در بیمارستان و مراقبت‌های پس از حاد در خانه برای کمک و حمایت از بازیابی شما فراهم کنیم. خدمات در خانه بایستی: • توسط یک پزشک بیمارستان عضو شبکه تجویز شود و مشخص کند که بر اساس وضعیت سلامت، طرح درمان و وضعیت خانه‌تان، امکان درمان امن و اثربخش شما در خانه وجود دارد. • توسط شما انتخاب شده باشد چون ترجیح می‌دهید مراقبت تشریح شده در طرح درمان خود را در خانه دریافت کنید. ارائه‌دهنده عضو شبکه ما، مطابق با برنامه درمانی شما و تا زمانی که این خدمات و اقلام توسط پزشک بیمارستانی عضو شبکه تجویز شوند، موارد زیر را در منزل شما ارائه خواهد کرد: • ویزیت خانگی توسط پرستاران مجاز (RNs)، فیزیوتراپ، کار درمانگر، گفتار درمانگر، درمانگر تنفسی، کارشناس تغذیه، دستیار سلامت خانگی و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی طبق طرح درمان مراقبت در منزل و محدوده فعالیت و مجوز ارائه‌دهنده. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **North P16، P17، P19، و P23:** $0 **برای سایر اعضا تحت پوشش نیست.**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت پزشکی در منزل که تحت پوشش Medicare نیست، برای اعضای North P16، P17، P19 و P23 (مراقبت پیشرفته در منزل) (ادامه) • دستگاه‌های ارتباطی که به شما امکان می‌دهند 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با مرکز فرمان Advanced Care at Home تماس بگیرید. این شامل فناوری ارتباطی موردنیاز برای پشتیبانی از ارتباط مطمئن و یک دستگاه هشدار PERS برای تماس با مرکز فرماندهی در صورتی است که نتوانید به تلفن دسترسی پیدا کنید. • تجهیزات زیر برای اطمینان از اینکه به شکل مناسب در خانه خود تحت نظارت هستید، لازم است: کاف/دستگاه سنجش فشار خون، پالس اکسی‌متر، ترازو و تب‌سنج. • دستگاه‌های آزمایش و تصویربرداری سیار از قبیل اشعه X، آزمایشات و نوار قلب. • اقلام ایمنی زیر: چارپایه دوش، صندلی توالت برآمده، گیره، پاشنه‌کش بلند و ابزار کمکی پوشیدن جوراب. • حداکثر 21 وعده غذایی در هفته در زمانی که در حال دریافت مراقبت حاد در خانه هستید.	
	علاوه بر این، برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medicare که در ادامه فهرست شده‌اند، میزان مشارکت در هزینه که در بخش‌های دیگر این جدول مزایای پزشکی ذکر شده است، زمانی اعمال نمی‌شود که این خدمات و اقلام به‌عنوان بخشی از برنامهٔ درمان خانگی شما تجویز شده باشند: • تجهیزات پزشکی بادوام. • لوازم پزشکی. • حمل‌ونقل غیر اورژانسی با آمبولانس به مراکز عضو شبکه و از آن‌ها، در صورتی که حمل‌ونقل برنامه‌ریزی‌شده با آمبولانس از نظر پزشکی ضروری باشد. • تماس دستیار پزشک و پرستار درمانگر با منزل یا مراجعه به مطب. • خدمات زیر در مراکز عضو شبکه، در صورتی که این خدمات بخشی از طرح درمان خانگی شما باشند: ○ ویزیت های بخش اورژانس عضو شبکه مرتبط با این مزایا. ○ مراجعه به مطب فیزیوتراپی، گفتار یا کار درمانی. ○ عکس‌برداری با اشعه ایکس، آزمایشات، سونوگرافی و نوار قلب. تقسیم هزینه مشخص شده در هر جای دیگر در این جدول مزایای پزشکی به تمام خدمات و اقلام دیگری که بخشی از طرح درمان خانگی شما نیستند، (به عنوان مثال DME نامرتبط به طرح درمان خانگی شما) یا مواردی که بخشی از طرح درمان خانگی شما هستند اما در خانه شما ارائه نشده‌اند، اعمال خواهد شد، به جز مواردی که در بالا آمده است. **توجه:** برای اطلاعات مربوط به میزان مشارکت در هزینهٔ داروهای نسخه‌ای، لطفاً به بخش داروهای نسخه‌ای Medicare بخش B در این جدول و همچنین فصل 6 برای داروهای نسخه‌ای Medicare بخش D مراجعه کنید.	**North P16، P17، P19، و P23:** $0 **برای سایر اعضا تحت پوشش نیست.**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مراقبت تسکینی (هاسپیس) اگر ارائه‌دهنده و مدیر پزشکی آسایشگاه تشخیص پیش آگهی 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 تسکینی که توسط Medicare مورد تأیید باشد خدمات مراقبتی دریافت کنید طرح ما باید به شما کمک کند تا برنامه‌های آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare را در محدوده خدمات طرح پیدا کنید، از جمله برنامه‌هایی که مالک آن‌ها هستیم، آن‌ها را کنترل می‌کنیم یا در آن‌ها منافع مالی داریم. پزشک شما برای مراقبت تسکینی می‌تواند ارائه‌دهنده عضو شبکه یا خارج از شبکه باشد. خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروهایی برای رفع درد و علائم • مراقبت استراحتی کوتاه‌مدت • مراقبت در منزل وقتی در یک مرکز مراقبت از بیماران در مراحل پایانی زندگی پذیرش می‌شوید، حق دارید در طرح ما باقی بمانید. **برای خدمات آسایشگاهی و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B که با پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما مرتبط هستند، هزینه‌ها برای Medicare صورتحساب می‌شوند:** • Original Medicare (و نه طرح ما) هزینه خدمات آسایشگاهی شما و هرگونه خدمات بخش A یا بخش B مرتبط با بیماری لاعلاج شما. • در مدتی که در برنامه مراقبت‌های تسکینی هستید، ارائه‌دهنده خدمات تسکینی بیماری لاعلاج شما صورتحساب را برای خدماتی که هزینه‌اش را Original Medicare پرداخت می‌کند برای Original Medicare صادر خواهد کرد **برای خدماتی که تحت پوشش طرح ما هستند اما تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B نیستند:** • طرح ما خدماتی را که تحت پوشش بخش Medicare A یا بخش B Medicare نیستند پوشش می‌دهد. ما خدمات را چه به پیش‌آگهی بیماری غیرقابل درمانتان مربوط باشند چه نباشند، پوشش می‌دهیم. برای این خدمات مبلغ سهم هزینه طرحمان را پرداخت خواهید کرد **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت تسکینی (هاسپیس) (ادامه) برای داروهایی که ممکن است تحت مزایای Medicare بخش D طرح ما پوشش داده شوند: • داروها هرگز به‌طور همزمان توسط برنامه مراقبت‌های تسکینی و طرح ما پوشش داده نخواهند شد. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید **توجه:** اگر به بیماری جدی مبتلا هستید، ممکن است واجد شرایط دریافت مراقبت تسکینی باشید که با ارائه مراقبت تیم‌محور و بیمارمحور و خانواده‌محور، به بهبود کیفیت زندگی شما کمک می‌کند. می‌توانید همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول، مراقبت تسکینی نیز دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش مراقبت تسکینی در زیر مراجعه کنید **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 با پیش‌آگهی بیماری لاعلاج شما ارتباطی ندارد. 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.	
	واکسن زدن هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • واکسن‌های پنومونی • واکسن‌های آنفلوانزا، یک‌بار در هر فصل آنفلوانزا در پاییز و زمستان، و واکسن‌های اضافی آنفلوانزا در صورت ضرورت پزشکی • واکسن‌های هپاتیت B، اگر تاکنون دوره کامل واکسیناسیون را دریافت نکرده‌اید، از سابقه واکسیناسیون خود اطلاع ندارید، یا هرگونه بیماری یا وضعیت دیگری دارید که شما را در معرض خطر بالا یا متوسط ابتلا به هپاتیت B قرار می‌دهد. • واکسن‌های COVID-19 • واکسن ویروس پاپیلومای انسانی (HPV) • واکسن‌های دیگر در صورتی که در معرض خطر باشید و این واکسن‌ها مطابق قوانین پوشش Medicare بخش B باشند. ما هزینه سایر واکسن‌هایی را که با قوانین پوشش Medicare بخش D مطابقت دارند، پرداخت می‌کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر، به **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.	$0

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مراقبت بیمارستانی برای بیماران بستری ما هزینه خدمات ذیل و همچنین سایر خدماتی که ضرورت پزشکی دارند، پرداخت می‌کنیم: • اتاق نیمه‌خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذا شامل رژیم غذایی ویژه • خدمات پرستاری منظم • هزینه‌های بخش‌های مراقبت ویژه، مانند بخش مراقبت‌های ویژه یا بخش مراقبت‌های ویژه 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 بهبودی • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • خدمات بستری برای سوءمصرف مواد • (†اعضای کالیفرنیای شمالی) در برخی موارد، انواع زیر از پیوندها: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی، و روده/چندانداما. اعضای طرح در Northern California باید برای دریافت این خدمات، از طرح ما تأییدیه بگیرند • درصورتی‌که 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 ناحیه 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 **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای روزهای 1 تا 5 بستری در بیمارستان، مبلغ زیر را به‌ازای هر روز پرداخت می‌کنید (سهم هزینه برای هر دوره بستری دریافت می‌شود): • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$120** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460** پس از آن، برای باقی‌ماندهٔ مدت بستری تحت پوشش خود، $0 پرداخت می‌کنید. همچنین، پرداخت مشترک فهرست‌شده در بالا را برای روز مرخص شدن پرداخت نخواهید کرد، مگر اینکه در یک روز پذیرش و مرخص شوید. †اگر پس از تثبیت وضعیت اورژانسی در بیمارستانی خارج از شبکه خدمات مجاز مراقبت بستری دریافت کنید، هزینه شما معادل تقسیم هزینه‌ای خواهد بود که در بیمارستان شبکه می‌پردازید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت بیمارستانی برای بیماران بستری (ادامه) • خون، شامل تزریق و نگهداری. • خدمات پزشک **توجه:** برای اینکه "بستری" شوید، ارائه دهنده شما باید دستوری برای پذیرش رسمی شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان بنویسد. 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 سوال کنید. همچنین، می‌توانید در برگه اطلاعاتی Medicare با عنوان «آیا در بیمارستان، بیمار بستری محسوب می‌شوید یا سرپایی؟ اگر Medicare دارید – بپرسید!». این برگه اطلاعات در es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf در دسترس است، یا می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY زنگ بزنند به 1-877-486-2048. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با این شماره‌ها به‌طور رایگان تماس بگیرید.	**توجه:** اگر در سال 2027 در بیمارستان بستری شوید و ترخیص شما در سال 2028 انجام شود، همان پرداخت‌های مشترکِ مربوط به سال 2027 برای آن دورهٔ بستری اعمال می‌شود؛ تا زمانی که از بیمارستان ترخیص شوید یا به یک مرکز پرستاری تخصصی منتقل شوید.
	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی ما هزینه خدمات مراقبت از سلامت روان را که مستلزم اقامت در بیمارستان است می‌پردازیم. • اگر 65 سال یا بیشتر دارید، ما هزینه خدماتی را که در یک مؤسسه بیماری‌های روانی (IMD) دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای روزهای 1 تا 5 بستری در بیمارستان، مبلغ زیر را به‌ازای هر روز پرداخت می‌کنید (سهم هزینه برای هر دوره بستری دریافت می‌شود): • South P1 – **$400** • South P6 – **$400** • South P7 – **$400** • South P9 – **$0** • South P10 – **$400** • South P11 – **$120** • North P2 – **$400** • North P16 – **$400** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$400** • North P20 – **$400** • North P21 – **$400**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات بستری در بیمارستان روانپزشکی (ادامه)	• North P22 – **$400** • North P23 – **$400** • North P24 – **$400** • North P25 – **$400** پس از آن، برای باقی‌مانده مدت بستری تحت پوشش خود، **$0** پرداخت می‌کنید. همچنین، شما برای روز ترخیص، پرداخت مشترکِ ذکرشدهٔ بالا را پرداخت نمی‌کنید، مگر اینکه در همان روز بستری و ترخیص شده باشید. **توجه:** اگر در سال 2027 در بیمارستان بستری شوید و ترخیص شما در سال 2028 انجام شود، همان پرداخت‌های مشترکِ مربوط به سال 2027 برای آن دورهٔ بستری اعمال می‌شود؛ تا زمانی که از بیمارستان ترخیص شوید یا به یک مرکز پرستاری تخصصی منتقل شوید.
	بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول دوره بستری که تحت پوشش نیست† اگر دوره بستری معقول و از نظر پزشکی ضروری نباشد، ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم. بااین‌حال، در برخی شرایط که مراقبت بستری تحت پوشش نیست، ممکن است هزینه خدماتی را که در مدت حضور در بیمارستان یا مرکز پرستاری دریافت می‌کنید، پرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. ما هزینه خدمات زیر و احتمالا خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • خدمات پزشک • آزمایش‌های تشخیصی مانند تست‌های آزمایشگاهی • درمان با اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ، شامل مواد و خدمات تکنسین • پانسمان‌های جراحی • آتل‌بندی، گچ‌گیری و دیگر ابزار مورد استفاده برای ترمیم شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. اگر دوره بستری شما در بیمارستان یا SNF دیگر تحت پوشش نباشد، ما همچنان خدمات Medicare بخش B را که توسط ارائه‌دهندگان عضو شبکه ارائه می‌شوند، با سهم هزینه مربوطه که در بخش دیگری از این جدول مزایا ذکر شده است، پوشش خواهیم داد.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) در طول دوره بستری که تحت پوشش نیست† (ادامه) • 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: ○ یک اندام داخلی بدن (از جمله بافت‌های مجاور)، **یا** ○ فعالیت یک اندام داخلی بدن که ناتوان شده یا عملکرد معیوب دارد • بریس‌های پا، دست، کمر و گردن، فتق‌بندها، 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	
	خدمات و لوازم مربوط به بیماری‌های کلیوی هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • خدمات آموزش درباره بیماری کلیوی به منظور آموزش مراقبت از کلیه و کمک به شما در تصمیم‌گیری صحیح در رابطه با مراقبت خودتان. • 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 آموزش‌دیده دیالیز در صورت لزوم، برای بررسی وضعیت دیالیز شما در منزل، برای کمک در موارد اورژانسی و همچنین بررسی تجهیزات دیالیز و منبع آب. • تجهیزات و وسایل دیالیز در منزل.	$0
	• درمان‌های دیالیز سرپایی، از جمله درمان‌های دیالیز در زمانی که موقتاً خارج از محدوده خدمات هستید، همان‌طور که در **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح داده شده است، یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نباشد یا دسترسی به او امکان‌پذیر نباشد.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، باید **20% بیمه مشترک** پرداخت کنید.
	• درمان‌های بستری برای دیالیز درصورتی‌که به‌عنوان بیمار بستری برای مراقبت‌های ویژه در بیمارستان پذیرش شدید.	طی اقامت در بیمارستان هیچ هزینه اضافی برای خدمات انجام‌شده دریافت نمی‌شود. برای اطلاع از سهم هزینه مربوط به دوره‌های بستری، به بخش «مراقبت بستری در بیمارستان» در این جدول مزایا مراجعه کنید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	Medicare بخش B هزینه برخی داروهای مورد استفاده برای دیالیز را پرداخت می‌کند. برای اطلاعات بیشتر، به «داروهای Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.	
	غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) طرح ما هزینه غربالگری سرطان ریه را هر 12 ماه یک‌بار در صورتی که شرایط زیر را داشته باشید، پرداخت می‌کند: • 50 تا 80 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 پاکت سیگار کشیده باشید، هیچ نشانه یا علامتی از سرطان ریه نداشته باشید و در حال حاضر سیگار بکشید یا طی 15 سال گذشته سیگار را ترک کرده باشید. پس از اولین غربالگری، طرح ما با دستور کتبی پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط، هزینه یک غربالگری دیگر را در هر سال پرداخت می‌کند. اگر ارائه‌دهنده تصمیم بگیرد برای غربالگری سرطان ریه، ویزیت مشاوره و تصمیم‌گیری مشترک ارائه دهد، این ویزیت باید معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی را برآورده کند.	$0
	تغذیه درمانی طبی این مزایا برای افراد مبتلا به دیابت یا بیماری کلیوی بدون دیالیز است. همچنین، پس از پیوند کلیه، در صورت تجویز پزشک شما، این مزایا ارائه می‌شود. ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره فردی را در اولین سالی که خدمات تغذیه‌درمانی پزشکی را تحت Medicare دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم. در صورت ضرورت پزشکی، ممکن است خدمات اضافی را تأیید کنیم. پس از آن، هر سال هزینه دو ساعت خدمات مشاوره فردی را پرداخت می‌کنیم. اگر مشکل، درمان یا تشخیص برای شما تغییر کند، ممکن است با دستور پزشک بتوانید ساعات بیشتری برای درمان دریافت کنید. درصورتی‌که در سال تقویمی بعدی نیاز به درمان داشته باشید، پزشک باید این خدمات را تجویز و دستور را سالانه تجدید کند. در صورت ضرورت پزشکی، ممکن است خدمات اضافی را تأیید کنیم. همچنین، مشاوره تغذیه/رژیم غذایی را که توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه ارائه می‌شود و مرتبط با دیابت یا بیماری کلیوی بدون دیالیز نیست، پوشش می‌دهیم.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	برنامه پیشگیری دیابت Medicare (Medicare Diabetes Prevention یا MDPP) طرح ما هزینه خدمات MDPP را برای افراد واجد شرایط پرداخت می‌کند. MDPP برای کمک به شما در جهت ارتقای رفتار سالم طراحی شده است. این برنامه آموزش عملی در زمینه‌های زیر ارائه می‌دهد: • تغییرات بلندمدت در رژیم غذایی، و • افزایش فعالیت جسمانی، و • روش‌هایی برای حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم.	$0
	داروهای Medicare بخش B† این داروها تحت Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند. طرح ما هزینه داروهای زیر را می‌پردازد: • 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 • داروی آلزایمر Leqembi® (با نام ژنریک lecanemab) که به‌صورت داخل‌وریدی (IV) تجویز می‌شود علاوه بر هزینه دارو، ممکن است قبل از درمان و/یا در طول درمان به اسکن‌ها و آزمایش‌های اضافی نیاز داشته باشید. با پزشک خود درباره اسکن‌ها و آزمایش‌هایی که ممکن است به‌عنوان بخشی از درمان خود به آن‌ها نیاز داشته باشید، صحبت کنید. • عوامل انعقادی که در صورت ابتلا به هموفیلی، خودتان به‌صورت تزریقی مصرف می‌کنید • داروهای پیوند/سرکوب‌کنندهٔ ایمنی: Medicare درمان دارویی پس از پیوند را در صورتی پوشش می‌دهد که Medicare هزینهٔ عمل پیوند عضو شما را پرداخت کرده باشد. شما باید در زمان پیوند تحت پوشش بخش A باشید و در زمان دریافت داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی تحت پوشش بخش B باشید. پوشش دارویی بخش D در Medicare داروهای سرکوب‌کنندهٔ ایمنی را در صورتی پوشش می‌دهد که بخش B آن‌ها را پوشش ندهد. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 **داروهای استفاده‌شده بخش B** **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای داروهای Medicare بخش B که تجویز آن‌ها به حضور یا نظارت کارکنان پزشکی نیاز دارد و توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه برای شما تجویز می‌شوند، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، **بیمه مشترک** زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • South P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
داروهای Medicare بخش B† (ادامه) • داروهای تزریقی پوکی استخوان. ما هزینه این داروها را در صورتی پرداخت می‌کنیم که خانه‌نشین باشید، دچار شکستگی استخوانی شده باشید که پزشک تأیید کند ناشی از پوکی استخوان پس از یائسگی است، و نتوانید دارو را خودتان تزریق کنید • برخی آنتی‌ژن‌ها: Medicare آنتی‌ژن‌ها را در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک آن‌ها را تهیه کند و فردی که آموزش کافی دیده است (که می‌تواند خود بیمار باشد) آن‌ها را تحت نظارت مناسب تزریق یا مصرف کند • برخی داروهای خوراکی ضدسرطان: Medicare برخی از داروهای خوراکیِ سرطان را که به‌صورت خوراکی مصرف می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که همان دارو به شکل تزریقی نیز موجود باشد، یا دارو یک «پیش‌دارو» باشد (یعنی شکل خوراکیِ دارویی که پس از مصرف در بدن به همان مادهٔ مؤثرهٔ موجود در شکل تزریقی تبدیل می‌شود. با دردسترس بودن داروهای جدید سرطان دهان خوراکی، بخش B ممکن است آن‌ها را پوشش دهد. اگر بخش B آن‌ها را پوشش نداد، بخش D این کار را می‌کند • داروهای خوراکیِ ضدتهوع: Medicare داروهای خوراکیِ ضدتهوع را که به‌عنوان بخشی از رژیم شیمی‌درمانی ضدسرطان استفاده می‌کنید، در صورتی پوشش می‌دهد که این داروها پیش از شیمی‌درمانی، همزمان با آن، یا تا 48 ساعت پس از آن مصرف شوند، یا به‌طور کامل جایگزین داروی ضدتهوعِ تزریقی باشند • برخی داروهای خوراکی مربوط به بیماری مرحلهٔ نهایی کلیه (ESRD) که تحت پوشش Medicare بخش B قرار می‌گیرند • داروهای کلسی‌میمتیک و داروهای متصل‌شونده به فسفات که تحت نظام پرداخت ESRD قرار می‌گیرند، از جمله داروی تزریقی ®Parsabiv و داروی خوراکی Sensipar • برخی داروهای مورد استفاده در دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین (در صورت نیاز پزشکی)، و بی‌حس‌کننده‌های موضعی • عوامل محرک اریتروپوئز: Medicare اریتروپویتین تزریقی را در صورتی پوشش می‌دهد که به ESRD مبتلا باشید یا برای درمان کم‌خونی مرتبط با برخی بیماری‌های دیگر به این دارو نیاز داشته باشید (مانند ®Epogen، ®Procrit، ®Retacrit، Epoetin Alfa، ®Aranesp، Darbepoetin Alfa، ®Mircera یا Methoxy polyethylene (glycol-epoetin beta • ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان بیماری‌های نقص ایمنی اولیه در منزل • تغذیه وریدی و تغذیه روده‌ای (تغذیه از طریق ورید و تغذیه از طریق لوله) **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	• North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا ببینید کدام داروها با **20%** سهم بیمار ارائه می‌شوند. برای برخی داروها، اگر مشخص شود که قیمت آن‌ها بیش از میزان تورم افزایش یافته است، ممکن است سهم هزینه کمتر از **20%** باشد. **داروهای بخش B از داروخانه شبکه** در صورتی که داروهای بخش B موجود در دارونامه ما را از داروخانه‌های شبکه دریافت کنید، مبالغ زیر را باید بپردازید: • **$0** برای داروهای تزریق در خانه (تا میزان تأمین مصرف 100 روزه) و اپوژن برای دیالیز در منزل (تا میزان تأمین مصرف 30 روزه). • **$0** برای همه داروهای ژنریک و برند دیگر (تا سقف مصرف 30 روزه).

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	داروهای Medicare بخش B† (ادامه) همچنین، برخی واکسن‌ها را تحت Medicare بخش B و بیشتر واکسن‌های بزرگسالان را تحت مزایای دارویی Medicare بخش D پوشش می‌دهیم. **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضا*، مزایای دارویی ما را توضیح می‌دهد. این فصل قوانینی را توضیح می‌دهد که برای تحت پوشش قرار گرفتن داروهای تجویزی باید رعایت کنید. **فصل 6** این *کتابچه راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای داروهای خود از طریق طرح ما چه مبلغی پرداخت می‌کنید.	
	مراقبت در مرکز پرستاری مرکز پرستاری (NF) مکانی است که به افرادی که نمی‌توانند در منزل مراقبت دریافت کنند، اما نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند، خدمات مراقبتی ارائه می‌دهد. خدماتی که هزینه آن را می‌پردازیم شامل، اما نه محدود به، این موارد است: • اتاق نیمه‌خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورت ضرورت پزشکی) • وعده‌های غذا شامل رژیم غذایی ویژه • خدمات پرستاری • فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی • درمان تنفسی • داروهایی که به‌عنوان بخشی از طرح مراقبت تان 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 پرستاری ارائه می‌شوند • آزمایش‌های تشخیص طبی که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • استفاده از وسایلی مانند صندلی چرخ‌دار که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/درمانگر • تجهیزات پزشکی بادوام **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت در مرکز پرستاری (ادامه) • خدمات دندانپزشکی، از جمله دندان‌های مصنوعی • مزایای بینایی • شنوایی‌سنجی • مراقبت کایروپراکتیک • خدمات درمان پا 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: • مرکز پرستاری 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 پرستاری‌ای که وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید همسر یا شریک زندگی‌تان در آنجا زندگی می‌کند	
	غربالگری چاقی و درمان برای کاهش وزن اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک به کاهش وزن شما 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 مراقبت‌های اولیه خود صحبت کنید.	$0
	خدمات برنامه درمان با مواد افیونی (OTP) طرح ما هزینه خدمات زیر را برای درمان اختلال مصرف مواد افیونی (OUD) از طریق یک OTP پرداخت می‌کند که شامل خدمات زیر است: • داروهای مورد تأیید FDA و، در صورت لزوم، مدیریت و تجویز این داروها به شما • مشاوره درباره مصرف مواد • درمان گروهی و فردی • آزمایش برای مواد شیمیایی یا مخدرها در بدن تان (آزمایش سم‌شناسی) • فعالیت‌های پذیرش • ارزیابی‌های دوره‌ای **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای داروهای Medicare بخش B که به‌صورت بالینی و توسط یک برنامه درمان با مواد افیونی تجویز می‌شوند، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، **بیمه مشترک** زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات برنامه درمان با مواد افیونی (OTP) (ادامه)	• South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%** • South P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** برای برخی داروها، اگر مشخص شود که قیمت آن‌ها بیش از میزان تورم افزایش یافته است، ممکن است بیمه مشترک کمتر از **20%** باشد.
	آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و مواد و وسایل درمانی ما هزینه خدمات ذیل و همچنین سایر خدماتی که ضرورت پزشکی دارند، پرداخت می‌کنیم: • اشعه ایکس • اولتراسوند **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، **برای** هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و مواد و وسایل درمانی (ادامه)	• North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• تست‌های آزمایشگاهی • خون، شامل تزریق و نگهداری • پرتودرمانی (درمان با رادیوم و ایزوتوپ‌ها)، شامل مواد و تجهیزات مورد استفاده تکنسین • †مواد و وسایل جراحی مانند پانسمان • †آتل‌بندی، گچ‌گیری و دیگر ابزار مورد استفاده برای ترمیم شکستگی‌ها و دررفتگی‌ها	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	• آزمایش‌های تشخیصی غیرآزمایشگاهی مانند سی‌تی‌اسکن، MRI، EKG و PET اسکن، در صورتی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت برای درمان یک بیماری آن‌ها را تجویز کنند **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر بار انجام تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)، توموگرافی کامپیوتری (CT) و توموگرافی گسیل پوزیترون (PET)، باید مبلغ زیر را پرداخت کنید: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی (ادامه)	• North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• هرگونه آزمایش تشخیصی یا عمل خاصی که در بخش سرپایی بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی یا در اتاق عمل بیمارستان یا در هر محیطی انجام شود که در آن یکی از کارکنان مجاز، علائم حیاتی شما را کنترل می‌کند تا مطمئن شود دوباره پس از مصرف داروهای بی‌حسی برای کاهش درد و ناراحتی دوباره حس خود را به دست می‌آورید **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی (ادامه) • دیگر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	تحت نظر بودن سرپایی در بیمارستان ما هزینه خدمات تحت نظر بودن سرپایی در بیمارستان را برای تعیین اینکه آیا نیاز به بستری شدن دارید یا می‌توانید ترخیص شوید، پرداخت می‌کنیم. این خدمات باید معیارهای Medicare را برآورده کنند و معقول و ضروری تلقی شوند. خدمات تحت نظر بودن فقط در صورتی پوشش داده می‌شوند که به دستور پزشک یا فرد دیگری که به‌موجب قانون ایالتی صدور پروانه طبابت و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیماران در بیمارستان یا صدور دستور آزمایش‌های سرپایی است ارائه شود. **توجه:** غیر از مواردی که ارائه دهنده برای پذیرش شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان دستوری نوشته باشد، بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و باید مبالغ تقسیم هزینه مربوط به خدمات بیمارستانی سرپایی را پرداخت کنید. حتی اگر اقامت شبانه در بیمارستان داشته باشید، ممکن است باز هم بیمار سرپایی قلمداد شوید. اگر تردید دارید که بیمار سرپایی محسوب می‌شوید یا نه، باید از کارکنان بیمارستان سوال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به برگه اطلاعات Medicare با عنوان *مزایای بیمارستانی Medicare* که در Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf موجود است، مراجعه کنید.	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** در صورتی که مستقیماً برای تحت نظر بودن به‌صورت سرپایی در بیمارستان پذیرش شوید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر دوره اقامت باید مبلغ زیر را پرداخت کنید: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **توجه:** برای اقامت‌های تحت نظر بودن بیماران سرپایی، زمانی که بیمار از بخش اورژانس برای تحت‌نظر بودن منتقل می‌شود یا پس از جراحی سرپایی به بخش مشاهده منتقل می‌گردد، هیچ هزینهٔ اضافی دریافت نمی‌شود

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات سرپایی بیمارستانی ما هزینه خدمات ضروری از نظر پزشکی را که برای تشخیص یا درمان بیماری یا آسیب در بخش سرپایی بیمارستان دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنیم، مانند: • خدمات در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مانند خدمات جراحی سرپایی یا تحت نظر بودن اولیه **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	**بخش اورژانس** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **جراحی سرپایی** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات سرپایی بیمارستانی (ادامه)	• South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**
	• آزمایش‌های تشخیصی و آزمایشگاهی که صورتحساب آن توسط بیمارستان صادر می‌شود • مراقبت سلامت روان، شامل مراقبت در برنامه بستری جزئی، درصورتی‌که پزشک تأیید کند بدون آن، درمان بستری ضروری خواهد بود • †مواد و وسایل پزشکی از قبیل آتل‌بندی و گچ	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. $0
	• برخی داروها و فرآورده‌های بیولوژیکی که نمی‌توانید خودتان مصرف یا تزریق کنید	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای داروهای Medicare بخش B که تجویز آن‌ها به حضور یا نظارت کارکنان پزشکی نیاز دارد و توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه برای شما تجویز می‌شوند، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، **بیمه مشترک** زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **0%-20%** • South P6 – **0%-20%** • South P7 – **0%-20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **0%-20%** • South P11 – **0%** • North P2 – **0%-20%**

خدمات تحت پوشش		آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات سرپایی بیمارستانی (ادامه)	• South P16 – **0%-20%** • North P17 – **0%-20%** • North P18 – **0%-20%** • North P19 – **0%-20%** • North P20 – **0%-20%** • North P21 – **0%-20%** • North P22 – **0%-20%** • North P23 – **0%-20%** • North P24 – **0%-20%** • North P25 – **0%-20%** لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید تا ببینید کدام داروها با **20%** سهم بیمار ارائه می‌شوند. برای برخی داروها، اگر مشخص شود که قیمت آن‌ها بیش از میزان تورم افزایش یافته است، ممکن است سهم هزینه کمتر از **20%** باشد.
	• عکس‌برداری با اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که صورت‌حساب آن را بیمارستان صادر می‌کند **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **عکسبرداری با اشعه ایکس و سونوگرافی** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات سرپایی بیمارستانی (ادامه)	• North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
تصویربرداری تشدید مغناطیسی (MRI)، توموگرافی کامپیوتری (CT) و توموگرافی گسیل پوزیترون (PET)	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات سرپایی بیمارستانی (ادامه) • †در صورتی که تمام موارد زیر رعایت شود، برای اعمال دندانپزشکی در یکی از مؤسسات شبکه، بیهوشی عمومی و خدمات مؤسسه مرتبط با بی حسی را عرضه می کنیم: ○ دچار معلولیت رشدی هستید یا سلامتی‌تان در خطر است ○ وضعیت بالینی و یا بیماری شما ملزم می‌دارد که عمل دندانپزشکی را در یک بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی انجام دهید ○ عمل دندانپزشکی در حالت عادی به بیهوشی عمومی نیاز نداشته باشد ما هیچ‌یک از خدمات دیگر مرتبط با اقدام دندانپزشکی، مانند خدمات دندانپزشک، را پوشش نمی‌دهیم، مگر اینکه این خدمات تحت پوشش Medi-Cal Dental باشند (به بخش "خدمات دندانپزشکی" در این جدول مزایا مراجعه کنید).	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای اطلاع از سهم هزینه مربوط به هزینه‌های مرکز بیمارستانی سرپایی، به بخش "جراحی سرپایی" که در ابتدای این بخش آمده است مراجعه کنید.
	خدمات سرپایی برای مراقبت سلامت روان ما هزینه خدمات سلامت روان ارائه‌شده توسط افراد زیر را پرداخت می‌کنیم: • پزشک یا روانپزشک دارای مجوز ایالتی • روانشناس بالینی • مددکار اجتماعی بالینی (CSW) • متخصص پرستاری بالینی (CNS) • 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. ما هزینه خدمات زیر و احتمالا خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • خدمات درمانگاهی • درمان روزانه • خدمات توانبخشی روانشناختی • برنامه‌های سرپایی متمرکز یا بستری موقت **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات سرپایی برای مراقبت سلامت روان (ادامه) • ارزیابی و درمان بهداشت روانی گروهی و فردی • تست روانشناختی زمانی که از نظر بالینی برای ارزیابی نتیجه سلامت روان تجویز شده باشد • خدمات سرپایی به‌منظور نظارت بر دارو درمانی • آزمایشگاه سرپایی، داروها، لوازم و مکمل‌ها • مشاوره روانپزشکی	
	خدمات توانبخشی بیماران سرپایی† ما هزینه فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی را می‌پردازیم. می‌توانید خدمات توان‌بخشی سرپایی را از بخش‌های سرپایی بیمارستان، مطب‌های مستقل درمانگران، مراکز جامع توان‌بخشی سرپایی (CORFs) و سایر مراکز دریافت کنید. همچنین، موارد زیر را پوشش می‌دهیم: • فیزیوتراپی جهت پیشگیری از به زمین افتادن برای افراد بزرگسالی که در معرض خطر به زمین افتادن هستند، زمانی که به دستور پزشک باشد. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: **ویزیت‌های درمان فردی** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات توانبخشی بیماران سرپایی† (ادامه)	**ویزیت‌های درمان گروهی** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$17** • North P25 – **$0**
	• فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی ارائه‌شده در برنامه بازتوانی روزانه سازمان‌یافته و چندرشته‌ای.	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر روز مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات سرپایی مربوط به اختلالات مصرف مواد ما هزینه خدمات زیر و احتمالا خدمات دیگری که در اینجا فهرست نشده‌اند را پرداخت می‌کنیم: • غربالگری و مشاوره سوءمصرف الکل • درمان سوءمصرف مواد مخدر • مشاوره گروهی یا فردی توسط متخصص بالینی واجد شرایط • سم‌زدایی نیمه‌محاد در یک برنامه ترک اعتیاد اقامتی • خدمات ترک الکل و/یا مواد مخدر در یک مرکز درمان سرپایی فشرده • درمان با نالترکسون طولانی‌رهش (Vivitrol)	$0
جراحی سرپایی ما هزینه جراحی سرپایی و خدمات ارائه‌شده در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنیم. **توجه:** اگر در بیمارستانی تحت عمل جراحی هستید، باید با ارائه‌دهنده خود درباره اینکه بیمار سرپایی محسوب می‌شوید یا بستری مشورت کنید. تا زمانی که ارائه‌دهنده دستور بستری شدن شما در بیمارستان را صادر نکرده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید. حتی اگر اقامت شبانه در بیمارستان داشته باشید، ممکن است بازهم بیمار سرپایی قلمداد شوید. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	**نوبت ملاقات در مطب ارائه دهنده** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر مراقبت تخصصی مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

خدمات تحت پوشش		آنچه شما پرداخت می‌کنید
	جراحی سرپایی (ادامه)	**جراحی سرپایی و سایر عمل‌ها** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر پروسیجر، زمانی که در یک مرکز جراحی سرپایی، اتاق عمل بیمارستان یا هر محل دیگری انجام شود و یکی از کارکنان دارای مجوز، هنگام بازگشت حس شما پس از دریافت دارو برای کاهش حس یا به حداقل رساندن ناراحتی، علائم حیاتی شما را پایش کند، مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
اقلام بدون نسخه (OTC) یک کارت Healthy Extras از پیش شارژشده با سقف مزایای سه‌ماهه درج‌شده در سمت راست دریافت خواهید کرد تا با استفاده از آن، اقلام واجد شرایط OTC را به‌صورت آنلاین و از فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده، از جمله داروخانه‌های خرده‌فروشی Kaiser Permanente، خریداری کنید. موجودی کارت شما در 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از اعتبار سه‌ماهه به سه‌ماهه بعد منتقل نخواهد شد. هزینهٔ اقلام واجد شرایط OTC تا سقف موجودی کارت شما تحت پوشش قرار می‌گیرد. اگر مبلغ باقی‌مانده‌ای برای پرداخت وجود داشته باشد، باید از روش پرداخت دیگری استفاده کنید. هزینه‌ها و حداقل میزان سفارش بسته به فروشگاه خرده‌فروشی متفاوت است. لطفاً پیش از ثبت سفارش آنلاین، جزئیات مربوط به هزینه‌ها را در صفحه تسویه‌حساب بررسی کنید. برای هرگونه انعام یا هزینه، از شما خواسته می‌شود روش پرداخت دیگری وارد کنید. برای فعال‌سازی کارت Healthy Extras خود، از ساعت 5 صبح تا 5 عصر به وقت PST با شماره 1-833-524-7035 (TTY 711) تماس بگیرید و شماره کارت و شماره شناسه عضویت خود را ارائه دهید. اگر از قبل کارت Healthy Extras دارید، کارت جدیدی دریافت نخواهید کرد. لطفاً کارت خود را نگه دارید؛ مزایای شما روی همان کارت فعلی‌تان در دسترس خواهد بود. برای راه‌اندازی حساب آنلاین خود، مشاهده فهرست اقلام واجد شرایط OTC، یافتن فروشگاه‌های مشارکت‌کننده، درخواست بازپرداخت هزینه، بررسی موجودی و سابقه تراکنش‌ها، خرید آنلاین یا جایگزینی کارت مفقود یا سرقت‌شده، لطفاً به mybenefitscenter.com مراجعه کنید یا از ساعت 5 صبح تا 5 عصر به وقت PST با شماره 1-833-524-7035 (TTY 711) تماس بگیرید. همچنین می‌توانید به mybenefitscenter.com مراجعه کنید و برنامه موبایل OTC Network را دانلود کنید تا بتوانید فروشگاه‌های طرف قرارداد را پیدا کنید، اقلام واجد شرایط را جست‌وجو کنید، تاریخچهٔ تراکنش‌های خود را مرور کنید و موجودی کارتتان را بررسی کنید. همچنین می توانید از برنامه تلفن همراه OTC در فروشگاه ها استفاده کنید تا اقلام را برای واجد شرایط بودن در حین خرید اسکن کنید و موجودی خود قبل از تسویه حساب مشاهده کنید. اعضا می توانند برنامه تلفن همراه شبکه OTC را مستقیماً از iTunes App Store یا GooglePlay دانلود کنند. برای دانلود، "OTC Network" را جستجو کنید. توجه: هر گونه مبلغ استفاده‌نشده با لغو عضویت از طرح، باطل می‌شود و قابل انتقال یا بازپرداخت نیست. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	تا سقف اعتبار سه‌ماهه طرح خود، $0 پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 – **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** • South P11 – **$150** • North P2 – **$50** • North P16 – **$75** • North P17 – **$75** • North P18 – **$75** • North P19 – **$75** • North P20 – **$75** • North P21 – **$75** • North P22 – **$75** • North P23 – **$75** • North P24 – **$75** • North P25 – **$75** **فقط برای اعضای Southern California:** اگر واجد شرایط مزایای SSBCI شرح‌داده‌شده در ردیف «مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن» در این جدول مزایا باشید، می‌توانید از اعتبار سه‌ماهه OTC خود برای خرید مواد غذایی سالم نیز استفاده کنید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	اقلام بدون نسخه (OTC) (ادامه) ممکن است از طریق برنامه Medi-Cal Rx، پوشش بیشتری برای برخی اقلام OTC تحت پوشش Medi-Cal داشته باشید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره Medi-Cal Rx، با خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273، به‌صورت 24 ساعته و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 عصر با شماره 711 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید به وب‌سایت Medi-Cal Rx به نشانی https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/ مراجعه کنید.	$0
	اقلام بدون نسخه (OTC) برای جایگزینی نیکوتین ما برخی از درمان‌های جایگزینی نیکوتین موردتأیید FDA را برای استفاده بدون نسخه پوشش می‌دهیم. این موارد باید توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه سفارش داده و از یکی از داروخانه‌های عضو شبکه تهیه شوند. ما دو بار در طول سال تقویمی تا میزان تأمین مصرف 100 روزه را ارائه می‌دهیم.	$0
	مراقبت‌های تسکینی مراقبت تسکینی تحت پوشش طرح ما قرار دارد. مراقبت تسکینی برای افراد مبتلا به بیماری‌های جدی است. این مراقبت با پیش‌بینی، پیشگیری و درمان رنج، مراقبتی بیمارمحور و خانواده‌محور ارائه می‌دهد که کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. مراقبت تسکینی، مراقبت آسایشگاهی نیست؛ بنابراین، برای واجد شرایط بودن جهت دریافت مراقبت تسکینی، لازم نیست امید به زندگی شما شش ماه یا کمتر باشد. مراقبت تسکینی همزمان با مراقبت‌های درمانی/معمول ارائه می‌شود. مراقبت‌های تسکینی شامل این موارد است: • برنامه‌ریزی مراقبت از پیش تعیین شده • ارزیابی و مشاوره مراقبت‌های تسکینی • یک برنامه مراقبتی شامل تمام مراقبت‌های تسکینی و درمانی تأییدشده، از جمله خدمات سلامت روان و خدمات مددکاری اجتماعی پزشکی • خدمات ارائه‌شده توسط تیم مراقبتی تعیین‌شده برای شما • هماهنگی مراقبت • مدیریت درد و علائم نمی‌توانید مراقبت آسایشگاهی و مراقبت تسکینی را همزمان دریافت کنید. اگر در حال استفاده از مراقبت‌های تسکینی هستید و شرایط لازم را برای مراقبت‌های آسایشگاهی دارید، هر زمان که بخواهید می‌توانید درخواست تغییر به مراقبت‌های آسایشگاهی را بدهید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

خدمات تحت پوشش		آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات بستری جزئی و خدمات سرپایی فشرده بستری جزئی، یک برنامه ساختاریافته برای درمان فعال روان‌پزشکی است. این برنامه به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان جامعه ارائه می‌شود و از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز ازدواج و خانواده (LMFT) یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید، فشرده‌تر است. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا نیازی به بستری شدن در بیمارستان نداشته باشید. خدمات سرپایی فشرده، برنامه‌ای ساختاریافته برای درمان فعال سلامت رفتاری (روان) است که به‌صورت خدمات سرپایی بیمارستان، در یک مرکز سلامت روان جامعه، مرکز سلامت واجد شرایط فدرال یا درمانگاه سلامت روستایی ارائه می‌شود. این خدمات از مراقبتی که در مطب پزشک، درمانگر، درمانگر دارای مجوز ازدواج و خانواده LMFT یا مشاور حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید فشرده‌تر، اما از بستری جزئی کم‌فشرده‌تر است.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت در مطب پزشک هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • خدمات مراقبت از سلامت یا جراحی که ضرورت پزشکی دارند در مکان‌های زیر ارائه می‌شوند: ○ مطب پزشک ○ مرکز جراحی سرپایی دارای مجوز ○ بخش سرپایی بیمارستان ○ هر مکان دیگر • مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص • آزمایش‌های پایه شنوایی و تعادل که توسط ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما انجام می‌شوند، در صورتی که پزشک برای تعیین نیاز شما به درمان، آن‌ها را تجویز کند **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و برای دریافت مراقبت تخصصی ارجاع بگیرید. **سلامت از راه دور** $0 **نوبت ملاقات در مطب ارائه دهنده** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر مراقبت تخصصی مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید

خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت در مطب پزشک (ادامه)
 	
• برخی خدمات سلامت از راه دور، از جمله مراقبت‌های اولیه و تخصصی، که شامل خدمات بستری در بیمارستان، خدمات مراکز پرستاری تخصصی، خدمات توان‌بخشی قلبی، خدمات توان‌بخشی ریوی، خدمات اورژانسی، خدمات موردنیاز فوری، بستری جزئی، خدمات سلامت در منزل، خدمات کاردرمانی، خدمات سلامت روان، پودیاتری، خدمات روان‌پزشکی، فیزیوتراپی و خدمات آسیب‌شناسی گفتار و زبان، خدمات برنامه درمان با مواد افیونی، خدمات سرپایی اشعه ایکس، خدمات سرپایی بیمارستان، خدمات تحت نظر، خدمات سرپایی درمان سوءمصرف مواد، خدمات دیالیز، خدمات تغذیه/رژیم غذایی، آموزش سلامت، خدمات آموزش بیماری‌های کلیوی، آموزش خودمدیریتی دیابت و آزمایش‌های شنوایی، آمادگی برای جراحی یا بستری در بیمارستان، و ویزیت‌های پیگیری پس از بستری در بیمارستان، جراحی یا مراجعه به بخش اورژانس است. خدمات تنها زمانی از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌شود که ارائه‌دهنده شبکه که خدمات را عرضه می‌کند آن را از نظر بالینی مناسب تشخیص دهد.
  ○ این انتخاب را دارید که این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا سلامت از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب کنید که یکی از این خدمات را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه‌ای استفاده کنید که خدمات را از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌دهد. ما ابزارهای زیر را برای سلامت از راه دور پیشنهاد می‌دهیم:
  ○ ملاقات‌های ویدیویی تعاملی برای خدمات تخصصی در صورتی که امکان ارائه خدمات در این قالب، بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه امکان‌پذیر باشد
  ○ نوبت‌های ملاقات تلفنی زمان‌بندی‌شده برای خدمات تخصصی در صورتی که امکان ارائه خدمات در این قالب بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه امکان‌پذیر باشد
• خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های ماهانه مرتبط با بیماری کلیوی مرحله نهایی (ESRD) برای اعضایی که دیالیز در منزل انجام می‌دهند، در مرکز دیالیز کلیوی وابسته به بیمارستان یا بیمارستان دسترسی حیاتی، مرکز دیالیز کلیوی یا در منزل.
• خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی یا درمان علائم سکته.
• خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال مصرف مواد یا اختلال همزمان سلامت روان، صرف‌نظر از محل حضور شما
• خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان
 	
این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد
	• North P20 – **$0**
	• North P21 – **$0**
	• North P22 – **$0**
	• North P23 – **$0**
	• North P24 – **$5**
	• North P25 – **$0**
	
	جراحی سرپایی و سایر عمل‌ها
	
	$0
	
	اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر پروسیجر، زمانی که در یک مرکز جراحی سرپایی، اتاق عمل بیمارستان یا هر محل دیگری انجام شود و یکی از کارکنان دارای مجوز، هنگام بازگشت حس شما پس از دریافت دارو برای کاهش حس یا به حداقل رساندن ناراحتی، علائم حیاتی شما را پایش کند، مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید:
	
	• South P1 – **$400**
	• South P6 – **$420**
	• South P7 – **$440**
	• South P9 – **$0**
	• South P10 – **$490**
	• South P11 – **$0**
	• North P2 – **$470**
	• North P16 – **$480**
	• North P17 – **$400**
	• North P18 – **$400**
	• North P19 – **$490**
	• North P20 – **$450**
	• North P21 – **$480**
	• North P22 – **$490**
	• North P23 – **$480**
	• North P24 – **$455**
	• North P25 – **$460**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات پزشک/ارائه‌دهنده، از جمله ویزیت در مطب پزشک (ادامه) • خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان ارائه‌شده توسط درمانگاه‌های سلامت روستایی و مراکز سلامت موردتأیید دولت فدرال. • ثبت نام های مجازی (برای مثال، از طریق تلفن یا گفت‌وگوی ویدیویی) با پزشک شما به مدت پنج تا ده دقیقه، **در صورتی که** ○ بیمار جدید نیستید **و** ○ این ثبت نام به ویزیت مطبی در هفت روز گذشته مرتبط نباشد **و** ○ این ثبت نام منجر به ویزیت مطبی ظرف 24 ساعت یا در اولین وقت ملاقات موجود نشود. • ارزیابی ویدیو و/یا تصاویری که برای پزشکتان ارسال می‌کنید، و ترجمه شفاهی و پیگیری از سوی پزشکتان در عرض 24 ساعت، **در شرایط زیر** ○ بیمار جدید نیستید **و** ○ اارزیابی به ویزیت مطبی در هفت روز گذشته مرتبط نباشد**و** ○ ارزیابی منجر به ویزیت مطبی ظرف 24 ساعت یا در اولین وقت ملاقات موجود نشود • درصورتی‌که بیمار جدیدی نباشید، پزشکتان از طریق تلفن، اینترنت یا ثبت سلامت الکترونیک، با سایر پزشکان مشورت می‌کند • نظر دوم توسط ارائه‌دهنده دیگری در شبکه قبل از جراحی • انجام ویزیت در منزل توسط پزشک شبکه (یا ارائه‌دهنده شبکه که پرستار دارای پروانه رسمی است) در ناحیه خدماتی ما، درصورتی که بنا به تشخیص ارائه‌دهنده شبکه، مراقبت به بهترین نحو در منزل قابل انجام باشد • درمان با نور فرابنفش **سلامت از راه دور تحت پوشش Medi-Cal شما:** سلامت از راه دور روشی برای دریافت خدمات بدون حضور فیزیکی در همان مکانی است که ارائه‌دهنده شما در آن حضور دارد. سلامت از راه دور می‌تواند شامل گفتگوی زنده با ارائه‌دهنده‌تان باشد. بهداشت از راه دور همچنین می‌تواند شامل اشتراک‌گذاری اطلاعات با ارائه‌دهنده‌تان بدون مکالمه 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 ارائه‌دهنده‌تان برای استفاده از سلامت از راه دور برای خدمات خاصی که مناسب شما است، به توافق برسید. شما از حق استفاده از خدمات حضوری برخوردار هستید و حتی اگر ارائه‌دهنده‌تان موافقت کند که سلامت از راه دور برای شما مناسب است، ملزم به استفاده از آن نیستید.	

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
خدمات درمان پا هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی صدمات و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خارهای پاشنه). • مراقبت معمول از پا برای اعضایی که دچار عارضه‌هایی هستند که بر پاها اثر می‌گذارند، مانند دیابت. تحت پوشش Medi-Cal شما، خدمات پودیاتری را در صورتی که از نظر پزشکی برای تشخیص و درمان پزشکی، جراحی، مکانیکی، دستی و الکتریکی پای انسان ضروری باشند، پوشش می‌دهیم. این شامل مفصل مچ پا و تاندون‌هایی است که در پا گذاشته می‌شوند و درمان غیر جراحی عضلات و تاندون‌های پا که عملکردهای پا را کنترل می‌کنند. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **نوبت ملاقات در مطب ارائه دهنده** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر مراقبت تخصصی مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **جراحی سرپایی و سایر عمل‌ها** $0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات درمان پا (ادامه)	**اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر پروسیجر، زمانی که در یک مرکز جراحی سرپایی، اتاق عمل بیمارستان یا هر محل دیگری انجام شود و یکی از کارکنان دارای مجوز، هنگام بازگشت حس شما پس از دریافت دارو برای کاهش حس یا به حداقل رساندن ناراحتی، علائم حیاتی شما را پایش کند، مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420** • South P7 – **$440** • South P9 – **$0** • South P10 – **$490** • South P11 – **$0** • North P2 – **$470** • North P16 – **$480** • North P17 – **$400** • North P18 – **$400** • North P19 – **$490** • North P20 – **$450** • North P21 – **$480** • North P22 – **$490** • North P23 – **$480** • North P24 – **$455** • North P25 – **$460**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV اگر HIV ندارید اما پزشک یا دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت تشخیص دهند که در معرض خطر بالاتر ابتلا به HIV هستید، ما داروی پیشگیری پیش از مواجهه (PrEP) و خدمات مرتبط با آن را تحت پوشش قرار می‌دهیم. اگر واجد شرایط باشید، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر است: • داروی خوراکی یا تزریقی PrEP مورد تأیید FDA، از جمله هزینه تزریق دارو، در صورت لزوم. • تا هشت جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به مصرف دارو) هر 12 ماه یک‌بار. • تا هشت غربالگری HIV در هر 12 ماه. • یک بار غربالگری ویروس هپاتیت B	$0
	آزمایش های غربالگری سرطان پروستات برای مردان 50 ساله و بالاتر، هزینه خدمات زیر را هر 12 ماه یک‌بار پرداخت می‌کنیم: • معاینه دیجیتالی مقعد • تست آنتی‌ژن اختصاصی پروستات (PSA)	$0
	وسایل پروستتیک و ارتوتیک و لوازم مرتبط با آن‌ها† وسایل پروتزی جایگزین تمام یا بخشی از یک عضو یا عملکرد بدن می‌شوند. وسایل ارتوزی از عملکرد بخشی از بدن حمایت می‌کنند یا آن را اصلاح می‌کنند. این وسایل شامل موارد زیر هستند، اما به آن‌ها محدود نمی‌شوند: • آزمایش، تنظیم یا آموزش نحوه استفاده از وسایل پروتزی و ارتزی • کیسه‌های کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی • تغذیه روده‌ای و تزریقی، شامل کیت‌های لوازم تغذیه، پمپ انفوزیون، لوله و رابط، محلول‌ها و لوازم موردنیاز برای تزریق توسط خود فرد • ضربان‌سازهای قلبی • بریس‌ها • کفش‌های پروتزی • دست‌ها و پاهای مصنوعی • پروتزهای سینه (از جمله سوتین جراحی پس از ماستکتومی) **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای وسایل و لوازم پروتزی یا ارتزی خارجی (از جمله لوازم مراقبت از زخم) و چکمه‌های جراحی که طی یک ویزیت سرپایی ارائه می‌شوند، **مبلغ زیر را با توجه به پلان شما، بیمه مشترک پرداخت می‌کنید.** • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
وسایل پروستتیک و ارتوتیک و لوازم مرتبط با آن‌ها† (ادامه) • پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از یک قسمت خارجی صورت که در اثر بیماری، آسیب‌دیدگی یا نقص مادرزادی برداشته شده یا دچار اختلال شده است • کرم بی‌اختیاری و پوشک‌ها ما هزینه برخی لوازم مرتبط با وسایل پروتزی و ارتزی را پرداخت می‌کنیم. همچنین، هزینه تعمیر یا تعویض وسایل پروتزی و ارتزی را پرداخت می‌کنیم. ما پس از برداشتن آب مروارید یا جراحی آب مروارید، برخی موارد را تحت پوشش قرار می‌دهیم. برای جزئیات، به بخش «مراقبت از بینایی» که در ادامه این جدول آمده است مراجعه کنید. ما همچنین این موارد را که تحت پوشش Medicare نیستند پوشش می‌دهیم: • چکمه‌های جراحی خاصی بعد از عمل جراحی در هنگام ویزیت سرپایی ارائه می‌شوند • دستگاه نعوظ وکیوم مربوط به اختلال جنسی • برخی سیلانت‌های پوستی، محافظ‌ها، مرطوب‌کننده‌ها و پمادهایی که برای مراقبت از زخم ضرورت پزشکی دارند تحت پوشش Medi-Cal شما، در صورت برآورده شدن تمام شرایط زیر، وسایل پروتزی و ارتزی را پوشش می‌دهیم: • 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 • مورد مربوطه برای شرایط کلی پزشکی شما معقول است • این مورد تحت پوشش Medi-Cal باشد • این مورد باید از قبل برای شما تأیید شده باشد. این موارد شامل وسایل شنوایی کاشتنی، پروتز سینه/سوتین‌های مخصوص ماستکتومی، لباس‌های فشاری مخصوص سوختگی و پروتزهایی برای بازگرداندن عملکرد یا جایگزینی یک عضو بدن، یا حمایت از یک عضو ضعیف یا تغییرشکل‌یافته بدن است. پوشش به کم‌هزینه‌ترین وسیله‌ای محدود می‌شود که نیازهای پزشکی شما را به‌طور مناسب برآورده کند. فروشنده را ما انتخاب می‌کنیم.	• North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** برای دستگاه‌های داخلی کاشته‌شده با جراحی

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات توانبخشی ریوی ما هزینه برنامه‌های توان‌بخشی ریوی را برای اعضایی که به بیماری انسدادی مزمن ریه (COPD) با شدت متوسط تا بسیار شدید مبتلا هستند، پرداخت می‌کنیم. شما باید از پزشک یا ارائه‌دهنده‌ای که COPD شما را درمان می‌کند، دستور انجام توان‌بخشی ریوی داشته باشید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	غربالگری برای عفونت ویروس هپاتیت C ما یک نوبت غربالگری هپاتیت C را پوشش می‌دهیم، به‌شرطی که پزشک مراقبت‌های اولیه یا ارائه‌دهندهٔ واجد شرایط آن را تجویز کند و شما یکی از شرایط زیر را داشته باشید: • در معرض خطر بالا هستید، چون از مواد تزریقی غیرقانونی استفاده می‌کنید یا در گذشته استفاده کرده‌اید. • شما پیش از سال 1992 انتقال خون دریافت کرده‌اید. • بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید. اگر بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید و در گروه پرخطر قرار نمی‌گیرید، یک نوبت غربالگری برای شما تحت پوشش قرار می‌گیرد. اگر در معرض خطر بالایی هستید (برای مثال، از زمان تست غربالگری هپاتیت C منفی قبلی خود، به استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی ادامه داده‌اید)، ما غربالگری‌های سالانه را پوشش می‌دهیم.	$0
	خدمات حساس علاوه بر خدمات شرح‌داده‌شده در بخش‌های «خدمات تنظیم خانواده» و «غربالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی (STIs)» در این جدول مزایا، ما خدمات حساس، مانند مراقبت‌های مربوط به تجاوز جنسی، آزمایش و مشاوره بارداری و خدمات سرپایی سقط جنین را نیز پوشش می‌دهیم. برای آزمایش بارداری، خدمات تنظیم خانواده، خدمات کنترل بارداری یا خدمات مربوط به عفونت‌های مقاربتی، لازم نیست پزشک یا کلینیک عضوی از 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. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	خدمات حساس (ادامه) خدمات ارائه‌شده توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه که مرتبط با خدمات حساس نباشند، ممکن است تحت پوشش قرار نگیرند. 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 با خط تعیین وقت و مشاوره تماس بگیرید و به‌صورت 24 ساعته و 7 روز هفته با یک متخصص مراقبت‌های سلامت دارای مجوز صحبت کنید.	
	غربالگری و مشاوره عفونت‌های مقاربتی (STIs) ما هزینه غربالگری کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پرداخت می‌کنیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برخی افرادی که در معرض خطر بیشتر ابتلا به STI هستند، تحت پوشش قرار می‌گیرند. دستور آزمایش‌ها را باید ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه بنویسد. ما این آزمایشات را هر 12 ماه یکبار و در مواقع خاصی طی بارداری پوشش می‌دهیم. همچنین، ما هزینه حداکثر دو جلسه مشاوره رفتاری حضوری و فشرده در هر سال را برای بزرگسالان فعال از نظر جنسی که در معرض خطر بیشتر ابتلا به STIs هستند، پرداخت می‌کنیم. 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 یک محیط مراقبت‌های اولیه، مانند مطب پزشک، برگزار شوند.	$0
	مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی (SNF) (برای تعریف مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی، به **فصل 12** مراجعه کنید. ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً سایر خدماتی را که در اینجا ذکر نشده‌اند، پرداخت می‌کنیم (نیازی به بستری قبلی در بیمارستان نیست): • اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی در صورت داشتن ضرورت پزشکی • وعده‌های غذا شامل رژیم غذایی ویژه • خدمات پرستاری تخصصی • 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 ارائه‌شده توسط مراکز پرستاری تخصصی (SNFs) • آزمایش‌های آزمایشگاهی انجام‌شده توسط مراکز پرستاری تخصصی (SNFs) **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. ما در هر دوره مزایا، تا 100 روز را پوشش می‌دهیم. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** برای هر دوره مزایا باید مبلغ زیر پرداخت کنید. • **$0** برای روزهای 1 تا 20. • **$221** برای روزهای 21 تا 100. یک دوره مزایا از اولین روزی آغاز می‌شود که وارد یک مرکز پرستاری تخصصی (SNF) تحت پوشش Medicare می‌شوید. دوره مزایا زمانی پایان می‌یابد که به مدت 60 روز تقویمی متوالی در هیچ مرکز پرستاری تخصصی (SNF) بستری نبوده باشید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت در مراکز پرستاری تخصصی (SNF) (ادامه) • پرتو ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شود • وسایلی مانند ویلچر که معمولاً توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند • خدمات پزشک/ارائه‌دهنده معمولاً مراقبت‌های SNF را از مراکز عضو شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاص، ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی خارج از شبکه ما دریافت کنید. اگر مراکز زیر مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرند، می‌توانید از آن‌ها خدمات درمانی دریافت کنید: • یک مرکز پرستاری یا مجتمع بازنشستگی با مراقبت مستمر که پیش از رفتن به بیمارستان در آن زندگی می‌کردید (مشروط بر اینکه خدمات مراقبت در مرکز پرستاری را ارائه دهد) • یک مرکز پرستاری که همسر یا شریک زندگی شما در زمان ترخیص شما از بیمارستان در آن زندگی می‌کند	
	ترک مصرف تنباکو و دخانیات مشاورهٔ ترک سیگار و مصرف دخانیات برای بیماران سرپایی و بستری که شرایط زیر را داشته باشند، تحت پوشش قرار می‌گیرد: • از دخانیات استفاده می‌کنند، فارغ از اینکه علائم یا نشانه‌های بیماری‌های مرتبط با دخانیات داشته باشند یا نه • هنگام دریافت مشاوره هوشیار و قادر به همکاری باشند • یک پزشک واجد شرایط یا سایر متخصصان مورد تأیید Medicare، مشاوره ارائه می‌دهند ما دو تلاش برای ترک مصرف دخانیات در هر سال را پوشش می‌دهیم (هر تلاش می‌تواند شامل حداکثر چهار جلسه مشاوره متوسط یا فشرده باشد، تا سقف هشت جلسه در سال).	$0
	مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن – فقط برای اعضای Southern California** مزایای غذای سالم، یکی از مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است که برای همه اعضای Southern California که واجد معیارهای لازم باشند، در دسترس است. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	**اعضای Southern California:** اگر واجد شرایط SSBCI باشید، می‌توانید از اعتبار سه‌ماهه OTC خود که در ردیف «داروهای بدون نسخه (OTC)» در این جدول مزایا توضیح داده شده است، برای خرید مواد غذایی سالم نیز استفاده کنید. می‌توانید تصمیم بگیرید که اعتبار موجود در کارت Healthy Extras خود را چگونه بین اقلام OTC و مواد غذایی سالم استفاده کنید.

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن – فقط برای اعضای Southern California (ادامه) اعضای واجد شرایط مبتلا به برخی بیماری‌های مزمن که معیارهای مشخصی را برآورده می‌کنند، می‌توانند از اعتبار سه‌ماهه OTC برای خرید مواد غذایی تأییدشده، مانند محصولات تازه، به‌صورت آنلاین و از فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده استفاده کنند. فهرست مواد غذایی تأییدشده ممکن است تغییر کند. موجودی کارت شما در 1 ژانویه، 1 آوریل، 1 ژوئیه و 1 اکتبر شارژ خواهد شد. هر بخش استفاده‌نشده از اعتبار سه‌ماهه به سه‌ماهه بعد منتقل نخواهد شد. هزینه اقلام غذایی واجد شرایط تا سقف موجودی قابل استفاده در کارت شما پوشش داده می‌شود. اگر مبلغ باقی‌مانده‌ای برای پرداخت وجود داشته باشد، باید از روش پرداخت دیگری استفاده کنید. هزینه‌ها و حداقل میزان سفارش بسته به فروشگاه خرده‌فروشی متفاوت است. لطفاً پیش از ثبت سفارش آنلاین، جزئیات مربوط به هزینه‌ها را در صفحه تسویه‌حساب بررسی کنید. برای هرگونه انعام، هزینه یا اقلام تحت پوشش‌نباشد، از شما خواسته می‌شود روش پرداخت دیگری وارد کنید. این مزایا فقط برای اعضای Southern California که توسط طرح شناسایی شده‌اند و دارای شرایط زیر بوده و معیارهای واجد شرایط بودن برای این مزایا را برآورده می‌کنند، در دسترس خواهد بود: • اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد (SUDs) • اختلالات خودایمنی • سرطان • اختلالات قلبی‌عروقی • نارسایی مزمن قلبی • زوال عقل • دیابت شیرین • اضافه‌وزن، چاقی و سندرم متابولیک • بیماری مزمن دستگاه گوارش • بیماری مزمن کلیه (CKD) • اختلالات شدید خونی • HIV/ایدز • اختلالات مزمن ریوی • بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده سلامت روان • اختلالات عصبی • سکته مغزی • مراقبت‌های پس از پیوند عضو • اختلالات نقص ایمنی و سرکوب ایمنی • بیماری‌های مرتبط با اختلال شناختی • بیماری‌هایی که با چالش‌های عملکردی همراه هستند و به خدمات مشابهی نیاز دارند **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	**برای اعضای Northern California تحت پوشش نیست.**

خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن – فقط برای اعضای Southern California (ادامه) • بیماری‌های مزمنی که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را مختل می‌کنند • بیماری‌هایی که برای حفظ یا نگهداشت عملکرد فرد، به تداوم خدمات درمانی نیاز دارند **نحوه استفاده از کارت Healthy Extras شما** برای فعال‌سازی کارت خود، 7 روز هفته، از ساعت 5 صبح تا 5 عصر به وقت PST، با شماره (TTY 711) 1-833-524-7035 تماس بگیرید و شماره کارت و شماره شناسه عضویت خود را ارائه دهید. پس از فعال‌سازی کارت، می‌توانید استفاده از آن را برای دسترسی به اعتبار خود و خرید اقلام تأییدشده از فروشگاه‌های خرده‌فروشی مشارکت‌کننده و فروشگاه‌های آنلاین آغاز کنید. اگر از قبل کارت Healthy Extras دارید، کارت جدیدی دریافت نخواهید کرد. لطفاً کارت خود را نگه دارید؛ مزایای شما روی همان کارت فعلی‌تان در دسترس خواهد بود. برای راه‌اندازی حساب آنلاین خود، درخواست کاتالوگ، مشاهده فهرست اقلام واجد شرایط، یافتن فروشگاه‌های مشارکت‌کننده، درخواست بازپرداخت هزینه، بررسی موجودی و سابقه تراکنش‌ها، خرید آنلاین، ثبت درخواست بازپرداخت هزینه یا جایگزینی کارت مفقود یا سرقت‌شده، لطفاً به mybenefitscenter.com مراجعه کنید یا 7 روز هفته، از ساعت 5 صبح تا 5 عصر به وقت PST، با شماره (TTY 711) 1-833-524-7035 تماس بگیرید. اگر هنگام استفاده از کارت برای خرید یک قلم واجد شرایط از یک فروشگاه خرده‌فروشی مشارکت‌کننده با مشکلی مواجه شدید، می‌توانید تراکنش را با روش پرداخت دیگری تکمیل کرده و درخواست بازپرداخت هزینه ارائه دهید که برای آن باید یک نسخه از رسید تفکیک‌شده خرید خود را ارائه کنید. درخواست‌های بازپرداخت هزینه مشمول فرایند بررسی و تصمیم‌گیری هستند و باید ظرف 90 روز از تاریخ خرید درج‌شده در مدرک پرداخت یا رسید شما ارائه شوند. همچنین می‌توانید به mybenefitscenter.com مراجعه کرده و اپلیکیشن موبایل OTC Network را دانلود کنید تا فروشگاه‌های مشارکت‌کننده عرضه‌کننده مواد غذایی سالم و اقلام OTC را پیدا کنید، اقلام واجد شرایط را جستجو کنید، سابقه تراکنش‌های خود را بررسی کنید و موجودی کارت خود را مشاهده کنید. همچنین می توانید از برنامه تلفن همراه OTC در فروشگاه ها استفاده کنید تا اقلام را برای واجد شرایط بودن در حین خرید اسکن کنید و موجودی خود قبل از تسویه حساب مشاهده کنید. اعضا می توانند برنامه تلفن همراه شبکه OTC را مستقیماً از iTunes App Store یا GooglePlay دانلود کنند. برای دانلود، «OTC Network» را جستجو کنید. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مزایای تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن – فقط برای اعضای Southern California (ادامه) توجه: هر گونه مبلغ استفاده‌نشده با لغو عضویت از طرح، باطل می‌شود و قابل انتقال یا بازپرداخت نیست. **مزایای غذای سالم بخشی از یک برنامه تکمیلی ویژه برای افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن است. همه اعضا واجد شرایط نیستند. اعضا برای واجد شرایط بودن باید دارای بیماری‌های مزمن مشخصی مانند دیابت، چاقی، اختلالات قلبی‌عروقی، آرتروز یا بیماری مزمن کلیوی باشند. بیماری‌های دیگری نیز وجود دارند که ممکن است شما را واجد شرایط دریافت این مزایا کنند. واجد شرایط بودن برای دریافت این مزایا را نمی‌توان صرفاً بر اساس بیماری شما تضمین کرد. قبل از ارائه این مزایا، تمام شرایط لازم برای واجد شرایط بودن باید برآورده شوند. برای جزئیات بیشتر، لطفاً با ما تماس بگیرید.	
	درمان ورزشی تحت نظارت (SET) ما هزینه SET را برای اعضای مبتلا به بیماری علامت‌دار شریان محیطی (PAD) که از پزشک مسئول درمان PAD ارجاع دارند، پرداخت می‌کنیم. آنچه طرح پرداخت می‌کند: • در صورت برآورده شدن همه الزامات برنامه SET، تا 36 جلسه طی یک دوره 12 هفته‌ای • 36 جلسه بیشتر پس از زمان مقرر، درصورتی‌که ارائه‌دهنده خدمات مراقبت از سلامت آن را از لحاظ پزشکی ضروری بداند برنامه SET باید: • جلسات 30 تا 60 دقیقه‌ای یک برنامه تمرینات ورزشی درمانی برای PAD در اعضایی که به دلیل جریان خون ضعیف دچار گرفتگی عضلات پا (لنگش متناوب) هستند • 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 (PA) یا پرستار متخصص (NP)/متخصص پرستاری بالینی (CNS) که در تکنیک‌های پایه و پیشرفته احیای حیاتی آموزش دیده‌اند	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	حمل‌ونقل: حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی **پوشش Medicare:** در صورت تجویز توسط ارائه‌دهنده عضو شبکه، ما حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی ضروری از نظر پزشکی را با ون دارای مجوز حمل برانکارد/تخت چرخ‌دار یا ون مخصوص ویلچر به منزل (که باید در محدوده 100 مایلی باشد)، مرکز پرستاری تخصصی، یا برای انتقال به سطح بالاتری از مراقبت، بلافاصله پس از موارد زیر پوشش می‌دهیم: • بستری شدن در بیمارستان، یا • برخی مراجعات به بخش اورژانس، مراقبت فوری یا بخش سرپایی بیمارستان. **پوشش Medi-Cal:** این مزایا امکان حمل‌ونقل پزشکی برای خدمات تحت پوشش طرح ما و Medicare را فراهم می‌کند. این موارد می‌تواند شامل خدمات حمل‌ونقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد، ون مخصوص ویلچر و هماهنگی با خدمات حمل‌ونقل ویژه پاراترانزیت باشد. این انواع حمل‌ونقل زمانی تأیید می‌شوند که: • ارائه‌دهنده خدمات پزشکی شما تشخیص می‌دهد که وضعیت پزشکی و/یا جسمی شما اجازه نمی‌دهد با اتوبوس، خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل‌ونقل عمومی یا خصوصی سفر کنید، **و** • نیاز به مجوز قبلی دارد و برای هماهنگی وسیله حمل‌ونقل باید با طرح خود تماس بگیرید برای اطلاعات درباره نحوه درخواست حمل‌ونقل پزشکی غیراورژانسی، به **فصل 3** مراجعه کنید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و برای حمل‌ونقل پزشکی تحت پوشش Medi-Cal ارجاع بگیرید.
	حمل و نقل: حمل و نقل غیرپزشکی این مزیت امکان حمل‌ونقل به خدمات پزشکی از طریق خودرو مسافربری، تاکسی، یا سایر انواع حمل‌ونقل خصوصی/عمومی را فراهم می‌کند. حمل‌ونقل باید با هدف دریافت مراقبت‌های پزشکی موردنیاز و تحت پوشش Medi-Cal انجام شود، از جمله رفت‌وآمد برای مراجعه به دندان‌پزشک و دریافت داروهای تجویزی. حمل‌ونقل برای خدماتی که هم تحت پوشش Medi-Cal و هم Medicare هستند، پوشش داده می‌شود. برای اطلاعات درباره نحوه درخواست حمل‌ونقل غیرپزشکی، به **فصل 3** مراجعه کنید.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت موردنیاز فوری مراقبت موردنیاز فوری، مراقبتی است که برای درمان موارد زیر ارائه می‌شود: • موقعیتی غیراورژانسی که مستلزم مراقبت پزشکی فوری است، **یا** • یک بیماری پیش‌بینی‌نشده، **یا** • یک جراحت، **یا** • حالتی که باید فوراً تحت مراقبت قرار گیرد. اگر به مراقبت موردنیاز فوری نیاز دارید، ابتدا باید سعی کنید آن را از یک ارائه‌دهنده عضو شبکه دریافت کنید. بااین‌حال، زمانی که نمی‌توانید به یک ارائه‌دهنده عضو شبکه مراجعه کنید، می‌توانید از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه استفاده کنید؛ زیرا با توجه به زمان، مکان یا شرایط شما، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان عضو شبکه امکان‌پذیر یا منطقی نیست (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدمات طرح هستید و برای یک وضعیت پیش‌بینی‌نشده به خدمات فوری و ضروری از نظر پزشکی نیاز دارید، اما وضعیت شما یک فوریت پزشکی نیست). از پوشش مراقبتی فوری در سرتاسر دنیا زمانی برخوردار هستید که به سفر می‌روید و به دلیل بیماری پیش‌بینی‌نشده یا جراحتی نیاز به توجه پزشکی آنی داشته باشید و به دلایل معقولی معتقد باشید که در صورتی که درمان شما تا زمانی که به ناحیه خدماتی برگردید به تعویق بیفتد، سلامت شما به‌صورت جدی در معرض آسیب قرار خواهد گرفت.	**ویزیت‌های مطب** $0 **ویزیت های بخش اورژانس** $0 **اگر پوشش کامل Medi-Cal** خود را از دست بدهید، بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید،**برای هر اقدام مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید:** • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	مراقبت بینایی هزینه خدمات ذیل را می‌پردازیم: • هر سال یک مرتبه معاینه معمول چشم **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع به چشم‌پزشک بگیرید.

خدمات تحت پوشش		آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت بینایی (ادامه) ما هزینه خدمات سرپایی پزشک برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشم را پرداخت می‌کنیم. به‌طور مثال، درمان دژنراسیون ماکولا مرتبط با سن.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع به چشم‌پزشک بگیرید. **اگر پوشش کامل Medi-Cal خود را از دست بدهید،** بسته به طرحی که در آن ثبت‌نام کرده‌اید، برای هر ویزیت چشم‌پزشک مبلغ زیر را پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	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: • افرادی که سابقه خانوادگی گلوکوم دارند • افراد مبتلا به دیابت • آفریقایی-آمریکایی‌های 50 ساله و بالاتر • آمریکایی‌های هسپانوی 65 ساله و بالاتر برای افراد مبتلا به دیابت، ما هزینه غربالگری رتینوپاتی دیابتی را سالی یک‌بار پرداخت می‌کنیم. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 اعضای Southern California، با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید و ارجاع دریافت کنید.

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت بینایی (ادامه) **عینک پس از جراحی آب مروارید:** ما هزینه موارد زیر را پرداخت می‌کنیم: • ما هزینه یک جفت عینک یا لنز تماسی را پس از هر جراحی آب مروارید که طی آن پزشک یک لنز داخل چشمی قرار می‌دهد، پرداخت می‌کنیم. • اگر دو جراحی آب مروارید جداگانه دارید، باید پس از هر جراحی یک عینک بگیرید. پس از جراحی دوم نمی‌توانید دو جفت عینک دریافت کنید، حتی اگر پس از جراحی اول یک جفت عینک دریافت نکرده باشید. • لنزها/فریم‌های اصلاحی (و جایگزین‌های آن‌ها) که پس از برداشتن آب مروارید بدون کاشت لنز موردنیاز هستند	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. **توجه:** اگر هزینه عینکی که خریداری کردید بیشتر از مبلغ پوشش Medicare باشد، مابه‌التفاوت را باید پرداخت کنید.
	عینک و لنز تماسی: هر 12 ماه یک‌بار، در صورتی که پزشک یا اپتومتریست برای اصلاح بینایی، عینک یا لنز تماسی تجویز کند، مبلغی را برای استفاده در هزینه خرید وسایل اصلاح بینایی از یکی از مراکز اپتیک طرح در اختیار شما قرار می‌دهیم. این کمک‌هزینه برای پرداخت هزینه اقلام زیر قابل استفاده است: • عدسی‌های عینک در صورتی که ارائه‌دهنده عضو شبکه عدسی را در فریم 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، به اندازه مناسب در آوردن و آماده‌سازی آن‌ها اگر طی 12 ماه گذشته مبلغی برای خرید لنز یا فریم در اختیار شما قرار داده باشیم (یا به روش دیگری هزینه آن‌ها را پوشش داده باشیم)، این اعتبار را ارائه نخواهیم کرد. این کمک‌هزینه تنها در محل فروش اولیه قابل استفاده است. اگر از تمام سهمیه خود در پایانه فروش اولیه استفاده نکنید، بعداً امکان استفاده از آن وجود ندارد. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. تا سقف اعتبار طرح خود، $0 پرداخت می‌کنید: • South P1 – **$350** • South P6 – **$400** • South P7 – **$500** • South P9 – **$500** • South P10 – **$500** • South P11 – **$500** • North P2 – **$350** • North P16 – **$350** • North P17 – **$350** • North P18 – **$350** • North P19 – **$350** • North P20 – **$350** • North P21 – **$350** • North P22 – **$350** • North P23 – **$350** • North P24 – **$350** • North P25 – **$350**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت بینایی (ادامه)	اگر وسایل اصلاح بینایی که خریداری می‌کنید بیش از سقف اعتبار طرح شما هزینه داشته باشد، **مابه‌التفاوت را پرداخت می‌کنید.**
	لنزهای جایگزین: اگر ظرف 12 ماه از تاریخ خرید اولیه لنز عینک یا لنز تماسی که برای آن اعتبار ارائه کرده‌ایم (یا به روش دیگری تحت پوشش قرار داده‌ایم)، نمره تجویزی یک یا هر دو چشم شما حداقل 0.50 دیوپتر تغییر کند، برای خرید وسیله جایگزین از همان نوع (لنز عینک یا لنز تماسی، تنظیم و تحویل آن) برای چشمی که نمره آن 0.50 دیوپتر تغییر کرده است، اعتبار ارائه خواهیم کرد. اعتبار برای یکی از این لنزهای جایگزین، برای لنز عینک تک‌کانونی یا لنز تماسی (شامل تنظیم و تحویل) **30$** و برای لنز عینک چندکانونی یا عدسی‌شکل **45$** است.	با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. اگر لنزی که خریداری می‌کنید بیش از اعتبار **30$** برای لنز تک‌کانونی یا **45$** برای لنز عینک چندکانونی یا عدسی‌شکل هزینه داشته باشد، **مبلغ مازاد بر اعتبار خود را پرداخت می‌کنید.**
	لنزهای تماسی ویژه: ما لنزهای تماسی ویژه زیر را در صورتی پوشش می‌دهیم که توسط پزشک عضو شبکه یا ارائه‌دهنده عضو شبکه که اپتومتریست است، تجویز شده باشند: • حداکثر دو لنز تماسی ضروری از نظر پزشکی برای هر چشم، شامل تنظیم و تحویل، هر 12 ماه یک‌بار برای درمان آنیریدیا (فقدان عنبیه) • اگر لنزهای تماسی (به‌جز لنزهای تماسی برای آنیریدیا) بتوانند بهبود قابل‌توجهی در بینایی شما ایجاد کنند که لنزهای عینک قادر به ایجاد آن نیستند، ما یک جفت لنز تماسی (شامل تنظیم و تحویل) یا مقدار اولیه لنزهای تماسی یک‌بارمصرف (شامل تنظیم و تحویل) را حداکثر هر 12 ماه یک‌بار پوشش می‌دهیم. • بااین‌حال، اگر طی 12 ماه گذشته برای لنز تماسی اعتباری ارائه کرده باشیم (یا به روش دیگری آن را پوشش داده باشیم)، هیچ لنز تماسی دیگری را پوشش نمی‌دهیم؛ این محدودیت شامل لنزهای تماسی تحت پوشش برای آنیریدیا نمی‌شود	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	لنزهای عینک تحت پوشش Medi-Cal شما: عینک کامل (فریم و لنزها): Medi-Cal هر 24 ماه یک‌بار، یک عینک کامل را با نسخه معتبر حداقل 0.75 دیوپتر پوشش می‌دهد. **لنزهای عینک:** ما عینک جدید یا جایگزین را برای شما از تأمین‌کننده لنز عینک DHCS سفارش خواهیم داد. 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، هماهنگی‌هایی انجام دهیم، لازم نیست هزینهٔ بیشتری به‌خاطر این هماهنگی‌ها پرداخت کنید. اگر لنز عینک یا ویژگی‌هایی را بخواهید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، ممکن است مجبور شوید برای این ارتقاها هزینه اضافی پرداخت کنید. **این مزایا در صفحه بعد ادامه دارد**	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید. اگر لنز عینک یا ویژگی‌هایی را بخواهید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، **ممکن است مجبور شوید برای این ارتقاها هزینه اضافی پرداخت کنید.**

	خدمات تحت پوشش	آنچه شما پرداخت می‌کنید
	مراقبت بینایی (ادامه) **فریم عینک:** ما فریم‌های جدید یا جایگزین با قیمت **$80** یا کمتر را پوشش می‌دهیم. اگر فریمی را انتخاب کنید که قیمت آن بیش از **$80** باشد، باید مابه‌التفاوت قیمت فریم و **$80** را پرداخت کنید. **تعویض عینک ظرف 24 ماه:** اگر نمره نسخه شما حداقل 0.50 دیوپتر تغییر کند یا عینک شما گم، دزدیده یا شکسته شود (و قابل تعمیر نباشد)، ما عینک جایگزین را پوشش می‌دهیم، و این تقصیر شما نبود. باید طی یادداشتی به ما اطلاع دهید که چگونه عینکتان مفقود شده، به سرقت رفته، یا شکسته است. اگر از زمان دریافت عینک شما کمتر از 24 ماه گذشته باشد، فریم جایگزین به همان سبک فریم قبلی شما خواهد بود (تا سقف **$80**).	
	وسایل کم‌بینایی: همچنین، در صورت برآورده شدن شرایط زیر، وسایل کم‌بینایی را تحت Medi-Cal پوشش می‌دهیم: • بهترین حدت بینایی اصلاح‌شده در چشم بهتر 60/20 یا ضعیف‌تر باشد، یا میدان دید هر یک از چشم‌ها به 10 درجه یا کمتر از نقطه تثبیت محدود شده باشد • بیماری‌ای که باعث کم‌بینایی شده است، مزمن باشد و با روش‌های پزشکی یا جراحی قابل درمان نباشد • وضعیت جسمی و روانی دریافت‌کننده به‌گونه‌ای باشد که بتوان به‌طور منطقی انتظار داشت استفاده از وسیله کمکی، عملکرد روزمره او را بهبود بخشد پوشش به ارزان‌ترین دستگاه که نیازهای عضو را برآورده می‌کند، محدود می‌شود. پوشش Medi-Cal شامل دستگاه‌های بزرگنمایی الکترونیکی و دستگاه‌هایی که از لنز برای استفاده به همراه چشم استفاده نمی‌کنند، نمی‌شود.	$0 با ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید و ارجاع بگیرید.
	ویزیت پیشگیرانه «خوش‌آمدگویی به Medicare» ما ویزیت پیشگیرانه یک‌باره «خوش‌آمدگویی به Medicare» را پوشش می‌دهیم. این معاینه شامل موارد زیر است: • بررسی سلامت شما، • آموزش و مشاوره درباره خدمات پیشگیرانه موردنیاز شما (از جمله غربالگری‌ها و تزریقات (یا واکسن‌ها))، و • ارجاعات برای مراقبت دیگر درصورتی‌که نیاز داشته باشید. **توجه:** ما ویزیت پیشگیرانه «خوش‌آمدگویی به Medicare» را فقط در طی 12 ماه اولی که Medicare بخش B دارید، پوشش می‌دهیم. هنگامی که نوبت خود را تعیین می‌کنید، به مطب پزشکتان بگویید می‌خواهید ویزیت پیشگیرانه «خوش‌آمدگویی به Medicare» خود را هماهنگ کنید.	$0

E. حمایت‌های اجتماعی

ممکن است تحت برنامه مراقبت فردی خود، حمایت‌هایی دریافت کنید. حمایت‌های اجتماعی، خدمات یا محیط‌های جایگزینِ مناسب از نظر پزشکی و مقرون‌به‌صرفه برای خدمات یا محیط‌هایی هستند که تحت طرح ایالتی Medi-Cal پوشش داده می‌شوند. این خدمات برای اعضا اختیاری هستند. اگر واجد شرایط باشید، این خدمات می‌توانند به شما کمک کنند با استقلال بیشتری زندگی کنید. آن‌ها جایگزین مزایایی که در حال حاضر تحت Medi-Cal دریافت می‌کنید، نمی‌شوند.

موارد زیر نمونه‌هایی از خدمات حمایت‌های اجتماعی هستند. این خدمات در همه مناطق در دسترس نیستند. تمام اعضا واجد شرایط دریافت پشتیبانی‌های محلی نیستند. برای احراز صلاحیت، باید دارای معیارهای خاصی باشید.

حمایت‌های جامعه	شرح	افرادی که ممکن است واجد شرایط باشند
انتقال به مراکز زندگی با کمک (ALF)	این خدمات به افراد کمک می‌کنند تا در جامعه زندگی کنند و/یا از انتقال به مراکز مراقبتی شبانه‌روزی جلوگیری کنند. هدف این خدمت، تسهیل انتقال اعضا از مرکز پرستاری به محیطی شبیه خانه در جامعه و/یا پیشگیری از پذیرش در مراکز پرستاری تخصصی برای اعضایی است که به‌زودی به سطح مراقبتِ مرکز پرستاری نیاز خواهند داشت.	اعضایی که: • به مدت 60 روز یا بیشتر در یک مرکز پرستاری زندگی کرده باشید و بخواهید به یک مرکز زندگی با کمک (ALF) منتقل شوید و بتوانید با ایمنی در آنجا زندگی کنید؛ **یا** • در جامعه زندگی می‌کنید، می‌خواهید همچنان در جامعه بمانید، می‌توانید با ایمنی در یک مرکز زندگی با کمک (ALF) زندگی کنید و به سطح مراقبتی یک مرکز پرستاری نیاز دارید، اما ترجیح می‌دهید به‌جای انتقال به یک مرکز پرستاری، این خدمات را در یک ALF دریافت کنید.
درمان آسم	این خدمات شامل ایجاد تغییرات فیزیکی در محیط خانه است که برای حفظ سلامت، رفاه و ایمنی فرد ضروری هستند یا به فرد کمک می‌کنند تا با کاهش احتمال بروز حملات حاد آسم، بتواند در خانه به فعالیت‌های روزمره خود ادامه دهد.	اعضایی که طی 12 ماه گذشته، مطابق آنچه در جدول مزایا توضیح داده شده است، از طریق مزایای خدمات پیشگیرانه آسم (APS) ارزیابی عوامل محرک محیطی در منزل را تکمیل کرده‌اند.
خدمات انتقال به جامعه یا منزل	این خدمات شامل هزینه‌های استقرار یکباره برای افرادی است که از مرکز مجاز به محیط زندگی در محل سکونت خصوصی منتقل می‌شوند که فرد در آن مستقیماً مسئول هزینه‌های زندگی خود است.	اعضایی که: • در حال حاضر سطح مراقبت مرکز پرستاری را که از نظر پزشکی ضروری است دریافت می‌کنند و تصمیم گرفته‌اند به منزل بازگردند و همچنان مراقبت دریافت کنند؛ **و**

حمایت‌های جامعه	شرح	افرادی که ممکن است واجد شرایط باشند
		• به مدت 60 روز یا بیشتر در یک مرکز پرستاری و/یا مرکز مراقبت دوره نقاهت اقامت داشته‌اند؛ **و** • مایل هستند به زندگی در جامعه بازگردند؛ **و** • با برخورداری از حمایت‌ها و خدمات مناسب و مقرون‌به‌صرفه، قادرند با ایمنی در جامعه زندگی کنند.
توانبخشی روزانه	این خدمات در خانه فرد یا در شرایط خارج از خانه و مرکز مراقبت ارائه می‌شود. برنامه‌های توانمندسازی روزانه برای کمک به فرد در کسب، حفظ و بهبود مهارت‌های خودیاری، اجتماعی‌شدن و مهارت‌های سازگاری طراحی شده‌اند که برای زندگی موفق فرد در محیط طبیعی خود ضروری هستند.	اعضایی که: • بی‌خانمان هستند؛ **یا** • در 24 ماه گذشته از بی‌خانمانی خارج و در منزل مسکونی مستقر شده‌اند؛ **یا** • در معرض خطر بی‌خانمانی یا قرارگیری در مرکز مراقبتی هستند که ثبات مسکن آن‌ها می‌تواند از طریق شرکت در برنامه بازپروری روزانه بهبود یابد
تطبیق‌های دسترسی محیطی (تغییرات منزل)	این خدمات عبارت‌اند از: انطباق‌های فیزیکی در خانه که برای اطمینان از سلامت، رفاه و ایمنی فرد ضروری‌اند یا فرد را قادر می‌سازند بدون اینکه فرد نیاز به زندگی در مرکز مراقبتی داشته باشد، با استقلال بیشتری در خانه زندگی کند.	اعضایی که در معرض قرارگیری در مرکز پرستاری قرار ندارند.
وثیقه مسکن	این خدمات به شناسایی، هماهنگی، تثبیت یا تأمین مالی خدمات یک‌باره و تغییرات لازم برای کمک به فرد در راه‌اندازی خانوار پایه کمک می‌کنند و شامل هزینه‌های مسکن و غذا نمی‌شوند.	اعضایی که: • طبق تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD)، بی‌خانمان یا در معرض خطر بی‌خانمانی باشند و یک یا چند عامل خطر بالینی داشته باشند؛ **یا** • واجد شرایط دریافت خدمات کمک‌هزینه اجاره در دوره انتقال (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند؛ **یا**

حمایت‌های جامعه	شرح	افرادی که ممکن است واجد شرایط باشند
		• اعضایی که از طریق سیستم هماهنگ ورود افراد بی‌خانمان محلی یا سیستم مشابه، برای دریافت واحد مسکن حمایتی دائمی یا کمک‌هزینه اجاره در اولویت قرار گرفته‌اند نیز واجد شرایط دریافت خدمات مسکن هستند
اجاره مسکن و خدمات پایدار	خدمات اجاره و حفظ مسکن با این هدف توسط این خدمات ارائه می‌شود که پس از اطمینان از دریافت مسکن، مدت اجاره ایمن و پایدار حفظ شود.	اعضایی که: • طبق تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD)، بی‌خانمان یا در معرض خطر بی‌خانمانی باشند و یک یا چند عامل خطر بالینی داشته باشند؛ **یا** • واجد شرایط دریافت خدمات کمک‌هزینه اجاره در دوره انتقال (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند؛ **یا** • برای دریافت یک واحد مسکن حمایتی دائمی یا کمک‌هزینه اجاره، از طریق سیستم محلی «ورود هماهنگ‌شده» ویژه افراد بی‌خانمان یا سیستم مشابه، در اولویت قرار گرفته‌اند.
خدمات انتقال/راهنمایی مسکن	این خدمات به اعضا در تأمین مسکن کمک می‌کنند و شامل انجام غربالگری مستأجر و ارزیابی مسکن، تهیه برنامه حمایتی مسکن متناسب با نیازهای فردی و تأمین مسکن هستند.	اعضایی که: • طبق تعریف وزارت مسکن و توسعه شهری (HUD)، بی‌خانمان یا در معرض خطر بی‌خانمانی باشند و یک یا چند عامل خطر بالینی داشته باشند؛ **یا** • واجد شرایط دریافت خدمات کمک‌هزینه اجاره در دوره انتقال (Transitional Rent) تشخیص داده شده‌اند؛ **یا** • اعضایی که از طریق سیستم هماهنگ ورود افراد بی‌خانمان محلی یا سیستم مشابه، برای دریافت واحد مسکن حمایتی دائمی یا کمک‌هزینه اجاره در اولویت قرار گرفته‌اند نیز واجد شرایط دریافت خدمات مسکن هستند

حمایت‌های جامعه	شرح	افرادی که ممکن است واجد شرایط باشند
وعده‌های غذایی متناسب با نیازهای پزشکی / مواد غذایی حمایتی پزشکی	این خدمات عبارت‌اند از: 1) وعده‌های غذایی مناسب از نظر پزشکی به عضو در خانه که از نیازهای تغذیه‌ای منحصربه‌فرد افراد دچار بیماری‌های مزمن برخوردار است و متخصص تأییدشده تغذیه آن‌ها را تعیین می‌کند؛ و/یا 2) غذای مناسب از نظر پزشکی و خدمات تغذیه.	اعضایی که دارای بیماری‌های جدی یا مزمنی هستند که تحت تأثیر تغذیه قرار می‌گیرد.
خدمات مراقبت شخصی و خانه‌داری	این خدمات، کمک در فعالیت‌های زندگی روزانه («ADL») و کمک در فعالیت‌های ابزاری زندگی روزانه (Instrumental Activities of Daily Living, «IADL») ارائه می‌دهند.	اعضایی که: • در معرض ریسک بستری شدن در بیمارستان یا مرکز پرستاری قرار دارند؛ **یا** • دچار کمبودهای عملکردی هستند و سیستم پشتیبانی کافی دیگری ندارند؛ **یا** • خدمات حمایتی در منزل برای آن‌ها تأیید شده است
مراقبت بهبود (مراقبت استراحتگاهی پزشکی)	این خدمات شامل مراقب اقامتی کوتاه‌مدت برای افرادی است که دیگر به بستری شدن در بیمارستان نیاز ندارند، اما همچنان باید از بیماری یا آسیبی بهبود یابند و وضعیت آن‌ها در محیط زندگی ناپایدار وخیم خواهد شد.	اعضایی که: • برای بهبود و التیام پس از آسیب‌دیدگی یا بیماری، به دوره نقاهت نیاز دارند؛ **و** • از تعریف HUD از بی‌خانمانی یا در معرض بی‌خانمانی برخوردار هستند
خدمات استراحت مراقبان	این خدمات به‌دلیل غیبت یا نیاز به استراحت افرادی که معمولاً مراقبت عادی از اعضا و/یا نظارت بر آن‌ها را به عمل می‌آورند و در اصل متخصص پزشکی نیستند، در دوره کوتاه‌مدت ارائه می‌شود. این خدمت با مراقبت فرجه‌ای/مراقب بهبود متفاوت است و فقط برای مراقب است.	اعضایی که در جامعه زندگی می‌کنند، در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی («ADLs») با محدودیت مواجه هستند و به یک مراقب واجد شرایط وابسته‌اند که از آن‌ها حمایت می‌کند و برای جلوگیری از انتقال عضو به یک مرکز مراقبتی شبانه‌روزی، به استراحت و رفع خستگی از مسئولیت‌های مراقبتی نیاز دارد.

حمایت‌های جامعه	شرح	افرادی که ممکن است واجد شرایط باشند
مراکز ترک الکل	این مراکز به‌عنوان مقاصد جایگزین برای افرادی است که در ملأعام مست بودند و غیر از این مراکز، باید به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شدند. مراکز ترک موقت محیطی ایمن و حامی جهت پاک شدن در اختیار این افراد، عمدتاً افراد بی‌خانمان یا دارای شرایط زندگی ناپایدار، قرار می‌دهد.	اعضایی که: • 18 سال به **بالا**؛ و • در حالت مستی هستند، اما هوشیار و همکاری‌کننده‌اند، قادر به راه رفتن هستند، رفتار خشونت‌آمیز ندارند و دچار هیچ‌گونه وضعیت نگران‌کننده پزشکی نیستند (از جمله علائم ترکِ تهدیدکننده زندگی یا علائم آشکارِ ناشی از یک بیماری زمینه‌ای)؛ **و** • غیر از این مراکز، باید به بخش اورژانس یا زندان منتقل می‌شدند؛ **یا** • در بخش اورژانس حضور یافتند و از شرایط انتقال به مرکز پاک بودن برخوردارند
اجاره انتقالی	تا 6 ماه کمک‌هزینه اجاره در محل‌های اقامت موقت یا دائم.	اعضایی که: • یک یا چند عامل خطر بالینی واجد شرایط داشته باشند؛ **یا** • از تعریف HUD از بی‌خانمانی یا در معرض بی‌خانمانی برخوردار هستند؛ **یا** • در حال انتقال از یکی از دو محیط واجد شرایط زیر هستند: ○ در حال انتقال از یک مرکز اقامتی سازمانی یا گروهی هستند ○ در حال انتقال از یک مرکز بازداشت یا زندان هستند

اگر به کمک نیاز دارید یا می‌خواهید بدانید کدام حمایت‌های اجتماعی ممکن است برای شما در دسترس باشند، با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید یا با هماهنگ‌کننده مراقبت خود صحبت کنید.

F. مزایای تحت پوشش خارج از طرح ما

ما خدمات زیر را پوشش نمی‌دهیم، اما این خدمات از طریق سیستم پرداخت به‌ازای خدمت Medi-Cal در دسترس هستند.

F1. برنامه انتقال به جامعه کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال‌های اجتماعی کالیفرنیا (CCT) از سازمان‌های راهبر محلی برای کمک به ذی‌نفعان واجد شرایط Medi-Cal که حداقل 60 روز متوالی در یک مرکز بستری زندگی کرده‌اند، استفاده می‌کند تا به محیط زندگی در جامعه بازگردند و بتوانند با ایمنی در آنجا به زندگی ادامه دهند. برنامه CCT خدمات هماهنگی انتقال را در دوره پیش از انتقال و به مدت 365 روز پس از انتقال تأمین مالی می‌کند تا به ذی‌نفعان در بازگشت به محیط زندگی در جامعه کمک کند.

می‌توانید خدمات هماهنگی انتقال را از هر سازمان راهبر CCT که به شهرستان محل زندگی شما خدمات ارائه می‌دهد، دریافت کنید. می‌توانید فهرست سازمان‌های راهبر CCT و شهرستان‌هایی را که به آن‌ها خدمات ارائه می‌دهند، در وب‌سایت Department of Health Care Services در نشانی زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

برای خدمات هماهنگی انتقال CCT

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

برای خدماتی که به انتقال CCT شما مرتبط نیستند

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

در مدتی که خدمات هماهنگی انتقال CCT را دریافت می‌کنید، ما هزینه خدمات فهرست‌شده در جدول مزایا در **بخش D** را پرداخت می‌کنیم.

بدون تغییر در مزایای پوشش دارویی

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

توجه: اگر به مراقبتی غیر از انتقال CCT نیاز دارید، با مسئول هماهنگی مراقبت خود برای تدارک این خدمات تماس بگیرید. مراقبت انتقالی غیرمرتبط با CCT، مراقبتی است که به انتقال شما از یک مؤسسه یا مرکز مرتبط **نیست**.

F2. Medi-Cal Dental

برخی خدمات دندانپزشکی از طریق Medi-Cal Dental در دسترس هستند. اطلاعات بیشتر در وب‌سایت smilecalifornia.org موجود است. Medi-Cal Dental شامل خدمات زیر است، اما به آن‌ها محدود نمی‌شود:

- معاینات اولیه، عکس‌برداری با اشعه ایکس، جرم‌گیری، سیلانت‌ها و درمان‌های فلوراید
- ترمیم دندان و روکش‌ها
- درمان ریشه دندان
- دندان‌های مصنوعی جزئی و کامل، تنظیم، تعمیر و آسترگذاری مجدد آن‌ها

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

در Sacramento County و Los Angeles County، ممکن است مزایای دندانپزشکی Medi-Cal را از طریق طرح مراقبت مدیریت‌شده دندانپزشکی (Dental MC) دریافت کنید. اگر اطلاعات بیشتری درباره طرح‌های دندانپزشکی Medi-Cal می‌خواهید یا قصد دارید تغییراتی ایجاد کنید، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 6 عصر، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند). تماس رایگان است. اطلاعات تماس Dental MC نیز در اینجا موجود است: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

F3. خدمات حمایتی در منزل (IHSS)

- برنامه IHSS به پرداخت هزینه خدماتی که ارائه‌دهندگان مراقبت ثبت‌نام‌شده به شما ارائه می‌دهند کمک می‌کند تا بتوانید با ایمنی در خانه خود بمانید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبت و پانسیون در نظر گرفته می‌شود.

- برای دریافت خدمات، ارزیابی‌ای انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده مشخص شود کدام نوع خدمات ممکن است برای او تأیید شود. 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 پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشک و نظارت حفاظتی برای افراد مبتلا به اختلال ذهنی.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست IHSS از سازمان خدمات اجتماعی شهرستان محل سکونتتان به شما کمک کند. اطلاعات تماس شهرستان شما را می‌توانید در **فصل 2، بخش I** یا در https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices پیدا کنید.

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

معافیت زندگی با کمک (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.

- اعضایی که در ALW ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند همزمان با دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما، همچنان در ALW ثبت‌نام‌شده باقی بمانند. طرح ما با سازمان هماهنگی مراقبت‌های ALW شما همکاری می‌کند تا خدمات دریافتی‌تان را هماهنگ کند.

- ALW در حال حاضر فقط در شهرستان‌های زیر در دسترس است: Alameda، Contra Costa، Fresno، Kern، Los Angeles، Orange، Riverside، Sacramento، San Bernardino، San Diego، San Francisco، San Joaquin، San Mateo، Santa Clara و Sonoma.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست ALW به شما کمک کند. فهرست سازمان‌های هماهنگی مراقبت ALW را می‌توانید در وب‌سایت زیر پیدا کنید: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

معافیت از HCBS برای ساکنان دچار ناتوانی‌های رشدی California (HCBS-DD)

معافیت از برنامه خودتعیین‌گری California (SDP) برای افراد دچار ناتوانی‌های رشد

- 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 برنامه معافیت، روشی برای تأمین مالی برخی خدمات هستند که به افراد دارای ناتوانی‌های رشدی امکان می‌دهند به‌جای اقامت در یک مرکز درمانی دارای مجوز، در خانه یا جامعه 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 جایگزین مبتنی بر خانه و جامعه (HCBA)

- برنامه معافیت HCBA خدمات مدیریت مراقبت را به افرادی ارائه می‌دهد که در معرض خطر انتقال به خانه سالمندان یا مراکز مراقبتی هستند. 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 مراقبت و خدمات برنامه معافیت در محل سکونت شرکت‌کننده در جامعه ارائه می‌شوند. این محل سکونت می‌تواند ملک شخصی باشد، از طریق قرارداد اجاره مستأجر تأمین شده باشد یا محل سکونت یکی از اعضای خانواده شرکت‌کننده باشد.

- اعضایی که در برنامه معافیت HCBA ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند همزمان با دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما، همچنان در برنامه معافیت HCBA ثبت‌نام‌شده باقی بمانند. طرح ما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان برنامه معافیت HCBA شما همکاری می‌کند.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست HCBA به شما کمک کند. فهرست سازمان‌های برنامه معافیت HCBA را می‌توانید در وب‌سایت زیر پیدا کنید: Home and Community-Based Alternatives Waiver | DHCS

برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP)

- برنامه معافیت Medi-Cal (MCWP) به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت در مرکز پرستاری یا بستری شدن در بیمارستان، خدمات جامع مدیریت پرونده و مراقبت 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، ارائه‌دهنده(های) مراقبت‌های اولیه، خانواده، مراقب(ها) و سایر ارائه‌دهندگان خدمات همکاری می‌کنند تا نیازهای مراقبتی را ارزیابی کنند و به شرکت‌کننده کمک کنند در خانه و جامعه خود باقی بماند.

- اهداف MCWP عبارت‌اند از: (1) ارائه خدمات مبتنی بر خانه و جامعه به افراد مبتلا به HIV که در غیر این صورت ممکن است به خدمات مراکز مراقبتی نیاز داشته باشند؛ (2) کمک به شرکت‌کنندگان در مدیریت سلامت مرتبط با HIV؛ (3) بهبود دسترسی به حمایت‌های اجتماعی و سلامت رفتاری؛ و (4) هماهنگی میان ارائه‌دهندگان خدمات و حذف خدمات تکراری.

- اعضایی که در برنامه معافیت MCWP ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند همزمان با دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما، همچنان در برنامه معافیت MCWP ثبت‌نام‌شده باقی بمانند. طرح ما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، با سازمان برنامه معافیت MCWP شما همکاری می‌کند.

- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست MCWP به شما کمک کند. فهرست سازمان‌های برنامه معافیت MCWP را می‌توانید در وب‌سایت زیر پیدا کنید:
https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

- برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP) خدمات مدیریت مراقبت اجتماعی و سلامت را ارائه می‌دهد تا به افراد کمک کند در خانه‌ها و جوامع خود باقی بمانند.
- در حالی که اکثر شرکت‌کنندگان این برنامه خدمات حمایتی در منزل را نیز دریافت می‌کنند، MSSP هماهنگی مستمر مراقبت را ارائه می‌دهد، شرکت‌کنندگان را به سایر خدمات و منابع موردنیاز در جامعه متصل می‌کند، با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت هماهنگی می‌کند و برخی خدمات موردنیاز را که به روش دیگری در دسترس نیستند خریداری می‌کند تا از انتقال افراد به مراکز مراقبتی جلوگیری کرده یا آن را به تأخیر بیندازد. مجموع هزینه سالانه مدیریت مراقبت و سایر خدمات باید کمتر از هزینه دریافت مراقبت در یک مرکز پرستاری تخصصی باشد.
- تیمی از متخصصان خدمات سلامت و اجتماعی، برای هر شرکت‌کننده MSSP یک ارزیابی جامع سلامت و روانی‌اجتماعی انجام می‌دهد تا خدمات موردنیاز تعیین شوند. 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 مراقبت
  - مراقبت روزانه از بزرگسالان
  - تعمیر/نگه‌داری جزئی خانه
  - خدمات تکمیلی انجام امور منزل، مراقبت شخصی و نظارت حفاظتی در منزل
  - خدمات استراحت
  - خدمات حمل و نقل
  - خدمات مشاوره‌ای و درمانی
  - خدمات وعده‌های غذایی
  - خدمات ارتباطی
- اعضایی که در برنامه معافیت MSSP ثبت‌نام کرده‌اند، می‌توانند همزمان با دریافت مزایای ارائه‌شده توسط طرح ما، همچنان در برنامه معافیت MSSP ثبت‌نام‌شده باقی بمانند. طرح ما برای هماهنگی خدماتی که دریافت می‌کنید، با ارائه‌دهنده MSSP شما همکاری می‌کند
- هماهنگ‌کننده مراقبت شما می‌تواند برای درخواست MSSP به شما کمک کند. فهرست سازمان‌های ارائه‌دهنده MSSP را می‌توانید در وب‌سایت زیر پیدا کنید: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

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

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

اگر معیارهای لازم برای دسترسی به خدمات تخصصی سلامت روان را داشته باشید، خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal از طریق طرح سلامت روان شهرستان (MHP) در دسترس شما خواهد بود. خدمات تخصصی سلامت روان Medi-Cal که توسط MHP شهرستان شما ارائه می‌شوند، شامل موارد زیر است:

- خدمات سلامت روان
- خدمات پشتیبانی دارویی

- خدمات فشرده درمان روزانه
- توانبخشی روزانه
- خدمات مداخله در وضعیت‌های بحرانی
- خدمات تثبیت وضعیت‌های بحرانی
- خدمات درمان اقامتی بزرگسالان
- خدمات درمان وضعیت‌های بحرانی با اسکان
- خدمات مرکز سلامت روان
- خدمات بستری در بیمارستان در شرایط روانی
- مدیریت پرونده هدفمند
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن
- خدمات رفتار درمانی
- مراقبت پرورشی درمانی
- خدمات بازگشت به جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی، در صورت موجود بودن
- درمان جامعه‌محور فعال (ACT)
- درمان جامع و فعال در جامعه برای افراد درگیر با نظام قضایی (FACT)، در صورت موجود بودن
- مراقبت تخصصی هماهنگ‌شده (CSC) برای نخستین دوره روان‌پریشی (FEP)، در صورت موجود بودن
- خدمات باشگاه حمایتی، در صورت موجود بودن
- خدمات پیشرفته کارکنان سلامت جامعه (CHW)، در صورت در دسترس بودن

اگر معیارهای دریافت این خدمات را داشته باشید، خدمات Drug Medi-Cal (DMC) از طریق سازمان سلامت رفتاری شهرستان شما در دسترس است.

- خدمات درمان سرپایی ویژه
- درمان اقامتی اختلال مصرف مواد در دوره پیرامون زایمان
- خدمات درمانی سرپایی
- برنامه درمان اعتیاد
- دارو برای درمان اعتیاد (همچنین درمان کمکی با دارو نام دارد)
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن

خدمات سیستم سازمان‌یافته ارائه خدمات Drug Medi-Cal (DMC-ODS) شامل موارد زیر است:

- خدمات درمانی سرپایی
- خدمات درمان سرپایی ویژه
- خدمات بستری جزئی
- دارو برای درمان اعتیاد (همچنین درمان کمکی با دارو نام دارد)
- خدمات اسکان و درمان
- خدمات مدیریت علائم ترک
- برنامه درمان اعتیاد
- خدمات بازپروری
- هماهنگی مراقبت
- خدمات حمایت همتایان، در صورت موجود بودن
- خدمات مداخله سیار در بحران مبتنی بر جامعه، در صورت موجود بودن
- خدمات مدیریت مشروط، در صورت موجود بودن
- خدمات درمانی بستری

علاوه بر خدمات فهرست‌شده در بالا، اگر معیارهای لازم را داشته باشید، ممکن است به خدمات داوطلبانه سمزدایی بستری نیز دسترسی داشته باشید.

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

این بخش درباره مزایایی است که از پوشش طرح ما مستثنا هستند. «مستثنا» به این معناست که ما هزینه این مزایا را پرداخت نمی‌کنیم. Medicare و Medi-Cal نیز هزینه آن‌ها را پرداخت نمی‌کنند.

فهرست زیر برخی خدمات و اقلامی را شرح می‌دهد که تحت هیچ شرایطی توسط ما پوشش داده نمی‌شوند و برخی دیگر که فقط در موارد خاصی از پوشش ما مستثنا هستند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثناشده‌ای را که در این بخش (یا هر بخش دیگری از این *راهنمای اعضا*) فهرست شده‌اند، پرداخت نمی‌کنیم، مگر تحت شرایط خاص ذکرشده. حتی اگر این خدمات را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، طرح هزینه این خدمات را پرداخت نخواهد کرد. اگر فکر می‌کنید طرح ما باید هزینه خدمتی را که تحت پوشش نیست پرداخت کند، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. برای اطلاعات درباره تجدیدنظرخواهی‌ها، به **فصل 9** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

علاوه بر موارد مستثنا یا محدودیت‌های شرح‌دادشده در جدول مزایا، طرح ما اقلام و خدمات زیر را پوشش نمی‌دهد:

- خدماتی که طبق معیارهای Medicare و Medi-Cal «معقول و از نظر پزشکی ضروری» محسوب نمی‌شوند، مگر اینکه به‌عنوان خدمات تحت پوشش فهرست شده باشند. این استثنا برای خدمات یا اقلامی که تحت پوشش Original Medicare نیستند اما تحت پوشش طرح ما هستند اعمال نمی‌شود.
- 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 موردتأیید Medicare پوشش داده شوند. (برای اطلاعات بیشتر درباره مطالعات پژوهشی بالینی، به **فصل 3** مراجعه کنید.)

- اتاق خصوصی در بیمارستان، غیر از اینکه ضرورت پزشکی باشد.
- پرستاران خصوصی.
- وسایل شخصی در اتاقتان در بیمارستان یا مرکز پرستاری.
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل تان.
- هزینه‌های صورت گرفته توسط بستگان نزدیک شما یا اعضای خانوار شما.
- 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 **بخش D** در جدول مزایای «خدمات پاپزشکی» توضیح داده شده است.
- کفش‌های ارتوپدیک یا وسایل حمایتی، مگر اینکه کفش‌ها بخشی از بریس پا باشند و در هزینه بریس 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.
- خدمات ناتروپاتی (استفاده از درمان‌های جایگزین یا طبیعی).
- خدمات ارائه‌شده به کهنه‌سربازان در مراکز امور کهنه سربازان (VA). با این حال، هنگامی که یک کهنه سرباز خدمات اورژانسی را در بیمارستان VA دریافت می‌کند و پرداخت مشترک هزینه VA بیشتر از پرداخت مشترک هزینه تحت طرح ما باشد، مابه التفاوت را به کهنه سرباز بازپرداخت می‌کنیم. شما همچنان باید مبلغ سهم هزینه را بپردازید.
- معاینات و خدمات خاص:
  - کاریابی و حفظ شغل
  - گرفتن بیمه
  - اخذ هرگونه مجوز
  - به دستور دادگاه یا برای آزادی مشروط یا آزادی تعلیقی
  - در صورتیکه یک پزشک برنامه درمانی تشخیص دهد که خدمات از لحاظ پزشکی ضروری هستند، این استثنا اعمال نمی‌شود.
- اقلام مربوط به راحتی یا آسایش. پوشش Medi-Cal شامل وسایل، تجهیزات و امکانات راحتی، آسایشی یا تجملی نمی‌شود. اینها مواردی هستند که صرفاً برای راحتی یا آسایش یکی از اعضا، یکی از اعضای خانواده فرد عضو یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی یکی از اعضا استفاده می‌شوند. شیردوش‌های خانگی که پس از بارداری در اختیار زنان قرار می‌گیرد، مشمول این استثنا نمی‌شود. این استثنا همچنین در خصوص مواردی که تحت پشتیبانی اجتماعی برای شما تأیید شده‌اند، اعمال نمی‌شود.
- خدمات جراحی و عمل‌های زیبایی. این استثنا در موارد زیر صدق نمی‌کند:
  - ایمپلنت‌های بیضه که به‌عنوان بخشی از یک جراحی ترمیمی تحت پوشش، کاشته می‌شوند.
  - پروتز پستان مورد نیاز پس از پستان‌برداری یا لامپکتومی.
  - پروتزهایی برای جایگزینی تمام یا بخشی از یک عضو خارجی صورت.

- لوازم یکبار مصرف. پوشش Medi-Cal شامل این لوازم یک‌بارمصرف برای استفاده در منزل نیست: باند، گاز، نوار، مواد ضدعفونی‌کننده، پانسمان و پانسمان‌های نوع A. این استثنا شامل لوازم یک‌بارمصرفی که به‌عنوان بخشی از مزایای زیرِ شرح‌داده‌شده در جدول مزایا ارائه می‌شوند، نمی‌شود:
  - درمان دیالیز/همودیالیز.
  - تجهیزات پزشکی بادوام.
  - مراقبت بهداشتی در منزل.
  - مراقبت آسایشگاهی و تسکینی.
  - لوازم، تجهیزات و وسایل پزشکی.
  - داروهای تجویزی.
  - وسایل پروتزی و لوازم مرتبط با آن‌ها.
- خدمات درمان ناباروری:
  - پوشش Medi-Cal شامل خدماتی که به شخص برای باردارشدن کمک می‌کند نمی‌شود، مثل خدمات باروری از جمله خدمات نازایی، لقاح مصنوعی و خدمات فناوری کمک باروری. خدمات حفظ باروری، تحت پوشش Medi-Cal قرار ندارد.
  - Medicare روش‌های لقاح مصنوعی، مانند لقاح آزمایشگاهی، انتقال زیگوت به داخل لوله فالوپ، پیوند تخمک و انتقال گامت به داخل لوله فالوپ را پوشش نمی‌دهد (به‌استثنای تلقیح مصنوعی و خدمات مرتبط).
- اقلام و خدماتی که جزو اقلام و خدمات مراقبت‌های سلامت محسوب نمی‌شوند، مگر اینکه تحت پوشش Medi-Cal شما در قالب «حمایت‌های اجتماعی» یا «تجهیزات پزشکی بادوام» تأیید شده باشند. برای مثال، موارد زیر را پوشش نمی‌دهیم:
  - آموزش آداب و طرز رفتار.
  - خدمات آموزشی و حمایتی برای تقویت مهارت‌های برنامه‌ریزی، مانند برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه و برنامه‌ریزی برای پروژه‌ها یا کارها.
  - اقلام و خدمات به منظور افزایش دانش یا مهارت‌های تحصیلی.
  - خدمات آموزش 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، با این استثنا که این مورد عدم پوشش برای «آموزش بازی» شامل خدماتی نمی‌شود که بخشی از برنامه درمانی سلامت رفتاری هستند و در این فصل تحت پوشش قرار دارند.
  - آموزش مهارت‌هایی برای استخدام یا اهداف حرفه‌ای.
  - آموزش فنی و حرفه‌ای یا آموزش مهارت‌های فنی و حرفه‌ای.
  - دوره‌های رشد حرفه‌ای.
  - آموزش برای یک شغل خاص یا مشاوره اشتغال.
  - تغییرات در خانه یا خودروی شما، مگر اینکه تغییراتی موقت باشند که از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شده‌اند یا در قالب «حمایت‌های اجتماعی» برای شما تأیید شده باشند.

- آب‌درمانی و سایر روش‌های درمانی در آب. 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:
  - مراقبت بهداشتی در منزل.
  - مراقبت آسایشگاهی و تسکینی.
  - خدمات توان‌بخشی و توانمندسازی.
  - 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:
  - مراقبت بهداشتی در منزل.
  - مراقبت آسایشگاهی و تسکینی.
  - خدمات توان‌بخشی و توانمندسازی.
  - خدمات مرکز پرستاری حرفه‌ای.
- خدمات مراقبت شخصی (مراقبت حضانتی)، مانند کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی (به‌طور مثال: راه رفتن، بلند شدن از تخت و رفتن به تخت، حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، استفاده از سرویس بهداشتی و مصرف دارو). این استثنا شامل کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی که به‌عنوان بخشی از پوشش مزایای زیر ارائه می‌شود، نمی‌شود:
  - مراقبت آسایشگاهی و تسکینی.
  - خدمات مراقبتی و حمایت‌های بلندمدت.
  - مراکز مراقبتی پرستاری تخصصی/میانی/نیمه حاد.
  - پشتیبانی اجتماعی.
- خدماتی که توسط سازمان غذا و دارو تأیید نشده باشند. ما داروها، مکمل‌ها، آزمایش‌ها، واکسن‌ها، تجهیزات، مواد رادیواکتیو و هرگونه خدمات دیگری را که طبق قانون برای عرضه در ایالات متحده نیاز به تأیید سازمان غذا و داروی فدرال («FDA») دارند، اما مورد تأیید FDA قرار نگرفته‌اند، پوشش نمی‌دهیم. این استثنا در موارد زیر صورت نمی‌گیرد:
  - خدمات تحت پوشش برای کارآزمایی‌های بالینی.
  - خدمات ارائه‌شده به‌عنوان بخشی از خدمات پژوهشی تحت پوشش.
- خدمات اجرا شده توسط اشخاص بدون مجوز. پوشش معمولاً شامل خدماتی نمی‌شود که بتوانند به‌طور ایمن و مؤثر توسط افرادی ارائه شوند که طبق قوانین ایالتی، برای ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت به مجوز یا گواهی‌نامه نیاز ندارند و وضعیت عضو نیز ایجاب نمی‌کند که این خدمات توسط یک ارائه‌دهنده دارای مجوز خدمات مراقبت‌های سلامت ارائه شوند. این استثنا شامل خدمات تحت پوشش زیر نمی‌شود:
  - حمایت‌های اجتماعی که برای شما تأیید شده‌اند.
  - خدمات دولا.
  - خدمات کارکنان سلامت جامعه.
- خدمات مرتبط با خدماتی که تحت پوشش نیستند. هنگامی که یکی از خدمات تحت پوشش نیست، همه خدمات مربوط به خدمات خارج از پوشش، از برنامه خارج می شوند. این استثنا برای درمان عوارض ناشی از خدمات فاقد پوشش اعمال نمی‌شود، مگر اینکه آن عوارض پوشش داده شوند. برای مثال، اگر یک جراحی زیبایی داشته باشید که خارج از پوشش است، ما خدمات دریافتی در مرحله آمادگی برای جراحی یا مراقبت‌های پیگیری را پوشش نمی‌دهیم. اگر بعداً دچار عارضه‌ای تهدیدکننده زندگی، مانند عفونت شدید، شوید، این استثنا اعمال نخواهد شد و ما خدمات لازم برای درمان آن عارضه را، مشروط بر اینکه طبق *این راهنمای اعضا* تحت پوشش باشند، پوشش خواهیم داد.

فصل 5: دریافت داروهای سرپایی شما

مقدمه

این فصل قوانین مربوط به دریافت داروهای سرپایی شما 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** این *راهنمای اعضا* توضیح می‌دهد که برای این داروها چه مبلغی پرداخت می‌کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتاب راهنمای اعضا* آمده است.

ما داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهیم، اگرچه در این فصل درباره آن‌ها توضیح داده نشده است:

- **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.** این داروها شامل برخی داروهای شیمی‌درمانی، برخی داروهای تزریقی که هنگام مراجعه به مطب پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات به شما تزریق می‌شوند و داروهایی هستند که در مرکز دیالیز به شما داده می‌شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروهای تحت پوشش Medicare بخش B، به جدول مزایا در **فصل 4** این *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 اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 5، بخش F3**، "در برنامه آسایشگاهی دارای تأییدیه Medicare" مراجعه کنید.

قوانین پوشش داروهای سرپایی در طرح ما

ما معمولاً داروهای شما را تا زمانی که از قوانین این بخش پیروی کنید، پوشش می‌دهیم.

نسخه شما باید توسط یک ارائه‌دهنده خدمات (پزشک، دندانپزشک یا فرد دیگری که مجاز به تجویز دارو است) نوشته شود و طبق قوانین ایالتی مربوطه معتبر باشد. این فرد اغلب ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP) شما است. همچنین، اگر PCP شما را برای دریافت مراقبت به ارائه‌دهنده دیگری ارجاع داده باشد، این فرد می‌تواند آن ارائه‌دهنده باشد.

فرد تجویزکننده **نباید** در فهرست‌های افراد محروم یا منع‌شده Medicare یا فهرست‌های مشابه Medi-Cal قرار داشته باشد.

برای دریافت داروی تجویزشده خود، معمولاً باید به یکی از داروخانه‌های شبکه مراجعه کنید. (برای اطلاعات بیشتر، به **بخش A1** مراجعه کنید.) یا می‌توانید داروی تجویزشده خود را از طریق خدمات ارسال پستی طرح دریافت کنید.

داروی تجویزشده شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش *طرح ما* قرار داشته باشد. ما آن را *برای اختصار* "فهرست دارو" می‌نامیم. (به **بخش B** این فصل مراجعه کنید.)

- اگر در *فهرست دارویی* نباشد، ممکن است بتوانیم با در نظر گرفتن استثنائی 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.

داروهای شما باید با توصیه مورد قبول پزشکی مصرف شود. این بدان معناست که مصرف دارو یا مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) است یا برخی منابع معتبر پزشکی از مصرف آن پشتیبانی می‌کنند. فرد تجویزکننده ممکن است بتواند به شناسایی منابع پزشکی که از مصرف درخواستی داروی تجویزشده پشتیبانی می‌کنند، کمک کند.

ممکن است پیش از اینکه داروی شما را تحت پوشش قرار دهیم، لازم باشد بر اساس معیارهای مشخصی تأیید طرح ما را دریافت کند. (به **بخش C** این فصل مراجعه کنید.)

فصل 5 فهرست مطالب

A. دریافت داروهای تجویزشده خود 170
A1. دریافت داروی تجویزشده از داروخانه شبکه 170
A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروی تجویزشده 170
A3. اگر داروخانه شبکه خود را تغییر دادید، چه کاری باید انجام دهید؟ 170
A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود، چه کاری باید انجام دهید؟ 170
A5. استفاده از داروخانه تخصصی 170
A6. استفاده از خدمات ارسال پستی برای دریافت داروهای خود 171
A7. دریافت دارو برای دوره‌ای بلندمدت 173
A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست 173
A9. بازپرداخت هزینه داروی تجویزشده به شما 173
B. فهرست داروی طرح ما 174
B1. داروها در *فهرست داروی ما* 174
B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در *فهرست داروهای ما* 174
B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند 175
B4. سطوح مشارکت در هزینه در *فهرست داروها* 176
C. محدودیت در بعضی داروها 176
D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد 177
D1. دریافت موقت دارو 177
D2. درخواست دریافت موقت دارو 178
D3. درخواست استثنا 179
E. تغییرات در پوشش داروهای شما 179

F. پوشش داروها در موارد خاص..... 181
F1. در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که تحت پوشش طرح ما است..... 181
F2. در یک مرکز مراقبت بلندمدت..... 181
F3. در یک برنامه مراقبت آسایشگاهی مورد تأیید Medicare..... 181
G. برنامه‌های ایمنی دارویی و مدیریت داروها..... 182
G1. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مصرف ایمن داروها..... 182
G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروها..... 182
G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در مصرف ایمن داروهای اپیوئیدی..... 183

A. دریافت داروهای تجویزشده خود

A1. دریافت داروی تجویزشده از داروخانه شبکه

در بیشتر موارد، ما هزینه داروهای تجویزشده را فقط زمانی پرداخت می‌کنیم که از یکی از داروخانه‌های شبکه ما دریافت شوند. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که موافقت می‌کنند نسخه‌های اعضای طرح ما را تحویل دهند. می‌توانید از هر یک از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. (برای اطلاعات درباره مواردی که داروهای تجویزشده دریافت‌شده از داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به **بخش A8** مراجعه کنید.)

برای پیدا کردن یک داروخانه شبکه، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

A2. استفاده از کارت شناسایی عضویت هنگام دریافت داروی تجویزشده

برای دریافت داروی تجویزشده، **کارت شناسایی عضویت** خود را در داروخانه شبکه ارائه دهید. داروخانه شبکه، سهم ما از هزینه داروی تحت پوشش شما را از ما دریافت می‌کند. ممکن است هنگام دریافت داروی تجویزشده، لازم باشد مبلغی را به‌عنوان سهم پرداخت به داروخانه بپردازید.

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

اگر هنگام دریافت داروی تجویزشده، کارت شناسایی عضویت یا BIC خود را همراه ندارید، از داروخانه بخواهید برای دریافت اطلاعات لازم با ما تماس بگیرد، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید اطلاعات ثبت‌نام شما در طرح را جست‌وجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است هنگام تحویل گرفتن داروی تجویزشده مجبور شوید کل هزینه آن را پرداخت کنید. سپس می‌توانید از ما بخواهید سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. **اگر توانایی پرداخت هزینه دارو را ندارید، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید.** ما تمام تلاش خود را برای کمک به شما انجام خواهیم داد.

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

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

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

A4. اگر داروخانه شما از شبکه خارج شود، چه کاری باید انجام دهید؟

اگر داروخانه‌ای که از آن استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید یک داروخانه جدید در شبکه پیدا کنید.

برای پیدا کردن *یک داروخانه جدید در شبکه*، به فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

A5. استفاده از داروخانه 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.
- معمولاً مراکز مراقبت بلندمدت داروخانه‌های مخصوص خود را دارند. درصورتی‌که در مرکز مراقبت بلندمدت اقامت دارید، اطمینان حاصل می‌کنیم که می‌توانید داروهای تجویزی خود را از طریق داروخانه مرکز دریافت کنید.

- اگر داروخانه مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت شما در شبکه ما نیست یا برای دریافت داروهای خود در یک مرکز مراقبت‌های طولانی‌مدت با مشکل مواجه هستید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- داروخانه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بومیان آمریکا (IHCP). اعضای سرخپوست آمریکایی و بومی آلاسکا می‌توانند از داروخانه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت بومیان آمریکا (IHCP) استفاده کنند، مشروط بر اینکه این مراکز دارای داروخانه خرده‌فروشی ثبت‌شده باشند. اگر سرخپوست آمریکایی یا بومی آلاسکا نیستید، در صورتی که به آن درمانگاه ارجاع داده شده باشید یا در شرایط اضطراری، همچنان می‌توانید از داروخانه خرده‌فروشی یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت بومیان آمریکا (IHCP) خدمات دریافت کنید.

- داروخانه‌هایی که داروهای محدودشده توسط FDA را که فقط در مکان‌های خاص قابل ارائه هستند یا نیازمند نگه‌داری ویژه، هماهنگی با ارائه‌دهنده یا آموزش خاص هستند، عرضه می‌کنند. توجه: این قضیه به ندرت اتفاق می افتد.)

- برای پیدا کردن یک داروخانه تخصصی، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید*، از وب‌سایت ما بازدید کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

A6. استفاده از خدمات ارسال پستی برای دریافت داروهای خود

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

خدمات پستی طرح ما به شما اجازه می‌دهد تا حداکثر یک دورهٔ 100 روزه دارو سفارش دهید. پرداخت مشترک برای مصرف 100 روز به اندازه همان مصرف یک‌ماهه است.

دریافت داروهای تجویزشده از طریق پست

برای کسب اطلاعات در خصوص تهیه نسخه‌ها از طریق پست، به داروخانه تحت پوشش شبکه در منطقه خود مراجعه کنید یا از وب‌سایت ما به آدرس kp.org/refill دیدن کنید. می‌توانید نسخه‌های خود را به روش‌های زیر سفارش دهید:

- ثبت‌نام و سفارش آنلاین به‌صورت امن در kp.org/refill.
- با شماره درج‌شده در طرح دارویی خود تماس بگیرید و دستورالعمل‌ها را دنبال کنید (حتماً در صورت درخواست، گزینه ارسال پستی را انتخاب کنید).
- با شماره زیر که مربوط به طرح شما است تماس بگیرید:

  طرح های جنوب: (TTY 711) **1-866-206-2983**، دوشنبه تا جمعه، از 7 صبح تا 7 شام.

  طرح های شمال: (TTY 711) **1-888-218-6245**، دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 شام، شنبه از 8 صبح تا 6 شام و یکشنبه از 9 صبح تا 6 شام.

- نسخه خود یا فرم درخواست تجدید نسخه با سفارش پستی را که در تمام داروخانه‌های شبکه Kaiser Permanente موجود است، پست کنید.

وقتی نسخهٔ خود را برای ارسال پستی به‌صورت آنلاین، تلفنی یا کتبی سفارش می‌دهید، باید تقسیم هزینه خود را هنگام ثبت سفارش پرداخت کنید (برای ارسال از طریق پست معمولی USPS هزینهٔ حمل وجود ندارد). اگر ترجیح می‌دهید، می‌توانید یک داروخانه درون شبکه را در جایی که می‌خواهید نسخه خود را بگیرید و هزینه نسخه را بپردازید، انتخاب کنید. اگر در خصوص امکان پست شدن نسخه‌تان سؤالی دارید با داروخانه شبکه تماس بگیرید یا برای کسب اطلاعات در *خصوص* امکان پست شدن نسخه‌تان، فهرست داروها را ببینید.

معمولاً داروهای تجویزشده از طریق پست ظرف **5** روز به دست شما می‌رسند. اگر نسخه پستی شما به تأخیر افتاده است، لطفاً برای دریافت کمک با شماره‌ای که در بالا یا روی برچسب بطری نسخه شما ذکر شده است تماس بگیرید. همچنین، اگر نمی‌توانید تا رسیدن داروی تجویزشده از داروخانه پستی ما منتظر بمانید، می‌توانید با داروخانه خرده‌فروشی محلی عضو شبکه که در *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* یا در kp.org/directory درج شده است تماس بگیرید و داروی مورد نیاز فوری خود را دریافت کنید. توجه داشته باشید که اگر داروی مورد نیاز برای 100 روز را به‌جای داروخانه پستی ما از یک داروخانه خرده‌فروشی عضو شبکه دریافت کنید، ممکن است هزینه بیشتری بپردازید.

فرایندهای ارسال دارو از طریق پست

خدمات ارسال دارو از طریق پست برای نسخه‌های جدیدی که از شما دریافت می‌کند، نسخه‌های جدیدی که مستقیماً از مطب ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند و تمدید نسخه‌های پستی شما، فرایندهای متفاوتی دارد.

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از مطب ارائه‌دهنده شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از یک ارائه‌دهنده خدمات سلامت دریافت می‌کند، با شما تماس می‌گیرد تا مشخص شود که آیا می‌خواهید دارویتان فوراً آماده شود یا در زمان دیگری.

- 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

برای تجدیدنسخه‌های پستی، حداقل 5 روز پیش از پایان نسخهٔ فعلی با داروخانهٔ خود تماس بگیرید تا مطمئن شوید سفارش بعدی به‌موقع ارسال می‌شود.

همچنین می‌توانید در برنامه تمدید خودکار نسخه ثبت‌نام کنید. در این برنامه، زمانی که سوابق ما نشان دهد داروی شما رو به اتمام است، فرایند تمدید بعدی نسخه شما را به‌طور خودکار آغاز می‌کنیم. داروخانه پیش از ارسال هر بار داروی تمدیدشده با شما تماس می‌گیرد تا مطمئن شود به داروی بیشتری نیاز دارید. اگر داروی کافی داشته باشید یا داروی شما تغییر کرده باشد، می‌توانید تمدیدهای برنامه‌ریزی‌شده را لغو کنید.

اگر تصمیم بگیرید از برنامه تمدید خودکار ما استفاده نکنید، اما همچنان بخواهید داروخانه پستی داروی تجویزشده شما را برایتان ارسال کند، 5 روز پیش از تمام شدن داروی فعلی خود با داروخانه تماس بگیرید. این کار باعث می‌شود سفارش شما به‌موقع برایتان ارسال شود.

برای انصراف از برنامه ما که تمدید نسخه‌های پستی را به‌طور خودکار آماده می‌کند، از طریق یکی از روش‌های زیر با ما تماس بگیرید:

- تماس با شماره زیر که مربوط به طرح شما است:

طرح های جنوب: (TTY 711) **1-866-206-2983**، دوشنبه تا جمعه، از 7 صبح تا 7 شام.

طرح های شمال: (TTY 711) **1-888-218-6245**، دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح تا 8 شام، شنبه از 8 صبح تا 6 شام و یکشنبه از 9 صبح تا 6 شام:

- مراجعه به وب‌سایت ما به نشانی kp.org/refill و انجام مراحل زیر:

مشاهده داروخانه ← تمدید خودکار نسخه ← مدیریت تمدید خودکار نسخه ← حذف این دارو از تمدید خودکار نسخه

اگر داروی تمدیدشده‌ای را که نمی‌خواهید به‌طور خودکار از طریق پست دریافت کنید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت هزینه باشید.

A7. دریافت دارو برای دوره‌ای بلندمدت

می‌توانید داروهای مصرف مداوم موجود در *فهرست داروهای* طرح ما را برای یک دوره طولانی‌مدت دریافت کنید. داروهای مصرف مداوم، داروهایی هستند که برای یک بیماری مزمن یا طولانی‌مدت، به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

برخی از داروخانه‌های شبکه به شما امکان می‌دهند داروهای مصرف مداوم را برای یک دوره طولانی‌مدت دریافت کنید. پرداخت مشترک برای مصرف 100 روز به اندازه همان مصرف یک‌ماهه است. *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مشخص می‌کند که کدام داروخانه‌ها می‌توانند داروهای مصرف مداوم را برای یک دوره طولانی‌مدت در اختیار شما قرار دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

برای برخی از انواع داروها، می‌توانید از خدمات ارسال پستیِ شبکه طرح ما برای دریافت داروهای مصرف مداوم برای یک دوره بلندمدت استفاده کنید. برای کسب اطلاعات درباره خدمات ارسال پستی، به **بخش A6** مراجعه کنید.

A8. استفاده از داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست

به‌طور کلی، ما هزینه داروهایی را که از داروخانه خارج از شبکه دریافت می‌کنید، فقط زمانی پرداخت می‌کنیم که امکان استفاده از داروخانه شبکه را نداشته باشید. در این موارد، ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا مطلع شوید آیا داروخانه‌ای از شبکه در نزدیکی شما وجود دارد یا خیر.

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

- اگر در داخل ایالات متحده و قلمروهای آن زندگی می‌کنید اما خارج از محدوده خدمات هستید و بیمار شده‌اید یا داروهای تجویزی تحت پوشش بخش D شما تمام شده است، ما نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده است در شرایط محدود و غیر معمولی بر اساس راهنمای دارونامه بخش D برنامه Medicare تحت پوشش قرار خواهیم داد.

- اگر داروی تجویزی از بخش D برنامه Medicare را به همراه مراقبت اولیه تحت پوشش خارج از شبکه یا خارج از منطقه مراقبت‌های اورژانسی نیاز داشته باشید، ما تا میزان 30 روز از دارو را از یک داروخانه خارج از شبکه پوشش خواهیم داد. توجه: داروهایی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن به‌عنوان بخشی از مراقبت اورژانسی یا مراقبت فوری تجویز و ارائه می‌شوند، تا یک دورهٔ 30 روزه در یک بازهٔ 30 روزه پوشش داده می‌شوند. این داروها به موجب بخش D برنامه Medicare پوشش داده نمی‌شوند؛ بنابراین پرداختی‌ها برای این داروها از حد تعیین‌شده برای رسیدن به مرحله پوشش فاجعه‌بار کسر نمی‌شود.

- اگر به دلیل نبود داروخانه درون شبکه شبانه‌روزی در فاصله‌ای که بتوان با خودرو به آنجا دسترسی پیدا کرد، نتوانید در محدوده خدماتی ما به داروهای تحت پوشش با خدمات 24 ساعته دسترسی داشته باشید. اگر شخص متعارفی امکان تهیه دارو را از داروخانه درون شبکه در ساعات کاری معمول داشته باشد، ممکن است ما داروی شما را تحت پوشش قرار ندهیم.

- اگر سعی دارید نسخه‌ای را تهیه کنید که داروی آن به‌صورت منظم در داروخانه 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.

A9. بازپرداخت هزینه داروی تجویزشده به شما

اگر مجبور باشید از داروخانه‌ای خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً هنگام دریافت داروی تجویزشده باید به‌جای پرداخت سهم پرداخت، کل هزینه را بپردازید. می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهم‌مان از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم.

اگر کل هزینه داروی تجویزشده‌ای را که ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشد پرداخت کنید، پس از پرداخت هزینه دارو توسط Medi-Cal Rx، ممکن است داروخانه هزینه پرداخت‌شده را به شما بازپرداخت کند. 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. اطلاعات بیشتر را می‌توانید در وب‌سایت Medi-Cal Rx به نشانی medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/ بیابید.

برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به **فصل 7** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

B. فهرست داروی طرح ما

ما فهرست داروهای تحت پوشش *را داریم*. ما آن را *به‌اختصار* "فهرست دارو" می‌نامیم.

ما داروهای موجود در *فهرست داروها* را با کمک گروهی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *فهرست دارو* قوانینی را توضیح می‌دهد که باید برای گرفتن داروهای خود رعایت کنید.

ما معمولاً دارویی را که در *فهرست داروهای* طرح ما قرار دارد، در صورتی پوشش می‌دهیم که از قوانینی که در این فصل توضیح داده‌ایم پیروی کنید.

B1. داروها در *فهرست داروی ما*

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

بیشتر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، 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. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت داروهای تجویزشده از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

فهرست داروهای *ما* شامل داروهای با نام تجاری، داروهای ژنریک و فرآورده‌های بیولوژیک (که ممکن است شامل داروهای زیست‌مشابه باشند) است.

داروی با نام تجاری، دارویی است که با نامی دارای علامت تجاری متعلق به شرکت سازنده دارو به فروش می‌رسد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده‌تر از داروهای معمولی هستند. هنگامی‌که در فهرست دارو به «دارو» اشاره می‌کنیم منظورمان می‌تواند دارو یا محصولی بیولوژیک باشد.

داروهای ژنریک دارای همان مواد مؤثره‌ای هستند که در داروهای با نام تجاری وجود دارند. محصولات بیولوژیکی دارای جایگزین‌هایی هستند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به‌طور کلی، داروهای ژنریک و داروهای زیست‌مشابه به‌اندازه داروهای با نام تجاری یا فرآورده‌های بیولوژیک اصلی مؤثر هستند و معمولاً هزینه کمتری دارند. برای بسیاری از داروهای با نام تجاری، جایگزین‌های دارویی ژنریک وجود دارد و برای برخی محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین‌های مشابه بیولوژیکی دردسترس هستند. برخی بایوسیمیلارها «بایوسیمیلارهای قابل‌جایگزینی» هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخهٔ جدید در داروخانه به‌جای محصول بیولوژیک اصلی جایگزین شوند، درست مانند داروهای ژنریک که به‌جای داروهای برند جایگزین می‌شوند.

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

B2. نحوه پیدا کردن یک دارو در *فهرست داروهای ما*

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

- از وب‌سایت طرح ما kp.org/seniorrx دیدن 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.
- داروهایی که تحت پوشش بخش D نیستند، ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.
- از «ابزار مزایای لحظه‌ای» ما در kp.org/seniorrx استفاده کنید تا داروها را در *فهرست داروها* جست‌وجو کنید، برآوردی از مبلغی که باید بپردازید به دست آورید و بررسی کنید آیا داروهای جایگزینی در *فهرست داروها* وجود دارند که بتوانند همان بیماری را درمان کنند. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید.

B3. داروهایی که در *فهرست داروهای* ما نیستند

ما همه داروها را پوشش نمی‌دهیم.

- برخی از داروها در فهرست *داروی* ما نیستند زیرا قانون به ما اجازه نمی‌دهد آن‌ها را پوشش دهیم.
- در برخی موارد، ما تصمیم گرفته‌ایم داروی خاصی را در *فهرست دارویی* قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را دریافت کنید که در *فهرست داروهای* ما قرار ندارد. برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** مراجعه کنید.

طرح ما هزینه انواع داروهایی را که در این بخش توضیح داده شده‌اند، پرداخت نمی‌کند. به این داروها **داروهای مستثناشده از پوشش** گفته می‌شود. اگر نسخه‌ای برای دارویی مستثنی‌شده بگیرید، خودتان باید هزینه آن را پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید طرح ما باید هزینه یک داروی مستثنی‌شده را به‌دلیل مورد خاص شما بپردازد، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر، به **فصل 9** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

در اینجا سه قانون کلی برای داروهای مستثنی‌شده آمده است:

1. پوشش داروهای سرپایی طرح ما (که شامل Medicare بخش D است) نمی‌تواند هزینه دارویی را که قبلاً تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B قرار دارد، پرداخت کند. طرح ما داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا Medicare بخش B را بدون هزینه پوشش می‌دهد، اما این داروها بخشی از مزایای داروهای سرپایی شما محسوب نمی‌شوند.
2. طرح ما نمی‌تواند دارویی را که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری شده پوشش دهد.
3. مصرف دارو باید توسط FDA یا برخی منابع پزشکی به‌عنوان درمان بیماری شما تأیید شده باشد. پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ممکن است داروی خاصی را برای درمان بیماری شما تجویز کنند، حتی اگر آن دارو برای درمان آن بیماری تأیید نشده باشد. به این کار «مصرف خارج از موارد تأییدشده» گفته می‌شود. طرح ما معمولاً داروهایی را که برای «مصرف خارج از موارد تأییدشده» تجویز می‌شوند، تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

همچنین، طبق قانون، Medicare یا Medi-Cal نمی‌توانند هزینه انواع داروهای فهرست‌شده در زیر را پوشش دهند:

- داروهای مورد استفاده برای افزایش باروری
- داروهای مورد استفاده برای تسکین علائم سرفه یا سرماخوردگی*
- داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا افزایش رشد مو
- محصولات ویتامین و مواد معدنی تجویزی، به‌جز ویتامین‌های دوران بارداری و فرآورده‌های فلوراید*
- داروهای مورد استفاده برای درمان اختلالات جنسی یا اختلال عملکرد جنسی
- داروهای مورد استفاده برای درمان بی‌اشتهایی، کاهش وزن 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. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید.

B4. سطوح مشارکت در هزینه در *فهرست داروها*

هر داروی موجود در *فهرست دارویی* ما در یکی از شش سطح قرار دارد. سطح دارویی، گروهی از داروهاست که معمولاً از نوع مشابهی هستند (برای مثال، داروهای برند، ژنریک یا OTC). به طور کلی، هرچه سطح تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم پرداختی شما برای دارو بیشتر است.

- سطح 1 برای داروهای ژنریک ترجیحی (این سطح شامل برخی داروهای برند نیز می‌شود).
- سطح 2 برای داروهای ژنریک (این سطح شامل برخی داروهای برند نیز می‌شود).
- ردیف 3 – داروهای برند ترجیحی.
- سطح 4 برای داروهای غیرترجیحی (این سطح شامل داروهای ژنریک و برند هر دو می‌شود).
- رده 5 برای داروهای تخصصی (این رده شامل داروهای ژنریک و برند است).
- رده 6 برای واکسن‌های بخش D (این رده فقط شامل داروهای برند است).

برای اطلاع از اینکه داروی شما در کدام رده پرداخت مشترک قرار دارد، دارو را در *فهرست دارویی* ما پیدا کنید.

فصل 6 کتاب *راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که برای داروها در هر رده چه مبلغی پرداخت می‌کنید.

C. محدودیت در بعضی داروها

برای برخی داروها، قوانین خاصی نحوه و زمان پوشش آن‌ها توسط طرح ما را 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.

توجه داشته باشید که گاهی ممکن است یک دارو بیش از یک‌بار در *فهرست دارویی* ما ظاهر شود. دلیل این امر این است که یک داروی یکسان می‌تواند بر اساس دوز، مقدار یا شکل دارویی که پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما تجویز می‌کند، متفاوت باشد و ممکن است محدودیت‌های متفاوتی برای انواع مختلف آن دارو اعمال شود (به‌طور مثال، 10 میلی‌گرم در مقایسه با 100 میلی‌گرم؛ روزی یک عدد در مقایسه با روزی دو عدد؛ قرص در مقایسه با داروی مایع).

اگر برای داروی شما قانون خاصی وجود داشته باشد، معمولاً به این معناست که شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان باید اقدامات بیشتری انجام دهید تا ما هزینه دارو 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 ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان فکر می‌کنید این قانون نباید در مورد شرایط شما اعمال شود، از ما بخواهید از فرایند تصمیم‌گیری درباره پوشش برای اعمال یک استثنا استفاده کنیم. ممکن است با استفاده شما از دارو بدون انجام اقدامات اضافی موافقت کنیم یا نکنیم.

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

1. محدود کردن استفاده از داروی برند یا فرآورده بیولوژیک اصلی، در صورتی که به‌ترتیب، نسخه ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین آن در دسترس باشد.

به‌طور کلی، داروی ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین، همانند داروی برند یا فرآورده بیولوژیک اصلی عمل می‌کند و معمولاً هزینه کمتری دارد. اگر نسخه ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین یک داروی برند یا فرآورده بیولوژیک اصلی در دسترس باشد، داروخانه‌های طرف قرارداد ما نسخه ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین را در اختیار شما قرار می‌دهند.

- وقتی نسخه ژنریک در دسترس باشد، ما معمولاً هزینه داروی برند یا فرآورده بیولوژیک اصلی را پرداخت نمی‌کنیم.
- بااین‌حال، اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما دلیل پزشکی را به ما اعلام کند که داروی ژنریک، داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین یا سایر داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، برای شما مؤثر نخواهند بود، ما هزینه داروی برند را پوشش می‌دهیم.

- ممکن است مبلغ پرداختی شما برای داروی برند یا فرآورده بیولوژیک اصلی، بیشتر از مبلغ پرداختی برای داروی ژنریک یا داروی بیوسیمیلار قابل‌جایگزین باشد.

2. دریافت تأییدیه طرح از قبل

برای برخی داروها، شما یا تجویزکننده دارو باید پیش از تهیه نسخه خود، از طرح ما تأییدیه دریافت کنید. به این کار «مجوز قبلی» گفته می‌شود. این کار به این منظور انجام می‌شود که از ایمنی دارو اطمینان حاصل شود و در مورد استفاده مناسب از برخی از داروهای خاص شما را راهنمایی کند. اگر تأییدیه قبلی نگیرید، ممکن است این دارو را پوشش ندهیم. با خدمات اعضا به شماره‌ای که در پایین صفحه درج شده است یا از طریق وب‌سایت ما به نشانی kp.org/seniorrx تماس بگیرید.

3. محدودیت‌های مقدار

برای برخی داروها، مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کنیم. این موضوع سقف محدودیت برای مقدار نامیده می‌شود. برای مثال، اگر معمولاً مصرف بیش از یک قرص در روز از یک داروی خاص ایمن در نظر گرفته نشود، ممکن است مقدار دارویی را که در هر بار تمدید نسخه می‌توانید دریافت کنید، محدود کنیم.

برای اطلاع از اینکه آیا هر یک از قوانین فوق درباره دارویی که مصرف می‌کنید یا قصد مصرف آن را دارید اعمال می‌شود، *فهرست دارویی* ما را بررسی کنید. برای دریافت به‌روزترین اطلاعات، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وب‌سایت ما به نشانی kp.org/seniorrx مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما درباره پوشش دارو بر اساس هر یک از دلایل فوق موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. لطفاً به **فصل 9** از *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D. دلایلی که ممکن است داروی شما تحت پوشش نباشد

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. همان‌طور که در بخش بالا توضیح داده شد، برخی از داروهایی که تحت پوشش طرح ما هستند، دارای قوانینی هستند که مصرف آن‌ها را محدود می‌کنند. در برخی موارد، شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از ما درخواست کنید که استثنائی برای شما قائل شویم.
- دارو پوشش داده شده است، اما در دسته‌ای از تقسیم هزینه قرار دارد که سهم تقسیم هزینه شما بسیار گرانتر از آن مبلغی خواهد شد که فکر می‌کردید.

اگر ما یک دارو را به شیوه‌ای که شما می‌خواهید تحت پوشش قرار ندهیم، اقداماتی وجود دارد که می‌توانید انجام دهید.

D1. دریافت موقت دارو

در برخی موارد، زمانی که دارویی در *فهرست دارویی* ما قرار ندارد یا مصرف آن به نحوی محدود شده است، می‌توانیم مقدار موقتی از آن دارو را در اختیار شما قرار دهیم. این به شما فرصت می‌دهد تا با پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود درباره دریافت داروی دیگری صحبت کنید یا از ما بخواهید هزینه دارو را پوشش دهیم.

برای دریافت مقدار موقت از یک دارو، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

1. دارویی که مصرف می‌کرده‌اید:
   - دیگر در *فهرست داروی* ما نباشد **یا**
   - هرگز در *فهرست داروی* ما نبوده باشد **یا**
   - اکنون به نوعی محدودیت داشته باشد.

2. شما باید در یکی از شرایط زیر قرار داشته باشید:

- سال گذشته عضو طرح ما بوده باشید.
  - ما در طول 90 روز اول سال تقویمی، مقدار موقتی از داروی **شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم.**
  - این تأمین موقت دارو برای حداکثر **30 روز** است.
  - اگر نسخهٔ شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند بار تهیهٔ مجدد نسخه را مجاز می‌کنیم تا حداکثر 30 روز دارو برای شما فراهم شود. شما باید نسخه خود را از یکی از داروخانه‌های طرف قرارداد تهیه کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدررفت دارو، داروی شما را هر بار در مقادیر کم در اختیارتان قرار دهند.
- عضو جدیدی در طرح ما باشید.
  - در طول 90 روز اول عضویت شما در طرح ما، **یک تأمین موقت از داروی شما را پوشش می‌دهیم.**
  - این تأمین موقت دارو برای حداکثر 30 روز است.
  - اگر نسخهٔ شما برای تعداد روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چند بار تهیهٔ مجدد نسخه را مجاز می‌کنیم تا حداکثر 30 روز دارو برای شما فراهم شود. شما باید نسخه خود را از یکی از داروخانه‌های طرف قرارداد تهیه کنید.
  - داروخانه‌های مراقبت بلندمدت ممکن است برای جلوگیری از هدررفت دارو، داروی شما را هر بار در مقادیر کم در اختیارتان قرار دهند.
- بیش از 30 روز در طرح ما عضو بوده باشید، در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی کنید و فوراً به دارو نیاز داشته باشید.
  - یک دوره تأمین تا 31 روزه از داروی شما را پوشش می‌دهیم، یا کمتر، اگر نسخه شما برای مدت کوتاه‌تری نوشته شده باشد. این مقدار علاوه بر تأمین مقدار موقت ذکرشده در بالا است.
  - اگر وارد بیمارستان، مرکز پرستاری حرفه‌ای یا مرکز مراقبت بلندمدت شوید یا از آن ترخیص شوید و به یک محیط مراقبتی دیگر یا منزل بروید، این موضوع با عنوان تغییر سطح مراقبت شناخته می‌شود. وقتی سطح مراقبت‌تان تغییر می‌کند، ممکن است نیاز به تهیه مقدار بیشتری از داروهایتان داشته باشید. حتی اگر دارویی در فهرست دارویی ما نباشد، معمولاً تا حداکثر ذخیره یک‌ماهه از داروهای بخش D را طی این دوره تغییر سطح مراقبت پوشش می‌دهیم.

D2. درخواست دریافت موقت دارو

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

وقتی یک تأمین موقت از دارویی دریافت می‌کنید، هرچه زودتر با پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید پس از تمام شدن دارو چه کاری باید انجام دهید. گزینه‌های شما عبارت‌اند از:

- جایگزینی با دارویی دیگر.
ممکن است طرح ما داروی دیگری را که برای شما مؤثر باشد پوشش دهد. برای درخواست فهرستی از داروهایی را که برای درمان همان عارضه پزشکی پوشش می‌دهیم، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این فهرست می‌تواند به پزشک شما کمک کند داروی تحت پوششی را پیدا کند که ممکن است برای شما مؤثر باشد.

یا

- درخواست استثنا کنید.

شما و پزشکتان می‌توانید از ما درخواست استثنا کنید. برای مثال، می‌توانید از ما بخواهید دارویی را که در *فهرست دارویی* ما نیست پوشش دهیم یا درخواست کنید دارو را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌دهنده‌تان عنوان کند که دلایل پزشکی مقبولی برای استثنا دارید، می‌توانند برای تقاضای استثنا به شما کمک کنند.

D3. درخواست استثنا

گر 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.
- اگر درخواست شما را تأیید کنیم، پیش از اعمال تغییر، پوشش دارو را تأیید خواهیم کرد.

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

اگر برای درخواست استثنا به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

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 ما:

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو نیاز به تأیید قبلی باشد یا نباشد (دریافت مجوز از ما پیش از دریافت دارو).
- مقدار دارویی را که می‌توانید بگیرید زیاد کنیم یا تغییر دهیم (سقف محدودیت مقدار).
- یک محصول بیولوژیک اصلی را با نسخهٔ بایوسیمیلار قابل‌جایگزینی آن جایگزین کند.

ما باید پیش از اعمال تغییرات در *فهرست دارویی*، الزامات Medicare را رعایت کنیم. برای اطلاعات بیشتر درباره این قوانین مربوط به داروها، به **بخش C** مراجعه کنید.

اگر دارویی را که در **ابتدای** سال تحت پوشش ما بوده است مصرف می‌کنید، معمولاً در طول باقی‌مانده سال **پوشش آن** دارو را حذف یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:

- داروی جدید و ارزان‌تری وارد بازار شود که به همان اندازه داروی موجود در *فهرست دارویی* ما مؤثر باشد؛ **یا**
- متوجه شویم که یک دارو ایمن نیست؛ **یا**
- دارویی از بازار جمع‌آوری شده باشد.

اگر پوشش برای دارویی که مصرف می‌کنید تغییر کند، چه کاری باید انجام دهید؟

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

- فهرست *دارویی* فعلی ما را به‌صورت آنلاین در kp.org/seniorrx بررسی کنید **یا**
- برای بررسی *فهرست دارویی* فعلی ما، با خدمات اعضا از شماره تلفنی که در پایین صفحه درج شده است تماس بگیرید.

تغییراتی که ممکن است در *فهرست دارویی* ایجاد کنیم و در طول سال جاری طرح بر شما تأثیر بگذارد

برخی تغییرات در *فهرست دارویی* که بر شما تأثیر می‌گذارند، **بلافاصله** اعمال خواهند شد. به‌طور مثال:

یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک یا داروی زیست‌همسان جدید وارد بازار می‌شود که اکنون همانند یک داروی با نام تجاری یا محصول بیولوژیک اصلی موجود در *فهرست دارویی* ما عمل می‌کند. 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 انجام این تغییر خاص، اطلاعات مربوط به آن را برایتان ارسال خواهیم کرد.
- شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید درخواست کنید که "استثنائی" در این تغییرات در نظر گرفته شود. ما اطلاعیه‌ای حاوی مراحلی که می‌توانید برای درخواست استثنا پشت سر بگذارید، برای شما ارسال خواهیم کرد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر درباره استثنائات، به **فصل 9** این دفترچه مراجعه کنید.

حذف داروهای ناایمن و سایر داروهایی که دیگر در بازار عرضه نمی‌شوند. گاهی ممکن است مشخص شود که یک دارو ناایمن است یا به دلیل دیگری از بازار جمع‌آوری شود. اگر این اتفاق بیفتد، ممکن است فوراً آن را از *فهرست دارویی* خود حذف کنیم. اگر مصرف‌کنندهٔ این دارو باشید، اطلاعیه‌ای پس از اعمال این تغییر برای شما ارسال خواهیم کرد. تجویزکننده شما نیز از این تغییر مطلع خواهد شد و می‌تواند برای پیدا کردن داروی مناسب دیگری برای بیماری‌تان با شما همکاری کند.

ممکن است تغییرات دیگری نیز اعمال کنیم که بر داروهایی که مصرف می‌کنید تأثیر بگذارد. تغییرات دیگر در *فهرست دارویی* خود را 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.

هنگامی که این تغییرات انجام می‌شوند، ما:

- به شما حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر در *فهرست دارویی* خود 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**
- اگر لازم است برای ادامه پوشش دارو یا نسخه‌ای از دارویی که مصرف می‌کرده‌اید، درخواست استثنا از این تغییرات بدهید. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه درخواست استثنا، به **فصل 9** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

تغییراتی در *فهرست دارویی* که در طول سال جاری بر شما تأثیر نمی‌گذارد

ممکن است تغییراتی در داروهایی که مصرف می‌کنید ایجاد کنیم که در بالا توضیح داده نشده‌اند و در حال حاضر تأثیری بر شما ندارند. برای این‌گونه تغییرات، اگر دارویی را مصرف می‌کنید که در **ابتدای سال** تحت پوشش ما بوده است، **معمولاً در طول باقی‌مانده سال پوشش آن دارو را حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم**.

برای مثال، اگر دارویی را که مصرف می‌کنید از فهرست داروهای تحت پوشش حذف کنیم یا مصرف آن را محدود کنیم، این تغییر تا پایان سال بر نحوه استفاده شما از آن دارو تأثیری نخواهد داشت.

اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به‌جز تغییراتی که در بخش بالا ذکر شده‌اند)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر نحوه استفاده شما از آن دارو تأثیری نخواهد داشت.

ما در طول سال جاری مستقیماً درباره این نوع تغییرات به شما اطلاع نخواهیم داد. باید *فهرست داروهای تحت پوشش* مربوط به سال بعد را (زمانی که این فهرست در طول دوره ثبت‌نام آزاد در دسترس قرار می‌گیرد) بررسی کنید تا ببینید آیا تغییراتی وجود دارد که در سال بعد بر شما تأثیر بگذارد.

F. پوشش داروها در موارد خاص

F1. در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای اقامتی که تحت پوشش طرح ما است

اگر برای مدتی در بیمارستان یا مرکز پرستاری ماهر بستری شوید که هزینه آن تحت پوشش طرح ما باشد، معمولاً هزینه داروهای شما را در طول مدت بستری تحت پوشش قرار می‌دهیم. شما مبلغ مشارکت پرداخت نخواهید کرد. 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 داروها و هزینه‌هایی که باید پرداخت کنید، به **فصل 6** این *کتابچه راهنمای* اعضا، یعنی فهرست داروهای تحت پوشش مراجعه کنید.

F2. در یک مرکز مراقبت بلندمدت

معمولاً یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت، مانند مرکز پرستاری، داروخانه مخصوص خود را دارد یا با داروخانه‌ای قرارداد دارد که داروهای مورد نیاز همه ساکنان آن مرکز را تأمین می‌کند. اگر در یک مرکز مراقبت طولانی‌مدت زندگی می‌کنید، در صورتی که داروخانه آن مرکز عضو شبکه ما باشد، ممکن است داروهای خود را از طریق داروخانه همان مرکز دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه آیا داروخانه مرکز مراقبت طولانی‌مدت شما عضو شبکه ما است، *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* را بررسی کنید. اگر این‌طور نیست یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

F3. در یک برنامه مراقبت آسایشگاهی مورد تأیید Medicare

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

- ممکن است در یک برنامه مراقبت تسکینی Medicare ثبت‌نام کرده باشید و به داروهای خاصی (مانند داروهای ضد درد، ضد تهوع، ملین یا ضد اضطراب) نیاز داشته باشید که برنامه مراقبت تسکینی شما آن‌ها را پوشش نمی‌دهد، زیرا این داروها به پیش‌آگهی بیماری نهایی و شرایط مرتبط با آن مربوط نیستند. در این موارد، پیش از اینکه بتوانیم دارو را پوشش دهیم، طرحمان باید از تجویزکننده یا ارائه‌دهنده مراقبت آسایشگاهی‌تان اطلاعیه‌ای بگیرد مبنی بر اینکه دارو نامرتبط 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 اطلاعیه غیرمرتبط بودن دارو را گرفته‌ایم.

اگر از مراقبت تسکینی خارج شوید، طرح ما هزینه تمام داروهای شما 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.

به بخش‌های قبلی این فصل مراجعه کنید که درباره داروهایی که طرح ما پوشش می‌دهد توضیح می‌دهند. برای اطلاعات بیشتر درباره مزایای هاسپیس به **فصل 4** این *کتابچه رهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G. برنامه‌های ایمنی دارویی و مدیریت داروها

G1. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مصرف ایمن داروها

هر بار که نسخه‌ای را دریافت می‌کنید، ما مشکلات احتمالی، مانند خطاهای دارویی یا داروهایی که:

- ممکن است به آن‌ها نیازی نباشد، زیرا داروی مشابه دیگری مصرف می‌کنید که همان کار را انجام می‌دهد
- 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
- ممکن است مقدار (دوز) آن‌ها اشتباه باشد
- مقدار ناایمنی از داروهای مسکن اپیوئیدی داشته باشند

اگر در نحوه مصرف داروهای شما مشکل احتمالی پیدا کنیم، با ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما همکاری می‌کنیم تا مشکل را برطرف کنیم.

G2. برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت داروها

طرح ما برای کمک به اعضایی 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 سوال یا مشکلی -که- درباره داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه خود دارید

سپس، آنها موارد زیر را به شما ارائه می‌کند:

- خلاصه‌ای 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.

بهتر است درباره برنامه اقدام و فهرست داروهای خود با تجویزکننده دارو صحبت کنید.

- برنامه اقدام و فهرست داروهای خود را هنگام مراجعه یا هر زمان که با پزشکان، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی صحبت می‌کنید، همراه داشته باشید.
- اگر به بیمارستان یا بخش اورژانس می‌روید، فهرست داروهایتان را به همراه داشته باشید

برنامه‌های MTM داوطلبانه و برای اعضای واجد شرایط رایگان هستند. اگر برنامه‌ای داشته باشیم که مناسب نیازهای شما باشد، شما را در آن برنامه ثبت‌نام می‌کنیم و اطلاعات را ارسال می‌کنیم. اگر نمی‌خواهید در این برنامه شرکت کنید، به ما اطلاع دهید تا شما را از برنامه خارج کنیم.

اگر درباره این برنامه‌ها سوالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. برنامه مدیریت دارو (DMP) برای کمک به اعضا در مصرف ایمن داروهای اپیوئیدی

ما برنامه‌ای داریم که کمک می‌کند اعضا داروهای اپیوئیدی نسخه‌ای و سایر داروهای پرخطر را به‌طور ایمن مصرف کنند. این برنامه را (DMP) برنامه مدیریت دارو می‌نامیم.

اگر از داروهای مخدری استفاده می‌کنید که از چندین پزشک یا داروخانه گرفته‌اید، یا اگر اخیراً مصرف بیش از حد مواد مخدر داشته‌اید، ممکن است با پزشکتان صحبت کنیم و اطمینان حاصل کنیم که از نظر پزشکی مصرف این مواد برای شما ضروری و مناسب است. همکاری با تجویزکنندگان شما، اگر تصمیم بگیریم که استفاده شما از داروهای تجویزی اپیوئید یا بنزودیازپین ممکن است ایمن نباشد، ممکن است محدود کنیم که چگونه می‌توانید این داروها را دریافت کنید. اگر شما را در DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام شما به دریافت تمام نسخه‌های مربوط به آن داروها از داروخانه(های) مشخص
- الزام شما به دریافت تمام نسخه‌های داروهای اپیوئیدی یا بنزودیازپین خود از یک تجویزکننده مشخص
- محدود کردن مقدار داروهای اپیوئیدی یا بنزودیازپینی که برای شما پوشش می‌دهیم

اگر قصد داشته باشیم نحوهٔ دریافت این داروها یا مقدار قابل دریافت را محدود کنیم، پیشاپیش یک نامه برای شما 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.

شما فرصت خواهید داشت به ما بگویید کدام تجویزکنندگان یا داروخانه‌ها را ترجیح می‌دهید و چه اطلاعاتی را مهم می‌دانید که ما بدانیم. پس از اینکه فرصت پاسخگویی پیدا کردید، اگر تصمیم بگیریم پوشش این داروها را برای شما محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال خواهیم کرد که محدودیت‌ها را تأیید می‌کند.

اگر فکر می‌کنید اشتباهی کرده‌ایم، با تصمیم یا محدودیت ما موافق نیستید، شما و تجویزکننده شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر بدهید، ما پروندهٔ شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم جدیدی می‌گیریم. اگر همچنان هر بخشی از درخواست تجدیدنظر شما را در رابطه با محدودیت‌های اعمال‌شده برای دسترسی شما به داروها رد کنیم، پرونده شما را به‌طور خودکار برای بررسی به یک سازمان بررسی مستقل (IRO) ارسال خواهیم کرد. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره درخواست‌های تجدیدنظر و IRO، به **فصل 9** این *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.)

درصورتی‌که 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 مراقبت‌های آسایشگاهی، تسکینی یا پایان زندگی هستید، **یا**
- در مرکز مراقبت‌های بلندمدت زندگی کنید.

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

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که برای داروهای سرپایی خود چقدر پرداخت می‌کنید. منظور ما از «دارو» موارد زیر است:

- داروهای 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 آنجا که واجد شرایط Medi-Cal هستید، برای کمک به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D، از Medicare کمک اضافی دریافت می‌کنید. ما یک ضمیمه جداگانه، با عنوان «ضمیمه مدرک پوشش برای افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای تجویزی کمک اضافی دریافت می‌کنند» (که به «ضمیمه یارانه افراد کم‌درآمد» یا «ضمیمه LIS» نیز معروف است) برای شما ارسال خواهیم کرد که درباره پوشش دارویی شما توضیح می‌دهد. درصورتی‌که این الحاقیه را ندارید، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید و «الحاقیه LIS» را درخواست کنید.

> **کمک اضافی برنامه‌ای** از Medicare است که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می‌کند هزینه‌های داروهای Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و پرداخت‌های مشترک را کاهش دهند. Extra Help با عنوان «یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز شناخته می‌شود.

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره داروها، می‌توانید نگاهی به این مکان‌ها بیندازید:

- فهرست داروهای تحت پوششمان.
  - ما این را "*فهرست دارویی*" می‌نامیم. این ابلاغیه موارد زیر را به شما می‌گوید:
    - ما هزینه کدام داروها را پرداخت می‌کنیم
    - هر دارو در کدام‌یک از 6 سطح قرار دارد
    - اگر محدودیت‌هایی برای داروها وجود داشته باشد
  - اگر به نسخه‌ای از *فهرست دارو* نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید جدیدترین نسخه *فهرست دارویی* ما را در وب‌سایت ما به نشانی kp.org/seniorrx پیدا کنید.
  - بیشتر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح Kaiser Permanente Dual **Complete** 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. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه‌ها از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

- **فصل 5** از این *کتابچه راهنمای اعضا*.
  - نحوه دریافت داروهای سرپایی خود را از طریق طرح ما توضیح می‌دهد.
  - این بخش شامل قوانینی است که باید دنبال کنید. همچنین توضیح می‌دهد که طرح ما چه نوع داروهایی را پوشش نمی‌دهد.
  - وقتی از «ابزار مزایای دارویی لحظه‌ای» (Real Time Benefit Tool) طرح برای بررسی پوشش دارویی استفاده می‌کنید (به **فصل 5، بخش B2** مراجعه کنید)، هزینه‌ای که نمایش داده می‌شود، برآوردی از هزینه‌ای است که انتظار می‌رود از جیب خود پرداخت کنید. می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- فهرست *ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما*.
  - در اغلب **موارد**، باید برای تهیه داروهای تحت پوشش خود از داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه داروخانه‌هایی هستند که برای همکاری با ما موافقت می‌کنند.
  - فهرست **ارائه‌دهندگان** *خدمات و داروخانه‌ها، داروخانه‌های* عضو شبکه ما را فهرست می‌کند. برای اطلاعات بیشتر درباره داروخانه‌های داخل شبکه، به **فصل 5** *این کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

فصل 6 فهرست مطالب

A. *توضیح مزایا* (EOB) 186
B. نحوه پیگیری هزینه‌های دارویی شما 186
B1. اگر متوجه اشتباهی در این خلاصه شدید، چه می‌شود؟ 187
B2. در مورد کلاهبرداری احتمالی چه؟ 187
C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D 188
D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه 188
D1. انتخاب‌های شما برای داروخانه 189
D2. دریافت دارو برای مصرف طولانی‌مدت 189
D3. مبلغی که پرداخت می‌کنید 189
D4. پایان مرحله پوشش اولیه 190
E. مرحله 2: مرحله پوشش هزینه‌های سنگین 190
F. هزینه داروهای شما در صورتی که پزشک کمتر از مقدار مصرف یک ماه دارو برایتان تجویز کند 190
G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید 191
G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید 191
G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید 191

A. *توضیح مزایا* (EOB)

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

- هزینه‌های پرداختی **از جیب شما**. این مبلغی است که شما یا اشخاص دیگری از طرف شما برای هزینه داروهایتان پرداخت می‌کنید. این مبلغ شامل هزینه‌ای است که هنگام دریافت داروی تحت پوشش Part D پرداخت کرده‌اید، همچنین هر مبلغی که خانواده یا دوستانتان بابت داروهای شما پرداخت کرده‌اند، و هر مبلغی که بابت داروهای شما از طریق کمک اضافی Medicare (Extra Help)، طرح‌های بیمه درمانی کارفرما یا اتحادیه، خدمات بهداشت هند (Indian Health Service)، برنامه‌های کمک به داروهای ایدز، مؤسسات خیریه و بیشتر برنامه‌های کمک دارویی ایالتی (SPAPs) پرداخت شده است.

- مجموع **هزینه داروهای شما**. این مجموع تمام پرداخت‌های انجام‌شده برای داروهای تحت پوشش بخش D شما است. این شامل مبلغی است که طرح ما پرداخت کرده و مبلغی که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.

وقتی داروهایتان را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید، ما *خلاصه‌ای به نام توضیح مزایا (EOB)* برای شما ارسال می‌کنیم. آن را به‌اختصار EOB می‌نامیم. EOB یک قبض نیست. EOB درباره داروهایی که مصرف می‌کنید، اطلاعات بیشتری ارائه می‌دهد. EOB شامل این موارد می‌شود:

- **اطلاعاتی برای ماه.** این خلاصه مشخص می‌کند که در ماه گذشته چه داروهایی دریافت کرده‌اید. این خلاصه مجموع هزینه‌های دارویی، مبلغی که ما پرداخت کرده‌ایم و مبلغی را که شما و دیگران از طرف شما پرداخت کرده‌اید، نشان می‌دهد.
- **مجموع سالانه از 1 ژانویه.** این بخش کل هزینه‌های دارو و کل پرداخت‌ها برای داروهای شما را از ابتدای سال نشان می‌دهد.
- **اطلاعات قیمت دارو.** این مبلغ کل دارو و تغییرات قیمت دارو از زمان اولین دریافت، برای هر ادعای نسخه‌ای با همان مقدار است.
- **جایگزین‌های کم‌هزینه‌تر.** در صورت وجود، اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با سهم هزینه پایین‌تر برای هر نسخه.

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

- مبالغ پرداخت‌شده برای این داروها در مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه نمی‌شوند.

- بیشتر داروهایی که از داروخانه دریافت می‌کنید، تحت پوشش طرح هستند. سایر داروها، مانند برخی داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و ویتامین‌های خاص، ممکن است توسط Medi-Cal Rx پوشش داده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر به وب‌سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) Medi-Cal Rx مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت داروهای نسخه‌ای از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذی‌نفع Medi-Cal (BIC) خود را همراه داشته باشید.

- برای اطلاع از اینکه طرح ما کدام داروها را پوشش می‌دهد، به فهرست داروی ما *رجوع کنید*.

B. نحوه پیگیری هزینه‌های دارویی شما

برای پیگیری هزینه‌های دارویی شما و مبالغی که پرداخت می‌کنید، از سوابقی که از شما و داروخانه‌تان دریافت می‌کنیم استفاده می‌کنیم. چگونه می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

هر بار که نسخه خود را دریافت می‌کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید. این به ما کمک می‌کند بدانیم که چه نسخه‌ای را تهیه می‌کنید و چه مبلغی می‌پردازید.

2. مطمئن شوید که اطلاعاتی را که ما نیاز داریم در اختیارمان قرار داده‌اید.

می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهم‌مان از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم. برای درخواست بازپرداخت هزینه داروی بخش D که توسط یک ارائه‌دهنده خدمات درون‌شبکه تجویز شده و از یک داروخانه درون‌شبکه دریافت کرده‌اید، به آدرس زیر نامه بنویسید:

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

در موارد زیر باید نسخه‌هایی از رسیدهای خود را برای ما ارسال کنید:

- وقتی داروی تحت پوشش را از داروخانه‌ای در شبکه با قیمت ویژه خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست
- 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 در شرایط خاص، تمام هزینه یک داروی تحت پوشش را پرداخت می‌کنید

برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست بازپرداخت سهم هزینه داروی *ما*، به **فصل 7** *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

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

پرداخت‌هایی که توسط افراد و سازمان‌های دیگر انجام می‌شود نیز جزو هزینه‌های از جیب شما محسوب می‌شود. به عنوان مثال پرداخت‌هایی که توسط برنامه مساعدت دارویی ایدز (ADAP)، برنامه «خدمات سلامت سرخپوستان» و اغلب خیریه‌ها انجام می‌شوند، جزو هزینه‌های پرداختی از جیب شما 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. EOBهایی را که برای شما ارسال می‌کنیم بررسی کنید.

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

- **آیا نام هر یک از داروخانه‌ها را می‌شناسید؟** تاریخ‌ها را بررسی کنید. آیا آن روز دارو دریافت کرده‌اید؟
- **آیا داروهای فهرست‌شده را دریافت کرده‌اید؟** آیا آن‌ها با موارد ذکرشده در رسیدهای شما مطابقت دارند؟ آیا داروها با آنچه پزشکتان تجویز کرده است مطابقت دارند؟

B1. اگر متوجه اشتباهی در این خلاصه شدید، چه می‌شود؟

اگر چیزی در این EOB برایتان نامفهوم است یا درست به نظر نمی‌رسد، لطفاً با خدمات اعضای Kaiser Permanente Dual Complete تماس بگیرید.

B2. در مورد کلاهبرداری احتمالی چه؟

اگر این خلاصه شامل داروهایی است که مصرف نمی‌کنید یا مورد مشکوک دیگری در آن مشاهده می‌کنید، لطفاً با ما تماس بگیرید.

- با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید با این شماره‌ها به‌صورت رایگان تماس بگیرید.

- اگر مشکوک هستید که ارائه‌دهنده‌ای که از Medi-Cal استفاده می‌کند مرتکب تقلب، اتلاف منابع یا سوءاستفاده شده است، حق دارید با تماس با شماره رایگان و محرمانه 1-800-822-6222 آن را گزارش دهید. سایر روش‌های گزارش تقلب در Medi-Cal را می‌توانید در نشانی زیر پیدا کنید: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

اگر فکر می‌کنید اطلاعاتی اشتباه است یا چیزی جا افتاده است، یا اگر سوالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید انتخاب کنید که **EOB** خود را به‌صورت آنلاین، به‌جای دریافت از طریق پست، مشاهده کنید. لطفاً به kp.org/goinggreen مراجعه کنید و برای کسب اطلاعات بیشتر درباره انتخاب مشاهده آنلاین و امن **EOB** خود، به حساب کاربری‌تان وارد شوید. این EOBها را نگه دارید. آن‌ها سوابق مهمی از هزینه‌های دارویی شما هستند.

C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

پوشش دارویی Medicare بخش D شما تحت طرح ما شامل دو مرحله پرداخت است. مبلغی که برای هر نسخه پرداخت می‌کنید، به میزان کمک اضافی (Extra Help) شما و مرحله‌ای که هنگام دریافت یا تمدید نسخه در آن قرار دارید، بستگی دارد.

دو مرحله وجود دارد:

مرحله 1: مرحله پوشش اولیه	مرحله 2: مرحله پوشش فاجعه‌بار
در این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را می‌پردازید. سهم شما پرداخت 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 2026 پرداخت می‌کنیم. شما زمانی وارد این مرحله می‌شوید که مبلغ مشخصی از هزینه‌ها را از جیب خود پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله پوشش اولیه

در مرحله پوشش اولیه، ما بخشی از هزینه داروهای تحت پوشش شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خود را پرداخت می‌کنید. 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.

رده‌های مشارکت در هزینه، گروه‌هایی از داروها هستند که کپی یکسانی دارند. هر دارویی در *فهرست دارویی* طرح ما در یکی از شش رده مشارکت در هزینه قرار دارد. به‌طور کلی، هرچه شماره ردیف بالاتر باشد، پرداخت مشترک نیز بیشتر است. برای اطلاع از رده‌های مشارکت در هزینه داروهای خود، به *فهرست داروی* ما مراجعه کنید.

- تقسیم هزینه **سطح 1** برای داروهای ژنریک ترجیحی (این سطح شامل برخی داروهای برند نیز می‌شود).
- تقسیم هزینه **سطح 2** برای داروهای ژنریک (این سطح شامل برخی داروهای برند نیز می‌شود).
- تقسیم هزینه **سطح 3** اشتراک هزینه برای داروهای با نام تجاری ترجیحی.
- تقسیم هزینه **سطح 4** برای داروهای غیرترجیحی (این سطح شامل داروهای ژنریک و برند است).
- تقسیم هزینه **سطح 5** برای داروهای تخصصی (این سطح شامل داروهای ژنریک و برند است).
- تقسیم هزینه‌ها برای واکسن‌های **سطح 6** (این طبقه فقط داروهایی با نام تجاری را شامل می‌شود) برای بخش D.

D1. انتخاب‌های شما برای داروخانه

مقدار پولی که برای یک دارو پرداخت می‌کنید، بستگی به این دارد که دارو را از کجا دریافت می‌کنید:

- یک داروخانه خرده‌فروشی درون شبکه **یا**
- یک داروخانه خرده‌فروشی خارج از شبکه. در موارد محدودی، نسخه‌هایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده باشد نیز تحت پوشش قرار می‌دهیم. به **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا *مراجعه کنید* تا بدانید ما چه زمانی این کار را انجام می‌دهیم.
- داروخانه سفارش پستی طرح ما.

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

D2. دریافت دارو برای مصرف طولانی‌مدت

در مورد برخی داروها هنگام تهیه نسخه، می‌توانید تأمین بلند مدت (که«تأمین گسترش یافته» هم نامیده می‌شود) دریافت کنید. تأمین بلند مدت حداکثر تا میزان مصرف 100 روزه است. هزینه آن برای شما به اندازه همان عرضه یک‌ماهه است.

برای کسب اطلاعات درباره محل و نحوه دریافت دارو به‌صورت بلندمدت، به **فصل 5** از این *کتابچه راهنمای اعضا* یا *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های طرح ما مراجعه کنید*.

D3. مبلغی که پرداخت می‌کنید

در طول مرحله پوشش اولیه، ممکن است هر بار که نسخه داروی خود را دریافت می‌کنید، مبلغی به‌عنوان سهم پرداختی بپردازید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش برای شما کمتر از مقدار پرداخت مشترک باشد، مبلغ کمتر را می‌پردازید.

برای اطلاع از مبلغ سهم پرداختی برای هر داروی تحت پوشش، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

سهم شما از هزینه هنگام دریافت یک مقدار یک‌ماهه یا بلندمدت از یک داروی تحت پوشش از:

	یک داروخانه خرده‌فروشیِ داخل شبکه یا خدمات سفارش پستی طرح ما	**یک داروخانه مراقبت‌های طولانی‌مدتِ داخل شبکه**	**یک داروخانه خارج از شبکه** پوشش فقط در موارد خاصی ارائه می‌شود. برای جزئیات، به **فصل 5** مراجعه کنید.
	یک مقدار مصرف یک‌ماهه یا حداکثر 100 روزه	حداکثر تا مقدار مصرف 31 روز	حداکثر تا مقدار مصرف 30 روز.
اشتراک هزینه **ردیف 1** برای داروهای ژنریک ترجیحی	**$0-$5.80**، بسته به سطح کمک اضافی (Extra Help) شما		
اشتراک هزینه **ردیف 2** برای داروهای ژنریک	**$0-$5.80**، بسته به سطح کمک اضافی (Extra Help) شما		
سطح 3 اشتراک هزینه برای **داروهای** با نام تجاری ترجیحی.	**$0-$14.40**، بسته به سطح کمک اضافی (Extra Help) شما		

	یک داروخانه خرده‌فروشیِ داخل شبکه یا خدمات سفارش پستی طرح ما	**یک داروخانه مراقبت‌های طولانی‌مدتِ داخل شبکه**	**یک داروخانه خارج از شبکه** پوشش فقط در موارد خاصی ارائه می‌شود. برای جزئیات، به **فصل 5** مراجعه کنید.
	یک مقدار مصرف یک‌ماهه یا حداکثر 100 روزه	حداکثر تا مقدار مصرف 31 روز	حداکثر تا مقدار مصرف 30 روز.
اشتراک هزینه **ردیف 4** برای داروهای غیرترجیحی	**$0-$14.40**، بسته به سطح کمک اضافی (Extra Help) شما		
ردیف 5 تقسیم هزینه برای داروهای دسته تخصصی	**$0-$14.40**، بسته به سطح کمک اضافی (Extra Help) شما		
دسته 6 تقسیم هزینه برای واکسن‌های بخش D	**$0** (سفارش پستی برای داروهای ردیف 6 در دسترس نیست)		

برای اطلاعات درباره اینکه کدام داروخانه‌ها می‌توانند دارو را به‌صورت بلندمدت در اختیار شما قرار دهند، به فهرست *ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید*.

D4. پایان مرحله پوشش اولیه

مرحله پوشش اولیه زمانی به پایان می‌رسد که مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب شما به **$2,400** برسد. در آن مقطع، «مرحله پوشش هزینه کمرشکن» آغاز می‌شود. از آن زمان تا پایان سال، ما تمام هزینه‌های داروهای شما را پوشش می‌دهیم.

EOB به شما کمک می‌کند میزان مبلغی را که در طول سال برای داروهای خود پرداخت کرده‌اید، پیگیری کنید. اگر به سقف **$2,400** برسید، به شما اطلاع می‌دهیم. بسیاری از افراد در طول یک سال به این سقف نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله پوشش هزینه‌های سنگین

وقتی به سقف هزینه پرداختی از جیب **$2,400** برای داروهای خود برسید، مرحله پوشش فاجعه‌آمیز آغاز می‌شود. وقتی در «مرحله پوشش هزینه‌های کمرشکن» قرار گرفتید، تا پایان سال را در این مرحله پرداخت باقی خواهید ماند. در این مرحله، برای داروهای تحت پوشش بخش D خود هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

F. هزینه داروهای شما در صورتی که پزشک کمتر از مقدار مصرف یک ماه دارو برایتان تجویز کند

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

- گاهی ممکن است بخواهید از پزشک خود بخواهید که مقدار کمتری از یک ماه دارو را برایتان تجویز کند (به‌طور مثال، زمانی که برای اولین بار می‌خواهید یک دارو را امتحان کنید).
- اگر پزشک شما موافقت کند، برای برخی داروها هزینه یک ماه کامل را پرداخت نمی‌کنید.

وقتی کمتر از یک ماه دارو دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید بر اساس تعداد روزهایی که دارو دریافت می‌کنید، محاسبه می‌شود. ما مبلغ پرداختی روزانه شما برای دارو (که «مقدار هزینه مشترک روزانه» نامیده می‌شود) را محاسبه می‌کنیم و آن را در تعداد روزهای دارویی که دریافت می‌کنید ضرب می‌کنیم.

- در اینجا مثالی ارائه می شود: بیایید فرض کنیم پرداختی مشترک شما برای تأمین یک ماهه دارو (تأمین 30 روزه) 1.35$ است. یعنی مبلغی که برای دارویتان پرداخت می‌کنید، 0.05$ به ازای هر روز است. اگر هفت روز دارو دریافت کنید، مبلغ پرداختی شما کمتر از 0.05$ در روز خواهد بود که در هفت روز ضرب می‌شود و در مجموع 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 کارآیی 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
  - هماهنگ کردن زمان دریافت مجدد داروها با سایر داروها، تا دفعات مراجعه شما به داروخانه کمتر شود

G. مبلغی که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید

پیام مهم درباره مبلغی که برای واکسن‌ها پرداخت می‌کنید: برخی واکسن‌ها به‌عنوان مزایای پزشکی در نظر گرفته می‌شوند و تحت بخش B پوشش داده می‌شوند. سایر واکسن‌ها به‌عنوان داروهای بخش D در نظر گرفته می‌شوند. می‌توانید این واکسن‌ها را در *فهرست داروی ما پیدا کنید*. طرح ما بیشتر واکسن‌های Medicare بخش D برای بزرگسالان را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. به *فهرست داروی* طرح ما مراجعه کنید یا برای اطلاع از جزئیات پوشش و سهم هزینه مربوط به واکسن‌های خاص، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

پوشش واکسن‌های Medicare بخش D ما شامل دو بخش است:

1. بخش اول هزینه **خود واکسن** است.
2. بخش دوم هزینه **تزریق واکسن به شما** است. به‌طور مثال، گاهی ممکن است واکسن را به‌صورت آمپول از پزشک خود دریافت کنید.

G1. آنچه باید قبل از دریافت واکسن بدانید

توصیه می‌کنیم اگر قصد دریافت واکسن دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

- ما می‌توانیم به شما توضیح دهیم که طرح ما چگونه هزینه واکسن 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 نمی‌توانید از ارائه‌دهنده خدمات و داروخانه طرف قرارداد استفاده کنید، می‌توانیم به شما بگوییم برای درخواست بازپرداخت سهم ما از هزینه چه کاری باید انجام دهید.

G2. مبلغی که برای واکسن تحت پوشش Medicare بخش D پرداخت می‌کنید

مبلغی که برای واکسن پرداخت می‌کنید، به نوع واکسن (یعنی بیماری یا عارضه‌ای که برای پیشگیری از آن واکسینه می‌شوید) بستگی دارد.

- برخی واکسن‌ها به جای دارو، مزایای درمانی تلقی می‌شوند. این واکسن‌ها بدون هزینه پوشش داده می‌شوند. برای اطلاع از پوشش بیمه‌ای 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 رویه‌های ایمن‌سازی (ACIP)** برای بزرگسالان توصیه شده باشد، دریافت آن واکسن برای شما هیچ هزینه‌ای نخواهد داشت.

در اینجا سه روش رایج برای دریافت واکسن تحت پوشش Medicare بخش D آورده شده است:

1. واکسن بخش Medicare D خود را از داروخانه شبکه تهیه می‌کنید و در داروخانه داخل شبکه 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.
   - برای دریافت واکسن، مبلغی را منحیث پرداخت مشترک به پزشک پرداخت می‌کنید.
   - طرح بیمه ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.
   - در این شرایط، مطب پزشک باید با طرح بیمه ما تماس بگیرد تا مطمئن شویم که آن‌ها می‌دانند شما فقط باید مبلغ مشارکت واکسن را پرداخت کنید.
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 بزرگسالان تحت پوشش Medicare بخش D، خودِ واکسن برای شما هیچ هزینه‌ای نخواهد داشت.
   - برای سایر واکسن‌های بخش D، شما برای واکسن پرداخت مشترک انجام می‌دهید.
   - طرح بیمه ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت می‌کند.

فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهم خود از صورتحسابی که برای داروها یا خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده اید

مقدمه

این فصل به شما توضیح می‌دهد که چگونه و چه زمانی صورتحسابی را برای ما ارسال کنید و درخواست پرداخت هزینه‌ها را داشته باشید. همچنین توضیح می‌دهد که اگر با تصمیم مربوط به پوشش بیمه‌ای موافق نباشید، چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 7 فهرست مطالب

A. درخواست از ما برای پرداخت هزینه خدمات یا داروهای شما 194

B. ارسال درخواست پرداخت به ما 197

C. تصامیم در مورد پوشش بیمه 198

D. فرجام‌خواهی‌ها 199

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

ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه ما موظف‌اند پس از دریافت خدمات یا داروهای تحت پوشش، صورتحساب آن‌ها را برای طرح بیمه ما ارسال کنند.
ارائه‌دهنده شبکه ارائه‌دهنده‌ای است که با طرح سلامت کار می‌کند.

ما به ارائه‌دهندگان خدمات Kaiser Permanente اجازه نمی‌دهیم بابت این خدمات یا داروها از شما هزینه دریافت کنند. خودمان مستقیماً هزینه را به ارائه‌دهندگانمان پرداخت می‌کنیم و از شما در مقابل هرگونه هزینه‌ای حمایت می‌کنیم.

اگر صورتحسابی برای کل هزینه خدمات درمانی یا داروها دریافت کردید، آن را پرداخت نکنید و صورتحساب را برای ما ارسال کنید. برای دانستن نحوه ارسال صورتحساب به 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، درصورتی‌که 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 Kaiser Permanente Dual Complete نیستند، به شما بازپرداخت نخواهیم کرد.
  - شما خدمات تحت پوشش را پس از آن‌که به عضویت واجد شرایط طرح Kaiser Permanente Dual Complete درآمدید، دریافت کرده‌اید.
  - 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 خدمات درمانی عضو Medi-Cal که در شبکه Kaiser Permanente Dual Complete قرار دارد، 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.

- Kaiser Permanente Dual Complete در نامه‌ای با عنوان اعلام تصمیم به شما اطلاع می‌دهد که آیا هزینه‌ها را به شما بازپرداخت خواهد 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 خدمات از بازپرداخت هزینه به شما خودداری کند، طرح Kaiser Permanente Dual Complete کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت خواهد کرد. ما ظرف 45 روز کاری پس از دریافت درخواست، به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر ارائه‌دهنده خدمات در Medi-Cal ثبت‌نام شده باشد، اما عضو شبکه ما نباشد و از بازپرداخت هزینه به شما خودداری کند، طرح Kaiser Permanente Dual Complete هزینه را به شما بازپرداخت خواهد کرد؛ اما فقط تا سقفی که Medi-Cal به روش FFS برای آن خدمت پرداخت می‌کند. Kaiser Permanente Dual Complete کل مبلغی را که برای خدمات اورژانسی، خدمات تنظیم خانواده، یا سایر خدماتی که Medi-Cal اجازه می‌دهد بدون تأیید قبلی توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارائه شوند، از جیب خود پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت خواهد کرد. اگر هیچ‌یک از شرایط بالا را نداشته باشید، هزینه‌ای به شما بازپرداخت نخواهد شد.

- ما در موارد زیر هزینه‌ای به شما بازپرداخت نخواهیم کرد:
  - شما خدماتی را درخواست کرده و دریافت کرده‌اید که تحت پوشش Medi-Cal نیستند، مانند خدمات زیبایی.
  - این خدمت تحت پوشش طرح Kaiser Permanente Dual Complete نیست.
  - شما به پزشکی مراجعه کرده‌اید که Medi-Cal را نمی‌پذیرد و فرمی را امضا کرده‌اید که در آن تأیید کرده‌اید با این حال می‌خواهید ویزیت شوید و هزینه خدمات را خودتان پرداخت خواهید کرد.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش ما نباشند، به شما اطلاع خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید چه مبلغی باید پرداخت می‌کردید، یا صورتحسابی دریافت کرده‌اید و نمی‌دانید با آن چه کار کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. همچنین اگر می‌خواهید درباره درخواست پرداختی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید، اطلاعاتی در اختیار ما قرار دهید، می‌توانید با ما تماس بگیرید.

نمونه‌هایی از مواردی که ممکن است لازم باشد از ما بخواهید هزینه‌ای را به شما بازپرداخت کنیم یا صورتحسابی را که دریافت کرده‌اید پرداخت کنیم، عبارت‌اند از:

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

از ارائه‌دهنده خدمات بخواهید صورتحساب را برای ما ارسال کند.

- اگر هنگام دریافت خدمات درمانی کل مبلغ را پرداخت کردید، از ما بخواهید سهمی از هزینه را که بر عهده طرح ماست، 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.
  - درصورتی‌که هزینه باید به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده مبلغ را پرداخت می‌کنیم.
  - درصورتی‌که 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 هرگونه خدمات درمانی یا داروهای تجویزی، کارت شناسایی عضویت خود را ارائه دهید؛ با این حال، گاهی ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه اشتباه می‌کنند و از شما می‌خواهند هزینه خدمات یا مبلغی بیشتر از سهم هزینه‌ای خود را پرداخت کنید. **اگر هرگونه صورتحسابی** دریافت کردید، با خدمات اعضا از **طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است 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 ما تصمیم بگیریم برخی از هزینه‌ها را پرداخت نکنیم، شما همچنان نباید آن هزینه‌ها را پرداخت کنید.
- هر گاه 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 صورتحساب یک ارائه‌دهنده خدمات در شبکه را برای خدمات تحت پوشش Medicare پرداخت کرده‌اید، اما فکر می‌کنید مبلغی که پرداخت کرده‌اید بیش از حد بوده است، صورتحساب و مدرک هرگونه پرداختی را که انجام داده‌اید برای ما ارسال کنید. ما تفاوت بین مبلغی را که پرداخت کرده‌اید و مبلغی را که طبق طرح ما باید پرداخت می‌کردید، به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

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

گاهی اوقات عضویت شما در این طرح می‌تواند به‌صورت عطف‌به‌ماقبل اعمال 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. زمانی که برای دریافت دواروی نسخه به داروخانه خارج از شبکه مراجعه می‌کنید

اگر از یک داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، باید کل هزینه نسخه دارویی خود را پرداخت کنید.

- فقط در چند مورد خاص، ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه شده‌اند، 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 کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه های خارج از شبکه، به **فصل 5** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- ممکن است تفاوت بین مبلغی که در داروخانه خارج از شبکه پرداخت کرده‌اید و مبلغی که ما در داروخانه داخل شبکه پرداخت می‌کردیم را به شما بازپرداخت نکنیم.

5. وقتی به دلیل اینکه کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید، مجبور می‌شوید کل هزینه نسخه تحت پوشش Medicare بخش D را پرداخت کنید.

اگر کارت شناسایی عضویت خود را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با ما تماس بگیرد یا اطلاعات عضویت شما در طرح را 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.
- اگر قیمت نقدی که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافق‌شده ما برای نسخه باشد، ممکن است کل مبلغ را به شما بازپرداخت نکنیم.

6. وقتی کل هزینه نسخه تحت پوشش Medicare بخش D را برای دارویی پرداخت می‌کنید که تحت پوشش طرح نیست

ممکن است مجبور شوید کل هزینه نسخه را پرداخت کنید، زیرا این دارو تحت پوشش طرح نیست.

- دارو ممکن است در *لیست داروهای تحت پوشش ما* (*فهرست داروها*) در وبسایت موجود نباشد، یا ممکن است شرط یا محدودیتی داشته باشد که از آن بی‌خبرید یا فکر می‌کنید به شما مربوط نمی‌شود. اگر تصمیم دارید دارو را کنید، شاید لازم باشد کل هزینه را بپردازید.
  - اگر هزینه دارو را پرداخت نمی‌کنید، اما فکر می‌کنید که طرح بیمه شما باید آن را پوشش دهد، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش دارو بدهید (برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید).
  - اگر شما و پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو تشخیص دهید که لازم است دارو را فوراً (ظرف 24 ساعت) دریافت کنید، می‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش دارو کنید (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضای طرح* 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. ممکن است تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم، اگر مبلغی که شما پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافق‌شده ما برای آن نسخه دارویی باشد.

وقتی درخواست پرداخت خود را برای ما ارسال می‌کنید، ما آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا هزینه خدمات یا دارو باید تحت پوشش بیمه قرار بگیرد یا خیر. این کار «تصمیم‌گیری درباره پوشش» نامیده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت پوشش بیمه قرار بگیرد، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت می‌کنیم.

اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید به این تصمیم اعتراض کنید. برای اطلاع از نحوه درخواست تجدیدنظر، به **فصل 9** این *کتابچه راهنمای اعضای طرح* مراجعه کنید.

B. ارسال درخواست پرداخت به ما

شما می‌توانید با ارسال یک درخواست کتبی، از ما درخواست بازپرداخت 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. ایده خوبی است که یک نسخه از صورتحساب و رسیدهای خود را برای سوابق خود تهیه کنید. **شما باید درخواست بازپرداخت هزینه خود را حداکثر ظرف 12 ماه از تاریخ دریافت خدمات (برای مطالبات پزشکی بخش C) و حداکثر ظرف 36 ماه از تاریخ دریافت خدمات (برای مطالبات دارویی بخش D) به ما ارائه دهید.**

برای اطمینان از اینکه تمامی اطلاعاتی را که برای تصمیم‌گیری نیاز داریم به ما می‌دهید، می‌توانید فرم درخواست پرداخت ما را پر کنید. شما مجبور نیستید از فرم استفاده کنید، اما این کار به ما کمک می‌کند اطلاعات را سریع‌تر پردازش کنیم. به شیوه‌های زیر می‌توانید درخواست پرداخت را برای ما ارسال کنید:

- تکمیل و ارسال فرم الکترونیکی در kp.org و بارگذاری مدارک پشتیبان.
- یا می‌توانید یک نسخه از فرم را از وب‌سایت ما دانلود کنید (kp.org) یا با خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده تماس بگیرید و از آنها بخواهید فرم را برای شما ارسال کنند. فرم تکمیل‌شده را به آدرس بخش مطالبات که در زیر آمده است ارسال کنید.
- اگر قادر به دریافت فرم نبودید، می‌توانید با ارسال اطلاعات زیر به آدرس «اداره مطالبات» که در زیر آمده است، درخواست خود برای پرداخت را ارسال کنید:
  - اظهارنامه‌ای حاوی اطلاعات زیر:
  - نام شما (نام عضو/بیمار) و شماره پرونده پزشکی/سلامت شما.
  - تاریخی که خدمات را دریافت کرده‌اید.
  - مکانی که خدمات را دریافت کرده‌اید.
  - کسی که خدمات را ارائه داده است.
  - دلیل اینکه فکر می‌کنید ما باید هزینه خدمات را بپردازیم.
  - امضای شما و تاریخ امضا. (اگر می‌خواهید فردی غیر از خودتان درخواست بدهد، به فرم تکمیل شده «تعیین نماینده» نیز که در سایت kp.org (به زبان انگلیسی) در دسترس است، نیاز خواهیم داشت.)
  - کپی صورتحساب، سوابق پزشکی شما برای این خدمات و رسید شما اگر هزینه خدمات را پرداخت کرده‌اید.

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

طرح‌های جنوب:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

طرح‌های شمال:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

برای درخواست پرداخت هزینه داروی بخش D که توسط یک ارائه‌دهنده خدمات درمانیِ طرف قرارداد تجویز شده و از یک داروخانه طرف قرارداد تهیه شده است، درخواست خود را به نشانی زیر ارسال کنید. برای تمام درخواست‌های دیگر بخش D، درخواست خود را به آدرس بالا بفرستید.

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

اگر سوالی 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. تصامیم در مورد پوشش بیمه

وقتی درخواست پرداخت هزینه را دریافت کنیم، درباره پوشش آن هزینه تصمیم‌گیری می‌کنیم. این یعنی ما تصمیم می‌گیریم که آیا طرح بیمه ما هزینه خدمات، کالا یا داروی شما را پوشش می‌دهد یا خیر. 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 هزینه کامل یک دارو را خودتان پرداخت کرده باشید، ممکن است کل مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت نکنیم (برای مثال، اگر دارو را از یک داروخانه خارج از شبکه تهیه کرده باشید یا قیمت نقدی‌ای که پرداخت کرده‌اید بیشتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر مبلغی پرداخت نکرده باشید، ما هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

فصل 3 این *کتابچه راهنمای اعضای* قوانین مربوط به دریافت پوشش بیمه برای خدمات‌تان را توضیح می‌دهد.
فصل 5 این کتابچه *راهنمای اعضا*، قوانین مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D را توضیح می‌دهد.

- 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 تصمیمات پوشش، به **فصل 9** کتاب راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D. فرجام‌خواهی‌ها

اگر فکر می‌کنید ما در رد درخواست پرداخت شما اشتباه کرده‌ایم، می‌توانید از ما بخواهید تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار، درخواست تجدیدنظر نامیده می‌شود. همچنین اگر با مبلغی که ما پرداخت می‌کنیم موافق نباشید، می‌توانید اعتراض کنید.

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

- برای اعتراض درباره بازپرداخت هزینه خدمات درمانی، به **بخش F**، مراجعه کنید.
- برای درخواست تجدید نظر درباره بازپرداخت هزینه دارو، به **بخش G** مراجعه کنید.

فصل 8: حقوق و مسئولیت‌های شما

مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت‌های شما به‌عنوان عضو طرح ما است. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 8 فهرست مطالب

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs 201
B. مسئولیت ما برای دسترسی به‌موقع شما به خدمات و داروهای تحت پوشش 213
C. مسئولیت ما برای محافظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI) 213
C1. نحوه محافظت از PHI شما 214
C2. حق شما برای مشاهده سوابق پزشکی‌تان 214
D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما 215
E. ناکارآمدی ارائه‌دهندگان شبکه در صورتحساب مستقیم به شما 216
F. حق شما برای ترک طرح ما 216
G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود 216
G1. حق شما برای آگاهی از گزینه‌های درمان و تصمیم‌گیری 216
G2. حق شما برای بیان آنچه می‌خواهید اتفاق بیفتد، اگر نمی‌توانید تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی را برای خودتان بگیرید 217
G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه کار باید کرد 218
H. حق شما در ارائه شکایت و درخواست از ما برای بازنگری در تصمیمات‌مان 218
H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد 218
I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح 218

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

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
  - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و
  - الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
  - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:

- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**):
  Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:

- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែជានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួជម៌ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួជម៌ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។

- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និង ក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖

  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស

  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង

  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។

- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料CD的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第2章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
  - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
  - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
  - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare的電話為1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室的電話為916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打1-800-537-7697。

اگر سوالی دارید، در روز هفته از ساعت 8 صبح تا 8 شب می‌توانید با خدمات اعضا به شمارهٔ **1-800-443-0815** (TTY **711**) تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر،** به وب‌سایت kp.org/medicare مراجعه کنید.

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. 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 دریافت 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 زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های 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 فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

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

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 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 TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

  - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

  - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

  - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
  - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
  - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
  - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
  - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
  - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
  - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

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

شما 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. شما می‌توانید اطلاعات بیشتری در مورد انواع ارائه‌دهندگانی که ممکن است به عنوان PCP عمل کنند و چگونگی انتخاب یک PCP در **فصل 3** این *کتابچه راهنمای اعضا* پیدا کنید.
  - برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد *ارائه دهندگان خدمات درمانی شبکه و پزشکانی که* بیماران جدید را می‌پذیرند، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به فهرست ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

- شما حق دارید به متخصص بهداشت زنان، بدون معرفی از سوی پزشک دیگر و همچنین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی دیگری که در **بخش 3** این *کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، مراجعه کنید*. ارجاع، تأییدیه‌ای از سوی پزشک مراقبت‌های اولیه شما برای استفاده از ارائه‌دهنده‌ای است که پزشک مراقبت‌های اولیه شما نیست.

- 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 یا مراقبت‌های فوری مورد نیاز را بدون نیاز به مجوز 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 کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارائه دهندگان خارج از شبکه، به **فصل 3** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- وقتی برای اولین بار به طرح ما می‌پیوندید، در صورت برآورده شدن شرایط خاص، حق دارید ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات فعلی خود را تا 12 ماه حفظ کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حفظ ارائه‌دهندگان و مجوزهای خدمات خود، 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.

فصل 9 این *کتابچه راهنمای اعضا* به شما می‌گوید که در صورت تصور عدم دریافت خدمات یا داروها در بازه‌ی زمانی معقول، چه اقداماتی می‌توانید انجام دهید. همچنین اگر پوشش را برای داروها یا خدمات تان رد کنیم و با این تصمیم مخالف هستید، این فصل راهکارهایی در این خصوص به شما ارائه می‌دهد.

C. مسئولیت ما برای محافظت از اطلاعات سلامت شخصی شما (PHI)

ما از اطلاعات شخصی شما طبق قوانین فدرال و ایالتی محافظت می‌کنیم.

PHI شما شامل اطلاعات شخصی است که هنگام ثبت نام در طرح ما به ما دادید. 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. ما یک اطلاعیه کتبی به شما ارائه می‌دهیم که شما را در مورد این حقوق راهنمایی می‌کند و نحوه محافظت از حریم خصوصی اطلاعات پزشکی شما را توضیح می‌دهد. این ابلاغیه «ابلاغیه اجرای محرمانگی» نامیده می‌شود.

اعضایی که ممکن است برای دریافت خدمات حساس رضایت دهند، ملزم به دریافت مجوز از هیچ عضو دیگری برای دریافت خدمات حساس یا ارائه درخواست برای خدمات حساس نیستند. 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 تعیین‌شده توسط عضو ارسال خواهد کرد. Kaiser Permanente اطلاعات پزشکی مربوط به خدمات حساس را بدون اجازه کتبی از عضو دریافت کننده مراقبت، برای هیچ عضو دیگری فاش نخواهد کرد. Kaiser Permanente درخواست‌ها برای مکاتبات محرمانه را در درصورتی‌که 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 kp.org در بخش «فرم‌های درخواست ارتباط محرمانه» موجود است، درخواست ارتباط محرمانه کنند.

C1. نحوه محافظت از PHI شما

ما اطمینان حاصل می‌کنیم که هیچ فرد غیرمجازی سوابق شما را مشاهده یا تغییر نمی‌دهد.

به جز مواردی که در زیر ذکر شده است، ما PHI شما را به کسی که مراقبت شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند، ارائه 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 استثنا توسط قانون مجاز یا الزامی هستند:

- باید PHI شما را در اختیار نهادهای دولتی که کیفیت مراقبت طرحمان را بررسی می‌کنند، قرار دهیم.
- ما ممکن است در صورت دستور دادگاه، PHI را منتشر کنیم، اما فقط در صورتی که قانون کالیفرنیا اجازه این کار را بدهد.
- ما باید PHI شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای بخش D Medicare شما را در اختیار Medicare قرار 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 مشاهده 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.
- شما حق دارید بدانید که آیا و چگونه ما اطلاعات پزشکی شخصی شما را برای اهدافی که معمول نیستند با دیگران به اشتراک می‌گذاریم.

اگر در مورد حریم خصوصی PHI خود سوال یا نگرانی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

D. مسئولیت ما برای ارائه اطلاعات به شما

به عنوان عضوی از طرح ما، شما حق دارید از ما در مورد طرح ما، ارائه دهندگان شبکه ما و خدمات تحت پوشش خود اطلاعات دریافت کنید.

اگر به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنید، ما خدمات مترجم شفاهی داریم تا به سوالات شما در مورد طرحمان پاسخ دهیم. برای برخورداری از مترجم شفاهی، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. این خدمات برای شما رایگان است. این سند به زبان‌های عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگ، کره‌ای، روسی، اسپانیایی، تاگالوگ و ویتنامی، با تماس با خدمات اعضا، در دسترس است. ما همچنین می‌توانیم اطلاعات را به صورت چاپ بزرگ، بریل، فایل صوتی یا فایل داده در اختیار شما قرار دهیم.

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
- ارائه‌دهندگان و داروخانه‌های شبکه ما، شامل این موارد:
  - نحوه انتخاب یا تغییر ارائه دهندگان مراقبت های اولیه
  - صلاحیت ارائه دهندگان خدمات درمانی و داروخانه‌های شبکه ما
  - چگونه دستمزد ارائه‌دهندگان شبکه خود را می‌پردازیم
- خدمات و داروهای تحت پوشش، از جمله:
  - خدمات (به **فصل‌های 3 و 4** *کتاب راهنمای عضو مراجعه کنید*) و داروها (به **فصل‌های 5 و 6** کتاب راهنمای عضو مراجعه کنید) *تحت پوشش برنامه* ما است.
  - سقف مجاز پوشش و داروهای شما
  - قوانینی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش دنبال کنید
- چرا چیزی پوشش داده نشده و چه کاری می‌توانید در مورد آن انجام دهید (به **فصل 9** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید)، *از جمله* درخواست کمک از ما:
  - دلیل عدم پوشش بیمه‌ای چیزی را کتباً ذکر کنید
  - تصمیمی را که گرفته‌ایم، تغییر دهیم
  - هزینه صورتحسابی را که گرفته‌اید، بپردازیم

E. ناکارآمدی ارائه‌دهندگان شبکه در صورتحساب مستقیم به شما

پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در شبکه ما نمی‌توانند شما را مجبور به پرداخت هزینه خدمات تحت پوشش کنند. همچنین اگر ما کمتر از مبلغی که ارائه دهنده دریافت کرده بپردازیم، آنها نمی‌توانند صورتحساب یا هزینه را متعادل کنند. برای اطلاع از اینکه در صورت تلاش یک ارائه‌دهنده خدمات شبکه برای دریافت هزینه خدمات تحت پوشش، چه باید کرد، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

F. حق شما برای ترک طرح ما

اگر خودتان نخواهید، 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.
- شما می‌توانید مزایای دارویی بخش Medicare D خود را از یک طرح دارویی یا از یک طرح MA دیگر دریافت کنید.
- به **فصل 10** این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید:
  - برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید به یک طرح جدید MA یا مزایای دارویی بپیوندید، اینجا کلیک کنید.
  - برای آگاهی درباره اینکه در صورت ترک طرح ما چگونه مزایای Medi-Cal خود را دریافت خواهید کرد.

G. حق شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی خود

شما حق دارید اطلاعات کاملی از پزشکان و سایر ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی خود دریافت کنید تا به شما در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی‌تان کمک کند.

G1. حق شما برای آگاهی 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:

- **انتخاب‌هایتان را بشناسید.** این حق را دارید که همه گزینه‌های درمانی با شما در میان گذاشته شود.
- **خطرات را بشناسید.** از هرگونه خطر موجود در برنامه مراقبتی خود باخبر شوید. درصورتی‌که 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.
- **نظر دوم بگیرید.** حق دارید پیش از تصمیم‌گیری درباره درمان به پزشک دیگری مراجعه کنید.
- **نه بگوئید.** شما حق دارید هر گونه درمان پیشنهادی 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 خودداری کنید یا مصرف داروی تجویز شده را متوقف کنید، ما شما را از طرح خود حذف 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 بخواهید توضیح دهیم که چرا ارائه دهنده خدمات درمانی را رد کرده است.** درصورتی‌که 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.** به این تصمیم، تصمیم پوشش درمانی گفته می‌شود. **فصل 9** این کتابچه *راهنمای اعضا* **به** شما می‌گوید که چگونه از ما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش کنید.

G2. حق شما برای بیان آنچه می‌خواهید اتفاق بیفتد، اگر نمی‌توانید تصمیمات مراقبت‌های بهداشتی را برای خودتان بگیرید

گاهی اوقات افراد نمی‌توانند خودشان در مورد مراقبت‌های بهداشتی تصمیم بگیرند. پیش از اینکه این اتفاق برای شما بیافتد، می‌توانید:

- یک فرم کتبی پر کنید که به **شما این حق را می‌دهد که در صورت عدم توانایی تصمیم‌گیری برای خودتان،** به جای شما در مورد مراقبت‌های بهداشتی تصمیم‌گیری کند.
- با توجه **به دستورالعمل‌های کتبی پزشک شما درباره نحوه رسیدگی به مراقبت‌های بهداشتی‌تان** در صورتی که نتوانید شخصاً برای خود تصمیم‌گیری کنید، از جمله مراقبت‌هایی که نمی‌خواهید دریافت کنید.

سند قانونی‌ای که برای بیان دستورالعمل‌ها و خواسته‌های خود استفاده می‌کنید، دستورالعمل پیشبرد نام دارد. انواع مختلفی از وصیت‌نامه پزشکی و همچنین نام‌های مختلفی برای آن‌ها وجود دارد. «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 این فرم را از پزشک، وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های لوازم اداری تهیه کنید. داروخانه‌ها و مطب ارائه‌دهندگان معمولاً این فرم را دارند. همچنین می‌توانید فرم رایگان را به‌صورت آنلاین پیدا و دانلود کنید. همچنین می‌توانید برای درخواست فرم با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- **فرم را پر کرده و آن را امضا کنید.** این فرم یک سند قانونی مهم است. در نظر داشته باشید که از یک وکیل یا شخص دیگری که به او اعتماد دارید، مانند یکی از اعضای خانواده یا PCP خود، برای تکمیل آن کمک بگیرید.
- **کپی‌هایی از فرم را به افرادی که نیاز به دانستن دارند، بدهید.** یک کپی از فرم را به پزشک خود بدهید. همچنین باید یک کپی را به شخصی که نام می‌گذارید بدهید تا برای شما تصمیم بگیرد اگر نمی توانید. شاید بخواهید کپی فرم را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. یک نسخه کپی را در خانه نگه دارید.
- اگر در بیمارستان بستری می‌شوید و یک دستورالعمل پیشبرد امضاشده 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. Kaiser Permanente Dual Complete حداکثر تا 90 روز پس از اعمال تغییرات، شما را از تغییرات قانون ایالتی مطلع خواهد کرد.

طبق قانون، هیچ کس نمی‌تواند به دلیل امضای دستورالعمل پیشرفته توسط شما، مراقبت از شما را انکار کند یا علیه شما تبعیض قائل شود. برای اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

G3. اگر دستورالعمل‌های شما رعایت نشود، چه کار باید کرد

اگر یک دستورالعمل پیشبرد را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید پزشک یا بیمارستان به دستورهای مندرج در آن عمل نکرده است، می‌توانید نزد سازمان بهبود کیفیت که در **فصل 2، بخش F** از *کتاب راهنمای اعضا معرفی شده است، شکایت کنید*.

H. حق شما در ارائه شکایت و درخواست از ما برای بازنگری در تصمیمات‌مان

فصل 9 از *کتابچه راهنمای اعضا* به شما توضیح می‌دهد که اگر درباره خدمات تحت پوشش یا مراقبتی که دریافت می‌کنید، مشکل یا نگرانی‌ای داشته باشید، چه اقداماتی می‌توانید انجام دهید. 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 مورد درخواست‌های تجدیدنظر و شکایاتی که سایر اعضای طرح علیه ما مطرح کرده‌اند، اطلاعات کسب کنید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

H1. در مورد رفتار ناعادلانه یا برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود چه باید کرد

اگر فکر می‌کنید با شما رفتار ناعادلانه‌ای **شده است—و این رفتار** به دلیل تبعیض بر اساس دلایلی که در **فصل 11** *کتابچه راهنمای اعضا* ذکر شده است نبوده—یا اگر درباره حقوق خود به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، می‌توانید با شماره زیر تماس بگیرید:

- بخش خدمات اعضا
- برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222. برای اطلاعات بیشتر درباره HICAP، **به فصل 2، بخش E** از این *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- Medi-Cal Ombudsman به شماره 1-888-452-8609. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این برنامه، به **فصل 2** این *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. (همچنین می‌توانید «حقوق و حمایت‌های Medicare» را که در وب‌سایت Medicare به آدرس www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf موجود است، مطالعه یا دانلود کنید.)

I. مسئولیت‌های شما به عنوان عضو طرح

به‌عنوان عضوی از طرح ما وظیفه‌ای برای انجام کارها دارید که در فهرست زیر آورده شده است. اگر هرگونه سؤالی دارید، با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.

- **برای آشنایی با موارد تحت پوشش طرح ما و قوانینی که برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش باید رعایت کنید، *کتابچه راهنمای اعضا*** را مطالعه کنید. برای اطلاعات در مورد:
  - خدمات تحت پوشش شما، به **فصل 3** 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.
  - دوارهای تحت پوشش شما، به **فصل 5** این کتابچه راهنمای اعضا *مراجعه کنید*.
- **درباره هرگونه پوشش بیمه درمانی یا پوشش دارویی دیگری که دارید**، به ما اطلاع دهید. 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 و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خود اطلاع دهید** که عضو طرح ما هستید. هنگامی که می‌خواهید دارو یا خدمات دریافت کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.

- **به پزشکان** و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی خود کمک کنید تا بهترین مراقبت‌های درمانی را به شما ارائه 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 ارائه‌دهندگانتان 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 داروها، داروهای بدون نسخه، مکمل‌ها و ویتامین‌ها هستند.
  - هر سؤالی دارید، از ما بپرسید. پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی باید به‌صورتی به سؤالاتتان پاسخ دهند که برای شما قابل درک باشد. اگر سؤالی پرسیدید و پاسخ را متوجه نشدید، دوباره بپرسید.
- **با هماهنگ‌کننده مراقبت‌های درمانی خود همکاری کنید،** از جمله با انجام ارزیابی سالانه خطرات و نیازهای سلامتی.
- **مؤدب 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.** شما به عنوان عضو طرح، مسئول پرداخت‌های زیر هستید:
  - حق بیمه‌های بخش Medicare A و Medicare بخش B. برای اکثر اعضای Kaiser Permanente Dual Complete، Medi-Cal حق بیمه بخش Medicare A و بخش Medicare B شما را پرداخت می‌کند.
  - برای برخی از داروهای تحت پوشش طرح ما، هنگام دریافت خدمات یا دارو باید سهم خود از هزینه را پرداخت کنید. **فصل 6** توضیح می‌دهد که برای داروهایتان چه مبلغی را باید پرداخت کنید.
  - اگر **خدمات یا داروهایی دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نیستند، باید هزینه کامل را پرداخت کنید. (توجه:** اگر با تصمیم ما در مورد عدم پوشش دهی خدمات یا دارو مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاع از 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.
  - **اگر به خارج از محدوده خدمات‌رسانی ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید در طرح ما باقی بمانید.** فقط افرادی که در ناحیه خدماتی ما زندگی می‌کنند، می‌توانند عضو این طرح باشند. **فصل 1** این *کتابچه راهنمای اعضا* به شما درباره محدوده خدمات‌رسانی ما توضیح می‌دهد.
  - ما می‌توانیم شما را راهنمایی کنیم که بدانید آیا درحال نقل مکان به خارج از طرح ما هستید یا خیر. در طول دوره ثبت نام ویژه، می‌توانید به طرح Original Medicare تغییر دهید یا در محل جدید خود در یک طرح درمانی یا دارویی Medicare ثبت نام کنید. درصورتی‌که 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 **شماره‌های** تلفن Medicare و Medi-Cal به **فصل 2** *این* کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
  - **اگر نقل مکان کنید و در منطقه خدمات ما اقامت داشته باشید، ما همچنان باید از این موضوع مطلع شویم.** ما باید سوابق عضویتتان را به‌روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما در ارتباط باشیم.
  - **در صورت نقل مکان، به تأمین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی راه‌آهن) اطلاع دهید.**
- **اگر شماره تلفن جدیدی دارید یا راه بهتری** برای تماس با شما وجود دارد، به ما اطلاع دهید.
- **اگر سؤالی یا نگرانی دارید، برای راهنمایی با خدمات اعضا تماس بگیرید.**

فصل 9. اگر مشکل یا شکایتی دارید (تصمیمات پوشش، درخواست‌های تجدیدنظر، شکایات) چکار کنید

مقدمه

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شما است. این فصل را بخوانید تا بدانید در صورت بروز موارد زیر چه باید کرد:

- در مورد طرح ما شکایت یا مشکلی دارید.
- به خدمات، اقلام یا داروهایی نیاز دارید که طرح ما عنوان کرده است هزینه آن را نمی‌پردازد.
- با تصمیمی که طرح ما 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-Based Adult Services، CBAS)» و «مراکز آسایشگاهی (Nursing Facility، NF)» مشکل یا شکایتی دارید.

این فصل به بخش‌های مختلفی تقسیم شده است تا به شما کمک کند به راحتی آنچه را که به دنبالش هستید پیدا کنید. **اگر مشکلی یا نگرانی دارید، بخش‌هایی از این فصل را بخوانید که در مورد شرایط شما صدق می‌کنند.**

شما باید مراقبت‌های بهداشتی، داروها و خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدتی را که پزشک و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما به عنوان بخشی از طرح مراقبتی شما ضروری تشخیص می‌دهند، دریافت کنید. **اگر در مورد مراقبت‌های خود مشکلی دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با برنامه بازرس Medicare Med-Cal با شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.** این فصل گزینه‌های متفاوتی را توضیح می‌دهد که برای شکایات و مشکلات متفاوت دارید، اما همیشه می‌توانید برای راهنمایی در مورد مشکلات تان با برنامه Ombudsman تماس بگیرید. برای منابع بیشتر جهت رسیدگی به نگرانی‌های خود و راه‌های تماس با آنها، به **فصل 2** این *کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید*.

فصل 9 فهرست مطالب

A. در صورتی که مشکل یا نگرانی داشتید، چه کار باید بکنید 223
A1. درباره اصطلاحات حقوقی 223
B. از کجا باید کمک بگیرید 223
B1. برای اطلاعات بیشتر و کمک 223
C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما 224
D. مشکلات مربوط به مزایای شما 225
E. تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه و درخواست تجدیدنظر 225
E1. تصامیم پوشش 225
E2. درخواست‌های تجدید نظر 225

E3. کمک در تصمیم‌گیری‌ها و تجدیدنظرخواهی‌های مربوط به پوشش بیمه..... 226
E4. کدام بخش از این فصل می‌تواند به شما کمک کند..... 227
F. مراقبت پزشکی..... 227
F1. استفاده از این بخش..... 227
F2. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش..... 228
تصمیم پوشش استاندارد..... 229
تصمیم سریع در مورد پوشش بیمه..... 229
F3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1..... 230
F4. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2..... 233
F5. مشکلات پرداخت..... 238
G. داروهای Medicare بخش D..... 239
G1. تصمیمات پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare بخش D..... 239
G2. استثناهای Medicare بخش D..... 240
G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید..... 242
G4. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش، شامل استثنا..... 242
G5. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1..... 244
G6. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2..... 246
H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان..... 248
H1. آشنایی شما با حقوق خود در Medicare..... 248
H2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1..... 249
H3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2..... 250
I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی..... 251
I1. قبل از پایان پوشش بیمه خود، از قبل اطلاع دهید..... 252
I2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1..... 252
I3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2..... 253
J. پیگیری درخواست تجدیدنظر خود فراتر درخواست تجدیدنظر خود فراتر از سطح 2..... 254
J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare..... 254

J2. تجدیدنظرهای اضافی Medi-Cal 255
J3. سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D 255
K. نحوه ثبت شکایت 256
K1. چه نوع مشکلاتی باید به‌عنوان شکایت مطرح شوند 256
K2. شکایت‌های داخلی 258
K3. شکایت‌های خارجی 259

A. در صورتی که مشکل یا نگرانی داشتید، چه کار باید بکنید

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه مشکلات و نگرانی‌ها را پیگیری کنید. فرآیندی که استفاده می‌کنید به نوع مشکلتان بستگی دارد. از یک فرایند برای تصمیم‌های مربوط به **پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر** و از فرایندی دیگر **برای ثبت شکایت‌ها** (که به آن شکواییه نیز گفته می‌شود) استفاده کنید.

برای تضمین انصاف و سرعت عمل، هر فرآیند مجموعه‌ای از قوانین، رویه‌ها و مهلت‌ها را دارد که ما و شما باید آنها را رعایت کنیم.

A1. درباره اصطلاحات حقوقی

در این فصل، اصطلاحات قانونی برای برخی از قوانین و مهلت‌ها 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. ما تا حد امکان از اختصارات کمتر استفاده می‌کنیم.

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»، به‌جای «نهاد بررسی مستقل»

دانستن اصطلاحات حقوقی مناسب می‌تواند به شما در برقراری ارتباط واضح‌تر کمک کند، بنابراین ما آنها را نیز ارائه می‌دهیم.

B. از کجا باید کمک بگیرید

B1. برای اطلاعات بیشتر و کمک

گاهی اوقات شروع یا دنبال کردن فرآیند رسیدگی به یک مشکل گیج‌کننده است. به ویژه اگر حال مساعد ندارید یا ضعیف باشید، این موضوع صدق می‌کند. در مواقع دیگر، ممکن است اطلاعات لازم برای برداشتن قدم بعدی را نداشته باشید.

کمک از طرح ما

برای کمک به حل مشکل یا پاسخ به سوالات، می‌توانید با طرح ما به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید.

کمک از برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت

شما می‌توانید با برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP) با شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید وب‌سایت آنها را در آدرس https://www.aging.ca.gov/HICAP/ مشاهده کنید. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ دهند و به شما کمک کنند بفهمید باید چه کاری در مورد مشکلتان انجام دهید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامت ارتباط ندارد. HICAP مشاوران آموزش‌دیده‌ای در هر بخش دارد و خدمات آن رایگان است.

کمک از برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman

شما می‌توانید با برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman تماس بگیرید و در مورد سوالات مربوط به پوشش درمانی خود با یک وکیل صحبت کنید. آنها ممکن است بتوانند کمک حقوقی رایگان ارائه دهند. برنامه‌ی Ombudsman هیچ ارتباطی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی دیگری ندارد. شماره تلفن آن‌ها 1-855-501-3077 و وب‌سایت آن‌ها www.healthconsumer.org است.

کمک و اطلاعات از Medicare

برای اطلاعات بیشتر و دریافت کمک، می‌توانید با Medicare تماس بگیرید. در اینجا دو راه برای دریافت کمک از Medicare آورده شده است:

- به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) زنگ بزنید. کاربران TTY به شماره 1-877-486-2048 زنگ بزنند.
- از وب‌سایت Medicare به نشانی (www.medicare.gov) بازدید کنید.

کمک از اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California

همچنان دفتر بازرس برنامه مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal در اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California (DHCS) می‌تواند کمک کند. اگر در پیوستن، تغییر یا خروج از یک طرح سلامت مشکلی دارید، آنها می‌توانند به شما کمک کنند. همچنین اگر نقل‌مکان کرده‌اید و در انتقال Medi-Cal خود به کانتی جدیدتان مشکل دارید، بازرس رسیدگی به شکایات می‌تواند به شما کمک کند. می‌توانید از دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر، با برنامه Ombudsman از طریق شماره 1-888-452-8609 تماس بگیرید.

کمک از اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California

برای راهنمایی رایگان با اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California (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. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا یا دچار اختلال گفتاری هستند، می‌توانند از شماره تلفن رایگان **TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند**. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت DMHC به نشانی **www.dmhc.ca.gov** مراجعه کنید.

اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California مسئولیت کنترل و نظارت بر طرح‌های خدمات درمانی را بر عهده دارد. اگر از طرح سلامت خود شکایتی دارید، باید قبل از تماس با این سازمان ابتدا با Kaiser Foundation Health Plan به شماره **1-800-443-0815 (TTY 711)** تماس گرفته و طبق فرآیند شکایت در طرح سلامت تان عمل کنید. اقدام طبق این روند تنظیم شکایت هیچ یک از حقوق قانونی یا روش‌های دادخواهی ممکن را از شما سلب نمی‌کند. اگر برای شکایتی که به وضعیت اورژانسی مربوط می‌شود، شکایتی که به‌طور رضایت‌بخشی توسط طرح سلامت شما حل نشده، یا شکایتی که بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده است نیاز به کمک دارید، می‌توانید برای کمک با سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است واجد شرایط بررسی پزشکی مستقل (IMR) باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، فرایند IMR بررسی بی‌طرفانه‌ای نسبت به تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط طرح سلامت شما در خصوص ضرورت پزشکی خدمات یا درمان، تصمیمات اتخاذشده در خصوص پوشش درمان‌هایی که ماهیت تجربی یا تحقیقی دارند و اختلافات بر سر پرداخت بابت خدمات پزشکی اورژانسی یا فوری ارائه می‌دهد. سازمان همچنین **یک شماره تلفن رایگان (1-888-466-2219)** و یک خط **TDD (1-877-688-9891)** برای افراد دارای اختلال شنوایی و گفتاری دارد. وب‌سایت اینترنتی اداره به نشانی **www.dmhc.ca.gov دارای** فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و راهنمایی‌های آنلاین است.

C. درک شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare و Medi-Cal در طرح ما

شما تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستید. اطلاعات این فصل شامل تمام مزایای مدیریت‌شده Medicare و Medi-Cal شما می‌شود. این امر گاهی «فرآیند یکپارچه» نام دارد، زیرا فرآیندهای Medi-Cal و Medicare را تلفیق و ترکیب می‌کند.

گاهی اوقات، فرایندهای Medicare و Medi-Cal را نمی‌توان با یکدیگر ترکیب کرد. 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 مزایای شما

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 موارد شامل مشکلاتی درباره این است که آیا مراقبت‌های پزشکی خاص (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B) تحت پوشش هستند یا خیر، نحوه پوشش آن‌ها، و همچنین مشکلات مربوط به پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی می‌شود.	
بله. مشکل من درباره مزایا یا پوشش نیست. به **بخش E**، تصمیم‌های مربوط به پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر مراجعه کنید.	**خیر.** مشکل من مربوط به مزایا یا پوشش بیمه‌ای نیست. به **بخش K**، «نحوه ثبت شکایت» مراجعه کنید.

E. تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه و درخواست تجدیدنظر

فرآیند درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش و ثبت درخواست تجدیدنظر، مربوط به مشکلات مرتبط با مزایا و پوشش مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای بخش B، از جمله پرداخت هزینه‌ها) است. برای ساده کردن این مطالب، در کل به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای تجویزی بخش B با عنوان خدمات مراقبت پزشکی اشاره می کنیم. شما از فرآیند تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه و درخواست تجدیدنظر برای مسائلی مانند اینکه آیا یک مورد تحت پوشش قرار می‌گیرد یا خیر، و همچنین نحوه پوشش آن استفاده می‌کنید.

E1. تصامیم پوشش

تصمیم‌گیری درباره پوشش، تصمیمی است که ما درباره مزایا و پوشش خدمات شما یا درباره مبلغی که برای خدمات پزشکی یا داروهای شما پرداخت می‌کنیم، اتخاذ می‌کنیم. شما یا پزشکتان نیز می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش کنید. 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 می‌خواهید بدانید که آیا یک خدمت پزشکی را پیش از دریافت آن تحت پوشش قرار می‌دهیم یا نه، می‌توانید از ما بخواهید درباره پوشش آن برای شما تصمیم‌گیری کنیم.**

ما زمانی درباره پوشش تصمیم می‌گیریم که درخواست دریافت یک خدمت یا یک ادعا برای پرداخت هزینه را بررسی کنیم. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که یک خدمت یا دارو تحت پوشش مدیکر یا مدی‌کال شما نیست یا دیگر تحت پوشش آن‌ها قرار نمی‌گیرد. اگر با این تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

E2. درخواست‌های تجدید نظر

اگر ما درباره پوشش تصمیمی بگیریم و شما از این تصمیم راضی نباشید، می‌توانید نسبت به آن «اعتراض» کنید. درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی برای این است که از ما بخواهید تصمیمی که درباره پوشش بیمه گرفته‌ایم را بررسی کرده و تغییر دهیم.

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، باید درخواست تجدیدنظر خود را از سطح 1 شروع کنید. اگر مشکل سلامتی شما اورژانسی است یا تهدیدی فوری و جدی برای سلامتی شما محسوب می‌شود، یا اگر درد شدیدی دارید و به تصمیم‌گیری سریع‌تری نیاز دارید، می‌توانید از طریق وب‌سایت www.dmhc.ca.gov درخواست بررسی پزشکی IMR را از اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده بدهید. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

وقتی بررسی کامل شد، نتیجه 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 بگوییم **خیر** به تمام یا بخشی از درخواست شما، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما مربوط به پوشش خدمات پزشکی Medicare باشد، در نامه به شما اطلاع می‌دهیم که پرونده شما را برای 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 اطلاعات بیشتر درباره تجدیدنظرهای سطح 2، به **بخش F4** مراجعه کنید.

اگر از تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 2 رضایت ندارید، ممکن است بتوانید درخواست تجدیدنظر خود را تا سطوح بالاتری ادامه دهید.

E3. کمک در تصمیم‌گیری‌ها و تجدیدنظرخواهی‌های مربوط به پوشش بیمه

می‌توانید از هر کدام از روش‌های زیر درخواست راهنمایی کنید:

- **باخدمات اعضا** از طریق شماره‌های تلفنی که در پایین صفحه درج شده‌اند تماس بگیرید.
- **برنامه Medicare Medi-Cal Ombudsman به شماره 1-855-501-3077.**
- **برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره** 1-800-434-0222.
- **مرکز کمک‌رسانی اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده** (DMHC) برای دریافت کمک رایگان. DMHC به افراد در زمینه تجدیدنظر درباره خدمات Medi-Cal یا مشکلات مربوط به صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا یا دچار اختلال گفتاری هستند، می‌توانند از شماره تلفن رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت DMHC به نشانی www.dmhc.ca.gov مراجعه کنید. اگرچه DMHC می‌تواند به افرادی که در طرح‌های مدیریت‌شده Medi-Cal هستند کمک کند، اما نمی‌تواند به افرادی که فقط در طرح‌های Medicare هستند یا در سازمان‌های بهداشتی شهرستانی (COHS) زیر عضویت دارند، کمک کند: Partnership Health Plan، Gold Coast Health Plan، CenCal Health، Central California Alliance for Health و CalOptima. دولت فدرال بر طرح‌های Medicare نظارت می‌کند و اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی (Department of Health Care Services) بر طرح‌های COHS نظارت می‌کند.
- **پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما.** پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان می‌توانند از طرف شما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش یا تجدیدنظر دهند.
- **یک دوست یا یکی از اعضای خانواده.** می‌توانید فرد دیگری را برای اقدام از طرف خود به‌عنوان «نماینده» نام ببرید تا تقاضای تصمیم‌گیری برای پوشش یا درخواست تجدیدنظر کند.
- **یک 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 صورتی که واجد شرایط باشید، برخی گروه‌های حقوقی خدمات حقوقی رایگان به شما ارائه می‌دهند.
  - برای درخواست کمک از یک وکیل معاضدتی، با برنامه بازرس Medicare و Medi-Cal به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

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 این فرم را از طریق وب‌سایت www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf دریافت کنید. **شما باید یک نسخه از فرم امضاشده را به ما ارائه دهید.**

E4. کدام بخش از 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 Medicare بخش D»
- **بخش H**، «درخواست برای پوشش هزینه اقامت طولانی‌تر در بیمارستان»
- **بخش 1**، درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی خدمات پزشکی (این بخش فقط در مورد این خدمات صدق می‌کند: مراقبت‌های بهداشتی در منزل، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی و خدمات مرکز جامع توانبخشی سرپایی (CORF).)

اگر مطمئن نیستید از کدام بخش استفاده کنید، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های تلفنی درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از سازمان‌های دولتی مانند برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت خود (**فصل 2، بخش C** از این *دفترچه راهنمای اعضا* شماره تلفن‌های این برنامه را دارد) کمک یا اطلاعات دریافت کنید.

F. مراقبت پزشکی

این بخش توضیح می‌دهد که اگر در دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا اگر می‌خواهید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌هایتان را به شما بازپرداخت کنیم، چه کاری باید انجام دهید. برای اطلاعات درباره درخواست برای ادامه بستری در بیمارستان، لطفاً به **بخش H** مراجعه کنید.

این بخش درباره مزایای شما برای مراقبت‌های پزشکی است که **در فصل 4** کتاب راهنمای اعضا و *جدول مزایا* توضیح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای داروی Medicare بخش B اعمال شود. وقتی این کار را انجام می‌دهند، ما توضیح می‌دهیم که چگونه قوانین مربوط به داروهای Medicare بخش B با قوانین مربوط به خدمات و اقلام پزشکی متفاوت است.

F1. استفاده از این بخش

این بخش توضیح می‌دهد که در هر یک از موقعیت‌های زیر چه کاری می‌توانید انجام دهید:

1. فکر می‌کنید ما مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز شما را پوشش می‌دهیم اما دریافت نمی‌کنید.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش بیمه‌ای تصمیم‌گیری کنیم. به **بخش F2** مراجعه کنید.

2. ما مراقبت‌های پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی شما می‌خواهند به شما ارائه دهند را تأیید نکرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید که ما باید این کار را انجام دهیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می توانید درخواست بازبینی این تصمیم را داشته باشید. به **بخش F3** مراجعه کنید.

3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که فکر می‌کنید ما پوشش می‌دهیم، اما ما هزینه آن را پرداخت نمی‌کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت اعتراض کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

4. شما مراقبت‌های پزشکی را که فکر می‌کردید ما پوشش می‌دهیم، دریافت و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، و می‌خواهید ما آن را به شما بازپرداخت کنیم.

   چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید از ما تقاضای بازپرداخت کنید. به **بخش F5** مراجعه کنید.

5. ما پوشش شما را برای برخی از مراقبت‌های پزشکی کاهش داده یا متوقف کرده‌ایم، و شما فکر می‌کنید تصمیم ما می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند.

چه کاری می‌توانید انجام دهید: شما می‌توانید به تصمیم ما مبنی بر کاهش یا توقف مراقبت‌های پزشکی اعتراض کنید. به **بخش F4** مراجعه کنید.

- اگر این پوشش برای مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت‌های سلامت در منزل، مراقبت در مراکز آسایشگاهی تخصصی یا خدمات CORF باشد، قوانین خاصی اعمال می‌شوند. برای کسب معلومات بیشتر به **بخش H** یا **بخش I** مراجعه کنید.
- برای سایر شرایط مربوط به کاهش یا توقف پوشش بیمه‌ای شما برای مراقبت‌های پزشکی خاص، از این بخش (**بخش F**) به عنوان راهنما استفاده کنید.

6. شما با تأخیر در مراقبت مواجه هستید یا نمی‌توانید پزشک پیدا کنید.

چه کاری می‌توانید انجام دهید: می‌توانید شکایت کنید. به **بخش K2** مراجعه کنید.

F2. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش

> وقتی یک تصمیم درباره پوشش بیمه‌ای خدمات پزشکی شما گرفته می‌شود، به آن **تصمیم‌گیری یکپارچه سازمانی گفته می‌شود.**

شما، پزشکتان، یا نماینده‌تان می‌توانید از طریق زیر درخواست کنید که در مورد پوشش تصمیم‌گیری شود:

- تماس: (TTY 711) 1-800-443-0815، 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب. اگر تصمیم، درخواست تجدیدنظر یا شکایت شما واجد شرایط تصمیم‌گیری سریع است، با واحد بررسی سریع به شماره 1-888-987-7247، 8:30 صبح تا 5 بعد از ظهر، 7 روز هفته تماس بگیرید.
- فاکس: 1-888-987-2252.
- پست:
  - برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش یا شکایت، به دفتر محلی خدمات اعضا نامه بنویسید (برای اطلاع از موقعیت‌ها، 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، به آدرس زیر نامه بفرستید:

Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

تصمیم پوشش استاندارد

ما برای اعلام تصمیم خود به شما از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه برای استفاده از مهلت زمانی «سریع» توافق کنیم. تصمیم پوشش استاندارد به این معنی است که ما در بازه زمانی زیر به شما پاسخ می‌دهیم:

- **5 روز کاری** پس از دریافت درخواست شما برای خدمات یا اقلام پزشکی که مشمول قوانین مجوز قبلی ما هستند.
- **5 روز کاری** و حداکثر 14 **روز** تقویمی پس از دریافت **درخواست شما برای سایر خدمات یا اقلام پزشکی**.
- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای یک داروی تحت **پوشش Medicare بخش B**.

برای یک مورد یا خدمت پزشکی، می‌توانیم در صورتی که برای زمان بیشتر درخواست کنیم یا به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفع شما باشد (مانند سوابق پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه)، تا 14 روز تقویمیِ بیشتر زمان صرف کنیم. اگر برای تصمیم‌گیری چند روز بیشتر طول بکشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر درخواست شما مربوط به یک داروی Medicare بخش B باشد، ما نمی‌توانیم زمان اضافی در نظر بگیریم.**

اگر فکر می‌کنید ما **نباید** زمان بیشتری در نظر بگیریم، می‌توانید درباره تصمیم ما برای در نظر گرفتن زمان اضافی، یک «شکایت سریع» ثبت کنید وقتی یک شکایت سریع ثبت می‌کنید، ما ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ می‌دهیم. فرآیند طرح شکایت با فرآیند تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه و درخواست تجدیدنظر متفاوت است. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

تصمیم سریع در مورد پوشش بیمه

> **اصطلاح قانونی** برای تصمیم‌گیری سریع **درباره پوشش است.**

وقتی از ما می‌خواهید در مورد پوشش مراقبت‌های پزشکی شما که نیاز به پاسخ سریع دارد، تصمیم بگیریم، از ما بخواهید که «تصمیم پوشش سریع» بگیریم. تصمیم سریع در مورد پوشش بیمه به این معنی است که ما ظرف مدت زمان زیر به شما پاسخ خواهیم داد:

- **72 ساعت** پس از دریافت درخواست شما **برای یک خدمت یا مورد پزشکی**.
- **24 ساعت** پس از دریافت درخواست شما برای یک داروی تحت **پوشش Medicare بخش B**.

برای یک مورد یا خدمت پزشکی، اگر متوجه شویم اطلاعاتی که ممکن است به نفع شما باشد ناقص است (مانند سوابق پزشکی از ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه)، یا اگر برای تهیه و ارائه اطلاعات موردنیاز برای بررسی پرونده به زمان نیاز داشته باشید، می‌توانیم حداکثر 14 روز تقویمی بیشتر زمان در نظر بگیریم. اگر برای تصمیم‌گیری چند روز بیشتر طول بکشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. **اگر درخواست شما مربوط به داروی بخش B از بیمه درمانی Medicare باشد، نمی‌توانیم وقت اضافی بگیریم.**

اگر فکر می‌کنید ما **نباید** روزهای بیشتری را برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه‌ای صرف کنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما مبنی بر صرف روزهای بیشتر، «شکایت سریع» ارائه دهید. برای اطلاعات بیشتر در مورد طرح شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید. به محض تصمیم‌گیری با شما تماس خواهیم گرفت.

برای دریافت تعیین پوشش سریع، باید دو شرط زیر را داشته باشید:

- شما درخواست پوشش بیمه‌ای برای اقلام پزشکی و/یا خدماتی دارید که دریافت **نکرده‌اید.** شما نمی‌توانید درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش پرداختی برای اقلام یا خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اید را داشته باشید.
- رعایت مهلت‌های **معمولی منجر به صدمات جدی** به سلامت یا توانایی عملکرد شما شود.

اگر پزشک شما تشخیص دهد که وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، ما به طور خودکار تصمیم پوشش سریعی را برای شما اتخاذ می‌کنیم. اگر بدون حمایت پزشک درخواست تصمیم‌گیری سریع برای پوشش دهید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا تقاضای شما نیاز به تصمیم‌گیری سریع دارد یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش بیمه را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و به جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم. این نامه به شما می‌گوید:
- 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 نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر ما با تمام یا بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، نامه‌ای برای شما می‌فرستیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر جواب ما **منفی**باشد، شما 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 بگیرید درخواست تجدیدنظر بدهید، وارد مرحله اول فرایند تجدیدنظر می‌شوید (به **بخش F3** مراجعه کنید).

در شرایط محدود، ممکن است درخواست شما برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش را رد کنیم، به این معنی که درخواست را بررسی نخواهیم کرد. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از:

- اگر درخواست ناقص باشد،
- اگر فردی از طرف شما درخواست کند که از لحاظ قانونی چنین اجازه‌ای نداشته باشد، **یا**
- اگر شما بخواهید که از درخواست صرفنظر شود.

اگر درخواستی برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش بیمه‌ای را رد کنیم، اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن دلیل رد درخواست و نحوه درخواست بررسی رد درخواست توضیح داده شده است. این موضوع درخواست تجدیدنظر نامیده می‌شود. در بخش بعدی به بررسی درخواست‌های تجدیدنظر پرداخته شده است.

F3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای شروع فرآیند اعتراض نسبت به رد شدن یک خدمت یا مورد، یا برای ادامه دریافت خدمتی یا موردی که در حال حاضر دریافت می‌کنید، شما، پزشکتان یا نماینده مجاز شما باید با ما تماس بگیرید. با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید.

درخواست تجدیدنظر استاندارد یا درخواست تجدیدنظر فوری را به‌صورت کتبی ارائه کنید یا با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید.

- اگر پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما درخواست کند که در طول فرایند تجدیدنظر، ارائه یک خدمت یا کالایی را که هم‌اکنون دریافت می‌کنید ادامه دهید، ممکن است لازم باشد او را به‌عنوان نماینده خود معرفی کنید تا از طرف شما اقدام کند.
- 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 این فرم را با مراجعه به وب‌سایت www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf دریافت کنید یا در وب‌سایت ما به نشانی kp.org مراجعه کنید.

- ما می‌توانیم بدون فرم، درخواست تجدیدنظر را قبول کنیم اما نمی‌توانیم پیش از دریافت آن، بررسی خود را شروع یا تکمیل کنیم. اگر فرم را قبل از مهلت مقرر دریافت نکنیم، درخواست تجدیدنظر شما رد خواهد شد:
  - 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.

- اگر فرم را پیش از مهلت تعیین‌شده برای تصمیم‌گیری درباره درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم:
- 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.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.

> اصطلاح قانونی برای «تجدیدنظر فوری» عبارت است از **«تجدیدنظر تسریع‌شده.»**

- اگر درباره تصمیمی که ما در مورد پوشش هزینه‌های مراقبتی گرفته‌ایم درخواست تجدیدنظر کنید، شما و/یا پزشکتان می‌توانید درخواست تجدیدنظر فوری کنید.

اگر پزشکتان به ما اطلاع دهد که وضعیت سلامتی شما مستلزم رسیدگی فوری است، ما به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر تسریع‌شده را برای شما در نظر می‌گیریم. اگر بدون تأیید پزشکتان درخواست کنید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا درخواست شما واجد شرایط تجدیدنظر تسریع‌شده است یا خیر.

- اگر تشخیص دهیم که وضعیت سلامتی شما شرایط لازم برای درخواست تجدیدنظر تسریع‌شده را ندارد، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که این موضوع را اعلام می‌کند و در عوض، مهلت‌های استاندارد را اعمال خواهیم کرد. این نامه به شما می‌گوید:

- اگر پزشک شما درخواست کند، به‌طور خودکار برای شما درخواست تجدیدنظر فوری ثبت می‌کنیم.

- چگونه می‌توانید درباره تصمیم ما مبنی بر اینکه به‌جای درخواست تجدیدنظر سریع، درخواست تجدیدنظر استاندارد داشته باشید، یک شکایت سریع ثبت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نحوه ثبت شکایت، از جمله شکایت سریع، به **بخش K** مراجعه کنید.

اگر به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلامی را که در حال حاضر دریافت می‌کنید متوقف یا کاهش خواهیم داد، ممکن است بتوانید در طول درخواست تجدیدنظر، دریافت آن خدمات یا اقلام را ادامه دهید.

- 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 ده روز تقویمی از تاریخ درج‌شده در نامه ما یا تا تاریخ موردنظر برای اجرای این اقدام، هرکدام که دیرتر باشد، درخواست تجدیدنظر سطح 1 را ارائه دهید، پوشش خدمات یا قلم موردنظر را ادامه می‌دهیم.

- اگر این مهلت را رعایت کنید، تا زمانی که تجدیدنظر سطح 1 شما در حال بررسی است، خدمات یا قلم موردنظر را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.

- همچنین، سایر خدمات یا اقلام (که موضوع درخواست تجدیدنظر شما نیستند) را بدون هیچ تغییری دریافت خواهید کرد.
- اگر تا این تاریخ‌ها درخواست تجدیدنظر نکنید، خدمات یا قلم موردنظر تا زمانی که منتظر تصمیم درباره درخواست تجدیدنظر خود هستید، ادامه نخواهد یافت.

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما اعلام می‌کنیم.

- هنگامی که درخواست تجدیدنظر شما بررسی می‌کنیم، دوباره با دقت تمامی اطلاعات مربوط به تقاضای شما برای پوشش مراقبت پزشکی را بررسی می‌کنیم.
- ما بررسی می‌کنیم که هنگام اعلام **عدم پذیرش** درخواست شما، آیا همه مقررات 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.

برای درخواست تجدیدنظر سریع مهلت‌هایی تعیین شده است.

- هنگامی که از مهلت‌های سریع استفاده می‌کنیم، باید پاسخ خود را ظرف **72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا در صورت نیاز به پاسخ سریع‌تر به دلیل وضعیت سلامت شما، زودتر ارائه کنیم.** اگر یک درخواست تجدیدنظر سریع را رد کنیم، رد درخواست را به‌صورت شفاهی به شما، پزشک، تجویزکننده یا نماینده‌تان اعلام خواهیم کرد.
- 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. IRO پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، دریافت آن را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهد داد. 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 تمام یا بخشی از درخواست شما پاسخ مثبت بدهیم،** باید پوشش مورد توافق را حداکثر ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، یا زودتر در صورتی که وضعیت سلامت شما ایجاب کند، تأیید یا ارائه کنیم.
- **اگر به تمام یا بخشی از درخواست شما پاسخ منفی بدهیم،** درخواست تجدیدنظر شما را برای بررسی به IRO در سطح 2 تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.

برای درخواست تجدیدنظر استاندارد نیز مهلت‌هایی تعیین شده است.

- وقتی از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید حداکثر **ظرف 30 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای پوشش خدماتی که دریافت نکرده‌اید، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
- اگر درخواست شما مربوط به داروی Medicare بخش B باشد **که آن را دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را حداکثر ظرف هفت روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر** شما ارائه می‌کنیم، یا اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، زودتر پاسخ می‌دهیم.
    - اگر تا مهلت مشخص‌شده 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 با تمام یا بخشی از درخواست شما موافقت کنیم، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم، ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم، یا در صورتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، در سریع‌ترین زمان ممکن و حداکثر ظرف 72 ساعت از تاریخ تغییر تصمیم اقدام کنیم، یا اگر درخواست شما مربوط به یک داروی Medicare بخش B باشد، ظرف 7 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست تجدیدنظر شما اقدام کنیم.

اگر بگوییم **خیر** به تمام یا بخشی از درخواست شما، **شما حق درخواست تجدیدنظر بیشتری دارید:**

- اگر بگوییم **خیر** به تمام یا بخشی از آنچه درخواست کرده‌اید، 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. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر بگوییم **خیر** به تمام یا بخشی از درخواست شما در تجدیدنظر سطح 1، برای شما نامه‌ای ارسال می‌کنیم. این نامه به شما اطلاع می‌دهد که آیا Medicare، Medi-Cal یا هر دو برنامه معمولاً هزینه آن خدمت یا وسیله را پوشش می‌دهند.

- اگر مشکل شما مربوط به خدمتی یا موردی باشد که **Medicare** معمولاً آن را پوشش می‌دهد، به‌محض تکمیل درخواست تجدیدنظر در سطح 1، پرونده شما را به‌طور خودکار به سطح 2 فرایند 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 مربوط به خدمتی یا موردی باشد که هم **Medicare و هم Medi-Cal** ممکن است آن را پوشش دهند، به‌طور خودکار یک درخواست تجدیدنظر در سطح 2 با IRO خواهید داشت. علاوه بر «درخواست تجدیدنظر سطح 2» خودکار، می‌توانید به ایالت درخواست «دادرسی ایالتی» و «بررسی پزشکی مستقل» بدهید. با این حال، اگر قبلاً در یک جلسه رسیدگی ایالتی مدارک و شواهد خود را ارائه کرده باشید، بررسی پزشکی مستقل دیگر در دسترس نخواهد بود.

اگر هنگام ثبت درخواست تجدیدنظر در سطح 1 واجد شرایط ادامه دریافت مزایا بوده باشید، ممکن است مزایای مربوط به خدمت، مورد یا داروی مورد اعتراض شما در طول سطح 2 نیز ادامه پیدا کند. برای اطلاعات درباره ادامه مزایای شما در طول فرآیندهای تجدیدنظر سطح 1، به **بخش F3** مراجعه کنید.

- اگر موضوع شما مربوط به خدمتی باشد که معمولاً فقط تحت پوشش Medicare قرار می‌گیرد، مزایای مربوط به آن خدمت در طول فرآیند تجدیدنظر سطح 2 نزد IRO ادامه نخواهد یافت.
- اگر موضوع شما مربوط به خدمتی باشد که معمولاً فقط تحت پوشش Medi-Cal قرار می‌گیرد، در صورتی که ظرف ده روز تقویمی پس از دریافت نامه تصمیم ما، درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه دهید، مزایای مربوط به آن خدمت ادامه خواهد یافت.

وقتی موضوع شما مربوط به خدمت یا موردی باشد که Medicare معمولاً آن را تحت پوشش قرار می‌دهد.

IRO درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام شده است.

> نام رسمی سازمان بررسی مستقل (IRO)، **نهاد بررسی مستقل (IRE) است که** گاهی به اختصار **IRE** نیز 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 در سطح 1 درخواست تجدیدنظر سریع داشتید، در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر شما سریع خواهد بود.

- اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر سریع از ما داشتید، در سطح 2 نیز به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر سریع خواهید داشت. IRO باید **ظرف 72 ساعت** پاسخ درخواست تجدیدنظر شما را در سطح 2 اعلام کند.

اگر در سطح 1 درخواست تجدیدنظر عادی داشتید، در سطح 2 نیز درخواست تجدیدنظر عادی خواهید داشت.

- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد در «سطح 1» داشته‌اید، در «سطح 2» به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر استاندارد خواهید داشت.
- اگر درخواست شما مربوط به یک وسیله یا خدمت پزشکی باشد، IRO باید **ظرف 30 روز تقویمی** پاسخ درخواست تجدیدنظر شما در سطح 2 را اعلام کند.
- اگر درخواست شما مربوط به یک داروی Medicare بخش B باشد، IRO باید پاسخ تجدیدنظر سطح 2 شما را **ظرف هفت روز تقویمی** ارائه دهد.

اگر IRO پاسخ خود را به‌صورت کتبی به شما ارائه دهد و دلایل آن را توضیح دهد.

- **اگر IRO به همه یا بخشی از درخواست شما برای اقلام یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت بدهد،** ماباید فوراً تصمیم را اجرایی کنیم:
  - پوشش مراقبت پزشکی را تأیید کنید، **ظرف 72 ساعت، یا**
  - ارائه خدمات ظرف **14 روز کاری** پس از دریافت تصمیم IRO در مورد درخواست‌های **استاندارد، یا**
  - ارائه خدمات **ظرف 72 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم IRO برای **درخواست‌های عادی یا فوری.**
- **اگر IRO با تمام یا بخشی از درخواست مربوط به یک داروی Medicare بخش B موافقت کند، ما باید داروی Medicare بخش B مورد اختلاف را تأیید یا ارائه کنیم:**
  - **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO برای درخواست‌های **استاندارد،** درخواست‌های فوری، **یا**
  - **ظرف 24 ساعت** از تاریخی که تصمیم IRO را برای درخواست‌های **تسریع‌شده** دریافت می‌کنیم.

- **اگر IRO با تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر شما مخالفت کند،** به این معناست که IRO موافق است که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را 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 اطلاعات بیشتر درباره سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

وقتی مشکل شما مربوط به یک خدمت یا موردی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد

برای تجدیدنظرخواهی سطح 2 درباره خدمات و موارد تحت پوشش Medi-Cal، 2 روش وجود دارد: (1) ثبت شکایت یا درخواست بررسی پزشکی مستقل، یا (2) درخواست رسیدگی در جلسه ایالتی.

(1) اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده (DMHC)

می‌توانید از طریق مرکز کمک DMHC شکایت ثبت کنید یا برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) درخواست دهید. با ثبت شکایت، DMHC تصمیم ما را بررسی خواهد کرد. DMHC تحقیقات خود را درباره شکایت شما انجام خواهد داد یا تصمیم می‌گیرد که آیا پرونده واجد شرایط IMR است یا خیر. ممکن است IMR برای هر خدمت یا مورد تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی داشته باشد، در دسترس باشد. IMR بررسی پرونده شما توسط کارشناسانی 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. برای IMR هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

شما می‌توانید در صورتی که طرح ما:

- خدمت یا درمان Medi-Cal را رد کند، تغییر دهد، یا به تأخیر بیندازد، چون طرح ما تشخیص دهد که از نظر پزشکی ضروری نیست.

- درمان Medi-Cal آزمایشی یا در حال بررسی برای یک بیماری جدی را 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 نکند.

- اگر طرح ما درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما درباره یک خدمت Medi-Cal را ظرف 30 روز تقویمی برای تجدیدنظر عادی، یا ظرف 72 ساعت یا زودتر در صورتی که وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، برای تجدیدنظر فوری، حل‌وفصل نکرده باشد.

در بیشتر موارد، قبل از درخواست IMR، باید ابتدا نزد ما درخواست تجدیدنظر ثبت کنید. برای اطلاعات درباره فرایند تجدیدنظر سطح 1 ما، به **بخش G5** مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید فرم درخواست IMR/شکایت را نزد DMHC ارسال کنید.

توجه: اگر ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما از طرف شما درخواست تجدیدنظر ثبت کرده باشد، اما ما فرم تعیین نماینده شما را دریافت نکنیم، قبل از اینکه بتوانید برای IMR سطح 2 نزد DMHC درخواست دهید، باید درخواست تجدیدنظر خود را مجدداً نزد ما ثبت کنید؛ مگر اینکه درخواست تجدیدنظر شما مربوط به یک تهدید قریب‌الوقوع و جدی برای سلامتتان باشد، از جمله، اما نه محدود به، درد شدید، احتمال از دست رفتن جان، اندام یا عملکرد اصلی بدن.

شما می‌توانید برای IMR و جلسه رسیدگی ایالتی درخواست دهید، اما اگر قبلاً در یک جلسه رسیدگی ایالتی مدارکی ارائه کرده باشید یا درباره همان موضوع جلسه رسیدگی ایالتی داشته باشید، دیگر نمی‌توانید برای IMR اقدام کنید.

اگر درمان شما به این دلیل رد شده باشد که آزمایشی یا در حال بررسی بوده است، لازم نیست پیش از درخواست IMR در فرایند تجدیدنظر ما شرکت کنید.

اگر مشکل شما فوری است، یا شامل یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، یا دچار درد شدید هستید، می‌توانید بدون اینکه ابتدا فرایند تجدیدنظر ما را طی کنید، موضوع را مستقیماً به DMHC اطلاع دهید.

شما باید ظرف **شش ماه پس از اینکه تصمیم کتبی خود را درباره درخواست تجدیدنظر شما** برایتان ارسال کردیم، برای IMR درخواست دهید. DMHC ممکن است پس از شش ماه، در صورت وجود دلیل موجه، درخواست شما را بپذیرد؛ برای مثال، اگر وضعیت پزشکی‌ای داشتید که مانع از درخواست IMR در مدت شش ماه شده بود، یا ما اطلاع‌رسانی کافی درباره فرایند IMR به شما نکرده بودیم.

برای ثبت شکایت یا درخواست IMR:

- فرم IMR/شکایت موجود در این آدرس را تکمیل کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز راهنمایی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD 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 ردشده توسط ما را پیوست کنید. این کار می‌تواند فرآیند IMR را تسریع کند. به‌جای اصل اسناد، کپی آن‌ها را ارسال کنید. مرکز راهنمایی نمی‌تواند هیچ مدرکی را به شما برگرداند.

- اگر فردی به شما در IMR کمک می‌کند، «فرم دستیار قانونی» را پر کنید. می‌توانید فرم را از این آدرس دریافت کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx یا با مرکز راهنمایی دپارتمان به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-877-688-9891 تماس بگیرند.

- فرم IMR/شکایت و هرگونه مدارک پیوست را به‌صورت آنلاین از طریق DMHC در این نشانی ارسال کنید: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint

- از طریق ایمیل یا فاکس ارسال کنید:

Help Center
اداره مراقبت سلامت مدیریت‌شده California
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
فاکس: 1-916-255-5241

ظرف هفت روز، DMHC درخواست شما را بررسی کرده و نامه تأیید دریافت درخواست را برایتان ارسال می‌کند. اگر DMHC تشخیص دهد که پرونده واجد شرایط IMR است، پس از دریافت تمامی مدارک موردنیاز، تصمیم‌گیری درباره IMR ظرف 45 روز انجام خواهد شد.

اگر پرونده شما فوری باشد و واجد شرایط IMR باشید، معمولاً پس از دریافت تمام مدارک موردنیاز، تصمیم‌گیری درباره IMR ظرف هفت روز انجام خواهد شد.

اگر از نتیجه IMR راضی نبودید، همچنان می‌توانید درخواست «دادرسی ایالتی» کنید.

فرآیند IMR ممکن است طولانی‌تر شود، اگر DMHC تمام سوابق پزشکی موردنیاز را از شما یا پزشک معالج تان دریافت نکند. 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 تشخیص دهد که پرونده شما واجد شرایط IMR نیست، پرونده شما را از طریق روند معمول رسیدگی به شکایت‌های مصرف‌کنندگان بررسی خواهد کرد. شکایت شما باید ظرف 30 روز تقویمی پس از ارسال درخواست تکمیل‌شده حل‌وفصل شود. اگر شکایت شما فوری باشد، رسیدگی به آن سریع‌تر انجام خواهد شد.

(2) جلسه رسیدگی ایالتی

شما می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کنید. اگر پزشک یا ارائه‌دهنده دیگر شما درخواست خدمات یا اقلامی را داشته باشد که ما تأیید نکنیم، یا اگر دیگر هزینه خدمات یا اقلامی را که از قبل دارید پرداخت نکنیم و به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده باشیم، شما حق دارید درخواست جلسه رسیدگی ایالتی بدهید.

در بیشتر موارد، **شما 120 روز پس از ارسال «نامه تصمیم تجدیدنظر»** برای شما، فرصت دارید تا درخواست جلسه رسیدگی ایالتی را ارائه دهید.

توجه: اگر به دلیل اینکه به شما گفته‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، **درخواست جلسه رسیدگی ایالتی کرده‌اید،** اگر می‌خواهید در مدت زمان رسیدگی ایالتی خود به دریافت آن خدمات ادامه دهید، روزهای کمتری برای ارسال درخواست خود دارید. برای اطلاعات بیشتر در مورد اینکه آیا مزایا در طول تجدیدنظرخواهی سطح 2 ادامه می‌یابد یا خیر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

به روش‌های زیر می‌توانید دادرسی ایالتی را درخواست کنید:

- آنلاین در www.cdss.ca.gov.
- از طریق تلفن: به 1-800-743-8525 زنگ بزنید. این شماره ممکن است زیاد اشغال باشد. می‌توانید پیام بگذارید تا بعداً با شما تماس گرفته شود. اگر نمی‌توانید به‌خوبی صحبت کنید یا بشنوید، لطفاً با شماره TTY/TDD 1-800-952-8349 تماس بگیرید.
- کتبی: فرم دادرسی ایالتی را پر کنید یا نامه ای به آدرس زیر ارسال کنید. آن را با نامه یا فاکس به نشانی زیر بفرستید:
- پست: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- فاکس: (916) 309-3487 شماره رایگان 1-833-281-0903
- شما می‌توانید «درخواست برای رسیدگی ایالتی» را در پشت «اعلامیه اقدام» تکمیل کنید. حتماً نام، آدرس، شماره تلفن، شماره تأمین اجتماعی و/یا شماره CIN، و دلیل درخواستتان را برای جلسه دادرسی ایالتی عنوان کنید. اگر فردی در ارتباط با دادرسی ایالتی به شما کمک می‌کند، نام، آدرس و شماره تلفن او را به فرم یا نامه اضافه کنید. اگر به مترجم شفاهی نیاز دارید، به بخش دادرسی‌های ایالتی اطلاع دهید به چه زبانی صحبت می‌کنید. لازم نیست هزینه‌ای بابت مترجم شفاهی بپردازید. بخش دادرسی‌های ایالتی یک مترجم برای شما تهیه خواهد کرد. اگر ناتوانی خاصی دارید، بخش دادرسی‌های ایالتی می‌تواند امکانات خاصی را به‌صورت رایگان در اختیارتان قرار دهد تا در جلسه دادرسی حضور داشته باشید. لطفا اطلاعات مربوط به معلولیت و تسهیلاتی را که نیاز دارید اضافه کنید.

لازم نیست هزینه‌ای برای دادرسی ایالتی یا بررسی مستقل پزشکی (IMR) پرداخت کنید.

شما هم حق درخواست دادرسی ایالتی و هم حق IMR را دارید. ولی اگر ابتدا درخواست دادرسی ایالتی دهید و جلسه دادرسی قبلاً برگزار شده باشد، نمی‌توانید برای IMR درخواست دهید. در این صورت، تصمیم دادرسی ایالتی نهایی خواهد بود. تصمیمات مربوط به مزایای داروخانه Medi-Cal Rx مشروط به فرآیند IMR نیستند.

بخش‌های زیر اطلاعات بیشتری دربارهٔ نحوهٔ درخواست دادرسی ایالتی یا IMR در اختیار شما می‌گذارد.

شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر مربوط به مزایای داروخانه‌ای Medi-Cal Rx توسط Kaiser Permanente رسیدگی نمی‌شوند. می‌توانید شکایت‌ها و درخواست‌های تجدیدنظر درباره مزایای داروخانه‌ای Medi-Cal Rx را با تماس با 1-800-977-2273 ثبت کنید (TTY 1-800-977-2273 و سپس 5 یا 711 را فشار دهید). با این حال، ممکن است «بررسی مستقل پزشکی» به شکایات و درخواست‌های تجدیدنظر مرتبط با مزایای دارویی که مشمول Medi-Cal Rx نیست تعلق بگیرد. اگر با تصمیمی که در رابطه با مزایای دارویی Medi-Cal Rx شما اتخاذ شده است موافق نیستید، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید.

توجه: اقلام و خدماتی که تحت برنامه حمایت‌های اجتماعی دریافت می‌کنید، واجد شرایط IMR نیستند.

بخش رسیدگی به جلسات استماع ایالتی، تصمیم خود را به صورت کتبی به شما اعلام می‌کند و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر بخش رسیدگی به جلسات استماع ایالتی بگوید **بله**، باید تمام یا بخشی از درخواست مربوط به یک قلم یا خدمت پزشکی را تأیید یا ارائه کنیم، **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم آنها، خدمت یا قلم موردنظر را تأیید یا ارائه خواهیم کرد.
- اگر بخش رسیدگی به جلسات استماع ایالتی بگوید **خیر**، به این معناست که آنها موافق هستند که ما نباید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) برای پوشش هزینه‌های مراقبت پزشکی را تأیید کنیم. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد.

اگر تصمیم IRO یا جلسه رسیدگی ایالتی برای تمام یا بخشی از درخواست شما **خیر** باشد، شما حق دارید درخواست تجدیدنظر بیشتری داشته باشید.

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما به **IRO** ارجاع شده باشد، فقط در صورتی می‌توانید دوباره درخواست تجدیدنظر کنید که ارزش دلاری خدمت یا قلم موردنظر شما به حداقل مبلغ مشخصی برسد. یک ALJ یا قاضی وکیل ارزیابی به «درخواست تجدیدنظر سطح 3» رسیدگی می‌کند. **نامه‌ای که از IRO دریافت می‌کنید، حقوق تجدیدنظر اضافی که ممکن است داشته باشید را توضیح می‌دهد.**

نامه‌ای که از بخش رسیدگی به جلسات استماع ایالتی دریافت می‌کنید، گزینه بعدی برای درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد.

برای اطلاعات بیشتر درباره حقوق تجدیدنظرخواهی خود پس از سطح 2، به **بخش J** مراجعه کنید.

F5. مشکلات پرداخت

ما به ارائه‌دهندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم بابت خدمات و اقلام تحت پوشش، از شما هزینه دریافت کنند. حتی اگر مبلغی کمتر از آنچه که ارائه‌دهنده برای خدمات یا اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند بپردازیم، این روال برای شما برقرار است. شما هرگز ملزم نیستید مبلغ باقی‌مانده هیچ صورتحسابی را پرداخت کنید. تنها مبلغی که باید از شما درخواست شود، سهم هزینه‌ای است که در جدول مزایا در **فصل 4** (در صورت از دست دادن پوشش کامل Medi-Cal) یا **فصل 6** (برای داروهای شما) توضیح داده شده است.

اگر برای خدمات و اقلام تحت پوشش، صورتحسابی دریافت کردید که مبلغ آن بیشتر از سهم پرداختی شما است، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. خودتان صورتحساب را پرداخت نکنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مسئله را حل می‌کنیم. اگر خودتان صورتحساب را پرداخت کنید، در صورتی که قوانین دریافت خدمات یا اقلام را رعایت کرده باشید، می‌توانید از طرح ما بازپرداخت دریافت کنید.

برای اطلاعات بیشتر، به **فصل 7** این *کتابچه راهنمای اعضای* طرح 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 توضیح می‌دهد که چگونه باید مدارکی را که برای درخواست پرداخت برای ما ارسال می‌کنید، ارائه دهید.

اگر تقاضای استرداد کنید، یعنی از ما درخواست تصمیم‌گیری برای پوشش دارید. ما بررسی می‌کنیم که آیا خدمات یا کالایی که بابت آن پرداخت کرده‌اید تحت پوشش است و آیا تمام قوانین مربوط به استفاده از پوشش خود را رعایت کرده‌اید.

- اگر خدمات یا کالایی که بابت آن پرداخت کرده‌اید تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما سهم خود از هزینه خدمات یا کالا را معمولاً ظرف 30 روز تقویمی، اما حداکثر تا 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، برایتان ارسال می‌کنیم.

- اگر هنوز برای خدمات یا اقلام مبلغی پرداخت نکرده‌اید، ما پرداختی را مستقیماً به ارائه‌دهنده می‌پردازیم. وقتی پرداخت را انجام می‌دهیم، این همان چیزی است که می‌گوییم **بله** به درخواست شما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش خدمات.

- اگر خدمت یا موردی که برای آن پرداخت کرده‌اید تحت پوشش نباشد یا همه قوانین را رعایت نکرده باشید، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که در آن توضیح می‌دهیم هزینه آن خدمت یا مورد را پرداخت نخواهیم کرد و دلیل آن را نیز شرح می‌دهیم.

اگر با تصمیم ما مبنی بر پرداخت نکردن موافق نیستید، **می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.** فرایند درخواست تجدیدنظر را که در **بخش F3** توضیح داده شده است، 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 پاسخ ما به درخواست تجدیدنظر شما **خیر** باشد و **Medicare** معمولاً هزینه آن خدمت یا وسیله را پوشش دهد، پرونده شما را به IRO ارسال می‌کنیم. 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. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما در هر مرحله‌ای از فرایند تجدیدنظر پس از سطح 2 مثبت **بله** باشد، ما باید مبلغ مربوطه را حداکثر ظرف 60 روز تقویمی به شما یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی پرداخت کنیم.

- اگر IRO درخواست تجدیدنظر شما را **رد کند،** به این معناست که IRO با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما موافق است. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد. شما نامه‌ای دریافت خواهید کرد که در آن حقوق تجدیدنظرخواهی بیشتری که ممکن است داشته باشید توضیح داده می‌شود. برای اطلاعات بیشتر درباره مراحل اضافی درخواست تجدید نظر، به **بخش J** مراجعه کنید.

اگر پاسخ ما به درخواست تجدید نظر شما **خیر** باشد و Medicare یا Medi-Cal معمولاً هزینه آن خدمت یا مورد را پوشش دهد، می‌توانید شخصاً درخواست تجدید نظر سطح 2 را ثبت کنید. برای اطلاعات بیشتر، به **بخش F4** مراجعه کنید.

G. داروهای Medicare بخش D

مزایای شما به‌عنوان عضو طرح ما شامل پوشش هزینه بسیاری از داروها می‌شود. 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 مربوط به درخواست‌های تجدیدنظر دارویی تحت Medicare بخش D است.** در ادامه این بخش، به‌جای اینکه هر بار عبارت «داروی Medicare بخش D» را به کار ببریم، از واژه «دارو» استفاده می‌کنیم.

برای اینکه تحت پوشش قرار گیرد، دارو باید برای یک کاربرد پزشکی مورد تأیید استفاده 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 «مورد استفاده پزشکیِ مورد تأیید»، به **فصل 5** این *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

G1. تصمیمات پوشش و درخواست‌های تجدیدنظر Medicare بخش D

در زیر نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوشش داروهای Medicare بخش D شما که از ما درخواست می‌کنید، آورده شده است:

- از ما تقاضا می‌کنید که استثنا قائل شویم، که شامل این موارد است:
  - پوشش یک داروی Medicare بخش D که در *فهرست دارویی* طرح ما قرار ندارد، یا
  - رفع یک محدودیت از پوشش دارویی ما (برای مثال، محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید)

- از ما می‌پرسید که آیا دارویی برای شما پوشش داده می‌شود (از قبیل زمانی که دارو در «فهرست دارویی » طرح*ها هست* اما پیش از پوشش دادن باید آن را برایتان تأیید کنیم).

توجه: اگر داروخانه به شما بگوید نسخه شما آنطور که نوشته شده قابل تحویل نیست، یک اطلاعیه کتبی به شما می‌دهد که توضیح می‌دهد چگونه با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش بیمه بدهید.

تصمیم اولیه در مورد پوشش داروهای Medicare بخش 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 تصمیم ما درباره پوشش بیمه مخالف باشید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر ثبت کنید. این بخش، هم نحوه تقاضا برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش و هم درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهد. از نمودار زیر برای کمک به خودتان استفاده کنید.

در کدام یک از این وضعیت‌ها قرار دارید؟

شما به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نباشد یا باید قانون یا محدودیتی را برای دارویی که تحت پوشش ما قرار می دهیم کنار بگذاریم.	شما می‌خواهید ما دارویی را در فهرست دارویی خود پوشش دهیم، و فکر می‌کنید که قوانین یا محدودیت‌های طرح (مانند دریافت تأییدیه قبلی) را برای داروی مورد نیاز خود رعایت می‌کنید.	شما می‌خواهید از ما بخواهید هزینه دارویی را که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم.	ما به شما گفتیم که هزینه دارو را آنطور که شما می‌خواهید پوشش نمی‌دهیم یا پرداخت نمی‌کنیم.
می‌توانید از ما بخواهید که استثنا قائل شویم. (این موضوع بیانگر نوعی تصمیم پوشش است.) با **بخش G2** شروع کنید و سپس به **بخش‌های G3 و G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید از ما برای تعیین پوشش تقاضا کنید.** به **بخش G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید از ما تقاضای بازپرداخت کنید.** (این موضوع بیانگر نوعی تصمیم پوشش است.) به **بخش G4** مراجعه کنید.	**می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.** (یعنی از ما تقاضای بازنگری دارید.) به **بخش G5** مراجعه کنید.

G2. استثناهای Medicare بخش D

اگر ما دارویی را به شیوه‌ای که شما انتظار دارید تحت پوشش قرار ندهیم، می‌توانید از ما درخواست کنید که برای آن یک «استثنا» در نظر بگیریم. اگر درخواست شما برای یک استثنا را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدید نظر در مورد تصمیم ما ارائه دهید.

وقتی درخواست استثنا می‌کنید، پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو باید دلایل پزشکی‌ای را که نشان می‌دهد چرا به این استثنا نیاز دارید، توضیح دهند.

درخواست برای تحت پوشش قرار گرفتن دارویی که در *فهرست دارویی* ما قرار ندارد، یا درخواست برای برداشتن محدودیت مربوط به یک دارو، گاهی **«درخواست استثنا از فهرست دارویی»** نامیده می‌شود.

درخواست برای پرداخت هزینه کمتر برای دارویی که تحت پوشش است اما در گروه داروهای ترجیحی قرار ندارد، گاهی **درخواست استثنا در سطح پوشش** نامیده می‌شود.

در اینجا برخی از استثنائاتی آمده است که شما، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر از ما تقاضا می‌کنند:

1. تحت پوشش قرار دادن دارویی که در *فهرست دارویی ما قرار ندارد*

- 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.

2. برداشتن محدودیت از یک داروی تحت پوشش

- قوانین یا محدودیت‌های اضافی برای برخی از داروهای موجود در *فهرست دارویی* ما اعمال می‌شود (برای اطلاعات بیشتر به **فصل 5** *کتابچه* راهنمای اعضا 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.
  - محدودیت‌های مقداری. برای برخی داروها، محدودیت‌هایی در میزان دارویی که می‌توانید دریافت کنید وجود دارد.
- اگر با درخواست استثنای شما موافقت کنیم و محدودیتی را برای شما کنار بگذاریم، می‌توانید برای مبلغ سهم پرداختی که ملزم به پرداخت آن هستید نیز درخواست استثنا کنید.

3. تغییر پوشش یک دارو به سطحی با سهم پرداختی کمتر. هر دارویی که در *فهرست دارویی ما* قرار دارد، در یکی از شش سطح سهم پرداختی قرار می‌گیرد. به‌طور کلی، هرچه شماره سطح سهم پرداختی پایین‌تر باشد، مبلغ سهم پرداختی شما کمتر خواهد بود.

- فهرست دارویی *ما اغلب شامل بیش از* یک دارو برای درمان یک بیماری یا وضعیت پزشکی خاص است. این داروها، داروهای «جایگزین» نام دارند.
- اگر یک داروی جایگزین برای بیماری یا وضعیت پزشکی شما در سطح سهم پرداختی پایین‌تری نسبت به دارویی که مصرف می‌کنید قرار داشته باشد، می‌توانید از ما درخواست کنید آن دارو را با همان مبلغ سهم پرداختی داروی جایگزین تحت پوشش قرار دهیم. این کار باعث کاهش مبلغ سهم پرداختی شما برای آن دارو می‌شود.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک محصول بیولوژیک است، می‌توانید از ما درخواست کنید آن را با مبلغ سهم پرداختی مربوط به پایین‌ترین سطح برای داروهای بیولوژیک جایگزین مورد استفاده برای بیماری یا وضعیت پزشکی شما تحت پوشش قرار دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی برنددار است، می‌توانید از ما درخواست کنید آن را با مبلغ سهم پرداختی مربوط به پایین‌ترین سطح برای داروهای برنددار جایگزین مورد استفاده برای بیماری یا وضعیت پزشکی شما تحت پوشش قرار دهیم.
  - اگر دارویی که مصرف می‌کنید یک داروی ژنریک است، می‌توانید از ما درخواست کنید آن را با مبلغ سهم پرداختی مربوط به پایین‌ترین سطح برای داروهای برنددار یا ژنریک جایگزین مورد استفاده برای بیماری یا وضعیت پزشکی شما تحت پوشش قرار دهیم.

- شما نمی‌توانید درخواست تغییر سطح تقسیم هزینه برای هیچ دارویی در سطح 5 (داروهای تخصصی) بدهید.

- اگر درخواست استثنای سطح‌بندی شما تأیید شود و بیش از یک سطح پایین‌تر با داروهای جایگزین وجود داشته باشد که شما نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً پایین‌ترین میزان هزینه را پرداخت خواهید کرد.

G3. نکات مهمی که باید در مورد درخواست استثنا بدانید

پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو باید دلایل پزشکی را به ما اعلام کنند.

پزشک یا سایر تجویزکنندگان دارو باید بیانیه‌ای ارائه دهند که دلایل پزشکی درخواست استثنا را توضیح دهد. هنگامی که تقاضای استثنا دارید، برای تصمیم‌گیری سریع تر، 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 یک بیماری یا وضعیت پزشکی خاص است. این داروها، داروهای «جایگزین» نام دارند. اگر یک داروی جایگزین به‌اندازه دارویی که درخواست کرده‌اید مؤثر باشد و عوارض جانبی یا مشکلات سلامتی بیشتری ایجاد نکند، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید **نمی‌کنیم**. اگر از ما درخواست استثنای سطح هزینه‌پرداختی کنید، معمولاً درخواست استثنای شما را تأیید **نمی‌کنیم**، مگر اینکه هیچ‌یک از داروهای جایگزین در سطح یا سطوح پایین‌تر هزینه‌پرداختی برای شما به همان اندازه مؤثر نباشند، یا احتمال داشته باشد که باعث واکنش نامطلوب یا آسیب دیگری شوند.

ما می‌توانیم به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی بدهیم.

- اگر با درخواست استثنای شما موافقت **کنیم**، این استثنا معمولاً تا پایان سال تقویمی معتبر خواهد بود. 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 درخواست استثنای شما را رد **کنیم**، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات درباره نحوه درخواست تجدیدنظر، به **بخش G5** مراجعه کنید، اگر بگوییم **خیر**.

بخش بعد نحوه درخواست تعیین پوشش، شامل یک مورد استثنا را به شما توضیح می‌دهد.

G4. درخواست تصمیم گیری در مورد پوشش، شامل استثنا

- برای درخواست تصمیم‌گیری درباره نوع پوشش بیمه‌ای موردنظرتان، با بخش خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید، یا درخواست خود را به‌صورت کتبی یا از طریق فاکس ارسال 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 تعیین یا معرفی یک نفر 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 بابت هزینه یک دارو از ما درخواست بازپرداخت کنید، به **فصل 7** این *کتاب راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

- اگر درخواست استثنا می‌کنید، یک مدرک پشتیبان ارائه دهید. مدرک پشتیبان شامل دلایل پزشکی پزشک یا تجویزکننده داروی شما برای درخواست استثناست.

- پزشکتان یا تجویزکننده دیگر می‌تواند اظهاریه پشتیبان را برای ما فکس یا پست کند. همچنین می‌توانند اظهاریه را از طریق تلفن به ما اطلاع دهند و سپس فکس یا پست کنند.

اگر شرایط سلامتی‌تان ایجاب می‌کند، از ما درخواست «تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش هزینه» کنید.

ما از مهلت‌های «استاندارد» استفاده می‌کنیم، مگر اینکه برای استفاده از «مهلت زمانی سریع» توافق کنیم.

- تصمیم **استاندارد درباره پوشش هزینه** یعنی ما حداکثر تا 72 ساعت پس از دریافت بیانیه پزشک شما، پاسخ خود را اعلام می‌کنیم.
- تصمیم **سریع درباره پوشش هزینه** یعنی ما حداکثر تا 24 ساعت پس از دریافت بیانیه پزشک شما، پاسخ خود را اعلام می‌کنیم.

> تصمیم‌گیری فوری درباره پوشش بیمه **«تعیین تسریع‌شده پوشش بیمه»** 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 پزشک یا تجویزکننده داروی شما به ما اطلاع دهد که شرایط سلامتی‌تان نیاز به تصمیم سریع درباره پوشش هزینه دارد، درخواست شما را طبق زمان‌بندی تصمیم سریع درباره پوشش هزینه بررسی خواهیم کرد. ما نامه‌ای حاوی این اطلاعات برای شما ارسال خواهیم کرد.

- اگر بدون دریافت حمایت از پزشک یا سایر تجویزکنندگان، درخواست تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی خود را داشته باشید، ما در مورد دریافت تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش درمانی شما تصمیم خواهیم گرفت.
- اگر تشخیص دهیم که وضعیت پزشکی شما شرایط لازم برای تصمیم سریع درباره پوشش هزینه را ندارد، به‌جای آن از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که در آن به شما اطلاع می‌دهیم از مهلت استاندارد استفاده خواهیم کرد. در این نامه همچنین توضیح داده می‌شود که چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.
  - می‌توانید شکایت سریع مطرح کنید تا ظرف 24 ساعت به شما پاسخ داده شود. برای اطلاعات بیشتر درباره شکایت‌ها، از جمله شکایت‌های فوری، به **بخش K** مراجعه کنید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری فوری درباره پوشش بیمه

- 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 اطلاعات بیشتر درباره اعتراض سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر بگوییم **بله** به تمام یا بخشی از درخواست شما، پوشش موردنظر را حداکثر تا 24 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشکتان ارائه می‌کنیم.
- اگر بگوییم **خیر** برای تمام یا بخشی از درخواست شما، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین به شما توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت‌های تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش دارویی که 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 بگوییم **بله**، تمام یا بخشی از درخواست شما را پوشش می‌دهیم، ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما یا مدارک پزشکتان برای یک استثنا، پوشش را ارائه می‌کنیم.
- اگر بگوییم **خیر** برای تمام یا بخشی از درخواست شما، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

مهلت تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوشش 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، درخواست شما را جهت بررسی توسط IRO به «سطح 2» فرآیند تجدیدنظر ارسال می‌کنیم.
- اگر بگوییم **بله**، ظرف 14 روز تقویمی هزینه را به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- اگر بگوییم **خیر** برای تمام یا بخشی از درخواست شما، نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم که دلایل آن را توضیح می‌دهد. این نامه همچنین توضیح می‌دهد که چگونه درخواست تجدیدنظر کنید.

G5. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

اعتراض به تصمیم پوشش دارویی Medicare بخش D در طرح ما، **«بازبینی مجدد»** نامیده می‌شود.

- شروع به **تجدیدنظر استاندارد یا سریع** خود کنید از طریق تماس با شماره 1-866-206-2973، ارسال نامه یا فکس به ما. 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.
- شما باید **ظرف 65 روز** تقویمی از تاریخ نامه‌ای که برای اطلاع‌رسانی درباره تصمیم خود برای شما ارسال کرده‌ایم، درخواست تجدیدنظر کنید.
- 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.

اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.

> درخواست تجدیدنظر سریع **«بازبینی مجدد تسریع‌شده»** نیز 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 اطلاعات بیشتر، به **بخش G4** مراجعه کنید.

ما درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و پاسخ خود را به شما اعلام می‌کنیم.

- درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کنیم و با دقت تمامی اطلاعات مربوط به تقاضایتان برای پوشش را بررسی می‌کنیم.
- ما بررسی می‌کنیم که آیا هنگام گفتن **خیر** به درخواست شما، قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- ما ممکن است با شما، پزشک شما یا تجویزکننده شما تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری جمع آوری کنیم.

مهلت‌های مربوط به تجدیدنظر سریع در سطح 1

- اگر از مهلت‌های سریع استفاده کنیم، باید **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما پاسخ خود را به شما بدهیم.
  - 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 اطلاعات درباره نهاد بررسی‌کننده و فرآیند تجدیدنظر در سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر بگوییم **بله** به تمام یا بخشی از درخواست شما، باید پوششی را که طبق توافق متعهد به ارائه آن هستیم، حداکثر ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر به تمام یا بخشی از درخواست شما پاسخ **خیر** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم را توضیح می‌دهد و نحوه درخواست تجدیدنظر را به شما اطلاع می‌دهد.

مهلت‌های رسیدگی به درخواست تجدیدنظر عادی در سطح 1

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده کنیم، باید **ظرف هفت روز** تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را ارائه کنیم.
- 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 هفت روز تقویمی تصمیم خود را به شما اعلام نکنیم، باید درخواست شما را به سطح 2 روند تجدیدنظر ارجاع دهیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات درباره نهاد بررسی‌کننده و فرآیند تجدیدنظر در سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.

اگر می‌گوییم **بله**، درخواست شما را به طور کامل یا جزئی پوشش می‌دهیم:

- ما باید **پوشش بیمه‌ای** را که با شما توافق کرده‌ایم، مطابق نیازهای صحی شما در اسرع وقت فراهم کنیم، اما در هر صورت **حداکثر تا هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما.
- ما باید هزینه دارویی **را که خریداری کرده‌اید**، ظرف 30 روز تقویمی **پس از دریافت** درخواست تجدیدنظر شما پرداخت کنیم.

اگر بگوییم **خیر** و تمام یا بخشی از درخواست شما را نپذیریم:

- نامه‌ای برایتان ارسال می‌کنیم و در آن دلایل پاسخ منفی و نحوه درخواست تجدیدنظر را توضیح می‌دهیم.
- ما باید **ظرف 14 روز** تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را دربارهٔ بازپرداخت هزینهٔ دارویی که خریداری کرده‌اید، به شما اعلام کنیم.
  - اگر ظرف 14 روز تقویمی تصمیم خود را به شما اعلام نکنیم، موظفیم درخواست شما را به سطح دوم فرایند تجدیدنظر ارجاع دهیم. سپس یک IRO آن را بررسی می‌کند. برای اطلاعات درباره نهاد بررسی‌کننده و فرآیند تجدیدنظر در سطح 2، به **بخش G6** مراجعه کنید.
- اگر با تمام یا بخشی از درخواست شما موافقت **کنیم**، موظفیم ظرف 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت درخواست شما، مبلغ مربوطه را به شما پرداخت کنیم.
- اگر به تمام یا بخشی از درخواست شما پاسخ **خیر** بدهیم، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که دلایل این تصمیم را توضیح می‌دهد و نحوه درخواست تجدیدنظر را به شما اطلاع می‌دهد.

G6. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

اگر ما به درخواست تجدید نظر شما در مرحله 1 **پاسخ منفی بدهیم** شما می‌توانید تصمیم ما را بپذیرید یا درخواست تجدید نظر دیگری را بدهید. اگر تصمیم دارید درخواست تجدیدنظر کنید، از فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 2» استفاده کنید. **IRO** تصمیم ما را زمانی که به اولین درخواست تجدیدنظر شما **پاسخ منفی** دادیم، بررسی می‌کند. این سازمان تعیین می‌کند که آیا باید تصمیم خود را تغییر دهیم یا خیر.

> نام رسمی سازمان بررسی مستقل (IRO)، **نهاد بررسی مستقل (IRE) است که** گاهی به اختصار **IRE** نیز نامیده می‌شود.

برای ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2، شما، نماینده‌تان، یا پزشک یا تجویزکنندهٔ داروی **شما باید** به‌صورت کتبی با IRO تماس بگیرد و درخواست بررسی پرونده‌تان را مطرح کند.

- اگر به درخواست تجدیدنظر مرحله 1 شما بگوییم که **خیر**، نامه‌ای که برای شما ارسال می‌کنیم شامل **دستورالعمل‌هایی در مورد نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر** مرحله 2 به IRO است. 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» نام دارد. **شما حق برخورداری از یک نسخه رایگان از فایل پرونده خود را دارید**. اگر برای درخواست یک نسخه رایگان از پرونده خود به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا با شماره 1-800-443-0815 تماس بگیرید.
- شما این حق را دارید که برای پشتیبانی از درخواست تجدیدنظر خود، اطلاعات تکمیلی به IRO ارائه دهید.

IRO درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما در Medicare بخش D را بررسی می‌کند و پاسخ خود را به‌صورت کتبی به شما ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر درباره IRO به **بخش F4** مراجعه کنید.

مهلت‌های مربوط به تجدیدنظر سریع در سطح 2

اگر برای حفظ سلامتتان لازم است، به IRO درخواست تجدیدنظر فوری دهید.

- اگر آن‌ها با تجدیدنظر سریع موافقت کنند، باید پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، **ظرف 72 ساعت** به شما پاسخ دهند.
- اگر آن‌ها بگویند **بله**، برای بخشی یا تمام درخواست شما، باید پوشش داروی تأییدشده را **ظرف 24 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه دهند.

مهلت‌های رسیدگی به درخواست تجدیدنظر عادی در سطح 2

اگر درخواست تجدیدنظری استانداردی در «سطح 2» دارید، IRO باید بر اساس موارد زیر به شما پاسخ بدهد:

- **ظرف هفت روز تقویمی** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای دارویی که دریافت نکرده‌اید.
- **ظرف 14 روز** تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما برای بازپرداخت هزینه دارویی که خریداری کرده‌اید.

اگر IRO بگوید بله، **به تمام یا بخشی** از درخواست شما رسیدگی می‌کند:

- ما باید پوشش داروی تأییدشده را **ظرف 72 ساعت** پس از دریافت تصمیم IRO ارائه کنیم.
- باید ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم IRO، هزینه دارویی را که خریداری کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم.
- اگر IRO به درخواست تجدیدنظر شما **نه** بگوید، یعنی آن‌ها با تصمیم ما برای تأیید نکردن درخواست شما موافق هستند. این امر «پشتیبانی از درخواست» یا «رد درخواست» نام دارد.

اگر IRO به تجدیدنظرخواهی سطح 2 شما **نه** بگوید، شما حق دارید تجدیدنظرخواهی سطح 3 را انجام دهید، اگر ارزش دلاری پوشش دارویی که درخواست کرده‌اید به حداقل مبلغ تعیین‌شده برسد. 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 درخواست شما شرایط لازم را داشته باشد، شما انتخاب می‌کنید که آیا می‌خواهید تجدیدنظرخواهی خود را ادامه دهید یا خیر.

- پس از سطح 2 تجدیدنظرخواهی، سه مرحله اضافی دیگر در روند تجدیدنظرخواهی وجود دارد.
- اگر IRO در مورد سطح 2 تجدیدنظرخواهی شما پاسخ **خیر** بدهد و شما شرایط لازم برای ادامه روند تجدیدنظرخواهی را داشته باشید، شما:
  - 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 قاضی رسیدگی‌کننده وکیل به تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3 رسیدگی می‌کند. **بخش J** برای اطلاعات درباره تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3، 4 و 5.

H. درخواست از ما برای پوشش مدت طولانی‌تر بستری در بیمارستان

وقتی در بیمارستان بستری می‌شوید، شما حق دارید تمام خدمات بیمارستانی تحت پوشش ما را که برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب شما ضروری هستند، دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره پوشش بیمارستانی طرح ما، به **فصل 4** این دفترچه *اعضا مراجعه کنید*.

در طول اقامت تحت پوشش شما در بیمارستان، پزشک و کارکنان بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید آماده شوید. آن‌ها همچنین به هماهنگی مراقبت‌هایی که ممکن است پس از ترک بیمارستان به آن‌ها 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 فکر می‌کنید از شما خواسته می‌شود که خیلی زود بیمارستان را ترک کنید یا درباره مراقبت‌های خود پس از ترک بیمارستان نگرانی دارید، می‌توانید درخواست کنید مدت بستری شما طولانی‌تر شود. این بخش نحوه تقاضا را برای شما توضیح می‌دهد.

صرف‌نظر از تجدیدنظرخواهی‌هایی که در این **بخش H** توضیح داده شده‌اند، شما همچنین می‌توانید شکایتی ثبت کنید و از DMHC درخواست بررسی پزشکی مستقل کنید تا ادامه بستری شما در بیمارستان بررسی شود. لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل را بیاموزید. شما می‌توانید بررسی پزشکی مستقل را علاوه بر یا به جای تجدیدنظر سطح 3 درخواست کنید.

H1. آشنایی شما با حقوق خود در Medicare

تا دو روز پس از پذیرش شما در بیمارستان، یکی از کارکنان بیمارستان، مانند پرستار یا مسئول پرونده، یک اطلاعیه کتبی با عنوان «پیام مهمی از Medicare درباره حقوق شما» به شما خواهد داد. هر شخصی که دارای Medicare باشد، هر زمانی که در بیمارستانی پذیرش شود یک نسخه از این ابلاغیه دریافت خواهد کرد.

اگر این اطلاعیه را دریافت نکردید، آن را از هر یک از کارکنان بیمارستان درخواست کنید. اگر به راهنمایی نیاز دارید، از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید. همچنین می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

- **اطلاعیه را با دقت بخوانید** و اگر چیزی را متوجه نشدید، سوال بپرسید. این ابلاغیه درباره حقوق شما به‌عنوان 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، درصورتی‌که معتقد هستید خیلی زود از بیمارستان مرخص شده‌اید.
- **اطلاعیه را امضا کنید** تا نشان دهید که آن را دریافت کرده‌اید و حقوق خود را درک می‌کنید.
  - شما یا کسی که از طرف شما اقدام می‌کند می‌توانید ابلاغیه را امضا کنید.
  - امضای اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که اطلاعات مربوط به حقوق خود را دریافت کرده‌اید. امضای اطلاعیه به این معنی **نیست** که شما با تاریخ ترخیصی که پزشک یا کارکنان بیمارستان ممکن است به شما گفته باشند، موافق هستید.
- **نسخه خود از اطلاعیه امضا** شده را نگه دارید تا در صورت نیاز، اطلاعات آن را در اختیار داشته باشید.

اگر اطلاعیه را بیش از دو روز قبل از روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید امضا کنید، قبل از ترخیص یک نسخه دیگر از آن را 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
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- مراجعه کنید به www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

برای درخواست اینکه خدمات بستری بیمارستان شما برای مدت طولانی‌تری تحت پوشش قرار گیرد، درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. «سازمان بهبود کیفیت» (QIO) برای اطلاع از اینکه تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است یا خیر، «درخواست تجدیدنظر سطح 1» را بررسی می‌کند.

QIO گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال پرداخت می‌شوند. این متخصصان کیفیت را برای افراد دارای Medicare بررسی می‌کنند و آن را ارتقا می‌دهند. آن‌ها بخشی از طرح ما نیستند.

در کالیفرنیا، QIO شرکت Commence Health است. به آن‌ها از طریق 1-877-588-1123 زنگ بزنید. اطلاعات تماس همچنین در اطلاعیه «پیام مهمی از Medicare درباره حقوق شما» و در **فصل 2** موجود است.

قبل از ترک بیمارستان و حداکثر تا تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص، با QIO تماس بگیرید.

- **اگر قبل از ترک بیمارستان تماس بگیرید،** می‌توانید پس از تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص خود در بیمارستان بمانید، بدون اینکه هزینه‌ای پرداخت کنید، تا زمانی که منتظر تصمیم QIO درباره درخواست تجدیدنظر خود هستید.
- **اگر برای درخواست تجدیدنظر تماس نگیرید** و تصمیم بگیرید پس از تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص خود در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید تمام هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را که بعد از تاریخ برنامه‌ریزی‌شده ترخیص دریافت می‌کنید، خودتان پرداخت کنید.
- از آنجا که بستری‌های بیمارستانی هم تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند، اگر سازمان بهبود کیفیت (QIO) درخواست شما برای ادامه بستری در بیمارستان را بررسی نکند، یا اگر باور دارید که وضعیت شما فوری است، شامل تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود، یا درد شدید دارید، همچنین می‌توانید با اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده California (DMHC) شکایت کنید یا از DMHC درخواست بازبینی پزشکی مستقل کنید. لطفاً برای اطلاع از نحوه ثبت شکایت و درخواست بازبینی پزشکی مستقل از DMHC، به **فصل F4** مراجعه کنید.

اگر به کمک نیاز دارید، درخواست کمک کنید. اگر در هر زمانی نیاز به راهنمایی یا سؤالی دارید:

- از طریق شماره‌های پایین صفحه با «خدمات اعضا» تماس بگیرید.
- با برنامه مشاوره و حمایت در زمینه بیمه سلامت (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید.

تقاضای بازبینی فوری کنید. سریع اقدام کنید و با QIO تماس بگیرید تا درخواست بررسی سریع ترخیص شما از بیمارستان را مطرح کنید.

> اصطلاح قانونی برای **«بررسی سریع»** عبارت است از **«بررسی فوری»** یا **«بررسی تسریع‌شده».**

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، نامه‌ای حاوی تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده‌تان دریافت می‌کنید. این نامه همچنین دلایلی را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما معتقدیم این تاریخ ترخیص، از نظر پزشکی برای شما مناسب و درست است.

اصطلاح قانونی برای این توضیح کتبی، **«اطلاعیه مفصل ترخیص»** است. شما می‌توانید با تماس با خدمات اعضا از شماره‌هایی که در پایین صفحه نوشته شده است، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، یک نمونه از این مدرک را دریافت کنید. (کاربران دستگاه TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.) همچنین می‌توانید یک نمونه از این اطلاعیه را به‌صورت آنلاین در آدرس زیر مشاهده کنید: www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

پس از اینکه QIO تمام اطلاعات مورد نیاز خود را دریافت کند، باید ظرف یک روز کامل پاسخ خود را درباره درخواست تجدید نظر شما اعلام کند.

اگر QIO بگوید **بله** به درخواست تجدید نظر شما:

- ما خدمات بستری بیمارستانی تحت پوشش برای شما را مادامی که این خدمات ضرورت پزشکی داشته باشند، پوشش می‌دهیم.

اگر QIO بگوید **خیر** به درخواست تجدید نظر شما:

- آن‌ها معتقدند که تاریخ برنامه‌ریزی‌شده 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 شوید تمام هزینه مراقبت‌های بیمارستانی را که بعد از ظهر روز بعد از اینکه QIO پاسخ درخواست تجدید نظر شما را اعلام می‌کند دریافت می‌کنید، خودتان پرداخت کنید.
- اگر QIO درخواست تجدید نظر سطح 1 شما را رد کند، می‌توانید درخواست تجدید نظر سطح 2 بدهید **و** اگر بعد از تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده خود در بیمارستان بمانید.

H3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدید نظر سطح 2، از QIO می‌خواهید که دوباره تصمیمی را که درباره درخواست تجدید نظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بررسی کند. به آن‌ها از طریق 1-877-588-1123 زنگ بزنید.

شما باید این بررسی را **ظرف 60 روز** تقویمی پس از روزی که QIO اعلام کرد **درخواست** تجدید نظر سطح 1 شما رد شده است، درخواست کنید. تنها در صورتی که پس **از تاریخ** اتمام پوشش، برای خدمات مراقبتی در بیمارستان بمانید، می‌توانید برای این بازبینی 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 بگوید **بله** به درخواست تجدید نظر شما:

- 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 بگوید **خیر** به درخواست تجدید نظر شما:

- 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. لطفاً به **بخش E4** مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت با DMHC و درخواست بررسی پزشکی مستقل را بیاموزید.

یک ALJ یا قاضی رسیدگی‌کننده وکیل به تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3 رسیدگی می‌کند. **بخش J** برای اطلاعات درباره تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3، 4 و 5.

I. درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی

این بخش تنها درباره سه نوع از مراقبت‌هایی است که شاید دریافت می‌کنید:

- خدمات مراقبت‌های بهداشتی در منزل
- مراقبت پرستاری ماهر در یک مرکز مراقبت پرستاری ماهر، **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، شما حق دارید خدمات تحت پوشش را تا زمانی دریافت کنید که پزشک بگوید به آن‌ها نیاز دارید.

وقتی تصمیم بگیریم پوشش هر یک از این خدمات را متوقف کنیم، باید **قبل** از پایان خدمات شما به شما اطلاع دهیم. هنگامی که پوشش شما برای این مراقبت به پایان می‌رسد، دیگر هزینه‌ای برای آن نمی‌پردازیم.

اگر فکر می‌کنید پوشش مراقبت شما خیلی زود پایان داده شده است، **می‌توانید نسبت به تصمیم ما تجدیدنظرخواهی کنید**. این بخش توضیح می‌دهد چگونه درخواست تجدیدنظر بدهید.

I1. قبل از پایان پوشش بیمه خود، از قبل اطلاع دهید

ما یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که حداقل دو روز قبل از توقف پرداخت هزینه مراقبت شما به دستتان می‌رسد. این اطلاعیه «اعلامیه عدم پوشش توسط Medicare» (Notice of Medicare Non-Coverage) نام دارد. این اطلاعیه به شما می‌گوید که در چه تاریخی پوشش مراقبت شما را متوقف می‌کنیم و چگونه می‌توانید نسبت به تصمیم ما درخواست تجدید نظر کنید.

شما یا نماینده‌تان باید اطلاعیه را امضا کنید تا نشان دهد که آن را دریافت کرده‌اید. امضا کردن اطلاعیه **فقط** نشان می‌دهد که شما اطلاعات را دریافت کرده‌گاید. امضا کردن **به این معنی نیست** که شما با تصمیم ما موافق هستید.

I2. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1

اگر فکر می‌کنید پوشش مراقبت شما خیلی زود پایان داده شده است، می‌توانید نسبت به تصمیم ما تجدیدنظرخواهی کنید. این بخش اطلاعاتی درباره فرآیند «درخواست تجدیدنظر سطح 1» و کاری که باید انجام دهید ارائه می‌دهد.

- **مهلت‌های زمانی را رعایت کنید.** مهلت های 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 اطلاعات بیشتر درباره شکایت‌ها، به **بخش K** مراجعه کنید.
- **اگر به کمک نیاز دارید، درخواست کمک کنید.** اگر در هر زمانی نیاز به راهنمایی یا سؤالی 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 اطلاعات بیشتر درباره شکایت‌ها، به **بخش H2** یا بخش K در **فصل 2** این کتابچه اعضا مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر درباره QIO و نحوه تماس با آن، *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.
  - **سریع اقدام کنید و درخواست یک "اعتراض فوری" کنید.** از QIO بخواهید بررسی کند که آیا از نظر پزشکی مناسب است که ما پوشش خدمات پزشکی شما را پایان دهیم 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 ارسال‌شده برای شما، با QIO تماس بگیرید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات مراقبت‌های بهداشتی شما را بررسی نکند یا اگر معتقدید که وضعیت شما فوری است یا شامل یک تهدید فوری و جدی برای سلامتی شما می‌شود یا اگر درد شدید دارید، می‌توانید نزد اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده کالیفرنیا (DMHC) شکایت ثبت کنید و از آن برای بررسی پزشکی مستقل درخواست کنید. لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید تا نحوه ثبت شکایت و درخواست از DMHC برای بررسی پزشکی مستقل را بیاموزید.

اصطلاح قانونی برای اطلاعیه کتبی، **«اطلاعیه عدم پوشش Medicare» است.** برای دریافت یک نسخه نمونه، با خدمات اعضا از طریق شماره‌های درج‌شده در پایین صفحه تماس بگیرید یا با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا نسخه‌ای را از اینجا بدست آورید www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

در طول یک اعتراض 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 قانونی برای توضیح این اطلاعیه عبارت است از **«توضیح تفصیلی عدم پوشش»**.

- بازبین‌ها تصمیم خود را حداکثر ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز ارائه می‌کنند.

اگر QIO بگوید **بله** به درخواست تجدید نظر شما:

- ما خدمات تحت پوشش شما را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشند، ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO بگوید **خیر** به درخواست تجدید نظر شما:

- 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.

I3. ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 2

برای درخواست تجدید نظر سطح 2، از QIO می‌خواهید که دوباره تصمیمی را که درباره درخواست تجدید نظر سطح 1 شما گرفته‌اند، بررسی کند. به آن‌ها از طریق 1-877-588-1123 زنگ بزنید.

شما باید این بررسی را **ظرف 60 روز** تقویمی پس از روزی که QIO اعلام کرد درخواست تجدید نظر سطح 1 شما رد شده است، درخواست کنید. شما می‌توانید این بازبینی را **فقط** در صورتی درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش مراقبت، همچنان مراقبت را ادامه 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 بگوید **بله** به درخواست تجدید نظر شما:

- ما از تاریخی که گفتیم پوشش شما به پایان می‌رسد، سهم خود را از هزینه‌های مراقبتی به شما بازپرداخت می‌کنیم.
- ما پوشش مراقبت را تا زمانی که از نظر پزشکی ضروری باشد، ارائه خواهیم کرد.

اگر QIO بگوید **خیر** به درخواست تجدید نظر شما:

- آن‌ها با تصمیم ما برای پایان دادن به مراقبت شما موافق هستند 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. لطفاً به **بخش F4** مراجعه کنید تا نحوه درخواست بازبینی پزشکی مستقل از DMHC را بیاموزید. می‌توانید به‌جای «درخواست تجدیدنظر سطح 3» یا همراه آن، شکایتی مطرح کرده و از DMHC درخواست «بررسی مستقل پزشکی» کنید.

یک ALJ یا قاضی رسیدگی‌کننده وکیل به تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3 رسیدگی می‌کند. **بخش J** برای اطلاعات درباره تجدیدنظرخواهی‌های مرحله 3، 4 و 5.

J. پیگیری درخواست تجدیدنظر خود فراتر درخواست تجدیدنظر خود فراتر از سطح 2

J1. مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare

اگر برای خدمات یا اقلام Medicare درخواست تجدیدنظر سطح 1 و تجدیدنظر سطح 2 ارائه کرده‌اید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده‌اند، ممکن است حق درخواست سطوح اضافی تجدیدنظر را داشته باشید.

اگر ارزش دلاری خدمات یا اقلام Medicare که برای آن درخواست تجدیدنظر کرده‌اید به حداقل مبلغ دلاری مشخصی نرسد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر بیشتری ارائه کنید. اگر ارزش دلاری به اندازه کافی بالا باشد، می‌توانید روند تجدیدنظر را ادامه دهید. نامه‌ای که از IRO درباره تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 از فرآیند تجدیدنظر، جلسه رسیدگی نزد ALJ است. فردی که تصمیم را اتخاذ می‌کند، یک ALJ یا یک وکیل تصمیم‌گیر است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا وکیل تصمیم‌گیر به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ **مثبت** بدهد، ما حق داریم نسبت به تصمیم سطح 3 که به نفع شماست، درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر تصمیم به **درخواست تجدیدنظر** بگیریم، یک نسخه از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را همراه با هرگونه مدارک پیوست‌شده 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 تصمیم بگیریم که درخواست تجدیدنظر **نکنیم**، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم ALJ یا تصمیم‌گیرنده حقوقی وکیل، خدمت را تأیید کنیم یا آن را برای شما ارائه دهیم.

- اگر ALJ یا تصمیم‌گیرنده حقوقی وکیل در مورد درخواست تجدیدنظر شما **خیر** بگوید، ممکن است روند درخواست تجدیدنظر هنوز تمام نشده باشد.

- اگر شما **این تصمیم** را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید، فرایند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.

- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را **رد** می‌کند نپذیرید، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. ابلاغیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که برای «درخواست تجدیدنظر سطح 4» چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 4

شورای تجدیدنظر Medicare (Council) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

اگر شورای تجدیدنظر به درخواست تجدیدنظر سطح 4 شما پاسخ **بله** بدهد، یا درخواست ما برای بررسی تصمیم درخواست تجدیدنظر سطح 3 که به نفع شما بوده است را رد کند، ما حق داریم به سطح 5 درخواست تجدیدنظر کنیم.

- اگر ما تصمیم بگیریم **درخواست تجدیدنظر** بدهیم، تصمیم را به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد.

- اگر ما تصمیم بگیریم **این تصمیم را نپذیریم** و درخواست تجدیدنظر کنیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورای تجدیدنظر، خدمات را تأیید کنیم یا به شما ارائه دهیم.

اگر شورای تجدیدنظر درخواست تجدیدنظر شما را **رد کند** یا درخواست ما برای بررسی را رد کند، روند تجدیدنظر ممکن است هنوز به پایان نرسیده باشد.

- اگر شما **این تصمیم** را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید، فرایند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.

- اگر شما تصمیم بگیرید این تصمیم را **نپذیرید** و درخواست تجدیدنظر کنید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی 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

- قاضی دادگاه منطقه‌ای فدرال درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات مربوط به آن را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد **بله** یا **خیر.** این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال منطقه وجود ندارد.

J2. تجدیدنظرهای اضافی Medi-Cal

اگر درخواست تجدیدنظر شما مربوط به خدمات یا اقلامی باشد که Medi-Cal معمولاً پوشش می‌دهد، شما همچنین حقوق دیگری برای تجدیدنظر دارید. نامه‌ای که از بخش رسیدگی به جلسات ایالتی دریافت می‌کنید، به شما می‌گوید اگر می‌خواهید روند تجدیدنظر را ادامه دهید، چه کاری باید انجام دهید.

J3. سطوح 3، 4 و 5 تجدیدنظر برای درخواست‌های دارویی Medicare بخش D

این بخش ممکن است برای شما مناسب باشد اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و درخواست تجدیدنظر سطح 2 را ارائه کرده‌اید و هر دو درخواست تجدیدنظر شما رد شده‌اند.

اگر ارزش دارویی که برای آن درخواست تجدیدنظر کرده‌اید، به مقدار مشخصی از نظر دلاری برسد، ممکن است بتوانید به سطوح بعدی تجدیدنظر ادامه دهید. پاسخ کتبی‌ای که برای درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید، توضیح می‌دهد برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری انجام دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 3

سطح 3 از فرآیند تجدیدنظر، جلسه رسیدگی نزد ALJ است. فردی که تصمیم را اتخاذ می‌کند، یک ALJ یا یک وکیل تصمیم‌گیر است که برای دولت فدرال کار می‌کند.

اگر ALJ یا تصمیم‌گیرنده وکیل‌قضایی بگوید **بله** به درخواست تجدیدنظر شما:

- 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 تصمیم‌گیرنده حقوقی وکیل در مورد درخواست تجدیدنظر شما **خیر** بگوید، ممکن است روند درخواست تجدیدنظر هنوز تمام نشده باشد.

- اگر شما **این تصمیم** را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید، فرایند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر تصمیم بگیرید که این تصمیم را که درخواست تجدیدنظر شما را **رد** می‌کند نپذیرید، می‌توانید به مرحله بعدی روند بررسی ادامه دهید. 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 **بله**بگوید:

- 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 **خیر** بگوید، یا درخواست بررسی را رد کند، ممکن است روند تجدیدنظر هنوز تمام نشده باشد.

- اگر شما **این تصمیم** را که به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی می‌دهد، قبول کنید، فرایند تجدیدنظر به اتمام می‌رسد.
- اگر شما تصمیم بگیرید این تصمیم را **نپذیرید** و درخواست تجدیدنظر کنید، ممکن است بتوانید به مرحله بعدی روند بررسی 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

قاضی دادگاه منطقه‌ای فدرال درخواست تجدیدنظر شما و تمام اطلاعات مربوط به آن را بررسی می‌کند و تصمیم می‌گیرد **بله** یا **خیر.** این تصمیم نهایی است. هیچ سطح تجدیدنظر دیگری فراتر از دادگاه فدرال منطقه وجود ندارد.

K. نحوه ثبت شکایت

K1. چه نوع مشکلاتی باید به‌عنوان شکایت مطرح شوند

فرایند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود؛ مانند مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان‌های انتظار، هماهنگی مراقبت‌ها، و خدمات مشتری. در اینجا نمونه‌هایی از انواع مشکلاتی که در فرآیند طرح شکایت به آن‌ها رسیدگی می‌شود، آورده شده است.

شکایت	مثال
کیفیت مراقبت پزشکی شما	• از کیفیت مراقبت، مثلاً مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید، ناراضی هستید.
احترام به حریم خصوصی	• فکر می‌کنید که شخصی به حق شما در مورد حریم خصوصی احترام نگذاشته است یا اطلاعات محرمانه‌ای را درباره شما به اشتراک گذاشته است.
بی‌احترامی، خدمات مشتری ضعیف یا سایر رفتارهای نامناسب دیگر	• 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.
دسترسی‌پذیری و کمک‌های زبانی	• شما نمی‌توانید به‌صورت فیزیکی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی و امکانات موجود در مطب پزشک یا دفتر ارائه‌دهنده خدمات دسترسی پیدا کنید. • پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات شما برای زبانی غیر از انگلیسی که صحبت می‌کنید (مانند زبان اشاره آمریکایی یا اسپانیایی) مترجم ارائه نمی‌دهد. • ارائه‌دهنده خدمات شما سایر تسهیلات منطقی موردنیازی را که درخواست کرده‌اید، برای شما فراهم نمی‌کند.
زمان انتظار	• 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.
تمیزی	• شما فکر می‌کنید که کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.
اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید	• 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.
به‌موقع بودنِ تصمیمات مربوط به پوشش خدمات یا درخواست‌های تجدیدنظر	• 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.

انواع مختلفی از شکایت‌ها 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 برای ثبت شکایت داخلی و/یا خارجی نیاز به کمک دارید، می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات 7 روز در هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب در دسترس است.

اصطلاح قانونی برای «شکایت» (complaint)، «گریوِنس» **(grievance)** است.

اصطلاح قانونی برای «ثبت کردن شکایت» (making a complaint) عبارت است از: **«ثبت یک گِریوِنس (filing a grievance)».**

K2. شکایت‌های داخلی

برای ثبت یک شکایت داخلی، با بخش خدمات اعضا به شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. شما می‌توانید در هر زمانی شکایت خود را ثبت کنید، مگر اینکه شکایت مربوط به یک داروی Medicare بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به یک داروی Medicare بخش D باشد، باید آن را **ظرف 60 روز تقویمی** پس از زمانی که مشکلی را که می‌خواهید درباره آن شکایت کنید تجربه کرده‌اید، ثبت کنید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که باید انجام دهید، «خدمات اعضا» به شما اطلاع خواهد داد.
- همچنین می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی 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 به عریضه شما بسته به وضعیت سلامت شما سریعاً پاسخ دهیم، اما حداکثر زمان برای پاسخ به عریضه 30 روز تقویمی است.

اصطلاح قانونی برای «شکایت سریع» (fast complaint) عبارت است از **«گِریوِنس تسریع‌شده» (expedited grievance).**

اگر امکان داشته باشد، 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 به‌دلیل رد کردن درخواستتان 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 به این دلیل شکایت می‌کنید که ما برای تصمیم‌گیری درباره پوشش یا درخواست تجدیدنظر زمان زیادی صرف کرده‌ایم، به‌طور خودکار شکایت شما را یک «شکایت فوری» در نظر می‌گیریم و ظرف 24 ساعت به آن پاسخ می‌دهیم.

اگر با بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم، به شما اطلاع می‌دهیم و دلایل خود را ارائه می‌کنیم. ما چه با شکایت موافق باشیم و چه نباشیم، پاسخ می‌دهیم.

K3. شکایت‌های خارجی

Medicare

شما می‌توانید درباره شکایت خود به Medicare اطلاع دهید یا آن را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در دسترس است در: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. قبل از ثبت شکایت با Medicare، لازم نیست که ابتدا با Kaiser Permanente Dual Complete شکایت ثبت کنید.

Medicare شکایت‌های شما را جدی می‌گیرد و از این اطلاعات برای کمک به بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده می‌کند.

اگر بازخورد یا نگرانی دیگری دارید، یا احساس می‌کنید که طرح سلامت مشکل شما را برطرف نمی‌کند، می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نیز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

Medi-Cal

می‌توانید با تماس با شماره 1-888-452-8609، شکایت خود را با بازرس (Ombudsman) مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal در اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا (DHCS) ثبت کنید. کاربران TTY با شماره 711 تماس حاصل نمایند. دوشنبه تا جمعه، بین ساعت 8:8 ق.ظ تا 5:5 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 مورد شکایت‌های مربوط به خدمات Medi-Cal با مرکز کمک DMHC تماس بگیرید. برای موارد غیر فوری، اگر با تصمیم در درخواست تجدیدنظر سطح 1 مخالف هستید، یا اگر طرح سلامت پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده است، می‌توانید با DMHC شکایت ثبت کنید. با این حال، اگر برای شکایتی که شامل یک موضوع فوری یا تهدید فوری و جدی برای سلامت شما است، به کمک نیاز دارید، یا اگر درد شدید دارید، یا با تصمیم طرح ما درباره شکایت خود مخالف هستید، یا اگر طرح ما پس از 30 روز تقویمی شکایت شما را حل نکرده است، می‌توانید بدون ثبت درخواست تجدیدنظر سطح 1 با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از «مرکز راهنمایی» آورده شده است:

- با شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا، کم‌شنوا، یا دارای اختلال گفتاری هستند می‌توانند از شماره رایگان TTY: 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.
- از وب‌سایت اداره مراقبت‌های بهداشتی مدیریت‌شده بازدید کنید (www.dmhc.ca.gov).

دفتر حقوق مدنی (OCR)

اگر فکر می‌کنید با شما منصفانه رفتار نشده است، می‌توانید با دفتر حقوق مدنی (OCR) در وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) شکایت ثبت کنید. به‌عنوان مثال، می‌توانید در مورد دسترسی معلولین یا کمک زبانی شکایت کنید. شماره تلفن OCR این است: 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به www.hhs.gov/ocr مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر محلی OCR به آدرس زیر تماس بگیرید:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مرکز پاسخگویی مشتریان: 1019-368-800-1
فاکس: 3818-619-202-1
TDD: 1-800-537-7697
ایمیل: ocrmail@hhs.gov

همچنین ممکن است تحت قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت (ADA) دارای حقوقی 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 حل‌وفصل شکایت شما با آن‌ها همکاری می‌کنیم.

سازمان QIO گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی است که توسط دولت فدرال پرداخت می‌شوند تا مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران Medicare را بررسی و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره QIO، به **بخش H2**، **فصل 2** در *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید

در کالیفرنیا، سازمان QIO با نام Commence Health شناخته می‌شود. شماره تلفن Commence Health عبارت است از: 1-877-588-1123.

فصل 10: پایان دادن به عضویت شما در طرح ما

مقدمه

این فصل توضیح می‌دهد که چگونه می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید و پس از ترک طرح ما، چه گزینه‌هایی برای پوشش خدمات درمانی خواهید داشت. اگر طرح ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید، همچنان تحت برنامه‌های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل این *کتابچه راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 10 فهرست مطالب

A. زمانی که می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید..... 262
B. چگونه به عضویت خود در طرح ما پایان دهید 263
C. چگونه خدمات Medicare و Medi-Cal را به‌صورت جداگانه دریافت کنید 263
C1. خدمات Medicare شما..... 263
C2. خدمات Medi-Cal شما..... 267
D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما پایان یابد..... 268
E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد..... 268
F. قوانین مربوط به منع درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلیل هرگونه دلیل مرتبط با سلامت..... 269
G. حق شما برای ثبت شکایت در صورتی که ما به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم..... 269
H. چگونه اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویت شما در طرح دریافت کنید 269

A. زمانی که می‌توانید به عضویت خود در طرح ما پایان دهید

اکثر افراد دارای Medicare می‌توانند در زمان‌های خاصی از سال به عضویت خود پایان دهند. از آنجا که شما دارای Medi-Cal هستید، چندین گزینه برای پایان دادن به عضویت خود در طرح ما دارید، از جمله امکان انجام این کار در هر ماه از سال.

علاوه بر این، شما می‌توانید در دوره‌های زیر هر سال به عضویت خود در طرح ما پایان دهید:

- دوره **ثبت‌نام آزاد**که از 15 اکتبر تا 7 دسامبر ادامه دارد. اگر در این دوره یک طرح جدید را انتخاب کنید، عضویت شما در طرح فعلی ما در تاریخ 31 دسامبر پایان می‌یابد و عضویت شما در طرح جدید از 1 ژانویه شروع خواهد شد.
- دوره **ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage (MA Open Enrollment Period)** که از 1 ژانویه تا 31 مارس ادامه داردو همچنین برای افراد جدید Medicare که در یک طرح ثبت‌نام کرده‌اند، از ماهی که واجد شرایط دریافت بخش A و بخش B می‌شوند تا آخرین روزسومین ماه از ماه واجد شرایط شدن آن‌ها ادامه خواهد داشت. اگر در این دوره یک طرح جدید انتخاب کنید، عضویت شما در طرح جدید از روز اول ماه بعد شروع خواهد شد.

ممکن است شرایط دیگری نیز وجود داشته باشد که در آن‌ها شما واجد شرایط ایجاد تغییر در ثبت‌نام خود باشید. برای مثال، وقتی:

- شما از منطقه خدماتی ما نقل مکان کنید،
- واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal یا «مساعده بیشتر» تغییر کرد، **یا**
- اگر اخیراً به یک خانه آسایشگاهی یا بیمارستان مراقبت طولانی‌مدت نقل مکان کرده‌اید، در حال حاضر در آنجا تحت مراقبت هستید، یا به‌تازگی از آنجا خارج شده‌اید.

عضویت شما در آخرین روز همان ماهی که درخواست شما برای ترک طرح را دریافت می‌کنیم پایان می‌یابد. برای مثال، اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما با طرح ما در 31 ژانویه پایان می‌یابد. اگر در طرح دیگری ثبت‌نام کنید، 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 در **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 شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است. شماره کاربران TTY نیز ذکر شده است.
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید به شماره 1-877-486-2048 زنگ بزنند.
- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) با شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: https://www.aging.ca.gov/HICAP.
- گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر در دسترس است. کاربران دستگاه TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- با دفتر بازرس مراقبت‌های مدیریت‌شده Medi-Cal به شماره 1-888-452-8609، از دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 5 عصر، یا از طریق ایمیل MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov تماس بگیرید.

توجه: اگر شما در یک برنامه مدیریت دارو (DMP) هستید، ممکن است نتوانید طرح‌ها را تغییر دهید. به **فصل 5** راهنمای اعضا *مراجعه کنید تا اطلاعاتی* درباره برنامه‌های مدیریت دارو دریافت کنید.

B. چگونه به عضویت خود در طرح ما پایان دهید

اگر تصمیم بگیرید عضویت خود را پایان دهید، می‌توانید این کار را با ثبت‌نام در یک طرح مدیکر دیگر یا تغییر به Original Medicare انجام دهید. با این حال، اگر می‌خواهید از طرح ما به مدیکر اصلی Original Medicare تغییر دهید، اما یک طرح جداگانه دارویی مدیکر انتخاب نکرده‌اید، باید درخواست کنید که از طرح ما لغو عضویت شوید. به دو روش می‌توانید درخواست لغو ثبت‌نام کنید:

- می‌توانید درخواست را به‌صورت 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.

- یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY (افرادی که در شنیدن یا صحبت کردن مشکل دارند) باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. وقتی با شماره 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید، همچنین می‌توانید در یک طرح دیگر سلامت یا دارویی Medicare ثبت‌نام کنید. اطلاعات بیشتر درباره دریافت خدمات Medicare پس از ترک طرح ما، در جدول **بخش C1** آمده است.

- با گزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی به شماره 1-800-430-4263، دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح تا 6 عصر در دسترس است. کاربران دستگاه TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

- **بخش C** در زیر، مراحلی توضیح داده شده است که می‌توانید برای ثبت‌نام در یک طرح دیگر انجام دهید؛ این کار همچنین باعث پایان عضویت شما در طرح ما خواهد شد.

C. چگونه خدمات Medicare و Medi-Cal را به‌صورت جداگانه دریافت کنید

اگر تصمیم بگیرید طرح ما را ترک کنید، برای دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود گزینه‌هایی دارید.

C1. خدمات Medicare شما

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود دارید که در زیر فهرست شده‌اند و می‌توانید در هر ماه از سال یکی از آن‌ها را انتخاب کنید. شما یک گزینه اضافی دارید که در زمان‌های مشخصی از سال، از جمله **دوره ثبت‌نام آزاد (Open Enrollment Period)** و دوره ثبت‌نام آزاد **Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period)**، یا در شرایط دیگری که در **بخش A** توضیح داده شده است، در دسترس است. با انتخاب یکی از این گزینه‌ها، عضویت شما در طرح ما به‌طور خودکار پایان می‌یابد.

1. می‌توانید به یکی از گزینه‌های زیر تغییر دهید: **یک طرح Medicare Medi-Cal (که به آن طرح Medi-Medi نیز گفته می‌شود) نوعی از طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمام مزایا و خدمات هر دو برنامه را هماهنگ می‌کنند، از جمله همه خدماتی که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند، یا در صورت واجد شرایط بودن، یک طرح «برنامه مراقبت جامع برای سالمندان» (PACE).** **توجه:** اصطلاح Medi-Medi Plan نامی است که در کالیفرنیا برای طرح‌های ویژه نیازهای دوگانه واجد شرایط یکپارچه (D-SNPs) استفاده می‌شود.	**کاری که باید انجام دهید:** یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای پرسش‌های مربوط به برنامه مراقبت جامع سالمندان (PACE)، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) با شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در طرح جدید Medi-Medi ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش طرح جدید شما شروع شود، عضویت شما در طرح Medicare فعلی ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. طرح Medi-Cal شما برای مطابقت با طرح بیمه Medi-Medi شما تغییر خواهد کرد.

2. می‌توانید به یکی از گزینه‌های زیر تغییر دهید: **Original Medicare همراه با یک طرح جداگانه داروی نسخه‌ای Medicare و یک طرح Medi-Cal.**	**کاری که باید انجام دهید:** با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) با شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در یک طرح جدید داروی Medicare ثبت‌نام کنید. وقتی پوشش Original Medicare شما شروع شود، عضویت شما در طرح ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد. شما همچنان در طرح Medi-Cal خود ثبت‌نام‌شده باقی می‌مانید، مگر اینکه خودتان یک طرح متفاوت را انتخاب کنید.

3. می‌توانید به یکی از گزینه‌های زیر تغییر دهید:

Original Medicare بدون یک طرح جداگانه داروی Medicare اگر دلیل معتبر برای لغو عضویت داشته باشید

توجه: اگر وضعیت بیمه خود را به Original Medicare تغییر داده و در یک طرح مجزای پوشش داروهای نیازمند Medicare ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح بیمه دارویی ثبت‌نام کند، مگر آن که به Medicare بگویید تمایلی به پیوستن ندارید.

شما فقط باید پوشش دارویی خود را لغو کنید اگر از منبع دیگری، مانند کارفرما یا اتحادیه، پوشش دارویی دریافت می‌کنید. اگر درباره اینکه آیا به پوشش دارویی نیاز دارید یا نه سؤال دارید، با برنامه مشاوره و کمک‌رسانی بیمه سلامت کالیفرنیا (HICAP) از طریق شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر تماس بگیرید. برای اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/.

کاری که باید انجام دهید:

یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر:

- برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) با شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/.

وقتی پوشش Original Medicare شما شروع شود، عضویت شما در طرح ما به‌طور خودکار لغو خواهد شد.

شما همچنان در طرح Medi-Cal خود ثبت‌نام‌شده باقی می‌مانید، مگر اینکه خودتان یک طرح متفاوت را انتخاب کنید.

4. می‌توانید به یکی از گزینه‌های زیر تغییر دهید: **هر طرح سلامت Medicare** در زمان‌های مشخصی از سال، **از جمله دوره ثبت‌نام آزاد و** دوره ثبت‌نام **آزاد Medicare Advantage (Medicare Advantage Open Enrollment Period)** یا سایر موقعیت‌هایی که در **بخش A** توضیح داده شده است.	**کاری که باید انجام دهید:** یا با Medicare به شمارهٔ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای پرسش‌های مربوط به برنامه مراقبت جامع سالمندان (PACE)، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید. لطفاً در صورت نیاز به کمک یا اطلاعات بیشتر: • برنامه مشاوره و حمایت از بیمه سلامت کالیفرنیا (California Health Insurance Counseling and Advocacy Program - HICAP) با شماره 1-800-434-0222، از دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 صبح تا 5 بعدازظهر در دسترس است. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند. برای اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه خود، لطفاً به وب‌سایت زیر مراجعه کنید: www.aging.ca.gov/HICAP/. **یا** در طرح جدید Medicare ثبت‌نام کنید. شما به‌طور خودکار از طرح ما خارج خواهید شد، زمانی که پوشش طرح جدید شما آغاز شود. طرح Medi-Cal شما ممکن است تغییر کند.

C2. خدمات Medi-Cal شما

برای پرسش‌هایی درباره نحوه دریافت خدمات Medi-Cal پس از خروج از طرح ما، با Health Care Options به شماره 1-800-430-4263 از دوشنبه الی جمعه از 8 صبح الی 6 شام تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. یا از www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en دیدن کنید بپرسید که پیوستن به یک طرح دیگر یا بازگشت به Original Medicare چگونه بر نحوه دریافت پوشش Medi-Cal شما تأثیر می‌گذارد.

D. اقلام پزشکی، خدمات و داروهای شما تا زمانی که عضویت شما در طرح ما پایان یابد

اگر از طرح ما خارج شوید، ممکن است مدتی طول بکشد تا عضویت شما پایان یابد و پوشش جدید Medicare و Medi-Cal شما آغاز شود. در طول این مدت، شما همچنان داروها و خدمات مراقبت‌های بهداشتی خود را از طریق طرح ما دریافت می‌کنید تا زمانی که طرح جدید شما آغاز شود.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی، از ارائه‌دهندگان داخل شبکه ما استفاده کنید.
- برای دریافت نسخه‌های دارویی خود، از داروخانه‌های موجود در شبکه ما، از جمله خدمات داروخانه پستی ما، استفاده کنید.
- اگر در روزی که عضویت شما در Kaiser Permanente Dual Complete پایان می‌یابد بستری باشید، طرح ما هزینه اقامت شما در بیمارستان را تا زمانی که مرخص شوید پوشش می‌دهد. حتی اگر پوشش خدمات سلامت جدید شما پیش از ترخیص شروع شود، این اتفاق رخ خواهد داد.

E. سایر شرایطی که در آن عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد

این مواردی هستند که در آن‌ها ما باید عضویت شما را در طرح خود پایان 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. توجه: اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نباشید، می‌توانید به‌طور موقت با برخورداری از مزایای Medicare در طرح ما باقی بمانید. لطفاً اطلاعات زیر درباره دوره تداوم موقت واجد شرایط بودن را مطالعه کنید. اگر دیگر واجد شرایط Medi-Cal نباشید، ما به‌صورت کتبی به شما اطلاع خواهیم داد که چهار ماه مهلت دارید تا دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید؛ در غیر این صورت، ملزم به خروج از طرح Kaiser Permanente Dual Complete خواهید بود. پیش از پایان عضویت شما در طرح Kaiser Permanente Dual Complete، با شما تماس خواهیم گرفت تا به شما فرصت داده شود در یکی از دیگر طرح‌های Medicare Advantage ما ثبت‌نام کنید. مزایا و هزینه‌های پرداخت از جیب در این طرح‌ها ممکن است با طرح Kaiser Permanente Dual Complete 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 درحال نقل مکان یا سفر هستید یا خیر.
- اگر به‌خاطر جرمی به زندان افتاده یا حبس شده باشید.
- اگر درباره بیمه‌های دیگری که برای داروها دارید دروغ بگویید یا اطلاعات مربوط به آن‌ها را پنهان کنید.
- اگر شهروند یا تبعه ایالات متحده نیستید، یا غیرشهروند واجد شرایط محسوب نمی‌شوید.
  - برای عضویت در طرح ما، باید شهروند یا تبعه ایالات متحده باشید، یا یک غیرشهروند واجد شرایط باشید.
  - مرکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) در صورتی که به این دلیل واجد شرایط ادامه عضویت نباشید، به ما اطلاع خواهد داد.
  - درصورتی‌که این شرط را نداشته باشید، باید ثبت‌نام شما را لغو کنیم.

اگر واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal از بین برود، اما انتظار رود که ظرف چهار ماه دوباره واجد شرایط شوید، ما همچنان تمام مزایای Medicare تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete را به شما ارائه خواهیم کرد. هنگامی که پوشش Medi-Cal شما پایان یابد، ما هزینه مزایای Medi-Cal شما را پرداخت نخواهیم کرد. سهم شما از هزینه‌های مزایای تحت پوشش Kaiser Permanente Dual Complete، مطابق آنچه در جدول مزایا در این *کتابچه راهنمای اعضا توضیح داده شده است، تغییر خواهد کرد*. همچنین ممکن است کمک اضافی از Medicare را که به پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D شما کمک می‌کند، از دست بدهید.

اگر واجد شرایط بودن شما برای Medi-Cal در حالی که هنوز برای پوشش Medicare خود در طرح ما عضو هستید، دوباره برقرار شود، ما پرداخت مزایای Medi-Cal شما را از سر خواهیم گرفت و عضویت شما در طرح ما ادامه خواهد یافت. اگر نتوانید ظرف چهار ماه دوباره واجد شرایط Medi-Cal شوید، عضویت شما را در Kaiser Permanente Dual Complete لغو خواهیم کرد. اگر پس از لغو عضویت دوباره واجد شرایط دریافت Medi-Cal شوید، باید برای ثبت‌نام مجدد در طرح با ما تماس بگیرید.

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 به ما بدهید و آن اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما تأثیر بگذارد.
- اگر به‌طور مداوم رفتاری مخرب داشته باشید و ارائهٔ مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضا را دشوار کنید.
- 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.)

F. قوانین مربوط به منع درخواست از شما برای ترک طرح ما به دلیل هرگونه دلیل مرتبط با سلامت

ما نمی‌توانیم از شما بخواهیم که به دلیل هیچ مسئله‌ای مربوط به وضعیت سلامتی‌تان، طرح ما را ترک کنید. اگر فکر می‌کنید که ما از شما می‌خواهیم به دلیل مربوط به وضعیت سلامتی‌تان از طرح ما خارج شوید، **با Medicare** به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

G. حق شما برای ثبت شکایت در صورتی که ما به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم

اگر ما به عضویت شما در طرح خود پایان دهیم، باید دلایل خود را برای خاتمه عضویت شما به صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین باید توضیح دهیم که می‌توانید در خصوص تصمیم به خاتمه عضویت، شکایت یا عریضه طرح کنید. همچنین می‌توانید برای اطلاعات درباره نحوه ثبت شکایت، به **فصل 9** *این کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

H. چگونه اطلاعات بیشتری درباره پایان دادن به عضویت شما در طرح دریافت کنید

اگر درباره پایان دادن به عضویت خود سوالی دارید یا به اطلاعات بیشتری نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

فصل 11: ابلاغیه های قانونی

مقدمه

این فصل شامل اطلاعیه‌های قانونی است که برای عضویت شما در طرح ما اعمال می‌شود. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آن‌ها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل *این کتاب راهنمای اعضا* آمده است.

فصل 11 فهرست مطالب

A. اطلاعیه درمورد قوانین 271
B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض 271
C. اطلاعیه درباره عدم تبعیض برای Medi-Cal 271
D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده در آخرین مرحله 272
E. اطلاعیه درباره بازپس‌گیری هزینه‌های Medi-Cal از دارایی‌های فرد پس از فوت 273
F. اداره و مدیریت این *کتابچه راهنمای اعضا* 273
G. فرم‌های درخواست و اظهاریه‌ها 273
H. تخصیص 273
I. حق‌الوکاله و هزینه‌های وکیل و نماینده 273
J. هماهنگی مزایا 273
K. مسئولیت کارفرما 274
L. الزامی بودن مفاد کتابچه راهنمای اعضا برای اعضا 274
M. مسئولیت سازمان دولتی 274
N. عدم مسئولیت عضو 274
O. عدم صرف‌نظر کردن 274
P. اطلاعیه ها 274
Q. بازیابی پرداخت‌های اضافی 274
R. مسئولیت شخص ثالث 274
S. وزارت امور کهنه سربازان ایالات متحده 275
T. مزایای غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما 275
U. رحم اجاره‌ای 276
V. داوری الزام‌آور 276

A. اطلاعیه درمورد قوانین

قوانین متعددی در مورد این *کتابچه راهنمای اعضا* صدق می‌کنند. این قوانین ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارند، حتی اگر این قوانین در *این کتابچه راهنمای اعضا* درج نشده یا توضیح داده نشده باشند. قوانین اصلی لازم‌الاجرا، قوانین فدرال و ایالتی درمورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal هستند. سایر قوانین فدرال و ایالتی نیز ممکن است اعمال شوند.

B. اطلاعیه فدرال درباره عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقهٔ مطالبات، سابقهٔ پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک قابلیت بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی در محدودهٔ خدمات تبعیض قائل نمی‌شویم. تمامی سازمان‌هایی که طرح‌های Medicare Advantage ارائه می‌دهند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال علیه تبعیض شامل بند VI از قانون حقوق مدنی 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون تبعیض سنی 1975، قانون معلولین آمریکا، بخش 1557 قانون مراقبت مقرون به صرفه و تمامی دیگر قوانینی که برای سازمان‌هایی که بودجه فدرال دریافت می‌کنند، اعمال می‌شود، همچنین هرگونه قانون و مقررات دیگری که به هر دلیل دیگری اعمال می‌شود، تبعیت کنند.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY با شماره 1-800-537-7697 تماس حاصل نمایند. برای اطلاعات بیشتر می‌توانید به hhs.gov/ocr/index.html مراجعه کنید.

C. اطلاعیه درباره عدم تبعیض برای Medi-Cal

ما به دلیل نژاد، قومیت، ملیت یا محل تولد، رنگ پوست، مذهب، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، سابقه درخواست‌های پرداخت، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، مدارک مربوط به قابلیت بیمه‌شدن، یا محل جغرافیایی شما در محدوده خدمات، علیه شما تبعیض قائل نمی‌شویم و با شما رفتار متفاوتی نداریم. علاوه بر این، ما به‌طور غیرقانونی تبعیض قائل نمی‌شویم، افراد را حذف نمی‌کنیم، یا با آن‌ها به دلیل تبار، وابستگی به گروه قومی، هویت جنسیتی، وضعیت تأهل، یا شرایط پزشکی، رفتار متفاوتی نداریم.

اگر اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید:

- با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با شماره 711 (سرویس انتقال مخابراتی) تماس بگیرند. اگر معتقدید که مورد تبعیض قرار گرفته‌اید و می‌خواهید شکایت مربوط به تبعیض ثبت کنید، با موارد زیر تماس بگیرید:
- از طریق تلفن: با خدمات اعضا تماس بگیرید؛ این خدمات 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس است (به‌جز روزهای تعطیل که بسته است).
- از طریق پست: با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید که یک فرم برای شما ارسال شود.
- به‌صورت حضوری: فرم شکایت یا درخواست/ادعای دریافت مزایا را در یکی از دفاتر خدمات اعضا که در یکی از مراکز طرح قرار دارد، تکمیل کنید (برای یافتن آدرس‌ها به *راهنمای ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* یا وب‌سایت kp.org/facilities مراجعه کنید).
- آنلاین: از فرم آنلاین موجود در وب‌سایت ما به آدرس kp.org استفاده نمایید

- همچنین، می‌توانید به‌طور مستقیم با «هماهنگ‌کننده حقوق شهروندیKaiser Permanente» از طریق نشانی زیر تماس بگیرید:

  Attn: 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:

- تلفنی: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. اگر در صحبت کردن یا شنیدن مشکل دارید، لطفاً با شماره 711 (سرویس انتقال مخابراتی) تماس بگیرید.
- به‌طور نوشتاری: فرم شکایت را پر کنید یا نامه‌ای به نشانی زیر 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 این آدرس موجود است: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- به‌طور الکترونیکی: ایمیلی به CivilRights@dhcs.ca.gov ارسال کنید.

اگر دارای معلولیت هستید و برای دسترسی به خدمات مراقبت‌های بهداشتی یا یک ارائه‌دهنده خدمات نیاز به کمک دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. در صورتی که شکایتی دارید، مثلاً در دسترسی به ویلچر با مشکل روبرو هستید، مرکز خدمات اعضا می‌تواند به شما کمک کند.

D. اطلاعیه درباره Medicare به‌عنوان پرداخت‌کننده دوم و Medi-Cal به‌عنوان پرداخت‌کننده در آخرین مرحله

گاهی اوقات شخص یا نهاد دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی را که ما به شما ارائه می‌دهیم پرداخت کند. برای مثال، اگر تصادف رانندگی داشته‌اید یا در محل کار آسیب دیده‌اید، باید ابتدا بیمه یا «غرامت کارگران» (Workers Compensation) پرداخت شود.

ما حق و مسئولیت داریم که هزینه خدمات تحت پوشش Medicare را که Medicare پرداخت‌کننده اول آن‌ها نیست، دریافت کنیم.

ما از قوانین و مقررات فدرال و ایالتی مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای پرداخت هزینه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اعضا پیروی می‌کنیم. ما تمام اقدامات معقول را انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم که Medi-Cal پرداخت‌کننده نهایی است.

اعضای Medi-Cal باید قبل از استفاده از Medi-Cal، از تمام پوشش‌های درمانی دیگر (OHC) خود استفاده کنند، زمانی که همان خدمت تحت پوشش بیمه درمانی دیگر شما قابل دریافت باشد، زیرا Medi-Cal آخرین پرداخت‌کننده محسوب می‌شود. این بدان معناست که در بیشتر موارد، Medi-Cal پرداخت‌کننده ثانویه نسبت به پوشش درمانی Medicare (OHC) خواهد بود و هزینه‌های مجاز پرداخت‌نشده توسط طرح ما یا سایر پوشش‌های درمانی دیگر را تا سقف نرخ Medi-Cal پوشش می‌دهد.

E. اطلاعیه درباره بازپس‌گیری هزینه‌های Medi-Cal از دارایی‌های فرد پس از فوت

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. مبلغ بازپرداخت نمی‌تواند از ارزش دارایی‌های انحصاریِ تأییدشده در مراحل انحصار وراثت عضو بیشتر باشد.

برای اطلاعات بیشتر، به وب‌سایت بازیابی اموال پس از فوت مربوط به اداره خدمات مراقبت سلامت به نشانی **dhcs.ca.gov** مراجعه کنید یا با شماره 916-650-0590 تماس بگیرید.

F. اداره و مدیریت این *کتابچه راهنمای اعضا*

ما ممکن است سیاست‌ها، رویه‌ها و تفسیرهای منطقی را برای ارتقای مدیریت منظم و کارآمد این *دفترچه راهنمای اعضا* *اتخاذ کنیم*.

G. فرم‌های درخواست و اظهاریه‌ها

شما باید هرگونه درخواست، فرم یا بیانیه‌ای را که ما در روال عادی کسب‌وکار خود یا طبق موارد مشخص‌شده در این دفترچه راهنمای اعضادرخواست می‌کنیم، تکمیل کنید.

H. تخصیص

شما نمی‌توانید این *دفترچه راهنمای اعضا* یا هیچ‌یک از حقوق، منافع، مطالبات مربوط به وجوه قابل پرداخت، مزایا یا تعهدات ناشی از این قرارداد را بدون رضایت کتبی قبلی ما به شخص دیگری واگذار کنید.

I. حق‌الوکاله و هزینه‌های وکیل و نماینده

در هرگونه اختلاف بین عضو و طرح سلامت، گروه پزشکی یا Kaiser Foundation Hospitals، هر طرف متعهد پرداخت هزینه‌ها و مخارج خود شامل هزینه و دستمزد وکیل، مدافع قانونی و دیگر هزینه‌ها است مگر اینکه طبق قانون شرایط دیگری وجود داشته باشد.

J. هماهنگی مزایا

اگر بیمه دیگری دارید، موظف هستید از پوشش بیمه‌ای دیگر خود در ترکیب با پوشش بیمه‌ای خود به‌عنوان عضو طرح Kaiser Permanente Dual Complete استفاده کنید تا هزینه مراقبت‌های درمانی دریافتی شما پرداخت شود. این امر "هماهنگی مزایا" نامیده می شود 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 اولیه 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 اولیه است مستقیماً برای شما ارسال شد، طبق قانون Medicare شما ملزم به تحویل این پرداخت اولیه به ما خواهید بود. برای اطلاعات بیشتر درباره پرداخت‌های اولیه در شرایط مسئولیت شخص ثالث، به **بخش S** در این فصل مراجعه کنید؛ و برای پرداخت‌های اولیه در موارد مربوط به جبران خسارت کارگران، به **بخش U** در این 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.

K. مسئولیت کارفرما

برای هرگونه خدمات که کارفرما بر طبق قانون ملزم به ارائه آن است، ما هزینه‌ای به کارفرما پرداخت نمی‌کنیم، و زمانی که هرکدام از چنین خدماتی را پوشش دهیم، مبلغ خدمات را از کارفرما دریافت می‌کنیم.

L. الزامی بودن مفاد کتابچه راهنمای اعضا برای اعضا

با انتخاب پوشش بیمه‌ای یا پذیرفتن *مزایا تحت این طرح*، همه اعضایی که از *نظر قانونی توانایی* انعقاد قرارداد دارند، و نمایندگان قانونی اعضایی که توانایی انعقاد قرارداد ندارند، موافقت می‌کنند که تمامی مفاد این کتابچه اعضا را بپذیرند.

M. 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 عضو

قراردادهای ما با ارائه‌دهندگان شبکه، شما را از مسئولیت هرگونه مبلغی که بدهکار 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 صرف‌نظر کردن

عدم اجرای هر یک از مفاد این *کتابچه راهنمای اعضا* از سوی ما، به این معنا نخواهد بود که ما از آن بند یا هر بند دیگری صرف‌نظر کرده‌ایم، یا اینکه حق خود را برای درخواست اجرای دقیق و کامل هر یک از مفاد این قرارداد در آینده از دست داده‌ایم.

P. اطلاعیه ها

ابلاغیه‌های ما برای شما به جدیدترین آدرسی که داریم ارسال خواهد شد. مسئولیت اطلاع رسانی هرگونه تغییر در آدرس بر عهده شما است. اگر نقل مکان کردید، لطفاً در اسرع وقت با خدمات اعضا (شماره‌های تلفن روی پشت این دفترچه چاپ شده است) و همچنین با اداره تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) تماس بگیرید و تغییر آدرس خود را گزارش دهید.

Q. بازیابی پرداخت‌های اضافی

ما می‌توانیم هرگونه پرداخت اضافی را که برای خدمات انجام شده پرداخت کردیم، از فرد گیرنده پرداختی یا هر شخص یا سازمانی که مسئول پرداخت خدمات است، باز پس بگیریم.

R. مسئولیت شخص ثالث

اشخاص ثالثی (و/یا شرکت‌های بیمه آن‌ها) که موجب آسیب یا بیماری شما شوند، معمولاً باید پیش از Medicare یا طرح ما هزینه‌ها را پرداخت کنند. بنابراین ما حق داریم این پرداخت‌های اولیه را مطالبه کنیم. اگر از شخص ثالثی که ادعا می‌شود موجب آسیب یا بیماری‌ای شده است که بابت آن خدمات تحت پوشش دریافت کرده‌اید، یا از طرف او، به حکم یا توافق پرداخت خسارت دست یابید، باید اطمینان حاصل کنید که هزینه آن خدمات به ما بازپرداخت می‌شود.

توجه: این بخش «مسئولیت شخص ثالث» تأثیری بر تعهد شما به پرداخت سهم هزینه این خدمات ندارد.

تا حدی که قانون اجازه دهد یا الزام کند، ما نسبت به تمام مطالبات، مبانی اقامه دعوا و سایر حقوقی که ممکن است علیه شخص ثالث یا شرکت بیمه، برنامه دولتی یا منبع پوشش دیگری برای دریافت خسارت مالی، غرامت یا جبران خسارت بابت آسیب یا بیماری که ادعا می‌شود توسط شخص ثالث ایجاد شده است داشته باشید، جانشین شما خواهیم بود. این جانشینی از زمانی اعمال خواهد شد که اطلاعیه کتبی اعمال این اختیار را به شما یا وکیل شما پست کنیم یا تحویل دهیم.

برای تضمین حقوق خود، نسبت به عواید حاصل از هرگونه حکم یا توافقی که شما یا ما علیه شخص ثالث به دست آوریم و منجر به دریافت عواید توافق یا حکم شود، و همچنین عواید حاصل از سایر انواع پوشش که شامل موارد زیر است اما به آنها محدود نمی‌شود، حق توقیف و حق دریافت بازپرداخت خواهیم داشت: مسئولیت، راننده فاقد بیمه، راننده دارای پوشش بیمه ناکافی، بیمه مسئولیت مازاد شخصی، غرامت کارگران، صدمات شخصی، پرداخت‌های پزشکی و سایر انواع پوشش شخص اول. عواید حاصل از هرگونه حکم یا توافقی که شما یا ما به دست آوریم، ابتدا برای تأمین حق توقیف ما استفاده خواهد شد، صرف‌نظر از اینکه تمام خسارات شما جبران شده باشد یا خیر و صرف‌نظر از اینکه مبلغ کل عواید کمتر از زیان‌ها و خسارات واقعی متحمل‌شده توسط شما باشد. ما ملزم به پرداخت حق‌الوکاله یا هزینه‌های هیچ وکیلی که شما برای پیگیری مطالبه خسارت خود استخدام کرده‌اید، نیستیم. اگر بدون نیاز به اقدام قانونی، مبلغ را به ما بازپرداخت کنید، تخفیفی بابت هزینه‌های وصول در نظر خواهیم گرفت. اگر برای اعمال حقوق خود مجبور به اقدام قانونی شویم، هیچ تخفیفی بابت هزینه‌های وصول اعمال نخواهد شد. ظرف 30 روز پس از ارائه یا ثبت مطالبه یا اقدام قانونی علیه شخص ثالث، باید اطلاعیه کتبی مربوط به مطالبه یا اقدام قانونی را به نشانی زیر ارسال کنید:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
فکس: 1-502-753-7064

برای اینکه بتوانیم وجود هرگونه حقی را که ممکن است داشته باشیم تعیین و آن حقوق را استیفا کنیم، باید تمام رضایت‌نامه‌ها، اسناد رفع مسئولیت، مجوزها، واگذاری‌ها و سایر اسناد را تکمیل کرده و برای ما ارسال کنید، از جمله فرم‌های حق توقیف که به وکیل شما، شخص ثالث و شرکت بیمه مسئولیت شخص ثالث دستور می‌دهند مستقیماً به ما پرداخت کنند. بدون رضایت کتبی قبلی ما، نمی‌توانید با صرف‌نظر کردن، رفع مسئولیت یا کاهش حقوق ما طبق این مقرره موافقت کنید.

اگر ماترک، والد، سرپرست یا قیم شما بر اساس آسیب یا بیماری شما علیه شخص ثالث مطالبه‌ای مطرح کند، ماترک، والد، سرپرست یا قیم شما و هرگونه مبلغ حاصل از توافق یا حکمی که توسط ماترک، والد، سرپرست یا قیم دریافت شود، به همان میزان که اگر خودتان علیه شخص ثالث مطالبه را مطرح کرده بودید، مشمول حقوق توقیف و سایر حقوق ما خواهد بود. ما می‌توانیم حقوق خود برای اعمال حقوق توقیف و سایر حقوقمان را واگذار کنیم..

S. وزارت امور کهنه سربازان ایالات متحده

برای هرگونه خدماتی که برای عوارض ناشی از خدمت نظامی ایجاد شده‌اند و قانون، وزارت امور کهنه سربازان را ملزم به ارائه این خدمات می‌کند، ما هزینه‌ای به این وزارت نمی‌پردازیم و زمانی که هرگونه از این خدمات را پوشش دهیم، مبلغ خدمات را از وزارت امور کهنه سربازان دریافت خواهیم کرد.

T. مزایای غرامت کارگران یا مزایای مسئولیت کارفرما

غرامت کارگران معمولاً باید پیش از طرح ما یا Medicare پرداخت شود. بنابراین، ما تحت قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما، از حق پیگیری پرداختی های اولیه برخوردار هستیم. ممکن است شما واجد شرایط دریافت پرداخت ها یا مزایای دیگر، از جمله مبالغ دریافتی به عنوان تسویه حساب (که به طور جمعی به عنوان "مزیت مالی" شناخته می شود)، مطابق قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما باشید. 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 هرکسی که مستحق دریافت مزایای مالی شده است.
- از شخصد شما، تا میزانی که مزایای مالی پرداخت شده، قابل پرداخت بوده، یا در صورتی که شما با جدیت برای اثبات حق خود طبق قانون غرامت کارگران یا مسئولیت کارفرما اقدام می‌کردید، باید پرداخت می‌شده است.

U. رحم اجاره‌ای

در مواقعی که یکی از اعضا غرامت مالی دریافت می‌کند تا به عنوان رحم جایگزین عمل کند، طرح ما به دنبال بازپرداخت تمام هزینه‌های طرح برای خدمات تحت پوشش که عضو در رابطه با حامله شدن، بارداری و یا زایمان نوزاد دریافت می‌کند، خواهد بود. «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 کردن کودک را دارند تحویل دهد.

V. داوری الزام‌آور

در ادامه، در خصوص داوری الزام‌آور شرحی آمده است که برای اعضای زیر اعمال می‌شود:

- تمام اعضایی که در یک طرح انفرادی Medicare Advantage شرکت Kaiser Permanente ثبت‌نام کرده‌اند و تاریخ شروع اعتبار عضویت آن‌ها قبل از 1 ژانویه 2008 بوده است؛ و
- تمام اعضایی که در یک طرح انفرادی Medicare Advantage شرکت Kaiser Permanente ثبت‌نام کرده‌اند و تاریخ شروع اعتبار عضویت آن‌ها در تاریخ 1 ژانویه 2008 یا پس از آن بوده است، و همچنین افرادی که به‌طور صریح ظرف مدت 60 روز تقویمی از تاریخ شروع اعتبار ثبت‌نام، از فرآیند داوری الزام‌آور انصراف نداده‌اند.

برای تمام دعاوی مشمول این بخش «داوری الزام‌آور»، هم خواهان‌ها و هم خواندگان از حق خود برای محاکمه در دادگاه یا رسیدگی توسط هیئت منصفه صرف‌نظر می‌کنند و استفاده از داوری الزام‌آور را می‌پذیرند. تا جایی که این بخش «داوری الزام‌آور» درباره دعاوی مطرح‌شده توسط طرف‌های Kaiser Permanente اعمال می‌شود، این بخش به‌صورت عطف‌به‌ماسبق برای تمام دعاوی حل‌نشده‌ای که پیش از تاریخ اجرای این *کتابچه راهنمای اعضا* ایجاد شده‌اند نیز اعمال خواهد شد. چنین نوعی از عطف به ماسبق تنها برای طرفین Kaiser Permanente الزام‌آور خواهد بود.

دامنه حکمیت

در صورتی که تمامی شروط زیر رعایت شوند، هرگونه اختلاف باید برای داوری لازم‌الاجرا تسلیم شود:

- این ادعا ناشی از یا مرتبط با نقض ادعایی هرگونه وظیفه‌ای باشد که به این *کتابچه راهنمای اعضا* یا به آن مربوط است، یا از رابطه یک عضو طرف دعوا با Kaiser Foundation Health Plan, Inc. ناشی شود؛ از جمله هرگونه ادعای قصور پزشکی یا بیمارستانی (مانند ادعایی مبنی بر اینکه خدمات یا اقلام پزشکی غیرضروری، غیرمجاز، یا به‌صورت نادرست، سهل‌انگارانه یا غیرحرفه‌ای ارائه شده‌اند)، مسئولیت مربوط به محل یا اماکن، یا هر ادعایی مرتبط با پوشش یا ارائه خدمات یا اقلام، صرف‌نظر از اینکه این ادعا بر چه مبنای حقوقی مطرح شده باشد.
- 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 داوری لازم‌الاجرا برای رسیدگی به دعوی ممانعت نمی‌کند.

اعضایی که تحت این *کتابچه راهنمای* اعضا ثبت‌نام شده‌اند، با این کار حق خود برای رسیدگی در دادگاه یا محاکمه توسط هیئت منصفه را صرف‌نظر می‌کنند و به‌جای آن، استفاده از داوری الزام‌آور را می‌پذیرند؛ با این استثنا که انواع زیر از ادعاها مشمول داوری الزام‌آور نیستند:

- دعاوی مربوط به مرجع قضایی دادگاه دعاوی کوچک.
- ادعاهایی که مشمول روند تجدیدنظر مربوط به Medicare هستند، همان‌طور که برای اعضای طرح Kaiser Permanente Dual Complete Plan قابل اجرا است (برای اطلاعات مربوط به تجدیدنظرهای Medicare، به **فصل 9** مراجعه کنید).
- دعاوی که نمی‌توانند موضوع قانون حاکم مشروط به داوری لازم‌الاجرا 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 مدعی دعوی 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 پزشکان Permanente Medical Group یا Permanente Medical Group در جنوب California.
- هر فرد یا سازمانی که با هر کدام از سازمان‌های معرفی شده در بالا قرارداد دارد، به داوری دعاوی طرح شده توسط یک یا چند عضو مدعی دعوی نیاز دارد.
- هر کارمند یا کارگزار شرکت‌های فوق‌الذکر.

«مدعی» به یک عضوِ طرف قرارداد یا یک طرفِ Kaiser Permanente گفته می‌شود که مطابق توضیحات بالا، یک ادعا مطرح می‌کند. «مدعی علیه» به عضو مدعی دعوی یا طرفین Kaiser Permanente اشاره دارد که به صورت توضیح داده شده علیه وی دعوی طرح 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 رسیدگی») انجام گیرد که توسط دفتر مجری مستقل با مشاوره هیئت نظارت داوری و Kaiser Permanente تهیه شده است. نسخه‌هایی از قوانین رسیدگی را می‌توانید از مرکز خدمات اعضا تهیه کنید.

شروع داوری

مدعیان باید داوری را با تسلیم تقاضای داوری شروع کند. «مطالبه حکمیت» شامل مبانی 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، درصورتی‌که وکیل داشته باشند، و نام تمامی «مدعی علیه‌ها». مدعیان باید در تقاضای داوری، تمامی دعاوی علیه شخص مدعی علیه را که بر مبنای یک رویداد تابعه، تعاملات یا شرایط مربوطه یکسان است، ذکر کنند.

تسلیم مطالبه برای داوری

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، Kaiser Foundation Hospitals، KP Cal, LLC،
The Permanente Medical Group, Inc.، Southern California Permanente Medical Group،
The Permanente Federation, LLC، و The Permanente Company, LLC باید با ارسال درخواست داوری به آن‌ها ابلاغ شوند؛ بدین صورت که درخواست داوری باید خطاب به خوانده مربوطه و از طریق نشانی زیر ارسال شود:

- **South Plans:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188

- **North Plans:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  Legal Department, Professional & Public Liability
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

ابلاغ برای مدعی علیه هنگامی که دریافت شود، تکمیل قلمداد خواهد شد. تمامی دیگر طرفین مدعی علیه، شامل افراد باید طبق قانون California برای آیین دادرسی مدنی به منظور دعوی مدنی ابلاغ شوند.

هزینه تسلیم شکایت

مدعیان باید هزینه واحد و غیرقابل برگشت تسلیم شکایت را به مبلغ 150 دلار به ازای هر حکمیت، صرفنظر از تعداد دعاوی طرح شده در مطالبه حکمیت یا تعداد مدعیان یا مدعی علیه‌های نامبرده در مطالبه حکمیت به حساب حکمیت واریز کنند.

هر مدعی که ادعای مشقت زیاد دارد، می‌تواند از دفتر مجری مستقل تقاضا کند که از هزینه تسلیم شکایت، هزینه‌های قاضی بی‌طرف و دیگر مخارج صرفنظر کند. مدعی که تقاضای این صرفنظر را دارد باید فرم معافیت از پرداخت هزینه فرم صرفنظر از هزینه را پر کرده و آن را به دفتر مجری مستقل تحویل دهد و به طور همزمان به مدعیان علیه تسلیم کند. فرم صرفنظر از هزینه معیارهای صرفنظر از هزینه‌ها را اعلام کرده و از طریق تماس با مرکز خدمات اعضا در اختیار شما قرار می‌گیرد.

تعداد حکمیت ها

تعداد حکمیت‌ها می‌تواند بر مسئولیت مدعی نسبت به پرداخت دستمزد و هزینه‌های میانجی بی‌طرف (قوانین روند رسیدگی را ببینید) اثرگذار باشد.

اگر تقاضای داوری برای مجموع $200,000 صدمه یا کمتر باشد، اختلاف توسط یک داور بیطرف دادرسی و حکم خواهد شد، مگراینکه پس از اینکه اختلاف ایجاد شد و درخواست داوری لازم‌الاجرا ارسال شد، طرفین کتباً غیر از این توافق کنند که حکمیت توسط دو داور منصوب شده از سمت طرفین و یک داور بیطرف دادرسی شود. داور بی‌طرف نباید اختیار داوری برای صدمات مالی بیشتر از $200,000 را داشته باشد.

اگر تقاضای داوری برای مجموع صدمات بیش از $200,000 است، اختلاف باید توسط یک داور بی‌طرف و دو داور مخصوص هر طرف، دادرسی شود که یکی به طور مشترک توسط تمام مدعیان و یکی به طور مشترک توسط تمام مدعیان علیه، منصوب شده است. طرفینی که از حق انتخاب یک داور وابسته برخوردارند می‌توانند از این حق خود صرف‌نظر کنند. اگر همه طرفین موافق باشند، این میانجی‌ها نظرات خود را به یک میانجی بی طرف ارائه می‌کنند.

دستمزدها و هزینه‌های میانجی

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. هزینه‌ها و مخارج داور بی‌طرف را در شرایط خاصی که در قوانین رسیدگی تعیین شده است، پرداخت خواهد کرد. در تمامی دیگر داوری‌ها، نصف مبلغ دستمزد و هزینه‌های داور بی‌طرف توسط مدعیان و نصف دیگر توسط مدعیان علیه باید پرداخت شود.

اگر طرفین، داور طرفین را انتخاب کنند، مدعیان مسئول پرداخت دستمزد و هزینه‌های داور طرف خود و مدعیان علیه نیز مسئول پرداخت دستمزد و هزینه‌های داور طرف خود خواهند بود.

پرداختی از جیب

به‌جز هزینه‌ها و مخارج ذکرشده مربوط به داور بی‌طرف، و مگر در مواردی که قوانین حاکم بر داوری‌های تحت این بخش «داوری الزام‌آور» ترتیب دیگری مقرر کرده باشند، هر یک از طرفین باید هزینه‌های مربوط به وکلای خود، هزینه‌های شهود خود، و سایر هزینه‌هایی را که در طرح یا دفاع از یک ادعا متحمل شده است، شخصاً پرداخت کند؛ صرف‌نظر از ماهیت ادعا یا نتیجه داوری.

مقررات عمومی

در موارد زیر دعوی باید لغو و برای همیشه ممنوع شود اگر (1) در تاریخی که تقاضای داوری به اجرا در می‌آید، دعوی در صورتی که در قانون مدنی بیان شود، بر علیه مدعی علیه به موجب قانون محدودیت‌ها ممنوع شده باشد، (2) مدعیان قادر به ادعای داوری در چارچوب قوانین روند با احتیاط منطقی نباشند یا (3) دادرسی داوری ظرف مدت پنج سال از این موارد شروع نشود: (الف) زودترین تاریخ اجرای تقاضای داوری در راستای روندهایی که در اینجا مطرح شد، یا (ب) تاریخ تقاضای اقدام مدنی بر اساس یک رویداد تابعه، تراکنش یا شرایط مربوطه یکسان در دعوی. یک دعوی ممکن است با اثبات دلایل موجه دیگر، توسط داور بیطرف رد شود. اگر طرفی پس از دریافت ابلاغیه مربوطه نتواند در دادرسی داوری شرکت کند، میانجی بی‌طرف می‌تواند در غیاب طرف اقدام به بحث کند.

قانون اصلاحیه غرامت صدمات پزشکی کالیفرنیا 1975 (از جمله تمامی اصلاحات آن) (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 داوری 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 تابع این بخش «داوری الزام‌آور»، **بخش 2** قانون فدرال داوری و مقررات قانون آیین دادرسی مدنی کالیفرنیا مربوط به داوری که در زمان اعمال قانون لازم‌الاجرا هستند، همچنین قوانین رسیدگی خواهند بود؛ مشروط بر اینکه این قوانین تا حدی اعمال شوند که با این بخش «داوری الزام‌آور» مغایرت نداشته باشند. 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 مورد انتظار نتیجه‌گیری با شخصی ثالث هم محسوب می‌شوند که ناشی از تعاملات مشابه یا مرتبط بوده و احتمال یافته‌ها و احکام متناقض را به دنبال دارد، نباید از حق داوری، به موجب این بخش داوری لازم الاجرا ممانعت شود، به تعویق بیفتد یا به هر نحوی انکار شود.

فصل 12: تعاریف واژگان مهم

مقدمه

این فصل شامل اصطلاحات کلیدی مورد استفاده در سراسر این *کتابچه راهنمای اعضا*، همراه با تعاریف آن‌ها است. اصطلاحات به‌ترتیب حروف الفبا فهرست شده‌اند. اگر اصطلاح موردنظر خود را پیدا نکردید یا اگر به اطلاعات بیشتری نسبت به تعریف ارائه‌شده نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فعالیت‌های روزمره زندگی (ADL): کارهایی که افراد در یک روز معمولی انجام می‌دهند، مانند غذا خوردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن، حمام کردن، یا مسواک زدن.

قاضی حقوق اداری: قاضی حقوق اداری (ALJ) قاضی‌ای است که به پرونده‌های مربوط به سازمان‌ها و نهادهای دولتی رسیدگی می‌کند و درباره آن‌ها تصمیم می‌گیرد. قاضی که درخواست تجدیدنظر سطح 3 را بررسی می‌کند.

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP): برنامه‌ای که به افراد واجد شرایط مبتلا به HIV/AIDS کمک می‌کند تا به داروهای حیاتی و نجات‌بخش HIV دسترسی داشته باشند.

کمک هزینه: مبلغ اعتبار معینی که می‌توانید در هزینه برخی اقلام یا خدمات از آن استفاده کنید. اگر هزینه اقلام یا خدماتی که انتخاب کرده‌اید بیشتر از کمک هزینه باشد، باید مبلغ اضافه بر کمک هزینه را بپردازید که در حداکثر هزینه پرداختی از جیب اعمال نمی‌شود.

مرکز جراحی سرپایی: مرکزی که خدمات جراحی سرپایی را برای بیمارانی ارائه می‌دهد که نیازی به مراقبت بیمارستانی ندارند و انتظار نمی‌رود بیش از 24 ساعت به مراقبت نیاز داشته باشند.

درخواست تجدید نظر: راهی برای شما جهت به چالش کشیدن اقدام ما اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم. می‌توانید با ارسال درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید تا تصمیم گرفته‌شده درباره پوشش را تغییر دهیم. **فصل 9** این فصل از *کتابچه راهنمای اعضا* درباره درخواست‌های تجدیدنظر، از جمله نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر، توضیح می‌دهد.

صورت‌حساب بیلانس: روشی که در آن ارائه‌دهنده خدمات درمانی، تفاوت بین کل مبلغ صورتحساب‌شده توسط ارائه‌دهنده و مبلغی را که طرح بیمه درمانی بیمار پرداخت کرده است، از بیمار مطالبه می‌کند.

سلامت رفتاری: به سلامت عاطفی، روان‌شناختی و اجتماعی ما اشاره دارد. به زبان ساده‌تر: به این مربوط می‌شود که چگونه فکر می‌کنیم، چه احساسی داریم و چگونه با دیگران ارتباط برقرار می‌کنیم. این یک اصطلاح جامع است که به خدمات مربوط به سلامت روان و اختلالات مصرف مواد اشاره می‌کند.

دوره مزایا: روشی که طرح ما و Original Medicare هر دو از طریق آن استفاده شما از خدمات مرکز پرستاری حرفه‌ای (SNF) را محاسبه می‌کنند. دوره مزایا از روزی که وارد یک مرکز پرستاری حرفه ای می شوید، آغاز می شود. دوره مزایا زمانی به پایان می رسد که به مدت 60 روز متوالی هیچ مراقبت تخصصی در یک SNF دریافت نکرده باشید. اگر پس از پایان یک دوره مزایا وارد یک مرکز پرستاری حرفه ای شوید، یک دوره مزایای جدید آغاز می شود. هیچ محدودیتی در تعداد دوره‌های مزایا نیست.

محصول زیستی: دارویی که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری یا مخمر ساخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و نمی‌توانند دقیقاً کپی شوند، بنابراین اشکال جایگزین آن‌ها بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. (همچنین به «محصول زیستی اصلی» و «محصول زیست‌شبیه» مراجعه کنید.)

محصول زیست‌شبیه: داروی زیستی‌ای که بسیار شبیه به محصول زیستی اصلی است، اما کاملاً یکسان با آن نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و موثر هستند. برخی محصولات زیست‌شبیه را می‌توان در داروخانه به‌جای محصول زیستی اصلی جایگزین کرد، بدون اینکه نیاز به نسخه جدید باشد. (به «محصول زیست‌شبیه قابل جایگزینی» مراجعه کنید.)

داروی با نام تجاری: دارویی که توسط همان شرکتی ساخته و عرضه می‌شود که برای اولین بار آن دارو را تولید کرده است. داروهای برند دارای ترکیبات مشابه نسخه‌های ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک معمولاً توسط شرکت‌های دارویی دیگر ساخته و عرضه می‌شوند و معمولاً تا زمانی که حق انحصاری داروی با نام تجاری پایان نیافته باشد، در دسترس نیستند.

هم‌آهنگ کننده مراقبت: 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.

برنامه مراقبتی: به «برنامه مراقبتی فردی» مراجعه کنید.

تیم مراقبتی: به «تیم مراقبتی بین‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش فاجعه‌آمیز: مرحله‌ای در مزایای دارویی Medicare بخش D که در آن طرح ما تمام هزینه‌های داروهای شما را تا پایان سال پرداخت می‌کند. شما زمانی وارد این مرحله می‌شوید که شما (یا افراد واجد شرایط دیگری از طرف شما) در طول سال مبلغ $2,400 برای داروهای تحت پوشش Medicare بخش D هزینه کرده باشید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): آژانس فدرال مسئول برنامه Medicare. فصل 2 این کتابچه راهنمای اعضا نحوه *تماس با CMS* را توضیح می‌دهد.

خدمات بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS): برنامه خدمات سرپایی مبتنی بر مرکز که مراقبت‌های پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، کاردرمانی و گفتاردرمانی، مراقبت‌های شخصی، آموزش و حمایت خانواده/مراقبین، خدمات تغذیه، حمل‌ونقل و سایر خدمات را به اعضای واجد شرایطی که معیارهای لازم را دارند ارائه می‌دهد.

شکایت: اظهارنظر کتبی یا شفاهی که نشان می‌دهد شما درباره خدمات تحت پوشش یا مراقبتی که دریافت می‌کنید، مشکل یا نگرانی دارید. این شامل هرگونه نگرانی در مورد کیفیت خدمات، کیفیت مراقبت شما، ارائه‌دهندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی «ثبت شکایت» عبارت است از «ارائه درخواست رسیدگی به شکایت».

مرکز 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.

پرداخت مشترک: مبلغ ثابتی که هر بار برای دریافت برخی خدمات یا داروها به‌عنوان سهم خود از هزینه پرداخت می‌کنید. برای مثال ممکن است مبلغ $2 یا $5 برای خدمات یا دارو پرداخت کنید.

سهم هزینه: سهم هزینه به مبلغی گفته می‌شود که اعضا باید هنگام دریافت خدمات یا داروها پرداخت کنند. (این مبلغ علاوه بر حق بیمه ماهانه طرح ما است.) سهم هزینه شامل هر ترکیبی از 3 نوع پرداخت زیر است: 1) هر مبلغ فرانشیزی که ممکن است یک طرح قبل از شروع پوشش خدمات یا داروها از شما دریافت کند؛ 2) هر مبلغ ثابت پرداخت مشترک که طرح هنگام دریافت خدمات یا داروهای مشخص از شما می‌خواهد پرداخت کنید؛ یا 3) هر مبلغ بیمه مشترک که درصدی از هزینهٔ کل خدمات یا داروها است و طرح هنگام دریافت آن خدمات یا داروهای مشخص از شما دریافت می‌کند. **توجه:** در برخی موارد، نیازی به پرداخت تمامی تقسیم هزینه در زمان دریافت خدمات نیست و ما بعداً صورتحساب تقسیم هزینه را برای شما ارسال می‌کنیم. به عنوان مثال، اگر در طول یک ویزیت برنامه ریزی شده برای مراقبت پیشگیرانه، مراقبت غیرپیشگیرانه دریافت کنید، ممکن است بعداً سهم بیمه شده مربوط به مراقبت غیرپیشگیرانه را برای شما صورتحساب کنیم. برای اقلامی که از قبل سفارش داده می‌شود، مبلغ تقسیم هزینه معتبر را در تاریخ سفارش می‌پردازید (اگرچه اقلام را تنها در صورتی پوشش خواهیم داد که در تاریخ دریافت آن هنوز دارای پوشش باشد) و ممکن است ملزم به پرداخت تقسیم هزینه در زمان سفارش اقلام شوید. برای داروهای نسخه‌ای سرپایی، تاریخ سفارش، تاریخی است که داروخانه پس از دریافت تمام اطلاعات مورد نیاز برای تهیه نسخه، سفارش را پردازش می‌کند.

سطح مشارکت در هزینه: گروهی از داروها که دارای مبلغ پرداخت مشترک یکسان هستند. هر دارویی که در فهرست داروهای تحت پوشش (که به آن *فهرست دارویی* نیز گفته می‌شود) قرار دارد، در یکی از شش سطح مشارکت در هزینه قرار می‌گیرد. به طور کلی، هرچه سطح تقسیم هزینه بالاتر باشد، سهم پرداختی شما برای دارو بیشتر است:

تصمیم 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* توضیح می‌دهد که چگونه از ما درخواست تصمیم‌گیری درباره پوشش خدمات را داشته باشید.

داروهای تحت پوشش: اصطلاحی که ما برای اشاره به همه داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه (OTC) تحت پوشش طرح خود استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: اصطلاح کلی که ما برای اشاره به همه مراقبت‌های بهداشتی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، لوازم و تجهیزات، داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه، تجهیزات و سایر خدماتی که طرح ما پوشش می‌دهد استفاده می‌کنیم.

پوشش داروهای تجویزی معتبر: پوشش داروهای تجویزی (برای مثال از بیمه کارفرما یا اتحادیه) که انتظار می‌رود به طور میانگین حداقل به اندازه پوشش داروی تجویزی استاندارد Medicare، هزینه را پرداخت کند. افرادی که هنگام احراز شرایط برای Medicare دارای چنین نوعی از پوشش هستند، اگر قصد دارند دیرتر در پوشش داروی با نسخه Medicare ثبت نام کنند، می‌توانند عموماً بدون پرداخت جریمه پوشش خود را حفظ کنند.

مراقبت روزانه: مراقبت روزانه نوعی مراقبت شخصی است که در آسایشگاه سالمندان، مرکز مراقبت تسکینی یا دیگر مراکز در صورتی که شما به مراقبت پزشکی تخصصی یا پرستاری تخصصی نیاز ندارید، ارائه می‌شود. مراقبت غیرپزشکی توسط افرادی ارائه می شود که مهارت حرفه ای ندارند یا آموزش های حرفه ای ندیده اند، ازجمله کمک در انجام کارهای روزمره مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، روی تخت یا صندلی نشستن و بلند شدن، جابجا شدن و راه رفتن، و استفاده از حمام و توالت. همچنین ممکن است نوعی از مراقبت مرتبط با سلامت را شامل شود که اکثر افراد خودشان انجام می دهند، مثل ریختن قطره در چشم. Medicare هزینه مراقبت روزانه را نمی‌پردازد.

آموزش شایستگی فرهنگی: آموزشی که دستورالعمل‌های اضافی را برای ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی ما فراهم می‌کند تا به آن‌ها کمک کند پیشینه، ارزش‌ها و باورهای شما را بهتر درک کنند و خدمات را با نیازهای اجتماعی، فرهنگی و زبانی شما هماهنگ سازند.

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 ایالتی در کالیفرنیا که مسئول تنظیم و نظارت بر بیشتر طرح‌های سلامت است. DMHC می‌تواند به افراد در رابطه با درخواست تجدیدنظر و شکایات در مورد خدمات Medi-Cal کمک کند. DMHC همچنین بررسی‌های مستقل پزشکی (IMR) را انجام می‌دهد.

لغو عضویت: فرآیند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما. لغو ثبت نام می تواند داوطلبانه (به انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (صرفنظر از انتخاب شما) باشد.

برنامه مدیریت دارو (DMP): برنامه‌ای که به اطمینان از استفاده ایمن اعضا از داروهای مسکن مخدر (اپیوئیدها) و سایر داروهایی که اغلب مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند، کمک می‌کند.

سطوح دارویی: گروه‌هایی از داروها در فهرست دارویی ما. داروهای ژنریک، با نام تجاری، یا تخصصی نمونه‌هایی از سطوح دارویی هستند. هر دارو در فهرست دارویی در یکی از شش سطح قرار دارد.

طرح نیازهای ویژه افراد واجد شرایط دوگانه (D-SNP): طرح سلامت که به افرادی خدمات ارائه می‌دهد که هم واجد شرایط Medicare و هم Medicaid هستند. طرح ما D-SNP است.

تجهیزات پزشکی بادوام (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در منزل خودتان تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام عبارتند از: ویلچر، عصا، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی سفارش‌داده‌شده توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در خانه، پمپ‌های تزریق IV، دستگاه‌های تولیدکننده گفتار، تجهیزات و لوازم اکسیژن، نبولایزر و واکر.

اورژانس: وضعیت پزشکی اضطراری که در آن شما، یا هر فرد دیگری با دانش معمولی از سلامت و پزشکی، معتقد است که علائم پزشکی شما نیاز به مراقبت فوری پزشکی دارد تا از مرگ، از دست دادن یک عضو بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن جنین) جلوگیری شود. این علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب‌دیدگی، درد شدید، یا یک وضعیت پزشکی باشد که به‌سرعت در حال بدتر شدن است.

مراقبت‌های اورژانسی: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌دهنده‌ای آموزش‌دیده برای ارائه خدمات اورژانسی انجام می‌شود و برای درمان یک وضعیت اضطراری پزشکی یا رفتاری مورد نیاز است.

عارضه پزشکی اورژانسی: یک عارضه سلامت روان یا پزشکی که خود را با علایمی حاد و دارای وخامت (شامل درد شدید) نشان می‌دهد، به طوری که فرد عادی و هوشیار با دانش نسبی از سلامت و پزشکی می‌تواند به شکل معقولانه‌ای تشخیص دهد که عدم توجه پزشکی فوری منجر به موارد زیر خواهد شد:

- خطر جدی برای سلامت فرد یا در مورد زن باردار، سلامت زن یا نوزاد متولدنشده او؛
- نارسایی جدی عملکردهای جسمانی؛ یا
- عدم عملکرد جدی هر اندام یا بخش از بدن.

استثنا: اجازه برای دریافت پوشش یک دارو که معمولاً تحت پوشش نیست، یا استفاده از دارو بدون رعایت برخی قوانین و محدودیت‌های مشخص.

داروی مستثنی: دارویی که طبق تعریف 42 U.S.C.، جزو داروهای تحت پوشش بخش D نیست. بخش 1395w-102(e).

خدمات مستثنا: خدماتی که تحت پوشش این طرح سلامت نیستند.

کمک اضافی (Extra Help): برنامه Medicare که به افراد با درآمد و منابع مالی محدود کمک می‌کند هزینه‌های داروهای Medicare بخش D، مانند حق بیمه، فرانشیز و سهم بیمه‌شده را کاهش دهند. Extra Help با عنوان «یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS» نیز شناخته می‌شود.

داروی ژنریک: دارویی که توسط FDA تأیید شده است تا به جای یک داروی با نام تجاری استفاده شود. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی برند را دارد. معمولاً به همان خوبی داروهای برند عمل می‌کند ولی قیمت کمتری دارد.

شکایت: شکایتی که از ما یا یکی از ارائه‌دهندگان شبکه یا داروخانه‌های ما می‌کنید. این شامل شکایتی درباره کیفیت مراقبت‌های دریافت‌شده یا کیفیت خدمات ارائه‌شده توسط طرح سلامت شما است.

برنامه مشاوره و حمایت بیمه سلامت (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه درباره مدیکر ارائه می‌دهد. **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا *توضیح می‌دهد* 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 همکاری می‌کنند تا مراقبتی را که نیاز دارید ارائه دهند.

ارزیابی خطرات سلامت (HRA): بررسی سابقه پزشکی و وضعیت فعلی سلامت شما. از این ارزیابی برای آگاهی از سلامت شما و چگونگی تغییر آن در آینده استفاده می‌شود.

کمک‌یار مراقبت در منزل: فردی که خدماتی ارائه می‌دهد که به مهارت‌های یک پرستار دارای مجوز یا درمانگر نیاز ندارد؛ مانند کمک در مراقبت‌های شخصی (مثل حمام کردن، استفاده از سرویس بهداشتی، لباس پوشیدن، یا انجام تمرین‌های تجویزشده). کمک‌یاران مراقبت در منزل مجوز پرستاری ندارند و خدمات درمانی یا توان‌بخشی (تراپی) ارائه نمی‌کنند.

مراقبت پایان زندگی: برنامه مراقبت و حمایت برای کمک به افراد دارای وضعیت پیش‌آگهی بیماری لاعلاج است تا بتوانند زندگی راحتی داشته باشند. پیش‌آگهی نهایی یعنی فرد از نظر پزشکی تأیید شده است که به بیماریِ مرحله پایانی مبتلاست؛ به این معنا که امید به زندگی او شش ماه یا کمتر برآورد شده است.

- فردِ عضو طرح که دارای پیش‌آگهی نهایی است، حق دارد مراقبت‌های هاسپیس را انتخاب کند.
- یک تیم از متخصصان و مراقبان آموزش‌دیده، از تمام ابعاد وجودی فرد مراقبت می‌کنند؛ از جمله نیازهای جسمی، عاطفی، اجتماعی و معنوی او.
- ما موظف هستیم فهرستی از ارائه‌دهندگان خدمات هاسپیس در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم.

صورتحساب‌گذاری نادرست / نامناسب: 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 عضو طرح، شما فقط زمانی مبالغ سهم هزینه تعیین‌شده توسط طرح را پرداخت می‌کنید که خدماتی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما باشد. 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 به مراقبان ثبت‌نام‌شده‌ای که خدمات مراقبتی را برای شما ارائه می‌دهند کمک می‌کند تا بتوانید به‌طور ایمن در خانه خودتان زندگی کنید. IHSS به‌عنوان جایگزینی برای مراقبت‌های خارج از منزل، مانند خانه‌های سالمندان یا مراکز مراقبت و پانسیون در نظر گرفته می‌شود. برای دریافت خدمات، ارزیابی‌ای انجام می‌شود تا بر اساس نیازهای هر شرکت‌کننده مشخص شود کدام نوع خدمات ممکن است برای او تأیید شود. 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 پیراپزشکی)، همراهی در قرارهای ملاقات پزشک و نظارت حفاظتی برای افراد مبتلا به اختلال ذهنی. ادارات خدمات اجتماعی شهرستان‌ها، برنامه IHSS را مدیریت و اجرا می‌کنند.

بررسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما برای دریافت خدمات پزشکی یا درمان رد شود، شما می‌توانید درخواست تجدیدنظر ارائه دهید. 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 یعنی پرونده شما توسط متخصصانی بررسی می‌شود که عضو یا وابسته به طرح بیمه ما نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، باید خدمات یا درمانی را که درخواست کردید به شما ارائه دهیم. برای IMR هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

سازمان بررسی مستقل (IRO): یک سازمان مستقل است که توسط Medicare استخدام می‌شود تا مرحله دوم درخواست تجدیدنظر سطح 2 را بررسی کند. این آژانس با ما ارتباطی ندارد و یک نهاد دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیم ما صحیح است یا باید تغییر کند. Medicare بر فعالیت این سازمان نظارت می‌کند. نام رسمی آن **نهاد بررسی مستقل است**.

برنامه مراقبت فردی (ICP یا برنامه مراقبت): برنامه‌ای که مشخص می‌کند چه خدماتی دریافت خواهید کرد و این خدمات چگونه به شما ارائه خواهند شد. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات سلامت رفتاری و خدمات و حمایت‌های بلندمدت باشد.

مرحله پوشش اولیه: مرحله‌ای است که قبل از رسیدن مجموع هزینه‌های دارویی شما در Medicare بخش D به **$2,400** قرار دارد. این شامل مبالغی است که پرداخت کرده‌اید، آنچه طرح ما از طرف شما پرداخت کرده است و یارانه اقشار کم‌درآمد. **هنگامی که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌کنید، در این مرحله قرار می‌گیرید.** در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای تان را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را پرداخت می‌کنید.

بستری: اصطلاحی است که وقتی شما به‌طور رسمی در بیمارستان برای دریافت خدمات پزشکی تخصصی پذیرش و بستری می‌شوید، استفاده می‌شود. اگر به‌طور رسمی پذیرش نشوید، حتی اگر یک شب بمانید، ممکن است به جای بستری به‌عنوان یک بیمار سرپایی در نظر گرفته شوید.

طرح یکپارچه D-SNP: یک نوع طرح بیمه‌ای برای افرادی است که هم واجد شرایط Medicare و هم Medicaid هستند. این طرح خدمات Medicare و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را از طریق یک برنامه بیمه‌ای واحد یا برنامه‌های وابسته به هم پوشش این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می‌شوند.

داروی زیست‌مشابه قابل جایگزینی: یک داروی زیست‌مشابه است که می‌تواند در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین شود، زیرا الزامات اضافی مربوط به امکان جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار در داروخانه تابع قوانین ایالتی است.

تیم مراقبت بین‌رشته‌ای (ICT یا تیم مراقبت): یک تیم مراقبتی که ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاوران یا سایر متخصصان سلامت باشد که برای کمک به شما در دریافت مراقبت‌های مورد نیازتان فعالیت می‌کنند. تیم مراقبتی شما همچنین به شما کمک می‌کند تا یک برنامه مراقبتی تهیه کنید.

طرح سلامت Kaiser Foundation (طرح سلامت): شرکت Kaiser Foundation Health Plan, Inc. در مناطق شمالی و جنوبی کالیفرنیا، یک شرکت غیرانتفاعی و یک سازمان Medicare Advantage است. این *دفترچه راهنمای اعضا* گاهی از طرح سلامت (Health Plan) با واژه‌های «ما» یا «ما (we/us)» یاد می‌کند.

بیمارستان Kaiser Foundation: یک بیمارستان درون شبکه که متعلق به Kaiser Foundation Hospitals بوده و توسط آن اداره می‌شود.

Kaiser Permanente: طرح سلامت، گروه پزشکی و Kaiser Foundation Hospitals.

Kaiser Permanente Region (منطقه): یک سازمان Kaiser Foundation Health Plan که برنامه‌های مراقبت بهداشتی مستقیم را اجرا می‌کند. وقتی خارج از منطقه خدمات ما هستید، می توانید مراقبت های بهداشتی ضروری و مراقبت های مداوم برای شرایط مزمن را از ارائه دهندگان تعیین شده در منطقه خدماتی دیگری از Kaiser Permanente Region دریافت کنید. برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به **فصل 3، بخش D4** مراجعه کنید.

فهرست داروهای تحت پوشش (*لیست دارویی*): فهرستی از داروهای تجویزی و داروهای بدون نسخه (OTC) که ما پوشش می‌دهیم. ما داروهای این فهرست را با کمک پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کنیم. *لیست دارویی* به شما نشان می‌دهد که آیا برای دریافت داروهای خود باید قوانین یا شرایط خاصی را رعایت کنید یا خیر. *لیست دارویی* گاهی اوقات «فرمولاری» نامیده می‌شود.

خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت (LTSS): خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت به بهبود یک وضعیت پزشکی طولانی‌مدت کمک می‌کنند. 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 بزرگسالان مبتنی بر جامعه (CBAS) که به عنوان مراقبت‌های بهداشتی روزانه بزرگسالان نیز شناخته می‌شود، مراکز پرستاری (NF) و حمایت‌های اجتماعی است. IHSS و معافیت‌های 1915(c)، خدمات و پشتیبانی‌های بلندمدت Medi-Cal (LTSS) هستند که خارج از طرح ما ارائه می‌شوند.

یارانه کم‌درآمد (LIS): به «کمک اضافی (Extra Help)» مراجعه کنید.

برنامه سفارش پستی دارو: طرح‌ها ممکن است برنامه سفارش پستی ارائه دهند که به شما امکان می‌دهد تا حداکثر یک دوره سه‌ماهه از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش خود را دریافت کنید و داروها مستقیماً به منزل شما ارسال شوند. این ممکن است روشی مقرون‌به‌صرفه و راحت برای پیچیدن نسخه‌هایی باشد که به‌طور منظم مصرف می‌کنید.

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.

گروه پزشکی: این گروه شامل شبکه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی است که طرح ما با آن‌ها قرارداد دارد تا خدمات پوشش داده شده را برای شما فراهم کنند. نام گروه‌های پزشکی ما عبارت‌اند از: The Permanente Medical Group, Inc.، یک شرکت حرفه‌ای انتفاعی، و Southern California Permanente Medical Group، یک شراکت حرفه‌ای انتفاعی.

Medi-Cal: این نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا است. Medi-Cal توسط ایالت مدیریت می‌شود و هزینه آن توسط دولت ایالتی و دولت فدرال پرداخت می‌شود.

- 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 درصورتی‌که 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 بلندمدت، تجهیزات پزشکی و خدمات حمل‌ونقل. مزایای Medicare جداگانه هستند.

از نظر پزشکی ضروری: این اصطلاح به خدمات، تجهیزات، ملزومات یا داروهایی اشاره دارد که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان یک بیماری، یا حفظ وضعیت فعلی سلامت شما مورد نیاز هستند. همچنین این تعریف شامل مراقبتی است که مانع از مراجعه شما به بیمارستان یا مرکز آسایشگاهی می‌شود. همچنین به این معناست که خدمات، لوازم یا داروها با استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی مطابقت دارند.

Medicare: برنامه بیمه سلامت فدرال برای افراد 65 ساله یا بالاتر، برخی افراد زیر 65 سال دارای معلولیت‌های خاص، و افراد مبتلا به بیماری کلیوی مرحله نهایی (معمولاً افرادی که دچار نارسایی دائمی کلیه هستند و به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز 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.

Medicare Advantage: یک برنامه Medicare، همچنین به‌عنوان «Medicare بخش C» یا «MA» شناخته می‌شود که طرح‌های MA را از طریق شرکت‌های خصوصی ارائه می‌دهد. Medicare به این شرکت‌ها پرداخت می‌کند تا مزایای Medicare شما را پوشش دهند.

شورای تجدیدنظر Medicare (Council): شورایی که درخواست‌های تجدیدنظر در سطح 4 را بررسی می‌کند. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

خدمات تحت پوشش Medicare: خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و Medicare بخش B قرار دارند. همه طرح‌های سلامت Medicare، از جمله طرح ما، باید تمام خدماتی را که توسط Medicare بخش A و Medicare بخش B پوشش داده می‌شوند، پوشش دهند.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (MDPP): یک برنامه ساختاریافته برای تغییر رفتارهای مرتبط با سلامت است که آموزش‌هایی درباره تغییرات بلندمدت در رژیم غذایی، افزایش فعالیت بدنی، و راهکارهایی برای غلبه بر چالش‌های حفظ کاهش وزن و داشتن یک سبک زندگی سالم ارائه می‌دهد.

عضو Medicare-Medi-Cal: فردی که واجد شرایط دریافت پوشش Medicare و Medicaid است. فرد ثبت‌نام‌شده در Medicare-Medicaid، «فرد واجد شرایط دوگانه» نیز نامیده می‌شود.

Medicare بخش A: برنامه Medicare که بیشتر خدمات ضروری پزشکی مربوط به بستری در بیمارستان، مراقبت در مرکز پرستاری ماهر، مراقبت‌های بهداشتی در منزل و مراقبت‌های پایان عمر (Hospice) را پوشش می‌دهد.

Medicare بخش B: برنامه Medicare که خدمات (مانند آزمایش‌های آزمایشگاهی، جراحی‌ها و ویزیت پزشک) و تجهیزات (مانند ویلچر و واکر) را که برای درمان یک بیماری یا وضعیت پزشکی از نظر پزشکی ضروری هستند، پوشش می‌دهد. بخش B برنامه Medicare همچنین بسیاری از خدمات پیشگیرانه و غربالگری را پوشش می‌دهد.

Medicare بخش C: برنامه Medicare که با نام «Medicare Advantage» یا «MA» نیز شناخته می‌شود و به شرکت‌های بیمه سلامت خصوصی اجازه می‌دهد مزایای Medicare را از طریق یک طرح MA ارائه کنند.

Medicare بخش D: برنامه مزایای دارویی Medicare. ما این برنامه را به اختصار «بخش D» می‌نامیم. Medicare بخش D داروهای سرپایی، واکسن‌ها و برخی اقلام و ملزومات پزشکی را که تحت پوشش Medicare بخش A، Medicare بخش B یا Medicaid نیستند، پوشش می‌دهد. طرح ما شامل Medicare بخش D است.

داروهای Medicare بخش D: داروهایی که تحت پوشش Medicare بخش D قرار دارند. کنگره به‌طور مشخص برخی دسته‌های دارویی را از پوشش Medicare بخش D مستثنی کرده است. Medicaid ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

مدیریت درمان دارویی (MTM): برنامه‌ای در Medicare بخش D برای نیازهای درمانی پیچیده که به افرادی ارائه می‌شود که شرایط مشخصی را برآورده می‌کنند یا در یک برنامه مدیریت دارو قرار دارند. خدمات MTM معمولاً شامل گفتگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی برای بررسی داروها می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به **فصل 5** این *کتابچه راهنمای اعضای* خود مراجعه کنید.

طرح Medi-Medi: یک طرح Medi-Medi نوعی از طرح Medicare Advantage است. این طرح برای افرادی است که هم Medicare و هم Medi-Cal را دارند و مزایای Medicare و Medi-Cal را در یک طرح ترکیب می‌کند. طرح‌های Medi-Medi تمامی مزایا و خدمات هر دو برنامه را هماهنگ می‌کنند، از جمله تمام خدماتی که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal قرار دارند.

عضو (عضو طرح ما یا عضو طرح): فردی که دارای Medicare و Medi-Cal است، واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش می‌باشد، در طرح ما ثبت‌نام کرده است، و ثبت‌نام او توسط مرکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و ایالت تأیید شده است.

***کتابچه راهنمای اعضا* و اطلاعات افشای مربوطه:** این سند، همراه با فرم ثبت‌نام شما و هرگونه ضمیمه یا الحاقیه دیگری، پوشش شما، تعهدات ما، حقوق شما و وظایفی را که به‌عنوان عضو طرح ما بر عهده دارید، توضیح می‌دهد.

خدمات اعضا: بخشی از طرح ما که مسئول پاسخگویی به پرسش‌های شما درباره عضویت، مزایا، شکایات و درخواست‌های تجدیدنظرها است. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات اعضا، **به فصل 2** این کتابچه *راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروخانه طرف قرارداد: داروخانه‌ای (فروشگاه دارو) که موافقت کرده است نسخه‌های دارویی اعضای طرح ما را تهیه و تحویل دهد. ما به این داروخانه‌ها، «داروخانه‌های شبکه» می‌گوییم، زیرا موافقت کردند که با طرح ما کار کنند. در بیشتر موارد، ما فقط نسخه‌های دارویی شما را زمانی تحت پوشش قرار می‌دهیم که در یکی از داروخانه‌های طرف قرارداد ما تهیه و دریافت شوند.

پزشک تحت شبکه: هر پزشک ذیصلاح که همکار یا کارمند گروه پزشکی باشد یا هر پزشک ذیصلاح که برای ارائه خدمات به اعضای ما (نه پزشکانی که فقط برای خدمات ارجاعی طرف قرارداد هستند) قرارداد داشته باشد.

ارائه‌دهندگان شبکه: ارائه‌دهندگانی هستند که با طرح ما همکاری می‌کنند. این ارائه‌دهندگان موافقت می‌کنند که پرداخت ما را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند. «ارائه‌دهنده» اصطلاح کلی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که به شما خدمات و مراقبت ارائه می‌کنند استفاده می‌کنیم. این اصطلاح همچنین شامل بیمارستان‌ها، سازمان‌های مراقبت از سلامت در خانه، کلینیک‌ها و سایر مکان‌هایی است که خدمات مراقبت از سلامت، تجهیزات پزشکی و خدمات و پشتیبانی‌های طولانی‌مدت به شما ارائه می‌دهند.

- آن‌ها دارای مجوز یا گواهی تأیید از سوی Medicare و ایالت هستند تا خدمات مراقبت‌های صحی ارائه دهند.
- وقتی آن‌ها موافقت کنند با طرح صحی ما همکاری کنند، پرداخت ما را بپذیرند و مبلغ اضافی از اعضا دریافت نکنند، ما آن‌ها را «ارائه‌دهندگان خدمات» می‌نامیم.
- وقتی عضوی از طرح ما هستید، باید از ارائه‌دهندگان شبکه برای دریافت خدمات تحت پوشش استفاده کنید. ارائه‌دهندگان شبکه «ارائه‌دهندگان طرح» نیز نامیده می‌شوند.

خانه سالمندان یا مرکز مراقبتی: مرکزی که برای افرادی مراقبت فراهم می‌کند که نمی‌توانند مراقبت‌های مورد نیاز خود را در خانه دریافت کنند، اما نیازی به بستری شدن در شفاخانه ندارند.

نماینده حقوق بیماران: دفتری در ایالت شما که به‌عنوان مدافع و پشتیبان از طرف شما فعالیت می‌کند. اگر مشکل یا شکایتی دارید به پرسش‌های شما پاسخ می‌دهند و می‌توانند به شما کمک کنند تا بدانید باید چه بکنید. خدمات بازرس حقوقی رایگان هستند. می‌توانید اطلاعات بیشتر را در **فصل‌های 2 و 9** این *کتابچه راهنمای اعضا پیدا کنید*.

تصمیم‌گیری سازمانی: طرح ما زمانی یک تصمیم‌گیری سازمانی انجام می‌دهد که ما، یا یکی از ارائه‌دهندگان خدمات ما، درباره اینکه آیا خدمات تحت پوشش قرار می‌گیرند یا شما برای خدمات تحت پوشش چه مقدار هزینه پرداخت می‌کنید، تصمیم بگیریم. تصمیم‌های سازمانی به «تصمیم‌های پوشش» گفته می‌شوند. **فصل 9 کتاب** راهنمای اعضا *درباره تصمیم‌های* پوشش توضیح می‌دهد.

محصول زیستی اصلی: محصول زیستی‌ای که توسط FDA تأیید شده و به‌عنوان مبنای مقایسه برای تولیدکنندگانی استفاده می‌شود که نسخهٔ بیوسیمیلار تولید می‌کنند. همچنین به عنوان محصول مرجع شناخته می شود.

Original Medicare (Medicare سنتی یا Medicare مبتنی بر هزینه در برابر خدمات): دولت Original Medicare را ارائه می‌کند. تحت Original Medicare، خدمات از طریق پرداخت مبالغی به پزشکان، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت‌های بهداشتی پوشش داده می‌شوند؛ این مبالغ را کنگره تعیین می‌کند.

- شما می‌توانید از هر پزشک، بیمارستان یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی که Medicare را می‌پذیرند استفاده کنید. Original Medicare دارای دو بخش است: Medicare بخش A (بیمه بیمارستانی) و Medicare بخش B (بیمه پزشکی).
- Original Medicare در همه جای ایالات متحده در دسترس است.
- اگر نمی‌خواهید عضو طرح ما شوید، می‌توانید Original Medicare را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که با طرح بیمه ما برای هماهنگی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح ما توافق نکرده است. طرح بیمه ما بیشتر داروهایی را که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید، پوشش نمی‌دهد؛ مگر اینکه شرایط خاصی وجود داشته باشد.

ارائه‌دهنده خدمات خارج از شبکه یا مرکز درمانی خارج از شبکه: ارائه‌دهنده خدمات یا مرکزی که توسط طرح بیمه ما استخدام نشده، تحت مالکیت یا مدیریت طرح ما نیست و برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضای طرح ما با بیمه قرارداد ندارد. **این کتاب راهنمای اعضای** فصل 3 ارائه‌دهندگان خدمات یا *مراکز درمانی* خارج از شبکه را توضیح می‌دهد.

هزینه‌های پرداخت از جیب: الزام تقسیم هزینه که اعضا باید بخشی از هزینه خدمات یا داروهایی را که دریافت می‌کنند پرداخت کنند، همچنین «الزام هزینه پرداخت از جیب» نامیده می‌شود. به تعریف «تقسیم هزینه» در بالا مراجعه کنید.

داروهای بدون نسخه (OTC): داروها یا داروهایی هستند که یک فرد می‌تواند بدون نسخه از یک متخصص مراقبت‌های بهداشتی خریداری کند.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

اطلاعات سلامت شخصی (همچنین به عنوان اطلاعات سلامت محافظت‌شده شناخته می‌شود) (PHI): اطلاعاتی درباره شما و سلامت شما، مانند نام، آدرس، شماره تأمین اجتماعی، مراجعه‌های پزشکی و سوابق پزشکی شما. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه محافظت، استفاده و افشای PHI شما، و همچنین حقوق شما در رابطه با PHI خود، به اطلاعیه شیوه‌های حفظ حریم خصوصی ما مراجعه کنید.

تغییرات طرح: تغییرات طرح به شرح زیر خواهند بود:

- برای خدماتی که توسط گروه پزشکی یا Kaiser Foundation Hospitals ارائه می‌شود، هزینه‌ها در برنامه طرح سلامت گروه پزشکی و Kaiser Foundation Hospitals، برای خدمات ارائه شده به اعضا اخذ می‌شود.
- برای خدماتی که ارائه‌دهنده خدمات (به غیر از گروه پزشکی یا Kaiser Foundation Hospitals) جهت ارائه آن‌ها سرانه دریافت می‌کند، هزینه‌های موجود در برنامه هزینه‌ها که در خصوص آن‌ها Kaiser Permanente با ارائه‌دهنده دریافت‌کننده سرانه مذاکره می‌کند.
- برای اقلامی که از داروخانه‌ای متعلق به و تحت مدیریت Kaiser Permanente تهیه می‌شوند، مبلغی که داروخانه از یک عضو بابت آن قلم کالا دریافت می‌کند، در صورتی که طرح مزایای یک عضو، آن مورد را پوشش ندهد (این مبلغ تخمینی از موارد زیر است: هزینه تهیه، نگهداری و توزیع داروها؛ هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم ارائه خدمات دارویی Kaiser Permanente به اعضا؛ و سهم برنامه داروخانه در الزامات درآمد خالص طرح سلامت).
- در مورد خدمات دیگر، پرداخت هایی که Kaiser Permanente برای خدمات ارائه می دهد یا اگر Kaiser Permanente اشتراک هزینه های خود را از پرداختش کم می کند، مبلغی که Kaiser Permanente بدون کم کردن اشتراک هزینه پرداخت می کرده است.

مراقبت پس از تثبیت (Post-Stabilization Care): خدمات پزشکی ضروری مربوط به وضعیت پزشکی اورژانسی شما است که پس از اینکه پزشک درمانگر شما تعیین کرد که وضعیت شما از لحاظ بالینی پایدار است، دریافت می کنید. وقتی پزشک درمانگر شما تأیید کند، شما در چارچوب احتمالات منطقی پزشکی و بر طبق استانداردهای مشخص پزشکی در حالت پایدار از نظر بالینی به حساب می‌آیید، این بدین معناست که در صورت ترخیص یا منتقل شدن، خطری شما را تهدید نمی‌کند و انتظار نمی‌رود وضعیت شما به دلیل ترخیص یا انتقال بدتر شود.

خدمات پیشگیرانه: مراقبت سلامت برای پیشگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه، زمانی که درمان بیشترین اثربخشی را دارد (برای مثال، خدمات پیشگیرانه شامل تست پاپ اسمیر، واکسن آنفلوآنزا و ماموگرافی غربالگری است).

ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه (PCP): پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات دیگری که برای بیشتر مشکلات سلامتی، ابتدا به او مراجعه 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 اطلاعات درباره دریافت مراقبت از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های اولیه، به **فصل 3** این راهنمای اعضا مراجعه کنید.

مجوز قبلی (PA): تأییدی که باید قبل از دریافت یک خدمت یا داروی خاص یا استفاده از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه، از ما دریافت کنید. اگر ابتدا تأیید را دریافت نکنید، طرح ما ممکن است خدمات یا دارو را پوشش ندهد.

طرح ما برخی خدمات پزشکی داخل شبکه را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که پزشک شما یا سایر ارائه‌دهندگان داخل شبکه، PA را از ما دریافت کنند.

- خدمات تحت پوششی که **به PA طرح ما** نیاز دارند، در *فصل 4* این راهنمای اعضا مشخص شده‌اند.

طرح ما برخی داروها را فقط در صورتی پوشش می‌دهد که PA را از ما دریافت کنید.

- داروهای تحت پوشش که نیاز *به PA از طرح ما دارند*، در فهرست داروهای تحت پوشش مشخص شده‌اند و قوانین مربوطه در وب‌سایت ما درج شده است.

برنامه مراقبت جامع برای سالمندان (PACE): برنامه‌ای که مزایای مدیکر (Medicare) و مدیکید (Medicaid) را به‌طور همزمان برای افراد ۵۵ ساله و بالاتر که برای زندگی در خانه به سطح بالاتری از مراقبت نیاز دارند، پوشش می‌دهد.

پروتزها و وسایل ارتوپدی: وسایل پزشکی که توسط پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی تجویز می‌شوند و شامل، اما محدود به موارد زیر نیستند: بریس‌های دست، پشت و گردن؛ اندام‌های مصنوعی؛ چشم‌های مصنوعی؛ و وسایلی که برای جایگزینی یک بخش یا عملکرد داخلی بدن مورد نیاز هستند، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه‌ای روده‌ای و تزریقی.

ارائه‌دهندگان: پزشکان، پرستاران و سایر افرادی که خدمات و مراقبت‌های درمانی به شما ارائه می‌دهند و دارای مجوز از ایالت هستند. 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.

سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که به بهبود کیفیت مراقبت‌های ارائه‌شده به افراد دارای Medicare کمک می‌کنند. دولت فدرال برای بررسی و بهبود مراقبت‌های ارائه‌شده به بیماران به QIO پول می‌پردازد. به **فصل 2** کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید *برای اطلاعات درباره سازمان* بهبود کیفیت (QIO).

محدودیت مقدار: محدودیتی بر مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. ممکن است مقدار دارویی را که در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم محدود کنیم.

ابزار مزایای لحظه‌ای: یک سامانه اینترنتی یا برنامه رایانه‌ای است که اعضای طرح می‌توانند از طریق آن اطلاعات کامل، دقیق، به‌روز و مناسب با شرایط خود درباره داروهای تحت پوشش و مزایای بیمه‌ای را جست‌وجو و مشاهده کنند. این شامل مبالغ سهم پرداختی، داروهای جایگزینی که ممکن است برای همان بیماری یا وضعیت پزشکیِ یک داروی مشخص استفاده شوند، و محدودیت‌های پوشش (تأیید قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت مقدار) که برای داروهای جایگزین اعمال می‌شوند، است.

ارجاع: ارجاع، تأییدیه ما یا ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه شما (PCP) برای مراجعه به ارائه‌دهنده‌ای غیر از PCP شما است. اگر از قبل تأییدیه دریافت نکنید، ممکن است ما هزینه خدمات را پوشش ندهیم. برای مراجعه به برخی متخصصان، مانند متخصصان سلامت زنان، نیازی به معرفی‌نامه ندارید. اطلاعات بیشتر درباره معرفی‌نامه‌ها را می‌توانید در **فصل‌های 3 و 4** 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. این خدمات شامل مراقبت‌های توانبخشی بستری، فیزیوتراپی (سرپایی)، گفتاردرمانی و کاردرمانی است. برای اطلاعات بیشتر درباره خدمات توانبخشی، به **فصل 4** *این کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

خدمات حساس: خدمات مربوط به سلامت روان یا رفتاری، سلامت جنسی و باروری، تنظیم خانواده، عفونت‌های مقاربتی (STI)، HIV/ایدز، تجاوز جنسی و سقط جنین، اختلال مصرف مواد، مراقبت‌های تأییدکننده جنسیت، و خشونت علیه شریک عاطفی.

منطقه خدماتی: منطقه جغرافیایی‌ای که یک طرح بیمه در آن، اگر عضویت را بر اساس محل زندگی افراد محدود کند، اعضا را 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 در **فصل 1** این کتابچه راهنمای اعضا برای اهداف مربوط به سهم هزینه، ثبت‌نام و لغو ثبت‌نام توضیح داده شده است. برای دریافت خدمات تحت پوشش، شما می‌توانید از ارائه‌دهندگان شبکه در هر نقطه داخل منطقه خدماتی منطقه خود مراقبت و خدمات پزشکی دریافت کنید (به فهرست *ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید*).

خدمات: خدمات، اقلام یا کالاهای مراقبت سلامت.

سهم هزینه: بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی شما که ممکن است هر ماه، قبل از فعال شدن مزایای بیمه، مجبور باشید خودتان پرداخت کنید. مقدار سهم شما از هزینه بسته به درآمد و منابع شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): مرکز مراقبت پرستاری‌ای که دارای کارکنان و تجهیزات لازم برای ارائه مراقبت‌های پرستاری تخصصی است و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات بهداشتی مرتبط را نیز ارائه می‌دهد.

مراقبت مراکز پرستاری تخصصی (SNF): مراقبت مراکز پرستاری تخصصی و خدمات توانبخشی که به صورت روزانه و پیوسته در مراکز پرستاری تخصصی ارائه می‌شوند. 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.

دوره ثبت‌نام ویژه: یک زمان مشخص که اعضا در آن زمان می‌توانند طرح‌های دارویی یا سلامت خود را تغییر دهند یا به Original Medicare باز گردند. موقعیت‌هایی که ممکن است واجد شرایط دوره ثبت‌نام ویژه باشید عبارتند از: اگر به خارج از منطقه تحت پوشش نقل مکان کنید، اگر برای هزینه‌های داروهای تجویزی خود Extra Help دریافت کنید، اگر به خانه سالمندان نقل مکان کنید، یا اگر ما قرارداد خود را با شما نقض کنیم.

متخصص: پزشکی که مشکلات مشخص مراقبت سلامت را درمان می‌کند. برای مثال، یک جراح ارتوپد استخوان‌های شکسته را درمان می‌کند؛ یک متخصص آلرژی، آلرژی‌ها را درمان می‌کند؛ و یک دکتر قلب، مشکلات قلبی را درمان می‌کند. در بیشتر موارد، عضو باید برای مراجعه به پزشک متخصص، از پزشک مراقبت‌های اولیه (PCP) خود ارجاع دریافت کند.

داروخانه تخصصی: برای کسب **اطلاعات بیشتر درباره** داروخانه‌های تخصصی، به **فصل 5** *کتابچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

داروهای ردیف اختصاصی: داروهای بسیار گرانقیمت که مورد تأیید FDA بوده و در فهرست دارویی ما نیز هستند.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما درخواست دریافت یک خدمت تحت پوشش Medi-Cal را داشته باشد که ما آن را تأیید نکنیم، یا پرداخت هزینه خدمتی از Medi-Cal را که قبلاً دریافت می‌کردید ادامه ندهیم، می‌توانید درخواست دادرسی ایالتی کنید. اگر جلسه دادرسی ایالتی به نفع شما حکم دهد، ما باید خدماتی را که خواسته‌اید به شما ارائه دهیم.

درآمد تأمین اجتماعی تکمیلی (SSI): مبلغی است که سازمان تأمین اجتماعی هر ماه به افراد دارای درآمد و منابع مالی محدود پرداخت می‌کند؛ این افراد شامل کسانی هستند که دارای معلولیت هستند، نابینا هستند، یا 65 سال و بالاتر سن دارند. مزایای SSI با مزایای تأمین اجتماعی یکسان نیست.

مراقبت مورد نیاز فوری: مراقبتی که برای یک بیماری، آسیب یا وضعیت پیش‌بینی‌نشده دریافت می‌کنید که اورژانسی نیست، اما نیاز به رسیدگی سریع دارد. شما می‌توانید مراقبت فوری را از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت کنید، زمانی که به دلیل زمان، مکان یا شرایط خاص امکان مراجعه به ارائه‌دهندگان داخل شبکه وجود ندارد یا دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان داخل شبکه منطقی نیست (برای مثال، زمانی که خارج از محدوده خدماتی طرح خود هستید و برای یک وضعیت پیش‌بینی‌نشده به خدمات فوری و ضروری پزشکی نیاز دارید، اما وضعیت شما یک اورژانس پزشکی نیست).

با این شماره تماس بگیرید:	1-800-443-0815 تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب. دفتر خدمات اعضا همچنین دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای گویشوران غیرانگلیسی است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، 8 صبح تا 8 شب.
نامه بنویسید	دفتر محلی خدمات اعضا (برای اطلاع از موقعیت‌ها، به *فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها* مراجعه کنید).
وبسایت	kp.org

اظهاریه افشای PRA *طبق قانون کاهش کاغذبازی 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخ به مجموعه‌ای از اطلاعات نخواهد بود، مگر آنکه دارای شماره کنترل OMB معتبری باشد. شماره کنترل OMB معتبر برای این جمع‌آوری اطلاعات 0938-1444 است. اگر برای بهبود این فرم پیشنهادات یا نظراتی دارید، با این آدرس مکاتبه کنید: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

اطلاعیه عدم تبعیض

در این سند، «ما»، «ما را» یا «مال ما» به معنی Kaiser Permanente (شامل: Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group) می‌باشد. این اطلاعیه در وب‌سایت ما در نشانی **kp.org** موجود است.

قائل شدن تبعیض مغایر با قانون است. ما از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کنیم.

ما به‌دلیل 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 در زمان مقتضی 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:
  - مترجمان شفاهی حرفه‌ای
  - اطلاعات کتبی به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، با بخش خدمات اعضا (Member Services) از طریق شماره‌های زیر تماس بگیرید. این تماس رایگان است. خدمات اعضاء، در تعطیلات رسمی بسته است.

- Medicare، شامل D-SNP: **1-800-443-0815** (TTY **711**)، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، 7 روز هفته.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613** (TTY **711**)، 24 ساعته، 7 روز هفته.
- سایر موارد: **1-800-464-4000** (TTY **711**)، 24 ساعته، 7 روز هفته.

متعاقب درخواست، این سند را می‌توانیم در خط بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت‌های الکترونیکی ارائه دهیم. جهت دریافت نسخه‌ای به یکی از این فرمت‌های جایگزین یا در فرمتی دیگر، با بخش خدمات ما تماس بگیرید و فرمت مدنظر خود را درخواست کنید.

نحوهٔ تنظیم نارضایتی نزد Kaiser Permanente

اگر باور دارید که ما در ارائهٔ این خدمات ناتوان بوده‌ایم یا به روشی دیگر تبعیض غیرقانونی قائل شده‌ایم، می‌توانید نارضایتی از تبعیض را نزد ما طرح کنید. می‌توانید نارضایتی را به‌صورت تلفنی، پستی، حضوری یا آنلاین ثبت کنید. جهت اطلاع از جزئیات، لطفاً به *کتابچه راهنمای پوشش طرح (Evidence of Coverage) یا گواهی بیمه (Certificate of Insurance)* خود مراجعه کنید. جهت کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه‌های مربوط به خود، یا کمک در ثبت نارضایتی با خدمات اعضا تماس بگیرید. نارضایتی از تبعیض را می‌توانید به این روش‌ها ثبت کنید:

- **به‌صورت تلفنی:** با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. شماره‌های تلفن در بالا ذکر شده‌اند.
- **از طریق پست:** فرمی را از طریق **kp.org** دانلود کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید و درخواست کنید فرمی برای شما ارسال کنند که بتوانید آن را برگردانید.

- **به‌صورت 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 هماهنگ‌کننده 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

نحوهٔ 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 (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:

Office for Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت دفتر حقوق مدنی اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی کالیفرنیا در این نشانی موجود است:
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 وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده 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** (**711** TTY 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

فرم های شکایت دفتر حقوق مدنی وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده در این نشانی موجود است:
https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

- **آنلاین**: بازدید از **پورتال شکایت دفتر حقوق مدنی به نشانی:**
https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf