

# Health Net Cal MediConnect ծրագիրը (Medicare-Medicaid ծրագիրը)

## Անդամների տեղեկագիրք

Հունվարի 1, 2018 – Դեկտեմբերի 31, 2018

### Ձեր առողջության և դեղերի ապահովագրությունը Health Net Cal MediConnect-ի ներքո

Այս տեղեկագիրքը ներկայացնում է Health Net Cal MediConnect-ի ներքո ձեր ապահովագրությունը մինչև 2018 թ. դեկտեմբերի 31-ը: Այն բացատրում է առողջական խնամքի ծառայությունները, վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայությունները, դեղատոմսային դեղերի ապահովագրությունը և երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը: Երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունն օգնում են ձեզ մտալ ձեր տանը՝ ծերանոց կամ հիվանդանոց գնալու փոխարեն: Երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը բաղկացած են Չափահասների համայնքահեն ծառայություններից (անզվերեն հապավումը՝ CBAS), Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրից (անզվերեն հապավումը՝ MSSP) և Բուժքույրական հաստատություններից (NF):

#### Մա կարևոր իրավական փաստաթուղթ է: Խնդրում ենք պահել այն ապահով տեղում:

Այս Cal MediConnect ծրագիրն առաջարկվում է Health Net Community Solutions, Inc.-ի կողմից: Երբ *Անդամների տեղեկագրքում* օգտագործվում են «մենք», «մեզ» կամ «մեր», ապա նշանակում է Health Net Community Solutions, Inc.-ը:

Երբ օգտագործվում է «ծրագիր» կամ «մեր ծրագիրը», ապա նշանակում է Health Net Cal MediConnect ծրագիրը (Medicare-Medicaid ծրագիրը): Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թագալոգ և վիետնամերեն, ապա ձեզ հասանելի են լեզվի աջակցության անվճար ծառայություններ:

Զանգահարեք 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

تحدث اللغة العربية فنود أن نطمئنك أن خدمات المساعدة اللغوية متوفرة لك مجاناً. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 واطلب الرقم الفرعي (711) ما بين الساعة الثامنة صباحاً وحتى الساعة الثامنة مساءً من الاثنين إلى الجمعة. أما إذا اتصلت خارج إذا كنت ك يوم عطلة نهاية الألبوع والعطلة الرسمية، فيمكنك أن تتر رسالة لنا. سيتم الرد على اتصالك في يوم العمل ساعات الدوام أو في أ التالي هذا الاتصال مجاني

Եթե խոսում եք հայերեն, ձեզ հասանելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

531004  
EOC019850MN00  
H3237-001

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 1



Եթե ձեր մայրենի լեզու անգլերեն չէ, կարող եք օգտագործել մեր լեզուների ծախսերի ազատ ծախսերը՝ 1-855-464-3571 (TTY: 711) թվով 8 րոպեից մինչև 8 րոպեից ավելի ժամանակ խոսելու համար։ Կարող եք նաև թողնել օտար լեզուներով խոսող մարդկանց համար օգնություն։ Կարող եք նաև թողնել օտար լեզուներով խոսող մարդկանց համար օգնություն։ Կարող եք նաև թողնել օտար լեզուներով խոսող մարդկանց համար օգնություն։

如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。在非營業時間、週末及假日，您可留下留言。您將會在下一個工作日接獲回電。此電話為免費電話。

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

한국어로 통화하기를 원하는 경우 언어 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화 1-855-464-3571(TTY: 711) 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 - 오전 8:00~8:00 근무시간 이외, 주말, 휴일에는 메시지를 남길 수 있습니다. 전화 통화는 근무일 기준 1일 이내에 회신될 것입니다. 통화는 무료입니다.

Если ваш родной язык русский, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, на выходных и праздниках можно оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados pueda dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mga serbisyo sa tulong sa wika na walang bayad ay mayroon sa iyo. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras, sa mga dulonglinggo at sa mga piyesta, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ibabalik ang iyong tawag sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Ang tawag ay libre.

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին։ Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել։ Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում։ Չանզն անվճար է։ **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք։



Դուք կարող եք ստանալ այս փաստաթուղթն անվճար այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տառատեսակը, բրեյլը և/կամ աուդիո ֆայլը: Չանգահարեք 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որպեսզի ձեզ մշտապես ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, օրինակ՝ բրեյլը կամ խոշոր տառատեսակը, կամ անգլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին: Տեղեկացրեք Անդամների ծառայությունների բաժնին, որ ցանկանում եք մշտական հայց ներկայացնել՝ ձեր նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով կամ լեզվով ստանալու համար:

**Հրաժարումներ**

Health Net Community Solutions, Inc.-ն առողջապահական ծրագիր է, որը պայմանագրեր ունի թե Medicare-ի, թե Medi-Cal-ի հետ՝ այդ երկու ծրագրերին անդամագրված անձանց նպաստներ տրամադրելու համար:

Health Net Cal MediConnect-ի ներքո ձեր ապահովագրությունը համարվում է նվազագույն կենսական ապահովագրություն (անգլերեն համապատասխանում՝ MEC): Ապահովագրությունը համապատասխանում է Հիվանդի պաշտպանության և Մատչելի խնամքի ակտի (անգլերեն համապատասխանում՝ ACA) անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջներին: MEC-ի համար անհատական համատեղ պատասխանատվության պահանջների վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկությունների համար, խնդրում ենք այցելել Ներքին եկամուտների ծառայության (անգլերեն համապատասխանում՝ IRS) կայք [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) հղումով:

Կարող են կիրառվել սահմանափակումներ, համավճարներ և արգելափակումներ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար գանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին կամ կարդացեք Health Net Cal MediConnect-ի *Անդամների տեղեկագիրքը*: Մա նշանակում է, որ հնարավոր է, դուք պետք է վճարեք որոշ ծառայությունների համար ու հետևեք որոշակի կանոնների, որպեսզի Health Net Cal MediConnect-ը վճարի ձեր ծառայությունների համար:

Ապահովագրված դեղերի ցուցակը և/կամ դեղատների ու մատակարարների ցանցերը կարող են փոխվել տարվա ընթացքում:

Մենք ձեզ ծանուցագիր կուղարկենք՝ նախքան ձեզ վրա ազդող որևէ փոփոխություն կատարելը: Նպաստները և/կամ համավճարները կարող են փոխվել ամեն տարվա հունվարի 1-ից:

Դեղատոմսային դեղերի համավճարները կարող են տարբեր լինել՝ կախված ձեր ստացած Լրացուցիչ օգնության մակարդակից: Մանրամասների համար խնդրում ենք դիմել ծրագրին:



**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:

# Գլուխ 1. Ինչից սկսել որպես անդամ

## Բովանդակություն

A. Բարի գալուստ Health Net Cal MediConnect .....	5
B. Ի՞նչ են Medicare-ը և Medi-Cal-ը: .....	6
Medicare .....	6
Medi-Cal .....	6
C. Որո՞նք են այս ծրագրի առավելությունները: .....	6
D. Ո՞րն է Health Net Cal MediConnect-ի սպասարկման տարածքը: .....	7
E. Ի՞նչն է ձեզ իրավասու դարձնում ծրագրի անդամ դառնալու համար: .....	8
F. Ինչ ակնկալել, երբ նոր եք միանում առողջապահական ծրագրին .....	8
G. Ի՞նչ է խնամքի թիմը և խնամքի ծրագիրը: .....	10
Խնամքի թիմ .....	10
Խնամքի ծրագիր .....	10
H. Health Net Cal MediConnect-ն ունի արդյո՞ք ծրագրի ամսական հավելավճար: .....	10
I. Անդամների տեղեկագրքի մասին .....	11
J. Ի՞նչ այլ տեղեկություն եք ստանալու մեզանից: .....	11
Ձեր Health Net Cal MediConnect Անդամի ID քարտը .....	11
Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրք .....	12
Ապահովագրված դեղերի ցանկ .....	13
Նպաստների բացատրություն .....	14
K. Ինչպե՞ս թարմ պահել ձեր անդամակցության արձանագրությունը: .....	14
Արդյո՞ք մենք գաղտնի ենք պահում ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները: .....	15

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 4



## A. Բարի գալուստ Health Net Cal MediConnect

Health Net Cal MediConnect-ը Cal MediConnect-ի ծրագիր է: Cal MediConnect ծրագիրը կազմակերպություն է, որը բաղկացած է բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարատև ծառայությունների ու աջակցության մատակարարներից, վարքագծային առողջության մատակարարներից և այլ մատակարարներից: Այն ունի նաև խնամքի համակարգողներ և խնամքի թիմեր՝ օգնելու ձեզ կառավարել ձեր բոլոր մատակարարներին և ծառայությունները: Նրանք աշխատում են բոլորը միասին՝ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը տրամադրելու համար:

Health Net Cal MediConnect-ը հաստատվել է Կալիֆորնիայի և Medicare ու Medicaid ծառայությունների կենտրոնների կողմից (անգլերեն հապավումը՝ CMS)՝ Cal MediConnect-ի շրջանակներում ձեզ ծառայություններ տրամադրելու համար:

Cal MediConnect-ը ցուցադրական ծրագիր է, որը վերահսկվում է միասնաբար Կալիֆորնիայի ու դաշնային կառավարության կողմից, որպեսզի ավելի լավ խնամք մատուցվի այն անձանց, ովքեր ունեն և Medicare, և Medi-Cal: Այս ցուցադրման ներքո, նահանգային ու դաշնային կառավարությունը ցանկանում է ստուգել նոր ուղիներ, որոնք կօգնեն բարելավել ձեզ մատուցվող Medicare և Medi-Cal ծառայությունների ստացումը:

### Փորձ, որին կարող եք վստահել

Դուք անդամագրվել եք վստահելի առողջապահական ծրագրի:

Health Net-ն օգնում է Medicare և Medi-Cal ունեցող ավելի քան մեկ միլիոն մարդկանց՝ ստանալ իրենց անհրաժեշտ ծառայությունները: Մենք իրականացնում ենք այս ամենը՝ առաջարկելով բարելավված հասանելիություն ձեր Medicare և Medi-Cal նպաստներին ու ծառայություններին, և շատ ավելին:

- Մենք հպարտ ենք մեր հաճախորդների գերազանց սպասարկմամբ: Մա ձեռք է բերվում՝ տրամադրելով կենտրոնացված, դրական և անհատականացված ուշադրություն ձեզ որպես մեր անդամ: Անդամների ծառայությունների բաժնի մեր վերապատրաստված անձնակազմը ձեզ չի սպասեցնի, միևնույն ժամանակ խոսելով մի քանի լեզուներով՝ առանց թարգմանչական ծառայությունների: Մենք ձեզ կտրամադրենք «կոնսիերժ» մակարդակի սպասարկում՝ օգնելով ձեզ նավարկել ձեր նպաստներով, ինչպես կանեինք այդ ամենը մեր սեփական ընտանիքի համար. այս ամենը կօգնի ձեզ ստանալ արագ պատասխաններ՝ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը ձեռք բերելու նպատակով:
- Մոտ 25 տարի մենք կառուցում ենք բժիշկների բարձրորակ ցանցեր: Մեր Cal MediConnect ցանցի բժիշկներն ու մասնագետներն աշխատում են միասին բժշկական խմբերում՝ ապահովելու ձեզ անհրաժեշտ խնամքի ստացումը, երբ դրա կարիքն ունեք:
- Ձեր համայնքը մեր համայնքն է: Մենք Հարավային Կալիֆորնիայում գտնվող կազմակերպություն ենք, և մեր աշխատողներն ապրում են ձեր կողքին: Մենք սատարում ենք մեր տեղային համայնքները հետևյալ կերպ՝
  - Առողջական գնումներ տեղային առողջապահական միջոցառումներին ու համայնքային կենտրոններում
  - Անվճար առողջապահական ուսումնական դասընթացներ

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## B. Ի՞նչ են Medicare-ը և Medi-Cal-ը:

### Medicare

Medicare-ը դաշնային առողջապահական ապահովագրության ծրագիր է՝

- 65 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար,
- 65 տարեկանից ցածր, որոշակի հաշմանդամություններ ունեցող մարդկանց համար, և
- Վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդություն (երիկամների աշխատանքի խանգարում) ունեցող անձանց համար:

### Medi-Cal

Medi-Cal-ը Կալիֆորնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը ղեկավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում նահանգային ու դաշնային կառավարության կողմից: Medi-Cal-ն օգնում է սահմանափակ եկամուտ ու ռեսուրսներ ունեցող մարդկանց վճարել Երկարատև ծառայություններ ու աջակցության (անգլերեն հապավումը՝ LTSS) և բժշկական ծախսերի համար: Այն ապահովագրում է լրացուցիչ ծառայություններ և դեղեր, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից:

Medicare-ը և Կալիֆորնիան հաստատել են Health Net Cal MediConnect ծրագիրը: Դուք կարող եք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայությունները մեր ծրագրի միջոցով, եթե.

- Մենք որոշում ենք առաջարկել ծրագիրը, և
- Medicare-ը և Կալիֆորնիան մեզ թույլատրում են առաջարկել այս ծրագիրը:

Նույնիսկ եթե մեր ծրագիրը դադարեցնի իր աշխատանքն ապագայում, այն չի ազդի Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունների ձեր իրավասության վրա:

## C. Որո՞նք են այս ծրագրի առավելությունները:

Դուք այժմ ստանալու եք ձեր բոլոր ապահովագրված Medicare-ի և Medi-Cal-ի ծառայությունները Health Net Cal MediConnect-ից, ներառյալ՝ դեղատոմսային դեղերը: Դուք չեք վճարելու հավելյալ գումար այս առողջապահական ծրագրին միանալու համար: Health Net Cal MediConnect-ը կօգնի ձեզ, որպեսզի ձեր Medicare-ի և Medi-Cal-ի նպաստներն ավելի լավ աշխատեն միմյանց հետ, ինչպես նաև ավելի լավ աշխատեն ձեզ համար: Որոշ առավելություններ ներառում են

- Դուք կունենաք խնամքի թիմ, որը դուք կօգնեք կազմավորել: Ձեր խնամքի թիմում կարող են լինել դուք, ձեր խնամատարը, բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ այլ առողջապահության մասնագետներ:
- Դուք կարող եք դիմել խնամքի համակարգողին: Սա այն անձն է, որն աշխատում է ձեր, Health Net Cal MediConnect-ի և ձեր խնամքի թիմի հետ, որպեսզի օգնի մշակել խնամքի ծրագիր:
- Դուք կկարողանաք կառավարել ձեր սեփական խնամքը՝ ձեր խնամքի թիմի ու խնամքի համակարգողի հետ միասին:
- Խնամքի թիմն ու խնամքի համակարգողը կաշխատեն ձեզ հետ խնամքի ծրագիր մշակելու համար, որը հատուկ ստեղծված է ձեր առողջական կարիքների համար: Խնամքի թիմը կօգնի համակարգել ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Սա նշանակում է, օրինակ՝

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- » Ձեր խնամքի թիւը կապահովի, որ ձեր բժիշկներն իմանան ձեր ընդունած բոլոր դեղերի մասին, որպեսզի համոզվեն, որ ճիշտ դեղեր եք ընդունում, ու որպեսզի ձեր բժիշկները կարողանան նվազեցնել դեղերից ձեր ունեցած հնարավոր կողմնակի ազդեցությունները:
- » Ձեր խնամքի թիւը կապահովի, որպեսզի ձեր անալիզների արդյունքներն ուղարկվեն ձեր բոլոր բժիշկներին ու այլ մատակարարներին, ինչպես հարկն է:

## D. Ո՞րն է Health Net Cal MediConnect-ի սպասարկման տարածքը:

Մեր սպասարկման տարածքն ընդգրկում է Կալիֆորնիայի այս վարչաշրջանը՝ Լոս Անջելես, բացառությամբ հետևյալ փոստային կոդի՝ 90704:

Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Health Net Cal MediConnect-ին:

Եթե դուք տեղափոխվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, դուք այլևս չեք կարող մասլ մեր ծրագրում: Դուք պետք է դիմեք ձեր տեղային վարչաշրջանի իրավասու աշխատողին՝

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	<p><u>Տեղային անվճար հեռախոսահամար՝</u> 1-877-597-4777</p> <p><u>Նահանգային անվճար հեռախոսահամար՝</u> 1-800-541-5555</p> <p>Այս գանգն անվճար է:</p> <p>Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, բացի տոնական օրերից:</p>
<b>TTY</b>	<p><u>Տեղային անվճար հեռախոսահամար՝</u> 1-800-660-4026</p> <p><u>Նահանգային TTY՝</u> 711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն)</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p>
<b>ԳՐԵՔ</b>	<p>Տեսեք ձեր հեռախոսային տեղեկատուի Սպիտակ էջերի ՇՐՋԱՆԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ հատվածը՝ սոցիալական ծառայությունների մտակա գրասենյակը գտնելու համար:</p>
<b>ԿԱՅՔ</b>	<p><a href="http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm">http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</a></p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## E. Ի՞նչն է ձեզ իրավասու դարձնում ծրագրի անդամ դառնալու համար:

Դուք իրավասու եք մեր ծրագրին անդամակցելու համար, քանի դեռ՝

- Դուք ապրում ենք մեր սպասարկման տարածքում, և
- Դուք 21 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի եք անդամագրման պահին, և
- Դուք ունեք և Medicare Ա մաս, և Medicare Բ մաս, և
- Ներկայումս իրավասու եք Medi-Cal-ի համար և ստանում եք Medi-Cal-ի լրիվ նպաստները, ներառյալ՝
  - Անհատներ, որոնք անդամագրված են Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրին (MSSP):
  - Անհատներ, որոնք համապատասխանում են ստորև նշված ծախսերի դրույթներին՝
    - Բուժքույրական հաստատության բնակիչները, որոնք ունեն արժեքի մասնաբաժին, և
    - MSSP անդամագրված անձինք, որոնք ունեն արժեքի մասնաբաժին:
- ԱՄՆ քաղաքացի եք կամ օրինականորեն գտնվում եք Միացյալ Նահանգներում:

Ձեր վարչաշրջանում կարող են լինեն իրավասության լրացուցիչ կանոններ: Զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին լրացուցիչ տեղեկության համար:

## F. Ինչ ակնկալել, երբ նոր եք միանում առողջապահական ծրագրին

Երբ դուք նոր եք միանում ծրագրին, դուք կանցնեք առողջության ռիսկերի գնահատում (անգլերեն հապավումը՝ HRA) 45-90 օրվա ընթացքում՝ կախված ձեր առողջության վիճակից (այսինքն՝ բարձր կամ ցածր ռիսկ):

Մեզանից պահանջվում է ձեզ համար HRA անցկացնել: HRA-ն այն հիմքն է, ըստ որի մենք մշակում ենք ձեր անհատական խնամքի ծրագիրը (անգլերեն հապավումը՝ ICP): HRA-ը բաղկացած է հարցերից, որոնք որոշում են ձեր բժշկական, LTSS, ինչպես նաև վարքագծային առողջության ու ֆունկցիոնալ կարիքները:

Մենք կապ կհաստատենք ձեզ հետ՝ HRA-ն անցկացնելու համար: HRA-ը կարող է անցկացվել անձնական այցելության ժամանակ, հեռախոսով կամ փոստով:

Մենք ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ կուղարկենք HRA-ի վերաբերյալ:

**Եթե Health Net Cal MediConnect-ը նոր է ձեզ համար**, դուք կարող եք դեռ շարունակել այցելել ձեր ներկա բժիշկներին որոշ ժամանակ: Դուք կարող եք պահպանել ձեր ներկա մատակարարներին և ծառայություններին լիազորություններն անդամագրումից հետո մինչև 12 ամիս, եթե համապատասխանում եք հետևյալ պայմաններին.

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- Դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր մատակարարը մեզ ուղղակիորեն խնդրում է, որ դուք շարունակեք այցելել ձեր ներկա մատակարարին:
- Մենք կարող ենք հաստատել, որ դուք գոյություն ունեցող փոխհարաբերություն ունեիք առաջնային կամ մասնագիտական խնամքի մատակարարի հետ, որոշ բացառություններով: Երբ մենք նշում ենք «գոյություն ունեցող փոխհարաբերություն», սա նշանակում է, որ դուք

այցելել եք արտացանցային մատակարարին առնվազն մեկ անգամ ոչ արտակարգ իրավիճակի համար Health Net Cal MediConnect-ին սկզբնական անդամագրվելուց առաջ 12 ամսվա ընթացքում:

- Մենք կորոշենք գոյություն ունեցող փոխհարաբերությունների առկայությունը՝ դիտարկելով ձեր առողջական տեղեկությունները, որոնք հասանելի են մեզ կամ տրամադրվել են ձեր կողմից:
- Մենք կպատասխանենք ձեր խնդրանքին 30 օրվա ընթացքում: Դուք կարող եք նաև խնդրել մեզ ավելի արագ որոշում կայացնել, և մենք կպատասխանենք 15 օրվա ընթացքում:
- Դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է գոյություն ունեցող փոխհարաբերությունն ապացուցող փաստաթղթեր ներկայացնեք և համաձայնվեք որոշակի պայմանների հետ, երբ կատարում եք այս խնդրանքը:

➔ **Խնդրում ենք նկատի ունենալ.** Այս խնդրանքը չի կարող իրականացվել Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորման (անգլերեն հապավումը՝ DME) մատակարարների, փոխադրամիջոցների, այլ օժանդակ ծառայությունների կամ Cal MediConnect-ում չընդգրկված ծառայությունների համար:

Խնամքի շարունակականության ժամանակահատվածի ավարտից հետո, դուք պետք է այցելեք Health Net Cal MediConnect-ի ցանցի բժիշկներին և այլ մատակարարներին, որոնք աշխատում են ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի բժշկական խմբի հետ, եթե իհարկե մենք պայմանագիր չենք կնքում արտացանցային ձեր բժշկի հետ: Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Երբ անդամագրվեք մեր ծրագրին, դուք կընտրեք պայմանագիր կնքած բժշկական խումբ մեր ցանցից: Դուք նաև PCP կընտրեք այս պայմանագիր կնքած բժշկական խմբից: Եթե բժշկական խումբ և պայմանագիր կնքած PCP չեք ընտրում, ապա մենք կնշանակենք որևէ մեկին ձեզ համար: Տեսեք Գլուխ 3-ը՝ խնամք ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## G. Ի՞նչ է խնամքի թիմը և խնամքի ծրագիրը:

### Խնամքի թիմ

Ձեզ անհրաժեշտ խնամքը ստանալու համար օգնության կարիք ունե՞ք: Խնամքի թիմը կարող է օգնել ձեզ: Խնամքի թիմը կարող է ներառել ձեր բժշկին, խնամքի համակարգողին կամ ձեր ընտրած առողջապահական ոլորտի այլ անձի: Խնամքի համակարգողն այն անձ է, որը հատուկ վերապատրաստում է անցել, որպեսզի օգնի կառավարել ձեզ անհրաժեշտ խնամքը: Դուք խնամքի համակարգող կստանաք, երբ անդամագրվեք Health Net Cal MediConnect: Այս անձը նաև կուղղորդի ձեզ դեպի համայնքային միջոցներ, եթե Health Net Cal MediConnect-ը չի տրամադրում ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունները: Կարող եք զանգահարել մեզ՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711)՝ խոսելու խնամքի թիմի հետ, ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Չանգն անվճար է: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:

### Խնամքի ծրագիր

Խնամքի թիմը կաշխատի ձեզ հետ՝ մշակելու խնամքի ծրագիրը: Խնամքի ծրագիրը տեղեկացնում է ձեզ և ձեր բժիշկներին, թե ինչ ծառայություններ են ձեզ հարկավոր, և ինչպես եք դուք ստանալու դրանք: Այն ներառում է ձեր բժշկական, վարքագծային առողջության և LTSS կարիքները: Ձեր խնամքի ծրագիրը կազմվում է հատուկ ձեր և ձեր կարիքների համար:

Ձեր խնամքի ծրագիրը ներառում է՝

- Ձեր առողջական խնամքի նպատակները:
- Ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունների ստացման ժամանակացույցը:

Ձեր առողջության ռիսկերի գնահատումից հետո, ձեր խնամքի թիմը կհանդիպի ձեզ հետ: Նրանք կգրուցեն ձեզ հետ՝ անհրաժեշտ ծառայությունների մասին: Նրանք կարող են նաև պատմել այն ծառայությունների մասին, որոնք, հնարավոր է, ցանկանաք ստանալ: Ձեր խնամքի ծրագիրը հիմնվելու է ձեր կարիքների վրա: Առնվազն ամեն տարի ձեր խնամքի թիմը կաշխատի ձեզ հետ՝ ձեր խնամքի ծրագիրը թարմացնելու համար:

## H. Health Net Cal MediConnect-ն ունի արդյո՞ք ծրագրի ամսական հավելավճար:

Ոչ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## I. Անդամների տեղեկագրի մասին

Անդամների տեղեկագիրքը ձեզ հետ ունեցած մեր պայմանագրի մի մասն է: Սա նշանակում է, որ մենք պետք է հետևենք այս փաստաթղթի բոլոր կանոններին: Եթե կարծում եք, որ մենք որևէ բան ենք արել, որը հակասում է այս կանոններին, ապա կարող եք բողոքարկել կամ վիճարկել մեր գործողությունը: Բողոքարկման մասին տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 9-ը կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով:

Պայմանագիրն ուժի մեջ է այն ամիսների ընթացքում, որոնց ժամանակ դուք անդամագրված եք Health Net Cal MediConnect-ին՝ 2018 թ. հունվարի 1-ից մինչև 2018 թ. դեկտեմբերի 31-ը:

## J. Ի՞նչ այլ տեղեկություն եք ստանալու մեզանից:

Դուք պետք է արդեն ստացած լինեիք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամի ID քարտը, Մատակարարների ու դեղատների հասցեագիրքը մատչելի տեղեկություններ և Ապահովագրված դեղերի ցուցակը:

### Ձեր Health Net Cal MediConnect Անդամի ID քարտը

Մեր ծրագրի շրջանակներում դուք կունենաք մեկ քարտ ձեր Medicare ու Medi-Cal ծառայությունների համար, ներառյալ՝ երկարատև ծառայությունների և աջակցության, որոշ վարքագծային առողջության ծառայությունների ու դեղատոմսերի համար: Դուք պետք է ցույց տաք այս քարտը ծառայություններ կամ դեղատոմսեր ստանալիս: Ստորև քարտի նմուշ է, որպեսզի տեսնեք, թե ինչպիսի տեսք է ունենալու ձերը:



Քանի դեռ դուք հանդիսանում եք մեր ծրագրի անդամ, կարիք չկա օգտագործելու ձեր կարմիր, սպիտակ և կապույտ Medicare քարտը կամ Medi-Cal քարտը Cal MediConnect ծառայություններ ստանալու համար: Պահեք այդ քարտերն ապահով տեղում, եթե հետագայում դրանք ձեզ պետք լինեն: Եթե ցույց տաք ձեր Medicare քարտը Health Net Cal MediConnect Անդամի ID քարտի փոխարեն, մատակարարը կարող է մեր ծրագրի փոխարեն հաշիվ ուղարկել Medicare-ին և հնարավոր է դուք նույնպես հաշիվ կստանաք: Տեսեք Գլուխ 7-ը, թե ինչ է պետք անել, եթե հաշիվ ստանաք մատակարարից:

Եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Խնդրում ենք հիշել, որ մասնագիտական հոգեկան առողջության ծառայությունների համար, որոնք դուք կարող եք ստանալ ձեր վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության ծրագրից (անգլերեն հապավումը՝ MHP), պետք է օգտագործեք ձեր Medi-Cal քարտն այդ ծառայություններից օգտվելու համար:

## Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրք

*Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը* թվարկում է Health Net Cal MediConnect-ի ցանցի մատակարարներին և դեղատները: Քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք, պետք է օգտվեք ցանցի մատակարարներից՝ ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար: Կան որոշակի բացառություններ, երբ նոր եք միանում մեր ծրագրին (տեսեք էջ 8-ը):

- ➔ Դուք կարող եք խնդրել տարեկան *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*՝ զանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Կարող եք նաև կարդալ *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը* [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) հղումով կամ ներբեռնել այլ մեր կայքից:

Եվ Անդամների ծառայությունների բաժինը, և կայքը կարող են տալ ձեզ ամենաթարմ տեղեկությունը մեր ցանցի մատակարարների և դեղատների փոփոխությունների մասին: Այս հասցեագիրքը թվարկում է առողջական խնամքի մասնագետներ (ինչպիսիք են բժիշկները, մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բուժքույրերը և հոգեբանները), հաստատություններ (ինչպիսիք են հիվանդանոցները կամ կլինիկաները) և աջակից մատակարարներ (ինչպիսիք են Չափահասների ցերեկային առողջության և Տնային առողջության մատակարարները), որոնց կարող եք այցելել որպես Health Net Cal MediConnect-ի անդամ: Մենք նաև թվարկում ենք այն դեղատները, որոնցից կարող եք օգտվել ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու համար: Հասցեագրքում թվարկված դեղատները ներառում են մանրածախ, փոստով առաքվող, տնային պայմաններում ներարկելի, երկարաժամկետ խնամքի միջոցներ (անգլերեն հապավում՝ LTC):

### Ի՞նչ են «ցանցի մատակարարները»:

- Մեր ցանցի մատակարարները ներառում են՝
  - Բժիշկներ, բուժքույրեր և այլ առողջական խնամքի մասնագետներ, որոնց կարող եք այցելել որպես մեր ծրագրի անդամ:
  - Կլինիկաներ, հիվանդանոցներ, բուժքույրական հաստատություններ և այլ վայրեր, որոնք տրամադրում են առողջապահական ծառայություններ մեր ծրագրում
  - LTSS, վարքագծային առողջության ծառայություններ, տնային առողջապահության գործակալություններ, տնական օգտագործման բժշկական սարքավորման մատակարարներ և այլոք, ովքեր տրամադրում են ապրանքներ ու ծառայություններ, որոնք ստանում եք Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ցանցի մատակարարները համաձայնվել են մեր ծրագրից ապահովագրված ծառայությունների համար վճարումներ ընդունել՝ որպես լրիվ վճարում:
- **Խնդրում ենք նկատի ունենալ.** Տնային աջակցության ծառայությունների (անգլերեն հապավումը՝ IHSS) մատակարարները ցանցի մաս չեն կազմում: Դուք միշտ կարող եք ընտրել IHSS-ի ցանկացած որակյալ մատակարարներ:

### **Ի՞նչ են «ցանցի դեղատները»:**

- Ցանցի դեղատները՝ դեղատներ են (դեղերի խանութներ), որոնք համաձայնվել են դեղատոմսեր լցնել մեր ծրագրի անդամների համար: Օգտվեք *Մատակարարների և դեղատների* հասցեագրքից, որպեսզի գտնեք ցանցի դեղատուն, որից կցանկանայիք օգտվել:
- Բացի արտակարգ իրավիճակներից, դուք *պետք է* լցնեք ձեր դեղատոմսերը մեր ցանցի դեղատներից մեկում, եթե ցանկանում եք, որ մեր ծրագիրն օգնի ձեզ վճարել դրանց համար:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Եվ Անդամների ծառայությունների բաժինը, և Health Net Cal MediConnect-ի կայքը կարող են տալ ձեզ ամենաթարմ տեղեկությունը մեր ցանցի դեղատների և մատակարարների փոփոխությունների մասին:

## **Ապահովագրված դեղերի ցանկ**

Ծրագիրն ունի Ապահովագրված դեղերի ցանկ: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցանկ»: Ցանկը տեղեկացնում է, թե որ դեղատոմսային դեղերն են ապահովագրվում Health Net Cal MediConnect-ի կողմից:

Դեղերի ցանկը նաև տեղեկացնում է ձեզ՝ արդյոք կան որևէ կանոններ կամ սահմանափակումներ որոշակի դեղերի համար, օրինակ՝ քանակի սահմանափակում: Այս կանոնների և սահմանափակումների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 5-ը:

Ամեն տարի մենք ձեզ կուղարկենք Դեղերի ցանկի պատճենը, սակայն որոշ փոփոխություններ կարող են տեղի ունենալ տարվա ընթացքում: Ապահովագրված դեղերի մասին ամենաթարմ տեղեկությունները ստանալու համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք կամ զանգահարեք 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### Նպաստների բացատրություն

Երբ դուք օգտագործում եք ձեր Դ մասի դեղատոմսային դեղերի նպաստները, մենք ձեզ ուղարկում ենք ամփոփ զեկույց, որպեսզի օգնենք ձեզ հասկանալ ու հետևել ձեր Դ մասի դեղատոմսային դեղերի համար արված վճարումները: Ամփոփ զեկույցը կոչվում է *Նպաստների բացատրություն* (անգլերեն հապավումը՝ EOB):

Նպաստների բացատրությունը ներկայացնում է ձեզ Դ մասի դեղատոմսային դեղերի համար յուրաքանչյուր ամիս ձեր կամ ձեր անունից որևէ մեկի կողմից ծախսած ընդհանուր գումարը և ձեր Դ մասի դեղատոմսային դեղերի համար մեր կողմից վճարված ընդհանուր գումարը: Գլուխ 6-ը մանրամասն ներկայացնում է *Նպաստների բացատրությունը* և ինչպես այն կարող է օգնել հետևելու ձեր դեղերի ապահովագրությանը:

*Նպաստների բացատրության* ամփոփագիրը նաև մատչելի է պահանջի դեպքում: Պատճենը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

---

## Կ. Ինչպե՞ս թարմ պահել ձեր անդամակցության արձանագրությունը:

---

Դուք կարող եք թարմ պահել ձեր անդամակցության արձանագրությունը՝ տեղեկացնելով մեզ, երբ փոխվում են ձեր տվյալները:

Ծրագրի ցանցի մատակարարներն ու դեղատները պետք է ճիշտ տվյալներ ունենան ձեր մասին: **Նրանք օգտագործում են ձեր անդամակցության արձանագրությունը, որպեսզի իմանան, թե ինչ ծառայություններ ու դեղեր եք ստանում և որքան արժեն դրանք ձեզ համար:** Այդ պատճառով շատ կարևոր է, որպեսզի օգնեք մեզ թարմ պահել ձեր տվյալները:

Տեղեկացրեք մեզ հետևյալի մասին՝

- Եթե փոփոխվում է ձեր անունը, հասցեն կամ հեռախոսահամարը:
- Եթե փոփոխվում է ձեր ունեցած որևէ այլ առողջապահական ապահովագրությունը, ինչպես օրինակ՝ ձեր գործատուի, ձեր ամուսնու գործատուի կամ աշխատավորների հատուցումը:
- Եթե ունեք պատասխանատվության որևէ հայցեր, օրինակ՝ ավտոմեքենայի վթարի հայցեր:
- Եթե ընդունվել եք ծերանոց կամ հիվանդանոց:
- Եթե խնամք եք ստանում հիվանդանոցում կամ արտակարգ իրավիճակի սենյակում:
- Եթե ձեր խնամակալը կամ ձեզ համար որևէ պատասխանատու անձ փոխվում է:
- Եթե մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե փոխվում են որևէ տվյալներ, խնդրում ենք տեղեկացնել մեզ՝ զանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է:

Կարող եք նաև փոխել ձեր հասցեն և/կամ հեռախոսահամարը՝ այցելելով մեր [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:

### **Արդյո՞ք մենք գաղտնի ենք պահում ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները:**

Այո: Նահանգային ու դաշնային օրենքները պահանջում են, որ մենք գաղտնի պահենք ձեր բժշկական արձանագրություններն ու անձնական առողջական տեղեկությունները: Մենք պաշտպանում ենք ձեր առողջական տեղեկությունները: Ձեր անձնական առողջական տեղեկությունների պաշտպանության մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 11-ը:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



## Գլուխ 2. Կարևոր հեռախոսահամարներ և միջոցներ

### Բովանդակություն

**A. Ինչպե՞ս կապ հաստատել Health Net Cal MediConnect ծրագրի (Medicare-Medicaid ծրագիր) Անդամների ծառայությունների բաժնի հետ** ..... 18

Դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժնի հետևյալի վերաբերյալ. .... 18

- Հարցեր ծրագրի մասին ..... 18
- Հարցեր հայցերի, հաշիվների կամ Անդամի ID քարտի մասին ..... 18
- Ապահովագրության որոշումներ ձեր առողջական խնամքի մասին ..... 18
- Բողոքարկումներ ձեր առողջական խնամքի մասին ..... 19
- Գանգատներ ձեր առողջական խնամքի մասին ..... 19
- Ապահովագրության որոշումներ ձեր դեղերի մասին..... 19
- Ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին ապահովագրության որոշումների վերաբերյալ մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը: ..... 20
- Բողոքարկումներ ձեր դեղերի մասին ..... 20
- Գանգատներ ձեր դեղերի մասին ..... 20
- Վճարումներ առողջական խնամքի կամ դեղերի համար, որոնց համար արդեն վճարել եք ..... 20

**B. Ինչպե՞ս կապ հաստատել ձեր Խնամքի համակարգողի հետ** ..... 21

Կապ հաստատեք ձեր Խնամքի համակարգողի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 22

- Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին ..... 22
- Հարցեր վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն ու թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայություններ ստանալու մասին ..... 22
- Հարցեր փոխադրամիջոցների մասին ..... 22
- Հարցեր Երկարատև ծառայությունների և աջակցության մասին (LTSS) ..... 22

**C. Ինչպե՞ս կապ հաստատել Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի հետ** ..... 24

Կապ հաստատեք Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 25

- Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին ..... 25
- Մատչելի 24/7՝ Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծը տրամադրում է անհապաղ կլինիկական աջակցություն առօրյա առողջական խնդիրների ու հարցերի վերաբերյալ: Բույքույրերը կարող են օգնել զանգահարողներին հետևյալ հարցերում՝ ..... 25

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- թեթև փաստաթղթերի և հիվանդությունների բուժում, .....25
- առողջության գնահատում արտակարգ իրավիճակներում, .....25
- D. Ինչպես կապ հաստատել Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծի հետ ..... 25**
  - Կապ հաստատեք Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 26
    - Հարցեր Վարքագծային առողջության և թմրանյութերի չարաշահման ծառայությունների մասին .....26
- E. Ինչպես կապ հաստատել Առողջական ապահովագրության խորհրդակցության և պաշտպանության ծրագրի հետ (HICAP) ..... 26**
  - Կապ հաստատեք HICAP-ի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 27
    - Հարցեր ձեր Cal MediConnect ծրագրի մասին .....27
- F. Ինչպես կապ հաստատել Որակի բարելավման կազմակերպության (QIO) հետ ..... 27**
  - Կապ հաստատեք Livanta-ի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 28
    - Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին.....28
- G. Ինչպես կապ հաստատել Medicare-ի հետ ..... 28**
- H. Ինչպես կապ հաստատել Medi-Cal-ի Առողջական խնամքի տարբերակների հետ ..... 30**
- I. Ինչպես կապ հաստատել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ ..... 31**
- J. Ինչպես կապ հաստատել Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների հետ ..... 32**
- K. Ինչպես կապ հաստատել ձեր Վարչաշրջանի Մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ ..... 32**
  - Կապ հաստատեք վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ հետևյալի վերաբերյալ. .... 33
    - Վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող Վարքագծային առողջության ծառայությունների հետ կապված հարցեր .....33
- L. Ինչպես կապ հաստատել Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի հետ ..... 33**
- M. Այլ միջոցներ ..... 34**

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 17



## A. Ինչպե՞ս կապ հաստատել Health Net Cal MediConnect ծրագրի (Medicare-Medicaid ծրագիր) Անդամների ծառայությունների բաժնի հետ

<b>ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-855-464-3571  Ձեզ հետ պատրաստ է խոսել կենդանի անձ երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Նշված ժամերից հետո կարող եք հաղորդագրություն թողնել, ներառյալ՝ շաբաթ, կիրակի և դաշնային տոնական օրերին: Ձեզ հետ կգանգահարենք հաջորդ աշխատանքային օրը:  Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
<b>TTY</b>	711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն): Այս զանգն անվճար է:  Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:  Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Նշված ժամերից հետո կարող եք հաղորդագրություն թողնել, ներառյալ՝ շաբաթ, կիրակի և դաշնային տոնական օրերին:
<b>ՖԱՔՍ</b>	1-800-281-2999 կամ 1-866-461-6876
<b>ԳՐԵՔ</b>	Health Net Community Solutions, Inc.  PO Box 10422  Van Nuys, CA 91410-0422
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://www.healthnet.com/calmediconnect">www.healthnet.com/calmediconnect</a>

### Դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժին հետևյալի վերաբերյալ.

- Հարցեր ծրագրի մասին
- Հարցեր հայցերի, հաշիվների կամ Անդամի ID քարտի մասին
- Ապահովագրության որոշումներ ձեր առողջական խնամքի մասին

Ձեր առողջական խնամքի մասին ապահովագրության որոշումը, դա որոշում է՝

- » Ձեր նպաստների և ապահովագրված ծառայությունների մասին, **կամ**
- » Ձեր առողջական ծառայությունների համար մեր վճարված գումարի մասին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարենք հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Զանգահարեք մեզ, եթե հարցեր ունեք ձեր առողջական խնամքի մասին ապահովագրության որոշման վերաբերյալ:

➔ Ապահովագրության որոշումների մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

#### ■ Բողոքարկումներ ձեր առողջական խնամքի մասին

*Բողոքարկումը* պաշտոնական միջոց է, որով խնդրում եք վերանայել որոշումը, որը մենք կայացրել ենք ձեր ապահովագրության մասին, և խնդրում եք փոխել այն, եթե կարծում եք, որ սխալ ենք թույլ տվել:

➔ Բողոքարկում ներկայացնելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

#### ■ Գանգատներ ձեր առողջական խնամքի մասին

Դուք կարող եք բողոք ներկայացնել մեր կամ ցանկացած մատակարարի մասին (ներառյալ՝ արտացանցային կամ ցանցի մատակարարի մասին): Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Դուք նաև կարող եք մեզ կամ Որակի բարելավման կազմակերպությանը գանգատ ներկայացնել ստացված խնամքի որակի մասին (տեսեք Մաս F-ը ստորև):

➔ Կարող եք գանգահարել մեզ ու բացատրել ձեր գանգատը: Զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711, ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

➔ Եթե ձեր գանգատը ձեր առողջական խնամքի ապահովագրության որոշման մասին է, ապա կարող եք բողոքարկում ներկայացնել (տեսեք վերոնշյալ մասը):

➔ Դուք կարող եք Medicare-ին Health Net Cal MediConnect-ի դեմ գանգատ ներկայացնել: Կարող եք օգտվել առցանց ձևաթղթից՝ <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>: Կամ կարող եք գանգահարել 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով (1-800-633-4227) օգնություն խնդրելու համար:

➔ Դուք կարող եք Cal MediConnect Ombuds ծրագրին գանգատ ներկայացնել Health Net Cal MediConnect-ի մասին՝ գանգահարելով 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով (TTY: 1-855-847-7914):

➔ Առողջական խնամքի մասին գանգատ ներկայացնելու մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

#### ■ Ապահովագրության որոշումներ ձեր դեղերի մասին

Ձեր դեղերի մասին ապահովագրության որոշումը, դա որոշում է՝

» Ձեր նպաստների և ապահովագրված դեղերի մասին, **կամ**

» Գումարի մասին, որը մենք կվճարենք ձեր դեղերի համար:

Սա կիրառելի է ձեր Դ մասի դեղերի, Medi-Cal դեղատոմսային դեղերի ու Medi-Cal առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերի համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին ապահովագրության որոշումների վերաբերյալ մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

- **Բողոքարկումներ ձեր դեղերի մասին**

*Բողոքարկումը* միջոց է, որով դուք խնդրում եք փոխել ապահովագրության որոշումը:

Ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին հեռախոսով բողոքարկելու մանրամասների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

- ➔ Ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին բողոքարկելու մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

- **Գանգատներ ձեր դեղերի մասին**

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել մեր կամ ցանկացած դեղատան մասին: Սա ներառում է գանգատներ ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին:

Եթե ձեր գանգատը ձեր դեղատոմսային դեղերի ապահովագրության որոշման մասին է, ապա կարող եք բողոքարկել: (*Տեսեք վերոնշյալ մասը*):

Դուք կարող եք Medicare-ին Health Net Cal MediConnect-ի դեմ գանգատ ներկայացնել: Դուք կարող եք օգտվել առցանց ձևաթղթից՝ <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>: Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE հեռախոսահամարով (1-800-633-4227)՝ օգնություն խնդրելու համար:

- ➔ Ձեր դեղատոմսային դեղերի մասին գանգատ ներկայացնելու մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

- **Վճարումներ առողջական խնամքի կամ դեղերի համար, որոնց համար արդեն վճարել եք**

Տեսեք Գլուխ 7-ը՝ տեղեկանալու, թե ինչպես կարող եք խնդրել ձեզ հետ վճարել կամ վճարել ձեր ստացված հաշվի համար:

- ➔ Եթե դուք խնդրեք վճարել հաշիվը, իսկ մենք մերժենք ձեր հայցի որևէ մասը, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Տեսեք Գլուխ 9-ը բողոքարկման վերաբերյալ մանրամասների համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## B. Ինչպես կապ հաստատել ձեր Խնամքի համակարգողի հետ

Խնամքի համակարգողն այն հիմնական անձն է, որն աշխատում է ձեր, առողջապահական ծրագրի ու ձեր խնամքի մատակարարների հետ՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ առողջական խնամքը: Երբ դառնաք ծրագրի անդամ, ձեզ խնամքի համակարգող կնշանակեն:

Անդամների ծառայությունների բաժինը կտեղեկացնի, թե ինչպես կարող եք կապ հաստատել ձեր խնամքի համակարգողի հետ: Խնամքի համակարգողն օգնում է կազմակերպել առողջական խնամքի ծառայությունները, որոնք համապատասխանում են ձեր առողջական խնամքի կարիքներին: Նա աշխատում է ձեզ հետ՝ ձեր խնամքի ծրագիրը կազմելու համար: Նա օգնում է որոշել՝ ով է լինելու ձեր խնամքի թիմում: Ձեր խնամքի համակարգողը տեղեկություններ է տրամադրում, որոնք անհրաժեշտ են ձեր առողջական խնամքը կառավարելու համար: Սա նաև կօգնի ձեզ համար ճիշտ ընտրություններ կատարել: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու համար, կարող եք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին:

Եթե ցանկանում եք փոխել ձեր խնամքի համակարգողին կամ լրացուցիչ հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել ստորև նշված հեռախոսահամարով:

Կարող եք նաև զանգահարել ձեր խնամքի համակարգողին՝ նախքան նա կապ կհաստատի ձեզ հետ: Զանգահարեք ստորև նշված հեռախոսահամարով և խնդրեք խոսել ձեր խնամքի համակարգողի հետ:

<p><b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b></p>	<p>1-855-464-3571: Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Այլ ժամանակ կարող եք հաղորդագրություն թողնել, ներառյալ՝ շաբաթ, կիրակի և դաշնային տոն օրերին:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն): Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p> <p>Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը: Այլ ժամանակ կարող եք հաղորդագրություն թողնել, ներառյալ՝ շաբաթ, կիրակի և դաշնային տոն օրերին:</p>
<p><b>ԳՐԵՔ</b></p>	<p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Կապ հաստատեք ձեր Խնամքի համակարգողի հետ հետևյալի վերաբերյալ.

- **Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին**
- **Հարցեր վարքագծային առողջության (հոգեկան առողջություն ու թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայություններ ստանալու մասին**
- **Հարցեր փոխադրամիջոցների մասին**
- **Հարցեր Երկարատև ծառայությունների և աջակցության մասին (LTSS)**

LTSS-ը ներառում է՝ Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS), Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP) և Բուժքույրական հաստատություններ (NF):

Երբեմն դուք կարող եք օգնություն ստանալ ձեր առօրյա առողջական խնամքի ու ապրուստի կարիքների համար: Հնարավոր է, որ ստանաք այս ծառայությունները

- » Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS)
- » Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)
- » Հմուտ բուժքույրական խնամք,
- » Ֆիզիկական թերապիա,
- » Աշխատանքային բուժում,
- » Խոսքի թերապիա,
- » Բժշկական սոցիալական ծառայություններ, և
- » Տնային առողջապահական խնամք:

## Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS).

Կարող են իրավասու լինել Medi-Cal անդամները, որոնք ֆիզիկական, հոգեկան կամ սոցիալական խանգարում ունեն 18 տարեկանից հետո, և ովքեր կարող են օգուտ ստանալ Չափահասների համայնքահեն ծառայություններից (CBAS): Իրավասու անդամները պետք է համապատասխանեն հետևյալ չափանիշներից մեկին՝

- Կարիքներ, որոնք այնքան էական են, որ համապատասխանում են ձերանոցի A մակարդակի (NF-A) կամ ավել խնամքին
- Միջինից մինչև սաստիկ ճանաչողական հաշմանդամություն, այդ թվում՝ միջինից մինչև սաստիկ Ալցհայմերի հիվանդություն կամ այլ թուլամտություն
- Զարգացման հաշմանդամություն

Միջինից ծանր ճանաչողական հաշմանդամություն, այդ թվում՝ Ալցհայմերի հիվանդություն կամ այլ թուլամտություն, և վերահսկողության անհրաժեշտություն հետևյալից առնվազն երկու գործունեության կատարելիս

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Լոդանալ
- Շահանգ
- Ուտել
- Դեղորայքի կառավարում
- Մանհանգույցից օգտվել
- Տեղաշարժվել
- Տեղափոխվել
- Հիգիենա

Քրոնիկ հոգեկան հիվանդություն կամ ուղեղի փասվածք, և վերահսկողության անհրաժեշտություն հետևյալից առնվազն երկու գործունեության կատարելիս

- Լոդանալ
- Շահանգ
- Ուտել
- Մանհանգույցից օգտվել
- Տեղաշարժվել
- Տեղափոխվել

Դեղորայքի տնօրինում, կամ վերահսկողության կամ օգնության անհրաժեշտություն վերոնշյալ ցուցակից որևէ մեկ գործունեություն կատարելիս և հետևյալից որևէ մեկի համար

- Հիգիենա
- Դրամի կառավարում
- Միջոցների օգտագործում
- Սննդի պատրաստում
- Փոխադրում
- Ողջամիտ ակնկալիք, որ կանխարգելիչ ծառայությունները կպահպանեն կամ կբարելավեն գործառույթի ներկա մակարդակը (օրինակ՝ փասվածքի կամ վարակի պատճառով գոյացած ուղեղի փասվածքի դեպքերում)
- Հետագա վատթարացման մեծ հնարավորություն և հնարավոր ինստիտուցիոնալացում, եթե CBAS չորամադրվի (օրինակ՝ ուղեղի ուռուցքի կամ ՄԻԱՎ-ից գոյացած թուլամտության դեպքերում)

**Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP).**

Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրի (MSSP) համար որակավորվելու համար Medi-Cal անդամները պետք է համապատասխանեն բոլոր հետևյալ չափանիշներին

- Լինեն 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի
- Կարողանան վկայագրվել Հնուտ բուժքույրական հաստատություն տեղափոխվելու (SNF) համար
- Ապրեն MSSP վայր ունեցող վարչաշրջանում և լինեն այդ վայրի սպասարկման տարածքի սահմաններում
- Համապատասխանեն խնամքի կառավարման ծառայություններին
- Կարողանան սպասարկվել MSSP-ի ծախսերի սահմանափակումների շրջանակներում

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Բուժքույրական հաստատություններ (NF).**

Անդամներից պետք է պահանջվի 24-ժամվա կարճաժամկետ կամ երկարաժամկետ բժշկական խնամք, ինչպես նշանակվել է բժշկի կողմից, որպեսզի նրանք որակավորվեն Երկարատև խնամքի (LTC) կամ Հմուտ բուժքույրական հաստատության համար (SNF):

**C. Ինչպես կապ հաստատել Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի հետ**

Health Net Cal MediConnect-ի Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծը ծառայություն է, որն առաջարկում է անվճար հեռախոսային խորհրդատվություն և բուժքրոջ խորհուրդ վերապատրաստված կլինիկական մասնագետների կողմից, որոնք մատչելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծը տրամադրում է իրական ժամանակում անցկացվող առողջական խնամքի գնահատում, որպեսզի օգնեն անդամին՝ որոշելու իրեն այդ պահին անհրաժեշտ խնամքի մակարդակը: Բուժքույրը տրամադրում է անհատական խորհրդատվություն, պատասխանում առողջական հարցերին և տրամադրում է ախտանիշների կառավարման աջակցություն, ինչն օգնում է անդամներին վստահ ու համապատասխան որոշումներ կայացնել իրենց խնամքի ու բուժման մասին: Անդամները կարող են կապ հաստատել բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի հետ՝ զանգահարելով Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին իրենց Անդամ ID քարտի հակառակ կողմում նշված հեռախոսահամարով:

<p><b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b></p>	<p>1-855-464-3571</p> <p>Այս զանգն անվճար է: Խորհրդատվություն և բուժքրոջ խորհուրդ՝ վերապատրաստված կլինիկական մասնագետներից, որոնք մատչելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>TTY՝ 711</p> <p>Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p> <p>Խորհրդատվություն և բուժքրոջ խորհուրդ՝ վերապատրաստված կլինիկական մասնագետներից, որոնք մատչելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 24





**Կապ հաստատեք Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագծի հետ հետևյալի վերաբերյալ.**

- **Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին**
- **Մատչելի 24/7՝ Բուժքույրերի խորհրդատվական հեռախոսագիծը տրամադրում է անհապաղ կլինիկական աջակցություն առօրյա առողջական խնդիրների ու հարցերի վերաբերյալ: Բույքույրերը կարող են օգնել զանգահարողներին հետևյալ հարցերում՝**
  - թեթև վնասվածքների և հիվանդությունների բուժում,
  - առողջության գնահատում արտակարգ իրավիճակներում,
  - համապատասխան որոշումների կայացում առողջական խնամքի և բուժման մասին
- **Անհատական խորհրդատվություններ՝ վերապատրաստված կլինիկական մասնագետի հետ: Մեր բոլոր 24-ժամյա կլինիկական մասնագետներն ունեն փորձ ու գիտելիքներ, որպեսզի ձեզ օգնեն ձեր հիմնական մտահոգության ժամանակ՝ մինչդեռ ուսումնասիրելով և հասցեագրելով մի շարք խնդիրներ, որոնք կարող են կապված լինել կամ բարդացնել այն:**
- **Պատասխաններ առողջական հարցերին՝ օրը 24 ժամ: Մակայն, կյանքին սպառնացող իրավիճակում միշտ զանգահարեք 9-1-1 կամ անմիջապես արտակարգ իրավիճակների սենյակ այցելեք:**

**D. Ինչպես կապ հաստատել Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծի հետ**

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	<p>1-855-464-3571: Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Վարքագծային առողջության հավաստագրված կլինիկական մասնագետները մատչելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p> <p>Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:</p>
<b>TTY</b>	<p>711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն): Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p> <p>Վարքագծային առողջության հավաստագրված կլինիկական մասնագետները մատչելի են օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Կապ հաստատեք Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծի հետ հետևյալի վերաբերյալ.**

- **Հարցեր Վարքագծային առողջության և թմրանյութերի չարաշահման ծառայությունների մասին**

Health Net Cal MediConnect-ը ձեզ տրամադրում է շուրջօրյա բժշկական տեղեկություն և խորհուրդներ: Ձանգահարելուց հետո մեր Վարքագծային առողջության մասնագետները կպատասխանեն ձեր բարեկեցությանը վերաբերվող հարցերին: Եթե դուք անհապաղ առողջական խնդիր ունեք, որը սակայն արտակարգ իրավիճակ չէ, կարող եք զանգահարել մեր Վարքագծային առողջության ճգնաժամային գծով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր՝ վարքագծային առողջությանն առնչվող կլինիկական հարցերի վերաբերյալ:

Ձեր վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծառայությունների համար տեսեք էջ 33-ը:

**E. Ինչպես կապ հաստատել Առողջական ապահովագրության խորհրդակցության և պաշտպանության ծրագրի հետ (HICAP)**

Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիրը (անգլերեն հապավում՝ HICAP) առողջապահական ապահովագրության անվճար խորհրդատվություն է տալիս Medicare ունեցող մարդկանց: HICAP խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ՝ ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ ամեն վարչաշրջանում, և այդ ծառայություններն անվճար են:

HICAP-ը կապված չէ որևէ ապահովագրության ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:

<b>ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-213-383-4519 Լոս Անջելես վարչաշրջանում՝ 1-800-824-0780 Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը:
<b>TTY</b>	Լոս Անջելես վարչաշրջանում՝ 1-213-251-7920 Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:
<b>ԳՐԵՔ</b>	HICAP 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/</a>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Կապ հաստատեք HICAP-ի հետ հետևյալի վերաբերյալ.**

▪ **Հարցեր ձեր Cal MediConnect ծրագրի մասին**

HICAP խորհրդատուները կարող են՝

- » Օգնել հասկանալ ձեր իրավունքները,
- » Օգնել հասկանալ ձեր ծրագրի ընտրությունները,
- » Պատասխանել ձեր հարցերին նոր ծրագիր տեղափոխվելու մասին,
- » Օգնել ձեզ գանգատ ներկայացնել ձեր առողջական խնամքի կամ բուժման մասին, **և**
- » Օգնել լուծել հաշիվների հետ ձեր ունեցած խնդիրները:

**F. Ինչպես կապ հաստատել Որակի բարելավման կազմակերպության (QIO) հետ**

Մեր նահանգն ունի կազմակերպություն, որը կոչվում է Livanta: Սա բժիշկների ու առողջական խնամքի այլ մասնագետների խումբ է, որն օգնում է բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց խնամքի որակը: Livanta-ն կապված չէ մեր ծրագրի հետ:

<b>ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-877-588-1123
<b>TTY</b>	1-855-887-6668  Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:
<b>ՖԱՔՍ</b>	Բողոքարկումներ՝ 1-855-694-2929  Բոլոր այլ վերանայումները՝ 1-844-420-6672
<b>ԳՐԵՔ</b>	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
<b>ԿԱՅՔ</b>	www.BFCCQIOAREA5.com

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Կապ հաստատեք Livanta-ի հետ հետևյալի վերաբերյալ.**

▪ **Հարցեր ձեր առողջական խնամքի մասին**

- Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել ձեր ստացված խնամքի մասին, եթե՝
  - » Խնդիր ունեք խնամքի որակի հետ կապված,
  - » Կարծում եք, որ հիվանդանոցում ձեր գտնվելը շատ շուտ է ավարտվել, **կամ**
  - » Կարծում եք, որ ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հնուտ բուժքույրական հաստատությունում մատուցվող խնամքը կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (անգլերեն հապավումը CORF) ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:

**G. Ինչպես կապ հաստատել Medicare-ի հետ**

Medicare-ը դաշնային առողջապահական ապահովագրության ծրագիր է 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, 65 տարեկանից ցածր տարիքի որոշակի հաշմանդամություններ ունեցող որոշ մարդկանց համար, ինչպես նաև վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդություն (երիկամների աշխատանքի մշտական խանգարում, որը դիալիզ է պահանջում կամ երիկամի փոխպատվաստում) ունեցող մարդկանց համար:

Medicare-ը տնօրինող դաշնային գործակալությունը Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններն են կամ CMS:

<b>ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>Այս հեռախոսահամարով զանգերն անվճար են՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:</p>
<b>TTY</b>	<p>1-877-486-2048 Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:</p> <p>Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**ԿԱՅՔ**<http://www.medicare.gov>

Մա Medicare-ի պաշտոնական կայքն է: Այն պարունակում է թարմ տեղեկություններ Medicare-ի մասին: Կայքը նաև տեղեկություններ է պարունակում հիվանդանոցների, ծերանոցների, բժիշկների, տնային առողջական գործակալությունների ու դիալիզի հաստատությունների մասին: Այն գրքույկներ է պարունակում, որոնք կարող եք անմիջապես ստել ձեր համակարգից: Դուք նաև կարող եք գտնել Medicare-ի կոնտակտային տվյալները ձեր նահանգում՝ ընտրելով “Forms, Help & Resources” («Ձևաթղթեր, օգնություն և միջոցներ») և սեղմելով “Phone numbers & websites” («Հեռախոսահամարներ և կայքեր»):

Medicare-ի կայքն ունի հետևյալ գործիքը՝ ձեր տարածքում ծրագրեր գտնելու համար

**Medicare ծրագրի որոնիչ.** Տրամադրում է անհատականացված տեղեկություններ Medicare դեղատոմսով դեղերի ծրագրերի մասին, Medicare առողջապահական ծրագրերի մասին ու Medigap-ի (Medicare-ի Լրացուցիչ ապահովագրություն) քաղաքականությունների մասին ձեր տարածքում: Ընտրեք “Find health & drug plans” («Գտնել առողջապահական և դեղերի ծրագրեր»):

Եթե դուք համակարգիչ չունեք, ապա ձեր տեղային գրադարանը կամ տարեցների կենտրոնը կարող են օգնել այցելել այս կայք օգտվելով իրենց համակարգից: Կամ կարող եք զանգահարել Medicare վերոնշյալ հեռախոսահամարով և տեղեկացնել, թե ինչ տեղեկություն եք փնտրում: Նրանք կայքում կգտնեն այդ տեղեկությունը, կտպեն այն և կուղարկեն ձեզ:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ի. Ինչպես կապ հաստատել Medi-Cal-ի Առողջական խնամքի տարբերակների հետ

Medi-Cal-ի Առողջական խնամքի տարբերակները կարող են օգնել ձեզ, եթե հարցեր ունեք Cal MediConnect ծրագիրն ընտրելու մասին կամ անդամագրման հետ կապված այլ հարցեր: Medicare (HICAP) ունեցող մարդկանց համար անվճար առողջական ապահովագրության խորհրդակցության համար, տեսեք Մաս E-ն:

<b>ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-844-580-7272  Առողջական խնամքի տարբերակների ներկայացուցիչները մատչելի են ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին:
<b>TTY/TDD</b>	1-800-430-7077  Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:
<b>ԳՐԵՔ</b>	California Department of Health Care Services  Health Care Options  P.O. Box 989009  West Sacramento, CA 95798-9850
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us">https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us</a>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## I. Ինչպես կապ հաստատել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հետ

Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ ծառայության կամ հաշվի խնդրի հետ: Նրանք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին և օգնել ձեզ հասկանալ ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: Այս ծառայություններն անվճար են:

Cal MediConnect Ombuds Program-ը որևէ կերպ կապված չէ մեր և կամ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	<p>1-855-501-3077 Այս գանգն անվճար է:</p> <p>Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 9:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը, բացառությամբ տոն օրերին: Փակ է՝ 2:00 pm-ից 4:00 pm-ը, չորեքշաբթի օրերին</p>
<b>TTY</b>	<p>1-855-847-7914</p> <p>Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p>
<b>ԳՐԵՔ</b>	<p>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County c/o the Los Angeles Health Consumer Alliance</p> <p>13327 Van Nuys Blvd.</p> <p>Pacoima, CA 91331-3099</p> <p>1104 E. Chevy Chase Drive</p> <p>Glendale, CA 91205</p> <p>9354 Telstar Avenue</p> <p>El Monte, CA 91731</p>
<b>ԿԱՅՔ</b>	<p><a href="http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/">http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/</a>.</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## J. Ինչպես կապ հաստատել Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների հետ

Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր այն ծառայությունների վերաբերյալ, որոնց համար Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունները տրամադրում են աջակցություն, որպես կիրառելի նպաստներ, դիմեք ձեր տեղային Վարչաշրջանի սոցիալական ծառայությունների բաժին

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-888-678-4477 կամ 1-888-944-4477 Այս զանգն անվճար է:  Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, բացի տոնական օրերից:
<b>ԿԿ</b>	711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն)  Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:
<b>ԳՐԵՔ</b>	Տեսեք ձեր հեռախոսային տեղեկատուի Սպիտակ էջերի ՇՐՋԱՆԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆ հատվածը՝ սոցիալական ծառայությունների մոտակա գրասենյակը գտնելու համար:
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://dpss.lacounty.gov">http://dpss.lacounty.gov</a>

## K. Ինչպես կապ հաստատել ձեր Վարչաշրջանի Մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ

Medi-Cal-ի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծառայությունները մատչելի են ձեզ համար վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե դուք համապատասխանում եք բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին:

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	Լոս Անջելես շրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (DMH) թեժ գիծ՝ 1-800-854-7771: Այս զանգն անվճար է:  Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր  Մենք ունենք անվճար թարգմանչական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ովքեր անգլերեն չեն խոսում:
-------------------	--

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





<b>TTY</b>	<p>711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն): Այս զանգն անվճար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է: Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p> <p>Օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր</p>
------------	--

**Կապ հաստատեք վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի հետ հետևյալի վերաբերյալ.**

- Վարչաշրջանի կողմից տրամադրվող Վարքագծային առողջության ծառայությունների հետ կապված հարցեր

Զանգահարեք Լոս Անջելես շրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի թեժ գծով՝ հոգեկան առողջության մասին անվճար, գաղտնի տեղեկության, ծառայություն մատակարարների ուղեգրերի և ճգնաժամային խորհրդատվության համար ցանկացած օր և ցանկացած ժամ:

**L. Ինչպես կապ հաստատել Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքի հետ**

Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքը (անգլերեն հապավումը՝ DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կարգավորելու համար: DMHC Օգնության կենտրոնը կարող է օգնել ձեզ Medi-Cal ծառայությունների մասին բողոքարկումների և ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ զանգատների վերաբերյալ:

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	<p>1-888-466-2219</p> <p>DMHC ներկայացուցիչները հասանելի են ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 6:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին:</p>
<b>TDD/TTY</b>	<p>TDD՝ 1-877-688-9891</p> <p>TTY՝ 711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն)</p> <p>Այս հեռախոսահամարը լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:</p> <p>Ձեզ հարկավոր է հատուկ հեռախոսային սարքավորում այս համարով զանգահարելու համար:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<b>ԳՐԵՔ</b>	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9 <sup>th</sup> Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
<b>ՖԱՔՍ</b>	1-916-255-5241
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://www.hmohelp.ca.gov">http://www.hmohelp.ca.gov</a>

## M. Այլ միջոցներ

### Ծերերի տարածքային գործակալություններ

Ձեր տեղային Ծերերի տարածքային գործակալությունը կարող է ձեզ տեղեկություններ տրամադրել և օգնել համակարգել տարեց անձանց մատչելի ծառայությունները:

<b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-888-202-4248 1-213-738-2600 Կամ միայն Լոս Անջելես վարչաշրջանում՝ 1-800-510-2020 Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 5:00 p.m.-ը, բացի տոնական օրերից
<b>TTY</b>	711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն)
<b>ԳՐԵՔ</b>	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://css.lacounty.gov/">http://css.lacounty.gov/</a>

### Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժանմունք (DHCS)

Որպես մեր ծրագրի անդամ՝ դուք իրավասու եք և Medicare-ի, և Medi-Cal-ի (Medicaid) համար: Medi-Cal-ը (Medicaid) դաշնային և նահանգային կառավարությունների միասնական ծրագիր է, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտ ու միջոցներ ունեցող որոշակի անձանց հոգավ բժշկական ծախսերը: Եթե հարցեր ունեք Medi-Cal-ից (Medicaid) ստացվող աջակցության մասին, կապ հաստատեք Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժանմունքի (DHCS) հետ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<b>ՁԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	Անվճար՝ 1-800-541-5555
<b>TTY</b>	711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն)
<b>ԳՐԵՔ</b>	Department of Health Care Services PO Box 997413 MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
<b>ԿԱՅՔ</b>	www.medi-cal.ca.gov

**Սոցիալական ապահովություն**

Սոցիալական ապահովությունը պատասխանատու է Medicare-ի իրավասությունը որոշելու և անդամագրումը տնօրինելու համար: ԱՄՆ քաղաքացիները, ովքեր 65 տարեկան են կամ ավելի բարձր տարիքի, կամ ովքեր հաշմանդամություն կամ վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդություն ունեն և համապատասխանում են որոշակի պայմաններին, իրավասու են Medicare-ի համար: Եթե դուք արդեն ստանում եք Սոցիալական ապահովության չեկեր, ապա Medicare-ին անդամագրվելը կատարվում է ավտոմատ կերպով: Եթե դուք չեք ստանում Սոցիալական ապահովության չեկեր, ապա դուք պետք է անդամագրվեք Medicare-ին: Սոցիալական ապահովությունը տնօրինում է Medicare-ի անդամագրման գործընթացը: Medicare-ի համար դիմելու նպատակով կարող եք զանգահարել Սոցիալական ապահովություն կամ այցելել Սոցիալական ապահովության ձեր տեղային գրասենյակը:

Սոցիալական ապահովությունը պատասխանատու է նաև որոշել, թե ով պետք է հավելյալ գումար վճարի Դ մասի դեղերի ապահովագրության համար ավելի բարձր եկամուտի պատճառով: Եթե Սոցիալական ապահովությունից նամակ եք ստանում՝ տեղեկացնելով ձեզ, որ պետք է հավելյալ գումար վճարեք, և դուք հարցեր ունեք այդ գումարի մասին, կամ եթե ձեր եկամուտը նվազել է կյանքը փոխող պատահարի պատճառով, ապա կարող եք զանգահարել Սոցիալական ապահովություն ու վերանայում խնդրել:

Եթե տեղափոխվել եք կամ փոխել ձեր փոստային հասցեն, ապա կարևոր է կապ հաստատել Սոցիալական ապահովության հետ և տեղեկացնել նրանց այդ մասին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<p><b>ԶԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b></p>	<p>1-800-772-1213</p> <p>Այս հեռախոսահամարով զանգերն անվճար են:</p> <p>Մատչելի է ժամը 7:00 a.m.-ից մինչև 7:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, Արևելյան ժամային գոտի</p> <p>(ձայնագրված տեղեկությունն ու ավտոմատացված ծառայությունները հասանելի են օրը 24 ժամ, այդ թվում շաբաթ/կիրակի և տոնական օրերին):</p> <p>Կարող եք օգտվել Սոցիալական ապահովության ավտոմատացված հեռախոսային ծառայությունից, որպեսզի ստանաք ձայնագրված տեղեկություններ և կարողանաք կատարել որոշակի աշխատանք օրը 24 ժամ:</p>
<p><b>TTY</b></p>	<p>1-800-325-0778</p> <p>Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:</p> <p>Այս հեռախոսահամարով զանգերն անվճար են:</p> <p>Մատչելի է ժամը 7:00 a.m.-ից մինչև 7:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին:</p>
<p><b>ԿԱՅՔ</b></p>	<p><a href="http://www.ssa.gov">http://www.ssa.gov</a></p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### Գլուխ 3. Ծրագրի ապահովագրության օգտագործումը ձեր առողջական խնամքի և այլ ապահովագրված ծառայությունների համար

#### Բովանդակություն

A. «Ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «մատակարարների» և «ցանցի մատակարարների» մասին .....	39
B. Ծրագրի կողմից ապահովագրված առողջական խնամքի, վարքագծային առողջության և երկարատև ծառայությունների ու աջակցության ստացման կանոնները .....	39
C. Ձեր խնամքի համակարգողը .....	41
D. Խնամքի ստացումն առաջնային խնամքի մատակարարներից, մասնագետներից, ցանցի այլ բժշկական մատակարարներից և արտացանցային բժշկական մատակարարներից .....	41
Խնամքի ստացումն առաջնային խնամքի մատակարարից .....	41
Դաշնային Որակավորված Առողջապահության Կենտրոնի (անգլերեն հապավումը՝ FQHC) կամ Գյուղական Առողջական Կլինիկայի (անգլերեն հապավումը՝ RHC) ընտրումը որպես ձեր PCP .....	43
Ինչպես խնամք ստանալ մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից .....	45
Ի՞նչ անել, եթե ցանցի մատակարարը հեռանում է մեր ծրագրից: .....	46
Ինչպես խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարներից .....	47
E. Ինչպես ստանալ երկարատև ծառայություններ և աջակցություն (LTSS) .....	47
F. Ինչպես ստանալ Վարքագծային առողջության (Հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայություններ .....	48
Ի՞նչ Medi-Cal Վարքագծային առողջության ծառայություններ են տրամադրվում Health Net Cal MediConnect-ից դուրս՝ Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (DMH) միջոցով և Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC) .....	48
G. Ինչպես ստանալ փոխադրման ծառայություններ .....	52

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 37



**H. Ինչպես ստանալ ապահովագրված ծառայություններ, երբ դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք, խնամքի հրատապ կարիք ունեք, կամ աղետի դեպքում ..... 53**

Խնամքի ստացումը, երբ դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք ..... 53

Հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ստացում ..... 54

Աղետի ժամանակ խնամքի ստացում ..... 56

**I. Ի՞նչ անել, եթե դուք ուղղակիորեն հաշիվ եք ստանում մեր ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայությունների արժեքի համար: ..... 56**

Ի՞նչ է պետք անել, եթե ծառայությունները չեն ապահովագրվում մեր ծրագրի կողմից: ..... 56

**J. Ինչպե՞ս են ապահովագրվում ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները, երբ դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը: ..... 57**

Ի՞նչ է կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությունը: ..... 57

Երբ մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, ո՞վ և ինչի՞ համար է վճարում: ..... 58

Իմանալ ավելին ..... 58

**K. Ինչպե՞ս են ապահովագրվում ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները, երբ դուք գտնվում եք կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում: ..... 58**

Ի՞նչ է կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունը: ..... 58

Կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում տրամադրվող ո՞ր խնամքն է ապահովագրում մեր ծրագիրը: ..... 59

**L. Տևական օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականության (DME) կանոններ ..... 59**

Արդյո՞ք DME-ն կդառնա ձեր սեփականությունը ..... 59

Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե տեղափոխվում եք Medicare: ..... 60

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 38



## A. «Ծառայությունների», «ապահովագրված ծառայությունների», «մատակարարների» և «ցանցի մատակարարների» մասին

**Ծառայություններն** առողջական խնամքը, երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը, պաշարները, վարքագծային առողջության ծառայությունները, դեղատոմսով ու առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերը, սարքավորումն ու այլ ծառայություններն են: **Ապահովագրված ծառայություններն** այս ծառայություններից ցանկացածներն են, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը: Ապահովագրված առողջական խնամքը, վարքագծային առողջությունը և երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը նշված են Նպաստների աղյուսակում Գլուխ 4-ում:

**Մատակարարները** բժիշկներ, բուժքույրեր և այլ անձինք են, որոնք ձեզ ծառայություններ ու խնամք են տրամադրում: *Մատակարարներ* տերմինը ներառում է նաև հիվանդանոցները, տնային առողջապահության գործակալություններ, կլինիկաներ և այլ վայրեր, որոնք ձեզ տրամադրում են առողջական խնամքի ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ, բժշկական սարքավորում և որոշակի երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն:

**Ցանցի մատակարարները** մատակարարներ են, որոնք աշխատում են առողջապահական ծրագրի հետ: Այս մատակարարները համաձայնվել են ընդունել մեր վճարումները՝ որպես լրիվ վճարում: Ցանցի մատակարարները ձեզ տրամադրված խնամքի համար հաշիվներն ուղարկում են անմիջապես մեզ: Երբ դուք ցանցի մատակարարի եք այցելում, սովորաբար ոչինչ չէք վճարում ապահովագրված ծառայությունների համար:

## B. Ծրագրի կողմից ապահովագրված առողջական խնամքի, վարքագծային առողջության և երկարատև ծառայությունների ու աջակցության ստացման կանոնները

Health Net Cal MediConnect-ն ապահովագրում է բոլոր ծառայությունները, որոնք ապահովագրվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Սա ներառում է վարքագծային առողջություն, երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն (LTSS) և դեղատոմսային դեղեր:

Health Net Cal MediConnect-ը սովորաբար վճարում է առողջական խնամքի ծառայությունների, վարքագծային առողջության ծառայությունների ու LTSS-ի համար, եթե դուք հետևում եք ծրագրի կանոններին: Ապահովագրվելու համար.

- Ձեր ստացված խնամքը պետք է լինի **ծրագրի նպաստ**: Սա նշանակում է, որ այն պետք է ներառված լինի Նպաստների աղյուսակում: (Աղյուսակը գտնվում է այս տեղեկագրի Գլուխ 4-ում):
- Խնամքը պետք է **համարվի անհրաժեշտ**: Ասելով անհրաժեշտ՝ մենք ի նկատի ունենք, որ ձեզ ծառայություններ են հարկավոր ձեր վիճակը կանխելու, ախտորոշելու կամ բուժելու համար, կամ ձեր ներկա առողջական վիճակը պահպանելու համար: Սա ներառում է խնամք, որը կանխում է հիվանդանոց կամ ծերանոց ձեր տեղափոխվելը: Սա նաև նշանակում է ծառայություններ, պաշարներ կամ դեղեր, որոնք համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված ստանդարտներին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Բժշկական ծառայությունների համար դուք պետք է ունենաք ցանցի **առաջնային խնամքի մատակարար (անգլերեն հապավումը՝ PCP)**, որը պատվիրում է խնամքը կամ ուղարկում է ձեզ մեկ այլ բժշկի մոտ: Լինելով ծրագրի անդամ՝ դուք պետք է ընտրեք ցանցի մատակարար՝ որպես ձեր PCP:
  - » Շատ դեպքերում ձեր PCP-ն ձեզ պետք է նախապես հավանություն տա, նախքան դուք կարող եք այլ մատակարարին այցելել ծրագրի ցանցում: Սա կոչվում է **ուղեգիր**: Ուղեգրերի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք էջ 46-ը:
  - » Մեր ծրագրի PCP-ները կապված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ PCP եք ընտրում, դուք նաև ընտրում եք նրան կցված բժշկական խումբը: Սա նշանակում է, որ ձեր PCP-ն ձեզ ուղարկելու է այն մասնագետների մոտ ու ծառայությունների համար, որոնք նույնպես կապված են իր բժշկական խմբին: Բժշկական խումբը համատեղ աշխատող և մեր ծրագրի հետ պայմանագիր ունեցող PCP-ների, մասնագետների և առողջական խնամքի այլ մատակարարների մի խումբ է:
  - » Ձեզ PCP-ի ուղեգիր հարկավոր չէ շտապ օգնության կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամքի համար կամ կանացի առողջության մատակարարի այցելելու համար: Դուք կարող եք ստանալ այլ տեսակի ծառայություններ առանց ձեր PCP-ի ուղեգրի: Սրա մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ տեսեք էջ 46-ը:
    - ➔ PCP ընտրելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ տեսեք էջ 45-ը:
- **Դուք պետք է խնամք ստանաք ցանցի մատակարարներից, որոնք կապված են ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ:** Սովորաբար ծրագիրը չի ապահովագրում այն խնամքը, որը ստացվել է առողջապահական ծրագրի և ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ չաշխատող մատակարարից: Ահա մի քանի օրինակներ, երբ այս կանոնը չի կիրառվում.
  - » Ծրագիրն ապահովագրում է *արտակարգ իրավիճակ* կամ *հրատապ անհրաժեշտ խնամք* արտացանցային մատակարարից: Այս մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, ինչպես նաև պարզելու համար, թե ինչ է նշանակում արտակարգ իրավիճակը կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, տեսեք էջ 55-ը:
  - » Եթե ձեզ հարկավոր է մեր ծրագրով ապահովագրված խնամք, իսկ մեր ցանցի մատակարարները չեն կարող տրամադրել այն, ապա կարող եք խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարից: Եթե ձեզ հարկավոր է այցելել արտացանցային մատակարարի, ապա հարկավոր է ստանալ նախօրոք լիազորում: Երբ լիազորումը հաստատվում է, դուք, պահանջող մատակարարը և ընդունող մատակարարը կտեղեկացվեք հաստատված լիազորման մասին: Այդ դեպքում մենք կապահովագրենք խնամքն՝ անվճար ձեզ համար: Արտացանցային մատակարարին այցելության լիազորում ստանալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունները տեսեք էջ 49-ը:
  - » Ծրագիրն ապահովագրում է երիկամների դիալիզի ծառայություններ, երբ դուք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս եք գտնվում կարճ ժամանակով: Դուք կարող եք ստանալ այս ծառայությունները Medicare-ի կողմից հավաստագրված դիալիզի հաստատությունում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- » Երբ նոր եք միանում ծրագրին, կարող եք խնդրել շարունակել այցելել ձեր ընթացիկ մատակարարներին: Մեզանից պահանջվում է հաստատել այս խնդրանքը, եթե մենք կարող ենք հաստատել, որ դուք գոյություն ունեցող փոխհարաբերություն ունեիք մատակարարի հետ՝ որոշ բացառություններով (տեսեք Գլուխ 1, էջ 9): Եթե ձեր խնդրանքը հաստատվում է, ապա կարող եք շարունակել այցելել ձեր ընթացիկ մատակարարներին մինչև 12 ամիս ժամանակով: Այդ ընթացքում ձեր խնամքի համակարգողը կապ կհաստատի ձեզ հետ, որպեսզի օգնի ձեզ մեր ցանցում մատակարար գտնել, որը կապված է ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ: 12 ամսից հետո մենք այլևս չենք ապահովագրելու ձեր խնամքը, եթե դուք շարունակում եք այցելել ցանցից դուրս և ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ չկապված մատակարարների:

## C. Ձեր խնամքի համակարգողը

Խնամքի համակարգողն այն հիմնական անձն է, որն աշխատում է ձեր, առողջապահական ծրագրի ու ձեր խնամքի մատակարարների հետ՝ համոզվելու համար, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ առողջական խնամքը: Երբ դառնաք ծրագրի անդամ, ձեզ խնամքի համակարգող կնշանակեն:

Անդամների ծառայությունների բաժինը կտեղեկացնի, թե ինչպես կարող եք կապ հաստատել ձեր խնամքի համակարգողի հետ: Խնամքի համակարգողն օգնում է համալրել առողջական խնամքի ծառայություններ, որոնք համապատասխանում են ձեր առողջական խնամքի կարիքներին: Նա աշխատում է ձեզ հետ ձեր խնամքի ծրագիրը կազմելու համար: Նա օգնում է որոշել ով է լինելու ձեր խնամքի թիմում: Ձեր խնամքի համակարգողը տեղեկություններ է տրամադրում, որոնք անհրաժեշտ են ձեր առողջական խնամքը կառավարելու համար: Մա նաև կօգնի ձեզ համար ճիշտ ընտրություններ կատարել: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու համար, կարող եք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին:

Եթե ցանկանում եք փոխել ձեր խնամքի համակարգողին, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:

Լրացուցիչ օգնության համար, խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

## D. Խնամքի ստացումն առաջնային խնամքի մատակարարներից, մասնագետներից, ցանցի այլ բժշկական մատակարարներից և արտացանցային բժշկական մատակարարներից

### Խնամքի ստացումն առաջնային խնամքի մատակարարից

Դուք պետք է ընտրեք առաջնային խնամքի մատակարար (PCP), որը տրամադրում և վերահսկում է ձեր խնամքը: Մեր ծրագրի PCP-ները կապված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ դուք PCP եք ընտրում, դուք նաև ընտրում եք նրան կցված բժշկական խումբը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված

ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ի՞նչ է «PCP»-ն ու ի՞նչ է PCP-ն անում ձեզ համար:**

Երբ դուք դառնում եք մեր ծրագրի անդամ, դուք պետք է ընտրեք Health Net Cal MediConnect ցանցի մատակարար, որը կլինի ձեր PCP-ն: Ձեր PCP-ն բժիշկ է, ով համապատասխանում է նահանգային պահանջներին ու պատրաստված է ձեզ հիմնական բժշկական խնամք տրամադրելու համար: Սա ներառում է բժիշկներ, որոնք տրամադրում են ընդհանուր և/կամ ընտանեկան բժշկական խնամք, ներքին օրգանների բժշկական խնամք, և մանկաբարձներ/գինեկոլոգներ, որոնք կանանց են խնամք տրամադրում:

Դուք ձեր սովորական և հիմնական խնամքի մեծ մասը ստանալու եք ձեր PCP-ից: Ձեր PCP-ն կօգնի ձեզ կառավարել Վասցած ապահովագրված ծառայությունները, որոնք դուք ստանում եք որպես մեր ծրագրի անդամ: Սա ներառում է

- ձեր ռենտգենները,
- լաբորատոր անալիզները,
- թերապիաները,
- խնամք բժիշկներից, ովքեր մասնագետներ են,
- հիվանդանոց ընդունում, և
- հետբուժական խնամք:

Ձեր ապահովագրված ծառայությունների «համակարգումը» ներառում է ծրագրի այլ մատակարարների հետ ստուգելն ու խորհրդակցելը ձեր խնամքի ու դրա ընթացքի մասին: Եթե ձեզ որոշակի տեսակի ապահովագրված ծառայություններ կամ պաշարներ են հարկավոր, դուք պետք է նախօրոք լիազորում ստանաք ձեր PCP-ից (օրինակ՝ մասնագետին այցելելու ուղեգրի տրամադրում): Որոշակի ծառայությունների համար ձեր PCP-ն պետք է նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ստանա: Եթե ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունը պահանջում է նախօրոք լիազորում, ձեր PCP-ն պետք է թույլտվություն խնդրի մեր ծրագրից կամ ձեր բժշկական խմբից: Քանի որ ձեր PCP-ն տրամադրելու և համակարգելու է ձեր բժշկական խնամքը, դուք պետք է ձեր անցյալի բոլոր բժշկական արձանագրություններն ուղարկեք ձեր PCP-ի գրասենյակ:

Ինչպես բացատրել ենք վերևում, դուք սկզբից սովորաբար այցելում եք ձեր PCP-ին՝ ձեր սովորական առողջական խնամքի կարիքների համար: Երբ ձեր PCP-ն կարծում է, որ ձեզ մասնագիտացված բուժում է հարկավոր, նա պետք է ձեզ ուղեգիր (նախապես հավանություն) տա, որպեսզի դուք այցելեք ծրագրի մասնագետին կամ որոշակի այլ մատակարարներին: Կան միայն մի քանի տեսակի ապահովագրված ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի թույլտվության, ինչպես մենք բացատրում ենք ներքևում:

**Յուրաքանչյուր անդամ ունի PCP:** PCP-ն կարող է նույնիսկ կլինիկա լինել: Կանայք կարող են մանկաբարձ/գինեկոլոգ կամ ընտանիքի պլանավորման կլինիկա ընտրել՝ որպես իրենց PCP:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Դուք կարող եք ընտրել ոչ-բժիշկ բժշկական մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետի՝ որպես ձեր PCP: Ոչ-բժիշկ պրակտիկայով զբաղվող մասնագետներ են համարվում՝ վկայագրված մանկաբարձ քույրերը, վկայագրված մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բուժքույրերը և բժշկի օգնականները: Դուք կապված կլինեք վերահսկող PCP-ին, սակայն կշարունակեք ծառայություններ ստանալ ձեր ընտրած ոչ-բժիշկ մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետից: Դուք կարող եք փոխել մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետին՝ փոխելով վերահսկող PCP-ին: Անդամի ID քարտի վրա նշված է վերահսկող PCP-ի անունը: Հնարավոր է, որ կարողանաք մասնագետ ունենալ որպես ձեր PCP: Մասնագետը պետք է ցանկանա ու կարողանա ձեզ անհրաժեշտ խնամք տրամադրել:

## **Դաշնային Որակավորված Առողջապահության Կենտրոնի (անգլերեն հապավումը՝ FQHC) կամ Գյուղական Առողջական Կլինիկայի (անգլերեն հապավումը՝ RHC) ընտրումը որպես ձեր PCP**

FQHC-ը կամ RHC-ը կլինիկա է և կարող է լինել ձեր PCP-ին:

FQHC-ները և RHC-ներն առողջապահական կենտրոններ են, որոնք տրամադրում են առաջնային խնամքի ծառայություններ: Չանգահարեք Անդամների Ծառայությունների Health Net Cal MediConnect-ի հետ աշխատող FQHC-ների և RHC-ների անունները և հասցեներն իմանալու համար կամ փնտրեք *Մատակարարների և դեղատների հասցեագրքում*:

### **Ինչպե՞ս ընտրել ձեր PCP-ին:**

Երբ անդամագրվեք մեր ծրագրին, դուք կընտրեք պայմանագիր կնքած բժշկական խումբ մեր ցանցից: Բժշկական խումբը համատեղ աշխատող և մեր ծրագրի հետ պայմանագիր կնքած PCP-ների, մասնագետների և առողջական խնամքի այլ մատակարարների խումբ է: Դուք նաև PCP կընտրեք այս պայմանագիր կնքած բժշկական խմբից: Ձեր ընտրած PCP-ն պետք է լինի այնպիսի բժշկական խմբի հետ, որը գտնվում է ձեր տնից կամ աշխատավայրից 30 մղոն կամ 30 րոպե հեռավորության վրա: Բժշկական խմբեր (և նրանց հետ կապված PCP-ներ ու հիվանդանոցներ) կարող եք գտնել Մատակարարների և դեղատների հասցեագրքում կամ կարող եք այցելել մեր [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը: Մատակարարի հասանելիությունը հաստատելու համար կամ որոշակի PCP-ի մասին հարցնելու համար, խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

Յուրաքանչյուր բժշկական խումբ և PCP ուղեգրեր են տալիս որոշակի ծրագրի մասնագետների մոտ և օգտագործում են որոշակի հիվանդանոցներ իրենց ցանցում: Եթե կա ծրագրի որևէ հատուկ մասնագետ կամ հիվանդանոց, որը դուք ցանկանում եք այցելել, ապա նախ ստուգեք՝ համոզվելու համար, որ մասնագետներն ու հիվանդանոցները տվյալ բժշկական խմբի ու PCP-ի ցանցում են: Ձեր PCP-ի անունն ու գրասենյակի հեռախոսահամարը տպված են ձեր անդամակցության քարտի վրա:

Եթե դուք բժշկական խումբ կամ PCP չեք ընտրում, կամ ընտրում եք այնպիսի բժշկական խումբ կամ PCP, որը մատչելի չէ այս ծրագրում, ապա մենք ավտոմատ կերպով ձեզ կնշանակենք ձեր տանը մոտ գտնվող բժշկական խումբ և PCP:

Ձեր PCP-ին փոխելու մասին տեղեկությունների համար խնդրում ենք կարդալ ստորև՝ «Ձեր PCP-ին փոխել» բաժինը:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## **Ձեր PCP-ին փոխելը**

Դուք կարող եք ցանկացած ժամանակ ու ցանկացած պատճառով փոխել ձեր PCP-ին: Հնարավոր է նաև, որ ձեր PCP-ն հեռանա մեր ծրագրի ցանցից: Եթե ձեր PCP-ն հեռանում է մեր ծրագրի ցանցից, ապա մենք կարող ենք օգնել ձեզ նոր PCP գտնել, որն աշխատում է մեր ծրագրի ցանցում:

Ձեր խնդրանքն ուժի մեջ կմտնի մեր ծրագրով դրա ստացման ամսաթվին հաջորդող ամսվա առաջին օրվանից: Ձեր PCP-ին փոխելու համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է, կամ այցելեք մեր կայք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) հղումով՝ խնդրանք ներկայացնելու համար:

Երբ դիմում եք մեզ, անպայման տեղեկացրեք, եթե մասնագետների եք այցելում կամ ստանում եք այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնց համար հարկավոր էր ձեր PCP-ի թույլտվությունը (ինչպես օրինակ՝ տնային առողջապահական ծառայություններ և տևական օգտագործման բժշկական սարքավորում): Անդամների ծառայությունների բաժինը կտեղեկացնի ձեզ, թե ինչպես կարող եք շարունակել ձեր մասնագիտական խնամքը կամ այլ ծառայությունները, որոնք ստանում էիք, երբ փոխեցիք ձեր PCP-ին: Նրանք նաև կստուգեն ու կհամոզվեն, որ ձեր ընտրած PCP-ն նոր հիվանդներ է ընդունում:

Անդամների ծառայությունների բաժինը կփոխի ձեր անդամակցության արձանագրությունը, որպեսզի ցույց տա ձեր նոր PCP-ին և կտեղեկացնի՝ երբ է ուժի մեջ մտնում ձեր PCP-ի փոփոխությունը:

Նրանք նաև ձեզ նոր անդամակցության քարտ կուղարկեն, որը պարունակում է ձեր նոր PCP-ի անունն ու հեռախոսահամարը:

Հիշեք, որ մեր ծրագրի PCP-ները կապված են բժշկական խմբերի հետ: Երբ դուք PCP եք փոխում, հնարավոր է, որ նաև փոխում եք բժշկական խումբը: Երբ դուք փոփոխություն եք խնդրում, անպայման տեղեկացրեք Անդամների ծառայությունների բաժնին, եթե մասնագետի եք այցելում կամ ստանում որևէ այլ ապահովագրված ծառայություններ, որոնց համար

PCP-ի հաստատում է հարկավոր: Անդամների ծառայությունների բաժինը կապահովի, որ կարողանաք շարունակել ձեր մասնագիտական խնամքը կամ այլ ծառայությունները, որոնք ստանում էիք, երբ փոխեցիք ձեր PCP-ին:

## **Ծառայություններ, որոնք կարող եք ստանալ առանց ձեր PCP-ի նախնական հավանության**

Շատ դեպքերում ձեզ հարկավոր կլինի ձեր PCP-ի հավանությունը՝ նախքան այլ մատակարարների այցելելը: Այս հավանությունը կոչվում է **ուղեգիր**: Դուք կարող եք ստանալ ներքոնշյալ ծառայություններն առանց ձեր PCP-ի հավանության.

- Արտակարգ իրավիճակների ծառայություններ ցանցի մատակարարներից կամ արտացանցային մատակարարներից:
- Հրատապ անհրաժեշտ խնամք ցանցի մատակարարներից:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Հրատապ անհրաժեշտ խնամք արտացանցային մատակարարներից, երբ ցանցի մատակարարները ժամանակավորապես մատչելի կամ հասանելի չեն (օրինակ, երբ դուք ժամանակավորապես գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս):
- Երիկամների դիալիզի ծառայությունները, որոնք ստանում եք Medicare-ով վկայագրված դիալիզի հաստատությունից, երբ դուք ժամանակավորապես գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս: (Խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին, նախքան սպասարկման տարածքից հեռանալը: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ դիալիզ ստանալ, երբ հեռու եք:)
- Գրիպի սրսկումներ ու թոքաբորբի պատվաստումներ, եթե դուք դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Կանանց սովորական առողջական խնամք և ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ: Մա ներառում է կրծքի ստուգումներ, զննման մամոգրաֆիաները (կրծքի ռենտգեն), Պապ թեստեր, ինչպես նաև կոնքային ստուգումներ, եթե դրանք ստանում եք ցանցի մատակարարից:
- Բացի դրանից, եթե դուք իրավասու եք Հնդկացիների առողջական մատակարարներից ծառայություններ ստանալու համար, կարող եք այցելել այդ մատակարարներին առանց ուղեգրի:
- Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ ցանցի մատակարարներից կամ արտացանցային մատակարարներից:
- Հիմնական նախաձեռնողական խնամք, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների ծառայություններ, և ՄԻԱՎ (անգլերեն հապավումը՝ HIV) ստուգում:

## Ինչպես խնամք ստանալ մասնագետներից և ցանցի այլ մատակարարներից

*Մասնագետը* բժիշկ է, որն առողջական խնամքի ծառայություններ է տրամադրում հատուկ հիվանդության կամ մարմնի մասի համար: Կան մասնագետների շատ տեսակներ: Ահա մի քանի օրինակներ.

- *Ուռուցքաբանները* բուժում են քաղցկեղ ունեցող հիվանդներին:
- *Մրտաբանները* բուժում են սրտի խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:
- *Օրթոպեդները* բուժում են ոսկրերի, հոդերի կամ մկանների որոշակի խնդիրներ ունեցող հիվանդներին:

Որպեսզի կարողանաք մասնագետի այցելել, ձեզ սկզբից սովորաբար հարկավոր է ձեր PCP-ի թույլտվությունը (սա նշանակում է մասնագետին այցելելու «ուղեգիր» ստանալ): Շատ կարևոր է ձեր PCP-ից ուղեգիր ստանալ (նախապես հավանություն), նախքան մասնագետի կամ այլ որոշակի մատակարարի այցելելը (կան մի քանի բացառություններ, այդ թվում՝ կանանց սովորական առողջական խնամքը): Եթե դուք ուղեգիր (նախապես հավանություն) չունեք, նախքան մասնագետից ծառայություններ ստանալը, ապա հնարավոր է, որ ստիպված լինեք ինքներդ վճարել այդ ծառայությունների համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե մասնագետն ուզում է, որ դուք վերադառնաք հետագա խնամքի համար, նախ համոզվեք, որ առաջին այցի համար ձեր PCP-ից ստացված ուղեգիրը (նախապես հավանություն) ապահովագրում է նաև մասնագետի լրացուցիչ այցեր:

Յուրաքանչյուր բժշկական խումբ և PCP ուղեգրեր են տալիս որոշակի ծրագրի մասնագետների մոտ և օգտագործում են որոշակի հիվանդանոցներ իրենց ցանցում: Սա նշանակում է, որ բժշկական խումբը և PCP-ն, որն ընտրել էք, կարող են որոշել այն մասնագետներին ու հիվանդանոցները, որոնցից կարող եք օգտվել: Եթե կան հատուկ մասնագետներ կամ հիվանդանոցներ, որոնք ցանկանում եք օգտագործել, ապա պարզեք՝ արդյոք ձեր բժշկական խումբը կամ PCP-ն օգտագործում են այդ մասնագետներին կամ հիվանդանոցները: Սովորաբար, դուք կարող եք ցանկացած պահի փոխել ձեր PCP-ին, եթե ցանկանում եք այցելել ծրագրի մասնագետի կամ գնալ մի հիվանդանոց, որտեղ ձեր ներկա PCP-ն ձեզ չի կարող ուղարկել: Այս գլխի «Ձեր PCP-ին փոխելը» հատվածում, մենք տեղեկացնում ենք, թե ինչպես փոխել ձեր PCP-ին:

Ծառայությունների որոշ տեսակները պահանջում են նախապես հավանություն ստանալ մեր ծրագրից կամ բժշկական խմբից (սա կոչվում է «նախօրոք լիազորում» ստանալ): Նախօրոք լիազորումը հաստատման գործընթաց է, որը տեղի է ունենում՝ նախքան դուք որոշակի ծառայություններ կստանաք: Եթե ձեզ անհրաժեշտ ծառայությունը պահանջում է նախօրոք լիազորում, ձեր PCP-ն կամ ցանցի այլ մատակարար պետք է լիազորում խնդրի մեր ծրագրից կամ ձեր բժշկական խմբից: Խնդրանքը կդիտարկվի և որոշումը (կազմակերպության վճիռը) կուղարկվի ձեզ ու ձեր մատակարարին: Տեսեք այս գրքուկի Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակը՝ նախօրոք լիազորում պահանջող հատուկ ծառայություններին ծանոթանալու համար:

### **Ի՞նչ անել, եթե ցանցի մատակարարը հեռանում է մեր ծրագրից:**

Ցանցի մատակարարը, որից օգտվում եք, կարող է հեռանալ մեր ծրագրից: Եթե ձեր մատակարարներից մեկը հեռանում է մեր ծրագրից, դուք ունեք որոշակի իրավունքներ և պաշտպանություններ, որոնք ամփոփված են ստորև.

- Չնայած նրան, որ մեր մատակարարների ցանցը կարող է փոխվել տարվա ընթացքում, մենք պետք է ձեզ տրամադրենք որակավորված մատակարարներից օգտվելու չընդհատվող մատչելիություն:
- Մենք հնարավոր ամեն բան կանենք ձեզ առնվազն 30 օրվա ծանուցագիր տալու համար, որպեսզի դուք ժամանակ ունենաք նոր մատակարար ընտրել:
- Մենք կօգնենք ընտրել նոր որակավորված մատակարար ձեր առողջական խնամքի կարիքները կառավարելու համար:
- Եթե ներկայումս բժշկական բուժում եք ստանում, դուք իրավունք ունեք խնդրելու և մենք կաշխատենք ձեզ հետ՝ համոզվելու համար, որ ձեր ստացած բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ բուժումը չի ընդհատվում:
- Եթե կարծում եք, որ մենք չենք փոխարինել ձեր նախորդ մատակարարին որակավորված մատակարարով, կամ ձեր խնամքը պատշաճ կերպով չի կառավարվում, դուք իրավունք ունեք բողոքարկել մեր որոշումը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե պարզում եք, որ ձեր մատակարարներից մեկը հեռանում է մեր ծրագրից, խնդրում ենք դիմել մեզ, որպեսզի կարողանանք օգնել ձեզ նոր մատակարար գտնելու և ձեր խնամքը կառավարելու հարցում: Օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

### Ինչպես խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարներից

Եթե ձեզ հարկավոր է որոշակի տեսակի ծառայություն, և այդ ծառայությունը մատչելի չէ մեր ծրագրի ցանցում, ապա նախ հարկավոր է նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ստանալ: Ձեր PCP-ն նախօրոք լիազորում կխնդրի մեր ծրագրից կամ ձեր բժշկական խմբից:

Շատ կարևոր է նախապես հավանություն ստանալ, նախքան արտացանցային մատակարարի այցելելը կամ մեր ցանցից դուրս ծառայություններ ստանալը (բացառությամբ՝ արտակարգ իրավիճակ ու հրատապ անհրաժեշտ խնամքի, ընտանիքի պլանավորման ծառայությունների և երիկամների դիալիզի ծառայությունների, որոնք դուք ստանում եք Medicare-ով վկայագրված դիալիզի հաստատությունում, երբ ժամանակավորապես գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս): Եթե նախապես հավանություն չստանաք, հնարավոր է ստիպված լինեք ինքներդ վճարել այդ ծառայությունների համար:

Արտացանցային շտապ օգնության ու հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ապահովագրության մասին տեղեկությունների համար խնդրում եք տեսեք այս գլխի Մաս H-ը:

- ➔ **Խնդրում ենք նկատի ունենալ.** Եթե այցելում եք արտացանցային մատակարարի, ապա մատակարարը պետք է իրավասու լինի Medicare-ին և/կամ Medicaid-ին մասնակցելու համար: Մենք չենք կարող վճարել մի մատակարարի, որը իրավասու չէ Medicare-ին և/կամ Medicaid-ին մասնակցելու համար: Եթե այցելեք մի մատակարարի, որն իրավասու չէ Medicare-ին մասնակցելու համար, ապա դուք պետք է վճարեք ստացված ծառայությունների լրիվ արժեքը: Մատակարարները պետք է տեղեկացնեն ձեզ, եթե իրենք իրավասու չեն Medicare-ին մասնակցելու համար:

---

## E. Ինչպես ստանալ երկարատև ծառայություններ և աջակցություն (LTSS)

---

Երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը (LTSS) բաղկացած են Չափահասների համայնքահեն ծառայություններից (CBAS), Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրից (MSSP) և Բուժքույրական հաստատություններից (NF): Ծառայությունները կարող են տրամադրվել ձեր տանը, համայնքում կամ հաստատությունում: Մտորն նկարագրվում են տարբեր տեսակի LTSS-ներ.

- **Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS).** Ամբուլատոր, հաստատությունում տրվող ծառայությունների ծրագիր, որը տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, աշխատանքային և խոսքի թերապիաներ, անձնական խնամք, ընտանիքների/խնամակալների ուսուցում և աջակցություն, սնուցման ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ, եթե դուք համապատասխանում եք կիրառելի իրավասության չափանիշներին:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP).** Հատուկ Կալիֆոռնիայի համար ստեղծված ծրագիր, որը տրամադրում է Տան և համայնքի հիմունքով ծառայություններ (անգլերեն հապավումը՝ HCBS) թույլ տարեց անդամներին, որոնք կարող են վկայագրվել բուժքույրական հաստատություն տեղափոխվելու համար, սակայն ցանկանում են փախ իրենց համայնքում: Medi-Cal-ի համար իրավասու անհատներին, որոնք 65 տարեկան են կամ ավելի և ունեն հաշմանդամություններ, կարող են որակավորվել այս ծրագրի համար: Այս ծրագիրը բուժքույրական հաստատություն տեղափոխվելու այլընտրանք է: MSSP ծառայությունները կարող են ներառել, սակայն առանց սահմանափակման՝ Չափահասների ցերեկային խնամք / աջակցության կենտրոն, բնակեցման աջակցություն, օրինակ՝ ֆիզիկական հարմարեցումներ ու օժանդակող սարքեր, տան գործերի ու անձնական խնամքի հետ կապված օգնություն, պաշտպանիչ վերահսկում, խնամքի կառավարում և այլ տեսակի ծառայություններ:
- **Բուժքույրական հաստատություններ (NF).** Հաստատություն է, որը խնամք է տրամադրում մարդկանց, որոնք չեն կարող ապահով կերպով իրենց տանն ապրել, սակայն հիվանդանոցում գտնվելու կարիք չունեն:

Ձեր խնամքի համակարգողը կօգնի հասկանալ յուրաքանչյուր ծրագիրը: Այս ծրագրերից որևէ մեկի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար, դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժնին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711, ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին): Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

## F. Ինչպես ստանալ Վարքագծային առողջության (Հոգեկան առողջություն և թմրանյութերի օգտագործման խանգարում) ծառայություններ

Դուք կարող եք ստանալ բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ Վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի ու Medi-Cal-ի կողմից: Health Net Cal MediConnect-ն ապահովագրում է հասանելիություն Վարքագծային առողջության ծառայություններին, որոնք ապահովագրվում են Medicare-ի և Medi-Cal-ի կողմից: Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված վարքագծային առողջության ծառայությունները չեն տրամադրվում Health Net Cal MediConnect-ի կողմից, սակայն մատչելի կլինեն իրավասու Health Net Cal MediConnect-ի անդամների համար Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (անգլերեն հապավումը՝ DMH) միջոցով և Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (անգլերեն հապավումը՝ DPH/SAPC) (ADS):

Ի՞նչ Medi-Cal Վարքագծային առողջության ծառայություններ են տրամադրվում Health Net Cal MediConnect-ից դուրս՝ Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (DMH) միջոցով և Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC)

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





Medi-Cal-ի մասնագիտական հոգեկան առողջության ծառայությունները մատչելի են ձեզ համար վարչաշրջանի Մասնագիտական հոգեկան առողջության ծրագրի (MHP) միջոցով, եթե դուք համապատասխանում եք Medi-Cal-ի հատուկ հոգեկան առողջության ծառայությունների բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին: Medi-Cal-ի հատուկ հոգեկան առողջության մասնագիտացված ծառայությունները, որոնք մատուցվում են Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (DMH) միջոցով և Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC) ներառում են՝

- Հոգեկան առողջության ծառայություններ (գնահատում, թերապիա, վերականգնում, օժանդակում և ծրագրի մշակում)
- Դեղորայքի աջակցության ծառայություններ
- Ցերեկային ինտենսիվ բուժում
- Ցերեկային վերականգնում
- Ճգնաժամային միջամտություն
- Ճգնաժամային կայունացում
- Չափահասների բնակելի բուժման ծառայություններ
- Ճգնաժամային բնակելի բուժման ծառայություններ
- Հոգեբուժական առողջության հաստատության ծառայություններ
- Հոգեբուժական ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայություններ
- Թիրախային գործի կառավարում

Դեղորայքի Medi-Cal ծառայությունները մատչելի են Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC), եթե դուք համապատասխանում եք Դեղորայքի Medi-Cal բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին: Դեղորայքի Medi-Cal ծառայությունները, որոնք տրամադրվում են Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի միջոցով (Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC) ներառում են՝

- Ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման ծառայություններ
- Բնակելի բուժման ծառայություններ
- Ամբուլատոր դեղերի անվճար ծառայություններ
- Թմրադեղերի բուժման ծառայություններ
- Նախընտանային ծառայություններ օփիոիդային կախվածության համար

Ի լրումն վերոնշյալ Դեղորայքի Medi-Cal ծառայությունների՝ դուք կարող եք ստանալ կամավոր ստացիոնար թունագերծման ծառայություններ, եթե դուք համապատասխանում եք բժշկական անհրաժեշտության չափանիշներին:

Դուք նաև կարող եք ստանալ բժշկական տեսանկյունից անհրաժեշտ Վարքագծային առողջության ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare-ի կողմից և տնօրինվում են Health Net Cal MediConnect Հոգեկան առողջության ցանցի միջոցով: Վարքագծային առողջության ծառայությունները ներառում են, բայց չեն սահմանափակվում՝

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ամբուլատոր ծառայություններ. Ամբուլատոր ճգնաժամային միջամտություն, կարճաժամկետ գնահատում և թերապիա, երկարաժամկետ մասնագիտացած թերապիա և ցանկացած վերականգնողական խնամք, որը կապված է Թմրանյութերի օգտագործման խանգարման հետ:
- Ստացիոնար ծառայություններ և պաշարներ. Երկու կամ ավելի մահճակալներով սենյակ, այդ թվում՝ հատուկ բուժման միավորներ, պաշարներ և օժանդակ ծառայություններ, որոնք սովորաբար մատուցվում են հաստատությունում:
- Խնամքի ստացիոնար և այլընտրանքային մակարդակներ. մասնակի հոսպիտալացում և ինտենսիվ ամբուլատոր ծառայություններ Medicare-ի կողմից հավաստագրված հաստատությունում:
- Թունազերծում. Սուր թունազերծման ու թմրանյութերի օգտագործման խանգարման հետ կապված սուր բժշկական վիճակի բուժման ստացիոնար ծառայություններ:
- Արտակարգ իրավիճակների ծառայություններ. զննում, ստուգում ու գնահատում՝ որոշելու համար առկա է արդյոք հոգեբուժական արտակարգ բժշկական վիճակ, ինչպես նաև հոգեբուժական արտակարգ բժշկական վիճակը թեթևացնելու կամ վերացնելու անհրաժեշտ խնամքն ու բուժումը:

Մատակարարների մասին տեղեկությունների համար տեսեք ձեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*: Կարող եք նաև դիմել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 (TTY՝ 711, ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Այցելեք մեր կայք հետևյալ հղումով՝ [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect):

**Վարքագծային առողջության ծառայությունների բացառությունները և սահմանափակումները**

Վարքագծային առողջության ծառայությունների բացառությունների և սահմանափակումների ցուցակի համար տեսեք Գլուխ 4-ի Մաս F-ը. Նպաստներ, որոնք չեն ապահովագրվում Health Net Cal MediConnect-ի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:

**Վարքագծային առողջության ծառայությունների բժշկական անհրաժեշտությունը որոշելու գործընթացը**

Ծրագիրը պետք է հաստատի Վարքագծային առողջության որոշակի ծառայություններն ու պաշարները, որպեսզի դրանք ապահովագրվեն: Խնդրում եք կարդալ Գլուխ 4-ը՝ պարզելու համար, թե որ ծառայություններն են պահանջում նախօրոք լիազորում: Այս ծառայությունների համար լիազորում ստանալու համար դուք պետք է զանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Ծրագիրը կուղարկի ձեզ պայմանագիր կնքած մոտակա հոգեկան առողջության մասնագետի մոտ, որը կգնահատի ձեր վիճակը, որոշելու՝ արդյոք հարկավոր է հետագա բուժում: Եթե ձեզ բուժում է հարկավոր, պայմանագիր կնքած հոգեկան առողջության մասնագետը բուժման ծրագիր կմշակի և կներկայացնի այդ ծրագիրը Health Net-ի դիտարկմանը: Բուժման ծրագրի ծառայությունները կապահովագրվեն, եթե հաստատվեն ծրագրի կողմից: Եթե ծրագիրը չի հաստատում բուժման ծրագիրը, ապա այդ վիճակի համար ոչ մի ծառայություններ կամ պաշարներ չեն ապահովագրվելու: Այնուամենայնիվ, ծրագիրը կարող է ուղարկել ձեզ վարչաշրջանի հոգեկան առողջության բաժին, որը կօգնի ձեզ ստանալ անհրաժեշտ խնամքը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ուղեգիր տալու ընթացակարգերը Health Net Cal MediConnect վարչաշրջանի Հոգեկան առողջության բաժանմունքի (DMH) և Լոս Անջելես վարչաշրջանի Հանրային առողջության բաժանմունքի (Թմբանյութերի օգտագործման խանգարման կանխում և վերահսկում) (DPH/SAPC) միջև:**

Health Net Cal MediConnect-ի Վարքագծային առողջության ծառայությունների ուղեգրերը կարող են արվել բազմաթիվ աղբյուրներից, ներառյալ՝ վարչաշրջանի վարքագծային առողջության մատակարարներից, վարչաշրջանի գործի մենեջերներից, PCP-ներից, անդամներից ու նրանց ընտանիքներից: Ուղեգրման այս աղբյուրները կարող են դիմել Health Net՝ զանգահարելով ձեր Անդամի ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով: Health Net-ը կհաստատի իրավասությունը և թույլ կտա ծառայությունները, եթե անհրաժեշտ են:

Health Net կաշխատի Լոս Անջելես վարչաշրջանի հետ՝ ձեզ համապատասխան ուղեգրի ու խնամքի համակարգման համար:

Վարչաշրջանի Մասնագիտացված հոգեկան առողջության և/կամ Ալկոհոլի և թմբանյութերի ծառայությունների համար ուղեգրերը կարող են արվել անմիջապես ձեր կողմից:

Խնամքի համակարգման ծառայությունները ներառում են ծառայությունների համակարգում PCP-ների, վարչաշրջանի Վարքագծային առողջության մատակարարների, վարչաշրջանի գործի մենեջերների, ձեր ու ձեր ընտանիքի կամ խնամակալի միջև, ինչպես անհրաժեշտ է:

**Ինչ անել, եթե խնդիր կամ զանգաստ ունեք Վարքագծային առողջության ծառայության մասին**

Այս մասում ներառված նպաստները ենթակա են բողոքարկման նույն գործընթացին, ինչպես և ցանկացած այլ նպաստները: Գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 9-ը՝ Ինչ անել, եթե խնդիր կամ զանգաստ ունեք (ապահովագրության որոշումներ, բողոքարկումներ, զանգաստներ):

**Վարքագծային առողջության ծառայություններ ստացող անդամների խնամքի շարունակականությունը ներկայումս**

Եթե ներկայումս Վարքագծային առողջության ծառայություններ եք ստանում, ապա կարող եք խնդրել շարունակել այցելել ձեր մատակարարին: Մեզանից պահանջվում է հաստատել այս խնդրանքը, եթե դուք կարող եք ընթացիկ փոխհարաբերություն ցույց տալ ձեր մատակարարի հետ՝ անդամագրմանը նախորդող 12 ամիսների ընթացքում: Եթե ձեր խնդրանքը հաստատվում է, ապա կարող եք շարունակել այցելել ձեր ընթացիկ մատակարարներին մինչև 12 ամիս ժամանակով: Առաջին 12 ամսից հետո մենք այլևս չենք ապահովագրելու ձեր խնամքը, եթե դուք շարունակում եք այցելել արտացանցային մատակարարի: Ձեր խնդրանքի համար օգնություն ստանալու հարցով խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## G. Ինչպես ստանալ փոխադրման ծառայություններ

Health Net Cal MediConnect-ը համագործակցում է LogistiCare Solutions-ի (LogistiCare) հետ՝ Cal MediConnect ծրագրին անդամագրված Health Net-ի անդամներին Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական փոխադրման (անգլերեն հապավումը՝ NEMT) և Ոչ բժշկական փոխադրման (անգլերեն հապավումը՝ NMT) ծառայություններ տրամադրելու համար:

### Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական փոխադրում (NEMT)

Ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական փոխադրում, որն անհրաժեշտ է ապահովագրված բժշկական ծառայությունները ստանալու համար և ենթակա է բժշկի, ատամնաբույժի կամ ոտնաթաթի օրթոպեդի գրավոր դեղատոմսին, և փայն այն դեպքում, երբ ստացողի բժշկական և ֆիզիկական վիճակը թույլ չեն տալիս այդ ստացողին ուղևորվել ավտոբուսով, մեքենայով, տաքսիով կամ այլ տեսակի հասարակական կամ մասնավոր փոխադրամիջոցով:

### Ոչ բժշկական փոխադրում (NMT)

NMT-ն ներառում է փոխադրում բժշկական ծառայություններ ստանալու համար մեքենայով, տաքսիով կամ այլ տեսակի հասարակական/մասնավոր փոխադրամիջոցով, որը տրամադրվում է այն մարդկանց կողմից, ովքեր գրանցված չեն որպես Medi-Cal-ի մատակարարներ:

NMT փոխադրումը չի ներառում հիվանդ, վիրավոր, հաշմանդամ, ապաքինվող, անկայուն կամ այլ կերպ անկարող անդամների բժշկական փոխադրումը շտապ օգնության մեքենայով, բարձրացնող ֆուրգոնով կամ անվասայլակի համար նախատեսված ֆուրգոնով:

NMT փոխադրման նպաստները բաղկացած են.

- Անսահմանափակ երկկողմանի անվճար ուղևորություններ ամեն անդամի համար ամեն օրացուցային տարում
- Գտնվելու վայրից դեպի տեղափոխման վայր ծառայություններ
- Տաքսի, սովորական ուղևորական մեքենա, փոքր ֆուրգոն
- Ծառայություն տնից դեպի բժշկական այցելություն ու հետ
- Սպասարկման տարածքի ներքո մղոնների սահմանափակում չկա
- Ընտանիքի մեկ անդամի կամ խնամակալի ներառում՝ առանց լրացուցիչ վճարի
- Դուք կարող եք խնդրել վարորդին կանգ առնել դեղատանը, ճառագայթաբանության ծառայություններ տրամադրողի մոտ կամ լաբորատորիայում՝ բժշկի գրասենյակից վերադառնալիս (դա չի հաշվվի որպես առանձին ուղևորություն)

Վերոնշյալ փոխադրման ծառայությունները խնդրելու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

Փոխադրման հայցը պետք է ուղարկվի յոթ աշխատանքային օր շուտ և ոչ արտակարգ իրավիճակների բժշկական փոխադրման, և ոչ բժշկական փոխադրման համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե ձեզ հարկավոր է ծառայություններ կազմակերպել ավելի կարճ ծանուցագրով, այս հայցերը կդիտարկվեն յուրաքանչյուր գործի հիմունքով և կախված կլինեն ժամադրության բնույթից, բժշկական ծառայության ժամանակից ու փոխադրման ռեսուրսների մատչելիությունից:

## Ինչպես ստանալ ապահովագրված ծառայություններ, երբ դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք, խնամքի հրատապ կարիք ունեք, կամ աղետի դեպքում

### Խնամքի ստացումը, երբ դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք

#### Ի՞նչ է բժշկական արտակարգ իրավիճակը:

Բժշկական արտակարգ իրավիճակը բժշկական վիճակ է այնպիսի ախտանիշներով, ինչպիսիք են սաստիկ ցավը կամ լուրջ վնասվածքը: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե այն չստանա անհապաղ բժշկական ուշադրություն, ապա դուք կամ առողջության ու բժշկության միջին գիտելիքներով որևէ մարդ կարող է ակնկալել, որ տեղի կունենա հետևյալը.

- Լուրջ վտանգ ձեր կամ ձեր դեռ չծնված երեխայի առողջությանը, **կամ**
- Լուրջ վնաս մարմնի գործառույթներին, **կամ**
- Մարմնի օրգանի կամ որևէ մասի լուրջ դիսֆունկցիա, **կամ**
- Հղի կնոջ դեպքում՝ ակտիվ երկունք, երբ.
  - » չկա բավարար ժամանակ ձեզ ապահով կերպով մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխելու համար՝ նախքան ծննդաբերության սկիզբը:
  - » մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգի տակ դնել անդամի ու չծնված երեխայի առողջությունն ու անվտանգությունը:

#### Ի՞նչ է պետք անել, եթե դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք:

Եթե դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակում եք.

- **Օգնություն ստացեք որքան հնարավոր է շուտ:** Չանգահարեք 911 օգնության համար կամ այցելեք մոտակա արտակարգ իրավիճակների սենյակ կամ հիվանդանոց: Շտապ օգնություն կանչեք, եթե դրա կարիքն ունեք: Ձեզ թույլտվություն կամ ուղեգիր հարկավոր չէ ձեր PCP-ից:
- **Որքան հնարավոր է շուտ համոզվեք, որ տեղեկացրել եք մեր ծրագրին ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին:** Մենք պետք է հետևենք ձեր շտապ օգնության խնամքին: Դուք կամ մեկ այլ անձ պետք է զանգահարի ու տեղեկացնի մեզ ձեր արտակարգ իրավիճակի մասին՝ սովորաբար 48 ժամվա ընթացքում: Սակայն դուք ոչինչ չեք վճարելու արտակարգ իրավիճակի ծառայությունների համար, նույնիսկ եթե մեզ ուշ տեղեկացնեք այդ մասին: Դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ի՞նչն է ապահովագրված, եթե դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակ ունեք:**

Դուք կարող եք ապահովագրված շտապ օգնության բժշկական խնամք ստանալ, երբ դրա կարիքն ունեք, Միացյալ Նահանգների կամ նրա տարածքների ցանկացած վայրում: Եթե ձեզ շտապ օգնության մեքենա է հարկավոր արտակարգ իրավիճակների սենյակ գնալու համար, մեր ծրագիրն ապահովագրում է դա: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակը:

Դուք կարող եք ապահովագրված արտակարգ իրավիճակների բժշկական խնամք ստանալ Միացյալ Նահանգներից դուրս: Այս նպաստը սահմանափակվում է տարեկան \$50 000-ով: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք այս գրքույկի Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակի «Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/հրատապ ապահովագրություն» հատվածը, կամ զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

Արտակարգ իրավիճակի ավարտից հետո ձեզ կարող է հետբուժական խնամք պահանջվել՝ համոզվելու համար, որ դուք լավանում եք: Ձեր հետբուժական խնամքը կապահովագրվի մեր կողմից: Եթե դուք ստանում եք ձեր շտապ օգնության խնամքն արտացանցային մատակարարից, մենք կփորձենք գտնել ցանցի մատակարարներ, որոնք կստանան ձեր խնամքը որքան հնարավոր է շուտ:

**Ի՞նչ անել, եթե դա բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէր:**

Երբեմն դժվար է իմանալ, թե արդյոք դուք բժշկական արտակարգ իրավիճակ ունեք, թե ոչ: Դուք կարող եք դիմել շտապ օգնության խնամքի համար, իսկ բժիշկը կարող է ասել, որ դա իրոք բժշկական արտակարգ իրավիճակ չէր: Քանի դեռ ողջամտորեն կարծում էիք, որ ձեր առողջությունը լուրջ վտանգի տակ էր, մենք կապահովագրենք ձեր խնամքը:

Սակայն, այն բանից հետո, երբ բժիշկն ասում է, որ դա արտակարգ իրավիճակ չէր, մենք կապահովագրենք լրացուցիչ խնամքը *միայն*, եթե

- Դուք այցելում եք ցանցի մատակարարի, **կամ**
- Ձեր ստացված լրացուցիչ խնամքը համարվում է «հրատապ անհրաժեշտ խնամք», և դուք հետևում եք այս հրատապ խնամքը ստանալու կանոններին: (Տեսեք հաջորդ մասը):

**Հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ստացում**

**Ի՞նչ է հրատապ անհրաժեշտ խնամքը:**

Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը շտապ օգնություն չպահանջող, անսպասելի հիվանդություն է, փաստվածք կամ վիճակ, որն անհապաղ խնամք է պահանջում: Օրինակ, դուք կարող եք ունենալ ընթացիկ վիճակի անսպասելի սրացում, որը պետք է բուժվի:

Հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ստացում, երբ դուք ծրագրի սպասարկման տարածքում եք

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Շատ դեպքերում մենք կապահովագրենք հրատապ անհրաժեշտ խնամքը *միայն*, եթե.

- Դուք ստանում եք այդ խնամքը ցանցի մատակարարից, **և**
- Դուք հետևում եք այս գլխում նկարագրված մյուս կանոններին:

Սակայն, եթե ցանցի մատակարարի չէք կարող այցելել, մենք կապահովագրենք հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը դուք ստանում եք արտացանցային մատակարարներից:

Լուրջ արտակարգ իրավիճակներում. Չանգահարեք «911» կամ գնացեք մոտակա հիվանդանոց:

Եթե ձեր վիճակն այդքան ծանր չէ. Չանգահարեք ձեր PCP-ին կամ բժշկական խմբին, կամ, եթե չէք կարող գանգահարել նրանց կամ ձեզ անհապաղ բժշկական խնամք է հարկավոր, գնացեք մոտակա բժշկական կենտրոն, հրատապ խնամքի կենտրոն կամ հիվանդանոց:

Եթե վստահ չեք՝ առկա է արդյոք արտակարգ իրավիճակի բժշկական վիճակ, ապա կարող եք օգնության համար գանգահարել ձեր բժշկական խմբին կամ PCP-ին:

Ձեր բժշկական խումբը մատչելի է օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր՝ բժշկական խնամքի մասին ձեր հեռախոսագանգերին պատասխանելու համար, եթե կարծում եք, որ այն անհրաժեշտ է անհապաղ: Նրանք կգնահատեն ձեր իրավիճակն ու ձեզ ցուցումներ կտան՝ ուր գնալ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը ստանալու համար:

Եթե վստահ չեք՝ արդյոք արտակարգ իրավիճակի, թե հրատապ խնամքի կարիք ունեք, խնդրում ենք կապ հաստատել

Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), որպեսզի ձեզ միացնեն բուժքույրական խորհրդի ծառայություններին: Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Որպես Health Net Cal MediConnect-ի անդամ՝ դուք կարող եք օգտվել նախնական վիճակի գնահատման կամ գնման ծառայություններից՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր:

### **Հրատապ անհրաժեշտ խնամքի ստացում, երբ դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս**

Երբ դուք գտնվում եք ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, հնարավոր է, որ չկարողանաք խնամք ստանալ ցանցի մատակարարից: Այդ դեպքում մեր ծրագիրը կապահովագրի հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը դուք կստանաք որևէ այլ մատակարարից:

- ➔ Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը ստացվել է Միացյալ Նահանգներից դուրս, կարող է արտակարգ իրավիճակ համարվել՝ միջազգային արտակարգի իրավիճակի/հրատապ ապահովագրության նպաստի համաձայն: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք այս գրքույկի Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակի «Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/հրատապ ապահովագրություն» հատվածը:



## Աղետի ժամանակ խնամքի ստացում

Եթե ձեր նահանգապետը, ԱՄՆ Առողջության և մարդու ծառայությունների քարտուղարը կամ Միացյալ Նահանգների նախագահը հայտարարի աղետ կամ արտակարգ իրավիճակ ձեր աշխարհագրական տարածքում, ձեզ միևնույն է խնամք է հասնում Health Net Cal MediConnect-ից:

Հայտարարված աղետի դեպքում խնամք ստանալու մասին տեղեկությունների համար խնդրում ենք այցելել մեր [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:

Հայտարարված աղետի ժամանակ, եթե չեք կարող օգտվել ցանցի մատակարարից, մենք ձեզ թույլ կտանք խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարներից՝ անվճար ձեզ համար: Եթե հայտարարված աղետի ժամանակ դուք չեք կարող օգտվել ցանցի դեղատնից, ապա կկարողանաք ստանալ ձեր դեղատոմսային դեղերն արտացանցային դեղատնից: Տեսեք Գլուխ 5-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

---

## I. Ի՞նչ անել, եթե դուք ուղղակիորեն հաշիվ եք ստանում մեր ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայությունների արժեքի համար:

---

Եթե մատակարարը ձեզ հաշիվ է ուղարկում՝ այն ծրագրին ուղարկելու փոխարեն, դուք պետք է խնդրեք մեզ վճարել հաշվի մեր բաժինը:

➔ **Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը: Եթե վճարեք, հնարավոր է, որ ծրագիրը չկարողանա փոխհատուցել ձեզ այդ գումարը:**

Եթե վճարել եք ապահովագրված ծառայությունների համար, **կամ** եթե հաշիվ եք ստացել ապահովագրված բժշկական ծառայությունների լրիվ արժեքի համար, կարդացեք **Գլուխ 7-ը**՝ պարզելու համար, թե ինչ է պետք անել:

## Ի՞նչ է պետք անել, եթե ծառայությունները չեն ապահովագրվում մեր ծրագրի կողմից:

Health Net Cal MediConnect-ն ապահովագրում է բոլոր ծառայությունները՝

- Որոնք անհրաժեշտ են համարվում, **և**
- Նշված են ծրագրի Նպաստների աղյուսակում (տեսեք Գլուխ 4-ը), **և**
- Որոնք դուք ստանում եք՝ հետևելով ծրագրի կանոններին:

➔ Եթե դուք ծրագրի կողմից չապահովագրված ծառայություններ եք ստանում, ապա **պետք է ինքներդ վճարեք դրանց լրիվ արժեքը:**

Եթե ցանկանում եք պարզել, թե արդյոք մենք կվճարենք որևէ բժշկական ծառայության կամ խնամքի համար, դուք իրավունք ունեք մեզ հարցնել այդ մասին: Դուք իրավունք ունեք նաև խնդրել սա գրավոր ձևով: Եթե մենք տեղեկացնում ենք, որ չենք վճարի ձեր ծառայությունների համար, դուք իրավունք ունեք բողոքարկել մեր որոշումը:

Գլուխ 9-ը բացատրում է՝ ինչ անել, եթե ցանկանում եք, որ մենք բժշկական պարագա կամ ծառայություն ապահովագրենք: Այն նաև տեղեկացնում է, թե ինչպես բողոքարկել ապահովագրության մասին մեր որոշումը: Դուք կարող եք նաև զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ ձեր բողոքարկելու իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





Մենք կվճարենք որոշ ծառայությունների համար որոշակի չափով: Եթե դուք գերազանցում եք այդ սահմանաչափը, պետք է ինքներդ վճարեք լրիվ արժեքն այդ տեսակի ծառայություն կրկին ստանալու համար: Չանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին այդ սահմանաչափերը պարզելու համար, ինչպես նաև տեղեկանալու, թե որքան մոտ եք արդեն այդ սահմանաչափերին:

---

## **Ջ. Ինչպե՞ս են ապահովագրվում ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները, երբ դուք մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը:**

---

### **Ի՞նչ է կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությունը:**

*Կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությունը (նաև կոչվում է կլինիկական փորձարկում) այն միջոցն է, որով բժիշկները ստուգում են առողջապահական խնամքի կամ դեղերի նոր տեսակները: Նրանք խնդրում են կամավորների օգնել ուսումնասիրության անցկացմանը: Այս տեսակի ուսումնասիրությունն օգնում է բժիշկներին որոշել՝ արդյոք նոր տեսակի առողջական խնամքը կամ դեղն արդյունավետ է ու ապահով, թե ոչ:*

Երբ Medicare-ը հաստատում է ուսումնասիրությունը, որին դուք ցանկանում եք մասնակցել, ապա ուսումնասիրության անձնակազմից որևէ մեկը կապ կհաստատի ձեզ հետ: Այդ անձը կպատմի ձեզ ուսումնասիրության մասին և կորոշի, թե արդյոք դուք որակավորվում եք մասնակցության համար: Կարող եք մասնակցել այդ ուսումնասիրությանը, եթե համապատասխանում եք պայմաններին: Դուք նաև պետք է հասկանաք և ընդունեք, թե ինչ պետք է անեք ուսումնասիրության շրջանակներում:

Քանի դեռ ուսումնասիրության մասնակից եք, կարող եք շարունակել մնալ մեր ծրագրում: Այդպիսով, դուք կշարունակեք ստանալ ուսումնասիրությանը չվերաբերվող խնամքը:

Եթե ցանկանում եք մասնակցել Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, ձեզ հարկավոր չէ մեր կամ ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի համաձայնությունը: Ուսումնասիրության մաս կազմող խնամքի մատակարարները պարտադիր չէ, որ լինեն մեր ցանցի մատակարարներ:

**Դուք պետք է տեղեկացնեք մեզ կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը ձեր մասնակցության մասին:** Եթե պլանավորում եք մասնակցել կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, դուք կամ ձեր խնամքի համակարգողը պետք է կապ հաստատի Անդամների ծառայությունների բաժնի հետ՝ տեղեկացնելու, որ դուք մասնակցելու եք կլինիկական հետազոտության:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԴԴ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Երբ մասնակցում եք կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, ո՞վ և ինչի՞ համար է վճարում:

Երբ դուք կամավոր միանում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, դուք ոչինչ չեք վճարի ապահովագրված ծառայությունների համար. Medicare-ն է վճարելու ապահովագրված ծառայությունների համար այս ուսումնասիրության շրջանակերում, ինչպես նաև ձեր խնամքի հետ կապված ընթացիկ ծախսերի համար: Երբ դուք միանում եք Medicare-ի կողմից հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը, դուք ապահովագրված եք շատ պարագաների ու ծառայությունների համար, որոնք ստանում եք որպես ուսումնասիրության մասնակից: Սա ներառում է.

- Մենյակ և սնունդ հիվանդանոցում, որի համար կվճարեր Medicare-ը, եթե նույնիսկ չմասնակցեիք ուսումնասիրությանը:
- Վիրահատություն կամ այլ բժշկական ընթացակարգ, եթե դա հետազոտության ուսումնասիրության մասն է:
- Նոր խնամքի կողմնակի ազդեցությունների ու բարդացումների բուժում:

Եթե դուք մասնակցում եք մի ուսումնասիրության, որը Medicare-ը չի հաստատել, դուք **պետք է վճարեք ուսումնասիրությանը ձեր մասնակցելու հետ կապված բոլոր ծախսերը:**

### Իմանալ ավելին

Դուք կարող եք իմանալ ավելին կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությանը մասնակցելու մասին՝ կարդալով «Medicare և կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրություններ» հրապարակումը Medicare-ի կայքում (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>): Դուք կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

---

## Կ. Ինչպե՞ս են ապահովագրվում ձեր առողջական խնամքի ծառայությունները, երբ դուք գտնվում եք կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում:

---

### Ի՞նչ է կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունը:

*Կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունը* վայր է, որն այնպիսի խնամք է տրամադրում, որը դուք սովորաբար կստանայիք հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում: Եթե հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում խնամքի ստացումը հակասում է ձեր կրոնական հավատքին, մենք կապահովագրենք խնամքը կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում: Դուք կարող եք որոշել առողջական խնամք ստանալ ցանկացած ժամանակ, ցանկացած պատճառով: Այս նպաստը տրամադրվում է միայն Medicare Ա մաս ստացիոնար ծառայությունների համար (ոչ բժշկական առողջական խնամքի ծառայություններ): Medicare-ը կվճարի միայն ոչ բժշկական առողջական խնամքի ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատություններում:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 58



### **Կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում տրամադրվող ո՞ր խնամքն է ապահովագրում մեր ծրագիրը:**

Կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում խնամք ստանալու համար դուք պետք է իրավական փաստաթուղթ ստորագրեք, որն ասում է, որ դուք դեմ եք «չբացառված» բժշկական բուժում ստանալուն:

- «Չբացառված» բժշկական բուժումը ցանկացած խնամք է, որը կամավոր է և չի պահանջվում դաշնային, նահանգային կամ տեղային որևէ օրենքով:
- «Բացառված» բժշկական բուժումը խնամք է, որը կամավոր չէ և պահանջվում է դաշնային, նահանգային կամ տեղային օրենքով:

Մեր ծրագրով ապահովագրվելու համար՝ կրոնական, ոչ բժշկական առողջական խնամքի հաստատությունում ստացած խնամքը պետք է համապատասխանի հետևյալ պայմաններին.

- Խնամք տրամադրող հաստատությունը պետք է Medicare-ի կողմից հաստատված լինի:
- Մեր ծրագրի ապահովագրումը սահմանափակվում է խնամքի ոչ-կրոնական տեսանկյուններով:
- Եթե դուք այս հաստատությունից ծառայություններ եք ստանում, որոնք ձեզ են տրամադրվում հաստատությունում, ապա կիրառվում է հետևյալը.
  - » Դուք պետք է բժշկական վիճակ ունենաք, որը ձեզ թույլ է տալիս ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ստացիոնար հիվանդանոցային կամ հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի համար:
  - » Դուք պետք է հավանություն ստանաք մեզանից, նախքան հաստատություն ընդունվելը, հակառակ դեպքում՝ ձեր այնտեղ ֆսալը չի ապահովագրվի:

Այս նպաստն ունի անսահմանափակ ապահովագրում, եթե համապատասխանում եք վերոնշյալ պահանջներին:

---

## **L. Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորման սեփականության (DME) կանոններ**

---

### **Արդյո՞ք DME-ն կդառնա ձեր սեփականությունը**

Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորում (անզլերեն հապավում՝ DME) նշանակում է որոշակի պարագաներ, որոնք մատակարարը պատվիրել է ձեր տանն օգտագործելու համար: Այս պարագաների օրինակներն են անվասայլակները, հենակները, էլեկտրական ներքնակների համակարգերը, շաքարախտի պաշարները, հիվանդանոցային մահճակալներ, որոնք մատակարարը պատվիրել է տանը օգտագործելու համար, IV ինֆուզիոն պոմպեր, խոսք արտադրող սարքեր, թթվածնային սարքավորում և պարագաներ, ներուլայզերներ եւ քայլակներ:

Որոշակի պարագաներ, ինչպես օրինակ՝ պրոթեզները, միշտ պատկանում են ձեզ: Այս մասում մենք քննարկում ենք DME-ները, որը դուք պետք է վարձակալեք:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Medicare-ում, այն մարդիկ, որոնք վարձակալում են որոշակի DME-ներ, դառնում են այդ սարքավորման սեփականատերը 13 ամիս հետո: Որպես մեր ծրագրի անդամ՝ դուք կարող եք դառնալ DME-ի սեփականատերը, եթե այն բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է, և դուք ունեք տվյալ պարագայի երկարաժամկետ կիրառման կարիք: Բացի դրանից, պարագան պետք է թույլատրվի, կազմակերպվի և համակարգվի ձեր PCP-ի, բժշկական խմբի և/կամ Health Net-ի կողմից: Ձանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711)՝ ստանալու լրացուցիչ տեղեկություններ տևական օգտագործման բժշկական սարքավորման վարձակալության կամ սեփականության պահանջների մասին, ինչպես նաև ձեզանից պահանջվող փաստաթղթերի մասին: Ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է:

Որոշակի պարագաներում մենք կփոխանցենք DME-ի սեփականությունը ձեզ: Ձանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ տեղեկանալու այն պահանջներին, որոնց պետք է համապատասխանեք, և փաստաթղթերին, որոնք պետք է ներկայացնեք:

Եթե տևական օգտագործման բժշկական սարքավորումը ձեր սեփականությունն է դառնում, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք, և սարքավորումը պահանջում է սպասարկում, ապա մատակարարին թույլ է տրվում հաշիվ ներկայացնել վերականգնման ծախսերի համար:

### **Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե տեղափոխվում եք Medicare:**

Դուք պետք է 13 հաջորդական վճարումներ կատարեք, լինելով Բնօրինակ Medicare-ում, որպեսզի տիրանաք DME պարագային, եթե՝

- Դուք չեք տիրացել DME-ն, քանի դեռ մեր ծրագրում էիք, **և**
- Դուք հեռանում եք մեր ծրագրից և ստանում եք ձեր Medicare նպաստները Բնօրինակ Medicare-ի շրջանակներից դուրս գործող առողջապահական ծրագրից:

Եթե դուք Բնօրինակ Medicare-ում վճարումներ եք կատարել DME-ի համար, նախքան մեր ծրագրին միանալը, ապա այդ նախկին վճարումները Medicare-ին նույնպես չեն հաշվվում 13 վճարումների դիմաց: Դուք պետք է 13 նոր հաջորդական վճարումներ կատարեք, լինելով Բնօրինակ Medicare-ում, որպեսզի տիրանաք DME պարագային:

➔ Այս դեպքի համար բացառություններ չկան, երբ դուք վերադառնում եք Բնօրինակ Medicare:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 4. Նպաստների աղյուսակ

---

### Բովանդակություն

A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունների ըմբռումը .....	62
B. Մեր ծրագիրը թույլ չի տալիս մատակարարներին ձեզանից գանձումներ կատարել ծառայությունների համար .....	62
C. Նպաստների աղյուսակի մասին .....	62
D. Նպաստների աղյուսակ .....	64
E. Health Net Cal MediConnect-ից դուրս ապահովագրվող նպաստներ .....	104
Կալիֆորնիայի համայնքային անցումներ (CCT) .....	104
Medi-Cal ատաճաբուժական ծրագիր .....	105
Անբուժելի հիվանդների խնամք .....	106
F. Նպաստներ, որոնք չեն ապահովագրվում Health Net Cal MediConnect-ի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից .....	107

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## A. Ձեր ապահովագրված ծառայությունների ըմբռումը

Այս գլուխը տեղեկացնում է, թե ինչ ծառայությունների համար է վճարում մեր ծրագիրը: Դուք նաև կարող եք տեղեկանալ, թե որ ծառայություններն ապահովագրված չեն: Դեղերի նպաստների մասին տեղեկությունները ներկայացված են Գլուխ 5-ում: Այս գլուխը նաև բացատրում է որոշ ծառայությունների սահմանափակումները:

Քանի որ դուք աջակցություն եք ստանում Medi-Cal-ից, դուք ոչինչ չեք վճարում ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար, քանի դեռ հետևում եք ծրագրի կանոններին: Տեսեք Գլուխ 3-ը ծրագրի կանոններին ծանոթանալու համար:

Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ապահովագրված ծառայությունները հասկանալու համար, զանգահարեք ձեր խնամքի համակարգողին և/կամ Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

## B. Մեր ծրագիրը թույլ չի տալիս մատակարարներին ձեզանից գանձումներ կատարել ծառայությունների համար

Մենք արգելում ենք մեր ծրագրի մատակարարներին ձեզ հաշիվներ ներկայացնել ապահովագրված ծառայությունների համար: Մենք ուղղակիորեն վճարում ենք մեր մատակարարներին և պաշտպանում ձեզ որևէ գանձումներից: Սա կիրառելի է, նույնիսկ եթե մենք վճարում ենք մատակարարին ավելի քիչ, քան մատակարարի գանձումներն են ծառայության համար:

➔ **Դուք երբեք չպետք է հաշիվ ստանաք մատակարարից ապահովագրված ծառայությունների համար: Եթե ստացել եք, տեսեք Գլուխ 7-ը կամ զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:**

## C. Նպաստների աղյուսակի մասին

Նպաստների աղյուսակը տեղեկացնում է ձեզ, թե որ ծառայությունների համար է վճարում ծրագիրը: Այն թվարկում է ծառայություններն այբբենական կարգով և բացատրում ապահովագրված ծառայությունները:

**Մենք կվճարենք Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար, միայն եթե պահպանվում են հետևյալ կանոնները:** Դուք ոչինչ չեք վճարում Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար, քանի դեռ համապատասխանում եք ապահովագրության ներքոնշյալ պայմաններին:

- Ձեր Medicare և Medi-Cal ապահովագրված ծառայությունները պետք է տրամադրվեն՝ համաձայն Medicare-ով և Medi-Cal-ով սահմանված կանոնների:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:



**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ծառայությունները (այդ թվում՝ բժշկական խնամքը, վարքագծային առողջության և թմրանյութերի օգտագործման ծառայությունները, երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը, պաշարները, սարքավորումը և դեղերը) պետք է բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ լինեն: «Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ» նշանակում է, որ ծառայությունները հարկավոր են բժշկական վիճակի կանխման, ախտորոշման կամ բուժման համար: «Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ/բժշկական անհրաժեշտությունը» վերաբերում է բոլոր ապահովագրված ծառայություններին, որոնք խելամիտ են և անհրաժեշտ՝ կյանքը պաշտպանելու, լուրջ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն կանխելու կամ սաստիկ ցավը մեղմելու համար՝ հիվանդության կամ ժառանգորդի ախտորոշման կամ բուժման միջոցով:
- Դուք ստանում եք ձեր խնամքը ցանցի մատակարարից: Ցանցի մատակարարն այն մատակարարն է, որն աշխատում է մեզ հետ: Շատ դեպքերում մենք չեք վճարի արտացանցային մատակարարից ստացված ձեր խնամքի համար: Գլուխ 3-ը լրացուցիչ տեղեկություններ է պարունակում ցանցի և արտացանցային մատակարարներից օգտվելու վերաբերյալ:
- Դուք ունեք առաջնային խնամքի մատակարար (անգլերեն հապավում՝ PCP) կամ խնամքի թիմ, որը տրամադրում և կառավարում է ձեր խնամքը: Շատ դեպքերում ձեր PCP-ն պետք է հավանություն տա՝ նախքան դուք կարող եք ցանցի այլ մատակարարների մոտ գնալ: Սա կոչվում է ուղեգիր: Գլուխ 3-ը լրացուցիչ տեղեկություններ է տրամադրում ուղեգիր ստանալու մասին, ինչպես նաև բացատրում է՝ երբ ձեզ ուղեգիր հարկավոր չէ:
- Դուք պետք է խնամք ստանաք մատակարարներից, որոնք փոխկապված են ձեր PCP-ի բժշկական խմբի հետ:
- Տեսեք Գլուխ 3-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
- Նպաստների աղյուսակում թվարկված որոշ ծառայություններ ապահովագրվում են միայն, եթե ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարար նախապես հավանություն է ստանում մեզանից: Սա կոչվում է *նախօրոք լիազորում*: Նախապես հավանություն պահանջող ապահովագրված ծառայությունները նշված են Նպաստների աղյուսակում շեղագիր տառատեսակով:

Բոլոր կանխարգելիչ ծառայություններն անվճար են: Դուք կտեսնեք այս խնձորը 🍏 նպաստների աղյուսակում կանխարգելիչ ծառայությունների կողքին:



## D. Նպաստների աղյուսակ

<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
	<p><b>Որովայնային աորտայի անևրիզմի զննում</b></p> <p>Մենք վճարում ենք մեկ անգամ արվող զննման ուլտրաձայնային ծառայությունների համար ռիսկի տակ գտնվող անձանց համար: Ծրագիրն ապահովագրում է այս զննումը միայն, եթե դուք ունեք վտանգի որոշակի գործոններ, և եթե դուք ուղեգիր ստանաք ձեր բժշկից, օգնական բժշկից, մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բուժքրոջից կամ կլինիկական բուժքույր-մասնագետից:</p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>
	<p><b>Ասեղնաբուժություն</b></p> <p>Մենք կվճարենք երկու ամբուլատոր ասեղնաբուժության ծառայությունների համար մեկ օրացուցային ամսում, կամ ավելի հաճախ, եթե դրանք անհրաժեշտ են բժշկական տեսակետից:</p>
	<p><b>Ալկոհոլի չարաշահման զննում և խորհրդատվություն</b></p> <p>Մենք կվճարենք ալկոհոլի չարաշահման մեկ զննման (անգլերեն հապավումը՝ SBIRT) համար այն մարդկանց համար, որոնք ալկոհոլը չարաշահում են, սակայն ալկոհոլից կախվածություն չունեն: Սա ընդգրկում է հղի կանանց:</p> <p>Եթե ալկոհոլի չարաշահման ձեր զննումը դրական պատասխան է տալիս, դուք կարող եք ստանալ տարեկան մինչև չորս կարճ, դեմ առ դեմ խորհրդատվական սեանսներ (եթե դուք ի վիճակի եք և զգոն խորհրդատվության ընթացքում), որոնք տրամադրվում են որակավորված առաջնային խնամքի մատակարարի կողմից կամ մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետի կողմից առաջնային խնամքի պայմաններում:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:









<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
<p><b>Շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններ</b></p> <p>Շտապ օգնության մեքենայի ապահովագրված ծառայությունները ներառում են գետնով, ֆիքսված և պտտվող թևքերով, գետնով շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններ: Շտապ օգնության մեքենան ձեզ կտեղափոխի մոտակա վայր, որտեղ կարող են ձեզ խնամք տրամադրել:</p> <p>Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ խնամք մատուցող վայր հասնելու մյուս միջոցները կարող են վտանգել ձեր առողջությունը կամ կյանքը: Շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններն այլ դեպքերի համար պետք է հաստատվեն մեր կողմից:</p> <p>Այն դեպքերը, որոնք արտակարգ իրավիճակներ չեն, մենք, <i>հնարավոր է</i>, կվճարենք շտապ օգնության մեքենայի համար: Ձեր վիճակը պետք է այնքան լուրջ լինի, որ խնամք մատուցող վայր հասնելու մյուս միջոցները կարող են վտանգել ձեր կյանքը կամ առողջությունը:</p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
<p> <b>Տարեկան առողջապահական այցեր</b></p> <p>Դուք կարող եք անցնել տարեկան ստուգում: Սա արվում է ձեր ներկա վտանգի գործոնների հիման վրա անհատական կանխարգելիչ ծրագիր մշակելու կամ այն թարմացնելու համար: Մենք կվճարենք դրա համար մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ:</p>	
<p> <b>Ոսկրի զանգվածի չափում</b></p> <p>Մենք կվճարենք որոշակի ընթացակարգերի համար որակավորվող անդամների համար (սովորաբար սա նշանակում է նրանք, ովքեր ոսկրի զանգվածի կորստի կամ օստեոպորոզի վտանգի տակ են): Այս ընթացակարգերը պարզում են ոսկրի զանգվածը, հայտնաբերում ոսկրի կորուստը կամ որոշում ոսկրի որակը: Մենք կվճարենք ծառայությունների համար յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ կամ ավելի հաճախ, եթե անհրաժեշտ է բժշկական տեսանկյունից: Մենք նաև կվճարենք բժշկի կողմից արդյունքների ուսումնասիրության ու մեկնաբանության համար:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	



**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 65



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
	<p><b>Կրծքի քաղցկեղի զննում (մամոգրաֆիաներ)</b></p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Մեկ ելակետային մամոգրաֆիա՝ 35-ից 39-ը տարեկանում</li> <li>▪ Մեկ զննման մամոգրաֆիա յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ՝ 40 և ավելի բարձր տարիքի կանանց համար</li> <li>▪ Կրծքի կլինիկական ստուգումն ապահովագրվում է մեկ անգամ՝ յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ</li> </ul>
	<p><b>Արտային (սրտի) վերականգնման ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք արտային վերականգնման ծառայությունների համար, ինչպես օրինակ՝ վարժություն, ուսուցում և խորհրդատվություն: Անդամները պետք է համապատասխանեն որոշակի պայմանների և ունենան բժշկի ուղեգիր: Մենք նաև ապահովագրում ենք <i>ինտենսիվ</i> արտային վերականգնման ծրագրերը, որոնք սովորաբար ավելի ինտենսիվ են, քան արտային վերականգնման ծրագրերը:</p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>
	<p><b>Արտանոթային (սրտի) հիվանդության ռիսկի նվազեցման այց (սրտի հիվանդության թերապիա)</b></p> <p>Մենք վճարում ենք տարեկան մեկ այցի համար ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի մոտ սրտի հիվանդության ռիսկը նվազեցնելու օգնության նպատակով: Այս այցի ընթացքում ձեր բժիշկը կարող է.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Քննարկել ասպիրինի օգտագործումը,</li> <li>▪ Ստուգել ձեր արյան ճնշումը, և/կամ</li> <li>▪ Ձեզ խորհուրդներ տալ լավ սնվելու վերաբերյալ:</li> </ul>
	<p><b>Արտանոթային (սրտի) հիվանդության ստուգում</b></p> <p>Մենք վճարում ենք արյան անալիզների համար՝ արտանոթային հիվանդության հայտնաբերման նպատակով, յուրաքանչյուր հինգ տարին մեկ անգամ (60 ամիս): Այս արյան անալիզները նաև ստուգում են թերությունները՝ կապված սրտի հիվանդության ավելի բարձր վտանգի հետ:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
 <p><b>Արգանդի վզիկի և հեշտոցի քաղցկեղի զննում</b></p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Բոլոր կանանց համար. Պապ թեստեր և կոնքի ստուգումներ յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ</li> <li>▪ Արգանդի պարանոցի կամ հեշտոցի քաղցկեղ ունենալու բարձր ռիսկ ունեցող կանանց համար. մեկ Պապ թեստ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ</li> <li>▪ Վերջին 3 տարիների ընթացքում ոչ նորմալ Պապ թեստ ունեցող և ծննդաբերերության համար ունակ տարիքի կանանց համար. մեկ Պապ թեստ յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ</li> </ul>	
<p><b>Բեկաբուժական ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ողնաշարի մանիպուլյացիաներ ողնաշարն ուղղելու նպատակով</li> </ul> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
 <p><b>Կոլոռեկտալ քաղցկեղի զննում</b></p> <p>50 և ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ճկուն սիգմոիդոսկոպիա (կամ զննում բարիումի հոգնայով) յուրաքանչյուր 48 ամիսը մեկ</li> <li>▪ Կղանքի քողարկված արյան անալիզ, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ</li> <li>▪ Գվայակոլային խեժի հիմունքով կղանքի քողարկված արյան անալիզ կամ կղանքի իմունոքիմիական անալիզ, յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ</li> <li>▪ Կոլոռեկտալ հետազոտություն ԴՆԹ-ի հիմքով, ամեն 3 տարին մեկ</li> <li>▪ Կոլոնոսկոպիա, յուրաքանչյուր տաս տարին մեկ (սակայն սիգմոիդոսկոպիայից հետո ոչ ավելի շուտ, քան 48 ամիս անց):</li> <li>▪ Կոլոնոսկոպիա (կամ զննում բարիումի հոգնայով) հաստ աղիքի և վերջնաղիքի քաղցկեղի ավելի բարձր վտանգ ունեցող մարդկանց համար, յուրաքանչյուր 24 ամիսը մեկ</li> </ul> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS)**

CBAS-ն ամբուլատոր, հաստատության հիմունքով սպասարկման ծրագիր է, որին մարդիկ հաճախում են ըստ ժամանակացույցի: Այն տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ (այդ թվում՝ աշխատանքային, ֆիզիկական ու խոսքի), անձնական խնամք, ընտանիքի/խնամառուի ուսուցում ու աջակցություն, սննդի ծառայություններ, փոխադրում ու այլ ծառայություններ: Մենք կվճարենք CBAS-ի համար, եթե դուք համապատասխանում եք իրավասության չափանիշներին:

**Ծանոթություն. Եթե CBAS հաստատությունը մատչելի չէ, ապա կարող ենք առանձին տրամադրել այս ծառայությունները:**

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Խորհրդատվություն՝ ծխելը և ծխախոտի օգտագործումը դադարեցնելու համար**

Եթե դուք ծխախոտ եք օգտագործում, չունեք ծխախոտին առնչվող հիվանդության նշաններ կամ ախտանիշներ, և ցանկանում եք կամ ձեզ հարկավոր է դադարեցնել ծխելը՝

- Մենք կվճարենք ծխելը դադարեցնելու փորձի երկու փորձերի համար 12 ամիս ժամանակահատվածում՝ որպես կանխարգելիչ ծառայություն: Այս ծառայությունն անվճար է ձեզ համար: Դադարեցնելու յուրաքանչյուր փորձը ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ խորհրդատվական այցեր:

Եթե դուք ծխախոտ եք օգտագործում ու ձեզ մոտ ծխախոտին առնչվող հիվանդություն է ախտորոշվել, կամ դուք դեղեր եք ընդունում, որոնք կարող են հակազդել ծխախոտի հետ.

- Մենք կվճարենք ծխելը դադարեցնելու փորձի երկու խորհրդատվության համար 12 ամիս ժամանակահատվածում: Խորհրդատվության յուրաքանչյուր մեկ փորձ ներառում է մինչև չորս դեմ առ դեմ այցեր:

Եթե հղի եք, կարող եք ստանալ ծխելը դադարեցնելու անսահմանափակ խորհրդատվություն՝ նախօրոք լիազորմամբ:

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

Մեր ծրագիրն ապահովագրում է նաև ծխելը դադարեցնելու լրացուցիչ առցանց ու հեռախոսային խորհրդատվություն՝ առանց նախօրոք լիազորման: Խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:



### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը



#### Ատամաբուժական ծառայություններ

Որոշակի ատամաբուժական ծառայություններ, ներառյալ՝ մաքրումներ, պլումբաներ և ատամաշարի լրիվ պրոթեզներ, մատչելի են Medi-Cal Dental ծրագրի միջոցով: Այս նպաստի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Մաս E-ն:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
	<p><b>Ղեպրեսիայի զննում</b></p> <p>Մենք կվճարենք ղեպրեսիայի տարեկան մեկ զննման համար: Չննումը պետք է կատարվի առաջնային խնամքի շրջանակներում, որը կարող է հետևողական բուժում ու ուղեգրեր տրամադրել:</p>
	<p><b>Շաքարախտի զննում</b></p> <p>Մենք կվճարենք այս զննման համար (այդ թվում՝ քաղցած ժամանակ արվող գլյուկոզայի թեստեր), եթե դուք ունեք վտանգի հետևյալ գործոններից որևէ մեկը.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Արյան բարձր ճնշում (հիպերտենզիա)</li> <li>▪ Խոլեստերինի ու տրիգլիցերիդների ոչ նորմալ մակարդակների պատմություն (դիսլիպիդեմիա)</li> <li>▪ Գիրություն</li> <li>▪ Արյան բարձր շաքարի (գլյուկոզայի) պատմություն</li> </ul> <p>Թեստերը կարող են ապահովագրվել որոշ այլ դեպքերում, օրինակ՝ եթե դուք ավելորդ քաշ ունեք կամ շաքարախտի ընտանեկան պատմություն ունեք:</p> <p>Հիմնվելով այս թեստերի արդյունքների վրա՝ դուք կարող եք իրավասու լինել շաքարախտի մինչև երկու զննումների համար յուրաքանչյուր 12 ամիս մեկ:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**



**Շաքարախտի ինքնավերահսկման ուսուցում, ծառայություններ և պաշարներ**

Շաքարախտ ունեցող բոլոր մարդկանց համար (ինսուլին օգտագործողներն ու չօգտագործողները) մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.

- Ձեր արյան գլյուկոզային հետևելու պաշարներ, ներառյալ հետևյալը՝
  - » Արյան գլյուկոզայի մոնիտոր
  - » Արյան շաքարը ստուգող թիթեղներ
  - » Նշտար–ծակիչ սարքեր և նշդրակներ
  - » Գլյուկոզայի վերահսկման լուծույթներ՝ ստուգելու համար թեստաթիթեղների ու մոնիտորների ճշգրտությունը
  - » Ձեր արյան գլյուկոզային հետևելու պաշարները կարող են սահմանափակվել որոշակի արտադրողների պաշարներով: Ձեր PCP-ն կօգնի ձեզ կազմակերպել և համակարգել ապահովագրված ծառայությունները:
- Շաքարախտ ունեցող մարդկանց համար, ովքեր ունեն ոտքի սաստիկ դիաբետիկ հիվանդություն, մենք կվճարենք հետևյալի համար.
  - » Յուրաքանչյուր օրացուցային տարում մեկ գույգ թերապևտիկ հատուկ կոշիկներ (այդ թվում՝ ներդիրներ), ներառյալ հարմարեցումը և ներդիրների երկու լրացուցիչ գույգ, **կամ**
  - » Մեկ գույգ խորը կոշիկներ, ներառյալ հարմարեցումը, ու երեք գույգ ներդիրներ յուրաքանչյուր տարի (չի ներառում պատվերով չպատրաստված, հանովի ներդիրներ, որոնք տրվում են նման կոշիկների հետ)
- Որոշ դեպքերում մենք կվճարենք ուսուցման համար, որը կօգնի ձեզ վերահսկել ձեր շաքարախտը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME) և առնչվող պաշարներ**

(«Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորման» (DME) սահմանման համար տեսեք այս տեղեկագրի Գլուխ 12-ը:)

Հետևյալ պարագաներն ապահովագրված են.

- Անվասայլակներ
- Հենակներ
- Էլեկտրական ներքնակների համակարգեր
- Շաքարախտի պաշարներ
- Հիվանդանոցային մահճակալներ, որոնք մատակարարը պատվիրել է տանը օգտագործելու համար
- IV ներերակային ներարկման պոմպեր
- Խոսք գոյացնող սարքեր
- Թթվածնային սարքավորում և պաշարներ
- Հեղուկացրիչներ
- Քայլակներ

*Կարող են* ապահովագրվել այլ պարագաներ:

Մենք կվճարենք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ բոլոր DME-ների համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ն ու Medi-Cal-ը:

Եթե մեր մատակարարը ձեր տարածքում չունի որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրանք, դուք կարող եք հարցնել նրանց կարող են արդյոք այն ձեզ համար հատուկ պատվիրել:

Խնդրում ենք կապ հաստատել անդամների ծառայությունների բաժնի հետ՝ աջակցելու ձեզ գտնել մեկ այլ մատակարար, որը կարող է առաջարկել նշված պարագան:

Medicare-ի կողմից չապահովագրված տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորումը, որն օգտագործվում է տնից դուրս, նույնպես ապահովագրվում է: Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:

Մենք կվճարենք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ բոլոր DME-ների համար, որոնց համար սովորաբար վճարում են Medicare-ն ու Medi-Cal-ը:

Եթե մեր մատակարարը ձեր տարածքում չունի որոշակի ապրանքանիշ կամ արտադրանք, դուք կարող եք հարցնել նրանց կարող են արդյոք այն ձեզ համար հատուկ պատվիրել:

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

#### Շտապ օգնություն

Շտապ օգնություն նշանակում է ծառայություններ, որոնք.

- Տրամադրվում են մատակարարի կողմից, որը պատրաստված է շտապ օգնության ծառայություններ մատուցելու համար, **և**
- Հարկավոր են բժշկական արտակարգ իրավիճակը բուժելու համար:

*Բժշկական արտակարգ իրավիճակը* բժշկական վիճակ է սաստիկ ցավով կամ լուրջ վնասվածքով: Վիճակն այնքան լուրջ է, որ եթե այն չստանա անհապաղ բժշկական ուշադրություն, ապա առողջության ու բժշկության միջին գիտելիքներով որևէ մարդ կարող է ակնկալել, որ տեղի կունենա հետևյալը.

- Լուրջ վտանգ ձեր ու ձեր դեռ չծնված երեխայի առողջությանը, **կամ**
- Լուրջ վնաս մարմնի գործառույթներին, **կամ**
- Մարմնի օրգանի կամ որևէ մասի լուրջ դիսֆունկցիա, **կամ**
- Հղի կնոջ դեպքում՝ ակտիվ երկունք, երբ.
  - » Չկա բավարար ժամանակ ձեզ ապահով կերպով մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխելու համար, նախքան ծննդաբերության սկիզբը:
  - » Մեկ այլ հիվանդանոց տեղափոխումը կարող է վտանգի տակ դնել անդամի ու չծնված երեխայի առողջությունն ու անվտանգությունը:

Եթե դուք շտապ օգնություն եք ստանում արտացանցային հիվանդանոցից և ձեզ ստացիոնար խնամք է հարկավոր ձեր արտակարգ իրավիճակը կայունացնելուց հետո, դուք պետք է վերադառնաք ցանցի հիվանդանոց, որպեսզի ձեր խնամքը շարունակվի ապահովագրվել: Դուք կարող եք մտալ արտացանցային հիվանդանոցում ստացիոնար խնամքի համար, միայն եթե ծրագիրը հաստատում է դա:

- Ապահովագրությունը Միացյալ Նահանգներում<sup>2</sup>:

Միացյալ Նահանգներից դուրս ապահովագրության համար<sup>2</sup> խնդրում ենք կարդալ Նպաստների աղյուսակի «Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/ Հրատապ ապահովագրություն» հատվածը ստորև:

<sup>2</sup>Միացյալ Նահանգներ նշանակում է 50 նահանգ, Կոլումբիայի վարչաշրջան, Պուերտո Ռիկո,

Վիրջինյան կղզիներ, Գուամ, Հյուսիսային Մարիանայի կղզիներ, և Ամերիկյան Սամոա:



## Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

### Ընտանիքի պլանավորման ծառայություններ

Օրենքը թույլ է տալիս ձեզ ընտրել ցանկացած մատակարար ընտանիքի պլանավորման որոշակի ծառայությունների համար: Մա նշանակում է ցանկացած բժիշկ, կլինիկա, հիվանդանոց, դեղատուն կամ ընտանիքի պլանավորման գրասենյակ:

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.

- Ընտանիքի պլանավորման ստուգում և բժշկական բուժում
- Ընտանիքի պլանավորման լաբորատոր ու ախտորոշիչ անալիզներ
- Ընտանիքի պլանավորման մեթոդներ (IUD, իմպլանտներ, սրսկումներ, հակաբեղմնավորիչ հաբեր, կարկատան կամ օղակ)
- Ընտանիքի պլանավորման դեղատոմսով տրվող պաշարներ (պահպանակ, սպունգ, փրփուր, ժապավեն, դիաֆրագմայի կափարիչ)
- Անպտղաբերության խորհրդատվություն ու ախտորոշում և դրա հետ կապված ծառայություններ
- Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STI-ներ) համար խորհրդատվություն, ստուգում և բուժում
- ՄԻԱՎ-ի (HIV) և ՁԻԱՀ-ի (AIDS), ինչպես նաև ՄԻԱՎ-ին առնչվող այլ վիճակների խորհրդատվություն ու ստուգում
- Մշտական հակաբեղմնավորում (դուք պետք է լինեք 21 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի, որպեսզի ընտրեք ընտանիքի պլանավորման այս մեթոդը: Դուք պետք է ստորագրեք ամլացման դաշնային հավանության ձևաթուղթը վիրահատությունից առաջ առնվազն 30 օր շուտ, սակայն 180 օրվանից ոչ ավել):
- Ժառանգաբանական խորհրդատվություն

Մենք նաև կվճարենք ընտանիքի պլանավորման որոշ այլ ծառայությունների համար: Այնուամենայնիվ, դուք պետք է այցելեք ցանցի մատակարարի հետևյալ ծառայությունների համար.

- Անպտղաբերության բժշկական վիճակների բուժում (այս ծառայությունը չի ներառում հղիանալու արհեստական ձևերը):
- ՁԻԱՀ-ի և ՄԻԱՎ-ի հետ կապված այլ վիճակների բուժում
- Ժառանգաբանական ստուգում

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

 **Առողջության և բարեկեցության կրթական ծրագրեր**

Մենք առաջարկում ենք բազմաթիվ ծրագրեր, որոնք կենտրոնանում են որոշակի առողջական վիճակների վրա: Մրանք ներառում են

- Առողջական կրթության դասընթացներ,
- Սնուցման կրթության դասընթացներ,
- Ծխելու ու ծխախոտի օգտագործման դադարեցում, և
- Բուժքույրական թեժ գիծ

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Լսողության ծառայություններ**

Մենք վճարում ենք լսողության ու հավասարակշռության ստուգումների համար, որոնք կատարվում են ձեր մատակարարի կողմից: Այս ստուգումները որոշում են բժշկական բուժման ձեր անհրաժեշտությունը: Դրանք ապահովագրված են որպես ամբուլատոր խնամք, երբ տրամադրվում են բժշկի, լսողաբանի կամ այլ որակավորված մատակարարի կողմից:

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

Մենք նաև կվճարենք լսողական օժանդակ սարքերի համար, ներառյալ՝


- Կադապարներ, պաշարներ ու ներդիրներ
- Վերանորոգումներ, որոնք արժեն \$25-ից ավելի մեկ վերանորոգման համար
- Մարտկոցների առաջին տեղադրում
- Վեց այց ուսուցման, ուղղումների ու հարմարեցումների համար նույն վաճառողի մոտ՝ լսողական օժանդակ սարքը ստանալուց հետո
- Լսողական օժանդակ սարքերի վարձակալության փորձնական ժամանակաշրջան

Լսողական օժանդակ սարքերի նպաստի ծառայությունների արժեքը, ներառյալ հարկերը, սահմանափակվում է \$1510-ով ամեն ֆինանսական տարում (ֆինանսական տարին տևում է հուլիսից մինչև հաջորդ տարվա հունիս): Եթե դուք հղի եք կամ բնակվում եք ծերանոցում, նպաստի առավելագույն \$1510-ը չի կիրառվում ձեր նկատմամբ: Ձեզանից անկախ պատճառներով կորցված, գողացած կամ կոտրված լսողական օժանդակ սարքերի փոխարինումը չի մտնում նպաստի առավելագույն \$1510 գումարի մեջ:

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
 <p><b>ՄԻԱՎ գնում</b></p> <p>Մենք վճարում ենք մեկ ՄԻԱՎ գնման համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ այն մարդկանց համար, որոնք.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Խնդրում են ՄԻԱՎ գնման թեստ, <i>կամ</i></li> <li>▪ ՄԻԱՎ վարակի բարձր վտանգ ունեն:</li> </ul> <p>Հղի կանանց համար մենք վճարում ենք մինչև երեք գնման համար հղիության ընթացքում:</p>	
<p><b>Տնային առողջապահության գործակալության խնամք</b></p> <p>Նախքան տնային առողջապահական ծառայություններ ստանալը, բժիշկը պետք է վկայագրի, որ ձեզ դրանք հարկավոր են և պետք է տրամադրվեն տնային առողջապահության գործակալության կողմից:</p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Կես դրույքով կամ ընդհատումներով հմուտ բուժքույրական խնամք և տանը մատուցվող առողջության օգնականի ծառայություններ (ապահովագրվելու են որպես տնային առողջապահական խնամքի նպաստ. հմուտ բուժքույրական խնամքի և տանը մատուցվող առողջության օգնականի ծառայությունները միասնաբար չպետք է գերազանցեն օրական 8 ժամ և շաբաթական 35 ժամ:)</li> <li>▪ Ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային բուժում և խոսքի թերապիա</li> <li>▪ Բժշկական և սոցիալական ծառայություններ</li> <li>▪ Բժշկական սարքավորում և պաշարներ</li> </ul> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Անբուժելի հիվանդների խնամք**

Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ով վկայագրված ցանկացած անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրից: Դուք իրավունք ունեք ընտրել անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունը, եթե ձեր մատակարարը և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության բժշկական տնօրենը որոշում են, որ դուք անբուժելի կանխատեսում ունեք: Մա նշանակում է, որ դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ակնկալվում է, որ ապրելու եք վեց ամիս կամ ավելի քիչ: Անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ձեր բժիշկը կարող է լինել ցանցի կամ արտացանցային մատակարար:

Ծրագիրը կվճարի հետևյալի համար, քանի դեռ դուք ստանում եք անբուժելի հիվանդների ծառայություններ.

- Դեղեր՝ ախտանիշների բուժման ու ցավազրկման համար
- Կարճատև խնամք՝ մշտական խնամակալին հանգստանալու հնարավորություն տալու համար
- Տնային խնամք

**Անբուժելի հիվանդների ծառայությունների և Medicare Ա մասի կամ Բ մասի ապահովագրված ծառայությունների հաշիվներն ուղարկվում են Medicare-ին:**

- Տեսեք այս գլխի Մաս E-ն լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

**Health Net Cal MediConnect-ով ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք ապահովագրված չեն Medicare Ա մասով կամ Բ մասով.**

- Health Net Cal MediConnect-ը կապահովագրի ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայությունները, որոնք ապահովագրված չեն Medicare Ա մասով կամ Բ մասով: Ծրագիրը կապահովագրի ծառայությունները՝ անկախ նրանից, թե դրանք կապված են ձեր մահացու հիվանդության հետ, թե ոչ: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

**Դեղերի համար, որոնք կարող են ապահովագրվել Health Net Cal MediConnect-ի Medicare Դ մաս նպաստով**

- Դեղերը երբեք չեն ապահովագրվում միաժամանակ և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության, և մեր ծրագրի կողմից: Տեսեք Գլուխ 5-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

**Ծանոթություն.** Եթե ձեզ ոչ անբուժելի հիվանդների խնամք է հարկավոր, դուք պետք է զանգահարեք ձեր խնամքի համակարգողին՝ ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ անբուժելի հիվանդների խնամքը ձեր մահացու կանխատեսմանը չվերաբերվող խնամքն է:

Մեր ծրագիրն ապահովագրում է անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության խորհրդատվության ծառայություններ (միայն մեկ անգամ) մահացու հիվանդ անձի համար, որը անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության նպաստ չի ընտրել:

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**



**Պատվաստումներ**

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.

- Թոքաբորբի պատվաստում
- Գրիպի սրսկումներ՝ տարին մեկ անգամ, աշնանը կամ ձմռանը
- Հեպատիտ Բ պատվաստում, եթե դուք Հեպատիտ Բ վարակվելու բարձր կամ միջին վտանգ ունեք
- Այլ պատվաստումներ, եթե դուք վտանգված եք, և նրանք համապատասխանում են Medicare Բ մասի ապահովագրության կանոններին

Մենք կվճարենք այլ պատվաստումների համար, որոնք համապատասխանում են Medicare Դ մասի ապահովագրության կանոններին: Կարդացեք Գլուխ 6-ը մանրամասների համար:

*Նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) չի պահանջվում Թոքաբորբի պատվաստման կամ գրիպի սրսկումների համար:*

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք Հեպատիտ Բ և այլ պատվաստումների համար:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի, Հեպատիտ Բ և այլ պատվաստումների համար:*



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք**

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է)
- Մնունդներ, այդ թվում՝ հատուկ սննդակարգեր
- Կանոնավոր բուժքույրական ծառայություններ
- Հատուկ խնամքի սենյակի ծախսեր, ինչպես օրինակ՝ ինտենսիվ խնամքի կամ կորոնար խնամքի սենյակներ
- Դեղեր ու դեղորայք
- Լաբորատոր անալիզներ
- Ռենտգեն ճառագայթներ և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ
- Անհրաժեշտ վիրաբուժական և բժշկական պաշարներ
- Սարքեր, ինչպես օրինակ՝ անվասայլակներ
- Վիրաբուժական ու վերականգնման սենյակի ծախսեր
- Ֆիզիկական, աշխատանքային և խոսքի թերապիա
- Թմրանյութերի չարաշահման ստացիոնար ծառայություններ
- Որոշ դեպքերում ապահովագրվում են փոխպատվաստումների հետևյալ տեսակները՝ եղջերաթաղանթի, երիկամի, երիկամի/ենթաստամոքսային գեղձի, սրտի, լյարդի, թոքի, սրտի/թոքի, ոսկրածուծի, ցողունային բջիջների և աղիքային/բազմակի ներքին օրգանների:
  - Եթե ձեզ փոխպատվաստում է հարկավոր, ձեր գործը կդիտարկվի Medicare-ով հաստատված փոխպատվաստման կենտրոնի կողմից, որը կորոշի՝ արդյոք դուք փոխպատվաստման թեկնածու եք, թե ոչ: Որոշ պայմաններում փոխպատվաստման մատակարարները կարող են լինել ծառայության մատուցման տարածքում կամ դրանից դուրս: Եթե փոխպատվաստման տեղային մատակարարները համաձայն են ընդունել Medicare-ի դրույքները, ապա կարող եք ստանալ ձեր փոխպատվաստման ծառայությունները տեղում կամ ձեր համայնքի խնամքի ձևաչափից դուրս: Եթե Health Net Cal MediConnect-ը փոխպատվաստման ծառայություններ է տրամադրում ձեր համայնքի խնամքի ձևաչափից դուրս, և դուք որոշում եք ձեր փոխպատվաստումը ստանալ այդտեղ, մենք կկազմակերպենք ու կվճարենք ձեր և մեկ այլ անձի համապատասխան կացարանի և տեղափոխման ծախսերը:

*Այս նպաստը շարունակվում է հաջորդ էջում*

**Ստացիոնար հիվանդանոցային խնամք**

**(շարունակվում է)**

- Արյուն, այդ թվում՝ պահեստավորում և ադմինիստրացիա

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<p align="center"><b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Բժշկական ծառայություններ</li> </ul> <p>Դուք պետք է հավանություն ստանաք ծրագրի կողմից, որպեսզի շարունակեք ստացիոնար խնամք ստանալ արտացանցային հիվանդանոցում՝ ձեր արտակարգ իրավիճակից հետո:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:                  Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն)՝                  ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>
<p><b>Հոգեկան առողջության ստացիոնար խնամք</b></p> <p>Մենք կվճարենք հոգեկան առողջական խնամքի ծառայությունների համար, որոնց համար պահանջվում է հիվանդանոց պառկել:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Եթե ձեզ ստացիոնար ծառայություններ են անհրաժեշտ առանձին գործող հոգեբուժական հիվանդանոցում, մենք կվճարենք առաջին 190 օրվա համար: Դրանից հետո տեղային վարչաշրջանի հոգեկան առողջության գործակալությունը կվճարի ստացիոնար հոգեբուժական ծառայությունների համար, որոնք անհրաժեշտ են բժշկական տեսակետից: 190 օրվանից ավել տևող խնամքի համար թույլտվությունը կկոորդինացվի տեղային վարչաշրջանի հոգեկան առողջության գործակալության հետ:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 190-օրական սահմանափակումը կիրառելի չէ հոգեկան առողջության ստացիոնար ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են ընդհանուր հիվանդանոցի հոգեբուժական միավորում:</li> </ul> </li> <li>■ Եթե դուք 65 կամ ավելի բարձր տարիքի եք, մենք կվճարենք այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստացել եք Հոգեկան հիվանդության ինստիտուտում (անգլերեն հապավումը՝ IMD): Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:  <i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն)՝                  ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></li> </ul>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 80





**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Ստացիոնար այց. Ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանոցում կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում (SNF) չապահովագրված ստացիոնար այցի ընթացքում**

Եթե ձեր ստացիոնար այցը ողջամիտ ու անհրաժեշտ չէ, մենք չենք վճարի դրա համար:

Սակայն, որոշ դեպքերում, մենք կվճարենք այն ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք՝ գտնվելով հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Բժշկի ծառայություններ
- Ախտորոշիչ անալիզներ, ինչպես օրինակ՝ լաբորատոր անալիզներ
- Ռենտգեն, ռադիոլուս, իզոտոպային թերապիա, այդ թվում՝ մասնագետի նյութեր և ծառայություններ
- Վիրաբուժական վիրակապեր
- Փայտածողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների ու տեղախախտումների համար
- Պրոթեզներ ու օրթեզային սարքեր, բացի ատամաբուժականներից, այդ թվում՝ այդ սարքերի փոխարինում կամ վերանորոգում: Մրանք այն սարքերն են, որոնք՝
  - » Փոխարինում են մարմնի ներքին օրգանն՝ ամբողջությամբ կամ մասամբ (այդ թվում՝ սահմանակից հյուսվածք), կամ
  - » Փոխարինում են չվիրահատվող կամ վատ գործող մարմնի ներքին օրգանի գործառույթն՝ ամբողջությամբ կամ մասամբ:
- Ոտքի, ձեռքի, մեջքի ու վզի ձգափողեր, բանդաժներ ու արհեստական ոտքեր, ձեռքեր ու աչքեր: Մա ներառում է ուղղումներ, նորոգումներ ու փոխարինումներ, որոնք պահանջվում են կոտրվածքի, մաշվածության, կորստի կամ հիվանդի ֆիզիկական վիճակի փոփոխության պատճառով:
- Ֆիզիկական թերապիա, խոսքի թերապիա և աշխատանքային բուժում

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:

### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

#### Երիկամների հիվանդության ծառայություններ և պաշարներ

##### Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.




- Երիկամների հիվանդության մասին կրթական ծառայություններ, որոնք սովորեցնում են երիկամների խնամքի մասին և օգնում են անդամներին իրենց խնամքի մասին ճիշտ որոշումներ կայացնել: Դուք պետք է IV-րդ փուլում գտնվող քրոնիկ երիկամային հիվանդություն ունենաք և ուղարկվեք ձեր բժշկի կողմից: Մենք կապահովագրենք երիկամների հիվանդության մասին կրթական ծառայությունների մինչև վեց դասընթաց:
- Դիալիզի ամբուլատոր բուժումներ, այդ թվում՝ դիալիզի բուժումներ, երբ ժամանակավորապես սպասարկման տարածքից դուրս եք, ինչպես բացատրվում է Գլուխ 3-ում:
- Դիալիզի ստացիոնար բուժումներ, եթե դուք հատուկ խնամքի համար հիվանդանոց եք ընդունվում որպես ստացիոնար հիվանդ:
- Ինքնուրույն դիալիզ անելու ուսուցում, ներառյալ՝ ուսուցում ձեր ու ձեզ օգնող որևէ մեկի համար՝ ձեր տանը դիալիզի բուժում անցկացնելու համար:
- Տանը անցկացվող դիալիզի սարքավորում ու պաշարներ
- Տանը մատուցվող աջակցության որոշակի ծառայություններ, ինչպես օրինակ, երբ անհրաժեշտ է, վարժեցված դիալիզի մասնագետների այցեր, որպեսզի նրանք ստուգեն ձեր տան դիալիզը, օգնեն արտակարգ իրավիճակներում, ու ստուգեն ձեր դիալիզի սարքն ու ջրի մատակարարումը:

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) սպահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում կամ երբ դուք դիալիզ եք ստանում ձեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս:*

**Դիալիզի համար որոշակի դեղերի համար վճարում է ձեր Medicare Բ մասի դեղերի նպաստը: Տեղեկությունների համար խնդրում ենք կարդալ «Medicare Բ մաս դեղատոմսային դեղեր» հատվածն այս աղյուսակում:**



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
 <p><b>Թոքերի քաղցկեղի զննում</b></p> <p>Ծրագիրը կվճարի թոքերի քաղցկեղի զննման համար յուրաքանչյուր 12 ամիսը մեկ, եթե դուք.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 55-ից 77 տարեկան եք, <i>և</i></li> <li>▪ Խորհրդակցում ու միասնաբար որոշում եք կայացնում ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարարի հետ, <i>և</i></li> <li>▪ Ծիւեղ եք առնվազն օրական 1 տուփ 30 տարվա ընթացքում՝ առանց թոքերի քաղցկեղի նշանների կամ ախտանիշների, կամ այժմ ծխում եք, կամ դադարել եք ծխելը վերջին 15 տարվա ընթացքում:</li> </ul> <p>Առաջին զննումից հետո ծրագիրը կվճարի մեկ այլ զննման համար յուրաքանչյուր տարի՝ ձեր բժշկի կամ այլ որակավորված մատակարար գրավոր ցուցումով:</p>	
 <p><b>Բժշկական սնուցման թերապիա</b></p> <p>Այս նպաստն այն մարդկանց համար է, ովքեր շաքարախտ կամ երիկամային հիվանդություն ունեն առանց դիալիզի: Այն նաև երիկամի փոխպատվաստումից հետո է գործում, եթե <i>նշանակվել է</i> ձեր բժշկի կողմից:</p> <p>Մենք կվճարենք երեք ժամ անհատական խորհրդատվության ծառայությունների համար Medicare-ից բժշկական սնուցման թերապիայի ծառայությունների ստացման առաջին տարվա ընթացքում: (Մա ներառում է մեր ծրագիրը, որևէ այլ Medicare Advantage ծրագիր կամ Medicare:)</p> <p>Մենք կվճարենք երկու ժամ անհատական խորհրդատվության ծառայությունների համար հետագա յուրաքանչյուր տարվա համար: Եթե ձեր վիճակը, բուժումը կամ ախտորոշումը փոխվում է, հնարավոր է, դուք ավելի շատ ժամեր ստանաք ձեր բժշկի <i>ուղեգրով</i>: Բժիշկը պետք է դեղատոմս դուրս գրի այս ծառայությունների համար ու թարմացնի <i>ուղեգիրը</i> յուրաքանչյուր տարի, եթե ձեր բուժումը պետք է շարունակվի հաջորդ օրացուցային տարում:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
 <p><b>Medicare շաքարախտի կանխարգելման ծրագիր (MDPP)</b></p> <p>Մենք կվճարենք MDPP ծառայությունների համար:</p> <p>MDPP-ն համակարգված առողջության վարքագծային փոփոխության միջամտություն է, որը տրամադրում է գործնական վերապատրաստումներ երկարաժամկետ դիետային փոփոխության, ավելացված ֆիզիկական ակտիվության և խնդիրների լուծման ռազմավարությունների վերաբերյալ՝ հաղթահարելու այն խոչընդոտները, որոնք կապված են քաշի կորստի կայունության և առողջ ապրելակերպի հետ:</p>	

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Medicare F մասի դեղատոմսային դեղեր**

Այս դեղերն ապահովագրվում են Medicare F մասի շրջանակներում: Health Net Cal MediConnect-ը կվճարի հետևյալ դեղերի համար.

- Դեղեր, որոնք դուք սովորաբար ինքնուրույն չէք ընդունում և որոնք ներարկվում կամ թրմվում են, երբ դուք բժշկի, հիվանդանոցի ամբուլատոր կամ ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնի ծառայություններ եք ստանում:
- Դեղեր, որոնք դուք ընդունում եք՝ օգտագործելով տևական օգտագործման բժշկական սարքավորում (ինչպես օրինակ՝ հեղուկացրիչներ), որոնք թույլատրվել են ծրագրով
- Մակարդման գործոններ, որոնք դուք սրսկում եք ինքներդ ձեզ, եթե հեմոֆիլիա ունեք:
- Իմունարնկճող դեղեր, եթե դուք անդամագրված եք Medicare Ա մասին օրգանի փոխպատվաստման ժամանակ:
- Օստեոպորոզի ներարկվող դեղեր: Այս դեղերի համար վճարվում է, եթե դուք մշտապես տանն եք գտնվում, կոտրված ոսկոր ունեք, որը, բժշկի վկայագրմամբ, առնչվում է հետոջատանադադարային օստեոպորոզի հետ, և չէք կարող ինքնուրույն դեղ ներարկել:
- Հակաձիներ
- Բերանով ընդունվող որոշակի հակաքաղցկեղային դեղեր ու սրտխառնոցի դեղ դեղեր
- Տանը արվող դիալիզի համար որոշակի դեղեր, այդ թվում՝ հեպարին, հեպարինի հակազդիչ (երբ բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է), տեղային ցավազրկող և էրիթրոպոեզին նպաստող ագենտներ (ինչպես օրինակ՝ Epogen®, Procrit®, Epoetin Alfa, Aranesp®, կամ Darbepoetin Alfa)
- IV ներերակային իմունային գլոբուլին՝ առաջնային իմունային անբավարարության հիվանդության՝ տան պայմաններում բուժման համար:
- ➔ **Գլուխ 5-ը բացատրում է ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի նպաստը:** Այն բացատրում է այն կանոնները, որոնց պետք է հետևեք, որպեսզի ձեր դեղատոմսերն ապահովագրվեն:
- ➔ **Գլուխ 6-ը բացատրում է, թե ինչ էք դուք վճարում ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի համար մեր ծրագրի միջոցով:**

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրության համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP)**

MSSP-ն գործի կառավարման ծրագիր է, որը Տան ու համայնքի հիմունքով ծառայություններ է (HCBS) տրամադրում Medi-Cal-ի համար իրավասու անհատներին:

Իրավասու լինելու համար դուք պետք է լինեք 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի, ապրեք տեղանքի սպասարկման տարածքի շրջանում, կարողանաք սպասարկվել MSSP-ի արժեքի սահմանափակման շրջանակներում, համապատասխանեք խնամքի կառավարման ծառայություններին, ներկայումս որակավորվեք Medi-Cal-ի համար, ու վկայագրված լինեք կամ կարողանաք վկայագրվել ձերանոց տեղափոխվելու համար:

MSSP ծառայությունները ներառում են՝

- Չափահասների ցերեկային խնամք / Աջակցության կենտրոն
- Տանը մատուցվող օգնություն
- Կենցաղի ու անձնական խնամքի օգնություն
- Պաշտպանիչ վերահսկում
- Խնամքի կառավարում
- Խնամակալի բացակայության ընթացքում իրականացվող ժամանակավոր խնամք
- Փոխադրում
- Մննդի ծառայություններ
- Սոցիալական ծառայություններ
- Հաղորդակցման ծառայություններ

Նպաստն ապահովագրվում է տարեկան մինչև \$4,285 գումարով:

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրում**

Այս նպաստը փոխադրում է թույլ տալիս, որն ամենահարմարն է ծախսերի տեսակետից ու մատչելի է: Այն կարող է ներառել շտապ օգնության մեքենա, ֆուրգոն կամ անվասայլակի ֆուրգոնի բժշկական փոխադրման ծառայություններ:

Այս տեսակի փոխադրումը թույլ է տրվում, երբ.

- Անհրաժեշտ է ապահովագրված բժշկական ծառայությունները ստանալու համար և ենթակա է բժշկի, ատամնաբույժի կամ ոտնաթաթի օրթոպեդի գրավոր դեղատոմսին, և երբ ձեր բժշկական և/կամ ֆիզիկական վիճակը թույլ չեն տալիս ձեզ ուղևորվել ավտոբուսով, մեքենայով, տաքսիով կամ այլ տեսակի հասարակական կամ մասնավոր փոխադրամիջոցով, և
- Փոխադրումն անհրաժեշտ է բժշկական խնամք ստանալու նպատակով:

Կախված ծառայություններից՝ կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում:

Վերոնշյալ փոխադրման ծառայությունները խնդրելու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Փոխադրման հայցը պետք է ուղարկվի յոթ աշխատանքային օր շուտ և ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման, և ոչ բժշկական փոխադրման համար:

Եթե ձեզ հարկավոր է ծառայություններ կազմակերպել ավելի կարճ ժամուցմամբ, այս հայցերը կդիտարկվեն յուրաքանչյուր գործի հիմունքով և կախված կլինեն ժամադրության բնույթից, բժշկական ծառայության ժամանակից ու փոխադրման ռեսուրսների մատչելիությունից:

LogistiCare-ը կհեշտացնի դեղատոմս (Բժշկի վկայագրված հայտարարագրի ձևաթուղթ) ստանալը ձեր մատակարարից:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Ոչ բժշկական փոխադրում**

Այս նպաստը թույլատրում է տեղափոխվել բժշկական ծառայությունների վայր ուղևորատար մեքենայով, տաքսիով կամ այլ հանրային/անձնական ուղևորատար մեքենայով, եթե դուք հաստատում եք, որ այլ միջոցներ հասանելի չեն:

Ձեզ հասանելի կլինի անսահմանափակ երկկողմանի տեղափոխում: Կախված ծառայությունից կարող է պահանջվել նախօրոք լիազորում:

Այս նպաստը չի սահմանափակում ձեր ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման նպաստը:

Տեսեք Գլուխ 3-ի Մաս G-ն փոխադրման ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

Վերոնշյալ փոխադրման ծառայությունները խնդրելու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

Փոխադրման հայցը պետք է ուղարկվի յոթ աշխատանքային օր շուտ և ոչ արտակարգ իրավիճակի բժշկական փոխադրման, և ոչ բժշկական փոխադրման համար:

Եթե ձեզ հարկավոր է ծառայություններ կազմակերպել ավելի կարճ ծանուցմամբ, այս հայցերը կդիտարկվեն յուրաքանչյուր գործի հիմունքով և կախված կլինեն ժամադրության բնույթից, բժշկական ծառայության ժամանակից ու փոխադրման ռեսուրսների մատչելիությունից:

LogistiCare-ը կհեշտացնի դեղատոմս (Բժշկի վկայագրված հայտարարագրի ձևաթուղթ) ստանալը ձեր մատակարարից:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

#### Բուժքույրական հաստատությունում տրամադրվող խնամք

Բուժքույրական հաստատությունը (NF) մի վայր է, որը խնամք է տրամադրում մարդկանց, որոնք չեն կարող տանը խնամք ստանալ, սակայն իրենց պետք չէ հիվանդանոցում գտնվել:

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար, սակայն չենք սահմանափակվի դրանցով.

- Կիսամասնավոր սենյակ (կամ առանձին սենյակ, եթե բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է)
- Սնունդներ, այդ թվում՝ հատուկ սննդակարգեր
- Բուժքույրական ծառայություններ
- Ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային բուժում և խոսքի թերապիա
- Ձեզ տրվող դեղեր՝ որպես ձեր խնամքի ծրագրի մի մաս: (Սա ներառում է նյութեր, որոնք բնականորեն ներկա են ձեր մարմնում, օրինակ՝ արյան մակարդման գործոններ:)

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

- Արյուն, այդ թվում՝ պահեստավորում և ադմինիստրացիա
- Բժշկական ու վիրաբուժական պաշարներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից
- Լաբորատոր անալիզներ, որոնք սովորաբար արվում են բուժքույրական հաստատություններում
- Ռենտգեն ճառագայթներ և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ, որոնք սովորաբար արվում են բուժքույրական հաստատություններում
- Սարքերի օգտագործում, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից
- Բժշկի/մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող մասնագետի ծառայություններ
- Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորում
- Ատաճաբուժական ծառայություններ, ներառյալ՝ ատաճաշարի պրոթեզներ
- Ասեղնաբուժություն
- Տեսողության նպաստներ
- Լսողական օժանդակ սարքեր
- Լսողական քննություններ
- Բեկաբուժական խնամք
- Ոտնաթաթի ծառայություններ

Դուք սովորաբար խնամք կստանաք ցանցի հաստատություններում: Այնուամենայնիվ, հնարավոր է, որ կարողանաք խնամք ստանալ ցանցից դուրս հաստատությունում: Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե նրանք ընդունում են մեր ծրագրի սակագները.


- Ծերանոց կամ շարունակական խնամքի թոշակատուների համայնք, որտեղ դուք ապրել եք, անմիջապես հիվանդանոց գնալուց առաջ (եթե այն տրամադրում է բուժքույրական հաստատության խնամք):
- Բուժքույրական հաստատություն, որտեղ ապրում է ձեր ամուսինը, երբ դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից:

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

 **Գիրության գնում և քաշի կորստին նպաստող թերապիա**

Եթե ձեր մարմնի զանգվածի ինդեքսը կազմում է 30 կամ ավելին, մենք կվճարենք խորհրդատվության համար, որը կօգնի ձեզ քաշ կորցնել: Դուք պետք է ստանաք այդ խորհրդատվությունն առաջնային խնամքի շրջանակներում: Այս կերպ այն կարող է տնօրինվել ձեր համակողմանի կանխարգելիչ ծրագրի հետ միասին: Ջրուցեք ձեր առաջնային խնամքի *մատակարարի* հետ՝ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար:

**Ամբուլատոր ախտորոշիչ թեստեր և թերապևտիկ ծառայություններ ու պաշարներ**

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Ռենտգեն ճառագայթներ
- Ճառագայթման (ռադիում ու իզոտոպ) թերապիա, այդ թվում՝ մասնագետի նյութեր և պաշարներ
- Վիրաբուժական պաշարներ, ինչպես օրինակ՝ վիրակապեր
- Փայտածողիկներ, գիպսային վիրակապեր և այլ սարքեր, որոնք օգտագործվում են կոտրվածքների ու տեղախախտումների համար
- Լաբորատոր անալիզներ
- Արյուն, այդ թվում՝ պահեստավորում և ադմինիստրացիա
- Այլ ամբուլատոր ախտորոշիչ ծառայություններ (այդ թվում՝ բարդ թեստեր, ինչպես օրինակ՝ CT, MRI, MRA, SPECT)

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Ամբուլատոր հիվանդանոցային ծառայություններ**

Մենք վճարում ենք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ ծառայությունների համար, որոնք դուք ստանում եք հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում հիվանդության կամ փաստվածքի ախտորոշման կամ բուժման համար:

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Ծառայություններ արտակարգ իրավիճակի բաժանմունքում կամ ամբուլատոր կլինիկայում, ինչպես օրինակ՝ դիտարկման ծառայություններ կամ ամբուլատոր վիրահատություն
- Լաբորատոր ու ախտորոշիչ անալիզներ, որոնց համար հիվանդանոցը հաշիվ է ուղարկում
- Հոգեկան առողջության խնամք, այդ թվում՝ խնամք մասնակի հոսպիտալացում պահանջող ծրագրում, եթե բժիշկը վկայագրում է, որ առանց դրա՝ կպահանջվեր ստացիոնար բուժում
- Ռենտգեն ճառագայթներ և ճառագայթաբանության այլ ծառայությունները, որոնց համար հիվանդանոցը հաշիվ է ուղարկում
- Բժշկական պաշարներ, ինչպես օրինակ՝ փայտածողիկներ ու գիպսային վիրակապեր
- Կանխարգելիչ զննում և ծառայություններ՝ թվարկված Նպաստների աղյուսակում
- Որոշակի դեղեր, որոնք դուք ինքներդ չեք կարող ընդունել

*Դուք պետք է խոսեք մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Հոգեկան առողջության ամբուլատոր խնամք**

Մենք կվճարենք հոգեկան առողջության ծառայությունների համար, որոնք տրամադրվում են.

- Նահանգի կողմից վկայագրված հոգեբույժի կամ բժշկի կողմից
- Կլինիկական հոգեբանի կողմից
- Կլինիկական սոցիալական աշխատողի կողմից
- Կլինիկական բուժքույր մասնագետի կողմից
- Մասնավոր պրակտիկայով զբաղվող բուժքրոջ կողմից
- Օգնական բժշկի կողմից
- Medicare-ով որակավորված հոգեկան առողջության խնամքի մեկ այլ մասնագետի կողմից՝ ինչպես թույլ է տրված կիրառելի նահանգային օրենքներով

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Կլինիկայի ծառայություններ
- Ցերեկային բուժում
- Հոգեբանա-սոցիալական վերականգնման ծառայություններ
- Մասնակի հոսպիտալացում/ինտենսիվ ամբուլատոր ծրագրեր
- Անհատական ու խմբակային հոգեկան առողջության գնահատումներ և բուժումներ
- Հոգեբանական ստուգում, երբ կլինիկապես ցուցադրված է, հոգեկան առողջությունը գնահատելու համար
- Ամբուլատոր ծառայություններ դեղերի թերապիային հետևելու նպատակով
- Ամբուլատոր լաբորատոր անալիզներ, դեղեր, պաշարներ ու հավելումներ
- Հոգեբուժական խորհրդատվություն

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>
<p><b>Ամբուլատոր վերականգնման ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք ֆիզիկական, աշխատանքային բուժման և խոսքի թերապիաների համար:</p> <p>Դուք կարող եք ստանալ ամբուլատոր վերականգնման ծառայություններ հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքից, անկախ թերապևտի գրասենյակներից, Բազմակողմանի ամբուլատոր վերականգնման հաստատություններից (CORFs) և այլ հաստատություններից:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>
<p><b>Թմրանյութերի չարաշահման ամբուլատոր ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ալկոհոլի չարաշահման զննում և խորհրդատվություն</li> <li>■ Թմրադեղերի չարաշահման բուժում</li> <li>■ Խմբակային կամ անհատական խորհրդատվություն որակավորված կլինիկական մասնագետի կողմից</li> <li>■ Ենթասուր թունազերծում բնակելի հակուճների ծրագրում</li> <li>■ Ալկոհոլի և/կամ թմրանյութերի ծառայություններ ինտենսիվ ամբուլատոր բուժման կենտրոնում</li> <li>■ Ընդլայնված Նալտրեքսոնով (վիվիտրոլ) ազատման բուժում</li> </ul> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>
<p><b>Ամբուլատոր վիրահատություն</b></p> <p>Մենք կվճարենք ամբուլատոր վիրահատության ու ծառայությունների համար հիվանդանոցի ամբուլատոր հաստատություններում և ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոններում:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

### Մասնակի հոսպիտալացման ծառայություններ

*Մասնակի հոսպիտալացումը* հատուկ կառուցվածքով, ակտիվ հոգեբուժական բուժման ծրագիր է: Այն առաջարկվում է որպես հիվանդանոցի ամբուլատոր ծառայություն կամ հոգեկան առողջության համայնքային կենտրոնի կողմից: Այն ավելի ինտենսիվ է, քան ձեռք բերելի կամ թերապևտի գրասենյակում ստացված խնամքը: Այն կարող է օգնել ձեզ հիվանդանոց չպատկել:

**Ծանոթություն.** Քանի որ մեր ցանցում չկան հոգեկան առողջության համայնքային կենտրոններ, մենք կապահովագրենք մասնակի հոսպիտալացման միայն հիվանդանոցի ամբուլատոր պայմաններում:

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ, ներառյալ՝ բժշկի գրասենյակային այցեր**


Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.

- Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ առողջապահական խնամք կամ վիրահատություն, որը տրամադրվում է այս վայրերում՝
  - » Բժշկի գրասենյակում
  - » Վկայագրված ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոնում
  - » Հիվանդանոցի ամբուլատոր բաժանմունքում
- Խորհրդատվություն, ախտորոշում և բուժում մասնագետի կողմից
- Լսողության և հավասարակշռության ընդհանուր ստուգումներ, որոնք կատարվում են ձեր *առաջնային խնամքի մատակարարի* կողմից, եթե ձեր բժիշկը պատվիրում է այն, որպեսզի պարզի արդյոք ձեզ հարկավոր է բժշկական բուժում
- Երկրորդ կարծիք *ցանցի մեկ այլ մատակարարի կողմից* վիրահատությունից առաջ
- Ոչ սովորական ատաճաբուժական խնամք: Ապահովագրված ծառայությունները սահմանափակվում են հետևյալով՝
  - » Ծնոտի կամ առնչվող կառույցների վիրահատություն
  - » Ծնոտի կամ դեմքի ոսկրերի կոտրվածքների մշակում
  - » Ատաճների հեռացում՝ նորագոյացության քաղցկեղը ճառագայթմամբ բժշկելու համար
  - » Ծառայություններ, որոնք ապահովագրված կլինեին, եթե տրամադրվեին բժշկի կողմից

*Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք մասնագետին այցելելու համար:*

*Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:*



<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
<p><b>Ոտնաբուժության ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ոտնաթաթերի փաստվածքների ու հիվանդությունների ախտորոշում և բժշկական կամ վիրաբուժական բուժում (ինչպես օրինակ՝ մշտապես ներքև ծալած ոտքի մատ կամ կրունկի ջիլեր)</li> <li>▪ Ոտնաթաթի սովորական խնամք՝ ոտքերի վրա ազդող որոշակի վիճակներ ունեցող անդամների համար, օրինակ՝ շաքարախտ</li> </ul> <p>Ոտնաթաթի սովորական լրացուցիչ խնամքը սահմանափակվում է տարեկան 12 այցելությամբ, որոնք ներառում են կոշտուկների կտրումը կամ հեռացումը, եղունգների կտրումը</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք</i></p>	
<p> <b>Շագանակագեղձի քաղցկեղի գնումներ</b></p> <p>50 տարեկան և ավելի բարձր տարիքի տղամարդկանց համար մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար 12 ամիսը մեկ.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ուղիղ աղիքի թվային ստուգում</li> <li>▪ Շագանակագեղձի հատուկ հակաճինի (անգլերեն հապավումը՝ PSA) թեստ</li> </ul> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
<p><b>Պրոթեզային սարքեր և առնչվող պաշարներ</b></p> <p><i>Պրոթեզային սարքերն ամբողջությամբ կամ մասամբ, փոխարինում են մարմնի մասը կամ գործառույթը: Մենք կվճարենք հետևյալ պրոթեզային սարքերի համար ու, հնարավոր է, որոշ այլ սարքերի համար, որոնք այստեղ նշված չեն.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Կոլոստոմիայի պարկեր ու կոլոստոմիայի խնամքին առնչվող պաշարներ</li> <li>▪ Սրտի ռիթմը կանոնավորող սարքեր</li> <li>▪ Ձգափոկեր</li> <li>▪ Պրոթեզային կոշիկներ</li> <li>▪ Արհեստական ձեռքեր ու ոտքեր</li> <li>▪ Կրծքի պրոթեզներ (այդ թվում՝ վիրաբուժական կրծքակալ՝ կրծքի հեռացումից հետո)</li> <li>▪ Քսուկներ անզսպության դեմ և տակդիրներ</li> </ul>	

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





<b>Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը</b>	
<p>Մենք նաև կվճարենք պրոթեզային սարքերին առնչվող որոշ պաշարների համար: Մենք նաև կվճարենք պրոթեզային սարքերի վերանորոգման ու փոխարինման համար:</p> <p>Մենք որոշակի ապահովագրություն ենք առաջարկում կատարակտի հեռացումից ու կատարակտի վիրահատությունից հետո: Մանրամասների համար տեսեք «Տեսողության խնամք» հատվածը այս բաժնում:</p> <p><i>Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք քսուկների անգսպության դեմ և տակդիրների համար:</i></p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
<p><b>Թոքային վերականգնման ծառայություններ</b></p> <p>Մենք կվճարենք թոքային վերականգնման ծրագրերի համար այն անդամների համար, որոնք ունեն միջինից մինչև խիստ սաստիկ Թոքերի քրոնիկ խցանող հիվանդություն (COPD): Դուք պետք է թոքային վերականգնման համար <i>ուղեգիր</i> ունենաք բժշկից կամ COPD բուժող մատակարարից:</p> <p>Մենք կվճարենք շնչառական ծառայությունների համար շնչառական սարքից կախվածություն ունեցող հիվանդների համար:</p> <p><i>Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:</i></p>	
<p> <b>Սեռական ճանապարհով փոխանցվող վարակների (STIs) գնում և խորհրդատվություն</b></p> <p>Մենք կվճարենք խլամիդիաների, սուսանակի, սիֆիլիսի ու հեպատիտ Բ-ի գնումների համար: Այս գնումներն ապահովագրվում են հղի կանանց ու որոշ մարդկանց համար, որոնք STI ունենալու բարձր վտանգի տակ են: Առաջնային խնամքի մատակարարը պետք է պատվիրի այս ստուգումները: Մենք ապահովագրում ենք այս թեստերը 12 ամիսը մեկ կամ որոշակի ժամանակ հղիության ընթացքում:</p> <p>Մենք նաև կվճարենք մինչև երկու դեմ առ դեմ, բարձր ինտենսիվության վարքագծային խորհրդատվության համար սեռական ակտիվ չափահասների համար, որոնք STI-ներ ունենալու ավելի բարձր վտանգի տակ են: Յուրաքանչյուր սեսիան կարող է տևել 20-ից 30 րոպե: Մենք կվճարենք այս խորհրդատվությունների համար միայն որպես կանխարգելիչ ծառայություն, եթե դրանք տրամադրվում են առաջնային խնամքի մատակարարի կողմից: Այս սեսիաները պետք է անցկացվեն առաջնային խնամքի պայմաններում, ինչպես օրինակ՝ բժշկի գրասենյակում:</p>	

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Հմուտ բուժքույրական հաստատությունում (SNF) տրամադրվող խնամք**

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար և, հնարավոր է, որոշ այլ ծառայությունների համար, որոնք այստեղ նշված չեն.

- Կիսամասնավոր սենյակ կամ առանձին սենյակ, եթե բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է
- Սնունդներ, այդ թվում՝ հատուկ սննդակարգեր
- Բուժքույրական ծառայություններ
- Ֆիզիկական թերապիա, աշխատանքային բուժում և խոսքի թերապիա
- Դեղեր, որոնք դուք ստանում եք որպես ձեր խնամքի ծրագրի մի մաս, ներառյալ՝ նյութեր, որոնք բնականորեն ներկա են ձեր մարմնում, օրինակ՝ արյան մակարդման գործոններ
- Արյուն, այդ թվում՝ պահեստավորում և ադմինիստրացիա
- Բժշկական ու վիրաբուժական պաշարներ, որոնք տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից
- Լաբորատոր անալիզներ, որոնք արվում են բուժքույրական հաստատություններում
- Ռենտգեն ճառագայթներ և ճառագայթաբանության այլ ծառայություններ, որոնք արվում են բուժքույրական հաստատություններում
- Սարքեր, օրինակ՝ անվասայլակներ, որոնք սովորաբար տրամադրվում են բուժքույրական հաստատությունների կողմից
- Բժշկի/մատակարարի ծառայություններ

Դուք սովորաբար խնամք կստանաք ցանցի հաստատություններում: Այնուամենայնիվ, հնարավոր է, որ կարողանաք խնամք ստանալ ցանցից դուրս հաստատությունում: Դուք կարող եք խնամք ստանալ հետևյալ վայրերում, եթե նրանք ընդունում են մեր ծրագրի սակագները.

- Ծերանոց կամ շարունակական խնամքի թոշակառուների համայնք, որտեղ դուք ապրել եք անմիջապես հիվանդանոց գնալուց առաջ (եթե այն տրամադրում է բուժքույրական հաստատության խնամք):
- Բուժքույրական հաստատություն, որտեղ ապրում է ձեր ամուսինը, երբ դուք դուրս եք գրվում հիվանդանոցից:

Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք:

Հնարավոր է՝ պահանջվի նախօրոք լիազորում (նախապես հավանություն) ապահովագրման համար, բացի արտակարգ իրավիճակի դեպքում:



**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:

### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

#### Հրատապ խնամք

Հրատապ խնամքն այն խնամքն է, որը տրամադրվում է բուժելու համար՝

- Ոչ արտակարգ իրավիճակ, որն անհապաղ բժշկական խնամք է պահանջում, **կամ**
- Անսպասելի բժշկական հիվանդություն, **կամ**
- Վնասվածք, **կամ**
- Վիճակ, որի համար անմիջապես խնամք է հարկավոր:

Եթե ձեզ հրատապ խնամք է հարկավոր, դուք պետք է սկզբից փորձեք ստանալ այն ցանցի մատակարարից: Մակայն, դուք կարող եք օգտվել արտացանցային մատակարարներից, եթե չեք կարողանում ցանցի մատակարար գտնել:

Հրատապ անհրաժեշտ խնամքը, որը ստացվել է Միացյալ Նահանգներից դուրս, կարող է արտակարգ իրավիճակ համարվել՝ միջազգային արտակարգ իրավիճակի/հրատապ ապահովագրության նպաստի համաձայն: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք այս Նպաստների աղյուսակի «Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/հրատապ ապահովագրություն» հատվածը ստորև:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը**

**Տեսողության խնամք**

Մենք կվճարենք հետևյալ ծառայությունների համար.

- Մեկ սովորական աչքի ստուգում յուրաքանչյուր տարի, և
- Մինչև \$250 ակնոցների համար (ստանդարտ և ոչ-ստանդարտ շրջանակներ և բազային միակի տեսողություն, բիֆոկալ, տրիֆոկալ կամ ոսպնյակաձև ակնոցի ոսպնյակներ) ամեն երկու տարին մեկ\*, \*\*, կամ
- Մինչև \$250 ընտրովի հպովի ոսպնյակների, հարմարեցման ու գնահատման համար՝ ամեն երկու տարին մեկ\*, \*\*, \*\*\*:
- Ցածր տեսողության ստուգում (տարեկան մինչև չորս անգամ)\*\*\*\*
- Ցածր տեսողության սարք\*\*\*\*

\*Ծառայության/գնելու ամսաթվից, մի քանի տարվա նպաստները կարող է մատչելի չլինեն հետագա տարիներին:

\*\*Դուք պատասխանատու եք փացած փացորդի 100%-ի համար՝ \$250 հատկացումից ավելի համար:

\*\*\*Տեսողության համար անհրաժեշտ հպովի ոսպնյակների, հարմարեցման ու գնահատման համար ամբողջությամբ վճարվում է ամեն երկու տարին մեկ:

\*\*\*\*Ապահովագրվությունը տրվում է միայն հղի կանանց կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում բնակվող անձանց, երբ նրանք համապատասխանում են աշխորոշման և դեղատոմսի չափանիշներին: Ապահովագրված ծառայությունները ներառում են.

Ստուգում՝ մասնագիտական գնահատում, ցածր տեսողության սարքի հարմարեցում ու հետագա վերահսկում, եթե անհրաժեշտ է, ներառյալ՝ վեց ամիս հետբուժական խնամք:

Ցածր տեսողության սարքը ներառում է.

- Ձեռքով պահվող ցածր տեսողության սարքեր և այլ ոչ շրջանակների վրա նստեցված սարքեր
- Մեկ տեսապակիով շրջանակների վրա նստեցված ցածր տեսողության սարքեր
- Հեռադիտակային և տեսապակիների այլ բարդ համակարգ, ներառյալ՝ հեռատեսության հեռադիտակային, կարճատեսության հեռադիտակներ և տեսապակիների բարդ համակարգ

Աչքի բժշկական ծառայություններ.

Դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ և ուղեգիր ստանաք Medicare-ի կողմից ապահովագրված տեսողության ստուգումների համար



## Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

Աչքի բժշկական ծառայությունները տրամադրվում են կամ կազմակերպվում են ձեր PCP-ի կողմից: Մենք կվճարենք բժշկի ամբուլատոր ծառայությունների համար աչքի հիվանդությունների ու փաստվածքների ախտորոշման ու բուժման համար: Օրինակ, սա ներառում է տարեկան աչքերի ստուգումներ շաքարախտից գոյացող ռետինոպաթիայի համար շաքարախտ ունեցողների համար և տարիքի հետ կապված դեղի բժի բուժում:

Գլաուկոմայի բարձր վտանգ ունեցող մարդկանց համար մենք կվճարենք տարեկան մեկ գլաուկոմայի զննման համար: Գլաուկոմայի բարձր վտանգ ունեցող մարդկանցից են՝

- Գլաուկոմայի ընտանեկան պատմություն ունեցող մարդիկ
- Շաքարախտով հիվանդ մարդիկ
- 50 և ավելի բարձր տարիքի աֆրոամերիկացիներ
- 65 և ավելի բարձր տարիքի հիսպանիկ ամերիկացիներ

Մենք կվճարենք մեկ գույգ ակնոցի կամ հպովի ոսպնյակների համար՝ կատարակտի յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո, որը ներառում է ներակնային ոսպնյակների տեղադրում: (Եթե ձեզ արվել են կատարակտի երկու առանձին վիրահատություններ, դուք պետք է ստանաք մեկ գույգ ակնոց յուրաքանչյուր վիրահատությունից հետո: Դուք չեք կարող ստանալ երկու գույգ ակնոց երկրորդ վիրահատությունից հետո, նույնիսկ եթե առաջին վիրահատությունից հետո ակնոց չեք ստացել): Մենք կվճարենք ուղղիչ ոսպնյակների ու շրջանակներ համար, ինչպես նաև փոխարինումների համար, որոնք անհրաժեշտ են առանց ոսպնյակի իմպլանտի կատարակտը հեռացնելուց հետո:

### Ինչպես օգտվել ձեր տեսողության նպաստներից

Այս ծրագիրն ապահովագրում է տրամադրում աչքի սովորական ստուգման համար՝ ամեն տարին մեկ, և ակնոցների համար՝ ամեն 24 ամիսը մեկ: Մասնակից տեսողության մատակարարի միջոցով, այլ ոչ ձեր բժշկական խմբի միջոցով, դուք կստանաք տեսողության սովորական տարեկան ստուգում (ուղղիչ ակնոցների անհրաժեշտությունը որոշելու համար) և որևէ կիրառելի ակնոցներ:

Ձեր տեսողության սովորական տարեկան ստուգումը կազմակերպեք մասնակից տեսողության մատակարարի հետ: Մասնակցող տեսողության մատակարար գտնելու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է: Կամ կարող եք որոնել առցանց [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) հղումով:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

Դուք կարող եք ակնոցներ գնել այն մատակարարից, որը անցկացրել է ձեր ստուգումը, կամ ձեր տարածքում ակնոցների մասնակցող մատակարարների ցուցակից: Մասնակցող մատակարարից բացի մեկ այլ մատակարարի տրամադրված ակնոցները չեն ապահովագրվում: Ակնոցների մասնակցող մատակարար գտնելու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Կամ կարող եք որոնել առցանց՝ [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect):

Դուք պատասխանատու եք վճարել չապահովագրված ծառայությունների համար, ինչպես օրինակ՝ որևէ գումար, որը գերազանցում է ձեր ակնոցների հատկացումը, կամ կոսմետիկ տեսապակիների տարբերակների համար, ինչպես քերծվածքներից պաշտպանող շերտեր, առաջադեմ տեսապակիներ, երանգային տեսապակիներ, և այլն: Այս չապահովագրված ծառայությունների համար ձեր վճարումներն արվելու են ուղղակիորեն ձեր ակնոցների մատակարարին:

Սա է այն ամենն է, ինչը պետք է անեք ձեր տեսողության սովորական ստուգումը և նոր ակնոցները կամ հպովի ոսպնյակները ստանալու համար:

Սովորական տեսողության և ակնոցների բացառությունների ցուցակի համար տեսեք այս գլխի Մաս F-ը:



### «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց

Մենք ապահովագրում ենք մեկանգամյա «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այց: Այս այցը ներառում է.

- Ձեր առողջության վերանայում,
- Կրթություն ու խորհրդատվություն ձեզ հարկավոր կանխարգելիչ ծառայությունների վերաբերյալ (այդ թվում՝ զննումներ ու սրսկումներ), և
- Խնամք ստանալու ուղեգրեր, եթե անհրաժեշտ է:

**Կարևոր է.** Մենք ապահովագրում ենք «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը միայն առաջին 12 ամսվա ընթացքում, երբ դուք Medicare Բ մաս ունեք: Երբ դուք նշանակում եք ձեր ժամադրությունը, տեղեկացրեք ձեր բժշկի գրասենյակին, որ ցանկանում եք նշանակել ձեր «Բարի գալուստ Medicare» կանխարգելիչ այցը:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### Ծառայություններ, որոնց համար վճարում է մեր ծրագիրը

#### Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/հրատապ ապահովագրություն

Միջազգային արտակարգ իրավիճակ/հրատապ ապահովագրություն: Սահմանվում է որպես հրատապ, շտապ կամ հետկայունացման խնամք, որը ստացվել է Միացյալ Նահանգներից դուրս:<sup>1</sup>

- Սահմանափակվում է միայն այն ծառայություններով, որոնք կդասակարգվեն որպես արտակարգ իրավիճակ, հրատապ պահանջվող կամ հետկայունացման խնամք, եթե նրանք տրամադրվեն Միացյալ Նահանգներում:<sup>1</sup>
- Շտապ օգնության մեքենայի ծառայություններն ապահովագրվում են այն իրավիճակներում, երբ արտակարգ իրավիճակի սենյակ որևէ այլ միջոցով գնալը կարող է վտանգել ձեր առողջությունը:
- Արտասահմանյան հարկերն ու վճարները (այդ թվում, սակայն առանց սահմանափակման, դրամի փոխանակում կամ գործարկի վճարներ) ապահովագրված չեն:

Միջազգային արտակարգ իրավիճակի/հրատապ ապահովագրությունն ունի տարեկան \$50,000 սահմանափակում:

<sup>1</sup>Միացյալ Նահանգներ նշանակում է 50 նահանգ, Կոլումբիայի վարչաշրջան, Պուերտո Ռիկո, Վիրջինյան կղզիներ, Գուամ, Հյուսիսային Մարիանայի կղզիներ և Ամերիկյան Սամոա:

## E. Health Net Cal MediConnect-ից դուրս ապահովագրվող նպաստներ

Հետևյալ ծառայությունները չեն ապահովագրվում Health Net Cal MediConnect-ից կողմից, սակայն մատչելի են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի միջոցով:

### Կալիֆորնիայի համայնքային անցումներ (CCT)

Կալիֆորնիայի համայնքային անցումները (անգլերեն հապավումը՝ CCT) ծրագիր է, որն օգտագործում է տեղային Առաջատար կազմակերպությունները, որպեսզի օգնի իրավասու Medi-Cal նպաստառուներին, ովքեր առնվազն 90 օր շարունակ բնակվել են ստացիոնար կամ հաստատությունում, կրկին անցնել և ապահով կերպով Կալիֆորնիայի միջավայրում: CCT ծրագիրը ֆինանսավորում է անցումների կոորդինացիան ծառայությունները նախաանցումային շրջանի ընթացքում և անցումից հետո 365 օրվա ընթացքում, որպեսզի օգնի նպաստառուներին կրկին վերադառնալ համայնքային միջավայր:

Դուք կարող եք անցումային կոորդինացիան ծառայություններ ստանալ որևէ CCT Առաջատար կազմակերպությունից, որը սպասարկում է ձեր վարչաշրջանը: Կարող եք գտնել CCT Առաջատար կազմակերպությունների և նրանց կողմից սպասարկվող վարչաշրջանների ցուցակը Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժանմունքի [www.medi-cal.ca.gov](http://www.medi-cal.ca.gov) կայքում:

### ***CCT անցումների համակարգման ծառայությունների համար՝***

Medi-Cal վճարում է անցումային համակարգման ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

### ***Ձեր CCT անցումին չվերաբերվող ծառայությունների համար՝***

Մատակարարը Health Net Cal MediConnect-ին հաշիվ կուղարկի ձեր ծառայությունների համար: Health Net Cal MediConnect-ը կվճարի ձեր անցումից հետո ձեզ տրամադրված ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

Քանի դեռ դուք ստանում եք CCT նախաանցումային համակարգման ծառայություններ, Health Net Cal MediConnect-ը վճարելու է այս գլխի Մաս D-ի Նպաստների աղյուսակում նշված ծառայությունների համար:

### ***Health Net Cal MediConnect-ի դեղերի ապահովագրության նպաստը չի փոփոխվում՝***

Դեղերը չեն ապահովագրվում CCT ծրագրով: Դուք կշարունակեք ստանալ ձեր սովորական դեղերի նպաստը Health Net Cal MediConnect-ի միջոցով: Տեսեք Գլուխ 5-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

**Ծանոթություն.** Եթե ձեզ ոչ CCT անցումային խնամք է հարկավոր, դուք պետք է զանգահարեք

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





ձեր խնամքի համակարգողին ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ CCT անցումային խնամքը հաստատությունից ձեր անցումին չվերաբերվող խնամքն է: Ձեր Խնամքի կոորդինատորի հետ կապ հաստատելու համար խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է:

## Medi-Cal ատաճաբուժական ծրագիր

Որոշակի ատաճաբուժական ծառայություններ մատչելի են Medi-Cal ատաճաբուժական ծրագրի փրճոցով: Ապահովագրված ծառայությունները ներառում են՝

- Սկզբնական ստուգումներ, սովորական մաքրումներ և խորը մաքրումներ (չափում և արմատների տաշում)
- Ռենտգենագրություն (Ռենտգենյան ճառագայթներ)/լուսանկարչական պատկերներ, պրոֆիլակտիկա և ֆլորիդային բուժումներ
- Ամալգամ և բաղադրյալ վերականգնումներ (խոռոչի լցումներ)
- Լաբորատոր պայմաններում վերամշակված պսակներ եւ հավաքովի չժանգոտվող պողպատ, խեժ և խեժից պատուհանների պսակներ պատրաստված չժանգոտվող պողպատից, խեժից և խեժից պատուհանով ատաճաբուժականներ
- Ատաճաբուժի արմատային խողովակի թերապիա անտերիոր (դիմացի) և պոստերիոր (ետևի) ատաճաբուժի համար
- Մասնակի և լրիվ պրոթեզներ, ներառյալ՝ անհապաղ պրոթեզներ
- Ատաճաբուժի լրիվ պրոթեզների ճշտումներ, վերանորոգումներ և ուղղումներ

Ատաճաբուժական նպաստները հասանելի են վճար ծառայության դիմաց ծրագրում, որը հայտնի է որպես Denti-Cal: Լրացուցիչ օգնության համար, կամ եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր Denti-Cal ընդունող ատաճաբուժ գտնելու հարցում, խնդրում ենք դիմել Denti-Cal-ի Հաճախորդների սպասարկում՝ 1-800-322-6384 հեռախոսահամարով (TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-735-2922): Չանզն անվճար է: Medi-Cal-ի ատաճաբուժական ծրագրի ներկայացուցիչները մատչելի են ձեզ օգնելու համար ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարող եք նաև այցելել Denti-Cal-ի կայքը <http://www.denti-cal.ca.gov>:

Եթե բնակվում եք Մակրամենտո կամ Լոս Անջելես վարչաշրջաններում, ատաճաբուժական նպաստները նաև հասնելի են ատաճաբուժական խնամքի կառավարվող ծրագրի փրճոցով: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ատաճաբուժական ծրագրերի մասին, եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ձեր ատաճաբուժական ծրագիրը պարզելու համար, կամ եթե ցանկանում եք փոխել ձեր ատաճաբուժական ծրագիրը, խնդրում ենք դիմել Առողջական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով (TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Չանզն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Անբուժելի հիվանդների խնամք

Դուք կարող եք խնամք ստանալ Medicare-ով վկայագրված ցանկացած անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ծրագրից: Դուք իրավունք ունեք ընտրել անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունը, եթե ձեր մատակարարը և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության բժշկական տնօրենը որոշում են, որ դուք անբուժելի կանխատեսում ունեք: Սա նշանակում է, որ դուք ունեք մահացու հիվանդություն, և ակնկալվում է, որ ապրելու եք վեց ամիս կամ ավելի քիչ: Անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության ձեր բժիշկը կարող է լինել ցանցի կամ արտացանցային մատակարար:

Տեսեք այս գլխի Մաս D-ի Նպաստների աղյուսակը լրացուցիչ տեղեկությունների համար այն մասին, թե ինչի համար է վճարում Health Net Cal MediConnect-ը, քանի դեռ դուք ստանում եք անբուժելի հիվանդների խնամքի ծառայություններ:

### **Անբուժելի հիվանդների ծառայությունների համար և Medicare Ա մասով կամ Բ մասով ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք վերաբերվում են ձեր անբուժելի կանխատեսմանը.**

- Անբուժելի հիվանդների խնամքի մատակարարը Medicare-ին հաշիվ կուղարկի ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի անբուժելի հիվանդների ծառայությունների համար, որոնք վերաբերվում են ձեր մահացու կանխատեսմանը: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

### **Medicare Ա մասով կամ Բ մասով ապահովագրված ծառայությունների համար, որոնք չեն վերաբերվում ձեր մահացու կանխատեսմանը (բացի արտակարգ իրավիճակ կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամքից).**

- Մատակարարը Medicare-ին հաշիվ կուղարկի ձեր ծառայությունների համար: Medicare-ը կվճարի Medicare Ա մասով կամ Բ մասով որևէ ապահովագրված ծառայությունների համար: Դուք ոչինչ չեք վճարում այդ ծառայությունների համար:

### **Դեղերի համար, որոնք կարող են ապահովագրվել Health Net Cal MediConnect-ի Medicare Դ մաս նպաստով**

- Դեղերը երբեք չեն ապահովագրվում միաժամանակ և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության, և մեր ծրագրի կողմից: Տեսեք Գլուխ 5-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար:

**Ծանոթություն.** Եթե ձեզ ոչ անբուժելի հիվանդների խնամք է հարկավոր, դուք պետք է զանգահարեք ձեր խնամքի համակարգողին ծառայությունները կազմակերպելու համար: Ոչ անբուժելի հիվանդների խնամքը ձեր մահացու կանխատեսմանը չվերաբերվող խնամքն է: Ձեր խնամքի համակարգողի հետ կապ հաստատելու համար խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 106



## F. Նպաստներ, որոնք չեն ապահովագրվում Health Net Cal MediConnect-ի, Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից

Այս հատվածը պատմում է ձեզ, թե որ նպաստներն են բացառված ծրագրից: *Բացառված* նշանակում է, որ մենք չենք վճարում այդ նպաստների համար: Medicare-ն ու Medi-Cal-ը նույնպես չեն վճարելու դրանց համար:

Ներքոնշյալ ցուցակը նկարագրում է որոշ ծառայություններ ու պարագաներ, որոնք ոչ մի պայմանով չեն ապահովագրվում մեր կողմից, ինչպես նաև մյուսները, որոնք բացառված են մեր կողմից միայն հատուկ դեպքերում:

Մենք չենք վճարելու այս հատվածում (կամ այս *Անդամների տեղեկագրքի* որևէ այլ մասում) թվարկված բացառված բժշկական նպաստների համար, բացի թվարկված հատուկ պայմաններից: Եթե կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք չապահովագրված ծառայության համար, ապա կարող եք բողոքարկել: Բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

Ի լրումն Նպաստների աղյուսակում նկարագրված բացառությունների ու սահմանափակումների՝ հետևյալ պարագաներն ու ծառայությունները չեն ապահովագրվում մեր ծրագրով.

- Ծառայություններ, որոնք համարվում են «անխոհեմ ու բժշկական տեսակետից ոչ անհրաժեշտ» ըստ Medicare-ի ու Medi-Cal-ի չափանիշների, եթե իհարկե այդ ծառայությունները թվարկված չեն որպես մեր ծրագրով ապահովագրվող ծառայություններ:
- Փորձական բժշկական ու վիրաբուժական բուժումներ, պարագաներ ու դեղեր, եթե իհարկե դրանք չեն ապահովագրվում Medicare-ով կամ Medicare-ով հաստատված կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությամբ կամ մեր ծրագրով: Տեսեք Գլուխ 3, էջ 59, կլինիկական հետազոտության ուսումնասիրությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Փորձական բուժումն ու պարագաներ են համարվում նրանք, որոնք ընդհանուր առմամբ չեն ընդունվում բժշկական համայնքի կողմից:
- Հիվանդագին գիրության վիրաբուժական բուժում, բացի այն դեպքերից, երբ դա բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է ու ապահովագրվում է Medicare-ով:
- Առանձին սենյակ հիվանդանոցում, բացի այն դեպքերից, երբ դա բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է:
- Անձնական հերթապահ բուժքույրեր:
- Հիվանդանոցային սենյակում կամ բուժքույրական հաստատությունում առկա անձնական պարագաներն, ինչպես օրինակ՝ հեռախոս կամ հեռուստացույց:
- Լրիվ դրույքով բուժքույրական խնամք ձեր տանը:
- Ձեր մոտիկ բարեկամների կամ տան անդամների կողմից գանձված վարձերը:
- Ընտրովի կամ կամավոր գրավչությունն ավելացնելու ընթացակարգերը կամ ծառայությունները (ինչպես օրինակ՝ քաշի կորուստը, մազերի աճը, սեռական ունակությունները, մարզական ունակությունները, կոսմետիկ նպատակները, հակատարիքային և հոգեբանական ունակությունները), բացառությամբ բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ դեպքերի:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Գեղարարական վիրաբուժությունը կամ ընթացակարգերը, եթե միայն անհրաժեշտ չեն պատահական փաստվածքի կամ մարմնի որևէ մասի տձևությունն ուղղելու նպատակ: Այնուամենայնիվ, մենք կվճարենք կրծքի հեռացումից հետո կրծքի վերականգնման ու մյուս կրծքի համապատասխանեցման համար:
- Բեկաբուժական խնամք, բացի ողնաշարի ձեռքով արվող մանիպուլյացիաներից ըստ ապահովագրության ուղեցույցների:
- Օրթոպեդիկ կոշիկներ, բացի ոտքի տաբատաձիգի մաս կազմող ու տաբատաձիգի գնի մեջ մտնող կոշիկներից, կամ շաքարախտով պայմանավորված ոտքի հիվանդություն ունեցող մարդու կոշիկներից:
- Ոտքերին աջակցող սարքեր, բացի շաքարախտով պայմանավորված ոտքի հիվանդություն ունեցող մարդկանց օրթոպեդիկ կամ թերապևտիկ կոշիկներից:
- Ստերիլիզացիայի դարձման ընթացակարգեր և դեղատոմսով չտրվող հակաբեդմսավորիչ պաշարներ:
- Բնական գործոններով թերապիայի ծառայություններ (օգտագործում է բնական ու այլընտրանքային բուժուժանքներ):
- Վետերանների գործերի (անգլերեն հասկանալու՝ VA) հաստատություններում վետերաններին տրամադրված ծառայություններ: Այնուամենայնիվ, երբ վետերանը արտակարգ իրավիճակի ծառայությունները ստանում է VA հիվանդանոցում և VA-ի ծախսերի բաշխումն ավել է, քան մեր ծրագրի ծախսերի բաշխումն, ապա մենք վետերանին կփոխհատուցենք այդ տարբերությունը: Դուք պատասխանատու եք ձեր ծախսերի բաշխման գումարների համար:
- Դատարանի հրամանով պահանջվող ստուգում ու բուժում, բացառությամբ երբ այն բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է և համապատասխանում է այս ծրագրի պայմանագրով թույլատրելի այցերին:
- Բուժում Մշտական բնակիչներով բուժման կենտրոնում: Այս նպաստը կարող է մատչելի լինել վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության նպաստի շրջանակներում:
- Օժանդակ ծառայություններ, ինչպես օրինակ՝ մասնագիտական ռեաբիլիտացիա կամ ռեաբիլիտացիայի այլ ծառայություններ (այս նպաստը կարող է մատչելի լինել վարչաշրջանի մասնագիտական հոգեկան առողջության նպաստի շրջանակներում) և սնուցման ծառայություններ:
- Հոգեբանական ստուգում և
- Նյարդահոգեբանական ստուգում, բացի վկայագրված հոգեբանի կողմից անցկացվող ստուգման բուժումը ծրագրավորելու նպատակով, այդ թվում՝ դեղորայքի տնօրինում կամ ախտորոշման պարզաբանում, ու մասնավորապես բացառելով բոլոր կրթական, ակադեմիկ կամ նվաճման թեստերը, բժշկական վիճակների հետ առնչվող կամ վիրահատությունը պատրաստ լինելը որոշելու հոգեբանական ստուգումը կամ ավտոմատացված համակարգչային զեկույցներ:
- Հիվանդանոցին կամ հաստատությանը ձեր պատճառած փասք:
- Կենսաէլեկտրոնային հետադարձ կապի կամ հիպնոսի թերապիաներ:
- Միջզանգային մագնիսական գրգռում (անգլերեն հասկանալու՝ TMS):
- V-կողեր, ինչպես նշված է DSM 5-ում:
- Ծառայություններ, որոնք Health Net-ը համարում է փորձնական ու հետազոտական:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ձեր բնակվելու նահանգից դուրս ստացած ծառայությունները, բացառությամբ արտակարգ իրավիճակի ծառայությունների դեպքում և ինչպես այլապես թույլատրված է Health Net-ի կողմից:
- Էլեկտրոնկոնվուսիվ թերապիա (անգլերեն հապավումը՝ ECT), բացառությամբ ինչպես թույլատրված է Health Net-ի կողմից:
- Պարբերական ատամնաբուժական խնամք, ինչպես օրինակ՝ մաքրումներ, լցնումներ կամ պրոթեզներ: Այնուամենայնիվ, որոշ ատամնաբուժական ծառայություններ, ներառյալ պրոթեզները, կտրամադրվեն նահանգային Denti-Cal ծրագրի կողմից: Մանրամասների համար տեսեք Նպաստների աղյուսակի «Ատամնաբուժական ծառայություններ» բաժինը:

**Ոչ Medicare ապահովագրված սովորական տեսողության և ակնոցների բացառություններ.**

- Շառավղային կերատոտոմիա, LASIK վիրահատություն և տեսողության թերապիա: *Դիմեք ծրագրին՝ LASIK ընթացակարգերի համար գեղջերի մասին տեղեկանալու համար:*
- Օրթոպտիկա կամ տեսողության վարժության ու որևէ առնչվող լրացուցիչ ստուգում:
- Եղջերաթաղանթի լուսաբեկման թերապիա (անգլերեն հապավումը՝ CRT):
- Օրթոկերատոլոգիա (ընթացակարգ, որն օգտագործում է հպովի ոսպնյակներ՝ եղջերաթաղանթի ձևը փոխելու համար կարճատեսությունը նվազեցնելու նպատակով):
- Հպովի ոսպնյակների հարմարեցում առաջին (90 օր) հարմարեցման ժամանակաշրջանից հետո:
- Հարթ ոսպնյակներ, հարթ հպովի ոսպնյակներ (ոսպնյակներ ավելի քան + .50 դիոպտր լուսաբեկման ուղղումով):
- Երկու զույգ ակնոցներ՝ մեկ բիֆոկալի փոխարեն:
- Ոչ դեղատոմսային ակնոցներ և արևային ակնոցներ
- Ոսպնյակների հավելումներ
- Այս ծրագրով տրամադրված տեսապակիների ու շրջանակների փոխարինում, եթե դրանք կորել են կամ կոտրվել են, բացի նորմալ ժամանակահատվածներում, երբ ծառայությունները մատչելի են:
- Աչքերի բժշկական կամ վիրաբուժական բուժումներ (ապահովագրված վիրաբուժական բուժումների համար խնդրում ենք տեսնել այս գլխի Նպաստների աղյուսակը):

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Տեսողության՝ Փորձնական բնույթի ուղղիչ բուժում:
- Հարթ հպովի ոսպնյակներ ացքերի գույնը փոխելու համար:
- Ծրագրի նպաստների հատկացումը գերազանցող ծառայությունների և/կամ նյութերի արժեքները:
- Արտիստոթեն ներկված հպովի ոսպնյակներ:
- Հպովի ոսպնյակների փոփոխություն, փայլեցում կամ մաքրում:
- Կոնտակտային ոսպնյակների պաթոլոգիայի հետ կապված լրացուցիչ գրասենյակային այցեր:
- Հպովի ոսպնյակների ապահովագրության վկայագրեր կամ ծառայության պայմանագրեր:
- Տեսողության ծառայություններ կամ պաշարներ, որոնք տրամադրվում են մասնակցող մատակարարից բացի մեկ այլ մատակարարի կողմից:
- Դեղատոմսային ամբուլատոր դեղերը կամ առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերը չեն ապահովագրվում որպես տեսողության խնամքի նպաստներ: Խնդրում ենք կարդալ այս գլխի Նպաստների աղյուսակը կամ Գլուխ 5-ն ու 6-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար՝ ձեր բժշկական կամ դեղատոմսային դեղերի նպաստների շրջանակներում տրվող դեղատոմսային ամբուլատոր դեղերի վերաբերյալ:
- Տեսողությանն օգնող սարքեր (ակնոցից և հպովի ոսպնյակներից բացի) կամ ցածր տեսողությանն օգնող սարքեր՝ համաձայն ավելի վաղ այս գլխում նշված Նպաստների աղյուսակի:
- Ուղղիչ ակնոցներ, որոնք պահանջվում են գործատուի կողմից, որպես աշխատանքի ընդունելու պայման, և անվտանգության ակնոցներ, եթե մասնավորապես նշված չեն որպես ապահովագրված այս ծրագրով:
- Տեսողության ծառայություններ կամ նյութեր, որոնք տրամադրվել են տեսողության խնամք մատուցող խմբակային նպաստների մեկ այլ ծրագրի կողմից:
- Ձեր ապահովագրման ավարտից հետո տրամադրված տեսողության ծառայություններ, բացի այն դեպքերից, երբ առաքվում են նախքան ապահովագրման ավարտը պատվիրած նյութերը, և ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են սովյալ պատվերի ամսաթվից 31 օրվա ընթացքում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Տեսողության ծառայություններ, որոնք տրամադրվում է Աշխատավորների հատուցման օրենքների կամ նման օրենսդրության արդյունքում, կամ պահանջվում են ցանկացած պետական գործակալության կամ ծրագրի կողմից դաշնային, նահանգային կամ դրանց ստորաբաժանումների կողմից:
- Տեսողության ծառայությունները և/կամ նյութերը, որոնք նշված չեն *Անդամների տեղեկագրքում:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 5. Ձեր ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի ստացումը ծրագրի միջոցով

### Բովանդակություն

Ներածություն .....	114
<b>A. Ձեր դեղատոմսով դեղերի ստացումը .....</b>	<b>115</b>
Դեղատոմսով դեղերը ստացեք ցանցի դեղատնից .....	115
Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտը, երբ դեղատոմսով եք լցնում .....	115
Ցանկանո՞ւմ եք փոխվել ցանցի մեկ այլ դեղատուն .....	115
Իսկ եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, հեռանում է ցանցից: .....	115
Իսկ եթե՞ ձեզ մասնագիտացված դեղատուն է հարկավոր: .....	116
Կարո՞ղ եք օգտվել փոստով պատվերի ծառայություններից ձեր դեղերը ստանալու համար: .....	116
Կարո՞ղ եք դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալ: .....	117
Կարո՞ղ եք օգտվել ծրագրի ցանցից դուրս գործող դեղատնից: .....	118
Արդյո՞ք ծրագիրը ձեզ հետ կվճարի, եթե դուք վճարեք դեղատոմսի համար: .....	118
<b>B. Ծրագրի Դեղերի ցուցակը .....</b>	<b>119</b>
Ի՞նչ է մտնում Դեղերի ցուցակի մեջ: .....	119
Ինչպե՞ս կարող եք պարզել, արդյոք դեղը կա Դեղերի ցուցակում: .....	119
Ի՞նչը Դեղերի ցուցակում չէ: .....	119
Ի՞նչ են ծախսերի բաշխման կարգերը: .....	120
<b>C. Որոշ դեղերի ապահովագրության սահմանափակումներ .....</b>	<b>121</b>
Ինչո՞ւ որոշ դեղեր ունեն սահմանափակումներ: .....	121
Ինչպիսի՞ կանոններ գոյություն ունեն: .....	121
Այս կանոններն արդյո՞ք կիրառվում են ձեր դեղերի դեպքում: .....	122
<b>D. Ինչու կարող է չապահովագրվել ձեր դեղը .....</b>	<b>122</b>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 112





Դուք կարող եք ժամանակավոր պաշար ստանալ ..... 123

**E. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխություններ ..... 125**

**F. Դեղի ապահովագրություն հաստուկ դեպքերում ..... 126**

Եթե դուք հիվանդանոցում եք կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում, որն ապահովագրվում է ծրագրի կողմից ..... 126

Եթե դուք գտնվում եք երկարատև խնամքի հաստատությունում ..... 126

Եթե դուք երկարատև խնամքի հաստատության բնակիչ եք և ծրագրի նոր անդամ եք դառնում ..... 126

Եթե դուք Medicare-ի կողմից վկայագրված անբուժելի հիվանդների խնամքի ծրագրում եք .. 127

**G. Դեղերի ապահովության և դեղորայքի կառավարման ծրագրեր ..... 128**

Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին ապահով կերպով դեղեր օգտագործել ..... 128

Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին տնօրինել իրենց դեղորայքը ..... 128

**Ներածություն ..... 131**



## Ներածություն

Այս գլուխը բացատրում է ձեր՝ *ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի* ստացման կանոնները: Սրանք այն դեղերն են, որոնք նշանակում է ձեր մատակարարը, և դուք ստանում եք դեղատնից կամ փոստով պատվիրելով: Նրանք ներառում են Medicare Դ մասով ու Medi-Cal-ով ապահովագրված դեղեր: Գլուխ 6-ը տեղեկացնում է, թե ինչ եք դուք վճարում այս դեղերի համար:

Health Net Cal MediConnect-ը նույնպես ապահովագրում է հետևյալ դեղերը, չնայած որ դրանք չեն քննարկվում այս գլխում.

- Medicare Ա մասով ապահովագրված դեղեր: Սրանք ներառում են որոշ դեղեր, որոնք ստանում ենք հիվանդանոցում կամ բուժքույրական հաստատությունում գտնվելիս:
- Medicare Բ մասով ապահովագրված դեղեր: Սրանք ներառում են քիմիոթերապիայի որոշ դեղեր, որոշ սրսկումներ, որոնք արվում են բժշկի կամ այլ մատակարարի գրասենյակում, ինչպես նաև դիալիզի կլինիկայում ձեզ տրվող դեղերի համար: Տեղեկանալու համար, թե Medicare Բ մասի որ դեղերն են ապահովագրված, տեսեք Նպաստների աղյուսակը Գլուխ 4-ում:

## Ծրագրի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրության կանոնները

1. Մենք սովորաբար ապահովագրում ենք դեղերը, եթե դուք հետևում եք այս հատվածում բերված կանոններին: Անհրաժեշտ է, որ մեր ցանցի բժիշկ կամ այլ մատակարար ձեզ դեղատոմս դուրս գրի: Այդ անձը հաճախ ձեր առաջնային խնամքի մատակարարն է (PCP): Դա կարող է լինել նաև ցանցի մեկ այլ մատակարար, եթե ձեր առաջնային խնամքի մատակարարը ձեզ ուղարկել է խնամք ստանալու համար:
2. Ձեր դեղատոմսով դեղը ստանալու համար դուք պետք է այցելեք ցանցի դեղատոմս:
3. Ձեր դեղատոմսով դեղը պետք է լինի ծրագրի *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում*: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»:
  - Եթե դեղը Դեղերի ցուցակում չէ, ապա հնարավոր է, որ մենք կարողանանք ապահովագրել այն՝ ձեզ համար բացառություն անելով: Տեսեք 127 էջը բացառություն խնդրելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:
4. Ձեր դեղը պետք է օգտագործվի *բժշկական տեսակետից ընդունված ցուցումներով*: Սա նշանակում է, որ դեղի օգտագործումը կամ հաստատված է Մանդի և դեղորայքի ադմինիստրացիայի կողմից, կամ սատարվում է որոշակի հղման գրականությամբ: Medi-Cal ապահովագրված դեղերի համար սա նշանակում է այն դեղերի օգտագործումը, որոնք խելամիտ են և անհրաժեշտ՝ կյանքը պաշտպանելու, լուրջ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն կանխելու կամ սաստիկ ցավը մեղմելու համար՝ հիվանդության կամ փաստվածքի ախտորոշման կամ բուժման միջոցով:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## A. Ձեր դեղատոմսով դեղերի ստացումը

### Դեղատոմսով դեղերը ստացեք ցանցի դեղատանից

Շատ դեպքերում մենք կվճարենք ձեր դեղատոմսերի համար *վիայն*, եթե դրանցով դեղ եք ստանում մեր ցանցի դեղատաներից: *Ցանցի դեղատոմսը* դեղերի խանութ է, որը համաձայնվել է դեղատոմսեր լրացնել մեր ծրագրի անդամների համար: Դուք կարող եք գնալ մեր ցանցի ցանկացած դեղատուն:

- ➔ Ցանցի դեղատուն գտնելու համար կարդացեք *Մատակարարների և դեղատաների հասցեագիրքը*, այցելեք մեր կայքը կամ դիմեք Անդամների ծառայություններ բաժին:

### Ցույց տվեք ձեր Անդամ ID քարտը, երբ դեղատոմսով եք լցնում

Դեղատոմսը լցնելու համար **ցույց տվեք ձեր Անդամ ID քարտը** ձեր ընտրած ցանցի դեղատանը: Ցանցի դեղատունը ձեր դեղատոմսով դեղերի համար մեզ հաշիվ կուղարկի ծախսերի մեր բաշխման համար: Դուք պետք է դեղատանը համավճար վճարեք, երբ վերցնում եք ձեր դեղատոմսով դեղը:

Եթե ձեր Անդամ ID քարտը ձեզ մոտ չէ, երբ դեղատոմսով դեղ եք ստանում, խնդրեք դեղատանը զանգահարել մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունները ստանալու համար:

Եթե դեղատունը չի կարողանում ստանալ անհրաժեշտ տեղեկությունները, *հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել դեղի ամբողջ գինը, երբ վերցնում եք այն*: Դուք կարող եք մեզ խնդրել փոխհատուցել ձեզ արժեքի մեր բաժինը: Եթե չեք կարող վճարել դեղի համար անմիջապես զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին: Մենք կփորձենք օգնել ձեզ:

- ➔ Փոխհատուցում ստանալու մասին տեղեկանալու համար տեսեք Գլուխ 7-ը:
- ➔ Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր դեղատոմսով դեղ ստանալիս, կարող եք դիմել Անդամների ծառայություններ բաժին:

### Ցանկանո՞ւմ եք փոխվել ցանցի մեկ այլ դեղատուն

Եթե դուք փոխում եք ձեր դեղատունը և ցանկանում եք դեղատոմսով դեղ ստանալ, ապա կարող եք խնդրել ձեր մատակարարին նոր դեղատոմս դուրս գրել, կամ ձեր դեղագործին խնդրել տեղափոխել ձեր դեղատոմսը նոր դեղատուն:

- ➔ Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր ցանցի դեղատունը փոխելիս, կարող եք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին

### Իսկ եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, հեռանում է ցանցից:

Եթե այն դեղատունը, որից դուք օգտվում եք, հեռանում է ծրագրի ցանցից, դուք պետք է նոր դեղատուն գտնեք ցանցում:

- ➔ Ցանցի նոր դեղատուն գտնելու համար կարդացեք *Մատակարարների և դեղատաների հասցեագիրքը*, այցելեք մեր կայք կամ դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժին

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Իսկ եթե՞ ձեզ մասնագիտացված դեղատոմս է հարկավոր:

Երբեմն դեղատոմսով դեղերը հարկավոր է ստանալ *մասնագիտացված դեղատոմսից*: Մասնագիտացված դեղատոմսերը ներառում են.

- Դեղատոմսեր, որոնք դեղեր են մատակարարում տնային ներարկումով բուժման համար:
  - Դեղատոմսեր, որոնք դեղեր են մատակարարում երկարատև խնամքի հաստատության բնակիչներին, ինչպես օրինակ՝ ծերանոց: Սովորաբար երկարատև խնամքի հաստատություններն ունեն իրենց սեփական դեղատոմսերը: Եթե դուք երկարատև խնամքի հաստատության բնակիչ եք, դուք պետք է ձեր դեղատոմսով դեղերը ստանալ հաստատության դեղատոմսից: Եթե ձեր երկարատև խնամքի դեղատոմսը մեր ցանցում չէ, կամ եթե դուք դժվարություններ ունեք ձեր դեղերի կարիքների հետ երկարատև խնամքի հաստատությունում, խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժնի:
  - Դեղատոմսեր, որոնք ծառայում են Հնդկացիների առողջապահական ծառայությունների/տոհմային/քաղաքային հնդկացիների առողջապահական ծրագրին: Բացի շտապ օգնություն պահանջող վիճակներից, միայն Բնիկ ամերիկացիները կամ Ալյասկայի բնիկները կարող են օգտվել այս դեղատոմսից:
  - Դեղատոմսեր, որոնք օգտագործման հատուկ ցուցումներ ունեցող դեղեր են տրամադրում:
- ➔ Ցանցի մասնագիտացված դեղատոմս գտնելու համար կարդացեք *Մատակարարների և դեղատոմսերի հասցեագիրքը*, այցելեք մեր կայքը կամ դիմեք Անդամների ծառայություններ բաժնի:

## Կարո՞ղ եք օգտվել փոստով պատվերի ծառայություններից ձեր դեղերը ստանալու համար:

Որոշ տեսակի դեղերի համար դուք կարող եք օգտվել ծրագրի ցանցի փոստով պատվերի ծառայություններից: Սովորաբար փոստով պատվերի դեղերն այն դեղերն են, որոնք դուք ընդունում եք կանոնավոր կերպով՝ քրոնիկ կամ երկարատև բժշկական վիճակի համար: Մեր ծրագրի փոստով պատվերի ծառայության փոփոխությունները մատչելի դեղերը Դեղերի ցուցակում նշված են որպես փոստով պատվերի դեղեր:

Մեր ծրագրի փոստով պատվերի ծառայությունները *թույլատրում են* ձեզ պատվիրել *մինչև 90 օրվա պաշար*: 90 օրվա պաշարի համար կիրառվում է նույն համավճարը, ինչպես մեկ ամսվա պաշարի համար:

### Ինչպե՞ս փոստով ստանալ դեղատոմսով դեղը:

Պատվերի ձևերը ստանալու և փոստով դեղատոմսով դեղ ստանալու մասին տեղեկությունների համար այցելեք մեր կայքը ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)) կամ օգնության համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժնի (հեռախոսահամարները գտնվում են այս էջի ներքևում):

Սովորաբար փոստով պատվերի դեղատոմսով դեղը ձեզ կհասնի ոչ ուշ, քան 10 օրից: Եթե ձեր փոստային պատվերն ուշանում է, ապա օգնության համար զանգահարեք Անդամների

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



ծառայությունների բաժին (հեռախոսահամարները տպված են այս էջի ներքևում):

**Ինչպե՞ս է փոստով պատվերի ծառայությունը մշակելու իմ դեղատոմսը:**

Փոստով պատվերի ծառայությունն ունի տարբեր ընթացակարգեր ձեզանից ստացված նոր դեղատոմսերի համար, ձեր մատակարարի գրասենյակից ուղղակիորեն ստացված նոր դեղատոմսերի համար և ձեր փոստով պատվերի դեղատոմսերի կրկնության համար:

1. **Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է ձեզանից**  
Դեղատունն ավտոմատ կերպով կլրացնի ու կառաքի նոր դեղատոմսերը, որոնք այն ստանում է ձեզանից:
2. **Նոր դեղատոմսեր, որոնք դեղատունը ստանում է ուղղակիորեն ձեր մատակարարի գրասենյակից**  
Երբ դեղատունը դեղատոմս է ստանում առողջական խնամքի մատակարարից, այն կապ կհաստատի ձեզ հետ՝ պարզելու համար, թե արդյոք ցանկանում եք դեղորայքն ստանալ անմիջապես, թե ավելի ուշ: Սա ձեզ հնարավորություն կտա հաստատելու, որ դեղատունը ճիշտ դեղ է առաքելու (ներառյալ՝ ուժգնությունը, քանակը ու ձևը), և, եթե հարկավոր է, ձեզ թույլ կտա կանգնեցնել կամ հետաձգել պատվերը, նախքան ձեզանից գումար գանձելը, և պատվերը առաքելը: Կարևոր է, որ ամեն անգամ պատասխանեք, երբ դեղատունը կապ է հաստատում ձեզ հետ, որպեսզի տեղեկացնեք նրանց՝ ինչ անել ձեր նոր դեղատոմսի հետ ու կանխեք առաքման ձգձգումները:
3. **Փոստով պատվերած դեղատոմսերի կրկնություն**  
Դեղատոմսերի կրկնության համար խնդրում ենք դիմել ձեր դեղատանը 21 օր շուտ, երբ կարծում եք, որ ձեր դեղն ավարտվելու է, որպեսզի ձեր հաջորդ պատվերը ժամանակին ուղարկվի:

Որպեսզի դեղատունը կարողանա կապ հաստատել ձեզ հետ ձեր պատվերը հաստատելու համար նախքան այն ուղարկելը, խնդրում ենք տեղեկացնել դեղատանը ձեզ հետ կապ հաստատելու լավագույն միջոցի մասին: Դուք կարող եք տրամադրել ձեր կոնտակտային տվյալներն ամեն անգամ պատվեր ուղարկելիս:

**Կարո՞ղ եք դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալ:**

Դուք կարող եք ստանալ *կայունացնող դեղերի* երկարաժամկետ պաշար մեր ծրագրի Դեղերի ցուցակից: *Կայունացնող դեղերն* այն դեղերն են, որոնք դուք ընդունում եք կանոնավոր կերպով՝ քրոնիկ կամ երկարատև բժշկական վիճակի համար: Երբ դուք ստանում եք դեղերի երկարաժամկետ պաշար, հնարավոր է, որ ձեր համավճարն ավելի ցածր լինի:



Որոշ ցանցի դեղատներ թույլ են տալիս ձեզ ստանալ կայունացնող դեղերի երկարաժամկետ պաշար: 90 օրվա պաշարի համար կիրառվում է նույն համավճարը, ինչպես մեկ ամսվա պաշարի համար: Ձեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը* տեղեկացնում է ձեզ, թե որ դեղատներն են ձեզ տալիս կայունացնող դեղերի երկարաժամկետ պաշար: Կարող եք նաև զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին լրացուցիչ տեղեկության համար:

Դեղերի որոշակի տեսակների համար դուք կարող եք օգտվել ծրագրի ցանցի փոստով պատվերի ծառայություններից՝ կայունացնող դեղերի երկարաժամկետ պաշար ստանալու համար: Տեսեք վերոնշյալ հատվածը՝ փոստով պատվերի ծառայությունների մասին տեղեկանալու համար:

### **Կարո՞ղ եք օգտվել ծրագրի ցանցից դուրս գործող դեղատներից:**

Սովորաբար մենք վճարում ենք արտացանցային դեղատանը ստացված դեղերի համար *միայն*, երբ դուք ի վիճակի չեք օգտվել ցանցի դեղատներից: Մենք ցանցի դեղատներ ունենք մեր սպասարկման տարածքից դուրս, որտեղ դուք՝ որպես մեր ծրագրի անդամ, կարող եք ստանալ ձեր դեղատոմսով դեղերը:

Մենք կվճարենք արտացանցային դեղատներից ստացված դեղատոմսով դեղերի համար հետևյալ դեպքերում.

- Եթե դուք չեք ստանում ավելի քան 30 օրվա պաշար, և
  - Եթե ձեզ մոտ գտնվող և բաց դեղատուն չկա, կամ
  - Եթե ձեզ դեղ է հարկավոր, որը դուք չեք կարող ստանալ ձեզ մոտ գտնվող ցանցի դեղատներից, կամ
  - Եթե ձեզ դեղ է հարկավոր արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ բժշկական խնամքի համար, կամ
  - Դուք պետք է հեռանաք ձեր տնից դաշնային աղետի կամ այլ հանրային առողջության արտակարգ իրավիճակի պատճառով:
- ➔ Այդ դեպքերում խնդրում ենք սկզբից պարզել Անդամների ծառայությունների բաժնից՝ արդյոք մոտակայքում կա ցանցի դեղատուն:

### **Արդյո՞ք ծրագիրը ձեզ հետ կվճարի, եթե դուք վճարեք դեղատոմսի համար:**

Եթե դուք պետք է օգտվեք արտացանցային դեղատներից, ապա սովորաբար դուք համավճարի փոխարեն պետք է վճարեք դեղատոմսով դեղի լրիվ արժեքը: Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել ձեզ արժեքի մեր բաժինը:

- ➔ Լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 7-ը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## B. Ծրագրի Դեղերի ցուցակը

Մենք ունենք *Ապահովագրված դեղերի ցուցակ*: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»:

Դեղերի ցուցակի դեղերն ընտրված են մեր կողմից՝ բժիշկների ու դեղագործների թիմի օգնությամբ: Դեղերի ցուցակը նաև տեղեկացնում է ձեզ՝ արդյոք կան որևէ կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք ձեր դեղերը ստանալու համար:

Մենք սովորաբար կապահովագրենք Դեղերի ցուցակում եղած դեղը, եթե դուք հետևում եք այս գլխում բացատրվող կանոններին:

### Ի՞նչ է մտնում Դեղերի ցուցակի մեջ:

Դեղերի ցուցակը ներառում է Medicare Դ մասով ապահովագրվող դեղերը, ինչպես նաև որոշ դեղատոմսով դեղեր ու առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղեր ու ապրանքներ, որոնք ապահովագրված են ձեր Medi-Cal նպաստներով:

Դեղերի ցուցակը պարունակում է և բրենդային, և *անմակնիշ* դեղեր: Անմակնիշ դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրությունն, ինչ բրենդային դեղերը: Դրանք սովորաբար ազդում են նույնքան լավ, որքան բրենդային դեղերը և սովորաբար ավելի էժան են:

Մենք սովորաբար կապահովագրենք Դեղերի ցուցակում եղած դեղը, եթե դուք հետևում եք այս գլխում բացատրվող կանոններին:

Մեր ծրագիրը նաև ապահովագրում է առանց դեղատոմսի վաճառվող որոշ դեղեր ու ապրանքներ: Առանց դեղատոմսի վաճառվող որոշ դեղեր ավել էժան են, քան դեղատոմսային դեղերն ու ազդում են նույնքան լավ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների Ծառայություններ:

### Ինչպե՞ս կարող եք պարզել, արդյոք դեղը կա Դեղերի ցուցակում:

Պարզելու համար, թե արդյոք ձեր դեղը կա Դեղերի ցուցակում, դուք կարող եք.

- Տեսնել ամենաթարմ Դեղերի ցուցակը, որը մենք ձեզ ուղարկել ենք փոստով:
- Այցելել ծրագրի [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը: Կայքում զետեղված Դեղերի ցուցակը փոփոխվում է ամենաթարմ:
- Զանգահարել Անդամների Ծառայությունների բաժին՝ պարզելու համար, թե որոշակի դեղն արդյոք ծրագրի Դեղերի ցուցակում է, կամ ցուցակի պատճենը խնդրելու համար:

### Ի՞նչը Դեղերի ցուցակում չէ:

Մենք չենք ապահովագրում բոլոր դեղատոմսային դեղերը: Որոշ դեղեր Դեղերի ցուցակում չեն, քանի որ օրենքը մեզ թույլ չի տալիս ապահովագրել այդ դեղերը: Մյուս դեպքերում, մենք որոշել ենք չներառել առանձին դեղեր մեր Դեղերի ցուցակում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



Health Net Cal MediConnect-ը չի վճարի այս մասում նշված դեղերի համար: Դրանք կոչվում են *բացառված դեղեր*: Եթե դուք բացառված դեղի համար դեղատոմս եք ստանում, ապա պետք է ինքներդ վճարեք դրա համար: Եթե կարծում եք, որ մենք պետք է վճարենք բացառված դեղի համար ձեր վիճակի պատճառով, ապա կարող եք բողոքարկել: (Բողոքարկում ներկայացնելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը):

Ահա բացառված դեղերի երեք ընդհանուր կանոնները.

- Մեր ծրագրի ամբուլատոր դեղերի ապահովագրումը (որը ներառում է Դ մասի ու Medicaid դեղեր) չի կարող ապահովագրել մի դեղ, որն արդեն կապահովագրվել է Medicare Ա մասով կամ Բ մասով: Դեղերը, որոնք կապահովագրվել են Medicare Ա մասով կամ Բ մասով, անվճար ապահովագրվում են Health Net Cal MediConnect-ի կողմից, սակայն չեն համարվում ձեր ամբուլատոր դեղերի բժշկական նպաստների մաս:
- Մեր ծրագիրը չի կարող ապահովագրել մի դեղ, որը գնվել է Միացյալ Նահանգներից ու իր տարածքներից դուրս:
- Դեղի օգտագործումը պետք է կամ հաստատված լինի Մանդի ու դեղորայքի ադմինիստրացիայի կողմից, կամ սատարվի որոշակի հղման գրականությամբ՝ որպես ձեր վիճակի բուժում: Ձեր բժիշկը կարող է որոշակի դեղ դուրս գրել ձեր վիճակը բուժելու համար, նույնիսկ եթե այն հաստատված չէ այդ վիճակը բուժելու համար: Սա կոչվում է *պիտակից դուրս կիրառում*: Մեր ծրագիրը սովորաբար չի ապահովագրում դեղեր, եթե դրանք դուրս են գրվում պիտակից դուրս կիրառման համար:

Բացի դրանից, ըստ օրենքի, վերոնշյալ դեղերի տեսակները չեն ապահովագրվում Medicare-ով կամ Medi-Cal-ով:

- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են պտղաբերությանը նպաստելու համար:
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են կոսմետիկ նպատակներով կամ մազերի աճին նպաստելու համար:
- Դեղեր, որոնք օգտագործվում են սեռական կամ էոնկոտալ խանգարումը բուժելու համար, ինչպես օրինակ՝ Viagra®, Cialis®, Levitra® և Caverject®:
- Ամբուլատոր դեղեր, եթե դրանց արտադրող կազմակերպությունն ասում է, որ դուք պետք է ստուգումներ անցնեք ու ծառայություններ ստանաք միայն իրենցից:

### Ի՞նչ են ծախսերի բաշխման կարգերը:

- Մեր Դեղերի ցուցակի յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի բաշխման 3 կարգերից մեկում: Կարգն ընդհանուր առմամբ նույն տեսակի դեղերի մի խումբ է (օրինակ՝ բրենդային, անմակնիշ կամ առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղեր): Սովորաբար որքան ավելի բարձր է ծախսերի բաշխման կարգը, այնքան ավելի բարձր է ձեր ծախսը դեղի համար: Կարգ 1-ի դեղերն ունեն ցածր համավճար: Սրանք անմակնիշ դեղեր են: Համավճարը կլինի \$0.00-ից \$3.35: Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- Կարգ 2-ի դեղերն ունեն ավելի բարձր համավճար: Սրանք բրենդային դեղեր են: Համավճարը կլինի \$0.00-ից \$8.35: Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:
- Կարգ 3-ի դեղերն ունեն \$0.00 համավճար: Սա դեղատոմսով և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ազատ վաճառվող դեղերն են:

Պարզելու համար, թե ձեր դեղը ծախսերի բաշխման որ կարգում է, փնտրեք այն ծրագրի Դեղերի ցուցակում:

- ➔ Գլուխ 6-ը տեղեկացնում է, թե որքան էք դուք վճարում ամեն ծախսերի բաշխման կարգի համար:

## C. Որոշ դեղերի ապահովագրության սահմանափակումներ

### Ինչո՞ւ որոշ դեղեր ունեն սահմանափակումներ:

Որոշակի դեղատոմսային դեղերի համար կիրառվող հատուկ կանոնները սահմանափակում են, թե ինչպես և երբ է ծրագիրն ապահովագրում դրանք: Ընդհանուր առմամբ, մեր կանոնները հորդորում են ձեզ ստանալ այնպիսի դեղեր, որոնք ազդում են ձեր բժշկական վիճակի վրա, և ապահով են ու արդյունավետ: Երբ ապահով է, էժան դեղն ազդում է նույնքան արդյունավետ, որքան թանկ դեղը, ապա մենք ակնկալում ենք, որ ձեր մատակարարը կօգտագործի էժան դեղը:

### **Եթե ձեր դեղի համար կիրառելի է հատուկ կանոն, դա սովորաբար նշանակում է, որ դուք կամ ձեր մատակարարը պետք է լրացուցիչ քայլեր ձեռնարկեք, որպեսզի մենք ապահովագրենք այդ դեղը:**

Օրինակ, հնարավոր է, որ ձեր մատակարարը մեզ պետք է տեղեկացնի ձեր ախտորոշման կամ արյան անալիզի արդյունքների մասին: Եթե դուք կամ ձեր մատակարարը կարծում էք, որ տվյալ կանոնը չպետք է կիրառվի ձեր վիճակին, ապա դուք կարող եք բացատրություն խնդրել մեզանից: Մենք կարող եք համաձայնվել կամ չհամաձայնվել ձեր թույլ տալ այդ դեղի օգտագործումն առանց լրացուցիչ քայլերի:

- ➔ Բացատրություն խնդրելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

### Ինչպիսի՞ կանոններ գոյություն ունեն:

#### 1. Բրենդային դեղի սահմանափակ կիրառում, երբ մատչելի է անմականիշ տարբերակը

Սովորաբար անմականիշ դեղը նույն ձևով է ազդում, ինչպես և բրենդային դեղը և սովորաբար ավելի էժան է: Շատ դեպքերում, եթե մատչելի է բրենդային դեղի ընդհանուր տարբերակը, մեր ցանցի դեղատները ձեզ անմականիշ տարբերակը կտան: Մենք սովորաբար չենք վճարում բրենդային դեղի համար, եթե կա դրա անմականիշ տարբերակը: Այնուամենայնիվ, եթե ձեր մատակարարն ասել է մեզ բժշկական պատճառը, համաձայն որի ոչ անմականիշ դեղը չի աշխատի ձեզ համար, ապա մենք կապահովագրենք բրենդային դեղը: Ձեր համավճարը կարող է ավելի բարձր լինել բրենդային դեղի համար, քան անմականիշ դեղի համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## 2. Ծրագրի նախօրոք լիազորման ստացում

Որոշ դեղերի համար դուք կամ ձեր բժիշկը պետք է հավանություն ստանաք Health Net Cal MediConnect-ից, նախքան դուք կստանաք ձեր դեղատոմսով դեղը: Եթե դուք հավանություն չստանաք, ապա Health Net Cal MediConnect-ը կարող է չապահովագրել այդ դեղը:

## 3. Նախ մեկ այլ դեղի փորձում

Մենք սովորաբար ցանկանում ենք, որ դուք փորձեք ավելի էժան դեղեր (որոնք սովորաբար նույնքան արդյունավետ են), նախքան մենք կապահովագրենք ավելի թանկ դեղերը: Օրինակ, եթե Դեղ Ա-ն և Դեղ Բ-ն բուժում են նույն բժշկական վիճակը, և Դեղ Ա-ն ավելի էժան է, քան Դեղ Բ-ն, ապա մենք կարող ենք պահանջել, որ դուք սկզբից փորձեք Դեղ Ա-ն: Եթե Դեղ Ա-ն ձեզ չի օգնում, ապա մենք այնուհետև կապահովագրենք Դեղ Բ-ն: Մա կոչվում է *հանգրվանային բուժում*:

## 4. Քանակի սահմանափակումներ

Որոշ դեղերի համար մենք սահմանափակում ենք դեղի քանակը, որը դուք կարող եք ստանալ: Մա կոչվում է քանակի սահմանափակում: Օրինակ, մենք կարող ենք սահմանափակել, թե որքան դեղ կարող եք ստանալ ամեն անգամ դեղատոմսով դեղ ստանալիս:

## Այս կանոններն արդյո՞ք կիրառվում են ձեր դեղերի դեպքում:

Պարզելու համար, թե արդյո՞ք այս կանոնները կիրառելի են ձեր կողմից ընդունվող կամ ուզած դեղի համար, ստուգեք Դեղերի ցուցակը: Ամենաթարմ տեղեկությունների համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին կամ այցելեք մեր [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:

## D. Ինչու կարող է չապահովագրվել ձեր դեղը

Մենք փորձում ենք անել այնպես, որ ձեր դեղերի ապահովագրությունը համապատասխանի ձեզ, սակայն երբեմն դեղը կարող է չապահովագրվել այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք: Օրինակ.

- **Այն դեղը, որը դուք ցանկանում եք ընդունել, ապահովագրված չէ մեր ծրագրի կողմից:** Դեղը կարող է չլինել Դեղերի ցուցակում: Հնարավոր է, որ դեղի անմակնիշ տարբերակն ապահովագրված է, իսկ բրենդային տարբերակը, որը դուք ցանկանում եք ընդունել, ապահովագրված չէ: Դեղը կարող է նոր լինել, ու մենք դեռևս չենք վերանայել դրա ապահովությունն ու արդյունավետությունը:
- **Դեղն ապահովագրված է, սակայն այդ դեղն ունի ապահովագրության հատուկ կանոններ կամ սահմանափակումներ:** Ինչպես արդեն բացատրվել է վերևում, մեր ծրագրով ապահովագրված որոշ դեղեր ունեն կանոններ, որոնք սահմանափակում են դրանց օգտագործումը: Որոշ դեպքերում դուք կամ ձեր դեղատոմս դուրս գրողը կարող է ցանկանալ մեզանից կանոնի բացառություն խնդրել:

Կան բաներ, որոնք դուք կարող եք անել, եթե ձեր դեղն ապահովագրված չէ այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք, որ այն ապահովագրվեր:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



## Դուք կարող եք ժամանակավոր պաշար ստանալ

Որոշ դեպքերում մենք կարող ենք ձեզ տալ դեղի ժամանակավոր պաշար, երբ ձեր դեղը Դեղերի ցուցակում չէ կամ որևէ ձևով սահմանափակված է: Մա ձեզ ժամանակ է տալիս խոսել ձեր մատակարարի հետ մեկ այլ դեղ ընդունելու մասին կամ խնդրել մեզ ապահովագրել այդ դեղը:

Դեղի ժամանակավոր պաշար ստանալու համար դուք պետք է բավարարեք հետևյալ երկու կանոնները.

### 1. Ձեր ընդունած դեղը՝

- Այլևս մեր Դեղերի ցուցակում չէ, **կամ**
- Երբեք մեր Դեղերի ցուցակում չի եղել, **կամ**
- Այժմ որևէ կերպ սահմանափակվում է:

### 2. Դուք պետք է լինեք հետևյալ իրավիճակներից մեկում՝

- **Դուք եղել եք ծրագրում անցյալ տարի ու չեք ապրում երկարատև խնամքի հաստատությունում:**  
Մենք կապահովագրենք ձեր դեղի ժամանակավոր պաշարն **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:** Այս ժամանակավոր պաշարը կլինի մինչև 30 օրվա պաշար: Եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք դեղի մի քանի լրացումներ, մինչև առավելագույնը 30 օրվա դեղորայք: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցի դեղատնից:
- **Դուք նոր եք միացել մեր ծրագրին ու չեք ապրում երկարատև խնամքի հաստատությունում:**  
Մենք կապահովագրենք ձեր դեղի ժամանակավոր պաշարը ծրագրին **ձեր անդամակցության առաջին 90 օրվա ընթացքում:** Այս ժամանակավոր պաշարը կլինի մինչև 30 օրվա պաշար: Եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք դեղի մի քանի լրացումներ, մինչև առավելագույնը 30 օրվա դեղորայք: Դուք պետք է ստանաք դեղատոմսով դեղը ցանցի դեղատնից:
- **Դուք եղել եք ծրագրում անցյալ տարի և ապրում եք երկարատև խնամքի հաստատությունում:**  
Մենք կապահովագրենք ձեր դեղի ժամանակավոր պաշարն **օրացուցային տարվա առաջին 90 օրվա ընթացքում:** Ընդհանուր պաշարը կլինի մինչև 98 օրվա պաշար բաշխման աճի կարգով: Եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք դեղի մի քանի լրացումներ, մինչև առավելագույնը 98 օրվա դեղորայք: (Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ երկարատև խնամքի հաստատության դեղատոմսը կարող է դեղը փոքր քանակներով դուրս գրել՝ վատնումը կանխելու նպատակով):
- **Դուք նոր եք միացել ծրագրին և բնակվում եք երկարատև խնամքի հաստատությունում:**  
Մենք կապահովագրենք ձեր դեղի ժամանակավոր պաշարը ծրագրին **ձեր անդամակցության առաջին 90 օրվա ընթացքում:** Ընդհանուր պաշարը կլինի մինչև 98 օրվա պաշար կախված բաշխման աճի կարգից: Եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար, մենք թույլ կտանք դեղի մի քանի լրացումներ, մինչև առավելագույնը 98 օրվա դեղորայք: (Խնդրում ենք հաշվի առնել, որ երկարատև խնամքի հաստատության դեղատոմսը կարող է դեղը փոքր քանակներով դուրս գրել՝ վատնումը կանխելու նպատակով):

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Դուք եղել եք ծրագրում ավելի քան 90 օր և բնակվում եք երկարատև խնամքի հաստատությունում ու պաշարի անհապաղ կարիք ունեք:**  
Մենք կապահովագրենք մեկ 31 օրվա պաշար կամ ավելի քիչ, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար: Մա կլինի ի լրումն վերոնշյալ երկարատև խնամքի անցումային պաշարի:
- **Դուք ծրագրի ընթացիկ անդամ եք և տուն եք տեղափոխվում երկարատև խնամքի հաստատությունից (LTC) կամ հիվանդանոցից ու անցումային պաշարի անհապաղ կարիք ունեք.**  
Մենք կապահովագրենք մեկ 30 օրվա պաշար կամ ավելի քիչ, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար (այս դեպքում մենք թույլ կտանք դեղատոմսի մի քանի կրկնումներ, որպեսզի տրամադրենք, ընդհանուր առմամբ, մինչև 30 օրվա դեղորայքի պաշար):
- **Դուք ծրագրի ընթացիկ անդամ եք և տնից կամ հիվանդանոցից տեղափոխվում եք երկարատև խնամքի հաստատություն (LTC) ու անցումային պաշարի անհապաղ կարիք ունեք.**  
Մենք կապահովագրենք մեկ 31 օրվա պաշար կամ ավելի քիչ, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար (այս դեպքում մենք թույլ կտանք դեղատոմսի մի քանի կրկնումներ, որպեսզի տրամադրենք, ընդհանուր առմամբ, մինչև 31 օրվա դեղորայքի պաշար):

➔ Ժամանակավոր պաշար խնդրելու համար խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին:

Երբ դուք ստանում եք դեղի ժամանակավոր պաշար, դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ, որպեսզի որոշեք ինչ անել, երբ ձեր ժամանակավոր պաշարն ավարտվի: Ահա ձեր տարբերակները.

- **Դուք կարող եք անցնել մեկ այլ դեղի:**  
Հնարավոր է, գոյություն ունի մեկ այլ դեղ, որը կարող է օգնել ձեզ ու ապահովագրվում է մեր ծրագրի կողմից: Դուք կարող եք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին ու խնդրել նույն բժշկական վիճակը բուժող ապահովագրված դեղերի ցուցակը: Այս ցուցակը կարող է օգնել ձեր մատակարարին գտնել ապահովագրված մի դեղ, որը կարող է ձեզ օգնել: **ԿԱՍ**
- **Դուք կարող եք բացառություն հայցել:**  
Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել: Օրինակ, դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել մի դեղ, նույնիսկ եթե այդ դեղը Դեղերի ցուցակում չէ: Կամ կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել դեղն առանց սահմանափակումների: Եթե մատակարարն ասում է, որ դուք բացառության համար լուրջ բժշկական պատճառ ունեք, ապա նա կարող է օգնել ձեզ դիմել բացառության համար:

➔ Բացառություն խնդրելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

➔ Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր բացառություն խնդրելու համար, կարող եք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## E. Ձեր դեղերի ապահովագրության փոփոխություններ

Դեղերի ապահովագրության փոփոխությունների հիմնական մասը տեղի է ունենում հունվարի 1-ին: Սակայն մենք կարող ենք փոփոխություններ կատարել Դեղերի ցուցակում տարվա ընթացքում: Մենք կարող ենք.

- Դեղեր ավելացնել, քանի որ մատչելի են դառնում նոր դեղեր, այդ թվում՝ անմակնիշ դեղեր, կամ կառավարությունը հաստատում է գոյություն ունեցող դեղի նոր կիրառում:
- Դեղեր հանել Դեղերի ցուցակից, քանի որ դեղը հետ է կանչվում կամ ավելի էժան դեղը նույնքան արդյունավետ է ձեզ համար:
- Տեղափոխել դեղը ծախսերի բաշխման ավելի բարձր կամ ցածր կարգ:
- Ավելացնել կամ հանել դեղի ապահովագրության սահմանափակում:
- Փոխարինել բրենդային դեղն անմակնիշ դեղով:

Եթե հետևյալ փոփոխություններից որևէ մեկն ազդում է ձեր ընթացիկ դեղի վրա, ապա փոփոխությունը չի ազդի ձեզ վրա մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 1-ը.

- Մենք տեղափոխում ենք ձեր դեղը ծախսերի բաշխման ավելի բարձր կարգ:
- Մենք նոր սահմանափակում ենք մտցնում ձեր դեղի համար:
- Մենք հանում ենք ձեր դեղը Դեղերի ցուցակից, բայց ոչ թե անսպասելի հետ կանչելու կամ նոր անմակնիշ դեղով փոխարինելու պատճառով:

Մինչև հաջորդ տարվա հունվարի 1-ը դուք սովորաբար չեք տեսնի ձեր վճարումների ավելացում կամ ձեր դեղերին ավելացված որևէ սահմանափակումներ: Փոփոխությունները կազդեն ձեզ վրա հաջորդ տարվա հունվարի 1-ից:

Հետևյալ դեպքերում ապահովագրության փոփոխությունը *կազդի* ձեզ վրա նախքան հունվարի 1-ը.

- Եթե ձեր ընթացիկ բրենդային դեղը փոխարինվում է նոր անմակնիշ դեղով, մենք պետք է ձեզ տանք առնվազն 60 օրվա ծանուցագիր այդ փոփոխության մասին:
  - Մենք կարող ենք ձեզ տալ 60 օրվա բրենդային դեղի դեղատոմսի կրկնում ցանցի դեղատանը:
  - Այդ 60 օրվա ժամանակահատվածում դուք պետք է աշխատեք ձեր մատակարարի հետ, որպեսզի անցնեք անմակնիշ դեղի կամ ապահովագրված մեկ այլ դեղի:
  - Դուք և ձեր մատակարարը կարող եք խնդրել մեզ շարունակել ապահովագրել ձեր բրենդային դեղը: Մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:
- Եթե դեղը հետ է կանչվում, քանի որ պարզվում է, որ այն ապահով չէ կամ որևէ այլ պատճառներով, մենք կհանենք այդ դեղը Դեղերի ցուցակից: Մենք ձեզ անմիջապես կտեղեկացնենք այդ փոփոխության մասին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ձեր մատակարարը նույնպես կտեղեկացվի այդ փոփոխության մասին: Նա կաշխատի ձեզ հետ ձեր վիճակի համար մեկ այլ դեղ գտնելու նպատակով:
- ➔ Եթե ձեր ընթացիկ դեղի ապահովագրությունը փոխվում է, **մենք ձեզ ծանուցազիր կուղարկենք:** Սովորաբար, մենք կտեղեկացնենք ձեզ փոփոխությունից առնվազն 60 օր առաջ:

## F. Դեղի ապահովագրություն հատուկ դեպքերում

### Եթե դուք հիվանդանոցում եք կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունում, որն ապահովագրվում է ծրագրի կողմից

Եթե դուք հիվանդանոց կամ հմուտ բուժքույրական հաստատություն եք պառկում, երբ դա ապահովագրված է մեր ծրագրով, մենք սովորաբար կապահովագրենք ձեր դեղատոմսով դեղերի արժեքն այդ ընթացքում: Դուք համավճար չեք վճարում: Երբ դուրս եք գրվում հիվանդանոցից կամ հմուտ բուժքույրական հաստատությունից, մենք կապահովագրենք ձեր դեղերը, եթե դրանք համապատասխանում են ապահովագրության մեր բոլոր կանոններին:

- ➔ Դեղերի ապահովագրության և ձեր վճարվելիք գումարների մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 6-ը:

### Եթե դուք գտնվում եք երկարատև խնամքի հաստատությունում

Սովորաբար երկարատև խնամքի հաստատությունը, ինչպես օրինակ՝ ծերանոցը, ունի իր սեփական դեղատունը, կամ դեղատուն, որը դեղեր է հատկացնում իր բոլոր բնակիչներին: Եթե դուք երկարատև խնամքի հաստատության բնակիչ եք, դուք կարող եք ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալ հաստատության դեղատնից, եթե այն մեր ցանցի մասն է:

Տեսեք ձեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*՝ պարզելու համար, եթե ձեր երկարատև խնամքի հաստատության դեղատունը մեր ցանցի մասն է կազմում: Եթե ոչ կամ եթե ձեզ տեղեկություն է հարկավոր, խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին:

### Եթե դուք երկարատև խնամքի հաստատության բնակիչ եք և ծրագրի նոր անդամ եք դառնում

Եթե ձեզ դեղ է հարկավոր, որը մեր Դեղերի ցուցակում չէ կամ որևէ ձևով սահմանափակված է, ծրագիրը կապահովագրի ձեր դեղի ժամանակավոր պաշար ձեր անդամակցության առաջին 90 օրվա համար, մինչև մենք կտանք ձեզ 98 օրվա պաշար: Այս առաջին պաշարը կլինի առավելագույնը 31 օրվա պաշար կամ ավելի քիչ, եթե ձեր դեղատոմսը դուրս է գրված ավելի քիչ օրերի համար: Եթե ձեզ դեղատոմսի կրկնություն է հարկավոր, մենք կապահովագրենք այն ծրագրում ձեր գտնվելու առաջին 90 օրվա ընթացքում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե դուք մեր ծրագրի անդամ եք եղել ավելի քան 90 օր, և ձեզ մեր Դեղերի ցուցակից բացակայող դեղ է հարկավոր, մենք կապահովագրենք մեկ 31 օրվա պաշար: Մենք նաև կապահովագրենք մեկ 31 օրվա պաշար, եթե մենք դեղի ապահովագրման սահմանափակում ունենք: Եթե դեղատոմսը դուրս է գրված 31 օրվանից օրվանից պակաս ժամանակահատվածի համար, մենք կվճարենք այդ փոքր քանակի համար:

Երբ դուք ստանում եք դեղի ժամանակավոր պաշար, դուք պետք է խոսեք ձեր մատակարարի հետ, որպեսզի որոշեք՝ ինչ անել, երբ ձեր ժամանակավոր պաշարն ավարտվի: Հնարավոր է, որ կա ծրագրով ապահովագրված մեկ այլ դեղ, որը կարող է օգնել ձեզ նույնքան լավ: Կամ դուք և ձեր մատակարարը կարող եք խնդրել մեզ բացառություն անել և ապահովագրել դեղն այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք, որ այն ապահովագրվեր:

➔ Բացառություն խնդրելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

### **Եթե դուք Medicare-ի կողմից վկայագրված անբուժելի հիվանդների խնամքի ծրագրում եք**

Դեղերը երբեք չեն ապահովագրվում միաժամանակ և անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության, և մեր ծրագրի կողմից: Եթե անդամագրվել եք Medicare-ի անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատություն ու ձեզ ցավի, սրտխառնոցի, լուծողական կամ անհանգստության համար դեղ է հարկավոր, որը չի ապահովագրվում ձեր անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատության կողմից, քանի որ այն կապված չէ ձեր մահացու կանխատեսման կամ դրան առնչվող վիճակների հետ, ապա մեր ծրագիրը պետք է տեղեկացում ստանա դեղը դուրս գրողից կամ ձեր անբուժելի հիվանդների խնամքի մատակարարից, որ այդ դեղը չի վերաբերվում ձեր վիճակին, նախքան մեր ծրագիրը կարող է ապահովագրել այդ դեղը: Մեր ծրագրի կողմից ապահովագրվող չառնչվող դեղերի ստացումը չհետաձգելու համար, դուք կարող եք խնդրել ձեր անբուժելի հիվանդների խնամքի մատակարարին կամ դեղը դուրս գրողին, որ նրանք մեզ տեղեկացնեն, որ դեղը չի առնչվում, նախքան դուք դեղատոմսից կստանաք այդ դեղը:

Եթե հեռանում եք անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունից, ապա մեր ծրագիրը պետք է ապահովագրի ձեր բոլոր դեղերը: Ձեր Medicare անբուժելի հիվանդների խնամքի նպաստի ավարտից հետո դեղատոմսը հետաձգումներից խուսափելու համար՝ դուք պետք է դեղատոմս բերեք այն փաստաթղթերը, որոնք հաստատում են, որ դուք հեռացել եք անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունից: Տեսեք այս գլխի նախորդ մասերը, որոնք ձեզ տեղեկացնում են Մաս D դեղերի ապահովագրման ստացման կանոնների մասին:

➔ Անբուժելի հիվանդների խնամքի նպաստների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Գլուխ 4-ը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## G. Դեղերի ապահովության և դեղորայքի կառավարման ծրագրեր

### Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին ապահով կերպով դեղեր օգտագործել

Ամեն անգամ, երբ դեղատոմս եք լցնում, մենք փնտրում ենք հնարավոր խնդիրներ, ինչպես օրինակ.

- Դեղերի հետ կապված սխալներ
- Դեղեր, որոնք, հնարավոր է, անհրաժեշտ չեն, քանի որ դուք մեկ այլ դեղ եք ընդունում նույն բանի համար
- Դեղեր, որոնք, հնարավոր է, ապահով չեն ձեր տարիքի կամ սեռի համար
- Դեղեր, որոնք կարող են ձեզ փասսել, եթե միաժամանակ ընդունեք դրանք
- Դեղեր, որոնց բաղադրիչների հանդեպ դուք ակերգիա ունեք

Եթե մենք տեսնում ենք հնարավոր խնդիր դեղատոմսային դեղերի ձեր օգտագործման մեջ, մենք կաշխատենք ձեր մատակարարի հետ այդ խնդիրն ուղղելու համար:

### Ծրագրեր, որոնք օգնում են անդամներին տնօրինել իրենց դեղորայքը

Եթե դուք դեղեր եք ընդունում տարբեր բժշկական վիճակների համար, ապա հնարավոր է, որ դուք իրավասու լինեք անվճար ծառայություններ ստանալու համար Դեղորայքի թերապիայի կառավարման (անգլերեն հապավումը՝ MTM) ծրագրի փոփոխություն: Այս ծրագիրը կարող է օգնել ձեզ ու ձեր մատակարարին համոզվել, որ ձեր դեղերը աշխատում են ձեր առողջությունը բարելավելու համար: Դեղագործը կամ այլ առողջապահական մասնագետը ձեզ ձեր դեղերի համակողմանի վերանայում կտրամադրի ու կխոսի ձեզ հետ հետևյալի մասին.

- Ինչպես առավելագույն օգուտը ստանալ ձեր դեղերից
- Ձեր ունեցած մտահոգությունների մասին, օրինակ՝ դեղերի արժեքի ու ազդեցության մասին
- Ինչպես լավագույն ձևով ընդունել ձեր դեղերը
- Որևէ հարցերի կամ խնդիրների մասին, որոնք ունեք ձեր դեղատոմսերով կամ առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերի հետ կապված

Դուք կստանաք այս քննարկման գրավոր ամփոփագիր: Ամփոփագիրը պարունակում է դեղորայքի գործողության ծրագիր, որը խորհուրդ է տալիս՝ ինչ կարող եք անել ձեր դեղերը լավագույն ձևով օգտագործելու համար: Դուք կստանաք նաև դեղորայքի անձնական ցուցակ, որը կներառի բոլոր դեղերը, որոնք դուք ընդունում եք ու դրանք ընդունելու պատճառը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





Լավ միտք է նշանակել ձեր դեղորայքի վերանայումը, նախքան ձեր տարեկան «Բարեկեցության» այցը, որպեսզի կարողանաք գրուցել ձեր բժշկի հետ ձեր գործողության ծրագրի ու ձեր դեղորայքի ցուցակի մասին: Բերեք ձեր գործողության ծրագիրն ու ձեր դեղորայքի ցուցակը ձեզ հետ այցելության կամ ձեր բժիշկների, դեղագործերի ու առողջական խնամքի այլ մատակարարների հետ գրուցելիս: Վերցրեք ձեր դեղորայքի ցուցակը, երբ հիվանդանոց կամ արտակարգ իրավիճակի սենյակ էք գնում:

Դեղորայքի թերապիայի կառավարման ծրագրերը կամավոր են ու անվճար որակավորվող անդամների համար: Եթե մենք ձեր կարիքներին համապատասխանող ծրագիր ունեք, մենք ձեզ կանդամագրենք այդ ծրագրին ու ձեզ տեղեկություններ կուղարկենք: Եթե չեք ցանկանում մասնակցել այդ ծրագրին, խնդրում ենք ասացեք մեզ, որպեսզի մենք հեռացնենք ձեզ այդ ծրագրից:

- ➔ Եթե հարցեր ունեք այս ծրագրերի վերաբերյալ, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 6. Ինչ էք դուք վճարում ձեր Medicare և Medi-Cal դեղատոմսային դեղերի համար

### Բովանդակություն

<b>A. Նպաստների բացատրություն (EOB) .....</b>	<b>132</b>
<b>B. Ձեր դեղի արժեքներին հետևումը .....</b>	<b>133</b>
1. Օգտագործեք ձեր Անդամի ID քարտը: .....	133
2. Համոզվեք, որ մենք ունենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունը: .....	133
3. Մեզ տեղեկություններ ուղարկեք ձեր փոխարեն որևէ մեկի կողմից արված վճարումների մասին: .....	133
4. Ստուգեք ձեզ ուղարկված գեկույցները: .....	133
<b>C. Medicare Դ մասի դեղերի վճարման փուլեր .....</b>	<b>134</b>
<b>D. Փուլ 1. Սկզբնական ապահովագրության փուլ .....</b>	<b>134</b>
Դեղատան ձեր ընտրությունները .....	134
Դեղի երկարատև պաշար ստանալը .....	135
Ինչքա՞ն էք դուք վճարում: .....	135
Ե՞րբ է ավարտվում Սկզբնական ապահովագրության փուլը: .....	138
<b>E. Փուլ 2. Աղետային ապահովագրության փուլ .....</b>	<b>138</b>
<b>F. Ձեր դեղերի արժեքը, եթե ձեր բժիշկը դուրս է գրում մեկ ամսվանից պակաս պաշար .....</b>	<b>138</b>
<b>G. ՄԻԱՎ/ԶԻԱՀ ունեցող անձանց տրվող դեղատոմսի ծախսերի բաշխման օգնությունը .....</b>	<b>139</b>
Ի՞նչ է ԶԻԱՀ Դեղերի օգնության ծրագիրը (ADAP): .....	139
Անդամագրված չե՞ք ADAP-ին: .....	139
Արդեն անդամագրվա՞ծ էք ADAP-ին: .....	139
<b>H. Պատվաստումներ .....</b>	<b>139</b>
Նախքան պատվաստում ստանալը .....	140
Ինչքան էք դուք վճարում Medicare Դ մասի պատվաստման համար .....	140

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 130



## Ներածություն

Այս գլուխը տեղեկացնում է այն մասին, թե ինչ էք դուք վճարում ձեր ամբուլատոր դեղատոմսային դեղերի համար: «Դեղեր» ասելով՝ մենք ի նկատի ունենք.

- Medicare Դ մասի դեղատոմսային դեղեր, **և**
- Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված դեղեր ու պարագաներ, **և**
- Ծրագրի կողմից ապահովագրված դեղեր ու պարագաներ՝ որպես լրացուցիչ նպաստներ:

Քանի որ դուք իրավասու եք Medi-Cal-ի համար, դուք «Լրացուցիչ օգնություն» եք ստանում Medicare-ից՝ ձեր Medicare Դ մասի դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու օգնության նպատակով:

Դեղատոմսային դեղերի մասին մանրամասներին կարող եք ծանոթանալ այստեղ.

- **Մեր Ապահովագրված դեղերի ցուցակը:** Մենք անվանում ենք այն «Դեղերի ցուցակ»: Այն պատմում է ձեզ
  - » Որ դեղերի համար ենք մենք վճարում
  - » Ծախսերի բաշխման 3 կարգերից որ մեկում է յուրաքանչյուր դեղը
  - » Կան արդյոք դեղերի որևէ սահմանափակումներ

Եթե ձեզ Դեղերի ցուցակի պատճեն է հարկավոր, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին: Դուք նաև կարող եք գտնել Դեղերի ցուցակը մեր [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքում: Կայքում զետեղված Դեղերի ցուցակը միշտ ամենաթարմն է:

- **Այս Անդամների տեղեկագրի Գլուխ 5-ը:** Գլուխ 5-ը բացատրում է, թե ինչպես ստանալ ամբուլատոր դեղատոմսային դեղեր մեր ծրագրի միջոցով: Այն ներառում է այն կանոնները, որոնց դուք պետք է հետևեք: Այն նաև պատմում է՝ ինչպիսի դեղատոմսային դեղեր չեն ապահովագրվում մեր ծրագրով:
- **Մեր Մատակարարների և դեղատոմսների հասցեագիրքը:** Շատ դեպքերում դուք պետք է օգտվեք ցանցի դեղատոմսից ձեր ապահովագրված դեղերը ստանալու համար: Ցանցի դեղատոմսերն այն դեղատոմսերն են, որոնք համաձայնվել են աշխատել մեզ հետ: *Մատակարարների և դեղատոմսների հասցեագիրքը* պարունակում է ցանցի դեղատոմսերի ցուցակ: Կարող եք ավելին կարդալ ցանցի դեղատոմսերի մասին Գլուխ 5-ում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## A. Նպաստների բացատրություն (EOB)

Մեր ծրագիրը հետևում է ձեր դեղատոմսային դեղերին: Մենք հետևում ենք ձեր երկու տեսակի արժեքներին.

- **Ձեր գրպանից վճարվող գումարները:** Սա դրամի այն քանակն է, որը դուք կամ ձեր անունից որևէ մեկը վճարում է ձեր դեղատոմսերի համար:
- **Ձեր դեղի ընդհանուր արժեքը:** Սա դրամի այն քանակն է, որը դուք կամ ձեր անունից որևէ մեկը վճարում է ձեր դեղատոմսերի համար՝ գումարած մեր կողմից վճարվող քանակը:

Երբ դուք մեր ծրագրի միջոցով դեղատոմսային դեղեր եք ստանում, մենք ձեզ մի զեկույց ենք ուղարկում, որը կոչվում է *Նպաստների բացատրություն*: Մենք հակիրճ անվանում ենք այն EOB: EOB-ին ներառում է.

- **Ամսվա տեղեկություններ:** Զեկույցն ասում է, թե ինչ դեղատոմսային դեղեր եք դուք ստացել: Այն ցույց է տալիս դեղի ընդհանուր արժեքը, ինչ ենք մենք վճարել, և ինչ եք վճարել դուք կամ ուրիշները ձեր փոխարեն:
  - **«Տարվա սկզբից մինչև օրս» տեղեկություններ:** Սա ձեր դեղի ընդհանուր արժեքն է ու ընդհանուր վճարումները, որոնք արվել են հունվարի 1-ից:
- ➔ Մենք առաջարկում ենք դեղերի ապահովագրություն, որոնք ապահովագրված չեն Medicare-ի կողմից: Այս դեղերի համար արվող վճարումները չեն հաշվում որպես ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր գումարների մաս: Պարզելու համար, թե որ դեղերն է ապահովագրում մեր ծրագիրը, տեսեք Դեղերի ցուցակը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## B. Ձեր դեղի արժեքներին հետևումը

Ձեր դեղերի արժեքներին ու ձեր վճարումներին հետևելու համար մենք օգտագործում ենք ձեզանից ու ձեր դեղատոմսից ստացված արձանագրությունները: Ահա, ինչպես կարող էք օգնել մեզ.

### 1. Օգտագործեք ձեր Անդամ ID քարտը:

Ցույց տվեք ձեր Անդամ ID քարտն ամեն անգամ, երբ դեղատոմսով դեղ էք ստանում: Սա օգնում է մեզ տեղեկանալ, թե ինչ դեղատոմսով դեղեր էք ստանում ու ինչքան էք վճարում:

### 2. Համոզվեք, որ մենք ունենք մեզ անհրաժեշտ տեղեկությունը:

Տվեք մեզ ձեր կողմից վճարված դեղերի անդորրագրերի պատճենները: Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխհատուցել ձեզ դեղի արժեքի մեր բաժինը:

Ահա մի քանի դեպքեր, երբ պետք է մեզ տաք ձեր անդորրագրերի պատճենները.

- Երբ դուք ցանցի դեղատոմսից ապահովագրված դեղ էք գնում հատուկ գնով կամ օգտագործելով զեղչային քարտ, որը մեր ծրագրի նպաստի մասը չէ:
  - Երբ դուք համավճար էք վճարում դեղերի համար, որոնք ստանում էք դեղի արտադրողի հիվանդին օգնելու ծրագրի շրջանակներում:
  - Երբ դուք ապահովագրված դեղեր էք ստանում արտացանցային դեղատոմսից
  - Երբ դուք ապահովագրված դեղի լրիվ գինն էք վճարում:
- ➔ Որպեսզի տեղեկանաք, թե ինչպես խնդրեք դեղի արժեքի մեր բաժնի փոխհատուցում, տեսեք Գլուխ 7-ը:

### 3. Մեզ տեղեկություններ ուղարկեք ձեր փոխարեն որևէ մեկի կողմից արված վճարումների մասին:

Որոշ այլ մարդկանց կամ կազմակերպությունների կողմից արված վճարումները նույնպես հաշվարկվում են որպես ձեր գրպանից վճարվող գումարներ: Օրինակ, ՁԻԱՀ-ի դեղերի օգնության ծրագրի, Հնդկացիների առողջապահական ծառայությունների ու շատ բարեգործական կազմակերպությունների կողմից արված վճարումները հաշվարկվում են որպես ձեր գրպանից վճարվող գումարներ: Սա կարող է օգնել ձեզ որակավորվել աղետային ապահովագրության համար: Երբ դուք հասնում էք Աղետային ապահովագրության փուլին, Health Net Cal MediConnect-ը վճարում է ձեր Դ մասի դեղերի բոլոր արժեքների համար մինչև տարվա վերջ:

### 4. Ստուգեք ձեզ ուղարկված զեկույցները:

Երբ դուք փոստով ստանում էք Նպաստների բացատրությունը, խնդրում ենք համոզվել, որ տվյալներն ամբողջական են ու ստույգ: Եթե կարծում եք, որ որևէ բան սխալ է կամ պակասում է զեկույցից, կամ եթե հարցեր ունեք, խնդրում ենք զանգահարել մեզ՝ Անդամների ծառայությունների բաժին: Անպայման պահպանեք այս զեկույցները: Դրանք ձեր դեղերի ծախսերի մասին կարևոր արձանագրություններ են:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## C. Medicare Դ մասի դեղերի վճարման փուլեր

Ձեր Medicare Դ մասի դեղատոմսային դեղերի ապահովագրման երկու վճարման փուլեր կան Health Net Cal MediConnect-ի շրջանակներում: Դեղի համար ձեր վճարվող գումարը կախված է այն բանից, թե դուք այս փուլերից որում եք գտնվում՝ դեղատոմսով դեղ ստանալիս կամ դեղատոմսը կրկնելիս: Սրանք երկու փուլեր են՝

<b>Փուլ 1.</b> Սկզբնական ապահովագրության փուլ	<b>Փուլ 2.</b> Աղետային ապահովագրության փուլ
<p>Այս փուլում <b>մենք վճարում ենք ձեր դեղերի արժեքների մի մասը</b>, իսկ դուք վճարում ենք ձեր բաժինը: Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար:</p> <p>Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսով դեղը:</p>	<p>Այս փուլում <b>մենք վճարում ենք ձեր դեղերի ամբողջ արժեքը</b> մինչև 2018 թ. դեկտեմբերի 31-ը:</p> <p>Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ արդեն որոշակի գումար եք վճարել ձեր գրպանից:</p>

## D. Փուլ 1. Սկզբնական ապահովագրության փուլ

Սկզբնական ապահովագրության փուլի ընթացքում մենք վճարում ենք ձեր ապահովագրված դեղատոմսային դեղերի արժեքի մի բաժինը, իսկ դուք վճարում ենք ձեր բաժինը: Ձեր բաժինը կոչվում է համավճար: Համավճարը կախված է այն բանից, թե ծախսերի բաշխման որ կարգում է գտնվում դեղն ու որտեղից եք դուք այն ստանում:

Ծախսերի բաշխման կարգերը դեղերի խմբեր են, որոնք ունեն նույն համավճարը: Ծրագրի Դեղերի ցուցակի յուրաքանչյուր դեղ գտնվում է ծախսերի բաշխման 3 կարգերից մեկում: Սովորաբար որքան ավելի բարձր է ծախսերի բաշխման կարգը, այնքան ավելի բարձր է համավճարը: Ձեր դեղերի ծախսերի բաշխման կարգերը գտնելու համար կարող եք կարդալ Դեղերի ցուցակը:

- Կարգ 1-ի դեղերն ունեն ցածր համավճար: Սրանք անմակնիշ դեղեր են: Համավճարը կլինի \$0.00-ից \$3.35: Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:
- Կարգ 2-ի դեղերն ունեն ավելի բարձր համավճար: Սրանք բրենդային դեղեր են: Համավճարը կլինի \$0.00-ից \$8.35: Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:
- Կարգ 3-ի դեղերն ունեն \$0.00 համավճար: Սրանք դեղատոմսով և Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված Առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղեր են (OTC):
- Դեղատան ձեր ընտրությունները

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Այն, թե ինչքան էք դուք վճարելու դեղի համար, կախված է այն բանից, թե դուք ստացել էք դեղը.

- Ցանցի դեղատնից, **կամ**
  - Արտացանցային դեղատնից:
- ➔ Մահմանափակ դեպքերում մենք կապահովագրենք արտացանցային դեղատնից ստացված դեղատոմսով դեղերը: Տեսեք Գլուխ 5-ը, որպեսզի պարզեք, թե երբ մենք կանենք դա:
- ➔ Դեղատան ընտրությունների մասին մանրամասների համար տեսեք այս տեղեկագրի Գլուխ 5-ը և մեր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*:

### Դեղի երկարատև պաշար ստանալը

Որոշ դեղերի համար դուք կարող եք ստանալ երկարատև պաշար (նաև կոչվում է «ընդլայնված պաշար») դեղատոմսով դեղը ստանալիս: Երկարատև պաշար տրվում է մինչև 90 օրվա համար: Այն արժե նույնքան, որքան մեկ ամսվա պաշարը:

- ➔ Տեսեք Գլուխ 5-ը կամ *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը* մանրամասների համար՝ որտեղ ու ինչպես ստանալ դեղի երկարատև պաշար:

### Ինչքա՞ն էք դուք վճարում:

Սկզբնական ապահովագրության փուլի ընթացքում դուք, հնարավոր է, պետք է համավճար վճարեք ամեն անգամ դեղատոմսը լցնելիս: Եթե ձեր ապահովագրված դեղի արժեքը համավճարից պակաս է, ապա դուք կվճարեք ավելի ցածր գինը:

- ➔ Կարող եք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին պարզելու համար, թե որքան է ձեր համավճարը ցանկացած ապահովագրված դեղի համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Արժեքի ձեր բաժինը, երբ դուք ապահովագրված դեղատոմսով դեղի մեկ ամսվա կամ երկարատև պաշար էք ստանում.**

	<b>Ցանցի դեղատոմսից</b>	<b>Ծրագրի փոստով պատվերի ծառայությունից</b>	<b>Ցանցի երկարատև խնամքի դեղատոմսից</b>	<b>Արտացանցային դեղատոմսից</b>
	Մեկ ամսվա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	Մեկ ամսվա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	Մինչև 31 օրվա պաշար	Մինչև 30 օրվա պաշար: Ապահովագրությունը սահմանափակվում է որոշակի դեպքերով:  Տեսեք Գլուխ 5-ը մանրամասների համար:
<b>Ծախսերի բաշխման Կարգ 1</b> (Դ մասի Անմակնիշ դեղեր)	\$0.00-ից \$3.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից	\$0.00-ից \$3.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից	\$0.00-ից \$3.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:	\$0.00-ից \$3.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





	<b>Ցանցի դեղատնից</b>	<b>Շրագրի փոստով պատվերի ծառայությունից</b>	<b>Ցանցի երկարատև խնամքի դեղատնից</b>	<b>Արտացանցային դեղատնից</b>
	Մեկ ամսվա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	Մեկ ամսվա կամ մինչև 90 օրվա պաշար	Մինչև 31 օրվա պաշար	Մինչև 30 օրվա պաշար: Ապահովագրությունը սահմանափակվում է որոշակի դեպքերով:  Տեսեք Գլուխ 5-ը մանրամասների համար:
<b>Ծախսերի բաշխման Կարգ 2</b> (Մաս Դ Բրենդային դեղեր)	\$0.00-ից \$8.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից	\$0.00-ից \$8.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից	\$0.00-ից \$8.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից	\$0.00-ից \$8.35 Սա կախված է Medi-Cal-ի ապահովագրության ձեր մակարդակից
<b>Ծախսերի բաշխման Կարգ 3</b> (Դեղատոմսային և OTC դեղեր, որոնք ապահովագրված են Medi-Cal-ի կողմից)	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

➔ Ձեզ երկարատև պաշար տվող դեղատնների մասին մանրամասների համար տեսեք մեր *Մատակարարների և դեղատնների հասցեագիրքը*:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանզն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ե՞րբ է ավարտվում Սկզբնական ապահովագրության փուլը:**

Սկզբնական ապահովագրության փուլն ավարտվում է, երբ ձեր գրպանից վճարվող ընդհանուր ծախսերը հասնում են 5,000-ի: Այդ պահից սկսվում է Աղետային ապահովագրության փուլը: Այդ պահից մենք ապահովագրում ենք ձեր դեղերի ամբողջ արժեքը մինչև տարվա վերջ:

Ձեր Նպաստների բացատրության զեկույցները կօգնեն ձեզ հետևել դեղերի համար ձեր ծախսերին տարվա ընթացքում: Մենք կտեղեկացնենք ձեզ, եթե դուք հասնեք \$5,000-ի սահմանին: Շատ մարդիկ չեն հասնում դրան տարվա ընթացքում:

**E. Փուլ 2. Աղետային ապահովագրության փուլ**

Երբ դուք հասնում եք ձեր դեղատոմսային դեղերի համար գրպանից վճարվող \$5,000-ի սահմանին, սկսվում է Աղետային ապահովագրության փուլը: Դուք փնտրում եք Աղետային ապահովագրության փուլում մինչև տարվա վերջ: Այդ փուլում ծրագիրը վճարում է ձեր Medicare դեղերի լրիվ արժեքը:

**F. Ձեր դեղերի արժեքը, եթե ձեր բժիշկը դուրս է գրում մեկ ամսվանից պակաս պաշար**

Որոշ դեպքերում դուք համավճար եք վճարում ապահովագրված դեղի ամբողջ ամսվա պաշարի համար: Այնուամենայնիվ, ձեր բժիշկը կարող է դուրս գրել մեկ ամսվա պաշարից պակաս դեղեր: Կարող են դեպքեր լինել, երբ դուք կցանկանաք հարցնել ձեր բժշկին մեկ ամսվա պաշարից պակաս դեղեր դուրս գրելու մասին (օրինակ՝ երբ դուք առաջին անգամ եք մի դեղ փորձում, որը հայտնի է իր լուրջ կողմնակի ազդեցություններով): Եթե ձեր բժիշկը համաձայն է, դուք չեք վճարի այդ դեղերի ամբողջ ամսվա պաշարի համար:

Եթե դուք մեկ ամսվա պաշարից պակաս դեղ եք ստանում, ձեր համավճարը հիմնված կլինի դեղի ստացման օրերի քանակի վրա: Մենք կհաշվարկենք ձեր կողմից վճարվող գումարն ըստ յուրաքանչյուր օրվա («ծախսերի բաշխման օրական սակագին») ու կբազմապատկենք այն դեղի ստացման օրերի քանակով:

- Օրինակ՝ Ենթադրենք, ձեր դեղի համավճարն ամբողջ ամսվա (30 օրվա պաշար) համար կազմում է \$1.20: Սա նշանակում է, որ դեղի համար յուրաքանչյուր օր դուք վճարում եք \$0.04: Եթե դուք ստանում եք դեղի 7 օրվա պաշար, ձեր վճարումը կկազմի օրական \$0.04 բազմապատկված 7 օրով, իսկ ընդհանուր վճարումը կկազմի \$0.28:

Ծախսերի օրական բաշխումը թույլ է տալիս ձեզ համոզվել, որ դեղն ազդում է, նախքան դուք կվճարեք ամբողջ ամսվա պաշարի համար: Կարող եք նաև խնդրել ձեր մատակարարին դուրս գրել դեղի ամբողջ ամսվա պաշարից պակաս, եթե սա կօգնի ձեզ ավելի լավ պլանավորել, թե երբ կրկնել ձեր դեղատոմսը, և ավելի քիչ անգամ դեղատոմս գնալ: Ձեր վճարած գումարը կախված կլինի նրանից, թե քանի օրվա պաշար եք ստանում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



---

## **G. ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող անձանց տրվող դեղատոմսի ծախսերի բաշխման օգնությունը**

---

### **Ի՞նչ է ՁԻԱՀ Դեղերի օգնության ծրագիրը (ADAP):**

ՁԻԱՀ Դեղերի օգնության ծրագիրն (անգլերեն հապավումը՝ ADAP) օգնում է հավաստիանալ, որ ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ ունեցող իրավասու մարդիկ կարող են կյանքը փրկող ՄԻԱՎ դեղորայք ստանալ: Ամբուլատոր Medicare Medicare Դ մասի դեղատոմսային դեղերը, որոնք նույնպես ապահովագրվում են ADAP-ի կողմից, որակավորվում են դեղատոմսի ծախսերի բաշխման օգնության համար, որն առաջարկվում է ADAP-ին անդամագրված անհատներին Կալիֆոռնիայի Հասարակական առողջության բաժանմունքի ՁԻԱՀ գրասենյակի կողմից:

### **Անդամագրված չե՞ք ADAP-ին:**

Իրավասության չափանիշների, ապահովագրված դեղերի, ինչպես նաև ծրագրին անդամագրվելու մասին տեղեկությունների համար խնդրում ենք զանգահարել 1-844-421-7050 հեռախոսահամարով կամ այցելել ADAP դեղատոմս նպաստների մենեջերի՝ Ramsell Public HealthRx-ի կայքը՝ <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx>:

### **Արդեն անդամագրվա՞ծ եք ADAP-ին:**

ADAP-ը կարող է շարունակել տրամադրել ADAP հաճախորդներին Medicare Դ մասով դեղատոմսային ծախսերի բաշխման օգնությունը ADAP դեղացանկի դեղերի համար: Որպեսզի համոզվեք, որ շարունակելու եք ստանալ այս օգնությունը, խնդրում ենք տեղեկացնել ձեր տեղային ADAP անդամագրման աշխատողին, եթե փոխվում է ձեր Medicare Դ մասի ծրագրի անվանումը կամ ապահովագրի համարը: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր մոտակա ADAP անդամագրման վայրը և/կամ անդամագրման աշխատողին գտնելու համար, խնդրում ենք զանգահարել 1-844-421-7050 հեռախոսահամարով կամ այցելել վերոնշյալ կայքը:

---

## **H. Պատվաստումներ**

---

Մենք ապահովագրում ենք Medicare Դ մասի պատվաստումները: Medicare Դ մասի պատվաստումների մեր ապահովագրությունը բաղկացած է երկու մասից.

1. Ապահովագրության առաջին մասը **պատվաստանյութի արժեքն է:** Պատվաստանյութը դեղատոմսով տրվող դեղ է:
2. Ապահովագրության երկրորդ մասը **ձեզ պատվաստում անելու արժեքն է:** Օրինակ, երբեմն դուք կարող եք պատվաստանյութը ստանալ որպես սրսկում, որն անում է ձեր բժիշկը:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



### Նախքան պատվաստում ստանալը

Մենք խորհուրդ ենք տալիս ձեզ սկզբից զանգահարել մեր Անդամների ծառայությունների բաժին, եթե դուք պլանավորում եք պատվաստում ստանալ:

- Մենք կարող ենք տեղեկացնել ձեզ՝ ինչպես է մեր ծրագիրն ապահովագրում ձեր պատվաստումը և բացատրել ծախսերի ձեր բաժինը:
- Մենք կարող ենք տեղեկացնել ձեզ՝ ինչպես նվազեցնել ձեր ծախսերը՝ օգտվելով մեր ցանցի մատակարարներից ու դեղատներից: *Ցանցի դեղատներն* այն դեղատներն են, որոնք համաձայնվել են աշխատել մեր ծրագրի հետ: *Ցանցի մատակարարն* այն մատակարարն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ: Ցանցի մատակարարը պետք է աշխատի Health Net Cal MediConnect-ի հետ, որպեսզի համոզվի, որ դուք չունեք Դ մասի պատվաստման ծախսեր:

### Ինչքան էք դուք վճարում Medicare Դ մասի պատվաստման համար

Ինչքան էք դուք վճարում պատվաստման համար՝ կախված է պատվաստանյութի տեսակից (ինչի համար են ձեզ պատվաստում):

- Որոշ պատվաստանյութեր համարվում են առողջապահական նպաստներ, այլ ոչ թե դեղեր: Այս պատվաստանյութերի ապահովագրումը ձեզ համար անվճար է: Դուք կարող եք տեղեկանալ այդ պատվաստանյութերի ապահովագրման մասին՝ կարդալով Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակը:
- Այլ պատվաստանյութերը համարվում են Medicare Դ մասի դեղեր: Դուք կարող եք գտնել այդ պատվաստանյութերի ցուցակը ծրագրի Դեղերի ցուցակում: Հնարավոր է, որ պետք համավճար վճարեք Medicare Դ մասի պատվաստանյութերի համար:

Ահա Medicare Դ մասի պատվաստման ստացման երեք հիմնական միջոցները.

1. Դուք Medicare Դ մասի պատվաստանյութ եք գնում ցանցի դեղատանը և պատվաստման սրսկում եք ստանում դեղատանը:
  - Դուք համավճար կվճարեք պատվաստանյութի համար:
2. Դուք Medicare Դ մասի պատվաստանյութ եք ստանում ձեր բժշկի գրասենյակում, ու բժիշկն է ձեզ պատվաստանյութ սրսկում:
  - Դուք բժշկին համավճար կվճարեք պատվաստանյութի համար:
  - Մեր ծրագիրը կվճարի ձեզ սրսկում անելու արժեքը:
  - Ձեր բժշկի գրասենյակը պետք է զանգահարի մեր ծրագրին այս դեպքում, որպեսզի մենք հավաստիանանք, որ նրանք գիտեն, որ դուք միայն համավճար եք վճարում պատվաստանյութի համար:
3. Դուք Medicare Դ մասի պատվաստանյութ եք գնում դեղատնից ու տանում եք այն ձեր բժշկի գրասենյակ սրսկում ստանալու համար:
  - Դուք համավճար կվճարեք պատվաստանյութի համար:
  - Մեր ծրագիրը կվճարի ձեզ սրսկում անելու արժեքը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 7. Ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ձեր ստացած հաշվի համար մեր կողմից վճարման խնդրանք

---

### Բովանդակություն

A. Երբ կարող եք խնդրել մեզ վճարել ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար .....	142
B. Ինչպես և որտեղ ուղարկել վճարման ձեր հայցը .....	144
C. Մենք ապահովագրության որոշում կկայացնենք .....	145
D. Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել .....	146

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## A. Երբ կարող եք խնդրել մեզ վճարել ձեր ծառայությունների կամ դեղերի համար

Մեր ցանցի մատակարարները պետք է ծրագրին հաշիվներ ուղարկեն ձեր ստացված ապահովագրված ծառայությունների և դեղերի համար: *Ցանցի մատակարարն* այն մատակարարն է, որն աշխատում է առողջապահական ծրագրի հետ:

**Եթե դուք հաշիվ եք ստանում առողջական խնամքի կամ դեղերի լրիվ արժեքի համար, ապա մեզ ուղարկեք այդ հաշիվը:** Մեզ հաշիվ ուղարկելու համար, տեսեք 144 էջը:

- Եթե ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրված են, մենք կվճարենք ուղղակիորեն մատակարարին:
  - Ձեր իրավունքն է փոխհատուցում ստանալը, եթե ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրված են, և դուք արդեն վճարել եք ավելին, քան արժեքի ձեր բաժինը ծառայությունների կամ դեղերի համար:
  - Եթե ծառայությունները կամ դեղերն ապահովագրված **չեն**, մենք ձեզ կտեղեկացնենք այդ մասին:
- ➔ Եթե հարցեր ունեք, դիմեք Անդամների ծառայությունների բաժնի: Եթե չգիտեք, թե ինչ պետք է վճարեիք, կամ եթե հաշիվ եք ստացել ու չգիտեք ինչ անել դրա հետ, մենք կարող ենք օգնել ձեզ: Դուք կարող եք նաև զանգահարել, եթե ցանկանում եք մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տալ մեզ արդեն ուղարկված վճարման հայցի մասին:

Ահա այն դեպքերի օրինակները, երբ կարող է անհրաժեշտ լինել, որ դուք մեզ խնդրեք ձեզ հետ վճարել կամ վճարել ձեր ստացած հաշվի համար.

### 1. Երբ դուք արտակարգ իրավիճակ կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամք եք ստանում արտացանցային մատակարարից

Դուք պետք տեղեկացնեք մատակարարին, որ նա հաշիվը մեզ ուղարկի:

- Եթե դուք վճարում եք լրիվ գումարը խնամքի ստացման ժամանակ, խնդրեք մեզ ձեզ հետ վճարել: Ուղարկեք մեզ հաշիվը՝ ձեր կատարված որևէ վճարումների ապացույցի հետ միասին:
- Հնարավոր է, որ դուք հաշիվ ստանաք մատակարարից, որի համար, ձեր կարծիքով, դուք պարտք չեք: Ուղարկեք մեզ հաշիվը՝ ձեր կատարված որևէ վճարումների ապացույցի հետ միասին:
  - Եթե մատակարարին հարկավոր է վճարել, մենք ուղղակիորեն կվճարենք այդ մատակարարին:
  - Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության համար, մենք ձեզ հետ կվճարենք:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## 2. Երբ ցանցի մատակարարը ձեզ հաշիվ է ուղարկում

Ցանցի մատակարարը միշտ պետք է հաշիվը մեզ ուղարկի:

Ցույց տվեք ձեր Health Net Cal MediConnect Անդամ ID քարտը, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում: Անհարիր/անհամապատասխան հաշվի ներկայացում է առաջանում, երբ մատակարարը (օրինակ՝ բժիշկ կամ հիվանդանոց) անձին հաշիվ է ներկայացնում, որը գերազանցում է ծրագրի ծախսերի բաշխման գումարը ծառայությունների համար: Զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին, եթե ստանում եք ձեզ անհասկանալի հաշիվներ:

- Քանի որ Health Net Cal MediConnect-ը վճարում է ձեր ծառայությունների ողջ արժեքը, դուք պարտք չեք որևէ ծախսերի բաշխում: Մատակարարները չպետք է հաշիվ ներկայացնեն ձեզ այս ծառայությունների համար:
- Երբ ցանցի մատակարարից հաշիվ եք ստանում, ուղարկեք այն մեզ: Մենք կապ կհաստատենք մատակարարի հետ ու կլուծենք խնդիրը:
- Եթե դուք արդեն վճարել եք ցանցի մատակարարի հաշիվը, ուղարկեք մեզ այդ հաշիվը՝ ձեր կատարված որևէ վճարումների ապացույցների հետ միասին: Մենք ձեզ հետ կվճարենք ձեր ապահովագրված ծառայությունների համար:

## 3. Երբ դուք դեղատոմսային դեղ եք ստանում արտացանցային դեղատնից

Եթե դուք այցելեք արտացանցային դեղատուն, ապա դուք պետք է վճարեք ձեր դեղատոմսի լրիվ արժեքը:

- ➔ Միայն սահմանափակ դեպքերում մենք կապահովագրենք արտացանցային դեղատնից գնված դեղատոմսային դեղերը: Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ խնդրում եք ձեզ հետ վճարել արժեքի մեր բաժինը: Խնդրում ենք կարդալ Գլուխ 5-ը արտացանցային դեղատնի մասին մանրամասների համար:

## 4. Երբ դուք վճարում եք դեղատոմսի լրիվ արժեքը, քանի որ ձեզ հետ չունեք ձեր Անդամ ID քարտը

Եթե դուք ձեզ հետ չունեք ձեր Անդամ ID քարտը, կարող եք խնդրել, որ դեղատունը զանգահարի մեզ կամ փնտրի ծրագրի անդամագրման ձեր տվյալները: Եթե դեղատունն անմիջապես չի կարողանում գտնել անհրաժեշտ տվյալները, հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք ինքներդ վճարել դեղատոմսի լրիվ արժեքը:

- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ խնդրում եք ձեզ հետ վճարել արժեքի մեր բաժինը:

## 5. Երբ դուք վճարում եք դեղատոմսի լրիվ արժեքը չապահովագրված դեղի համար

Հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել դեղատոմսի լրիվ արժեքը, եթե դեղն ապահովագրված չէ:

- Հնարավոր է, որ դեղը ծրագրի *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* (Դեղերի ցուցակում) չէ, կամ այն կարող է պայման կամ սահմանափակում ունենալ, որի մասին դուք տեղյակ չէիք կամ չէիք կարծում, որ այն կիրառելի է ձեր նկատմամբ: Եթե որոշեք ստանալ այդ դեղը, հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել լրիվ արժեքը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Եթե դուք չեք վճարում դեղի համար, սակայն կարծում եք, որ այն պետք է ապահովագրվի, ապա կարող եք մեզանից ապահովագրության որոշում պահանջել (տեսեք Գլուխ 9-ը):
- Եթե դուք ու ձեր բժիշկը կամ դեղը դուրս գրողը կարծում եք, որ ձեզ անմիջապես հարկավոր է այդ դեղը, ապա կարող եք մեզանից արագ ապահովագրության որոշում պահանջել (տեսեք Գլուխ 9-ը):
- Ուղարկեք մեզ ձեր անդորրագրի պատճենը, երբ խնդրում եք ձեզ հետ վճարել: Որոշ դեպքերում, հնարավոր է, մեզ պահանջվի լրացուցիչ տեղեկություններ ձեր բժշկից կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրողից, որպեսզի մենք ձեզ հետ վճարենք դեղի արժեքի մեր բաժինը:

Երբ դուք մեզ վճարման հայց ուղարկեք, մենք կդիտարկենք ձեր հայցն ու կորոշենք՝ արդյոք այդ ծառայությունը կամ դեղն ապահովագրված է, թե ոչ: Սա կոչվում է «ապահովագրության որոշում»: Եթե մենք որոշենք, որ այն պետք է ապահովագրվի, մենք ձեզ հետ կվճարենք այդ ծառայության կամ դեղի արժեքի մեր բաժինը: Եթե մենք մերժենք վճարման ձեր հայցը, դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

➔ Բողոքարկում ներկայացնելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

## B. Ինչպես և որտեղ ուղարկել վճարման ձեր հայցը

Ուղարկեք մեզ հաշիվը՝ ձեր կատարված որևէ վճարման ապացույցի հետ միասին: Վճարման ապացույց կարող է լինել ձեր կողմից գրած չեկի պատճենը կամ մատակարարից ստացված անդորրագիրը: Լավ միտք է պատճենահանել ձեր հաշիվն ու անդորրագրերը՝ ձեզ մոտ դրանք ունենալու համար: Կարող եք ձեր խնամքի համակարգողից օգնություն խնդրել:

Համոզվելու համար, որ տալիս եք մեզ որոշում կայացնելու համար բոլոր անհրաժեշտ տեղեկությունները, դուք կարող եք ձեր վճարման հայցի համար լրացնել մեր հայցի ձևաթուղթը:

- Անպայման չէ, որ օգտագործեք այս ձևաթուղթը, սակայն դա կօգնի մեզ ավելի արագ մշակել տվյալները:
- Կարող եք գտնել ձևաթղթի պատճենը մեր կայքում ([www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect)) կամ կարող եք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին ու խնդրել այդ ձևաչափը:

Ուղարկեք մեզ վճարման ձեր հայցը՝ որևէ հաշիվների կամ անդորրագրերի հետ միասին հետևյալ հասցեով՝

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





Բժշկական հայցերի հասցե՝

**Cal MediConnect-ի համար՝**  
Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. Box 14703  
Lexington, KY 40512-4703

**Խնդրում ենք նկատի ունենալ, որ սկսած 1/1/2018-ից Medicare-ի հայցերի հասցեն կփոխվի հետևյալի**

Health Net Community Solutions, Inc.  
P.O. Box 9030  
Farmington, MO 63640-9030

Դեղատան հայցերի հասցե՝

**Health Net Community Solutions, Inc.**  
Attn: Pharmacy Claims  
PO Box 419069  
Rancho Cordova, CA 95741-9069

**Պուք պետք է ձեր հայցը մեզ ուղարկեք մեկ օրացուցային տարվա ընթացքում (բժշկական հայցերի համար) և երեք տարվա ընթացքում (դեղերի հայցերի համար)՝ ծառայության, պարագայի կամ դեղի ստացման ամսաթվից:**

---

## **C. Մենք ապահովագրության որոշում կկայացնենք**

---

Երբ մենք ստանանք վճարման ձեր հայցը, մենք *ապահովագրության որոշում* կկայացնենք: Սա նշանակում է, որ մենք կորոշենք, թե արդյոք ձեր առողջական խնամքը կամ դեղն ապահովագրված են մեր ծրագրի կողմից, թե ոչ: Մենք նաև կորոշենք գումարի չափը, եթե կիրառելի է, որը մենք պետք է վճարենք առողջական խնամքի կամ դեղի համար:

- Մենք կտեղեկացնենք ձեզ, եթե ձեզանից լրացուցիչ տեղեկություն է պահանջվում:
- Եթե մենք որոշենք, որ առողջական խնամքը կամ դեղն ապահովագրված են, և դուք հետևել եք դրա ստացման բոլոր կանոններին, ապա մենք կվճարենք դրա արժեքի մեր բաժինը: Եթե դուք արդեն վճարել եք ծառայության կամ դեղի համար, ապա մենք ձեզ չեկ կուղարկենք արժեքի մեր բաժնի համար: Եթե դուք դեռ չեք վճարել ծառայության կամ դեղի համար, մենք ուղղակիորեն մատակարարին կվճարենք:
- ➔ Գլուխ 3-ը բացատրում է ձեր ապահովագրված ծառայությունների ստացման կանոնները: Գլուխ 5-ը բացատրում է Medicare Դ մասի ապահովագրված դեղատոմսային դեղերի ստացման կանոնները:
- Եթե մենք որոշում ենք չվճարել ծառայության կամ դեղի արժեքի մեր բաժինը, ապա մենք ձեզ բացատրական նամակ կուղարկենք դրա վերաբերյալ: Նամակը նաև կբացատրի բողոքարկելու ձեր իրավունքները:
- ➔ Ապահովագրության որոշումների մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## D. Դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել

Եթե կարծում ենք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել վճարման ձեր հայցը մերժելիս, ապա կարող եք խնդրել մեզ փոխել մեր որոշումը: Մա կոչվում է *բողոքարկում ներկայացնել*: Դուք նաև կարող եք բողոքարկում ներկայացնել, եթե համաձայն չեք մեր վճարված գումարի հետ:

- ▶ Բողոքարկման գործընթացը պաշտոնական գործընթաց է՝ մանրամասն ընթացակարգերով և կարևոր ժամկետներով: Բողոքարկման մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 9-ը:
  - Եթե դուք ցանկանում եք առողջական խնամքի ծառայության համար փոխհատուցում ստանալու մասին բողոքարկում ներկայացնել, ապա տեսեք 188 էջը:
  - Եթե դուք ցանկանում եք դեղի համար փոխհատուցում ստանալու մասին բողոքարկում ներկայացնել, ապա տեսեք 207 էջը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 8. Ձեր իրավունքները և պարտականությունները

### Բովանդակություն

Ներածություն .....	148
<b>A. Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ ստանալ ձեր կարիքներին համապատասխան ձևով ....</b>	<b>148</b>
<b>B. Մենք պետք է ձեզ հարգալից, արդարացի և արժանապատիվ վերաբերմունք ցուցադրենք մշտապես .....</b>	<b>161</b>
<b>C. Մենք պետք է ապահովենք, դուք ժամանակին ստանաք ապահովագրված ծառայություններն ու դեղերը .....</b>	<b>162</b>
<b>D. Մենք պետք է պաշտպանենք ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները .....</b>	<b>163</b>
Ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր առողջական տեղեկությունները .....	163
Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր բժշկական արձանագրությունները .....	164
<b>E. Մենք պետք է ձեզ տեղեկություններ տրամադրենք մեր ծրագրի, մեր ցանցի մատակարարների և ձեր ապահովագրված ծառայությունների մասին .....</b>	<b>164</b>
<b>F. Ցանցի մատակարարները չեն կարող ձեզ հաշիվ ուղարկել ուղղակիորեն .....</b>	<b>165</b>
<b>G. Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի դուրս գալ մեր Cal MediConnect ծրագրից .....</b>	<b>166</b>
<b>H. Դուք իրավունք ունեք որոշումներ կայացնել ձեր առողջական խնամքի մասին .....</b>	<b>166</b>
Դուք իրավունք ունեք իմանալ բուժման ձեր տարբերակների մասին և ձեր առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել .....	166
Դուք իրավունք ունեք ասել, թե ինչ էք ցանկանում անել, եթե դուք ի վիճակի չէք ինքնուրույն առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել .....	167
Ինչ անել, եթե ձեր ցուցումներին չեն հետևում .....	168
<b>I. Դուք իրավունք ունեք գանգատ ներկայացնել, ինչպես նաև մեր որոշումների վերանայում պահանջել .....</b>	<b>168</b>
Ինչ կարող էք անել, եթե կարծում էք, որ ձեզ անարդար են վերաբերվում կամ ձեր իրավունքները չեն հարգվում .....	168
Ինչպես լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին .....	169
<b>J. Դուք՝ որպես ծրագրի անդամ, որոշ պարտականություններ ունեք .....</b>	<b>169</b>

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ներածություն

Այս գլխում դուք կգտնեք ձեր՝ որպես ծրագրի անդամի իրավունքները և պարտականությունները: Մենք պետք է հարգենք ձեր իրավունքները:

## A. Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ ստանալ ձեր կարիքներին համապատասխան ձևով

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- ➔ Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագրում կան մարդիկ, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- ➔ Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տառատեսակը, Բրեյլը կամ ձայնագրությունը: Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որ ձեզ միշտ ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ բրեյլը կամ խոշոր տառատեսակը, կամ անգլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների ծառայությունների բաժին: Տեղեկացրեք Անդամների ծառայությունների բաժնին, որ ցանկանում եք ներկայացնել մշտական խնդրանք՝ ձեր նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով կամ լեզվով ստանալու համար:
- ➔ Կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:
  - Արաբերեն
  - Հայերեն
  - Կամբոջերեն
  - Չինարեն
  - Պարսկերեն
  - Կորեերեն
  - Ռուսերեն
  - Իսպաներեն
  - Տազալոգ
  - Վիետնամերեն
- Եթե մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալու դժվարություններ ունեք լեզվի խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով, ու ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



(1-800-633-4227): Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին զանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդաճմանի ծառայությունների բաժնին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

يجب أن نخبرك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نطلعك على حقوقك طالما أنك مشترك معنا في خطتنا سنوياً.

→ وللحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر يجيدون التحدث بلغات عدة حيث بوسعهم الإجابة على أسئلتك.

→ بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة وأو لغة أخرى.

→ يمكنك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 8:00 م:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمنية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية
- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغالوغية
- اللغة الفيتنامية

→ إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م.

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- ➔ Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրը մարդիկ ունի, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- ➔ Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել *անգլերենից բացի այլ լեզուներով* և այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոտ տառատեսակը, Բրեյլը կամ ձայնագրությունը: Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որ ձեզ միշտ ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ Բրեյլը կամ խոշոտ տառատեսակը, կամ անգլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկում: Ասացեք Անդամների սպասարկմանը, որ ցանկանում եք մշտական խնդրանք ներկայացնել, որ միշտ ստանաք ձեր նյութերն այլ ձևաչափով կամ լեզվով:
- ➔ Կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m. -ից 8:00 p.m.-ը:
  - o Արաբերեն
  - o Հայերեն
  - o Կամբոջերեն
  - o Չինարեն
  - o Պարսկերեն
  - o Կորեերեն
  - o Ռուսերեն
  - o Իսպաներեն
  - o Տագալոգ
  - o Վիետնամերեն
- ➔ Եթե խնդիրներ ունեք մեր ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու հարցում լեզվի կամ հաշմանդամության պատճառով, ու ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:









我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您計畫的各項福利以及您的權利。在您參加本計畫期間，我們必須每年均告知您有關您的權利。

- ➔ 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電與會員服務部聯絡。本計畫備有可使用不同語言為您解答疑問的工作人員。
- ➔ 本計畫也可為您提供英文以外之其他語言版本以及如大字版、點字版或語音版等格式的資料。如果您想請 **Health Net Cal MediConnect** 持續寄其他格式（如點字版或大字版）或英文以外之其他語言版本的會員資料給您，請與會員服務部聯絡。請告知會員服務部您想提出長期申請，以取得其他格式或語言版本的會員資料。
- ➔ 您也可以免費取得本手冊的下列語言版本，您僅需於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡即可。
  - 阿拉伯文
  - 亞美尼亞文
  - 柬埔寨文
  - 中文
  - 波斯文
  - 韓文
  - 俄文
  - 西班牙文
  - 塔加拉文
  - 越南語
- ➔ 如果您因為語言問題或殘障而無法透過本計畫取得資訊而您想提出投訴，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。您每週七天，每天 24 小時均可致電。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如需有關向 Medi-Cal 提出投訴的資訊，請於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡。

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:







Об обслуживании, покрываемом планом, и о ваших правах мы должны сообщать вам в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- ➔ Для того чтобы получать эти сведения в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников плана, говорящих на разных языках.
- ➔ Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана *в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Если вы хотите, чтобы план Health Net Cal MediConnect всегда присылал вам свои материалы в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля, обратитесь в наш отдел обслуживания. Ответившему сотруднику отдела скажите, что вы хотите обратиться с просьбой (standing request) о том, чтобы материалы и письма вам всегда присылали в альтернативной форме или в переводе на выбранный вами язык.*
- ➔ Телефон нашего отдела обслуживания 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Позвоните по этому телефону, и вам бесплатно пришлют этот справочник в переводе на выбранный вами язык из следующего списка:

- Арабский.
- Армянский.
- Кхмерский.
- Китайский.
- Фарси.
- Корейский.
- Русский.
- Испанский.
- Тагальский.
- Вьетнамский.

- ➔ Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, вы можете подать жалобу в программу Medicare. Телефон программы Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Звонить в программу Medicare можно круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de cobertura de nuestro plan.

- ➔ Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder a sus preguntas en varios idiomas.
- ➔ También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés*, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígale al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando al Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m:
  - Árabe
  - Armenio
  - Camboyano
  - Chino
  - Farsi
  - Coreano
  - Ruso
  - Español
  - Tagalo
  - Vietnamita
- ➔ Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con Medicare, al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- ➔ Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- ➔ Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales *na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio*. Kung gusto mong hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa alternatibong format o wika.
- ➔ Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:
  - Arabic
  - Armenian
  - Cambodian
  - Chinese
  - Farsi
  - Korean
  - Russian
  - Espanyol
  - Tagalog
  - Vietnamese
- ➔ Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal,

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- ➔ Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- ➔ Chương trình của chúng tôi cũng cung cấp cho quý vị tài liệu *bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh* và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh. Nếu quý vị muốn Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Cho Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.
- ➔ Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối:
  - Tiếng Ả Rập
  - Tiếng Armenia
  - Tiếng Campuchia
  - Tiếng Trung
  - Tiếng Ba Tư
  - Tiếng Hàn
  - Tiếng Nga
  - Tiếng Tây Ban Nha

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Tiếng Tagalog
- Tiếng Việt

► Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, bảy ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối.

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





## B. Մենք պետք է ձեզ հարգալից, արդարացի և արժանապատիվ վերաբերմունք ցուցադրենք մշտապես

Մենք պետք է ենթարկվենք այն օրենքներին, որոնք պաշտպանում են ձեզ խտրականությունից կամ անարդար վերաբերմունքից: **Մենք խտրականություն չենք դրսևորում** մեր անդամների նկատմամբ հետևյալից որևէ մեկի հիման վրա՝

- Տարիք
- Բողոքարկումներ
- Վարք
- Հայցերի հետ ունեցած փորձ
- Էթնիկական ծագում
- Ապահովագրման հնարավորության վկայություն
- Ժառանգաբանական տեղեկություններ
- Գենդերային պատկանելիություն
- Աշխարհագրական գտվելու վայրը ծառայությունների մատուցման տարածքում
- Առողջական վիճակ
- Բժշկական պատմություն
- Մտավոր կարողություններ
- Հոգեկան կամ ֆիզիկական հաշմանդամություն
- Ազգային ծագում
- Ռասա
- Առողջական խնամքի ստացում
- Կրոն
- Սեռ
- Սեռական կողմնորոշում
- Ծառայությունների օգտագործում

Համաձայն մեր ծրագրի կանոններին՝ դուք իրավունք ունեք զերծ մնալու որևէ ֆիզիկական սահմանափակումից կամ մեկուսացումից, որը կարող է օգտագործվել որպես հարկադրում, ուժ, պատիժ, օգուտ կամ վրեժխնդրություն:

Մենք չենք կարող ծառայություններ մերժել կամ պատժել ձեզ ձեր իրավունքներից օգտվելու համար:

- ➔ Եթե լրացուցիչ տեղեկություններ եք ցանկանում ստանալ կամ մտահոգություններ ունեք խտրականության կամ անարդար վերաբերմունքի վերաբերյալ, զանգահարեք Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի **Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ** 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով (TDD 1-800-537-7697): Կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել նաև <http://www.hhs.gov/ocr/office> կայքում:
- ➔ Կարող եք նաև զանգահարել ձեր տեղային Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ
- ➔ Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Հեռախոսահամար՝ 1-800-368-1019  
Ֆաքս՝ 1-202-619-3818  
TDD 1-800-537-7697

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ Եթե հաշմանդամ եք ու խնամքի կամ մատակարարի հետ կապված օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին: Եթե զանգատ ունեք, օրինակ՝ անվասայլակով մուտքի խնդիր, Անդամների ծառայությունների բաժինը կարող է օգնել ձեզ:

## C. Մենք պետք է ապահովենք, դուք ժամանակին ստանաք ապահովագրված ծառայություններն ու դեղերը

Եթե չեք կարող ժամանակին այցելություն ստանալ ապահովագրված ծառայությունների համար, ու ձեր բժիշկը կարծում է, որ դուք չեք կարող ավելի երկար սպասել այցելությանը, ապա զանգահարեք Health Net-ի Cal MediConnect-ի Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m., երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է և նրանք կարող եք օգնել ձեզ: Եթե դուք ողջամիտ ժամանակում չեք կարողանում ծառայություններ ստանալ, մենք կվճարենք ցանցից դուրս խնամքի համար:

Որպես մեր ծրագրի անդամ.

- Դուք իրավունք ունեք մեր ցանցից ընտրել Առաջնային խնամքի մատակարար (PCP): *Ցանցի մատակարարն* այն մատակարարն է, որն աշխատում է մեզ հետ:
  - » Չանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին կամ կարդացեք *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրքը*՝ նոր հիվանդներ ընդունող բժիշկների մասին տեղեկանալու համար:
- Կանայք իրավունք ունեք առանց ուղեգրի այցելել գինեկոլոգի կամ կանանց առողջության մեկ այլ մասնագետի: *Ուղեգիրք* ձեր առաջնային խնամքի մատակարարի գրավոր հրամանն է:
- Դուք իրավունք ունեք ապահովագրված ծառայություններ ստանալ ցանցի մատակարարներից ողջամիտ ժամանակահատվածում:
  - » Սա ներառում է մասնագետներից ժամանակին ծառայություններ ստանալու իրավունք:
- Դուք իրավունք ունեք առանց նախօրոք լիազորման արտակարգ իրավիճակի օգնության ծառայություններ կամ հրատապ անհրաժեշտ խնամք ստանալ:
- Դուք իրավունք ունեք մեր ցանցի դեղատներից դեղատոմսային դեղեր ստանալ առանց երկար ուշացման:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալ, թե երբ կարող եք այցելել արտացանցային մատակարարի: Արտացանցային մատակարարի մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 3-ը:
- Երբ դուք նոր եք միանում մեր ծրագրին, դուք իրավունք ունեք պահպանել ձեր ներկա մատակարարներին ու ծառայությունների թույլտվությունները մինչև 12 ամիս, եթե համապատասխանում եք որոշակի չափանիշներին: Ձեր մատակարարներին ու ծառայությունների թույլտվությունները պահպանելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 1-ը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Դուք իրավունք ունեք կառավարել ձեր սեփական խնամքը՝ ձեր խնամքի թիմի ու խնամքի համակարգողի օգնությամբ:

Գլուխ 9-ը տեղեկացնում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ ողջամիտ ժամանակահատվածում չեք ստանում ձեր ծառայությունները կամ դեղերը: Գլուխ 9-ը նաև տեղեկացնում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե մենք մերժել ենք ձեր ծառայությունների կամ դեղերի ապահովագրությունը, իսկ դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:

## D. Մենք պետք է պաշտպանենք ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները

**Մենք պաշտպանում ենք ձեր անձնական առողջական տեղեկությունները՝ ինչպես պահանջում են տվյալ օրենքները:**

- Ձեր անձնական առողջական տեղեկություններն ընդգրկում են տեղեկություններ, որոնք դուք տալիս եք մեզ այս ծրագրին անդամագրվելու ժամանակ: Այն նաև ներառում է ձեր բժշկական արձանագրություններն ու այլ բժշկական և առողջական տեղեկությունները:
- Դուք իրավունք ունեք տեղեկություն ստանալ և վերահսկել ձեր առողջական տվյալների օգտագործումը: Մենք ձեզ գրավոր ծանուցագիր ենք տրամադրում, որը տեղեկացնում է այս իրավունքների մասին և բացատրում է՝ ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր առողջական տեղեկությունների գաղտնիությունը: Այդ ծանուցագիրը կոչվում է «Գաղտնիության փորձի ծանուցագիր»:

### Ինչպես ենք մենք պաշտպանում ձեր առողջական տեղեկությունները

- Մենք ապահովում ենք, որ թույլտվություն չունեցող մարդիկ չտեսնեն կամ չփոփոխեն ձեր արձանագրությունները:
- Շատ դեպքերում մենք ձեր առողջական տեղեկությունները չենք տալիս որևէ մեկին, ով ձեզ խնամք չի տրամադրում կամ չի վճարում ձեր խնամքի համար: Եթե մենք դա, *ապա մենք պարտավոր ենք սկզբից ձեզանից գրավոր թույլտվություն ստանալ*: Գրավոր թույլտվությունը կարող եք տալ դուք կամ ձեր կողմից օրինականորեն լիազորված որևէ մեկը, ով կարող է ձեր անունից որոշումներ կայացնել:
- Կան որոշակի դեպքեր, երբ մենք պարտավոր չենք սկզբից ձեզանից գրավոր թույլտվություն ստանալ: Այդ բացառությունները թույլատրվում են կամ պահանջվում են օրենքով:
  - » Մենք պարտավոր ենք առողջական տեղեկություն տրամադրել պետական գործակալություններին, որոնք ստուգում են մեր խնամքի որակը:
  - » Մենք պարտավոր ենք առողջական տեղեկություն տրամադրել դատարանի հրամանով:
  - » Մենք պարտավոր ենք Medicare-ին տրամադրել ձեր առողջական ու դեղերին վերաբերվող տեղեկությունները: Եթե Medicare-ը հրատարակում է ձեր տեղեկությունները հետազոտության կամ այլ օգտագործման համար, ապա դա կարվի ըստ դաշնային օրենքների: Եթե մենք տարածենք ձեր տեղեկությունները Medi-Cal-ին, ապա դա նույնպես կարվի ըստ դաշնային և նահանգային օրենքների:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր բժշկական արձանագրությունները

- Դուք իրավունք ունեք տեսնել ձեր բժշկական արձանագրություններն ու ստանալ ձեր արձանագրությունների պատճենը: Մեզ թույլ է տրվում ձեզանից վճար գանձել ձեր արձանագրությունները պատճենելու համար:
- Դուք իրավունք ունեք մեզ խնդրել ձեր բժշկական արձանագրություններում լրացումներ կամ ուղղումներ անել: Եթե դուք մեզանից խնդրեք անել դա, մենք կհամագործակցենք ձեր առողջական խնամքի մատակարարի հետ որոշելու համար՝ արդյոք հարկավոր են այս փոփոխությունները:
- Դուք իրավունք ունեք իմանալ, եթե ու ինչպես են ձեր առողջական տեղեկությունները տրամադրվել ուրիշներին:

Եթե ձեր անձնական առողջական տեղեկությունների գաղտնիության մասին հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:

Մեր Գաղտնիության փորձի ծանուցագիրը գտնվում է Գլուխ 11-ի մաս Լ-ում:

## Ե. Մենք պետք է ձեզ տեղեկություններ տրամադրենք մեր ծրագրի, մեր ցանցի մատակարարների և ձեր ապահովագրված ծառայությունների մասին

Որպես Health Net Cal MediConnect-ի անդամ՝ դուք իրավունք ունեք մեզանից տեղեկություններ ստանալ: Եթե դուք անգլերեն չեք խոսում, մենք առաջարկում ենք թարգմանչական ծառայություններ, որպեսզի պատասխանենք մեր առողջապահական ծրագրի մասին ձեր ունեցած որևէ հարցերին: Թարգմանիչ ստանալու համար զանգահարեք Health Net Cal MediConnect Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Այս ծառայությունն անվճար է ձեզ համար: Դուք կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝

- Արաբերեն
- Հայերեն
- Կամբոջերեն
- Չինարեն
- Պարսկերեն
- Կորեերեն
- Ռուսերեն
- Իսպաներեն

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Տագալոգ
- Վիետնամերեն

Մենք կարող ենք նաև ձեզ տեղեկություններ տալ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:

Եթե ցանկանում եք հետևյալ տեղեկություններից որևէ մեկը, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին.

- **Ծրագրի ընտրելու կամ փոխելու մասին տեղեկություններ**
- **Տեղեկություններ մեր ծրագրի մասին, ներառյալ՝**
  - » Նյութական տեղեկություններ
  - » Ինչպես են մեզ գնահատում ծրագրի անդամները
  - » Անդամների ներկայացված բողոքարկումների քանակը
  - » Ինչպես դուրս գալ մեր ծրագրից
- **Տեղեկություններ մեր ցանցի մատակարարների ու մեր ցանցի դեղատների մասին, ներառյալ՝**
  - » Ինչպես ընտրել կամ փոխել առաջնային խնամքի մատակարարներին
  - » Մեր ցանցի մատակարարների ու դեղատների որակավորումը
  - » Ինչպես ենք մենք վճարում մեր ցանցի մատակարարներին
- **Տեղեկություններ ապահովագրված ծառայությունների ու դեղերի մասին, և այն կանոնների մասին, որոնց դուք պետք է հետևեք, ներառյալ՝**
  - » Մեր ծրագրի կողմից ապահովագրված ծառայություններ ու դեղեր
  - » Ձեր ապահովագրման ու դեղերի սահմանափակումներ
  - » Կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք ապահովագրված ծառայություններ ու դեղեր ստանալու համար
- **Տեղեկություններ այն մասին, թե ինչու որոշ բաներ չեն ապահովագրվում, և ինչ կարող եք անել այդ դեպքում, ներառյալ՝**
  - » Խնդրել մեզ գրի առնել, թե ինչու որոշ բաներ չեն ապահովագրվում
  - » Խնդրել մեզ փոխել մեր ընդունած որոշումը
  - » Խնդրել մեզ վճարել ձեզ ստացած հաշվի համար

## F. Ցանցի մատակարարները չեն կարող ձեզ հաշիվ ուղարկել ուղղակիորեն

Մեր ցանցի բժիշկները, հիվանդանոցները և այլ մատակարարները չեն կարող ձեզանից գումար գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար: Նրանք նույնպես չեն կարող ձեզանից գումար գանձել, եթե մենք մատակարարին նրա հաշվից պակաս ենք վճարել: Որպեսզի տեղեկանաք, թե ինչ պետք է անեք, եթե ցանցի մատակարարը փորձում է ձեզանից գումար գանձել ապահովագրված ծառայությունների համար, տեսեք Գլուխ 7-ը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## G. Դուք իրավունք ունեք ցանկացած պահի դուրս գալ մեր Cal MediConnect ծրագրից

Ոչ ոք չի կարող ձեզ ստիպել մնալ մեր ծրագրում, եթե դուք չեք ցանկանում անել դա: Դուք կարող եք ցանկացած պահի դուրս գալ մեր ծրագրից: Եթե դուրս եք գալիս մեր ծրագրից, դուք շարունակում եք մնալ Medicare ու Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք: Դուք իրավունք ունեք ստանալ ձեր առողջական խնամքի ծառայությունների մեծ մասը Բնօրինակ Medicare-ի կամ Medicare Advantage ծրագրի միջոցով: Դուք կարող եք ձեր Medicare Դ մասի դեղատոմսով դեղերի նպաստները ստանալ դեղատոմսային դեղերի որևէ ծրագրի կամ Medicare Advantage ծրագրի միջոցով: Ձեր Medi-Cal նպաստները կշարունակեն առաջարկվել Health Net Community Solutions, Inc. միջոցով, եթե դուք մեկ այլ ծրագիր չընտրեք ձեր վարչաշրջանում:

- **Խնդրում ենք տեսեք Գլուխ 10-ը մեր ծրագրից դուրս գալու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար:**

## H. Դուք իրավունք ունեք որոշումներ կայացնել ձեր առողջական խնամքի մասին

### Դուք իրավունք ունեք իմանալ բուժման ձեր տարբերակների մասին և ձեր առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել

Դուք իրավունք ունեք ձեր բժիշկներից ու առողջական խնամքի այլ մատակարարներից ստանալ ամբողջական տեղեկություններ, երբ ծառայություններ եք ստանում: Ձեր մատակարարները պետք է բացատրեն ձեր վիճակը և բուժման ձեր ընտրությունները *ձեզ հասկանալի ձևով*:

- **Իմացեք ձեր ընտրությունները:** Դուք իրավունք ունեք, որ ձեզ տեղեկացնեն բոլոր տեսակի բուժումների մասին:
- **Իմացեք վտանգները:** Դուք իրավունք ունեք, որ ձեզ տեղեկացնեն որևէ վտանգների մասին: Ձեզ պետք է նախապես ասեն, եթե ծառայությունը կամ բուժումը հետազոտական փորձի մի մաս է: Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել փորձնական բուժումներից:
- **Դուք կարող եք երկրորդ կարծիք ստանալ:** Դուք իրավունք ունեք մեկ այլ բժշկի այցելել նախքան բուժման մասին որոշում կայացնելը:
- **Դուք կարող եք «ոչ ասել»:** Դուք իրավունք ունեք հրաժարվել ցանկացած բուժումից: Սա ներառում է հիվանդանոցից կամ այլ բժշկական հաստատությունից հեռանալու իրավունք, նույնիսկ, եթե ձեր բժիշկը խորհուրդ է տալիս չհեռանալ: Դուք նաև իրավունք ունեք դադարեցնել ձեզ նշանակված դեղի ընդունումը: Եթե դուք հրաժարվում եք բուժումից կամ դադարեցնում եք նշանակված դեղի ընդունումը, ձեզ չեն հեռացնի մեր ծրագրից: Այնուամենայնիվ, եթե դուք հրաժարվում եք բուժումից կամ դադարեցնում եք դեղի ընդունումը, դուք ստանձնում եք ամբողջ պատասխանատվությունն այն բանի համար, թե ինչ կպատահի ձեզ հետ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Դուք կարող եք խնդրել մեզ բացատրել, ինչու է մատակարարը մերժել խնամքի տրամադրումը:** Դուք իրավունք ունեք մեզանից բացատրություն ստանալ, եթե մատակարարը մերժել է խնամքը, որը, ձեր կարծիքով, դուք պետք է ստանայիք:
- **Դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրել ծառայություն կամ դեղ, որը մերժվել է կամ սովորաբար չի ապահովագրվում:** Մա կոչվում է «ապահովագրության որոշում»: Գլուխ 9-ը բացատրում է ինչպես ապահովագրության որոշում խնդրել ծրագրից:

**Դուք իրավունք ունեք ասել, թե ինչ եք ցանկանում անել, եթե դուք ի վիճակի չեք ինքնուրույն առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել**

Երբեմն մարդիկ ի վիճակի չեն ինքնուրույն առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել: Նախքան այս ամենի պատահելը, դուք կարող եք.

- Լրացնել գրավոր ձևաթուղթ, որը **որևէ մեկին իրավունք կտա առողջական խնամքի մասին որոշումներ կայացնել ձեր փոխարեն:**
- **Ձեր բժիշկներին գրավոր ցուցումներ տվեք՝** ինչպես եք ցանկանում, որ նրանք կատարեն ձեր բժշկական խնամքը, եթե դուք ի վիճակի չլինեք ինքներդ որոշումներ կայացնել:

Իրավական փաստաթուղթը, որը կարող եք օգտագործել ձեր ցուցումները տալու համար, կոչվում է *նախօրոք հրահանգ*: Նախօրոք հրահանգների տարբեր տեսակներ կան, և դրանք տարբեր ձևով են կոչվում: Օրինակ՝ *ապրող մարդու կտակ* և *առողջական խնամքի համար ընդհանուր լիազորագիր*:

Դուք պարտավորված չեք նախօրոք հրահանգ օգտագործել, սակայն կարող եք անել դա, եթե ցանկանում եք: Ահա, թե ինչ անել.

- **Ստացեք ձևաթուղթը:** Դուք կարող եք ստանալ ձևաթուղթը ձեր բժշկից, իրավաբանից, իրավաբանական ծառայությունների գրասենյակից, կամ սոցիալական աշխատողից: Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի մասին մարդկանց տեղեկացնող կազմակերպությունները, օրինակ՝ HICAP (Առողջապահական ապահովագրման խորհրդակցության և պաշտպանության ծրագիր) նույնպես կարող են ունենալ նախօրոք հրահանգի ձևաթղթերը:
- **Լրացրեք և ստորագրեք այն:** Ձևաթուղթը իրավական փաստաթուղթ է: Մտածեք իրավաբանի օգնությամբ այն պատրաստելու մասին:
- **Տվեք պատճեններն այն մարդկանց, որոնք պետք է իմանան այդ մասին:** Դուք պետք է ձևաթղթի պատճենը տաք ձեր բժշկին: Դուք պետք է նաև պատճենը տաք այն մարդուն, ում ընտրել եք ձեր անունից որոշումներ կայացնելու համար: Կարող եք նաև պատճենները տալ ձեր մոտիկ ընկերներին կամ ընտանիքի անդամներին: Անպայման տանը մեկ պատճեն ունեցեք:

Եթե դուք հիվանդանոց եք պառկելու և դուք նախօրոք հրահանգ եք ստորագրել, **ապա ձեզ հետ հիվանդանոց վերցրեք դրա պատճենը:**

- Հիվանդանոցում ձեզ կհարցնեն, թե արդյոք ունեք ստորագրված նախօրոք հրահանգի ձևաթուղթ և արդյոք այն ձեզ հետ է:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Եթե չեք ստորագրել նախօրոք հրահանգի ձևաթուղթ, հիվանդանոցն ունի այդ ձևաթղթերը, և նրանք կհարցնեն ձեզ՝ արդյոք ցանկանում եք ստորագրել այն:

**Հիշեք, որ նախօրոք հրահանգ ստորագրելը կամ չստորագրելը ձեր ընտրությունն է:**

**Ինչ անել, եթե ձեր ցուցումներին չեն հետևում**

Եթե դուք նախօրոք հրահանգ եք ստորագրել, և կարծում եք, որ բժիշկը կամ հիվանդանոցը չեն հետևում այնտեղ նշված ցուցումներին, դուք կարող եք բողոք ներկայացնել ձեր տեղային Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ:

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ  
ԱՄՆ Առողջապահության և մարդու ծառայությունների բաժանմունք  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103

Հեռախոսահամարն է՝ 1-800-368-1019 (TDD՝ 1-800-537-7697)

---

**I. Դուք իրավունք ունեք գանգատ ներկայացնել, ինչպես նաև մեր որոշումների վերանայում պահանջել**

---

Գլուխ 9-ը տեղեկացնում է ձեզ, թե ինչ կարող եք անել, եթե խնդիրներ կամ մտահոգություններ ունեք ձեր ապահովագրված ծառայությունների կամ խնամքի մասին: Օրինակ, դուք կարող եք խնդրել մեզ ապահովագրության որոշում կայացնել, բողոքարկում ներկայացնել ապահովագրության որոշումը փոխելու համար կամ գանգատ ներկայացնել:

Դուք իրավունք ունեք տեղեկություններ ստանալ անցյալում մեր ծրագրի դեմ այլ անդամների կողմից ներկայացված բողոքարկումների և գանգատների մասին: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:

**Ինչ կարող եք անել, եթե կարծում եք, որ ձեզ անարդար են վերաբերվում կամ ձեր իրավունքները չեն հարգվում**

Եթե կարծում եք, որ ձեզ անարդար են վերաբերվում, և դա 161 էջում նշված պատճառներով խտրականություն չէ, ապա կարող եք օգնություն ստանալ հետևյալ միջոցներով.

- Կարող եք **գանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:**
- Կարող եք **գանգահարել ձեր տեղային Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP):** Այս կազմակերպության մասին մանրամասների և կոնտակտային տվյալների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Կարող եք **գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր:** Այս կազմակերպության մասին մանրամասների և կոնտակտային տվյալների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Կարող եք **գանգահարել Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





## Ինչպես լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ձեր իրավունքների մասին

Ձեր իրավունքների մասին լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու մի քանի միջոց կա.

- Կարող եք **զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:**
- Կարող եք **զանգահարել ձեր տեղային Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP):** Այս կազմակերպության մասին մանրամասների և կոնտակտային տվյալների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Կարող եք **զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր:** Այս կազմակերպության մասին մանրամասների և կոնտակտային տվյալների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Դուք կարող եք **դիմել Medicare-ին:**
  - » Դուք կարող եք այցելել Medicare-ի կայք, կարդալ կամ ներբեռնել «Medicare-ի իրավունքներ և պաշտպանություններ» հրապարակումը: (Այցելեք <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>):
  - » Կամ կարող եք զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

## Եթե ձեր ծրագրի անդամ՝ դուք ստորև նշված բաներն անելու պարտականություն ունեք: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:

Որպես ծրագրի անդամ՝ դուք ստորև նշված բաներն անելու պարտականություն ունեք: Եթե հարցեր ունեք, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:

- **Կարդացեք Անդամների տեղեկագիրքը ծանոթանալու համար ձեր ապահովագրված ծառայություններին ու այն կանոններին, որոնց պետք է հետևեք ապահովագրված ծառայություններ ու դեղեր ստանալու համար:**
  - » Ձեր ապահովագրված ծառայությունների մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 3-ն ու 4-ը: Այդ գլուխները տեղեկացնում են ձեզ ապահովագրված, չապահովագրված ծառայությունների մասին, ինչ կանոնների պետք է հետևեք ու ինչքան եք դուք վճարում:
  - » Ձեր ապահովագրված դեղերի մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 5-ն ու 6-ը:
- **Տեղեկացրեք մեզ ձեր ունեցած որևէ այլ առողջական կամ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրության մասին:** Մեզանից պահանջվում է համոզվել, որ դուք օգտագործում եք ձեր ապահովագրության բոլոր տարբերակները, երբ դուք առողջական խնամք եք ստանում: Եթե այլ ապահովագրություն ունեք, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Տեղեկացրեք ձեր բժշկին և առողջական խնամքի այլ մատակարարներին, որ դուք անդամագրված եք մեր ծրագրին:**  
Ցույց տվեք ձեր Անդամի ID քարտն ամեն անգամ ծառայություններ կամ դեղեր ստանալիս:
- **Օգնեք ձեր բժիշկներին և առողջական խնամքի այլ մատակարարներին ձեզ տրամադրել լավագույն խնամքը:**
  - » Տվեք նրանց անհրաժեշտ տեղեկություններ ձեր ու ձեր առողջության մասին: Որքան հնարավոր է շատ իմացեք ձեր առողջական խնդիրների մասին: Հետևեք բուժման ծրագրերին ու ցուցումներից, որոնք համաձայնեցրել եք ձեր մատակարարների հետ:
  - » Համոզվեք, որ ձեր բժիշկներն ու այլ մատակարարները գիտեն ձեր բոլոր դեղերի մասին: Մա ներառում է դեղատոմսային դեղերը, առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերը, վիտամինները և հավելումները:
  - » Եթե հարցեր ունեք, անպայման հարցրեք: Ձեր բժիշկներն ու այլ մատակարարները պետք է ամեն ինչ ձեզ հասկանալի ձևով բացատրեն: Եթե դուք հարց եք տալիս ու չեք հասկանում պատասխանը, ապա կրկին հարցրեք:
- **Հոգատար եղեք:** Մենք ակնկալում ենք, որ մեր բոլոր անդամները պետք է հարգեն մյուս հիվանդների իրավունքները: Մենք նաև ակնկալում ենք, որ դուք ձեզ հարգալից եք պահում ձեր բժշկի գրասենյակում, հիվանդանոցներում ու այլ մատակարարների գրասենյակներում:
- **Վճարեք ձեր պարտքերը:** Որպես ծրագրի անդամ՝ դուք պատասխանատու եք հետևյալ վճարումների համար.
  - » Medicare Ա մաս և Medicare Բ մաս հավելավճարներ: Health Net Cal MediConnect-ի շատ անդամների համար Medi-Cal-ը վճարում է ձեր Ա մաս հավելավճարներն ու ձեր Բ Մաս հավելավճարները:
  - » Եթե դուք ծախսերի բաժին ունեք Medi-Cal ծրագրում, դուք պատասխանատու կլինեք այս գումարը վճարելու համար, նախքան Health Net Cal MediConnect-ը կվճարի ձեր Medi-Cal ապահովագրված ծառայությունների համար:
  - » Ծրագրով ապահովագրված որոշ դեղերի համար դուք պետք է վճարեք ծախսերի ձեր բաժինը, երբ դեղ եք ստանում: Մա կլինի համավճար (ֆիքսված գումար): Գլուխ 6-ը տեղեկացնում է ձեզ՝ ինչ պետք է վճարեք ձեր դեղերի համար:
  - » Եթե դուք ինչ-որ ծառայություններ կամ դեղեր եք ստանում, որոնք ապահովագրված չեն մեր ծրագրով, ապա դուք պետք է վճարեք լրիվ արժեքը:
- ➔ Եթե համաձայն չեք ծառայության կամ դեղի ապահովագրումը մերժելու մեր որոշման հետ, կարող եք բողոքարկում ներկայացնել: Խնդրում ենք տեսնել Գլուխ 9-ը բողոքարկելու մասին տեղեկությունների համար:
- **Տեղեկացրեք մեզ, եթե տեղափոխվում եք:** Եթե հեռանում եք, կարևոր է, որ անմիջապես ասեք մեզ այդ մասին: Չանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- » **Եթե դուք տեղափոխվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքից դուրս, դուք այլևս չեք կարող մնալ մեր ծրագրում:** Միայն **մեր** սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Health Net Cal MediConnect-ին: Գլուխ 1-ը պատմում է մեր սպասարկման տարածքի մասին: Մենք կարող ենք օգնել ձեզ հասկանալ՝ արդյոք տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս, թե ոչ: Հատուկ անդամագրման ժամանակաշրջանի ընթացքում դուք կարող եք միանալ Բնօրինակ Medicare-ին կամ անդամագրվել ձեր նոր տարածքում մատչելի Medicare-ի առողջապահական կամ դեղատոմսով դեղերի որևէ ծրագրին: Մենք կարող եք տեղեկացնել ձեզ, եթե ձեր նոր տարածքում ծրագիր ունենք: Անպայման տեղեկացրեք Medicare-ն ու Medi-Cal-ը ձեր նոր հասցեի մասին: Տեսեք Գլուխ 2-ը Medicare-ի ու Medi-Cal-ի հեռախոսահամարները գտնելու համար:
- » **Եթե դուք տեղափոխվում եք մեր ծրագրի սպասարկման տարածքի ներսում, մենք միևնույն է պետք է իմանանք դրա մասին:** Մենք պետք է թարմ պահպանենք ձեր անդամակցության արձանագրությունը և իմանանք՝ ինչպես կապ հաստատել ձեզ հետ:
- **Օգնության համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին, եթե հարցեր կամ մտահոգություններ ունեք:**

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 9. Ինչ անել, եթե խնդիր կամ գանգատ ունեք (ապահովագրության որոշումներ, բողոքարկումներ, գանգատներ)

### Ինչի՞ մասին է այս գլուխը:

Այս գլուխը տեղեկություններ է պարունակում ձեր իրավունքների մասին: Կարդացեք այս գլուխը, որպեսզի իմանաք ինչ անել, եթե.

- Դուք ձեր ծրագրի հետ կապված խնդիր կամ գանգատ ունեք:
- Ձեզ ծառայություն, պարագա կամ դեղ է հարկավոր, որի համար ձեր ծրագիրը չի վճարում:
- Դուք համաձայն չեք ձեր խնամքի մասին ձեր ծրագրի կայացրած որոշման հետ:
- Դուք կարծում եք, որ ապահովագրված ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:
- Դուք խնդիր կամ գանգատ ունեք երկարատև ծառայությունների ու աջակցության վերաբերյալ, որը բաղկացած է Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագրից (MSSP), Չափահասների համայնքահեն ծառայություններից (CBAS), և Բուժքույրական հաստատությունների (NF) ծառայություններից:

**Եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, ապա ձեզ անհրաժեշտ է կարդալ այս գլխի միայն այն մասերը, որոնք համապատասխանում են ձեր իրավիճակին:** Այս գլուխը բաժանված է տարբեր մասերի, որպեսզի օգնի ձեզ հեշտությամբ գտնել այն, ինչը փնտրում եք:

### Եթե խնդիր ունեք ձեր առողջական կամ երկարատև ծառայությունների և աջակցության հետ

Որպես ձեր խնամքի ծրագրի մաս՝ դուք պետք է ստանաք առողջական խնամք, դեղեր և երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն, որոնք ձեր բժիշկն ու այլ մատակարարները համարում են անհրաժեշտ ձեր խնամքի համար: **Եթե խնդիր ունեք ձեր խնամքի հետ, ապա կարող եք օգնության համար գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:** Այս գլուխը բացատրում է այն տարբերակները, որոնք ունեք տարբեր խնդիրների և գանգատների դեպքում, սակայն դուք միշտ կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր ձեր խնդրի հետ կապված աջակցություն ստանալու համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Բովանդակություն

<b>Ինչի՞ մասին է այս գլուխը:</b> .....	<b>172</b>
<b>Եթե խնդիր ունեք ձեր առողջական կամ երկարատև ծառայությունների և աջակցության հետ</b> .....	<b>172</b>
<b>Մաս 1. Ներածություն</b> .....	<b>175</b>
Մաս 1.1. Ինչ անել, եթե խնդիր ունեք .....	175
Մաս 1.2. Իրավական տերմիններ .....	175
<b>Մաս 2. Ուր գանգահարել օգնության համար</b> .....	<b>175</b>
Մաս 2.1. Որտեղից ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն և օգնություն .....	175
<b>Մաս 3. Ձեր նպաստներին վերաբերող խնդիրներ</b> .....	<b>177</b>
Մաս 3.1. Արդյո՞ք դուք պետք է օգտագործեք ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների գործընթացը: Թե՞ ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել: .....	177
<b>Մաս 4. Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ</b> .....	<b>177</b>
Մաս 4.1. Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ընդհանուր նկարագիր ....	177
Մաս 4.2. Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված օգնության ստացում .	178
Մաս 4.3. Այս գլխի ո՞ր մասը կօգնի ձեզ: .....	179
<b>Մաս 5. Խնդիրներ ծառայությունների, պարագաների ու դեղերի (բացի Դ մասի դեղերից) վերաբերյալ</b> .....	<b>181</b>
Մաս 5.1. Օգտվեք այս հատվածից, եթե. ....	181
Մաս 5.2. Ապահովագրության որոշման խնդրանքը .....	182
Մաս 5.3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ծառայությունների, պարագաների և դեղերի վերաբերյալ (բացի Դ մասի դեղերից) .....	184
Մաս 5.4. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ծառայությունների, պարագաների և դեղերի վերաբերյալ (բացի Դ մասի դեղերից) .....	189
Մաս 5.5. Վճարումների հետ կապված խնդիրներ .....	195
<b>Մաս 6. Դ մասի դեղեր</b> .....	<b>197</b>
Մաս 6.1. Ինչ անել, եթե ունեք խնդիրներ Դ մասի դեղեր ստանալու հետ կամ ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք ձեզ Դ մասով դեղի համար արված վճարումը .....	197

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 173



Մաս 6.2. Ի՞նչ է բացառությունը: ..... 199

Մաս 6.3. Կարևոր բաներ, որ պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին ..... 200

Մաս 6.4. Ինչպես Դ մասի դեղի մասին ապահովագրության որոշում կամ Դ մասի դեղի համար փոխհատուցում խնդրել, ներառյալ բացառությունը:..... 201

Մաս 6.5. 1-ին մակարդակի բողոքարկում Դ մասի դեղերի համար ..... 204

Մաս 6.6. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում Դ մասի դեղերի համար ..... 207

**Մաս 7. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու խնդրանք ..... 208**

Մաս 7.1. Ձեր Medicare իրավունքների ճանաչում ..... 209

Մաս 7.2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար ..... 210

Մաս 7.3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար ..... 212

Մաս 7.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե բաց թողնեմ բողոքարկման վերջնաժամկետը: ..... 214

**Մաս 8. Ինչ անել, եթե ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մատուցվող խնամքը կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում ... 216**

Մաս 8.1. Մենք ձեզ նախապես կտեղեկացնենք, թե երբ է ավարտվում ձեր ապահովագրությունը ..... 216

Մաս 8.2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում խնամքը շարունակելու համար ..... 217

Մաս 8.3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում խնամքը շարունակելու համար ..... 220

Մաս 8.4. Ի՞նչ անել, եթե բաց էք թողել 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերջնաժամկետը:..... 221

**Մաս 9. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից վեր տեղափոխելը ..... 223**

Մաս 9.1. Medicare ծառայությունների և պարագաների համար արվող հաջորդ քայլերը ..... 223

Մաս 9.2. Medi-Cal ծառայությունների և պարագաների համար արվող հաջորդ քայլերը ..... 224

**Մաս 10. Ինչպես գանգատ ներկայացնել ..... 225**

Մաս 10.1. Ներքին գանգատներ ..... 226

Մաս 10.2. Արտաքին գանգատներ ..... 228



## Մաս 1. Ներածություն

### Մաս 1.1. Ինչ անել, եթե խնդիր ունեք

Այս գլուխը տեղեկացնում է ձեզ՝ ինչ անել, եթե ձեր ծրագրի, կամ ծառայության, կամ վճարման հետ կապված խնդիր ունեք: Medicare-ն ու Medi-Cal-ը հաստատել են այս գործընթացները: Յուրաքանչյուր գործընթաց ունի որոշակի կանոններ, ընթացակարգեր և վերջնաժամկետներ, որոնք պետք է պահպանվեն և ձեր, և մեր կողմից:

### Մաս 1.2. Իրավական տերմիններ

Այս գլխում ներկայացված որոշ կանոններում և վերջնաժամկետներում առկա են դժվարին իրավական տերմիններ: Այս տերմիններից շատերը կարող են դժվար հասկանալի լինել. այդ պատճառով մենք որոշ իրավական տերմինների փոխարեն օգտագործում ենք ավելի պարզ բառեր: Մենք օգտագործում ենք հնարավորինս քիչ հապավումներ:

Օրինակ, մենք օգտագործում ենք.

- «Գանգատ ներկայացնել», և ոչ թե «բողոք հարուցել»
- «Ապահովագրության որոշում», և ոչ թե «կազմակերպության վճիռ», «նպաստի վճիռ» կամ «ապահովագրության վճիռ»
- «Արագ ապահովագրության որոշում», և ոչ թե «արագացված վճիռ»

Ճիշտ իրավական տերմինների իմացությունը կարող է օգնել ձեզ ավելի պարզ հաղորդակցվել, և այդ պատճառով մենք դրանք նույնպես կներկայացնենք:

## Մաս 2. Ուր գանգահարել օգնության համար

### Մաս 2.1. Որտեղից ստանալ լրացուցիչ տեղեկություն և օգնություն

Երբեմն խնդրի լուծման գործընթացի մեկնարկը կամ դրան հետևելը շատ դժվար է լինում: Սա հատկապես ճշմարտացի է այն դեպքում, երբ դուք վատ եք զգում կամ ունեք սահմանափակ եռանդ: Այլ դեպքերում, հնարավոր է, հաջորդ քայլին անցնելու համար դուք պարզապես չունենաք բավարար գիտելիքներ:

#### Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Cal MediConnect Ombuds ծրագրից

Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր, դուք միշտ կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կարող է պատասխանել ձեր հարցերին ու օգնել ձեզ հասկանալ ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը որևէ կերպ կապված չէ մեր և կամ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: Նրանք կարող են օգնել ձեզ հասկանալ, թե որ գործընթացից պետք է օգտվեք: Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է 1-855-501-3077 (TTY՝ 1-855-847-7914): Այս ծառայություններն անվճար են:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### **Դուք կարող եք օգնություն ստանալ Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագրից**

Դուք կարող եք նաև գանգահարել Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP): HICAP խորհրդատուները կարող են պատասխանել ձեր հարցերին ու օգնել ձեզ հասկանալ ինչպես լուծել ձեր խնդիրը: HICAP-ը որևէ կերպ կապված չէ մեր կամ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ: HICAP-ն ունի վերապատրաստված խորհրդատուներ ամեն վարչաշրջանում, և այդ ծառայություններն անվճար են: HICAP-ի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222:

### **Օգնության ստացում Medicare-ից**

Խնդիրների հետ կապված օգնության համար կարող եք գանգահարել Medicare: Ահա Medicare-ից օգնություն ստանալու երկու տարբերակ՝

- Զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY՝ 1-877-486-2048: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Medicare-ի կայքը (<http://www.medicare.gov>):

### **Կարող եք օգնություն ստանալ Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքից**

*Հետևյալ պարբերությունը պարտադիր բացահայտում է՝ համաձայն Կալիֆորնիայի Առողջության և ապահովության կողմից մաս 1368.02(b)-ի: Այս պարբերությունում «բողոք» տերմինը նշանակում է բողոքարկում կամ գանգատ Medi-Cal ծառայությունների վերաբերյալ:*

Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքը պատասխանատու է առողջական խնամքի ծառայության ծրագրերը կարգավորելու համար: Եթե ձեր առողջապահական ծրագրի դեմ բողոք ունեք, ապա նախ գանգահարեք ձեր առողջապահական ծրագիր՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Օգտագործեք ձեր առողջապահական ծրագրի բողոք ներկայացնելու գործընթացը՝ նախքան բաժանմունք դիմելը: Բողոքի այս գործընթացից օգտվելը չի խոչընդոտում, որ դուք օգտվեք նաև հնարավոր որևէ այլ իրավական իրավունքներից կամ միջոցներից: Եթե բողոք ներկայացնելու օգնության կարիք ունեք, որը կապված է արտակարգ իրավիճակի հետ, բողոք, որը բավարար կերպով չի լուծվել ձեր առողջապահական ծրագրի կողմից, կամ բողոք, որը չի լուծվել ավելի քան 30 օրվա ընթացքում, կարող եք գանգահարել բաժանմունք օգնության համար: Դուք կարող եք նաև իրավասու լինել Անկախ բժշկական վերանայման (անգլերեն հապավումը՝ IMR) համար: Եթե իրավասու եք IMR համար, IMR գործընթացը կապահովի անկողմնակալ վերանայում այն բժշկական որոշումների, որոնք ընդունվել են առողջապահական ծրագրի կողմից՝ կապված առաջարկված ծառայության կամ բուժման բժշկական անհրաժեշտության հետ, ապահովագրության որոշումների այն բուժումների վերաբերյալ, որոնք փորձնական են կամ հետազոտական բնույթի, ինչպես նաև վճարման հետ կապված վեճերի հրատապ կամ անհապաղ բժշկական ծառայությունների համար: Բաժանմունքն ունի նաև անվճար հեռախոսահամար (1-888-HMO-2219) և TDD գիծ (1-877-688-9891) լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողների համար: Բաժանմունքի <http://www.hmohelp.ca.gov> ինտերնետային կայքում կան գանգատի ձևաթղթեր, IMR դիմումի ձևաթղթեր և առցանց հրահանգներ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





### Մաս 3. Ձեր նպաստներին վերաբերող խնդիրներ

#### Մաս 3.1. Արդյո՞ք դուք պետք է օգտագործեք ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների գործընթացը: Թե՞ ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել:

Եթե խնդիր կամ մտահոգություն ունեք, ապա ձեզ անհրաժեշտ է կարդալ այս գլխի միայն այն մասերը, որոնք համապատասխանում են ձեր իրավիճակին: Մտորել բերվող աղյուսակի օգնությամբ դուք կգտնեք այս գլխի ճիշտ հատվածը խնդիրների կամ գանգատների վերաբերյալ:

<p><b>Արդյո՞ք ձեր խնդիրը կամ մտահոգությունը վերաբերվում է ձեր նպաստներին կամ ապահովագրությանը:</b></p> <p>(Այստեղ ներառված են խնդիրներ, որոնք վերաբերվում են որոշակի բժշկական խնամքի, երկարատև ծառայությունների և աջակցության կամ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրված լինել կամ չլինելուն, ինչպես նաև դրանց ապահովագրման ձևին, և բժշկական խնամքին կամ դեղատոմսային դեղերին վերաբերող վճարներին առնչվող խնդիրներին):</p>	
<p><b>Այո:</b></p> <p>Իմ խնդիրը վերաբերվում է նպաստներին կամ ապահովագրությանը:</p> <p>Անցեք Մաս 4-ին, «Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ» 177 էջում:</p>	<p><b>Ոչ:</b></p> <p>Իմ խնդիրը չի վերաբերվում նպաստներին կամ ապահովագրությանը:</p> <p>Անցեք Մաս 10-ին, «Ինչպես գանգատ ներկայացնել» 225 էջում:</p>

### Մաս 4. Ապահովագրության որոշումներ և բողոքարկումներ

#### Մաս 4.1. Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների ընդհանուր նկարագիր

Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների խնդրանքների գործընթացն առնչվում է նպաստներին և ապահովագրությանը վերաբերող խնդիրներին: Այն ներառում է նաև վճարմանը վերաբերող խնդիրները: Դուք պատասխանատու չեք Medicare-ի արժեքների համար, բացի Դ մասի համավճարներից:

#### Ի՞նչ է ապահովագրության որոշումը:

Ապահովագրության որոշումը նախնական որոշում է, որը մենք ընդունում ենք ձեր նպաստների ու ապահովագրության մասին կամ ձեր բժշկական ծառայությունների, պարագաների կամ դեղերի համար մեր կողմից վճարվող գումարի մասին: Մենք կայացնում ենք ապահովագրության որոշում, երբ որոշում ենք, թե ինչը կապահովագրվի ձեր համար և որքան ենք մենք վճարում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը վստահ չեք, եթե ծառայությունը, պարագան կամ դեղն ապահովագրված են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից, ապա կարող եք ապահովագրության որոշում խնդրել նախքան ծառայությունը, պարագան կամ դեղը բժշկից ստանալը:

### Ի՞նչ է բողոքարկումը:

*Բողոքարկումը* պաշտոնական միջոց է, որով մեզ խնդրում եք վերանայել կամ փոխել մեր որոշումը, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Օրինակ, մենք կարող ենք որոշել, որ ձեզ ուզած ծառայությունը, պարագան կամ դեղը չի ապահովագրվում կամ այն այլևս չի ապահովագրվում Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից: Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը համաձայն չեք մեր որոշման հետ, դուք կարող եք բողոքարկել:

## Մաս 4.2. Ապահովագրության որոշումների և բողոքարկումների հետ կապված օգնության ստացում

***Ու՞մ կարող եմ զանգահարել ապահովագրության որոշումներ խնդրելու կամ բողոքարկում ներկայացնելու հետ կապված օգնության համար:***

Կարող եք օգնություն խնդրել այս մարդկանցից.

- Զանգահարեք **Անդամների ծառայությունների** բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:
- Զանգահարեք **Cal MediConnect Ombuds ծրագիր** անվճար օգնության համար: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը կարող է օգնել Cal MediConnect անդամների ծառայության կամ հաշվի խնդիրների հետ կապված հարցերում: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:
- Զանգահարեք **Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (անգլերեն հապավումը՝ HICAP)** անվճար օգնության համար: HICAP-ն անկախ կազմակերպություն է: Այն կապված չէ այս ծրագրի հետ: Հեռախոսահամարն է՝ 1-800-434-0222:
- Զանգահարեք **Կալիֆոռնիայի Ղեկավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք (DMHC)** անվճար օգնության համար: DMHC-ն պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերի կարգավարման համար: DMHC-ն օգնում է Cal MediConnect անդամներին Medi-Cal ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների հարցում: Հեռախոսահամարն է՝ 1-888-466-2219: Խուլ, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցողները կարող են օգտվել անվճար TDD համարից՝ 1-877-688-9891:
- Զրուցեք ձեր **բժշկի կամ այլ մատակարարի հետ**: Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը կարող են ձեր անունից ապահովագրության որոշում խնդրել կամ բողոքարկում ներկայացնել:
- Զրուցեք **ընկերոջ կամ ընտանիքի անդամի** հետ ու խնդրեք նրան ձեր անունից գործել: Դուք կարող եք նշանակել մեկ այլ մարդ, ով ձեր անունից հանդես կգա որպես ձեր «ներկայացուցիչ» ապահովագրության որոշում խնդրելու կամ բողոքարկում ներկայացնելու համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- » Եթե ցանկանում եք, որ ձեր ընկերը, բարեկամը կամ որևէ այլ անձ լինի ձեր ներկայացուցիչը, ապա գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին և խնդրեք «Ներկայացուցիչ նշանակելու» ձևը: Ձևաթուղթը կարող եք գտնել նաև Medicare-ի կայքում՝ <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> կամ մեր կայքում՝ [https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals\\_and\\_grievances.action](https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action): Ձևաթուղթը թույլ է տալիս անձին հանդես գալ ձեր անունից: Դուք մեզ պետք է տրամադրեք ձևաթղթի ստորագրված պատճենը:
- **Ձեր անունից հանդես գալու համար դուք իրավունք ունեք նաև փաստաբան վարձել:** Կարող եք դիմել ձեր փաստաբանին կամ գտնել փաստաբան տեղային իրավաբանական ասոցիացիայից կամ այլ տեղեկատու ծառայությունից: Որոշ իրավական խմբեր կարող են ձեզ տրամադրել անվճար իրավաբանական ծառայություններ, եթե դուք որակավորվում եք: Եթե ցանկանում եք, որ ձեզ փաստաբան ներկայացնի, ապա պետք է լրացնեք Ներկայացուցիչ նշանակելու ձևը:

Այնուամենայնիվ, ապահովագրության որոշում խնդրելու կամ որոշումը բողոքարկելու համար **ձեզանից չի պահանջվում փաստաբան վարձել:**

### Մաս 4.3. Այս գլխի ո՞ր մասը կօգնի ձեզ:

Գոյություն ունեն իրավիճակների չորս տարբեր տեսակներ, որոնք ընդգրկում են ապահովագրության որոշումները և բողոքարկումները:

Յուրաքանչյուր իրավիճակ ունի տարբեր կանոններ և վերջնաժամկետներ: Մենք առանձնացրել ենք այս գլուխը տարբեր մասերի, որպեսզի օգնենք ձեզ գտնել այն կանոնները, որոնք պետք է հետևեք: Պետք է կարդաք միայն ձեր խնդրին վերաբերվող հատվածը:

- **Մաս 5-ը 181 էջում** ձեզ տեղեկություններ է տալիս, եթե խնդիրներ ունեք ծառայությունների, պարագաների ու դեղերի (բացի Դ մասի դեղերից) վերաբերյալ: Օրինակ, օգտվեք այս հատվածից, եթե.
  - Ձեզ չի տրամադրվում բժշկական խնամք, որը ցանկանում եք ստանալ, և կարծում եք, որ մեր ծրագիրն ապահովագրում է այդ խնամքը:
  - Մենք չենք հաստատում ծառայությունները, պարագաները կամ դեղերը, որոնք ձեր բժիշկը ցանկանում է նշանակել ձեզ, և դուք կարծում եք, որ այդ խնամքը պետք է ապահովագրվի:
    - **ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Օգտվեք Մաս 5-ից, եթե այդ դեղերը Դ մասով ապահովագրված դեղեր **չեն:** *Ապահովագրված դեղերի ցուցակի* դեղերը, որոնք ունեն «NT», ապահովագրված չեն Դ մասով: Տեսեք Մաս 6-ը 197 էջում Դ մասի դեղերի բողոքարկման համար:
  - Դուք ստացել եք բժշկական խնամք կամ ծառայություններ, որը, ձեր կարծիքով, պետք է ապահովագրվի, սակայն մենք չենք վճարում այդ խնամքի համար:
  - Դուք ստացել և վճարել եք բժշկական ծառայությունների կամ պարագաների համար, որոնք ձեր կարծիքով ապահովագրված էին, և ցանկանում եք մեզանից փոխհատուցում ստանալ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Ձեզ տեղեկացրել են, որ ձեր խնամքի ապահովագրությունը նվազեցվում կամ դադարեցվում է, իսկ դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:
  - **ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե դադարեցվող ապահովագրությունը հիվանդանոցային, տնային առողջապահական խնամքի, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) կողմից տրամադրվող ծառայությունների համար է, ապա ձեզանից կպահանջվի կարողալ այս գլխի առանձնացված մասը, քանի որ այս տեսակի խնամքի համար գործում են հատուկ կանոններ: Տեսեք Մասեր 7-ն ու 8-ը 208 և 216 էջերում:
- **Մաս 6-ը 197 էջում** ձեզ տեղեկություններ է տալիս Դ մասի դեղերի մասին: Օրինակ, օգտվեք այս հատվածից, եթե.
  - Ցանկանում եք խնդրել մեզ բացատրություն անել ու ապահովագրել Դ մասի դեղ, որը մեր *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* (Դեղերի ցուցակում) չէ:
  - Ցանկանում եք խնդրել մեզ հանել դեղի քանակի սահմանափակումը:
  - Ցանկանում եք խնդրել մեզ ապահովագրել նախապես հավանություն պահանջող դեղ:
  - Մենք չենք հաստատել ձեր խնդրանքը կամ բացատրությունը, իսկ դուք կամ ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրող անձը կարծում ենք, որ մենք պետք է հաստատեինք դա:
  - Ցանկանում եք խնդրել մեզ վճարել ձեր կողմից արդեն գնված դեղատոմսային դեղի համար: (Մա հանդիսանում է վճարման վերաբերյալ ապահովագրության որոշման խնդրանք):
- **Մաս 7-ը 208 էջում** տեղեկություններ է տալիս, թե ինչպես խնդրել մեզ ապահովագրել ավելի երկար ստացիոնար հիվանդանոցային բուժումը, եթե կարծում եք, որ բժիշկը ձեզ ժամանակից շուտ է դուրս գրում: Օգտվեք այս հատվածից, եթե.
  - Դուք հիվանդանոցում եք և կարծում եք, որ բժիշկը ձեզ ժամանակից շուտ է դուրս գրում:
- **Մաս 8-ը 216 էջում** տեղեկություններ է տալիս այն դեպքերի համար, երբ կարծում եք, որ ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մատուցվող խնամքը կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում:

**Եթե համոզված չեք, թե որ մասից է պետք օգտվել, գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:**

**Եթե օգնության կամ տեղեկությունների կարիք ունեք, գանգահարեք Cal MediConnect Ombuds ծրագիր՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:**

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Մաս 5. Խնդիրներ ծառայությունների, պարագաների ու դեղերի (բացի Դ մասի դեղերից) վերաբերյալ

### Մաս 5.1. Օգտվեք այս հատվածից, եթե.

Այս հատվածն այն մասին է, թե ինչ անել, եթե խնդիրներ ունեք ձեր բժշկական, վարքագծային առողջության կամ երկարատև ծառայությունների ու աջակցության (LTSS) նպաստների հետ: Կարող եք նաև օգտվել այս հատվածից, եթե խնդիրներ ունեք Դ մասով չապահովագրված դեղերի հետ: Ապահովագրված դեղերի ցուցակի դեղերը, որոնք ունեն «NT», ապահովագրված չեն Դ մասով: Տեսեք Մաս 6-ը Դ մասի դեղերի բողոքարկման համար:

Այս մասում նկարագրվում է, թե ինչ կարող եք անել, եթե հայտնվել եք հետևյալ իրավիճակներից որևէ մեկում.

- 1. Դուք կարծում եք, որ մենք ապահովագրում ենք ձեզ անհրաժեշտ բժշկական, վարքագծային առողջության կամ երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը (LTSS), սակայն դուք այն չեք ստանում:**

**Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք մեզ խնդրել ձեզ համար ապահովագրության որոշում կայացնել: Տեսեք Մաս 5.2-ը 182 էջում ապահովագրության որոշում խնդրելու մասին մանրամասների համար:

- 2. Մենք չենք հաստատում այն խնամքը, որը ձեր բժիշկը ցանկանում է տրամադրել, և դուք կարծում եք, որ այն պետք է հաստատվի:**

**Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք բողոքարկել ձրագրի՝ խնամքը չհաստատելու որոշումը: Տեսեք Մաս 5.3-ը 184 էջում բողոքարկում ներկայացնելու մասին մանրամասների համար:

- 3. Դուք ստացել եք ծառայություններ կամ պարագաներ, որոնք, ձեր կարծիքով, մենք ապահովագրվում ենք, սակայն մենք չենք վճարում դրանց համար:**

**Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք բողոքարկել ձրագրի՝ չվճարելու որոշումը: Տեսեք Մաս 5.3-ը 184 էջում բողոքարկում ներկայացնելու մասին մանրամասների համար:

- 4. Դուք ստացել և վճարել եք ծառայությունների կամ պարագաների համար, որոնք, ձեր կարծիքով, ապահովագրված էին, և ցանկանում եք մեզանից փոխհատուցում ստանալ ծառայությունների կամ պարագաների համար:**

**Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք մեզ խնդրել ձեզ հետ վճարել: Տեսեք Մաս 5.5-ը 195 էջում ձրագրից փոխհատուցում խնդրելու մասին մանրամասների համար:

- 5. Մենք նվազեցրել կամ դադարեցրել ենք որոշ ծառայության ձեր ապահովագրությունը, իսկ դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ:**

**Ինչ կարող եք անել.** Դուք կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը նվազեցնել կամ դադարեցնել ծառայությունը: Տեսեք Մաս 5.3-ը 184 էջում բողոքարկում ներկայացնելու մասին տեղեկությունների համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**ՄԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե դադարեցվող ապահովագրությունը հիվանդանոցային խնամքի, տնային առողջապահական խնամքի, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) կողմից տրամադրվող ծառայությունների համար է, ապա կիրառվում են հատուկ կանոններ: Մանրամասների համար կարդացեք Մաս 7-ն ու 8-ը 208 և 216 էջերում:

**Մաս 5.2. Ապահովագրության որոշման խնդրանքը**

**Ինչպես ապահովագրության որոշում խնդրել բժշկական, վարքագծային առողջության կամ որոշակի երկարատև ծառայությունների ու աջակցության (MSSP, CBAS կամ NF ծառայություններ) համար**

Ապահովագրության որոշում խնդրելու համար զանգահարեք, գրեք կամ մեզ ֆաքս ուղարկեք, կամ խնդրեք, որ ձեր ներկայացուցիչը կամ բժիշկը մեզանից որոշում խնդրեն:

- Դուք կարող եք զանգահարել մեզ՝ 1-855-464-357 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:
- Կարող եք ֆաքս ուղարկել մեզ՝ 1-800-281-2999  
 Կարող եք գրել մեզ՝  
 Health Net Community Solutions, Inc.  
 P.O. Box 10422  
 Van Nuys, CA 91410-0422

**Ինչքան ժամանակ է տևում ապահովագրության որոշում ստանալը:**

Ձեր խնդրանքից հետո՝ սովորաբար 14 օրացուցային օր: Եթե մենք ձեզ որոշում չտանք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում, դուք կարող եք բողոքարկել:

- ➔ Երբեմն մեզ ավելի շատ ժամանակ է պահանջվում, և մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ մեզ մինչև 14 լրացուցիչ օրացուցային օր է հարկավոր: Նամակը կբացատրի ինչու է լրացուցիչ ժամանակ պահանջվում:

**Կարո՞ղ եմ ավելի արագ ստանալ ապահովագրության որոշումը:**

Այո: Եթե ձեր առողջության պատճառով ձեզ ավելի արագ պատասխան է հարկավոր, խնդրեք մեզ «արագ ապահովագրության որոշում» կայացնել: Եթե մենք հաստատենք ձեր հայցը, ապա մենք կտեղեկացնենք ձեզ մեր որոշման մասին **72 ժամվա ընթացքում:**

Սակայն, երբեմն մեզ ավելի շատ ժամանակ է պահանջվում, և մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ մեզ մինչև 14 լրացուցիչ օրացուցային օր է հարկավոր: Նամակը կբացատրի ինչու է լրացուցիչ ժամանակ պահանջվում:

«Արագ ապահովագրության որոշման» իրավական տերմինն է «արագացված վճիռ»:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:  
**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Արագ ապահովագրության որոշման խնդրանքը.**

- Եթե դուք արագ ապահովագրության որոշում եք խնդրում, ապա զանգահարեք կամ ֆաքս ուղարկեք մեր ծրագրին՝ խնդրելով ապահովագրել ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:
- Կարող եք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Կամ ուղարկեք մեզ ֆաքս՝ 1-800-281-2999: Մեզ հետ կապ հաստատելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Ձեր բժիշկը կամ ներկայացուցիչը նույնպես կարող են զանգահարել մեզ:

**Ահա արագ ապահովագրության որոշում խնդրելու կանոնները.**

Դուք պետք է համապատասխանեք այս երկու պահանջներին, որպեսզի կարողանաք արագ ապահովագրության որոշում ստանալ.

1. Դուք կարող եք ստանալ արագ ապահովագրության որոշում *միայն* այն դեպքում, երբ պահանջեք ապահովագրություն այնպիսի խնամքի կամ պարագայի համար, որը *դեռ չեք ստացել*: (Դուք չեք կարող ստանալ արագ ապահովագրության որոշում, եթե ձեր պահանջը վերաբերվում է արդեն ստացված խնամքի կամ առկա պարագայի համար վճարմանը):
2. Դուք կարող եք ստանալ արագ ապահովագրության որոշում, *միայն* եթե ստանդարտ 14 օրացուցային օրվա վերջնաժամկետը կարող է *լրջորեն զննել ձեր առողջությունը կամ ձեր գործունակությունը*:
  - ➔ Եթե ձեր բժիշկն ասում է, որ ձեզ արագ ապահովագրության որոշում է հարկավոր, ապա մենք ավտոմատ կերպով կանենք դա:
  - ➔ Եթե դուք ինքներդ, առանց ձեր բժշկի օգնության, պահանջեք արագ ապահովագրության որոշում, ապա մենք կորոշենք, արդյոք ձեզ պահանջվում է արագ ապահովագրության որոշում, թե ոչ:
    - Եթե մենք որոշենք, որ ձեր առողջությունը չի համապատասխանում արագ ապահովագրության որոշման պահանջին, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Դրա փոխարեն մենք կօգտագործենք մեր ստանդարտ 14 օրացուցային օրվա ժամկետը:
    - Այս նամակը ձեզ կտեղեկացնի, որ եթե ձեր բժիշկը խնդրի արագ ապահովագրության որոշում, ապա մենք ավտոմատ կերպով կտրամադրենք այն:
    - Նամակը ձեզ նաև կտեղեկացնի, թե ինչպես կարող եք ներկայացնել «արագ զանգատ»՝ մեր կողմից ձեզ ապահովագրության արագ որոշման փոխարեն ստանդարտ ապահովագրության որոշում տրամադրելու դեմ: Արագ զանգատ ներկայացնելու վերաբերյալ առավել մանրամասն տեղեկատվություն ստանալու համար, տեսեք այս գլխի Մաս 10-ը, 225 էջում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Եթե ապահովագրության որոշումն Այո է, ե՞րբ եմ ստանալու ծառայությունը կամ պարագան:**

Ձեր խնդրանքից հետո դուք կհաստատվեք (նախնական հավանություն) ստանալու ծառայությունը կամ պարագան 14 օրացուցային օրվա ընթացքում (ստանդարտ ապահովագրության որոշման համար) կամ 72 ժամվա ընթացքում (արագ ապահովագրության որոշման համար): Եթե ապահովագրության որոշումը կայացնելու համար անհրաժեշտ ժամանակը երկարաձգվի մեր կողմից, ապա մենք ապահովագրություն կհաստատենք երկարաձգված ժամկետի ավարտին:

**Եթե ապահովագրության որոշումը Ոչ է, ինչպե՞ս եմ իմանալու դրա մասին:**

Եթե պատասխանը Ոչ է, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ բացատրելով Ոչ ասելու մեր պատճառները:

- Եթե մենք Ոչ ասենք ձեզ, դուք իրավունք ունեք բողոքարկում ներկայացնելու միջոցով խնդրել մեզ փոխել այդ որոշումը: Բողոքարկում ներկայացնել նշանակում է խնդրել մեզ վերանայել ապահովագրությունը մերժելու մեր որոշումը:
- Եթե որոշեք բողոքարկում ներկայացնել, ապա դա կնշանակի, որ դուք անցնում եք բողոքարկումների գործընթացի 1-ին մակարդակ (կարդացեք հաջորդ հատվածը մանրամասների համար):

**Մաս 5.3. 1-ին մակարդակի բողոքարկում ծառայությունների, պարագաների և դեղերի վերաբերյալ (բացի Դ մասի դեղերից)**

**Ի՞նչ է բողոքարկումը:**

*Բողոքարկումը* պաշտոնական միջոց է, որով դուք մեզ խնդրում եք վերանայել կամ փոխել մեր որոշումը, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Եթե դուք կամ ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարար համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա կարող եք բողոքարկել:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԴԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 184





Շատ դեպքերում դուք պետք է սկսեք բողոքարկման 1-ին մակարդակից: Եթե չեք ցանկանում սկզբից ծրագրին բողոքարկել Medi-Cal ծառայության համար, ապա որոշ դեպքերում կարող եք պահանջել Անկախ բժշկական վերանայում: Մանրամասների համար տեսեք էջ 190-ը:

*Եթե այս բողոքարկումների գործընթացի ընթացքում ձեզ օգնություն է հարկավոր, կարող եք զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը որևէ կերպ կապված չէ մեր և կամ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:*

*Ի՞նչ է 1-ին մակարդակի բողոքարկումը:*

1-ին մակարդակի բողոքարկումը մեր ծրագրին ներկայացվող առաջին բողոքարկումն է: Մենք կվերանայենք մեր ապահովագրության որոշումը՝ պարզելու արդյոք այն ճիշտ է, թե ոչ: Վերանայողը կլինի որևէ մեկը, ով չի մասնակցել առաջին որոշմանը: Երբ մենք ավարտենք վերանայումը, մենք ձեզ գրավոր կուղարկենք մեր որոշումը:

Եթե վերանայումից հետո մենք տեղեկացնում ենք, որ ծառայությունը կամ պարագան չի ապահովագրվում, ապա ձեր գործը կարող է անցնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկման:

### Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոքարկում

Դուք, ձեր բժիշկը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք գրի առնել ձեր հայց և ուղարկել մեզ փոստով կամ ֆաքսով: *Կարող ենք նաև բողոքարկում խնդրել հեռախոսով:*

- Խնդրեք այն՝ բողոքարկվող որոշումը ստանալուց հետո **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**: Եթե հարգելի պատճառով բաց եք թողնում այդ վերջնաժամկետը, ապա դեռ կարող եք բողոքարկել (տեսեք 186 էջը):
- Եթե բողոքարկում եք, քանի որ մենք տեղեկացրել ենք, որ ձեր ընթացիկ ծառայությունը փոխվելու է կամ դադարեցվելու է, **դուք բողոքարկելու ավելի քիչ օր ունեք**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը բողոքարկման գործընթացի ընթացքում (տեսեք 187 էջը):
- ➔ Շարունակեք կարգալ այս մասը բողոքարկման վերջնաժամկետների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

### Ինչպե՞ս ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոքարկում:

- Բողոքարկում նախաձեռնելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար պետք է դիմեք մեզ: Կարող եք զանգահարել 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Մեզ հետ կապ հաստատելու մասին մանրամասների համար տեսեք Գլուխ 2-ը:
- Դուք կարող եք խնդրել «ստանդարտ բողոքարկում» կամ «արագ բողոքարկում»:
- Եթե խնդրում եք ստանդարտ բողոքարկում կամ արագ բողոքարկում, ապա այն գրավոր ներկայացրեք կամ զանգահարեք մեզ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Կարող եք գրավոր հայց ներկայացնել հետևյալ հասցեով՝

Health Net Community Solutions, Inc.  
 P.O. Box 10422  
 Van Nuys, CA 91410-0422

- Կարող եք ձեր հայցը ներկայացնել առցանց՝ [https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health\\_plan/content/file\\_ag\\_duals.action](https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action)
- Կարող եք նաև բողոքարկում խնդրել՝ զանգահարելով մեզ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:
- Ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո՝ 5 օրացուցային օրվա ընթացքում, մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ այն ստացված է:

**«Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «արագացված վերանայում»:**

**Կարո՞ղ եք որևէ մեկը բողոքարկել իմ փոխարեն:**

**Այո:** Ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարար կարող են բողոքարկել ձեր անունից: Ինչպես նաև, ձեր բժշկից կամ այլ մատակարարից բացի մեկ այլ անձ նույնպես կարող է ձեր անունից բողոքարկել, սակայն սկզբից դուք պետք է լրացնեք Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը: Ձևաթուղթ թույլ է տալիս մեկ այլ անձի հանդես գալ ձեր անունից:

Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայություններ բաժին կամ այցելեք Medicare կայքը՝ <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> or our website at [https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals\\_and\\_grievances.action](https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action) հղումով:

- ➔ Եթե բողոքարկումն ուղարկում է ձեզանից, ձեր բժշկից կամ այլ մատակարարից բացի որևէ մեկը, ապա մենք պետք է ստանանք լրացված Ներկայացուցչի նշանակման ձևաթուղթը՝ նախքան կկարողանանք դիտարկել ձեր բողոքարկումը:

**Որքա՞ն ժամանակ ունեմ բողոքարկում ներկայացնելու համար:**

Դուք պետք է բողոքարկում ներկայացնեք մեր որոշման նամակի վրա նշված ամսաթվից հետո **60 օրացուցային** օրվա ընթացքում:

Եթե բաց թողնեք այս վերջնաժամկետը և դրա համար հարգելի պատճառ ունենաք, ապա մենք, հնարավոր է, ձեզ տրամադրենք հավելյալ ժամանակ բողոքարկում ներկայացնելու համար: Հարգելի պատճառ կարող է համարվել լուրջ հիվանդությունը, կամ եթե մենք ձեզ տրամադրել ենք բողոքարկում խնդրելու վերջնաժամկետի մասին սխալ տեղեկություն:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



➔ **ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե բողոքարկում եք, քանի որ մենք տեղեկացրել ենք ձեզ, որ ձեր ընթացիկ ծառայությունը փոխվելու է կամ դադարեցվելու է, **դուք բողոքարկելու ավելի քիչ օր ունեք**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը բողոքարկման ընթացքում: Մանրամասների համար կարդացեք «Կշարունակվեն արդյոք ք իմ նպաստները 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում» 189 էջում:

**Կարո՞ղ եմ ստանալ իմ գործի ֆայլի պատճենը:**

**Այո:** Խնդրեք մեզանից պատճենը՝ զանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Կարո՞ղ ե իմ բժիշկը ձեզ լրացուցիչ տեղեկություններ տրամադրել իմ բողոքարկման վերաբերյալ:**

Այո, դուք և ձեր բժիշկը կարող եք մեզ տրամադրել հավելյալ տեղեկություններ ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու համար:

**Ինչպե՞ս ենք մենք որոշում կայացնում բողոքարկման վերաբերյալ:**

Մենք ուշադիր ուսումնասիրում ենք բժշկական խնամքի ապահովագրության ձեր հայցի վերաբերյալ բոլոր տեղեկությունները: Այնուհետև, մենք ստուգում ենք արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ձեր խնդրանքին **Ոչ** ենք ասել: Վերանայողը կլինի որևէ մեկը, ով չի մասնակցել առաջին որոշմանը:

Եթե մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ են հարկավոր, մենք կտեղեկացնենք այդ մասին ձեզ կամ ձեր բժշկին:

**Ե՞րբ եմ ես իմանալու «ստանդարտ» բողոքարկման որոշման մասին:**

Մենք պետք է պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Մենք ձեզ կտանք մեր պատասխանն ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը պահանջում է դա:

- Այնուամենայնիվ, եթե դուք պահանջեք ավելի երկար ժամանակ, կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինի ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ, ապա մենք կարող ենք ժամկետը երկարաձգել ևս 14 օրացուցային օրով: Եթե մենք գտնենք, որ որոշում կայացնելու համար մեզ անհրաժեշտ են հավելյալ օրեր, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք, որը բացատրում է՝ ինչու է մեզ լրացուցիչ ժամանակ հարկավոր:
- Եթե դուք կարծում եք, որ մեզ հավելյալ օրեր անհրաժեշտ չեն, ապա կարող եք ներկայացնել «արագ գանգատ» մեր՝ հավելյալ օրեր պահանջելու որոշման դեմ: Եթե դուք ներկայացնեք արագ գանգատ, ապա մենք ձեր գանգատին կպատասխանենք 24 ժամվա ընթացքում: Գանգատ ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, ներառյալ՝ արագ գանգատներ, տեսեք այս գլխի Մաս 10-ը 225 էջում:



- Եթե մենք չպատասխանենք ձեր բողոքարկմանը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ լրացուցիչ օրերի ավարտի ընթացքում (եթե մենք վերցրել ենք դրանք), ապա մենք պետք է ձեր գործն ավտոմատ կերպով ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը: Ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, դուք պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք: 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Մաս 5.4-ը 189 էջում:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պարտավոր ենք մեր կողմից ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում հաստատել կամ տրամադրել ապահովագրությունը:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, ապա նամակը կտեղեկացնի ձեզ, որ մենք ուղարկել ենք ձեր գործն Անկախ վերանայման մարմնին 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, ապա նամակը կտեղեկացնի ձեզ, որ դուք ինքներդ պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք: 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Մաս 5.4-ը 189 էջում:

### Ե՞րբ կիմանամ «արագ» բողոքարկման որոշման մասին:

Եթե դուք արագ բողոքարկում խնդրեք, մենք պետք է պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Մենք կտանք մեր պատասխանն ավելի շուտ, եթե ձեր առողջությունը պահանջում է դա:

- Այնուամենայնիվ, եթե դուք պահանջեք ավելի երկար ժամանակ, կամ եթե մեզ անհրաժեշտ լինի ստանալ լրացուցիչ տեղեկություններ, ապա մենք կարող ենք ժամկետը երկարաձգել ևս 14 օրացուցային օրով: Եթե մենք գտնենք, որ որոշում կայացնելու համար մեզ անհրաժեշտ են հավելյալ օրեր, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք, որը բացատրում է՝ ինչու է մեզ լրացուցիչ ժամանակ հարկավոր:
- Եթե դուք կարծում եք, որ մեզ հավելյալ օրեր անհրաժեշտ չեն, ապա կարող եք ներկայացնել «արագ գանգատ» մեր՝ հավելյալ օրեր պահանջելու որոշման դեմ: Եթե դուք ներկայացնեք արագ գանգատ, ապա մենք ձեր գանգատին կպատասխանենք 24 ժամվա ընթացքում: Գանգատ ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, ներառյալ՝ արագ գանգատներ, տեսեք այս գլխի Մաս 10-ը 225 էջում:
- Եթե մենք չպատասխանենք ձեր բողոքարկմանը 72 օրացուցային օրվա ընթացքում կամ լրացուցիչ օրերի ավարտի ընթացքում (եթե մենք վերցրել ենք դրանք), ապա մենք պետք է ձեր գործն ավտոմատ կերպով ուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը: Ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, դուք պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք: 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Մաս 5.4-ը 189 էջում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պարտավոր ենք մեր կողմից ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում հաստատել կամ տրամադրել ապահովագրությունը:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medicare-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, ապա նամակը կտեղեկացնի ձեզ, որ մենք ուղարկել ենք ձեր գործն Անկախ վերանայման մարմնին 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: Եթե ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությանը, ապա նամակը կտեղեկացնի ձեզ, որ դուք ինքներդ պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնեք: 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու գործընթացի մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք Մաս 5.4-ը 189 էջում:

**Կշարունակվեն արդյո՞ք իմ նպաստները 1-ին մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում:**

Եթե մենք որոշենք փոխել կամ դադարեցնել ծառայության կամ պարագայի ապահովագրությունը, որը նախկինում հաստատվել էր, մենք ձեզ ծանուցագիր կուղարկենք՝ նախքան այդ գործողությունը ձեռնարկելը: Եթե համաձայն չեք այդ գործողության հետ, կարող եք ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոքարկում և խնդրել, որ մենք շարունակենք ձեր նպաստներն այդ ծառայության կամ պարագայի համար: Դուք պետք է ներկայացնեք այդ խնդրանքը **հետևյալից ավելի ուշ կամ դրանից առաջ**, որպեսզի շարունակեք ձեր նպաստները.

- Մեր գործողության ծանուցագրման՝ փոստով առաքման ամսաթվից 10 օրվա ընթացքում, կամ
- Գործողության նախատեսված ուժի մեջ մտնելու ամսաթվին:

Եթե հետևեք այս վերջնաժամկետին, կարող եք շարունակել ստանալ վիճարկված ծառայությունը կամ պարագան, քանի դեռ ձեր բողոքարկումն ընթացքի մեջ է: Եթե ձեր նպաստները շարունակվում են, և բողոքարկման վերջնական արդյունքը սատարում է մեր գործողությունը, մենք կարող եք վերադարձնել ծառայության կամ պարագայի արժեքը, որոնք տրամադրվել էին, քանի դեռ բողոքարկումն ընթացքի մեջ էր:

**Մաս 5.4. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ծառայությունների, պարագաների և դեղերի վերաբերյալ (բացի Դ մասի դեղերից)**

**Ի՞նչ է տեղի ունենում, եթե ծրագիրը մերժում է ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկումը:**

- Եթե մեր պատասխանը **ոչ է՝** ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք: Այդ նամակը կտեղեկացնի ձեզ, եթե ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար ապահովագրվում են Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի կողմից:
- Եթե խնդիրը վերաբերվում է **Medicare-ի** ծառայությանը կամ պարագային, ապա մենք ձեր գործն ավտոմատ կերպով կուղարկենք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ, հենց որ ավարտվի 1-ին մակարդակի բողոքարկումը:
- Եթե խնդիրը վերաբերվում է **Medi-Cal-ի** ծառայությանը կամ պարագային, ապա դուք կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել: Նամակը կտեղեկացնի ձեզ ինչպես անել դա: Տեղեկությունը տրվում է նաև ստորև:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ի՞նչ է 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը:

2-րդ մակարդակի բողոքարկումը երկրորդ բողոքարկումն է, որը կատարվում է մեր ծրագրին չառնչվող, անկախ կազմակերպության կողմից:

## Իմ խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal-ի ծառայությանը կամ պարագային: Ինչպե՞ս կարող եմ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել:

Medi-Cal-ի ծառայության կամ պարագայի համար 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու երկու տարբերակ կա. 1) Անկախ բժշկական վերանայում կամ 2) Նահանգային լսում:

### 1) Անկախ բժշկական վերանայում

Դուք կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում (IMR) պահանջել Կալիֆոռնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքից (DMHC): IMR մատչելի է բժշկական բնույթի Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ցանկացած ծառայության կամ պարագայի համար: IMR-ը ձեր գործի վերանայումն է բժիշկների կողմից, որոնք մեր ծրագրի մաս չեն կազմում: Եթե IMR-ը որոշում է կայացնում ձեր օգտին, ապա մենք պետք է ձեզ տրամադրենք պահանջվող ծառայությունը կամ պարագան: Դուք IMR-ի համար ոչինչ չեք վճարում:

Կարող եք դիմել IMR-ի համար, եթե մեր ծրագիրը.

- Մերժում, փոխում կամ հետաձգում է Medi-Cal ծառայություն կամ բուժում (չի ներառում IHSS), քանի որ մեր ծրագիրը համարում է այն բժշկական տեսակետից ոչ անհրաժեշտ:
- Չի ապահովագրում Medi-Cal փորձնական կամ հետազոտական բուժում լուրջ բժշկական վիճակի համար:
- Չի վճարում արտակարգ իրավիճակի կամ հրատապ Medi-Cal ծառայությունների համար, որոնք դուք արդեն ստացել եք:
- Չի լուծել 1-ին մակարդակի բողոքարկումը Medi-Cal ծառայության համար 30 օրացուցային օրվա ընթացքում ստանդարտ բողոքարկման դեպքում, կամ 72 ժամվա ընթացքում արագ բողոքարկման դեպքում:

Դուք կարող եք IMR պահանջել, եթե նաև Նահանգային լսում եք պահանջել, սակայն եթե այդ Նահանգային լսումը դեռ տեղի չի ունեցել մինչև խնդրի շուրջ:

Շատ դեպքերում, նախքան IMR պահանջելը, դուք պետք է սկզբից մեզ բողոքարկում ներկայացնեք: Տեսեք էջ 184-ը մեր 1-ին մակարդակի բողոքարկման գործընթացի մասին տեղեկությունների համար: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ապա կարող եք DMHC Օգնության կենտրոնից IMR պահանջել:

- ➔ Եթե ձեր բուժումը մերժվել է, քանի որ այն փորձնական կամ հետազոտական բնույթի է, ապա հարկավոր չէ մասնակցել մեր բողոքարկման գործընթացին, նախքան IMR պահանջելը:
- ➔ Եթե ձեր խնդիրը հրատապ է և ներառում է անհետաձգելի կամ լուրջ վտանգ ձեր առողջությանը, ապա կարող եք այն անմիջապես ներկայացնել DMHC-ին: DMHC կարող է ձեզ ազատել սկզբից մեր բողոքարկման գործընթացին մասնակցելու պահանջից, եթե գործն արտահերթ է ու համոզիչ:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Դուք պետք է **դիմեք IMR-ի համար** ձեր բողոքարկման վերաբերյալ մեր որոշման նամակից հետո **6 ամսվա ընթացքում**: DMHC-ը կարող է ընդունել ձեր դիմումը 6 ամսից հետո, եթե այն որոշում է, որ հանգամանքների բերումով, դուք ի վիճակի չեիք ժամանակին դիմում ներկայացնել:

IMR խնդրելու համար.

- Լրացրեք Անկախ բժշկական վերանայման (IMR)/Գանգատի ձևաթուղթն այստեղ՝ <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx>: Կամ զանգահարեք DMHC Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Եթե ունեք, ապա կցեք նամակների կամ այլ փաստաթղթերի պատճենները, որտեղ մենք մերժել ենք ծառայությունը կամ պարագան: Սա կարող է արագացնել IMR գործընթացը: Ուղարկեք փաստաթղթերի պատճենները, այլ ոչ թե բնօրինակները: Օգնության կենտրոնը չի կարող փաստաթղթեր վերադարձնել:
- Լրացրեք Լիազորված օգնականի ձևաթուղթը, եթե որևէ մեկն օգնում է ձեզ IMR գործընթացում: Կարող եք գտնել ձևաթուղթը <http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160 AAF English.pdf>. կայքում: Կամ զանգահարեք DMHC Օգնության կենտրոն՝ 1-888-466-2219 հեռախոսահամարով: TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-688-9891 հեռախոսահամարով:
- Ուղարկեք ձևաթղթերը և կցորդները փոստով կամ ֆաքսով այստեղ՝

Help Center  
California Department of Managed Health Care  
980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814-2725  
Ֆաքս՝ 916-255-5241

Medi-Cal ծառայություններին վերաբերվող (չի ներառում IHSS) ոչ հրատապ դեպքերի համար դուք DMHC-ից կստանաք IMR որոշումը ձեր դիմումի ու հիմնավորող փաստաթղթերի ստացման ամսաթվից հետո 30 օրվա ընթացքում: Հրատապ դեպքերի համար, որոնք ներառում են անհետաձգելի և լուրջ վտանգ ձեր առողջությանը, դուք IMR որոշումը կստանաք 3-ից 7 օրվա ընթացքում:

Եթե բավարարված չեք IMR արդյունքներով, ապա դեռ կարող եք Նահանգային լսում պահանջել:

Եթե DMHC-ը որոշի, որ ձեր գործն իրավասու չէ IMR-ի համար, ապա DMHC-ը կվերանայի ձեր գործը հաճախորդների զանգատի իր սովորական գործընթացի միջոցով:

## -2) Նահանգային լսում

Դուք կարող եք Նահանգային լսում պահանջել Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայությունների ու պարագաների համար: Եթե ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ մատակարար ծառայություն կամ պարագա է խնդրում, որը մենք չենք հաստատում, կամ եթե մենք չենք շարունակելու վճարել ձեր արդեն ունեցած ծառայության կամ պարագայի համար և մենք բացասական պատասխան ենք տվել ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը, դուք իրավունք ունեք Նահանգային լսում պահանջել:

Շատ դեպքերում **դուք ունեք 120 օր՝ Նահանգային լսում պահանջելու համար** ձեզ ուղարկված «Լսման ձեր իրավունքները» ծանուցագիրը ստանալուց հետո:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



➔ **ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե Նահանգային լսում եք պահանջում, քանի որ մենք տեղեկացրել ենք ձեզ, որ ձեր ընթացիկ ծառայությունը փոխվելու է կամ դադարեցվելու է, **դուք բողոքարկելու ավելի քիչ օր ունեք**, եթե ցանկանում եք շարունակել ստանալ այդ ծառայությունը, քանի դեռ Նահանգային լսումն ընթացքի մեջ է: Մանրամասների համար կարդացեք «*Կշարունակվեն արդյո՞ք իմ նպաստները 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում*» 193 էջում:

Նահանգային լսում պահանջելու երկու տարբերակ կա.

1. Կարող եք լրացնել ծանուցագրի հակառակ կողմում գտնվող «Նահանգային լսման խնդրանքը»: Դուք պետք է տրամադրեք պահանջվող բոլոր տեղեկությունները, ինչպես օրինակ ձեր լրիվ անունը, հասցեն, հեռախոսը, ձեր դեմ գործողության ձեռնարկած ծրագրի կամ վարչաշրջանի անունը, վեճի թեմա դարձած օգնության ծրագիրը(ները), ինչպես նաև լսում պահանջելու մանրամասն պատճառը: Այնուհետև կարող եք ուղարկել ձեր հայրը հետևյալ տարբերակներից մեկով

- Վարչաշրջանի բարեկեցության բաժին՝ ծանուցագրի վրա նշված հասցեով:
- Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունք այս հասցեով՝

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430

- Նահանգային լսման բաժին ֆաքսով՝ 916-651-5210 կամ 916-651-2789:

2. Կարող եք գանգահարել Կալիֆոռնիայի Սոցիալական ծառայությունների բաժանմունք՝ 1-800-952-5253 հեռախոսահամարով: TDD օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-800-952-8349 հեռախոսահամարով: Եթե որոշել եք Նահանգային լսում պահանջել հեռախոսով, ապա նկատի ունեցեք, որ հեռախոսային գծերը շատ ծանրաբեռնված են:

**Իմ խնդիրը վերաբերվում է Medicare-ի ծառայությանը կամ պարագային: Ի՞նչ է տեղի ունենում 2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում:**

Անկախ վերանայման մարմինը (անգլերեն հապավումը՝ IRE) ուշադիր կվերանայի 1-ին մակարդակի որոշումը և կորոշի՝ արդյոք այն պետք է փոխվի, թե ոչ:

- Կարիք չկա, որպեսզի դուք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում պահանջեք: Մենք ավտոմատ կերպով բոլոր մանրամասները (ամբողջությամբ կամ մասամբ) կուղարկենք IRE-ին: Ձեզ կտեղեկացնեն այդ մասին:
- IRE-ը Medicare-ի կողմից վարձած կազմակերպություն է և կապված չէ այս ծրագրի հետ:

Կարող եք խնդրել ձեր ֆայլի պատճենը՝ գանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

➔ IRE-ը պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկման պատասխանը տրամադրի ձեզ այն ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Այս կանոնը կիրառվում է, եթե դուք ուղարկել եք ձեր բողոքարկումը, նախքան բժշկական ծառայություններ կամ պարագաներ ստանալը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- » Այնուամենայնիվ, եթե IRE-ին անհրաժեշտ է հավաքել լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են ձեր օգտին լինել, ապա այն կարող է խնդրել լրացուցիչ 14 օրացուցային օր: Եթե որոշում կայացնելու համար IRE-ին անհրաժեշտ են հավելյալ օրեր, ապա այն ձեզ նամակով կտեղեկացնի այդ մասին:
- ➔ Եթե դուք 1-ին մակարդակում ունեցել եք «արագ բողոքարկում», ուրե՛մն արագ բողոքարկում կունենաք նաև 2-րդ մակարդակում: IRE-ը պետք է պատասխան տրամադրի ձեզ բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
  - » Այնուամենայնիվ, եթե IRE-ին անհրաժեշտ է հավաքել լրացուցիչ տեղեկություններ, որոնք կարող են ձեր օգտին լինել, ապա այն կարող է խնդրել լրացուցիչ 14 օրացուցային օր: Եթե որոշում կայացնելու համար IRE-ին անհրաժեշտ են հավելյալ օրեր, ապա այն ձեզ նամակով կտեղեկացնի այդ մասին:

**Կշարունակվեն արդյո՞ք իմ նպաստները 2-րդ մակարդակի բողոքարկումների ընթացքում:**

Եթե ձեր խնդիրը Medicare-ի ապահովագրված ծառայության կամ պարագայի մասին է, ապա ձեր ծառայության կամ պարագայի նպաստները **չեն** շարունակվի Անկախ վերանայման մարմնի միջոցով 2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում:

Եթե ձեր խնդիրը Medi-Cal-ի ապահովագրված ծառայության կամ պարագայի մասին է, ու դուք Նահանգային լսում եք խնդրել, ապա ձեր ծառայության կամ պարագայի Medi-Cal նպաստները կարող են շարունակվել, մինչև լսման որոշում կայացվի: Դուք պետք է լսում խնդրեք **հետևյալից ավելի ուշ տեղի ունեցածի պահին կամ դրանից առաջ**, որպեսզի շարունակեք ձեր նպաստները.

- Այս ծանուցագրի փոստով առաքման ամսաթվից 10 օրվա ընթացքում՝ տեղեկացնելով, որ նպաստի բացասական վճիռը (1-ին մակարդակի որոշում) պահպանվել է, կամ
- Գործողության նախատեսված ուժի մեջ մտնելու ամսաթվին:

Եթե հետևեք այս վերջնաժամկետին, դուք կարող եք շարունակել ստանալ վիճարկված ծառայությունը կամ պարագան, քանի դեռ կայացվում է ձեր լսման որոշումը: Եթե ձեր նպաստները շարունակվում են, և բողոքարկման վերջնական արդյունքը սատարում է մեր գործողությունը, մենք կարող եք վերադարձնել ծառայության կամ պարագայի արժեքը, որոնք տրամադրվել էին, քանի դեռ բողոքարկումն ընթացքի մեջ էր:

**Ինչպե՞ս եմ իմանալու որոշման մասին:**

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումն Անկախ բժշկական վերանայում էր, ապա Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունքը ձեզ նամակ կուղարկի, որը բացատրում է ձեր գործը վերանայող բժիշկների կողմից կայացրած որոշումը:

- ➔ Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումն **Այո** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է տրամադրենք ծառայությունը կամ բուժումը:
- ➔ Եթե Անկախ բժշկական վերանայման որոշումը **Ոչ** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին մակարդակի որոշման հետ: Դուք կարող եք դեռ Նահանգային լսում պահանջել: Տեսեք էջ 191-ը Նահանգային լսում պահանջելու մասին տեղեկությունների մասին:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը Նահանգային լսում էր, ապա Կալիֆորնիայի Մոցիալական ծառայությունների բաժանմունքը ձեզ իրենց որոշումը բացատրող նամակ կուղարկի:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ Եթե Նահանգային լսման որոշումն **Այո** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է կատարենք այդ որոշումը: Մենք պետք է կատարենք նկարագրված գործողություն(ներ)ը որոշումը ստանալու ամսաթվից հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- ➔ Եթե Նահանգային լսման որոշումը **Ոչ** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին մակարդակի որոշման հետ: Մենք կարող ենք դադարեցնել ձեր ստացվող նպաստների վճարումները:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը դիտարկվել է Medicare-ի Անկախ վերանայման մարմնի (IRE) կողմից, ապա այն ձեզ իր որոշման մասին բացատրական նամակ կուղարկի:

- ➔ Եթե IRE-ի որոշումն **Այո** է՝ ձեր ներկայացված ստանդարտ բողոքարկման որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է հաստատենք բժշկական խնամքի ապահովագրությունը 72 ժամվա ընթացքում կամ ձեզ ծառայությունը կամ պարագան տրամադրենք IRE-ի որոշումից հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ձերն արագ բողոքարկում էր, ապա մենք պետք է հաստատենք բժշկական խնամքի ապահովագրությունը կամ ձեզ ծառայությունը կամ պարագան տրամադրենք IRE-ի որոշումից հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- ➔ Եթե IRE-ի որոշումը **Ոչ** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին մակարդակի որոշման հետ: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում»: Սա նաև կոչվում է «ձեր բողոքարկման մերժում»:

### **Եթե որոշումը Ոչ է՝ իմ ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, կարող եմ արդյոք ք մեկ այլ բողոքարկում ներկայացնել:**

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումն Անկախ բժշկական վերանայում էր, ապա կարող եք Նահանգային լսում խնդրել: Տեսեք էջ 191-ը Նահանգային լսում պահանջելու մասին տեղեկությունների մասին:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը Նահանգային լսում էր, ապա կարող եք կրկնակի լսում պահանջել որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Կարող եք նաև Նահանգային լսման մերժման դատական վերանայում խնդրել՝ խնդրագիր ներկայացնելով Վերադաս դատարան (ըստ Քաղաքացիական դատավարության օրենսգրքի 1094.5-ի բաժնի) որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Դուք չեք կարող IMR պահանջել, եթե արդեն Նահանգային լսում ունեք նույն խնդրի շուրջ:

Եթե ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկումը դիտարկվել էր Medicare-ի Անկախ վերանայման մարմնի (IRE) կողմից, ապա դուք կարող եք կրկին բողոքարկել, միայն եթե ծառայության կամ պարագայի դոլարային արժեքը հասնում է նվազագույն պահանջվող քանակին: IRE-ից ստացված նամակը ձեզ կբացատրի լրացուցիչ բողոքարկման ձեր իրավունքները:

Տեսեք Մաս 9-ը 223 էջում լրացուցիչ բողոքարկման մակարդակների մասին տեղեկությունների համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Մաս 5.5. Վճարումների հետ կապված խնդիրներ

Մենք թույլ չենք տալիս մեր ցանցի մատակարարներին ձեզ հաշիվներ ներկայացնել ապահովագրված ծառայությունների կամ պարագաների համար: Մա կիրառելի է, նույնիսկ եթե մենք վճարում ենք մատակարարին ավելի քիչ, քան մատակարարի ներկայացված հաշիվն է ապահովագրված ծառայության կամ պարագայի համար: Դուք երբեք չպետք է վճարեք որևէ հաշվի մասցորդի համար: Միակ գումարը, որը կարող են պահանջել ձեզանից դա համավճարն է 1-ին և/ կամ 2-րդ կարգի դեղերի համար:

Եթե դուք հաշիվ եք ստանում, որն ապահովագրված ծառայությունների կամ պարագաների ձեր համավճարից ավելի է, ապա ուղարկեք այդ հաշիվը մեզ: **Դուք չպետք է ինքներդ վճարեք այդ հաշիվը:** Մենք կապ կհաստատենք մատակարարի հետ և կլուծենք խնդիրը:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք Գլուխ 7-ը՝ *Ապահովագրված ծառայությունների կամ դեղերի համար ձեր ստացած հաշվի համար մեր մասի վճարման խնդրանք:* Գլուխ 7-ը նկարագրում է այն իրավիճակները, երբ դուք կարող եք խնդրել փոխհատուցում կամ մատակարարից ստացված հաշվի վճարում: Այնտեղ նաև ներկայացվում է, թե ինչպես է հարկավոր մեզ ուղարկել այն փաստաթղթերը, որոնք խնդրում են մեզ վճարում կատարել:

**Կարո՞ղ եմ խնդրել ձեզ փոխհատուցել ինձ ծառայության կամ պարագայի ձեր բաժինը, որի համար ես վճարել եմ:**

Հիշեք՝ եթե դուք հաշիվ եք ստանում, որն ապահովագրված ծառայությունների կամ պարագաների ձեր համավճարից ավել է, մի վճարեք այդ հաշիվը: Բայց, եթե վճարեք հաշիվը, կարող եք փոխհատուցում ստանալ, եթե հետևել եք ծառայությունների կամ պարագաների ստացման կանոնները:

Եթե փոխհատուցում եք հայցում, ապա դուք ապահովագրության որոշում եք խնդրում: Մենք կպարզենք՝ արդյոք այն ծառայությունը կամ պարագան, որի համար փոխհատուցում եք խնդրում ապահովագրված է, թե ոչ, և կստուգենք՝ արդյոք դուք հետևել եք ապահովագրման բոլոր կանոններին:

- Եթե ձեր կողմից վճարված ծառայությունը կամ պարագան ապահովագրված է, և դուք հետևել եք բոլոր կանոններին, ապա մենք ձեզ կուղարկենք ծառայության կամ պարագայի արժեքի մեր բաժնի վճարումը՝ ձեր խնդրանքը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Կամ, եթե չեք վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, մենք կուղարկենք վճարումն անմիջապես մատակարարին: Եթե մենք ուղարկենք վճարումը, ապա դա համարժեք է ապահովագրության որոշման ձեր խնդրանքին *Այո* պատասխանելուն:

- Եթե ձեր կողմից վճարված ծառայությունը կամ պարագան ապահովագրված չէ, կամ դուք չեք հետևել բոլոր կանոններին, ապա մենք ձեզ նամակ կուղարկենք՝ տեղեկացնելով, որ չենք վճարելու ծառայության կամ պարագայի համար և բացատրելով՝ ինչու:

**Իսկ եթե մենք ասում ենք, որ չենք վճարելու:**

Եթե դուք համաձայն չեք մեր որոշման հետ, **ապա կարող եք բողոքարկում ներկայացնել:** Հետևեք բողոքարկման գործընթացին, որը նկարագրված է Մաս 5.3-ում 184 էջում: Այս հրահանգներին հետևելիս խնդրում ենք ի նկատի ունենալ.

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Եթե դուք բողոքարկում ներկայացնեք փոխհատուցում ստանալու համար, ապա մենք պարտավոր ենք պատասխանել ձեզ՝ ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
  - Դուք չեք կարող մեզանից արագ բողոքարկում խնդրել, եթե խնդրում եք ձեզ հետ վճարել ծառայության կամ պարագայի համար, որն արդեն ստացել և վճարել եք ինքներդ:
- ➔ Եթե մենք Ոչ ասենք ձեր բողոքարկմանը, իսկ ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար ապահովագրվում է Medicare-ի կողմից, ապա մենք ավտոմատ կերպով կուղարկենք ձեր գործն Անկախ վերանայման մարմնին (IRE): Մենք ձեզ նամակ կուղարկենք, եթե դա տեղի ունենա:
- Եթե IRE-ը փոխում է մեր որոշումն ու ասում է, որ մենք պետք է վճարենք ձեզ, ապա մենք պետք է վճարենք ձեզ կամ մատակարարին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե ձեր բողոքարկման պատասխանն **Այո** է՝ բողոքարկումների գործընթացի 2-րդ մակարդակից հետո ցանկացած փուլում, ապա մենք պարտավոր ենք ձեզ կամ մատակարարին ուղարկել ձեր պահանջված վճարումը 60 օրացուցային օրվա ընթացքում:
  - Եթե IRE-ի պատասխանը **Ոչ** է, ապա դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են ձեր խնդրանքը չհաստատելու վերաբերյալ մեր կայացրած որոշման հետ: (Սա կոչվում է «որոշման պահպանում»: Այն նաև կոչվում է «ձեր բողոքարկման մերժում»): Ձեր կողմից ստացված նամակը կբացատրի լրացուցիչ բողոքարկման ձեր իրավունքները: Դուք կարող եք կրկին բողոքարկել, միայն եթե ծառայության կամ պարագայի դուրսարկումն արժեքը հասնում է նվազագույն պահանջվող քանակին: Տեսեք Մաս 9-ը 223 էջում լրացուցիչ բողոքարկման մակարդակների մասին տեղեկությունների համար:
- ➔ Եթե մենք Ոչ պատասխանենք ձեր բողոքարկմանը, իսկ ծառայությունը կամ պարագան սովորաբար ապահովագրվում է Medi-Cal-ի կողմից, ապա դուք կարող եք ինքներդ 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել (տեսեք այս Մաս 5.4-ը 189 էջում):

## Մաս 6. Դ մասի դեղեր

### Մաս 6.1. Ինչ անել, եթե ունեք խնդիրներ Դ մասի դեղեր ստանալու հետ կամ ցանկանում եք, որ մենք փոխհատուցենք ձեզ Դ մասով դեղի համար արված վճարումը

Ձեր՝ որպես մեր ծրագրի անդամի նպաստները ներառում են շատ դեղատոմսային դեղերի ապահովագրություն: Այս դեղերի մեծ մասը «Դ մասի դեղեր են»: Կան մի քանի դեղեր, որոնք Medicare Դ մասը չի ապահովագրում, սակայն դրանք կարող են ապահովագրվել Medi-Cal-ի կողմից: **Այս հատվածը վերաբերվում է միայն Դ մասի դեղերի բողոքարկումներին:**

- *Ապահովագրված դեղերի ցուցակը (Դեղերի ցուցակը)* պարունակում է որոշ դեղեր «NT» նշանով: Այս դեղերը Դ մասի դեղեր չեն: «NT» նշանով դեղերի բողոքարկման կամ ապահովագրության որոշումների համար տեսեք **Մաս 5-ում 181** էջում նկարագրված գործընթացը:

**Կարո՞ղ եմ ապահովագրության որոշում կամ բողոքարկում ներկայացնել Դ մասի դեղատոմսային դեղերի վերաբերյալ:**

**Այո: Ահա մի քանի օրինակներ այն ապահովագրության որոշումների վերաբերյալ, որոնք դուք խնդրում եք մեզ կայացնել ձեր Դ մասի դեղերի վերաբերյալ.**

- Խնդրում եք մեզ բացատրություն անել, օրինակ՝
  - » Խնդրում եք մեզ ապահովագրել Դ մասի դեղ, որը ծրագրի *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* (Դեղերի ցուցակում) չէ:
  - » Խնդրում եք շրջանցել որևէ դեղի համար ծրագրի ապահովագրման սահմանափակումը (օրինակ՝ ձեր ստացած դեղի քանակի սահմանափակում):
- Հարցնում եք մեզ, արդյոք ինչ-որ դեղ ապահովագրված է ձեզ համար (օրինակ, երբ ձեր դեղը ներկայացված է ծրագրի Դեղերի ցուցակում, սակայն մենք պահանջում ենք ստանալ մեր հաստատումը՝ նախքան մենք այն կապահովագրենք ձեզ համար):
  - » **ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.** Եթե ձեր դեղատոմսը տեղեկացնում է, որ չի կարող տրամադրել ձեր դեղատոմսային դեղը, ապա դուք գրավոր ծանուցագիր կստանաք, որտեղ բացատրվում է մեզ հետ կապ հաստատելու և ապահովագրության որոշում խնդրելու ձևերը:
- Դուք խնդրում եք մեզ վճարել ձեր կողմից արդեն գնված դեղատոմսային դեղի համար: Մա հանդիսանում է վճարման վերաբերյալ ապահովագրության որոշման խնդրանք:

**Ձեր Դ մասի դեղերի վերաբերյալ ապահովագրության որոշման իրավական տերմինն է՝ «ապահովագրության վճիռ»:**

Եթե համաձայն չեք մեր կողմից ընդունված ապահովագրության որոշման հետ, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժինը ներկայացնում է ապահովագրության որոշման խնդրանք ներկայացնելու և բողոքարկում պահանջելու ձևերը:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Օգտվեք ներքոնշյալ աղյուսակից հասկանալու համար, թե դրա որ բաժինն է պարունակում ձեր իրավիճակին համապատասխանող տեղեկություններ:

<b>Այս իրավիճակներից ո՞րն է ձերը:</b>			
<p>Ձեզ դեղ է հարկավոր, որը մեր Դեղերի ցուցակում չէ, կամ ցանկանո՞ւմ եք, որ մենք շրջանցենք ապահովագրված դեղերին վերաբերող որևէ կանոն կամ սահմանափակում:</p> <p><b>Կարող եք խնդրել մեզ կատարել բացառություն:</b> (Մա ապահովագրության որոշման մի ձև է):</p> <p>Սկսեք <b>Մաս 6.2-ից</b> 199 էջում: Տեսեք նաև Մասեր 6.3-ն ու 6.4-ը 200 և 201 էջերում:</p>	<p>Դուք ցանկանո՞ւմ եք, որ մենք ապահովագրենք Դեղերի ցուցակից մի դեղ, և ձեր կարծիքով, դուք համապատասխանում եք ծրագրի կանոններին կամ սահմանափակումներին (օրինակ՝ նախապես հավանություն ստանալը) ձեզ անհրաժեշտ դեղի համար:</p> <p><b>Դուք կարող եք մեզ խնդրել ապահովագրության որոշում կայացնել:</b></p> <p>Անցեք <b>Մաս 6.4-ին</b> 201 էջում:</p>	<p>Դուք ցանկանո՞ւմ եք խնդրել հետ վճարել ձեզ դեղի համար, որը դուք արդեն ստացել եք և որի համար վճարել եք:</p> <p><b>Դուք կարող եք խնդրել ձեզ հետ վճարել:</b> (Մա ապահովագրության որոշման մի ձև է):</p> <p>Անցեք <b>Մաս 6.4-ին</b> 201 էջում:</p>	<p>Մենք ձեզ արդեն ասել է ենք, որ չենք ապահովագրելու կամ չենք վճարելու դեղի համար այնպես, ինչպես ցանկանում եք, որ այն ապահովագրվի կամ վճարվի:</p> <p><b>Դուք կարող եք ներկայացնել բողոքարկում:</b> (Մա նշանակում է՝ դուք մեզանից վերանայում եք պահանջում:)</p> <p>Անցեք <b>Մաս 6.5-ին</b> 204 էջում:</p>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 198



**Մաս 6.2. Ի՞նչ է բացառությունը:**

*Բացառությունը* թույլտվություն է ապահովագրություն ստանալ որևէ դեղի համար, որը սովորաբար մեր *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* չէ, կամ դեղի օգտագործում առանց որոշակի կանոնների ու սահմանափակումների: Եթե դեղն *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* չէ, կամ ապահովագրված չէ այնպես, ինչպես դուք կցանկանայիք, ապա դուք կարող եք մեզ խնդրել «բացառություն» անել:

Երբ դուք բացառություն եք խնդրում, ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող պետք է բացատրի, թե որոնք են այն բժշկական պատճառները, որոնց հիման վրա պետք է հաստատվի բացառությունը:

Ահա բացառության օրինակներ, որոնք դուք, ձեր բժիշկը, կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող կարող է խնդրել մեզանից.

1. Դժվար դեղի ապահովագրություն, որը մեր *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում* չէ (Դեղերի ցուցակ):
  - Եթե մենք համաձայնվենք բացառություն կատարել և ապահովագրել մի դեղ, որը Դեղերի ցուցակում չէ, ապա ձեզանից կպահանջվի վճարել ծախսերի բաշխման այն գումարը, որը կիրառվում է Կարգ 2-ի բրենդային դեղերի կամ Կարգ 1-ի անամակնիշ դեղերի համար: Դուք չեք կարող բացառություն խնդրել համավճարի կամ համաապահովագրության գումարի համար, որը մենք պահանջում ենք, որ դուք վճարեք դեղի համար:
2. Ապահովագրության արգելքի հեռացում: Գոյություն ունեն լրացուցիչ կանոններ կամ սահմանափակումներ, որոնք կիրառվում են մեր Դեղերի ցուցակում ընդգրկված որոշակի դեղերի համար (լրացուցիչ տեղեկության համար տեսեք Գլուխ 5-ը):
  - Որոշակի դեղերի ապահովագրության հավելյալ կանոններն ու սահմանափակումները ներառում են
    - » Պահանջ՝ օգտագործել դեղի անամակնիշ տարբերակը բրենդային դեղի փոխարեն:
    - » Նախապես ծրագրի հավանություն ստանալ՝ նախքան մենք կհամաձայնվենք ապահովագրել դեղը: (Սա երբեմն կոչվում է «նախօրոք լիազորում»):
    - » Պահանջ՝ սկզբից փորձել մեկ այլ դեղ, նախքան մենք կհամաձայնվենք ապահովագրել ձեր խնդրած դեղը: (Սա երբեմն կոչվում է «հանգրվանային բուժում»):
    - » Քանակի սահմանափակումներ: Որոշ դեղերի համար մենք սահմանափակում ենք դեղի քանակը, որը կարող եք ստանալ:
    - » Եթե մենք համաձայնվենք բացառություն անել և հանել սահմանափակումը, ապա կարող եք մեզ խնդրել բացառություն անել համավճարի համար, որը պետք է վճարեք դեղի համար:

*Դեղի ապահովագրության սահմանափակման հանում խնդրելը հրավական տերմինով երբեմն կոչվում է խնդրել «դեղացանկի բացառություն»:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Մաս 6.3. Կարևոր բաներ, որ պետք է իմանալ բացառություն խնդրելու մասին****Ձեր բժիշկը կամ դեղատոմս դուրս գրողը պետք է մեզ տեղեկացնի բժշկական պատճառները**

Ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրողը մեզ պետք է հայտարարագիր տա՝ բացատրելով բացառություն պահանջելու բժշկական պատճառները: Բացառության մասին մեր որոշումն ավելի արագ կընդունվի, եթե դուք կցեք այս տեղեկությունը ձեր բժշկից կամ դեղատոմս դուրս գրողից, երբ բացառություն եք խնդրում:

Սովորաբար մեր Դեղերի ցուցակը ներառում է մեկից ավելի դեղ յուրաքանչյուր վիճակի բուժման համար: Մրանք կոչվում են «այլընտրանքային» դեղեր: Եթե այլընտրանքային դեղը նույնքան արդյունավետ է, որքան ձեր պահանջվող դեղը, և չի առաջացնում ավելի շատ կողմնակի ազդեցություններ կամ այլ առողջական խնդիրներ, ապա մենք սովորաբար *չենք* հաստատի բացառության ձեր հայցը:

**Մենք բացառության մասին ձեր հայցին Այո կամ Ոչ կպատասխանենք**

- Եթե մենք **Այո** ասենք բացառության ձեր խնդրանքին, ապա բացառությունը սովորաբար ուժի մեջ է մտնում մինչև օրացուցային տարվա վերջ: Այս պայմանը կիրառելի է այնքան ժամանակ, քանի դեռ ձեր բժիշկը նշանակում է այդ դեղը ձեզ, և դեղը շարունակում է լինել ապահով և արդյունավետ ձեր վիճակի բուժման համար:
- Եթե մենք **Ոչ** ասենք բացառության ձեր խնդրանքին, ապա կարող եք խնդրել վերանայել մեր որոշումը՝ ներկայացնելով բողոքարկում: Մաս 6.5-ում 204 էջում բացատրվում է, թե ինչպես կարելի է ներկայացնել բողոքարկում, երբ մենք ասում ենք **Ոչ**:

Հաջորդ մասը ներկայացնում է՝ ինչպես խնդրել ապահովագրության որոշում, ներառյալ՝ բացառություն:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





**Մաս 6.4. Ինչպես Դ մասի դեղի մասին ապահովագրության որոշում կամ Դ մասի դեղի համար փոխհատուցում խնդրել, ներառյալ բացառությունը:**

**Ինչ անել**

- Խնդրեք այն ապահովագրության որոշման ձևը, որը ցանկանում եք ստանալ: Չանգահարեք, գրեք կամ ֆաքս ուղարկեք՝ ձեր հայցը ներկայացնելու համար: Դուք, ձեր ներկայացուցիչը կամ ձեր բժիշկը (կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող) կարող են անել սա: Կարող եք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:
- Ապահովագրության որոշում կարող եք խնդրել դուք, ձեր բժիշկը (կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրող) կամ ձեր անունից հանդես եկող որևէ այլ անձ: Դուք կարող եք նաև փաստաբան վարձել ձեր անունից հանդես գալու համար:

Մաս 4-ը 177 էջում նկարագրում է, թե ինչպես կարող եք մեկ այլ անձի տալ ձեր անունից հանդես գալու թույլտվություն:

- ➔ Հարկավոր չէ ձեր բժշկին կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողին թույլտվության տալ, որպեսզի նրանք մեզանից ապահովագրության որոշում խնդրեն ձեր անունից:

- Եթե ցանկանում եք խնդրել ձեզ հետ վճարել դեղի համար, կարդացեք այս տեղեկագրի Գլուխ 7-ը: Գլուխ 7-ը նկարագրում է այն իրավիճակները, երբ դուք կարող եք փոխհատուցում խնդրել: Այն նաև ներկայացնում է, թե ինչպես ուղարկել մեզ այն փաստաթղթերը, որոնցով դուք խնդրում եք մեզ փոխհատուցել դեղի արժեքի մեր բաժինը, որի համար դուք արդեն վճարել եք:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ապահովագրության որոշում խնդրել դեղի կամ վճարման վերաբերյալ**

Չանգահարեք, գրեք, ֆաքս ուղարկեք կամ խնդրեք ձեր ներկայացուցչին, բժշկին, կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրողին անել դա: Ստանդարտ ապահովագրության որոշման համար մենք ձեզ կպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում: Դ մասի դեղի փոխհատուցման որոշման համար մենք կպատասխանենք 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:

- Եթե բացառություն եք խնդրում, ապա կցեք ձեր բժշկի կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողի հայտարարագիրը:
- Դուք, ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը կարող է արագ որոշում խնդրել: (Արագ որոշումները սովորաբար ստացվում են 24 ժամվա ընթացքում):
- ➔ Կարդացեք այս մասը՝ համոզվելու համար, որ որակավորվում եք արագ որոշման համար: Կարդացեք այն նաև որոշման վերջնաժամկետների մասին տեղեկություններ ստանալու համար



- Եթե բացառություն էք խնդրում, տրամադրեք «հիմնավորող հայտարարագիր»: Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը պետք է մեզ տրամադրի բժշկական պատճառներ դեղի բացառության համար: Մենք սա անվանում ենք «հիմնավորող հայտարարագիր»:

Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը կարող են ուղարկել մեզ այդ հայտարարագիրը ֆաքսով կամ փոստով: Ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը կարող են մեզ տեղեկացնել հեռախոսով, իսկ հետո ուղարկել գրավոր հայտարարագիրը ֆաքսով կամ փոստով:

### **Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է, ապա մեզանից խնդրեք «արագ ապահովագրության որոշում»**

Մենք կօգտագործենք մեր «ստանդարտ վերջնաժամկետները», եթե «արագ վերջնաժամկետներ» օգտագործելու վերաբերյալ որոշում կայացրած չլինենք:

- **Ստանդարտ ապահովագրության որոշում** նշանակում է, որ ձեզ կպատասխանենք՝ ձեր բժշկի հայտարարագիրը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- **Արագ ապահովագրության որոշում** նշանակում է, որ ձեզ կպատասխանենք՝ ձեր բժշկի հայտարարագիրը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
  - » Դուք կարող եք ստանալ արագ ապահովագրության որոշում *միայն* այն դեպքում, երբ պահանջեք այնպիսի դեղ, որը դուք դեռ չեք ստացել: (Դուք չեք կարող խնդրել արագ ապահովագրության որոշում, եթե խնդրում եք ձեզ հետ վճարել դեղի համար, որն արդեն գնել եք):
  - » Դուք կարող եք ստանալ արագ ապահովագրության որոշում, *միայն* եթե ստանդարտ վերջնաժամկետների կիրառումը կարող է *յրջորեն վնասել ձեր առողջությանը կամ գործունակությանը*:
  - » Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը հայտնում է մեզ, որ ձեր առողջությունը պահանջում է «արագ ապահովագրության որոշում», մենք ավտոմատ կերպով կհամաձայնվենք տալ ձեզ արագ ապահովագրության որոշում և նամակով կտեղեկացնենք այդ մասին:

Եթե դուք ինքնուրույն եք խնդրում արագ ապահովագրության որոշում (առանց ձեր բժշկի կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողի հիմնավորման), ապա մենք կորոշենք՝ արդյոք ձեր առողջությունը պահանջում է արագ ապահովագրության որոշում, թե ոչ:

Եթե մենք որոշում ենք, որ ձեր բժշկական վիճակը չի բավարարում արագ ապահովագրության որոշման պահանջներին, ապա փոխարենը կկիրառենք ստանդարտ վերջնաժամկետներ: Մենք ձեզ նամակ կուղարկենք այդ մասին: Նամակը կտեղեկացնի ձեզ՝ ինչպես կարող եք գանգատ ներկայացնել ստանդարտ որոշում կայացնելու մեր որոշման մասին: Դուք կարող եք «արագ գանգատ» ներկայացնել և ստանալ ձեր գանգատին պատասխան 24 ժամվա ընթացքում: Գանգատ ներկայացնելու վերաբերյալ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար, ներառյալ արագ գանգատներ, տեսեք այս գլխի Մաս 10-ը 225 էջում:

**«Արագ ապահովագրության որոշման» իրավական տերմինն է «արագացված ապահովագրության վճիռ»:**

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**«Արագ ապահովագրության որոշման» վերջնաժամկետները**

- Եթե մենք կիրառում ենք արագ վերջնաժամկետները, պետք է պատասխանենք ձեզ 24 ժամվա ընթացքում: Սա նշանակում է՝ ձեր դիմումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Կամ, եթե դուք բացառություն եք խնդրում, ապա ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրս գրողի հայտարարագիրը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
  - Եթե մենք բաց ենք թողնում այս վերջնաժամկետը, ձեր հայցը կուղարկենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: 2-րդ մակարդակում Անկախ վերանայման մարմինը կվերանայի ձեր հայցը:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա պետք է ձեզ ապահովագրություն տրամադրենք ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրս գրողի հայտարարագիրը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ կուղարկենք նամակ՝ բացատրելով, թե ինչու ենք Ոչ ասել: Նամակը նաև կբացատրի՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

**«Ստանդարտ ապահովագրության որոշման» վերջնաժամկետները դեղի համար, որը դեռ չեք ստացել**

- Եթե մենք կիրառում ենք ստանդարտ վերջնաժամկետները, պետք է տրամադրենք մեր պատասխանը ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում: Կամ, եթե դուք բացառություն եք խնդրում, ապա ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրս գրողի հայտարարագիրը ստանալուց հետո: Մենք կպատասխանենք ձեզ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
  - Եթե մենք բաց ենք թողնում այս վերջնաժամկետը, ձեր հայցը կուղարկենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: 2-րդ մակարդակում Անկախ վերանայման մարմինը կվերանայի ձեր հայցը:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է հաստատենք կամ տրամադրենք ձեզ ապահովագրություն ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում, կամ եթե դուք բացառություն եք խնդրում, ապա ձեր բժշկի կամ դեղատոմս դուրս գրողի հայտարարագիրը ստանալուց հետո:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ կուղարկենք նամակ՝ բացատրելով, թե ինչու ենք Ոչ ասել: Նամակը նաև կբացատրի՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

**«Ստանդարտ ապահովագրության որոշման» վերջնաժամկետները դեղի համար, որն արդեն գնել եք**

- Մենք պետք է պատասխանենք ձեզ ձեր հայցը ստանալուց հետո 14 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- Եթե մենք բաց ենք թողնում այս վերջնաժամկետը, ձեր հայցը կուղարկենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: 2-րդ մակարդակում Անկախ վերանայման մարմինը կվերանայի ձեր հայցը:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք կվճարենք ձեզ 14 օրացուցային օրվա ընթացքում
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ կուղարկենք նամակ՝ բացատրելով, թե ինչու ենք Ոչ ասել: Նամակը նաև կբացատրի՝ ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

**Մաս 6.5. 1-ին մակարդակի բողոքարկում Դ մասի դեղերի համար**

- Բողոքարկում նախաձեռնելու համար դուք, ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրողը, կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է դիմեք մեզ:
- Եթե դուք խնդրում եք ստանդարտ բողոքարկում, ապա ներկայացրեք ձեր բողոքարկումը՝ ուղարկելով գրավոր պահանջ: Կարող եք նաև բողոքարկում խնդրել՝ զանգահարելով մեզ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:
- Եթե արագ բողոքարկում եք ցանկանում, ապա կարող եք անել գրավոր կամ զանգահարելով մեզ:
- Դուք պետք է ներկայացնեք ձեր բողոքարկման հայցը 60 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ ձեզ ուղարկված մեր որոշման ծանուցագրի ամսաթվից հետո: Եթե դուք բաց թողնեք այս վերջնաժամկետը և դրա համար հարգելի պատճառ ունենաք, ապա մենք, հնարավոր է, ձեզ տրամադրենք հավելյալ ժամանակ բողոքարկում ներկայացնելու համար: Օրինակ, հարգելի պատճառ կարող է համարվել լուրջ հիվանդությունը, որը ձեզ թույլ չի տվել կապ հաստատել մեզ հետ, կամ եթե մենք ձեզ տրամադրել ենք բողոքարկում խնդրելու վերջնաժամկետի մասին սխալ կամ թերի տեղեկություն:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի բողոքարկում**

Դուք, ձեր բժիշկը, դեղատոմս դուրս գրողը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք գրի առնել ձեր հայցը և մեզ ուղարկել փոստով կամ ֆաքսով: Կարող ենք նաև բողոքարկում խնդրել զանգահարելով:

- Խնդրեք այն՝ բողոքարկվող որոշումը ստանալուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե հարգելի պատճառով բաց եք թողնում այդ վերջնաժամկետը, ապա դեռ կարող եք բողոքարկել:
- Դուք, ձեր բժիշկը կամ մեկ այլ դեղատոմս դուրս գրողը, կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք զանգահարել մեզ արագ բողոքարկում խնդրելու համար:

➔ Կարողացեք այս մասը՝ համոզվելու համար, որ որակավորվում եք արագ որոշման համար: Կարողացեք այն նաև որոշման վերջնաժամկետների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:



**Դ մասի դեղի ապահովագրության որոշման վերաբերյալ ծրագրին արվող բողոքարկման իրավական տերմինն է ծրագրի «վերասահմանում»:**

- Դուք իրավունք ունեք պահանջել ձեր բողոքարկմանը վերաբերող տեղեկության պատճենը: Պատճենը խնդրելու համար գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY` 711), ժամը` 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է:
  - » Ցանկության դեպքում դուք և ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը կարող են տրամադրել լրացուցիչ տեղեկություններ` ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու համար:

**Եթե ձեր առողջությունը պահանջում է, ապա խնդրեք «արագ բողոքարկում»**

- Եթե դուք բողոքարկում եք մեր կողմից կայացրած որոշումը դեռ չստացված դեղի համար, ապա դուք և ձեր բժիշկը կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողը պետք է որոշեք, թե արդյոք ունեք «արագ բողոքարկման» կարիք:
- «Արագ բողոքարկում» ներկայացնելու պահանջները չեն տարբերվում «արագ ապահովագրության մասին որոշում» կայացնելու համար Մաս 6.4-ում 201 էջում ներկայացված պահանջներից:

**«Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «արագացված վերանայում»:**

**Մեր ծրագիրը կվերանայի ձեր բողոքարկումը և ձեզ որոշում կտա**

- Մենք ևս մեկ անգամ ավելի ուշադիր ուսումնասիրում ենք ապահովագրության ձեր հայցի վերաբերյալ տեղեկությունները: Մենք ստուգում ենք` հասկանալու համար` արդյոք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ձեր խնդրանքին Ոչ ենք ասել: Մենք կարող ենք կապ հաստատել ձեր, ձեր բժշկի կամ այլ դեղատոմս դուրս գրողի հետ լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալու համար: Վերանայողը կլինի որևէ մեկը, ով չի մասնակցել առաջին որոշմանը:

**«Արագ բողոքարկման» վերջնաժամկետները**

- Արագ վերջնաժամկետներ կիրառելու դեպքում, մենք պետք է պատասխանենք ձեզ` ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի:
- Եթե մենք չենք պատասխանում 72 ժամվա ընթացքում, մենք ձեր հայցը կուղարկենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: 2-րդ մակարդակում Անկախ վերանայման մարմինը կվերանայի ձեր բողոքարկումը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect` 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY` 711), ժամը` 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում ձեզ ապահովագրություն տրամադրենք:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ կուղարկենք նամակ բացատրելով, թե ինչու ենք Ոչ ասել:

### «Ստանդարտ բողոքարկման» վերջնաժամկետները

- Եթե մենք կիրառում ենք ստանդարտ վերջնաժամկետներ, մենք պետք է ձեզ պատասխանենք ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, կամ ավելի շուտ, եթե ձեր առողջական վիճակը պահանջի: Եթե դուք կարծում եք, որ ձեր առողջությունը պահանջում է դա, ապա կարող եք խնդրել «արագ բողոքարկում»:
- Եթե մենք չենք պատասխանում 7 օրացուցային օրվա ընթացքում, մենք ձեր հայցը կուղարկենք 2-րդ մակարդակի բողոքարկման համար: 2-րդ մակարդակում Անկախ վերանայման մարմինը կվերանայի ձեր բողոքարկումը:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանն Այո է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ.
  - » Եթե մենք հաստատում ենք ապահովագրության մասին խնդրանքը, մենք պետք է ձեզ ապահովագրություն տրամադրենք այնքան արագ, որքան դա պահանջում է ձեր առողջությունը, բայց ոչ ուշ, քան ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում:
  - » Եթե մենք հաստատում ենք արդեն գնված դեղի համար փոխհատուցման խնդրանքը, մենք պետք է ձեզ ուղարկենք վճարումը ձեր բողոքարկման խնդրանքը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:
- ➔ **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է՝** ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք ձեզ կուղարկենք նամակ բացատրելով, թե ինչու ենք Ոչ ասել և ինչպես կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (ԿԿ՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Մաս 6.6. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում Դ մասի դեղերի համար

Եթե մենք Ոչ ասենք ձեր բողոքարկման որևէ մասին կամ ամբողջությամբ, ապա դուք կարող եք որոշել՝ արդյոք ընդունում եք մեր որոշումը կամ նա մեկ բողոքարկում եք ներկայացնում: Եթե որոշում եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել, ապա Անկախ վերանայման մարմինը (IRE) կվերանայի մեր որոշումը:

- Եթե ցանկանում եք, որ IRE-ը վերանայի ձեր դեպքը, ապա պետք է գրավոր կերպով բողոքարկում պահանջեք: 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը վերաբերվող մեր ուղարկված նամակում մենք կտեղեկացնենք ձեզ՝ ինչպես կարող եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրել:
- Երբ բողոքարկում եք IRE-ին, մենք նրանց կուղարկենք ձեր գործի ֆայլը: Դուք իրավունք ունեք մեզանից պահանջել ձեր գործի ֆայլի պատճենը՝ զանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 Բ.Մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

### **Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում**

Եթե ցանկանում եք, որ Անկախ վերանայման մարմինը վերանայի ձեր գործը, ապա պետք է գրավոր բողոքարկում ներկայացնեք:

Խնդրեք այն՝ բողոքարկվող որոշումը ստանալուց հետո **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**: Եթե հարգելի պատճառով բաց եք թողնում այդ վերջնաժամկետը, ապա դեռ կարող եք բողոքարկել:

Դուք, ձեր բժիշկը, այլ դեղատոմս դուրս գրողը կամ ձեր ներկայացուցիչը կարող եք 2-րդ մակարդակի բողոքարկում խնդրել:

Կարդացեք այս մասը՝ համոզվելու համար, որ որակավորվում եք արագ որոշման համար: Կարդացեք այն նաև որոշման վերջնաժամկետների մասին տեղեկություններ ստանալու համար:

- Դուք իրավունք ունեք IRE-ին տրամադրել հավելյալ տեղեկություններ ձեր բողոքարկումը հիմնավորելու համար:
- IRE-ը Medicare-ի կողմից վարձած անկախ կազմակերպություն է: Այն մեր ծրագրի հետ որևէ առնչություն չունի և չի հանդիսանում պետական գործակալություն:
- IRE-ի վերանայողներն ուշադիր կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկմանն առնչվող բոլոր տեղեկությունները: Այս կազմակերպությունը ձեզ նամակ կուղարկի՝ բացատրելով իրենց որոշումը:

*Դ մասի դեղի վերաբերյալ IRE-ն արվող բողոքարկման իրավական տերմինն է «վերանայում»:*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 Բ.Մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## 2-րդ մակարդակում «արագ բողոքարկման» վերջնաժամկետները

- Անկախ վերանայման մարմինից (IRE) խնդրեք «արագ բողոքարկում», եթե ձեր առողջությունը պահանջում է դա:
- Եթե IRE-ը համաձայնվում է տրամադրել ձեզ «արագ բողոքարկում», ապա այն պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ պատասխանը տրամադրի ձեզ բողոքարկման հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- Եթե IRE-ի պատասխանն Այո է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում հաստատենք կամ ձեզ դեղի ապահովագրություն տրամադրենք:

## 2-րդ մակարդակում «ստանդարտ բողոքարկման» վերջնաժամկետները

- Եթե դուք 2-րդ մակարդակում ներկայացնում եք ստանդարտ բողոքարկում, ապա Անկախ վերանայման մարմինը (IRE) պետք է 2-րդ մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ պատասխան տա ձեզ բողոքարկումը ստանալուց հետո 7 օրացուցային օրվա ընթացքում:
  - » Եթե IRE-ի պատասխանն **Այո** է՝ ձեր ներկայացված հայցի որևէ մասի համար կամ ամբողջությամբ, ապա մենք պետք է ձեր բողոքարկումը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում հաստատենք կամ ձեզ դեղի ապահովագրում տրամադրենք:
  - » Եթե IRE-ը հավանության է տալիս ձեր կողմից արդեն գնված դեղերի գումարի փոխհատուցմանը, ապա մենք պետք է վճարուժն ուղարկենք ձեզ որոշումը ստանալուց հետո 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

## Իսկ եթե՞ Անկախ վերանայման մարմինը Ոչ ասի ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկմանը:

Ոչ նշանակում է, որ Անկախ վերանայման մարմինը (IRE) համաձայն է մերձեցնելու որոշման հետ: Սա կոչվում է «որոշման պահպանում»: Սա նաև կոչվում է «ձեր բողոքարկման մերժում»:

Եթե ցանկանում եք անցնել 3-րդ մակարդակի բողոքարկումների գործընթացին, ապա ձեր կողմից պահանջվող դեղերի դոլարային արժեքը պետք է համապատասխանի որոշակի միջինում: Եթե դոլարային արժեքը նվազագույն մակարդակից քիչ է, դուք այլևս չեք կարող բողոքարկել: Եթե դոլարային արժեքը բավականին բարձր է, ապա դուք կարող եք խնդրել 3-րդ մակարդակի բողոքարկում: IRE-ի կողմից ուղարկված նամակը կտեղեկացնի ձեզ դոլարային արժեքի մասին, որն անհրաժեշտ է բողոքարկման գործընթացը շարունակելու համար:

## Մաս 7. Հիվանդանոցում ավելի երկար մնալու խնդրանք

Երբ ընդունվում եք հիվանդանոց, դուք իրավունք ունեք ստանալ ձեր բոլոր ապահովագրված հիվանդանոցային ծառայությունները, որոնք անհրաժեշտ են ձեր հիվանդությունը կամ վնասվածքը ախտորոշելու կամ բուժելու համար:

Հիվանդանոցում ապահովագրության գտնվելու ընթացքում ձեր բժիշկը և հիվանդանոցի անձնակազմն աշխատելու է ձեզ հետ՝ ձեզ հիվանդանոցից դուրս գրելու օրվան նախապատրաստելու ուղղությամբ: Նրանք նաև կօգնեն ձեզ կազմակերպել ձեր խնամքը, որի կարիքը դուք կարող եք ունենալ դուրս գրվելուց հետո:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- Հիվանդանոցից դուրս գրման օրը կոչվում է «դուրս գրման ամսաթիվ»:
- Ձեր բժիշկը կամ հիվանդանոցի անձնակազմը կտեղեկացնի՝ որն է ձեր դուրս գրման օրը:

Եթե կարծում եք, որ ձեզ խնդրում են դուրս գրվել հիվանդանոցից ժամանակից շուտ, ապա դուք կարող եք խնդրել ավելի երկար փսալ հիվանդանոցում: Այս մասը նկարագրում է խնդրանք ներկայացնելու եղանակները:

**Մաս 7.1. Ձեր Medicare իրավունքների ճանաչում**

Հիվանդանոց ընդունվելուց հետո երկու օրվա ընթացքում գործի աշխատողը կամ բուժքույրը ձեզ ծանուցագիր կտա, որը կոչվում է *Կարևոր հաղորդագրություն Medicare-ից ձեր իրավունքների մասին*: Եթե չեք ստանում ծանուցագիրը, խնդրեք այն հիվանդանոցի աշխատակիցներից որևէ մեկից: Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր, զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Կարող եք նաև զանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

Ուշադիր կարդացեք այս ծանուցագիրը և հարցեր տվեք, եթե չեք հասկանում: *Կարևոր հաղորդագրությունը* տեղեկացնում է ձեր՝ որպես հիվանդանոցային հիվանդի իրավունքները, ներառյալ ձեր իրավունքները:

- Ստացեք Medicare-ի կողմից ապահովագրված ծառայություններ հիվանդանոցում գտնվելու ընթացքում և դրանից հետո: Դուք իրավունք ունեք տեղեկացված լինել այն մասին, թե որոնք են այդ ծառայությունները, ով է վճարելու դրանց համար, և որտեղ կարող եք ստանալ դրանք:
- Մասնակցեք որոշումներին՝ ձեր հիվանդանոցում փսալու ստողության վերաբերյալ:
- Իմացեք՝ ուր ներկայացնել հիվանդանոցային խնամքի որակի վերաբերյալ ձեր մտահոգությունները:
- Բողոքարկեք, եթե կարծում եք, որ ձեզ հիվանդանոցից դուրս են գրում ժամանակից շուտ:
- Դուք պետք է ստորագրեք Medicare-ի ծանուցագիրը՝ հաստատելով, որ ստացել եք այն և հասկանում եք ձեր իրավունքները: Ծանուցագրի ստորագրելը չի նշանակում, որ համաձայն եք բժշկի կամ հիվանդանոցի անձնակազմի կողմից ձեզ ասված հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթվի հետ:

Պահեք ստորագրված ծանուցագրի ձեր պատճենը, որպեսզի ունենաք այնտեղ բերված տեղեկությունները, երբ դրանք ձեզ պետք զան:

- Ծանուցագրի պատճենը նախապես տեսնելու համար կարող եք զանգահարել Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Կարող եք նաև զանգահարել 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Չանգն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք: 209



Ծանուցագիրը կարող եք տեսնել նաև անցանց՝ <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNH/HospitalDischargeAppealNotices.html> հղումով:

- ➔ Եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր, խնդրում ենք զանգահարել մեր Անդամների ծառայությունների բաժին կամ Medicare վերոնշյալ հեռախոսահամարներով:

**Մաս 7.2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար**

Եթե ցանկանում եք, որ մենք ապահովագրենք ձեր հիվանդանոցային ծառայություններն ավելի երկար ժամանակով, ապա պետք է բողոքարկում խնդրեք: 1-ին մակարդակի բողոքարկման ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը՝ ստուգելու համար, արդյոք ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը բժշկական տեսակետից կիրառելի է ձեզ համար, թե ոչ: Կալիֆոռնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta

Հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար բողոքարկում ներկայացնելու համար զանգահարեք Livanta՝ 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668):

**Անմիջապես զանգահարեք:**

Զանգահարեք Որակի բարելավման կազմակերպությանը, **նախքան** հիվանդանոցը լքելը և ոչ ուշ, քան ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը: *Ձեր իրավունքների մասին Medicare-ի Կարևոր հաղորդագրությունը* պարունակում է տեղեկություն ինչպես կապ հաստատել Որակի բարելավման կազմակերպության հետ:

- Եթե զանգահարում ենք նախքան հեռանալը, ապա կարող եք մսալ հիվանդանոցում ձեր դուրս գրման ամսաթվից *հետո*՝ *առանց դրա համար վճարելու* այնքան ժամանակ, քանի դեռ սպասում եք ձեր բողոքարկման վերաբերյալ Որակի բարելավման կազմակերպության որոշմանը:
- Եթե *չեք* զանգահարում բողոքարկելու համար, և որոշում եք մսալ հիվանդանոցում ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից *հետո*, *հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել* ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից հետո ստացված հիվանդանոցային խնամքի բոլոր ծախսերը:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել հիվանդանոցից դուրսգրման ամսաթիվը փոխելու 1-ին մակարդակի բողոքարկում**

Զանգահարեք ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668) ու «արագ վերանայում» խնդրեք:

Զանգահարեք նախքան հիվանդանոցը լքելը և ոչ ուշ, քան ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվից:

- ➔ Եթե չհասցնեք բողոքարկել Որակի բարելավման կազմակերպությանը վերջնաժամկետի ընթացքում, ապա կարող եք դրա փոխարեն ներկայացնել բողոքարկում անմիջապես մեր ծրագրին: Տեսեք Մաս 7.4-ը 214 էջում մանրամասների համար:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- ➔ Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չուսուժաստիքի հիվանդանոցում փախու ձեր խնդրանքը, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքից (DMHC) Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել:

Մենք ցանկանում ենք համոզվել, որ դուք հասկանում եք, թե ինչ պետք է անեք և որոնք են վերջնաժամկետները:

- Անհրաժեշտության դեպքում օգնություն խնդրեք: Եթե հարցեր ունեք կամ ձեզ ցանկացած ժամանակ օգնություն է հարկավոր, գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Դուք կարող եք նաև գանգահարել Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP) 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով: Կամ կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

## Ի՞նչ է Որակի բարելավման կազմակերպությունը:

Այս կազմակերպությունը բժիշկների և առողջական խնամքի այլ մասնագետների խումբ է, որոնք վարձատրվում են դաշնային իշխանության կողմից: Այս փորձագետները մեր ծրագրի մաս չեն կազմում: Medicare-ը վճարում է կազմակերպությանը ստուգելու և օգնելու բարելավել Medicare ունեցող անձանց խնամքի որակը:

## «Արագ վերանայում» խնդրեք

Դուք պետք է Որակի բարելավման կազմակերպությունից խնդրեք դուրս գրման ամսաթվի «արագ վերանայում»: «Արագ վերանայում» խնդրելը նշանակում է, որ դուք կազմակերպությունից խնդրում եք ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն ձեր բողոքարկման համար կիրառել արագ վերջնաժամկետներ:

*«Արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «անհապաղ վերանայում»:*

## Ի՞նչ է կատարվում «արագ վերանայման» ընթացքում:

- Որակի բարելավման կազմակերպության առողջապահական վերանայողները կհարցնեն ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ապահովագրումը պետք է շարունակվի պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից հետո: Պարտադիր չէ որևէ գրություն պատրաստել, սակայն կարող եք անել դա, եթե ցանկանաք:
- Վերանայողները կնայեն ձեր բժշկական արձանագրությանը, կխոսեն ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն հիվանդանոցում փախու առնչվող տեղեկությունը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Դուք կստանաք ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը նշող նամակ մինչև վերանայողների կողմից մեզ ձեր բողոքարկման մասին տեղեկացմանը հաջորդող օրվա կեսօրը: Նամակը բացատրում է, թե ինչու են ձեր բժիշկը, հիվանդանոցը և մենք կարծում, որ ձեզ հենց այդ օրը դուրս գրելը ճիշտ է:

**Այս գրավոր բացատրության իրավական տերմինն է «Դուրս գրման մանրամասն ծանուցագիր»:** Կարող եք ստանալ նմուշը՝ գանգահարելով Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Կարող եք նաև գանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կարող եք տեսնել ծանուցագրի նմուշն առցանց՝ <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> կայքում:

**Իսկ եթե՞ պատասխանն Այո է:**

- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեր բողոքարկմանն **Այո** ասի, ապա մենք պարտավոր ենք տրամադրել ձեզ ապահովագրված հիվանդանոցային ծառայություններ այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:

**Իսկ եթե՞ պատասխանը Ոչ է:**

- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեր բողոքարկմանը **Ոչ** ասի, ապա նրանք ասում են, որ ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը բժշկական տեսակետից արդարացված է: Այս դեպքում ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների մեր ապահովագրությունն ավարտվում է Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր բողոքարկմանը տրված պատասխանին *հաջորդող* օրվա կեսօրին:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը ձեր բողոքարկմանը **Ոչ** ասի, իսկ դուք որոշեք մնալ հիվանդանոցում, ապա հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել հիվանդանոցում մնալու համար: Հիվանդանոցային խնամքի ծախսերը, որոնք պետք է վճարեք սկսում են Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր բողոքարկմանը տրված պատասխանին հաջորդող օրվա կեսօրից:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժել է ձեր բողոքարկումը, և դուք մտում եք հիվանդանոցում ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից հետո, ապա կարող եք ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում:

**Մաս 7.3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար**

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժել է ձեր բողոքարկումը, և դուք մտում եք հիվանդանոցում ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից հետո, ապա կարող եք ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում: Դուք կրկին պետք է կապ հաստատեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ և խնդրեք նա մեկ վերանայում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Դուք պետք է 2-րդ մակարդակի վերանայում խնդրեք Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը **Ոչ ասելուց հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում**: Դուք կարող եք վերանայում խնդրել միայն այն դեպքում, եթե փասցել եք հիվանդանոցում ձեր խնամքի ապահովագրման ավարտից հետո:

Կալիֆորնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta: Կարող եք զանգահարել Livanta **1-877-588-1123** հեռախոսահամարով (TTY՝ **1-855-887-6668**):

- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները ևս մեկ անգամ ուշադիր կուսուժնասիրեն ձեր բողոքարկմանը վերաբերող բոլոր տեղեկությունները:
- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները որոշում կկայացնեն **14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝** երկրորդ վերանայման ձեր խնդրանքը ստանալուց հետո:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել հիվանդանոցից դուրսգրման ամսաթիվը փոխելու 2-րդ մակարդակի բողոքարկում**

Զանգահարեք ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպություն **1-877-588-1123** հեռախոսահամարով (TTY՝ **1-855-887-6668**) և ևս մեկ վերանայում խնդրեք:

**Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե պատասխանն Այո է:**

- Մենք պետք է փոխհատուցենք ձեզ ծախսերի մեր բաժինը ձեր ստացված հիվանդանոցային խնամքի համար, որը ստացել եք ձեր առաջին բողոքարկման որոշման օրվան հաջորդող օրվա կեսօրից հետո: Մենք պարտավոր ենք շարունակել տրամադրել ձեզ հիվանդանոցային ստացիոնար խնամքի ապահովագրում այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է:
- Դուք պետք է շարունակեք վճարել ծախսերի ձեր բաժինը, և կարող են կիրառվել ապահովագրման սահմանափակումներ:

**Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե պատասխանը Ոչ է:**

Մա նշանակում է, որ Որակի բարելավման կազմակերպությունը համաձայն է 1-ին մակարդակի որոշման հետ ու չի փոխելու այն: Ձեր ստացված նամակը կտեղեկացնի ձեզ, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանաք շարունակել բողոքարկման գործընթացը:

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը մերժում է 2-րդ մակարդակի ձեր բողոքարկումը, ապա հնարավոր է, որ դուք ստիպված լինեք վճարել ձեր պլանավորված դուրսգրման ամսաթվից հետո հիվանդանոցում փախու ծախսերն ամբողջությամբ:

Հնարավոր է, որ դուք նաև կարողանաք DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում ձեր հիվանդանոցային այցը շարունակելու համար: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ **1-855-464-3571**

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը **8 a.m.-ից 8 p.m.-ը**, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Մաս 7.4. Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե բաց թողնեմ բողոքարկման վերջնաժամկետը:**

Եթե բաց եք թողնում բողոքարկելու վերջնաժամկետը, ապա գոյություն ունի 1-ին ու 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու մեկ այլ միջոց, որը կոչվում է Այլընտրանքային բողոքարկում: Սակայն *բողոքարկման առաջին երկու մակարդակները տարբեր են:*

**1-ին մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար**

Եթե նշված վերջնաժամկետում չհասցնեք դիմել Որակի բարելավման կազմակերպությանը, ապա դուք կարող եք մեզ ներկայացնել բողոքարկում՝ խնդրելով «արագ վերանայում»: Արագ վերանայումը բողոքարկման ձև է, որը ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն կիրառում է արագ վերջնաժամկետներ:

- Այս վերանայման ընթացքում մենք ուսումնասիրում ենք ձեր հիվանդանոցում փախու մասին բոլոր տեղեկությունները: Մենք ստուգում ենք, արդյոք հիվանդանոցից ձեր հեռանալու մասին որոշումը եղել է արդարացի ու հետևել է բոլոր կանոններին, թե ոչ:
- Այս վերանայման վերաբերյալ ձեզ պատասխանելու համար մենք կօգտագործենք արագ վերջնաժամկետները ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն: Սա նշանակում է, որ մենք որոշում ենք կայացնում «արագ վերանայման» ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:
- **Եթե մենք ձեր արագ վերանայմանն ասում ենք Այո**, ապա նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք, որ ձեզ դեռ անհրաժեշտ է հիվանդանոցում փախ դուրս գրման ամսաթվից հետո: Մենք կշարունակենք ապահովագրել ձեր հիվանդանոցային ծառայությունները այնքան ժամանակ, որքան դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսակետից:  
Դա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք փոխհատուցել ձեր ստացված այն խնամքի ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք ստացել եք այն օրվանից հետո, որը մենք հայտարարել ենք որպես ապահովագրման ավարտի օր:
- **Եթե մենք ձեր արագ վերանայմանն ասում ենք Ոչ**, նշանակում է՝ ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը բժշկական տեսակետից արդարացված էր: Ձեր ստացիոնար հիվանդանոցային ծառայությունների ապահովագրությունն ավարտվում է մեր կողմից նշված ավարտի օրը:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում**

Զանգահարեք մեր Անդամների ծառայությունների հեռախոսահամարով

Ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Խնդրեք հիվանդանոցի դուրս գրման ամսաթվի «արագ վերանայում»:

Մենք ձեզ կպատասխանենք 72 ժամվա ընթացքում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- » Եթե մտացել եք հիվանդանոցում ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից *հետո*, ապա հնարավոր է, որ **ստիպված լինեք վճարել** պլանավորված դուրս գրման ամսաթվից հետո ստացված խնամքի բոլոր ծախսերը:
- ➔ Համոզված լինելու համար, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ասել ենք **Ոչ** ձեր արագ վերանայմանը, մենք կուղարկենք ձեր բողոքարկումը «Անկախ վերանայման մարմնին»: Մա նշանակում է, որ դուք ավտոմատ կերպով անցնում եք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ:

**«Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «արագացված բողոքարկում»:**

**2-րդ մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթիվը փոխելու համար**

Մենք ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման տեղեկությունը կուղարկենք Անկախ վերանայման մարմնին (IRE)՝ ձեզ 1-ին մակարդակի որոշումը տալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե կարծում եք, որ մենք չեք պահպանում այս վերջնաժամկետը կամ այլ վերջնաժամկետներ, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել: Մաս 10-ը 225 էջում բացատրում է, թե ինչպես բողոք ներկայացնել:

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում IRE-ը վերանայում է մեր որոշումը, որը մենք կայացրել ենք ձեր «արագ վերանայմանը» **Ոչ** ասելիս: Այս կազմակերպությունն է որոշում, արդյոք մեր կողմից ընդունված որոշումը ենթակա է փոփոխման, թե ոչ:

- IRE-ը իրականացնում է ձեր բողոքարկման «արագ վերանայումը»: Վերանայողները սովորաբար պատասխանում են ձեզ 72 ժամվա ընթացքում:
- IRE-ը Medicare-ի կողմից վարձած անկախ կազմակերպություն է: Այն մեր ծրագրի հետ որևէ առնչություն չունի և չի հանդիսանում պետական գործակալություն:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 2-րդ մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում**

Ձեզ ոչինչ պետք չէ անել: Ծրագիրն ավտոմատ կերպով կուղարկի ձեր բողոքարկումն Անկախ վերանայման մարմնին:

- IRE-ի վերանայողներն ուշադիր կուսումնասիրեն հիվանդանոցից դուրս գրման վերաբերյալ ձեր բողոքարկմանն առնչվող բոլոր տեղեկությունները:
- Եթե IRE-ը ձեր բողոքարկմանն **Այո** է ասում, ապա մենք պետք է ձեզ փոխհատուցենք ձեր ստացված այն հիվանդանոցային խնամքի ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք ստացել եք սկսած պլանավորված դուրս գրման օրվանից: Մենք նաև պետք է շարունակենք մեր կողմից ձեր հիվանդանոցային ծառայությունների ապահովագրությունն այնքան ժամանակ, որքան դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսակետից:
- Եթե IRE-ը ձեր բողոքարկմանը **Ոչ** է ասում, ապա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են մեզ հետ և ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը բժշկական տեսակետից արդարացված էր:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



IRE-ի ուղարկած նամակը ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը: Այն ձեզ կտեղեկացնի 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանն անցնելու մանրամասների մասին, որը դիտարկվում է դատավորի կողմից:

Հնարավոր է, որ դուք նաև կարողանաք DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում ձեր հիվանդանոցային այցը շարունակելու համար: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել: Դուք կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել ի լրացում 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ դրա փոխարեն:

## Մաս 8. Ինչ անել, եթե ձեր տնային առողջապահական խնամքը, հմուտ բուժքույրական հաստատությունում մատուցվող խնամքը կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունները շատ շուտ են ավարտվում

Այս բաժինը խնամքի *միայն* հետևյալ երեք ձևերի մասին է.

- Տնային առողջապահական խնամքի ծառայություններ:
- Հմուտ բուժքույրական խնամք հմուտ բուժքույրական հաստատությունում:
- Վերականգնողական խնամք, որը դուք ստանում եք ամբուլատոր ձևով Medicare-ի կողմից հաստատված Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF): Սովորաբար դա նշանակում է, որ դուք բուժում եք ստանում հիվանդության կամ որևէ պատահարի համար, կամ վերականգնվում եք որևէ լուրջ վիրահատությունից հետո:
- ➔ Խնամքի այս երեք տեսակներից որևէ մեկը ստանալիս՝ դուք իրավունք ունեք պահպանել ձեր ապահովագրված ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ բժիշկն ասում է, որ այն ձեզ հարկավոր է:
- ➔ Երբ որոշենք դադարեցնել այս խնամքի ապահովագրումը, մենք ձեզ կտեղեկացնենք, նախքան ձեր ծառայությունների ավարտը: Երբ տվյալ խնամքի համար ձեր ապահովագրությունն ավարտվի, *մենք կդադարենք վճարել ձեր խնամքի համար:*

Եթե դուք կարծում եք, որ մենք ձեր խնամքի ապահովագրությունն ավարտում ենք ժամանակից շուտ, **ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը:** Այս բաժնում նկարագրվում է բողոքարկում ներկայացնելու ձևը:

### Մաս 8.1. Մենք ձեզ նախապես կտեղեկացնենք, թե երբ է ավարտվում ձեր ապահովագրությունը

- Դուք ծանուցագիր կստանաք առնվազն երկու օր առաջ՝ նախքան մենք կդադարեցնենք ձեր խնամքի համար վճարումը: Մա կոչվում է *Medicare-ի ապահովագրություն չիրականացնելու ծանուցագիր:*
- Գրավոր ծանուցագիրը կտեղեկացնի ձեզ, թե որ օրվանից ենք մենք դադարեցնելու ձեր խնամքի ապահովագրությունը:
- Գրավոր ծանուցագիրը նաև տեղեկացնում է ձեզ, թե ինչպես կարելի է բողոքարկել այս որոշումը:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





Դուք կամ ձեր ներկայացուցիչը պետք է ստորագրեք գրավոր ծանուցագիրը՝ ցույց տալու համար, որ ստացել եք այն: Ծանուցագիրը ստորագրելը չի նշանակում, որ դուք համաձայն եք ծրագրի այն որոշման հետ, որ ժամանակն է դադարեցնել խնամքի տրամադրումը:

Երբ ձեր ապահովագրությունն ավարտվի, մենք կդադարենք վճարել:

**Մաս 8.2. 1-ին մակարդակի բողոքարկում խնամքը շարունակելու համար**

Եթե կարծում եք, որ մենք ձեր խնամքի ապահովագրությունն ավարտում ենք ժամանակից շուտ, ապա կարող եք բողոքարկել մեր որոշումը: Այս բաժնում նկարագրվում է բողոքարկում ներկայացնելու ձևը:

Նախքան բողոքարկումը սկսելը՝ փորձեք հասկանալ, թե ինչ պետք է անեք և որոնք են վերջնաժամկետները:

- **Պահպանեք վերջնաժամկետները:** Վերջնաժամկետները կարևոր են: Համոզվեք, որ հասկանում և պահպանում եք ձեր կողմից կատարվող գործողությունների համար կիրառվող վերջնաժամկետները: Կան նաև վերջնաժամկետներ, որոնք պետք է պահպանվեն մեր ծրագրի կողմից: (Եթե կարծում եք, որ մենք չենք պահպանում մեր վերջնաժամկետները, ապա կարող եք գանգատ ներկայացնել: Մաս 10-ը 225 էջում նկարագրում է, թե ինչպես կարող եք գանգատ ներկայացնել:)

- **Օգնություն խնդրեք, եթե դրա կարիքը ունեք:** Եթե հարցեր ունեք կամ ձեզ ցանկացած ժամանակ օգնություն է հարկավոր, գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Կամ գանգահարեք ձեր Նահանգային առողջապահական ապահովագրության աջակցության ծրագիր՝ (213) 383-4519 հեռախոսահամարով, Լոս Անջելեսում՝ 1-800-824-0780 Լոս Անջելեսում՝ TTY (213) 251-7920.

**Առաջին հայացքից. Ինչպես 1-ին մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել խնդրելու ծրագրին շարունակել ձեր խնամքը**

Զանգահարեք ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668) և «արագ ընթացող վերանայում» խնդրեք:

Զանգահարեք, նախքան խնամքի գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելը կամ նախքան ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը:



1-ին մակարդակի բողոքարկման ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպությունը վերանայում է ձեր բողոքարկումը և որոշում է, արդյոք կփոխի մեր որոշումը, թե ոչ: Կալիֆոռնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta: Կարող եք զանգահարել Livanta՝ 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668): Որակի բարելավման կազմակերպությանը բողոքարկելու մասին տեղեկությունները կարող եք նույնպես գտնել *Medicare-ի ապահովագրություն չիրականացնելու ծանուցագրում*: Մա այն ծանուցագիրն է, որը ստացել եք, երբ մենք տեղեկացրեցինք ձեզ, որ դադարեցնելու ենք ձեր խնամքի ապահովագրումը:

**Ի՞նչ է Որակի բարելավման կազմակերպությունը:**

Այս կազմակերպությունը բժիշկների և առողջական խնամքի այլ մասնագետների խումբ է, որոնք վարձատրվում են դաշնային իշխանության կողմից: Այս փորձագետները մեր ծրագրի մաս չեն կազմում: Medicare-ը վճարում է կազմակերպությանը ստուգելու և օգնելու բարելավել Medicare ունեցող անձանց խնամքի որակը:

**Ի՞նչ պետք է դուք խնդրեք:**

Խնդրեք նրանցից «Արագ ընթացող բողոքարկում»: Մա անկախ վերանայում է պարզելու համար, թե արդյոք բժշկական տեսակետից արդարացված է, որ մենք դադարեցնենք ձեր ծառայությունների ապահովագրությունը:

**Ո՞րն է այս կազմակերպության հետ կապ հաստատելու ձեր վերջնաժամկետը:**

- Դուք պետք է կապ հաստատեք Որակի բարելավման կազմակերպության հետ *ձեր խնամքի ապահովագրումը դադարեցնելու մասին տեղեկացնող մեր գրավոր ծանուցագիրը ստանալուց հետո հաջորդող կեսօրից ոչ ուշ*:
- Եթե բաց եք թողնում ձեր բողոքարկման համար Որակի բարելավման կազմակերպության հետ կապվելու ժամկետը, ապա կարող եք ուղղակիորեն մեզ բողոքարկել: Բողոքարկման այս եղանակի մանրամասներին ծանոթանալու համար տեսեք Մաս 8.4-ը 221 էջում:
- Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունը չուսուժասիրի առողջական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը շարունակելու ձեր խնդրանքը, ապա հնարավոր է, որ կարողանաք Կալիֆոռնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքից (DMHC) Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել:

*Գրավոր ծանուցագրի իրավական տերմինն է «Medicare-ի չապահովագրության ծանուցագիր»: Նմուշի պատճենը ստանալու համար զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում կամ զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կամ տեսեք պատճենն առցանց այցելելով <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>*

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ք.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ի՞նչ է տեղի ունենում Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայման ժամանակ:**

- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները կհարցնեն ձեզ կամ ձեր ներկայացուցչին, թե ինչու եք կարծում, որ ծառայությունների ապահովագրումը պետք է շարունակվի: Պարտադիր չէ որևէ գրություն պատրաստել, սակայն կարող եք անել դա, եթե ցանկանաք:
- Երբ դուք բողոքարկում եք պահանջում, ծրագիրը պետք է նամակ գրի ձեզ և Որակի բարելավման կազմակերպությանը բացատրելով, թե ինչու պետք է ավարտվեն ձեր ծառայությունները:
- Վերանայողները նաև կնայեն ձեր բժշկական արձանագրությունները, կխոսեն ձեր բժշկի հետ և կվերանայեն հիվանդանոցի և մեր կողմից նրանց տրված տեղեկատվությունը:
- **Անհրաժեշտ բոլոր տեղեկություններն ունենալուց հետո մեկ օրվա ընթացքում վերանայողները կտան իրենց որոշումը:** Դուք այդ որոշումը բացատրող նամակ կստանաք:

*Ձեր ծառայությունների ավարտի մասին բացատրական նամակի իրավական տերմինն է «Չապահովագրման մանրամասն բացատրություն»:*

**Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե վերանայողների պատասխանն Այո է:**

- Եթե վերանայողներն ասում են **Այո** ձեր բողոքարկմանը, մենք պարտավոր ենք շարունակել ձեզ տրամադրել ձեր ապահովագրված ծառայություններն այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:

**Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե վերանայողների պատասխանը Ոչ է:**

- Եթե վերանայողներն ասում են **Ոչ** ձեր բողոքարկմանը, ապա ձեր ապահովագրությունն ավարտվում է մեր կողմից նշված օրը: Մենք կդադարենք վճարել այս խնամքի ծախսերի մեր բաժինը:
- Եթե դուք որոշում եք շարունակել ստանալ տնային առողջապահական խնամք, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամք կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայություններ ձեր ապահովագրության ժամկետի ավարտից հետո, ապա դուք ստիպված կլինեք վճարել այս խնամքի լրիվ արժեքն ինքնուրույն:



**Մաս 8.3. 2-րդ մակարդակի բողոքարկում խնամքը շարունակելու համար**

Եթե Որակի բարելավման կազմակերպությունն ասում է Ոչ ձեր բողոքարկմանը, և դուք որոշում եք շարունակել խնամք ստանալ խնամքի ապահովագրության ավարտից հետո, ապա դուք կարող եք ներկայացնել 2-րդ մակարդակի բողոքարկում:

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում Որակի բարելավման կազմակերպությունը ևս մեկ անգամ կուսուժասախրի 1-ին մակարդակի իրենց որոշումը: Եթե նրանք ասում են, որ համաձայն են 1-ին մակարդակի որոշման հետ, հնարավոր է, դուք ստիպված լինեք վճարել տանը մատուցվող առողջապահական խնամքի, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ Համակողմանի ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF) ծառայությունների լրիվ արժեքն այն օրվանից *հետո*, որը մենք նշել էինք որպես ապահովագրման ավարտ:

Կալիֆոռնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է *Livanta*: Կարող եք զանգահարել *Livanta* 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668): Դուք պետք է 2-րդ մակարդակի վերանայում խնդրեք Որակի բարելավման կազմակերպության կողմից ձեր 1-ին մակարդակի բողոքարկմանը Ոչ ասելուց հետո **60 օրացուցային օրվա ընթացքում**: Դուք կարող եք վերանայում խնդրել միայն այն դեպքում, եթե դուք շարունակել եք խնամք ստանալ խնամքի ապահովագրության ավարտի ամսաթվից հետո:

***Առաջին հայացքից. Ինչպես 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել խնդրելու ծրագրին ավելի երկար ապահովագրել ձեր խնամքը***

Զանգահարեք ձեր նահանգի Որակի բարելավման կազմակերպություն՝ 1-877-588-1123 հեռախոսահամարով (TTY՝ 1-855-887-6668) և ևս մեկ վերանայում խնդրեք:

Զանգահարեք՝ նախքան խնամքի գործակալությունը կամ հաստատությունը լքելը և նախքան ձեր պլանավորված դուրս գրման ամսաթիվը:

- Որակի բարելավման կազմակերպության վերանայողները ևս մեկ անգամ ուշադիր կուսուժասախրեն ձեր բողոքարկմանը վերաբերող բոլոր տեղեկությունները:
- Որակի բարելավման կազմակերպությունը որոշում կկայացնի 14 օրացուցային օրվա ընթացքում՝ բողոքարկման ձեր հայքը ստանալուց հետո:

**Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե վերանայող կազմակերպությունն ասում է Այո:**

- Մենք պետք է փոխհատուցենք ձեզ ձեր ստացված խնամքի ծախսերի մեր բաժինը սկսած այն ամսաթվից, որը մենք նշել էինք որպես մեր ապահովագրության ավարտ: Մենք պարտավոր ենք շարունակել ձեզ ապահովագրում տրամադրել խնամքի համար այնքան ժամանակ, քանի դեռ այն բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ է:



### Ի՞նչ տեղի կունենա, եթե վերանայող կազմակերպությունն ասում է Ոչ:

- Դա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերաբերյալ իրենց կայացրած որոշման հետ և չեն փոխի այն:
- Ձեր ստացված նամակը կտեղեկացնի ձեզ, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանաք շարունակել վերանայման գործընթացը: Այն ձեզ կտեղեկացնի 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանն անցնելու մանրամասների մասին, որը դիտարկվում է դատավորի կողմից:
- Հնարավոր է, որ դուք նաև կարողանաք DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում առողջապահական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը շարունակելու համար: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել: Դուք կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել ի լրացում 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ դրա փոխարեն:

### Մաս 8.4. Ի՞նչ անել, եթե բաց եք թողել 1-ին մակարդակի բողոքարկման վերջնաժամկետը:

Եթե բաց եք թողնում բողոքարկելու վերջնաժամկետը, ապա գոյություն ունի 1-ին ու 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնելու մեկ այլ միջոց, որը կոչվում է Այլընտրանքային բողոքարկումներ: Մակայն բողոքարկման առաջին երկու մակարդակները տարբեր են:

#### 1-ին մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում խնամքն ավելի երկար ժամանակով շարունակելու համար

Եթե նշված վերջնաժամկետում չհասցնեք դիմել Որակի բարելավման կազմակերպությանը, ապա դուք կարող եք մեզ ներկայացնել բողոքարկում՝ խնդրելով «արագ վերանայում»: Արագ վերանայումը բողոքարկման ձև է, որը ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն կիրառում է արագ վերջնաժամկետներ:

- Այս վերանայման ընթացքում մենք ուսումնասիրում ենք ձեր տնային առողջապահական խնամքի, հմուտ բուժքույրական հաստատության խնամքի կամ Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատությունում (CORF) ձեր ստացված խնամքի մասին բոլոր տեղեկությունները: Մենք ստուգում ենք՝ արդյոք ծառայությունների դադարեցման մասին որոշումը եղել է արդարացի ու հետևել է բոլոր կանոններին:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես ներկայացնել 1-ին մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում**

Զանգահարեք մեր Անդամների ծառայությունների հեռախոսահամարով ժամը՝ 8 a.m.-ից մինչև 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Խնդրեք ձեր «հիվանդանոցից դուրս գրման ամսաթվի արագ վերանայում»:

Մենք ձեզ կտեղեկացնենք մեր որոշման մասին 72 ժամվա ընթացքում:



- Այս վերանայման վերաբերյալ ձեզ պատասխանելու համար մենք կօգտագործենք արագ վերջնաժամկետները ստանդարտ վերջնաժամկետների փոխարեն: Մենք որոշում ենք կայացնում «արագ վերանայման» ձեր հայցը ստանալուց հետո 72 ժամվա ընթացքում:

- **Եթե մեր պատասխանն Այո է**, ձեր արագ վերանայմանը, նշանակում է՝ մենք համաձայն ենք շարունակել ձեզ տրամադրել ապահովագրված ծառայություններ այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ են:

Դա նաև նշանակում է, որ մենք համաձայն ենք փոխհատուցել ձեր ստացված այն խնամքի ծախսերի մեր բաժինը, որը դուք ստացել եք այն օրվանից հետո, որը մենք հայտարարել ենք որպես ապահովագրման ավարտի օր:

- **Եթե մեր պատասխանը Ոչ է** ձեր արագ վերանայմանը, ապա նշանակում է՝ ձեր ծառայությունների դադարեցումը բժշկական տեսակետից արդարացված էր: Ձեր ապահովագրությունն ավարտվում է մեր կողմից նշված օրը:

» Եթե դուք շարունակում եք ծառայություններ ստանալ մեր ասած դադարեցման ամսաթվից հետո, ապա **դուք պետք է վճարեք այդ ծառայությունների լրիվ արժեքը**:

➔ Համոզված լինելու համար, որ մենք հետևել ենք բոլոր կանոններին, երբ ասել ենք **Ոչ** ձեր արագ վերանայմանը, մենք կուղարկենք ձեր բողոքարկումը «Անկախ վերանայման մարմնին»: Մա նշանակում է, որ դուք ավտոմատ կերպով անցնում եք բողոքարկման գործընթացի 2-րդ մակարդակ:

*«Արագ վերանայման» կամ «արագ բողոքարկման» իրավական տերմինն է «արագացված բողոքարկում»:*

**2-րդ մակարդակի այլընտրանքային բողոքարկում խնամքն ավելի երկար ժամանակ շարունակելու համար**

Մենք ձեր 2-րդ մակարդակի բողոքարկման տեղեկությունը կուղարկենք Անկախ վերանայման մարմնին (IRE)՝ ձեզ 1-ին մակարդակի որոշումը տալուց հետո 24 ժամվա ընթացքում: Եթե կարծում եք, որ մենք չեք պահպանում այս վերջնաժամկետը կամ այլ վերջնաժամկետներ, ապա կարող եք բողոք ներկայացնել: Մաս 10-ը 225 էջում բացատրում է, թե ինչպես բողոք ներկայացնել:

2-րդ մակարդակի բողոքարկման ընթացքում **IRE-ը** վերանայում է մեր որոշումը, որը մենք կայացրել ենք ձեր «արագ վերանայմանը» **Ոչ** ասելիս: Այս կազմակերպությունն է որոշում, արդյոք մեր կողմից ընդունված որոշումը ենթակա է փոփոխման, թե ոչ:

- IRE-ը իրականացնում է ձեր բողոքարկման «արագ վերանայումը»: Վերանայողները սովորաբար պատասխանում են 72 ժամվա ընթացքում:

**Առաջին հայացքից. Ինչպես 2-րդ մակարդակի բողոքարկում ներկայացնել պահանջելու ծրագրից շարունակել ձեր խնամքը**

Ձեզ ոչինչ պետք չէ անել: Ծրագիրն ավտոմատ կերպով կուղարկի ձեր բողոքարկումն Անկախ վերանայման մարմնին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- IRE-ը Medicare-ի կողմից վարձած անկախ կազմակերպություն է: Այն մեր ծրագրի հետ որևէ առնչություն չունի և չի հանդիսանում պետական գործակալություն:
- IRE-ի վերանայողներն ուշադիր կուսումնասիրեն ձեր բողոքարկմանն առնչվող բոլոր տեղեկությունները:
- **Եթե IRE-ն ասում է Այո** ձեր բողոքարկմանը, ապա մենք պետք է ձեզ փոխհատուցենք խնամքի ծախսերի մեր բաժինը: Մենք նաև պետք է շարունակենք մեր կողմից ձեր ծառայությունների ապահովագրումն այնքան ժամանակ, որքան դա անհրաժեշտ է բժշկական տեսակետից:
- **Եթե IRE-ն ասում է Ոչ** ձեր բողոքարկմանը, ապա նշանակում է, որ նրանք համաձայն են մեզ հետ, որ ծառայությունների ապահովագրման դադարեցումը բժշկական տեսակետից արդարացիված էր:

IRE-ի ուղարկած նամակը ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը: Այն ձեզ կտեղեկացնի 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանն անցնելու մանրամասների մասին, որը դիտարկվում է դատավորի կողմից:

Հնարավոր է, որ դուք նաև կարողանաք DMHC-ից խնդրել Անկախ բժշկական վերանայում առողջապահական խնամքի ծառայությունների ապահովագրումը շարունակելու համար: Խնդրում ենք անցնել Մաս 5.4 189 էջում պարզելու համար, թե ինչպես կարող եք DMHC-ից Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել: Դուք կարող եք Անկախ բժշկական վերանայում խնդրել ի լրացում 3-րդ մակարդակի բողոքարկմանը կամ դրա փոխարեն:

## Մաս 9. Ձեր բողոքարկումը 2-րդ մակարդակից վեր տեղափոխելը

### Մաս 9.1. Medicare ծառայությունների և պարագաների համար արվող հաջորդ քայլերը

Եթե դուք Medicare ծառայությունների և պարագաների համար անցել եք բողոքարկման 1-ին ու 2-րդ մակարդակները, և ձեր երկու բողոքարկումները մերժվել են, ապա հնարավոր է դուք իրավունք ունենաք բողոքարկման լրացուցիչ մակարդակների մասնակցել: Անկախ վերանայման մարմնի նամակը ձեզ կտեղեկացնի, թե ինչ կարող եք անել, եթե ցանկանում եք շարունակել վերանայման գործընթացը:

3-րդ մակարդակի բողոքարկման գործընթացը լսվում է Վարչական օրենքի դատավորի (անգլերեն հապավումը՝ ALJ) կողմից: Եթե ցանկանում եք, որ ALJ-ն դիտարկի ձեր գործը, ապա ձեր խնդրած պարագան կամ ծառայությունը պետք է համապատասխանեն նվազագույն դոլարային արժեքի պահանջին: Եթե դոլարային արժեքը նվազագույն մակարդակից քիչ լինի, ուրեմն դուք ավելի բարձր մակարդակներում չեք կարողանա բողոքարկում ներկայացնել: Եթե դոլարային արժեքը բավականին բարձր է, ապա դուք կարող եք խնդրել ALJ-ին լսել ձեր բողոքարկումը:

Եթե համաձայն չեք ALJ-ի որոշման հետ, ապա կարող եք գնալ Medicare-ի բողոքարկումների խորհուրդ: Դրանից հետո, հնարավոր է, որ դուք իրավունք ունենաք ձեր բողոքարկումը ներկայացնել դաշնային դատարանում:

Եթե այս բողոքարկումներ գործընթացի որևէ պահի ձեզ օգնություն հարկավոր լինի, կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Մաս 9.2. Medi-Cal ծառայությունների և պարագաների համար արվող հաջորդ քայլերը**

Դուք ունեք բողոքարկման այլ իրավունքներ, եթե ձեր բողոքարկումը Medi-Cal-ի կողմից ապահովագրված ծառայությունների կամ պարագաների մասին է: Եթե համաձայն չեք Նահանգային լսման որոշման հետ ու ցանկանում եք, որ մեկ այլ դատավոր վերանայի այն, ապա կարող եք կրկնակի լսում խնդրել և/կամ դատական վերանայում խնդրել:

Կրկնակի լսում պահանջելու համար փոստով ուղարկեք գրավոր խնդրանք (նամակ) այստեղ.

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

Այս նամակը պետք է ուղարկվի որոշումը ստանալուց հետո 30 օրվա ընթացքում: Վերջնաժամկետը կարող է երկարացվել մինչև 180 օր, եթե դուք հարգելի պատճառ ունենաք:

Կրկնակի լսման հայցում նշեք որոշման ստացման ամսաթիվն ու ինչու է ձեզ պետք կրկնակի լսում: Եթե ցանկանում եք լրացուցիչ փաստեր ներկայացնել, ապա նկարագրեք այդ լրացուցիչ փաստերն ու բացատրեք, թե ինչու դրանք չէին ներկայացվել նախկինում, ու ինչպես դրանք կարող են փոխել որոշումը: Կարող եք դիմել Իրավական ծառայություններ օգնության համար:

Դատական վերանայում խնդրելու համար դուք պետք է խնդրագիր ներկայացնեք Վերադաս դատարան (ըստ Քաղաքացիական կողմի ընթացակարգերի մաս 1094.5-ի) որոշումը ստանալուց հետո մեկ տարվա ընթացքում: Խնդրագիր ներկայացրեք այն վարչաշրջանի Վերադաս դատարան, որը նշված է ձեր որոշման մեջ: Կարող եք այդ խնդրագիրը ներկայացնել՝ առանց կրկնակի լսում խնդրելու: Դրա համար վճարներ չեն գանձվում: Հնարավոր է, դուք փաստաբանի որոշակի վարձերի ու ծախսերի փոխհատուցման իրավունք ստանաք, եթե Դատարանի վերջնական որոշումը լինի ձեր օգտին:

Եթե տեղի է ունեցել կրկնակի լսում, ու դուք համաձայն չեք դրա որոշման հետ, ապա կարող եք դատական վերանայում պահանջել, սակայն չեք կարող ևս մեկ կրկնակի լսում խնդրել:





## Մաս 10. Ինչպես գանգատ ներկայացնել

### Ինչպիսի՞ խնդիրների համար է գանգատ ներկայացվում:

Գանգատի գործընթացն օգտագործվում է միայն որոշ տեսակի խնդիրների դեպքում, ինչպես օրինակ՝ խնամքի որակի, սպասելու ժամանակի ու հաճախորդների սպասարկման հետ կապված խնդիրներ: Ահա գանգատի գործընթացի միջոցով լուծվող խնդիրների օրինակներ:

#### Որակի վերաբերյալ գանգատներ

- Դուք դժգոհ եք խնամքի որակից, օրինակ՝ հիվանդանոցում ստացված խնամքից:

#### Գաղտնիության վերաբերյալ գանգատներ

- Կարծում եք, ինչ-որ մեկը չի պահպանել ձեր գաղտնիության իրավունքը կամ տարածել է ձեր մասին գաղտնի տեղեկություն:

#### Հաճախորդների վատ սպասարկման վերաբերյալ գանգատներ

- Առողջական խնամքի մատակարարը կամ անձնակազմը ձեզ հետ կոպիտ է վարվել կամ ցուցաբերել է անհարգալից վերաբերմունք:
- Health Net Cal MediConnect-ի անձնակազմը ձեզ վատ է վերաբերվել:
- Ձեզ թվում է, որ ձեզ դրդում են լքել ծրագիրը:

#### Մատչելիության վերաբերյալ գանգատներ

- Դուք ֆիզիկապես չեք կարողանում հասնել առողջական խնամքի ծառայություններին ու հաստատություններին բժշկի կամ մատակարարի գրասենյակում:
- Ձեր մատակարարը ձեզ անհրաժեշտ ողջամիտ պայմաններ չի տրամադրում, ինչպես օրինակ՝ ամերիկայյն նշանների լեզվի թարգմանիչ:

#### Սպասման ժամանակի վերաբերյալ գանգատներ

- Դուք խնդիրներ ունեք այց ձեռք բերելու հետ կապված, կամ դուք շատ երկար եք սպասել այն ստանալու համար:
- Բժիշկները, դեղագործները կամ այլ առողջապահական մասնագետները, կամ Անդամների ծառայությունների բաժինը, կամ ծրագրի այլ աշխատակիցներ ստիպել են ձեզ չափից երկար սպասել:

### Առաջին հայացքից. Ինչպես գանգատ ներկայացնել

Կարող եք ներքին գանգատ ներկայացնել մեր ծրագրին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնել մեր ծրագրի հետ չառնչվող կազմակերպությանը:

Զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին կամ մեզ նամակ ուղարկեք ներքին գանգատ ներկայացնելու համար:

Արտաքին գանգատներով կարող են զբաղվել մի շարք կազմակերպություններ: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կարդացեք Մաս 10.2-ը 228 էջում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Մաքրության վերաբերյալ գանգատներ**

- Դուք կարծում եք, որ կլինիկան, հիվանդանոցը կամ բժշկի սենյակը մաքուր չեն:

**Լեզվի մատչելիության վերաբերյալ գանգատներ**

- Ձեր բժիշկը կամ մատակարարը ձեզ թարգմանիչ չեն տրամադրել այցելության ժամանակ:

**Մեզ հետ հաղորդակցության վերաբերյալ գանգատներ**

- Կարծում եք, որ մենք ձեզ չենք ուղարկել ծանուցագր կամ նամակ, որը դուք պետք է ստանայիք:
- Կարծում եք, որ ձեզ ուղարկված գրավոր տեղեկությունը դժվար է հասկանալ:

**Ապահովագրության որոշումների կամ բողոքարկումների վերաբերյալ մեր գործողությունների ժամանակին իրավանցման վերաբերյալ գանգատներ**

- Կարծում եք, որ մենք ժամանակին չենք կայացնում ապահովագրության որոշումը կամ պատասխանում ձեր բողոքարկմանը:
- Կարծում եք, որ ապահովագրում կամ ձեր օգտին ապահովագրման որոշում ստանալուց հետո, մենք ժամանակին չենք տրամադրում ձեզ ծառայությունը կամ փոխհատուցումը որոշ բժշկական ծառայությունների համար:
- Կարծում եք, որ մենք ժամանակին չենք ուղարկել ձեր գործն Անկախ վերանայման մարմնին:

**«Գանգատի» իրավական տերմինն է «բողոք»:**

**«Գանգատ ներկայացնելու» իրավական տերմինն է «բողոք հարուցել»:**

**Ունեք արդյո՞ք այլ գանգատներ:**

**Այո:** Կարող եք ներքին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնել: Ներքին գանգատը ներկայացվում և վերանայվում է մեր ծրագրի կողմից: Արտաքին գանգատը ներկայացվում և վերանայվում է մեր ծրագրին չառնչվող կազմակերպության կողմից: Եթե ներքին և/կամ արտաքին գանգատ ներկայացնելու համար ձեզ օգնություն է հարկավոր, կարող եք գանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով:

**Մաս 10.1. Ներքին գանգատներ**

Ներքին գանգատ ներկայացնելու համար գանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Կարող եք գանգատ ներկայացնել ցանկացած ժամանակ, եթե միայն այն Դ մասի դեղի վերաբերյալ չէ: Եթե գանգատը Դ մասի դեղին է վերաբերվում է, ապա պետք է ներկայացնեք ձեր կողմից խնդիր առաջանալուց, որի մասին ցանկանում եք գանգատ ներկայացնել **60 օրացուցային օրվա ընթացքում:**

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Եթե կան այլ բաներ, որոնք դուք պետք է անեք, Անդամների ծառայությունների բաժինը ձեզ կտեղեկացնի այդ մասին:
- Կարող եք նաև գրի առնել ձեզ գանգատն ու այն մեզ ուղարկել: Եթե դուք ներկայացնեք գրավոր գանգատ, մենք կպատասխանենք ձեր գանգատին գրավոր կերպով:

Մենք պետք է ծանուցենք ձեզ մեր որոշման մասին այնքան արագ, որքան որ պահանջում է ձեր գործը՝ ելնելով ձեր առողջական վիճակից, սակայն ձեր գրավոր գանգատը ստանալուց հետո ոչ ուշ, քան 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մեզ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր, ու մենք որոշում չենք կայացնում 30 օրվա ընթացքում, ապա մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք այդ մասին ու կտանք ձեր հայցի կարգավիճակի մասին տեղեկություն ու պատասխանի ակնկալվող ժամանակը: Օրինակ, մենք կտեղեկացնենք ձեզ, որ Medicare-ին վերաբերվող գանգատը կարող է արագացվել միայն մինչև 14 օրացուցային օր: Որոշակի դեպքերում դուք իրավունք ունեք խնդրել ձեր գանգատի արագ վերանայում: Սա կոչվում է «արագ գանգատի» գործընթաց: Դուք ձեր գանգատի արագ վերանայման իրավունք ունեք, եթե չեք համաձայնվում մեր որոշման հետ հետևյալ իրավիճակներում.

- Մենք մերժում ենք բժշկական խնամքի կամ Դ մասի դեղերի մասին հայցի արագ վերանայման ձեր խնդրանքը:
  - Մենք մերժում ենք մերժված ծառայությունների կամ Դ մասի դեղերի բողոքարկման արագ վերանայման ձեր խնդրանքը:
  - Մենք որոշում ենք, որ անհրաժեշտ է լրացուցիչ ժամանակ բժշկական խնամքի ձեր խնդրանքը վերանայելու համար:
  - Մենք որոշում ենք, որ անհրաժեշտ է լրացուցիչ ժամանակ վերանայելու համար մերժված բժշկական խնամքի ձեր բողոքարկումը:
  - Եթե ձեր խնդիրը հրատապ է և վերաբերվում է ձեր առողջությանը անմիջապես ու լուրջ վտանգին:
- Medicare Դ մասին վերաբերվող գանգատները պետք է ներկայացվեն ձեր խնդրից հետո 60 օրացուցային օրվա ընթացքում: Բոլոր այլ գանգատները պետք է ներկայացնեք մեզ կամ մատակարարին ձեզ չբավարարող միջադեպի կամ գործողության ամսաթվից հետո 180 օրացուցային օրվա ընթացքում:
  - Եթե մենք չենք կարողանում լուծել ձեր գանգատը հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում, ապա ձեզ նամակ կուղարկենք ձեր բողոքը ստանալուց հետո 5 օրացուցային օրվա ընթացքում, և այն կտեղեկացնի ձեզ, որ մենք ստացել ենք ձեր նամակը:

Եթե գանգատ եք ներկայացնում այն պատճառով, որ մենք մերժել ենք «արագ ապահովագրության որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» ձեր խնդրանքը, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ «արագ գանգատ» կտանք ու կպատասխանենք ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում: Եթե ձեր խնդիրը հրատապ է և վերաբերվում է ձեր առողջությանը անմիջապես ու լուրջ վտանգին, ապա կարող եք «արագ գանգատ» խնդրել, ու մենք կպատասխանենք ձեզ 72 ժամվա ընթացքում:

**«Արագ գանգատի» իրավական տերմինն է «արագացված բողոք»:**

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Հնարավորության դեպքում, մենք անմիջապես կպատասխանենք ձեզ: Եթե դուք գանգահարում եք մեզ և ներկայացնում գանգատը, հնարավոր է, որ մենք կարողանանք պատասխանել ձեզ հենց հեռախոսագանգի ընթացքում: Եթե ձեր առողջական վիճակը մեզանից պահանջում է արագ պատասխան, մենք կանենք դա:

- Մենք պատասխանում ենք գանգատների մեծ մասին 30 օրացուցային օրվա ընթացքում: Եթե մենք որոշում չենք կայացնում 30 օրվա ընթացքում, քանի որ մեզ լրացուցիչ տեղեկություններ են հարկավոր, մենք ձեզ գրավոր կտեղեկացնենք այդ մասին: Մենք նաև կտրամադրենք ձեր հայցի կարգավիճակի մասին տեղեկություն ու պատասխանի ակնկալվող ժամանակը:
- Եթե գանգատ եք ներկայացնում այն պատճառով, որ մենք մերժել ենք «արագ ապահովագրության որոշման» կամ «արագ բողոքարկման» ձեր խնդրանքը, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ «արագ գանգատ» կտանք ու կպատասխանենք ձեր բողոքին 24 ժամվա ընթացքում:
- Եթե դուք գանգատ եք ներկայացնում այն պատճառով, որ մենք երկար ժամանակ ենք որոշում կայացրել կամ բողոքարկումն ուսուժասիրել, մենք ավտոմատ կերպով ձեզ «արագ գանգատ» կտանք ու կպատասխանենք ձեր գանգատին 24 ժամվա ընթացքում:

**Եթե մենք համաձայն չենք** ձեր գանգատի մի մասի կամ ամբողջ գանգատի հետ, ապա մենք կտեղեկացնենք ձեզ այդ մասին, ինչպես նաև մեր պատճառների մասին: Մենք կպատասխանենք՝ արդյոք համաձայն ենք գանգատի հետ, թե ոչ:

## Մաս 10.2. Արտաքին գանգատներ

### Դուք կարող եք Medicare-ին տեղեկացնել ձեր գանգատի մասին

Դուք կարող եք ուղարկել ձեր գանգատը Medicare-ին: Medicare-ի գանգատի ձևաթուղթը կարող եք գտնել այստեղ <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx> :

Medicare-ը լրջորեն է վերաբերվում ձեր գանգատներին և օգտագործում է այս տեղեկությունը Medicare ծրագրի որակը բարելավելու համար:

Եթե դուք ունեք այլ կարծիք կամ մտահոգություններ, կամ, եթե գտնում եք, որ ծրագիրը ձեր խնդիրներին չի արձագանքում, խնդրում ենք գանգահարել 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY/TDD օգտագործողները կարող են գանգահարել 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

### Դուք կարող եք Medi-Cal-ին տեղեկացնել ձեր գանգատի մասին

Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը նույնպես օգնում է չեզոք տեսակետից խնդիրները լուծել, որպեսզի համոզվի, որ մեր անդամները ստանում են բոլոր ապահովագրված ծառայությունները, որոնք մենք պետք է տրամադրենք: Cal MediConnect Ombuds ծրագիրը որևէ կերպ կապված չէ մեր և կամ այլ ապահովագրական ընկերության կամ առողջապահական ծրագրի հետ:

Cal MediConnect Ombuds ծրագրի հեռախոսահամարն է 1-855-501-3077: Այս ծառայություններն անվճար են:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### **Դուք կարող եք տեղեկացնել Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքին ձեր գանգատի մասին**

Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքը (անգլերեն հապավումը՝ DMHC) պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կարգավորելու համար: Դուք կարող եք գանգահարել DMHC Օգնության կենտրոն Medi-Cal ծառայությունների խնդիրների հետ կապված օգնության համար: Դուք կարող եք դիմել DMHC, եթե ձեզ օգնություն է հարկավոր արտակարգ իրավիճակի խնդրի հետ, եթե դուք համաձայն չեք ձեր գանգատի վերաբերյալ Health Net Cal MediConnect-ի որոշման հետ, կամ եթե Health Net Cal MediConnect-ը չի լուծել ձեր խնդիրը 30 օրացուցային օրվա ընթացքում:

Ահա Օգնության կենտրոնից օգնություն ստանալու երկու տարբերակները.

- Զանգահարեք 1-888-HMO-2219 հեռախոսահամարով: Խույ՛, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող անձինք կարող են օգտվել անվճար TDD համարից՝ 1-877-688-9891: Զանգն անվճար է:
- Այցելեք Ղեկավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունքի կայքը՝ (<http://www.hmohelp.ca.gov>):

### **Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ**

Դուք կարող եք գանգատ ներկայացնել Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ, եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ արդարացի չեն վարվել: Օրինակ, կարող եք գանգատ ներկայացնել հաշմանդամության մատչելիության կամ լեզվական աջակցության մասին: Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի հեռախոսահամարն է՝ 1-800-368-1019: TDD օգտագործողները պետք է գանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել նաև <http://www.hhs.gov/ocr/office/> կայքում:

Կարող եք նաև կապ հաստատել տեղային Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի հետ հետևյալ հասցեով՝

Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
Հեռախոսահամար՝ 1-800-368-1019  
Ֆաքս՝ 1-202-619-3818  
TDD 1-800-537-7697

Հնարավոր է, որ դուք նաև իրավունքներ ունենաք Հաշմանդամություն ունեցող ամերիկացիների ակտի և Սոսի քաղաքացիական իրավունքների ակտի շրջանակներում: Կարող եք դիմել Cal MediConnect Ombuds ծրագրի օգնության համար: Հեռախոսահամարն է՝ 1-855-501-3077:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### **Պուք կարող եք գանգատ ներկայացնել Որակի բարելավման կազմակերպությանը**

Երբ ձեր գանգատը *խնամքի որակի* մասին է, դուք ունեք ևս երկու տարբերակ.

- Եթե դուք նախընտրում եք, կարող եք ստացված խնամքի որակի վերաբերյալ գանգատ ներկայացնել անմիջապես Որակի բարելավման կազմակերպությանը (*անանց* մեզ գանգատ ներկայացնելու):
- Կամ կարող եք խնամքի որակի վերաբերյալ գանգատ ներկայացնել մեզ **և** Որակի բարելավման կազմակերպությանը: Եթե դուք գանգատ եք ներկայացնում այս կազմակերպությանը, մենք կաշխատենք նրանց հետ համատեղ՝ լուծելու համար ձեր խնդիրը:

Որակի բարելավման կազմակերպությունն աշխատող բժիշկների և այլ առողջական խնամքի մասնագետների խումբ է, որը վարձատրվում է դաշնային կառավարության կողմից՝ Medicare-ի հիվանդներին մատուցվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար:

Կալիֆոռնիայում Որակի բարելավման կազմակերպությունը կոչվում է Livanta: Livanta-ի հեռախոսահամարն է՝ **1-877-588-1123 (TTY՝ 1-855-887-6668)**:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ջանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 10. Ձեր անդամակցության դադարեցումը մեր Cal MediConnect ծրագրին

### Բովանդակություն

- Ներածություն ..... 233
- A. Ե՞րբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին: ..... 233
- B. Ինչպե՞ս եք դադարեցնում ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին ..... 234
- C. Ինչպե՞ս եք միանում մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին ..... 234
- D. Եթե հեռանում եք մեր ծրագրից և չեք ցանկանում մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին միանալ, ինչպե՞ս եք ստանալու ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները ..... 235
  - Ինչպես եք ստանալու Medicare ծառայությունները ..... 235
  - Ինչպես եք ստանալու Medi-Cal ծառայությունները ..... 237
- E. Մինչև մեր Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցության ավարտը, դուք շարունակելու եք բժշկական ծառայություններ ու դեղեր ստանալ մեր ծրագրի միջոցով ..... 238
- F. Մեր Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցությունը կավարտվի որոշ դեպքերում ..... 238
- G. Մենք չենք կարող խնդրել ձեզ հեռանալ մեր Cal MediConnect ծրագրից ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով ..... 240
- H. Դուք գանգատ ներկայացնելու իրավունք ունեք, եթե մենք դադարեցնում ենք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին ..... 240
- I. Որտեղի՞ց կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ծրագրին ձեր անդամակցության դադարեցման մասին ..... 240

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք գանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (ԴԴՄ՝ 711), ժամը՝ 8 ա.մ.-ից 8 ր.մ.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: 231

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ներածություն

Այս գլուխը պատմում է մեր Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցության դադարեցման տարբերակների, ինչպես նաև ծրագիրը լքելուց հետո ձեր առողջական ապահովագրության տարբերակների մասին: Եթե դուրս եք գալիս մեր ծրագրից, դուք շարունակում եք մնալ Medicare ու Medi-Cal ծրագրերում, քանի դեռ իրավասու եք:

## A. Ե՞րբ կարող եք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին:

Դուք կարող եք դադարեցնել Health Net Cal MediConnect-ին ձեր անդամակցությունը ցանկացած պահի: Ձեր անդամակցությունը սովորաբար ավարտվում է ծրագրեր փոխելու ձեր հայրը ստանալու ամսվա վերջին օրը: Օրինակ, եթե մենք ստացել ենք ձեր հայրը հունվարի 18-ին, ապա ձեր անդամակցությունը կավարտվի հունվարի 31-ին: Ձեր նոր ապահովագրությունը կսկսվի հաջորդ ամսվա առաջին օրվանից:

Երբ դուք ավարտեք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին, դուք կանդամագրվեք Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող ձեր կողմից ընտրված ծրագրի՝ ձեր Medi-Cal ծառայությունների համար, եթե իհարկե չընտրեք մեկ այլ Cal MediConnect ծրագիր: Դուք կարող եք նաև ընտրել ձեր Medicare անդամագրման տարբերակները, երբ դադարեցնում եք մեր ծրագրին ձեր անդամակցությունը:

- ➔ Cal MediConnect ծրագրից հեռանալուց հետո Medicare տարբերակների մասին տեղեկությունների համար տեսեք 234 էջի աղյուսակը:
- ➔ Cal MediConnect ծրագրից հեռանալուց հետո Medi-Cal ծառայությունների մասին տեղեկությունների համար տեսեք 234 էջը:

Մրանք այն տարբերակներն են, որոնց միջոցով կարող եք ստանալ անդամակցությունը դադարեցնելու մասին տեղեկություն.

- Ձանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է:
- Ձանգահարեք Առողջական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 am-ից մինչև 5:00 pm-ը: TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Ձանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջապահական ապահովագրման խորհրդակցության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> կայքը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:





- Ձանգահարեք Cal MediConnect Ombuds ծրագիր՝ 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914 հեռախոսահամարով:
- Ձանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

## B. Ինչպե՞ս եք դադարեցնում ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին

Եթե որոշեք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, ապա տեղեկացրեք Medi-Cal-ին կամ Medicare-ին, որ ցանկանում եք հեռանալ Health Net Cal MediConnect-ից.

- Ձանգահարեք Առողջական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով, ԿԱՄ
- Ձանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները (խուլ, լսողության կամ խոսքի խնդիրներ ունեցող մարդիկ) պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Երբ զանգահարում եք 1-800-MEDICARE, կարող եք նաև անդամագրվել Medicare-ի մեկ այլ առողջապահական կամ դեղորայքի ծրագրին: Մեր ծրագրից հեռանալուց հետո ձեր Medicare ծառայությունների մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար տեսեք 234 էջի աղյուսակը:

## C. Ինչպե՞ս եք միանում մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին

Եթե ցանկանում եք ստանալ ձեր Medicare-ի ու Medi-Cal-ի նպաստները միասին մեկ ծրագրի միջոցով, ապա կարող եք միանալ մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին:

Մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին անդամագրվելու համար.

- Ձանգահարեք Առողջական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Տեղեկացրեք նրանց, որ ցանկանում եք հեռանալ Health Net Cal MediConnect-ից ու միանալ մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին: Եթե վստահ չեք, թե որ ծրագրին եք ցանկանում միանալ, նրանք կարող են տեղեկացնել ձեր տարածքում առկա այլ ծրագրերի մասին:

Health Net Cal MediConnect-ի ձեր ապահովագրումը կավարտվի ձեր հայցը ստանալու ամսվա վերջին օրը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Ձանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## D. Եթե հեռանում եք մեր ծրագրից և չեք ցանկանում մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին միանալ, ինչպե՞ս եք ստանալու ձեր Medicare և Medi-Cal ծառայությունները

Եթե չեք ցանկանում անդամագրվել մեկ այլ Cal MediConnect ծրագրին Health Net Cal MediConnect-ից հեռանալուց հետո, ապա դուք կսկսեք ստանալ Medicare և Medi-Cal ծառայություններն առանձին:

### Ինչպե՞ս եք ստանալու Medicare ծառայությունները

Դուք կարող եք ընտրել, թե ինչպե՞ս եք ցանկանում ստանալ Medicare ծառայությունները:

Medicare ծառայությունները ստանալու երեք տարբերակ ունեք: Այս տարբերակներից մեկն ընտրելով՝ դուք ավտոմատ կերպով կդադարեցնեք ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին:

<p><b>1. Դուք կարող եք փոխել.</b></p> <p><b>Medicare առողջապահական ծրագրի, ինչպես օրինակ Medicare Advantage ծրագիր կամ, եթե համապատասխանում եք իրավասության պայմաններին, Ամեն ինչը ներառող խնամքի ծրագրեր տարեցների համար (անգլերեն հասպիտումը՝ PACE):</b></p>	<p><b>Ահա, թե ինչ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով՝ միայն Medicare նոր առողջապահական ծրագրին անդամագրվելու համար:</p> <p>PACE-ի վերաբերյալ հարցերի դեպքում զանգահարեք 1-855-921-PACE (7223):</p> <p>Եթե ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Զանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> կայքը:</li> </ul> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք Health Net Cal MediConnect-ից, երբ սկսում է ձեր նոր ծրագրի ապահովագրությունը:</p>
--	---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



<p><b>2. Դուք կարող եք փոխել.</b></p> <p><b>Բնօրինակ Medicare՝ առանձին Medicare դեղատոմսային դեղերի ծրագրով:</b></p>	<p><b>Ահա, թե ինչ անել.</b></p> <p>Զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Զանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> կայքը:</li> </ul> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք Health Net Cal MediConnect-ից, երբ սկսում է ձեր Բնօրինակ Medicare ապահովագրումը:</p>
--	---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



<p><b>3. Դուք կարող եք փոխել.</b></p> <p><b>Բնօրինակ Medicare՝ առանց առանձին Medicare դեղատոմսով դեղերի ծրագրի</b></p> <p><b>ԾԱՆՈԹՈՒԹՅՈՒՆ.</b> Եթե դուք փոխվում եք Բնօրինակ Medicare-ի և չեք անդամագրվում առանձին Medicare դեղատոմսային դեղերի ծրագրին, ապա Medicare-ը կարող է անդամագրել ձեզ դեղերի մի ծրագրի, եթե իհարկե դուք չտեղեկացնեք Medicare-ին, որ չեք ցանկանում անդամագրվել:</p> <p>Դուք պետք է հրաժարվեք դեղատոմսային դեղերի ծրագրից, միայն եթե դեղերի ապահովագրություն էք ստանում ձեր գործատուի, միավորման կամ այլ աղբյուրի միջոցով: Եթե հարցեր ունեք դեղերի ապահովագրության անհրաժեշտության վերաբերյալ, զանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> կայքը:</p>	<p><b>Ահա, թե ինչ անել.</b></p> <p>Չանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:</p> <p>Եթե ձեզ օգնություն կամ լրացուցիչ տեղեկություն է հարկավոր.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)՝ 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> կայքը:</li> </ul> <p>Դուք ավտոմատ կերպով կհեռացվեք Health Net Cal MediConnect-ից, երբ սկսում է ձեր Բնօրինակ Medicare ապահովագրումը:</p>
--	---

**Ինչպես եք ստանալու Medi-Cal ծառայությունները**

Եթե դուք հեռանում եք մեր Cal MediConnect ծրագրից, դուք կանդամագրվեք Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող ձեր ընտրությամբ ծրագրին: Ձեր Medi-Cal ծառայությունները ներառում են երկարատև ծառայությունների ու աջակցության մեծ մասը և վարքագծային առողջության խնամքը:

Երբ դուք խնդրում եք մեզ դադարեցնել ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին, դուք պետք է տեղեկացնեք Առողջական խնամքի տարբերակներին, թե Medi-Cal-ի կողմից կառավարվող, որ խնամքին եք ուզում միանալ:

- Չանգահարեք Առողջական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Տեղեկացրեք նրանց, որ ցանկանում եք հեռանալ Health Net Cal MediConnect-ից ու միանալ Medi-Cal ծրագրի կողմից կառավարվող խնամքին: Եթե վստահ չեք, թե որ ծրագրին եք ցանկանում միանալ, նրանք կարող են տեղեկացնել ձեր տարածքում առկա այլ ծրագրերի մասին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



Երբ դուք դադարեցնում եք Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցությունը, դուք կստանաք նոր անդամաքարտ, նոր *Սնդամների տեղեկագիրք* և նոր *Մատակարարների և դեղատների հասցեագիրք* ձեր Medi-Cal ապահովագրության համար:

## E. Մինչև մեր Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցության ավարտը, դուք շարունակելու եք բժշկական ծառայություններ ու դեղեր ստանալ մեր ծրագրի միջոցով

Եթե դուք հեռանում եք Health Net Cal MediConnect-ից, հնարավոր է, որոշ ժամանակ պահանջվի, մինչև ձեր անդամակցությունը դադարեցվի և Medicare-ի ու Medi-Cal-ի ձեր նոր ապահովագրումն ուժի մեջ մտնի: Տեսեք էջ 238 լրացուցիչ տեղեկությունների համար: Այս ընթացքում դուք պետք է շարունակեք ձեր առողջական խնամքն ու դեղերը ստանալ մեր ծրագրի միջոցով:

**Դուք պետք է օգտագործեք մեր ցանցի դեղատները ձեր դեղատոմսային դեղերը ստանալու համար:** Սովորաբար ձեր դեղատոմսային դեղերն ապահովագրվում են միայն, եթե ստանում ենք դրանք ցանցի դեղատնից, այդ թվում՝ մեր փոստով պատվերի դեղատան ծառայություններից:

**Եթե ձեր անդամակցության ավարտի օրը դուք հիվանդանոց եք պառկում, ձեր հիվանդանոցում մնալը սովորաբար կապահովագրվի մեր Cal MediConnect ծրագրով, մինչև հիվանդանոցից ձեր դուրս գրումը:** Մա կիրառելի է, նույնիսկ եթե ձեզ դուրս են գրում ձեր նոր առողջական ապահովագրության սկզբից հետո:

## F. Մեր Cal MediConnect ծրագրին ձեր անդամակցությունը կավարտվի որոշ դեպքերում

Մրանք այն դեպքերն են, երբ Health Net Cal MediConnect-ը պարտավոր է դադարեցնել ձեր անդամակցությունը ծրագրին.

- Եթե ձեր Medicare Ա մաս կամ Բ մաս ապահովագրությունն ընդհատվում է:
- Եթե դուք այլևս չեք որակավորվում Medi-Cal-ի համար: Մեր ծրագրին այն անձանց համար է, որոնք որակավորվում են և Medicare-ի, և Medi-Cal-ի համար: Կալիֆոռնիա նահանգը կամ Medicare-ը ձեզ կհեռացնեն Health Net Cal MediConnect-ից, և դուք կմիանաք Բնօրինակ Medicare-ին: Եթե դուք Լրացուցիչ օգնություն եք ստանում Medicare Դ մաս դեղատոմսային դեղերի համար վճարելու նպատակով, ապա CMS-ն ավտոմատ կերպով ձեզ կանդամագրի Medicare դեղատոմսային դեղերի ծրագրում: Եթե դուք հետագայում կրկին որակավորվեք Medi-Cal-ի համար ու ցանկանաք վերաանդամագրվել Health Net Cal MediConnect-ին, ապա պետք է զանգահարեք Առողջապահական խնամքի տարբերակներ՝ 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8:00 am-ից մինչև 5:00 pm-ը: TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով: Տեղեկացրեք նրանց, որ ցանկանում եք կրկին միանալ Health Net Cal MediConnect-ին:
- Եթե տեղափոխվում եք մեր սպասարկման տարածքից:
- Եթե վեց ամսից ավելի գտնվում եք մեր սպասարկման տարածքից դուրս:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- » Եթե տեղափոխվում եք կամ երկար ժամանակով ճամփորդում եք, դուք պետք է զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին՝ պարզելու համար, թե արդյոք այն վայրը, որտեղ դուք տեղափոխվում եք կամ որտեղ ճամփորդում եք, մտնում է մեր ծրագրի սպասարկման տարածքի մեջ:
  - Եթե բանտարկվում կամ բանտ եք նստում քրեական հանցանքի համար:
  - Եթե դուք ստում կամ թաքցնում եք դեղատոմսային դեղերի ձեր ունեցած մեկ այլ ապահովագրության մասին:
  - ԱՄՆ քաղաքացի չեք կամ օրինական կերպով չեք գտնվում Միացյալ Նահանգներում:

Դուք պետք է ԱՄՆ քաղաքացի լինեք կամ օրինական կերպով գտնվեք Միացյալ Նահանգներում, որպեսզի մեր ծրագրի անդամ լինեք: Medicare-ի և Medicaid-ի ծառայությունների կենտրոնները կձանուցեն մեզ, եթե դուք իրավասու չեք փաստորոշել անդամ այս հիմունքներով: Մենք պետք է ձեզ անդամակցությունից հեռացնենք, եթե դուք չեք համապատասխանում այս պայմանին:

Եթե դուք այլևս չեք որակավորվում Medi-Cal-ի համար կամ հանգամանքները փոխվել են այնպես, որ դուք այլևս իրավասու չեք Cal MediConnect-ի համար, ապա կարող եք շարունակել նպաստներ ստանալ Health Net Cal MediConnect-ից լրացուցիչ երկու ամսվա ընթացքում: Այս լրացուցիչ ժամանակը կօգնի ձեզ ճշտել ձեր իրավասության տվյալները, եթե կարծում եք, որ դեռ իրավասու եք: Դուք մեզանից նամակ կստանաք ձեր իրավասության այս փոփոխության մասին, որտեղ ցուցումներ կլինեն, թե ինչպես կարող եք ուղղել ձեր իրավասության տեղեկությունները:

- Health Net Cal MediConnect-ի անդամ փաստորոշումը համար դուք պետք է կրկին որակավորվեք մինչև նշված երկու ամսվա վերջին օրը:
- Եթե չորակավորվեք մինչև երկու ամսվա վերջը, ապա դուք դուրս կգաք Health Net Cal MediConnect-ի անդամակցությունից:

Մենք կարող ենք ձեզ հեռացնել մեր ծրագրից հետևյալ պատճառներով, միայն եթե սկզբից ստանանք Medicare-ի կամ Medi-Cal-ի թույլտվությունը.

- Եթե, մեր ծրագրին անդամագրվելիս, դուք մեզ դիտավորյալ սխալ տեղեկություններ եք տալիս, և այդ տեղեկությունն ազդում է մեր ծրագրում ձեր իրավասության վրա:
- Եթե ձեր վարքն անընդհատ խանգարում ու դժվարացնում է ձեզ և մեր ծրագրի մյուս անդամներին բժշկական խնամքի տրամադրումը:
- Եթե դուք թույլ եք տալիս մեկ այլ անձի օգտվել ձեր Անդամ ID քարտից բժշկական խնամք ստանալու համար:
  - » Եթե մենք տվյալ պատճառով ենք դադարեցնում ձեր անդամակցությունը, Medicare-ը կարող է խնդրել, որ ձեզ գործը հետախուզվի Գլխավոր տեսուչի կողմից:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## G. Մենք չենք կարող խնդրել ձեզ հեռանալ մեր Cal MediConnect ծրագրից ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով

Եթե կարծում եք, որ ձեզ խնդրում են հեռանալ մեր ծրագրից ձեր առողջության հետ կապված որևէ պատճառով, դուք պետք է զանգահարեք Medicare` 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր:

- Կարող եք նաև զանգահարել Cal MediConnect Ombuds ծրագիր` 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով: Երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը` 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914 հեռախոսահամարով:

## H. Դուք գանգատ ներկայացնելու իրավունք ունեք, եթե մենք դադարեցնում ենք ձեր անդամակցությունը մեր ծրագրին

Եթե մենք դադարեցնում ենք ձեր անդամակցությունը մեր Cal MediConnect ծրագրին, մենք պետք է գրավոր ձեզ տեղեկացնենք անդամակցության դադարեցման պատճառների մասին: Մենք պետք է բացատրենք նաև` ինչպես կարող եք բողոք կամ գանգատ ներկայացնել ձեր անդամակցության դադարեցման մեր որոշման մասին: Գանգատ ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկություններ կարող եք գտնել նաև Գլուխ 9-ը

## I. Որտեղի՞ց կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ ծրագրին ձեր անդամակցության դադարեցման մասին

Եթե հարցեր ունեք կամ ցանկանում եք լրացուցիչ տեղեկություններ ստանալ այն մասին, թե երբ մենք կարող ենք դադարեցնել ձեր անդամակցությունը, ապա.

- Չանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին` 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY` 711), ժամը` 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:
- Չանգահարեք Առողջական խնամքի տարբերակներ` 1-844-580-7272 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY/TDD օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-430-7077 հեռախոսահամարով:
- Չանգահարեք Կալիֆորնիայի Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP)` 1-800-434-0222 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը` 8:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար կամ ձեր տարածքում տեղային HICAP գտնելու համար այցելեք <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> կայքը:
- Չանգահարեք Cal MediConnect Ombuds ծրագիր` 1-855-501-3077 հեռախոսահամարով, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը` 9:00 a.m.-ից մինչև 5:00 p.m.-ը: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-855-847-7914 հեռախոսահամարով: (TTY` 1-855-847-7914):
- Չանգահարեք Medicare` 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով` օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect` 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY` 711), ժամը` 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայքը:



## Գլուխ 11. Իրավական ծանուցագրեր

---

### Բովանդակություն

A. Ծանուցագիր օրենքների մասին .....	242
B. Ոչ-խտրականության ծանուցագիր .....	242
C. Ծանուցագիր Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին վճարողի մասին .....	243
D. Գործողության ծանուցագիր .....	243
E. Երրորդ կողմի պատասխանատվություն .....	244
F. Անկախ կապալառուներ .....	244
G. Առողջական խնամքի ծրագրի խարդախություն .....	244
H. Health Net-ի վերահսկողությունից դուրս գտնվող հանգամանքներ .....	245
I. Գաղտնիության գործելակերպերի ծանուցագիր .....	245





## A. Ծանուցագիր օրենքների մասին

Այս *Անդամների տեղեկագրի* նկատմամբ կիրառվում են շատ օրենքներ: Այս օրենքները կարող են ազդել ձեր իրավունքների և պարտականությունների վրա, նույնիսկ եթե օրենքները չեն ընդգրկվել կամ բացատրվել այս տեղեկագրում: Այս տեղեկագրի նկատմամբ կիրառվող հիմնական օրենքները Medicare ու Medi-Cal ծրագրերի մասին դաշնային օրենքներն են: Կարող են կիրառվել նաև դաշնային այլ օրենքներ:

## B. Ոչ-խտրականության ծանուցագիր

Medicare-ի ու Medi-Cal-ի հետ աշխատող յուրաքանչյուր կազմակերպություն կամ գործակալություն պետք է ենթարկվի այս օրենքին: Ձեզ չեն կարող այլ վերաբերմունք ցուցաբերել ձեր տարիքի, հայցերի հետ կապված փորձի, մաշկի գույնի, հավատքի, էթնիկական պատկանելության, ապահովագրման ապացույցի, գենդերի, ժառանգաբանական տվյալների, աշխարհագրական տարածքի, առողջական վիճակի, բժշկական պատմության, հոգեկան կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, ազգային ծագման, ռասայի, կրոնի կամ սեռի պատճառով: Եթե կարծում եք, որ ձեզ հետ արդարացի չեն վարվել որևէ պատճառով, զանգահարեք Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով: Կարող եք լրացուցիչ տեղեկություններ գտնել նաև <http://www.hhs.gov/ocr> կայքում:

Medicare-ի ու Medi-Cal-ի հետ աշխատող յուրաքանչյուր կազմակերպություն կամ գործակալություն պետք է ենթարկվի այս օրենքին: Ձեզ չեն կարող այլ վերաբերմունք ցուցաբերել ձեր տարիքի, հայցերի հետ կապված փորձի, մաշկի գույնի, հավատքի, էթնիկական պատկանելության, ապահովագրման ապացույցի, գենդերի, ժառանգաբանական տվյալների, աշխարհագրական տարածքի, առողջական վիճակի, բժշկական պատմության, հոգեկան կամ ֆիզիկական հաշմանդամության, ազգային ծագման, ռասայի, կրոնի կամ սեռի պատճառով

Health Net Cal MediConnect-ը՝

- Տրամադրում է անվճար օգնություններ և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց համար, որպեսզի նրանք արդյունավետ հաղորդակցվեն մեզ հետ, ինչպես օրինակ՝ որակավորված նշանների լեզվի թարգմանիչներ ու գրավոր նյութեր այլ ձևաչափերով (խոշոր տառատեսակով, մատչելի էլեկտրոնային ձևաչափեր, այլ ձևաչափեր):
- Տրամադրում է անվճար լեզվական ծառայություններ այն մարդկանց համար, ում առաջնային լեզուն անգլերենը չէ, ինչպես օրինակ՝ որակավորված բանավոր թարգմանիչներ և այլ լեզուներով գրավոր նյութեր:

Եթե ունեք այս ծառայությունների կարիքը, խնդրում ենք կապ հաստատել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



Եթե կարծում եք, որ Health Net Cal MediConnect-ը չի տրամադրել այս ծառայությունները կամ որևէ այլ կերպ խտրականություն է դրսևորել՝ հիմնվելով ձեր ռասայի, մաշկի գույնի, ազգային ծագման, տարիքի, հաշմանդամության կամ սեռի վրա, կարող եք բողոք ներկայացնել՝ զանգահարելով վերոնշյալ հեռախոսահամարով և տեղեկացնելով նրանց, որ զանգատ ներկայացնելու հարցում օգնության կարիք ունեք: Health Net Cal MediConnect-ի Հաճախորդների կապի կենտրոնը կօգնի ձեզ:

Կարող եք նաև քաղաքացիական իրավունքների բողոք ներկայացնել ԱՄՆ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ էլեկտրոնային ձևով՝ Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի գանգատների հարթակի միջոցով՝ <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, կամ փոստով, կամ հեռախոսով՝ U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD՝ 1-800-537-7697):

Գանգատի ձևաթղթերը մատչելի են <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.htm> կայքում:

---

## C. Ծանուցագիր Medicare-ի՝ որպես երկրորդ վճարողի և Medi-Cal-ի՝ որպես վերջին վճարողի մասին

---

Երբեմն մեկ այլ անձ պետք է նախ վճարի ձեզ մատուցած մեր ծառայությունների համար: Օրինակ, եթե դուք ավտովթարի եք ենթարկվել կամ աշխատավայրում եք փասավել, ապա նախ պետք է վճարի ապահովագրությունը կամ Աշխատավորների հատուցումը:

Մենք իրավունք և պարտականություն ունենք գանձուժներ կատարել Medicare-ի ծառայությունների համար, որոնց համար Medicare-ն առաջնային վճարող չէ:

Cal MediConnect ծրագիրը ենթարկվում է նահանգային և դաշնային օրենքներին ու կանոններին, որոնք վերաբերվում են երրորդ կողմերի իրավական պատասխանատվությանը նպաստառուների առողջական խնամքի ծառայությունների համար: Մենք կձեռնարկենք բոլոր ողջամիտ քայլերը համոզվելու համար, որ Medi-Cal ծրագիրը վերջին վճարողն է:

---

## D. Գործողության ծանուցագիր

---

Մենք պետք է Գործողության ծանուցագիր (անգլերեն հապավումը՝ NOA) ձևաթուղթն օգտագործենք, որպեսզի տեղեկացնենք ձեզ նպաստների մերժման, դադարեցման և հետաձգման կամ փոփոխության մասին: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, կարող եք մեր ծրագրին բողոքարկում ներկայացնել: Medi-Cal ծառայությունների համար դուք կարող եք միաժամանակ Նահանգային լուսն պահանջել: Հնարավոր է, որ սկզբից պետք է մեր ծրագրին բողոքարկում ներկայացնեք՝ նախքան Անկախ բժշկական վերանայում (IMR) պահանջելը, բացառությամբ որոշ դեպքերից: Այս ընթացակարգերի համար դուք ոչինչ չեք վճարում:

---

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## E. Երրորդ կողմի պատասխանատվություն

Health Net-ը փոխհատուցման հայց չի ներկայացնի Անդամին տրամադրված Ապահովագրված Ծառայությունների արժեքի համար, երբ այդ փոխհատուցումը բխում է երրորդ կողմի քաղաքացիական իրավախախտման Պատասխանատվություն ներառող գործողությունից կամ դժբախտ դեպքերի Պատասխանատվության ապահովագրությունից, այդ թվում՝ Աշխատավորների հատուցման պարզներ ու չապահովագրված վարորդի ապահովագրություն: Այնուամենայնիվ, Health Net-ը կտեղեկացնի DHCS-ին նման հնարավոր գործերի մասին, և կօգնի DHCS-ին նման փոխհատուցումը ստանալու նահանգային իրավունքը կիրառելու հարցում: Անդամները պարտավոր են օգնել Health Net-ին ու DHCS-ին այս հարցում:

## F. Անկախ կապալառուներ

Health Net-ի և յուրաքանչյուր մասնակցող մատակարարի հարաբերություններն անկախ կապալառուի հարաբերություններ են: Մասնակցող մատակարարները Health Net-ի աշխատողները կամ գործակալները չեն, և ոչ Health Net-ը, ոչ էլ Health Net-ի աշխատողները մասնակցող մատակարարի աշխատողները կամ գործակալները չեն: Health Net-ը ոչ մի դեպքում պատասխանատվություն չի կրում որևէ մասնակցող կամ առողջական խնամքի այլ մատակարարի մասնագիտական անփութության, սխալ գործողությունների կամ բացթողումների համար: Մասնակցող բժիշկներն են, այլ ոչ թե Health Net-ը, պահպանում բժիշկ-հիվանդ հարաբերություններն անդամի հետ: Health Net-ն առողջական խնամք տրամադրողը չէ:

## G. Առողջական խնամքի ծրագրի խարդախություն

Առողջական խնամքի ծրագրի խարդախությունը սահմանվում է որպես մատակարարի, անդամի, գործատուի կամ նրանց անունից գործող որևէ անձի կողմից խաբեություն կամ սխալ ներկայացում: Դա քրեական հանցագործություն է, որը կարող է դատական կարգով հետապնդվել: Ցանկացած անձ, ով իր կամքով և գիտակցաբար ներգրավվում է այնպիսի գործողության մեջ, որի նպատակն է Ֆասս հասցնել առողջական խնամքի ծրագրին՝ ներկայացնելով սխալ կամ խաբուսիկ տվյալներ պարունակող հայց, մեղադրվում է ապահովագրության խարդախություն կատարելու մեջ:

Եթե մտահոգություններ ունեք հաշվի կամ Նպաստների բացատրության ձևաթղթի վրա որևէ գումարների մասին, կամ եթե գիտեք կամ կասկածում եք որևէ ապօրինի գործունեություն, զանգահարեք մեր ծրագրի Խարդախություն թեժ գծով՝ 1-800-977-3565 անվճար հեռախոսահամարով: Խարդախություն թեժ գիծն աշխատում է օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Բոլոր զանգերը խիստ գաղտնի են: 1-800-977-3565: Խարդախություն թեժ գիծն աշխատում է օրը 24 ժամ, շաբաթը յոթ օր: Բոլոր զանգերը խիստ գաղտնի են:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## H. Health Net-ի վերահսկողությունից դուրս գտնվող հանգամանքներ

Եթե բնական աղետի, պատերազմի, խռովության, քաղաքացիական ապստամբության, համաճարակի, հաստատությունների լրիվ կամ մասնակի կործանման, ատոմային պայթյունի կամ ատոմային այլ էներգիայի տարածման, բժշկական խմբի զգալի անձնակազմի անկարողության կամ Health Net-ի վերահսկողությունից դուրս գտնվող ուրիշ նման իրադարձությունների պատճառով, Health Net-ի հաստատությունները կամ անձնակազմը ի վիճակի չէ այս *Անդամների տեղեկագրքի* շրջանակներում ծառայություններ ու նպաստներ տրամադրել և կազմակերպել, ապա Health Net-ի տվյալ ծառայություններ ու նպաստներ տրամադրելու պարտականությունը պետք է սահմանափակվի այն պահանջով, որ Health Net-ը ջանք կգործադրի տվյալ ծառայությունների ու նպաստների տրամադրումն և կազմակերպումը իրականացնելու համար՝ ելնելով իր հաստատությունների ու անձնակազմի մատչելիությունից:

## I. Գաղտնիության գործելակերպերի ծանուցագիր

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ԱՌՈՂՋԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԿԱՐՈՂ ԵՆ ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԵԼ ԵՎ ԲԱՑԱՀԱՅՏՎԵԼ ՈՒ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ՄԱՏՉԵԼ ԱՅՂ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆԸ:

*ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱԼ ԱՅՆ:*

Ուժի մեջ է՝ 08.14.2017

Այս ծանուցագիրը պատմում է ձեզ՝ ինչպես Health Net-ը\*\* (նշված է որպես՝ «մենք» կամ «Ծրագիր») կարող է հավաքել, օգտագործել և բացահայտել ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկությունները, և ներկայացնել ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկություններին վերաբերվող ձեր իրավունքները: «Պաշտպանված առողջական տեղեկությունները» տեղեկություններ են ձեր մասին, որոնք ընդգրկում են ժողովրդագրական տեղեկություն, որը կարող է ողջամտորեն օգտագործվել ձեզ ճանաչելու համար, և որը վերաբերվում է ձեր անցյալի, ներկայի կամ ապագայի ֆիզիկական ու հոգեկան առողջությանը կամ վիճակին, ձեզ առողջական խնամքի տրամադրմանը կամ այդ խնամքի համար վճարմանը:

\*\*Այս Գաղտնիության գործելակերպերի ծանուցագիրը կարող է նույնպես կիրառելի լինել Health Net-ի հետևյալ հաստատություններին՝ անդամագրված անձանց համար

**Health Net of California, Inc., Health Net Life Insurance Company, Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC, and Health Net Community Solutions, Inc. Rev. 06/05/2017**

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## **Ապահովագրված հաստատությունների պարտականությունները՝**

Health Net-ն ապահովագրված հաստատությունն է՝ համաձայն 1996 թվականի Առողջության ապահովագրության դյուրատարություն և հաշվետվողականություն ակտի (անգլերեն հապավում՝ HIPAA) սահմանման և կանոնակարգման: Օրենքով պահանջվում է Health Net-ի կողմից ձեռնարկված առողջական տեղեկության գաղտնիության (անգլերեն հապավում՝ PHI) պահպանումը, ձեր PHI-ին առնչվող մեր օրինական պարտականությունների և գաղտնիության գործելակերպերի մասին այս ծանուցագրի տրամադրումը, ներկայումս գործող այս ծանուցագրի պայմաններին հետևումը, ինչպես նաև ձեր PHI-ի անվտանգության խախտման դեպքում ձեզ ծանուցագրի ներկայացումը:

Այս ծանուցագրում նկարագրվում են, թե ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր PHI-ը: Այն նաև նկարագրում է PHI-ը մատչելու, փոփոխելու և կառավարելու ձեր իրավունքները, ինչպես նաև այդ իրավունքների կիրառումը: Ձեր PHI-ի այլ օգտագործումները և բացահայտումները, որոնք չեն նկարագրվել այս ծանուցագրի մեջ, կիրականացվեն միայն ձեր գրավոր թույլտվությամբ:

Health Net-ն իրավունք է վերապահում փոփոխել այս ծանուցագիրը: Մենք իրավունք ենք վերապահում ուժի մեջ մտցնել թարմացված կամ փոփոխված ծանուցագիրը, որը կազդի մեր արդեն ունեցած ձեր PHI-ի վրա, ինչպես նաև ապագայում ստացվող PHI-ի վրա: Health Net-ը ճշգրիտ կերպով կվերանայի ու կտարածի այս ծանուցագիրը, երբ զգալի փոփոխություն կատարվի օգտագործումների կամ բացահայտումների, ձեր իրավունքների, մեր իրավական պարտականությունների կամ այս ծանուցագրի մեջ նկարագրված այլ գաղտնիության պրակտիկաների վերաբերյալ: Մենք հասանելի կդարձնենք թարմացված որևէ ծանուցագիր Health Net-ի կայքում:

## **Բանավոր, գրավոր և էլեկտրոնային PHI-ի ներքին պաշտպանություն.**

Health Net-ը պաշտպանում է ձեր PHI-ը: Մենք ունենք գաղտնիության և անվտանգության գործընթացներ աջակցության համար: Մրանք ձեր PHI-ի պաշտպանության մի քանի տարբերակներն են:

- Մենք վերապատրաստում ենք մեր աշխատակիցներին՝ մեր գաղտնիության և անվտանգության գործընթացներին հետևելու համար:
- Մենք պահանջում ենք մեր բիզնես ասոցիացիաներին հետևել գաղտնիության և անվտանգության գործընթացներին:
- Մենք անվտանգ ենք պահում մեր գրասենյակները:
- Մենք խոսում ենք ձեր PHI-ի մասին միայն գործնական նկատառումներով այն մարդկանց հետ, որոնք պետք է իմանան:
- Մենք պահում ենք ձեր PHI-ն անվտանգ, երբ ուղարկում ենք այն կամ պահպանում ենք էլեկտրոնային տարբերակով:
- Մենք կիրառում ենք տեխնոլոգիաներ, որպեսզի հեռու պահենք սխալ մարդկանց հասանելիությունը ձեր PHI-ին:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Ձեր PHI-ի թույլատրելի օգտագործումներ և բացահայտումներ**

Մտորն ներկայացվում է, թե ինչպես մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը՝ առանց ձեր թույլտվության կամ լիազորության:

- **Բուժում** - Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը ձեզ բուժում տրամադրող բժշկին կամ առողջական խնամքի այլ մատակարարին, ձեր բուժումը մատակարարների միջև համակարգելու կամ մեզ աջակցելու համար՝ ձեր նպաստներին առնչվող նախօրոք լիազորման վերաբերյալ որոշումներ կայացնելիս:
- **Վճարում** - Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր PHI-ը՝ ձեր տրամադրված առողջական խնամքի ծառայությունների համար նպաստի վճարումներ իրականացնելու համար: Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը մեկ այլ առողջապահական ծրագրի, առողջական խնամքի մատակարարի կամ այլ հաստատության, որոնք ենթակա են դաշնային Գաղտնիության կանոններին՝ ելնելով վճարման նպատակներից: Վճարման գործողությունները կարող են ներառել՝ հայցերի ընթացքը, իրավասության որոշում կամ հայցերի ապահովագրությունը, ապահովագին հաշիվների թողարկումը, բժշկական կարիքի համար ծառայությունների դիտարկումը, ինչպես նաև հայցերի օգտագործման դիտարկման իրականացումը:
- **Առողջական խնամքի գործառույթներ** - Մենք կարող ենք օգտագործել և բացահայտել ձեր PHI-ը առողջական խնամքի գործառույթներ իրականացնելիս: Այս գործողությունները կարող են ներառել՝ հաճախորդների սպասարկում, գանգատների և բողոքարկումների պատասխանների պատրաստում, գործի կառավարման և խնամքի համակարգման տրամադրում, հայցերի բժշկական դիտարկման իրականացում և այլ որակի գնահատման և բարելավման գործողություններ: Առողջական խնամքի գործառույթներում մենք նաև կարող ենք բացահայտել PHI-ը բիզնես միավորներին, որոնց հետ մենք ունենք ձեր PHI-ի գաղտնիության պահպանման պայաններ ներառող գրավոր համաձայնություններ: Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը դաշնային Գաղտնիության կանոններին ենթակա մեկ այլ հաստատության, որը փոխհարաբերություն ունի ձեզ հետ իր առողջական խնամքի գործառույթներում, որոնք վերաբերվում են որակի գնահատման և բարելավման գործողություններին, առողջական խնամքի մասնագետների ունակությունների և որակավորման դիտարկումներին, գործի կառավարմանը և խնամքի համակարգողին, կամ առողջական խնամքի խարդախության և չարաշահման բացահայտմանը կամ կանխարգելմանը:
- **Բացահայտումներ Խմբակային առողջապահական ծրագրին/Օրագրի հովանավորողներին** - Բացի դրանից, մենք կարող ենք բացահայտել ձեր պաշտպանված առողջական տեղեկությունները խմբակային առողջապահական ծրագրի հովանավորողին, ինչպես օրինակ՝ գործատուին կամ որևէ այլ միավորին, որը ձեզ առողջական խնամքի ծրագիր է տրամադրում, եթե հովանավորողը համաձայն է որոշակի սահմանափակումներին, թե ինչպես կարող են օգտագործվել ու բացահայտվել պաշտպանված առողջական տեղեկությունները (օրինակ՝ համաձայնվի չօգտագործել պաշտպանված առողջական տեղեկություններն աշխատանքի ընդունելու գործողությունների կամ որոշումների համար):

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

**Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Ձեր PHI-ի այլ թույլատրելի կամ պահանջվող բացահայտումներ

- **Ֆունդահայթայթման գործողություններ** - Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը ֆինանսական միջոցների հայթայթմանն ուղղված գործողությունների համար, ինչպես օրինակ՝ բարեգործական հիմնադրամի կամ նման միավորի համար գումար հայթայթելը, որպեսզի օգնենք ֆինանսավորել նրանց գործողությունները: Եթե մենք դիմենք ձեզ ֆինանսական միջոցների հայթայթմանն ուղղված գործողությունների կապակցությամբ, մենք ձեզ չմասնակցելու կամ ապագայում նման հաղորդակցություններ ընդհանրապես չստանալու տարբերակ կառաջարկենք:
- **Ապահովագրման նպատակներ** - Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը ապահովագրման նպատակներով, ինչպես օրինակ՝ ապահովագրության դիմումի կամ հայցի մասին վճիռ կայացնելու նպատակով: Եթե մենք օգտագործենք կամ բացահայտենք ձեր PHI-ը ապահովագրման նպատակներով, ապա ապահովագրման գործընթացում մեզ արգելվում է օգտագործել ձեր գենետիկական PHI-ը:
- **Այցերի հիշեցումներ / Բուժման այլընտրանքներ** - Մենք կարող ենք օգտագործել ձեր PHI-ը՝ հիշեցնելու մեզ հետ ունեցող ձեր բուժման այցի կամ բժշկական խնամքի մասին, կամ կարող ենք ձեզ տեղեկություններ տրամադրել բուժման այլընտրանքների կամ առողջությանն առնչվող այլ նպատակների և ծառայությունների մասին, օրինակ՝ տեղեկություններ, թե ինչպես թողնել ծխելը կամ նիհարել:
- **Համաձայն օրենքի պահանջների** - Եթե դաշնային, նահանգային և/կամ տեղային օրենքը պահանջում է ձեր PHI-ի օգտագործում կամ բացահայտում, մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ի տեղեկություններն այնքանով, որքանով օգտագործումը կամ բացահայտումը համապատասխանում է տվյալ օրենքին և սահմանափակվում տվյալ օրենքի պահանջներով: Եթե երկու կամ ավելի թվով օրենքներ կամ կանոնակարգեր, որոնք կառավարում են միևնույն օգտագործումը կամ բացահայտումը, հակասում են միմյանց, ապա մենք կհետևենք առավել սահմանափակող օրենքներին կամ կանոնակարգերին:
- **Հանրային առողջության գործողություններ** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը հանրային առողջապահական կառույցի՝ հիվանդության, փաստվածքի կամ հաշմանդամության կանխարգելման կամ վերահսկման նկատառումներով: Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը Մանրի և դեղորայքի վարչությանը (անգլերեն հապավում՝ FDA)՝ ապահովելու համար որակ, անվտանգություն կամ արդյունավետ ապրանքներ կամ ծառայություններ՝ ըստ FDA-ի իրավասությունների:
- **Բռնության և անտեսման գոհեր** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը տեղային, նահանգային, կամ դաշնային կառավարման մարմին, ներառյալ սոցիալական ծառայությունները կամ պաշտպանության ծառայությունների գործակալությունը, որոնք լիազորված են օրենքով ստանալ նման զեկույցներ, եթե մենք ունենք բռնության, անտեսման կամ ընտանեկան բռնության հիմնավոր հավատ:
- **Դատական և վարչական վարույթներ** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը դատական և վարչական վարույթների ժամանակ, ինչպես նաև՝ ի պատասխան դատարանի, վարչական տրիբունալի հրամանի, կամ դատական ծանուցագրի, ներկա լինելու ծանուցման, երաշխիքի, բացահայտման հայցի կամ նմանատիպ այլ իրավական հայցերի դեպքում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Օրենքի կիրարկում** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր համապատասխան PHI-ը օրենքի կիրարկման դեպքում, երբ պահանջվում է այդպես, օրինակ՝ ի պտասխան դատարանի հրամանի, դատական կարգադրության, դատական ծանուցագրի կամ ներկա լինելու ծանուցման, որոնք թողարկված են դատական ծառայողի կողմից կամ ավագ դատարարի դատական ծանուցագրով: Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր համապատասխան PHI-ը կասկածյալի, փախստականի, նյութական վկայի կամ անհայտ կորած անձի բացահայտման կամ տեղորոշման նպատակներով:
- **Դատաքննիչ, Բժշկական Քննիչներ և Թաղմանական տնօրեններ** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը դատաքննիչին կամ բժշկական քննիչին: Սա կարող է անհրաժեշտ լինել, օրինակ, մահվան պատճառը որոշելու համար: Մենք նաև կարող ենք բացահայտել PHI-ը թաղման տնօրեններին, եթե անհրաժեշտ է, որպեսզի նրանք կարողանան կատարել իրենց պարտականությունները:
- **Մարմնի օրգանների, աչքի կամ հյուսվածքների նվիրաբերություն** - Մենք նաև կարող ենք բացահայտել PHI-ը օրգանների գնումներ իրականացնող կազմակերպություններին կամ կառույցներին, որոնք ներառված են գնումներ, բանկային գործարքներ կամ դիակային օրգանների, աչքերի կամ հյուսվածքների փոխպատվաստման գործընթացներում:
- **Առողջապահության և անվտանգության սպառնալիքներ** - Մենք կարող ենք օգտագործել կամ բացահայտել ձեր PHI-ը, եթե իրապես կարծում ենք, որ օգտագործումը կամ բացահայտումը անհրաժեշտ է՝ կանխելու կամ թուլացնելու անհատի կամ հասարակության առողջությանը կամ անվտանգությանը լուրջ կամ անմիջական սպառնալիքները:
- **Մասնագիտացված կառավարական գործառույթներ** - Եթե դուք ԱՄՆ զինված ուժերի անդամ եք, մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը՝ ըստ ռազմական հրամանատարության մարմնի պահանջի: Մենք նաև կարող եք բացահայտել ձեր PHI-ը լիազորված դաշնային գործակալներին՝ ազգային անվտանգության և հետախուզական գործողությունների համար, Պետական դեպարտամենտին՝ բժշկական նպատակահարմարության որոշումների, ինչպես նաև Նախագահի կամ այլ լիազորված անձանց պաշտանության ծառայությունների նկատառումներով:
- **Աշխատողների փոխհատուցում** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ը՝ համապատասխանելու այն օրենքներին, որոնք առնչվում են աշխատավորների հատուցմանը կամ օրենքով սահմանված այլ նման ծրագրերի, որոնք տրամադրում են նպաստներ աշխատանքային փաստաթղթերի կամ հիվանդության համար՝ անկախ մեղքի հաշվի առնելու:
- **Արտակարգ իրավիճակներ** - Մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն արտակարգ իրավիճակում կամ, եթե դուք անկարող կամ ներկա չեք, ընտանիքի անդամին, մոտ անձնական ընկերոջը, աղետների լիազորված գործակալությանը, կամ որևէ այլ անձի, ով նախապես նշանակվել է ձեր կողմից: Մենք կօգտագործենք մասնագիտական դատողություն և փորձ՝ որոշելու՝ արդյոք բացահայտումը ձեր լավագույն շահերից է բխում: Եթե բացահայտումը բխում է ձեր լավագույն շահերից, մենք կբացահայտենք միայն PHI-ը, որն անմիջական կերպով վերաբերվում է ձեր խնամքում տվյալ անձի ներգրավվածությանը:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





- **Բանտարկյալներ** - Եթե դուք հանդիսանում եք ուղղիչ հաստատության բանտարկյալ կամ գտնվում եք իրավապահ մարմինների պաշտոնատար անձի խնամակալության ներքո, մենք կարող ենք բացահայտել ձեր PHI-ն ուղղիչ հաստատության կամ իրավապահ մարմինների պաշտոնատար անձին, եթե նման տեղեկություններն անհրաժեշտ են հաստատությանը ձեզ առողջական խնամք տրամադրելու, ձեր կամ այլ անձանց առողջությունը կամ անվտանգությունը պաշտպանելու, կամ ուղղիչ հաստատության անվտանգության և ապահովության համար:
- **Հետազոտություն** - Որշակի պարագաներում մենք կարող եք բացահայտել ձեր PHI-ը հետազոտողներին, երբ նրանց կլինիկական հետազոտությունը հաստատվել է և երբ առկա են որոշակի երաշխիքներ ձեր PHI-ի գաղտնիության և պաշտպանության համար:

### **Ձեր PHI-ի օգտագործումներ և բացահայտումներ, որոնք պահանջում են ձեր գրավոր թույլտվությունը**

Մեզանից պահանջվում է ստանալ ձեր գրավոր թույլտվությունը ձեր PHI-ի օգտագործման և բացահայտման համար, սահմանափակ բացառությամբ, հետևյալ նպատակներով.

**PHI-ի վաճառք** - Մենք կխնդրենք ձեր գրավոր թույլտվությունը, նախքան մենք որևէ բացահայտում կատարենք, որն ուղղված է ձեր PHI-ի վաճառքին, այսինքն՝ մենք փոխհատուցում ենք ստանում այս ձևով PHI-ը բացահայտելու համար:

**Շուկայադրում** - Մենք կխնդրենք ձեր գրավոր թույլտվությունը ձեր PHI-ը շուկայադրման նպատակներով օգտագործման և բացահայտման համար, սահմանափակ բացառությամբ, ինչպես օրինակ, երբ մենք ձեզ հետ ունենք երես առ երես շուկայադրման հաղորդակցում կամ երբ մենք նմանալ արժեքի գովազդային նվերներ ենք տրամադրում:

**Հոգեբուժական թերապիայի նշումներ** - Մենք կպահանջենք ձեր գրավոր թույլտվությունն՝ օգտագործելու կամ բացահայտելու համար ձեր հոգեբուժական թերապիայի նշումները, որոնք մենք կարող ենք ունենալ մեր գրանցումներում, սահմանափակ բացառությամբ, ինչպես օրինակ՝ որոշակի բուժման, վճարման կամ առողջական խնամքի գործողությունների նպատակով:

### **Անհատների իրավունքներ**

Հետևյալը ձեր իրավունքներն են PHI-ի վերաբերյալ. Եթե ցանկանում եք օգտագործել հետևյալ իրավունքներից որևէ մեկը, խնդրում ենք կապ հաստատել մեզ հետ՝ այս ծանուցագրի վերջում ներկայացված տեղեկություններով:

- **Թույլտվության չեղարկման իրավունք** - Դուք կարող եք չեղարկել ձեր թույլտվությունը ցանկացած ժամանակ: Ձեր թույլտվության չեղարկումը պետք է ներկայացվի գրավոր: Չեղարկումն անմիջապես ուժի մեջ կմտնի, բացառությամբ այն չափով, երբ մեր կողմից արդեն ձեռնարկվել են գործողություններ թույլտվությունից կախված և նախքան ձեր գրավոր չեղարկման ստացումը մեր կողմից:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Սահմանափակումներ հայցելու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք հայցելու սահմանափակումներ ձեր PHI-ի օգտագործման և բացահայտման համար՝ բուժման, վճարման կամ առողջական խնամքի գործառույթների նկատառումներով, ինչպես նաև բացահայտումներ ձեր խնամքում կամ խնամքի վճարումներում ներառված անձանց, օրինակ՝ ընտանիքի անդամները կամ մոտ ընկերները: Ձեր հայցը պետք է փաստի ձեր կողմից հայցվող սահմանափակումները, ինչպես նաև պետք է նշի, թե ում վրա են կիրառելի դրանք: Մենք պարտավորված չենք համաձայնվել այս հայցին: Եթե մենք համաձայն ենք, մենք կենթարկվենք ձեր սահմանափակման հայցին, եթե իհարկե այդ տեղեկությունն անհրաժեշտ չէ արտակարգ իրավիճակների դեպքում: Այնուամենայնիվ, մենք կսահմանափակենք PHI-ի օգտագործումը կամ բացահայտումը առողջապահական ծրագրի վճարման կամ առողջական խնամքի գործառույթներում, երբ դուք ինքներդ եք ամբողջովին վճարել ծառայության կամ պարագայի համար:
- Գաղտնի հաղորդակցության խնդրանքի իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք խնդրել, որպեսզի մենք հաղորդակցվենք ձեզ հետ ձեր PHI-ի վերաբերյալ այլընտրանքային տարբերակներով կամ այլընտրանքային տեղորոշումներից: Իրավունքը միայն կիրառելի է, եթե տեղեկությունը կարող էր վտանգի տակ դնել ձեզ, եթե այն չտրամադրվեր ձեր կողմից պահանջվող այլընտրանքային տարբերակներով կամ այլընտրանքային տեղորոշումներից: Կարիք չկա բացատրելու նման խնդրանքի պատճառը, սակայն դուք պետք է փաստեք, որ տեղեկությունը կարող էր վտանգել ձեզ, եթե հաղորդակցման ուղիները կամ տեղորոշումը չփոխվեն: Մենք պետք է կարգավորենք ձեր խնդրանքը, եթե այն ողջամիտ է և որոշակիացնում է այլընտրանքային միջոցները կամ տեղորոշումը, որտեղ ձեր PHI-ը պետք է տրամադրվի:
- Ձեր PHI-ին մուտքի իրավունքը և ստացված պատճենը** - Դուք իրավունք ունեք, սահմանափակ բացառություններով, տեսնել և ստանալ ձեր PHI-ի պատճենները, որոնք գտնվում են արձանագրությունների սահմանված փաթեթում: Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք տրամադրենք պատճենները լուսապատճեններից բացի մեկ այլ ձևաչափով: Մենք կօգտագործենք այն ձևաչափը, որը խնդրել եք, քանի դեռ մենք գործանականորեն կարող ենք իրականացնել խնդրանքը: Ձեր PHI-ին մուտքի իրավունք ստանալու համար, դուք պետք է խնդրանքը ներկայացնեք գրավոր: Եթե մենք մերժում ենք ձեզ, մենք գրավոր բացատրություն կտրամադրենք ու կասենք ձեզ՝ արդյոք հնարավոր է տեսնել մերժման պատճառները, և ինչպես կարող եք այդ վերանայումը պահանջել, կամ կասենք ձեզ, եթե չեք կարող վերանայել մերժումը:
- Ձեր PHI-ը փոփոխելու իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք խնդրել, որպեսզի մենք փոփոխենք կամ փոխենք ձեր PHI-ը, եթե կարծում եք, որ այն պարունակում է ոչ ստույգ տեղեկություններ: Ձեր խնդրանքը պետք է լինի գրավոր և պետք է բացատրի, թե ինչու է պետք տեղեկությունների փոփոխումը: Մենք կարող ենք մերժել ձեր խնդրանքը որոշակի պատճառներով, օրինակ, եթե մենք չենք ստեղծել տեղեկություններ, որոնք ցանկանում ենք փոփոխել և PHI-ի ստեղծողը ի վիճակի է իրականացնել փոփոխությունը: Եթե մենք մերժենք ձեր խնդրանքը, մենք գրավոր բացատրություն կտրամադրենք: Դուք կարող եք պատասխանել փաստարկով, որ դուք չեք համաձայնվում մեր որոշման հետ, և մենք կկցնենք ձեր փաստարկը PHI-ին, որը խնդրել էիք մեզ փոփոխել: Եթե մենք ընդունում ենք տեղեկության փոփոխման ձեր ընտրանքը, ապա մենք կկիրառենք բավարար ջանքեր՝ տեղեկացնելու այլ անձանց, ներառյալ այն անձանց, ում դուք կնշեք, փոփոխության մասին և կներառենք փոփոխությունները տեղեկությունների հետագա ցանկացած բացահայտումներում:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571

հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- **Բացահայտումների զեկույցի ստացման իրավունք** - Դուք իրավունք ունեք ստանալու վերջին 6 տարիների ընթացքում դեպքերի ցուցակը, երբ մենք կամ մեր բիզնես մասնաճյուղերը բացահայտել ենք ձեր PHI-ը: Այս ամենը կիրառելի չէ բուժման, վճարման, առողջական խնամքի գործառնությունների, կամ ձեր կողմից լիազորված և այլ որոշակի գործողությունների նկատառումներով բացահայտումներին: Եթե դուք խնդրեք այս զեկույցը մեկ անգամից ավելի հաճախ 12 ամիս ժամանակահատվածում, մենք կարող ենք ձեզանից գանձել ողջամիտ, ծախսերի վրա հիմնված վճար՝ այս հավելյալ հայցերին պատասխանելու համար: Մենք կտրամադրենք մանրամասն տեղեկություն մեր վճարների վերաբերյալ ձեր հայցի ժամանակ:
- **Այս ծանուցագրի պատճենը ստանալու իրավունք** - Դուք կարող եք խնդրել մեր ծանուցագրի պատճենը ցանկացած ժամանակ՝ օգտագործելով այս ծանուցագրի վերջում նշված կոնտակտային տեղեկությունները: Եթե դուք ստանաք այս ծանուցագիրը մեր կայքից կամ էլվիոստի (e-mail) միջոցով, դուք նաև իրավասու եք խնդրելու ծանուցագրի տպագիր տարբերակը:
- **Գանգատի ներկայացման իրավունք** - Եթե կարծում եք, որ ձեր գաղտնիության իրավունքները խախտվել են կամ մենք խախտել ենք մեր իսկ գաղտնիության փորձը, ապա կարող եք գրավոր կամ հեռախոսով գանգատ ներկայացնել մեզ՝ օգտագործելով այս ծանուցագրի վերջում նշված կոնտակտային տեղեկությունները: Medi-Cal անդամների գանգատների համար անդամները կարող են նաև դիմել Կալիֆորնիայի Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժանմունք, որը նշված է հաջորդ բաժնում:

Կարող եք նաև գանգատ ներկայացնել ԱՄՆ Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժանմունքի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակի քարտուղարին՝ նամակ ուղարկելով 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 կամ զանգահարելով 1-800-368-1019, (TTY: 1-866-788-4989) կամ այցելելով [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/) կայք:

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



### ՄԵՆՔ ՁԵՐ ԴԵՄ ՈՐԵՎԷ ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅՈՒՆ ՁԵՈՒՔ ՉԵՆՔ ԱՌՆԻ ԳԱՆԳԱՏ ՆԵՐԿԱՅԱՑՆԵԼՈՒ ՀԱՄԱՐ:

#### Կոնտակտային տեղեկություններ

Եթե հարցեր ունեք այս ծանուցման, ձեր PHI-ի գաղտնիության կիրառումների կամ ձեր իրավունքների օգտագործման վերաբերյալ, կարող եք կապ հաստատել մեզ գրավոր կամ զանգահարելով ստորև ներկայացված կոնտակտային տեղեկություններով:

<b>Health Net-ի Գաղտնիության գրասենյակ</b>	<b>Հեռախոս՝ 1-800-522-0088</b>
Attn: Privacy Official	Ֆաքս՝ 1-818-676-8314 P.O.
Box 9103	Էլվիոստ՝ Privacy@healthnet.com
Van Nuys, CA 91409	

Միայն Medi-Cal անդամների համար, եթե կարծում եք, որ մենք չենք պաշտպանել ձեր գաղտնիությունն ու ցանկանում եք բողոքել, ապա կարող եք զանգահարել կամ գրելով զանգահարելով կամ գրելով

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

Հեռախոս՝ 1-916-445-4646 կամ 1-866-866-0602 (TTY:TDD: 1-877-735-2929)

Էլվիոստ՝ Privacyofficer@dhcs.ca.gov

#### ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅԱՆ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐ

ԱՅՍ ԾԱՆՈՒՑԱԳԻՐԸ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒՄ Է, ԹԵ ԻՆՉՊԵՍ ԵՆՔ ՄԵՆՔ ՕԳՏԱԳՈՐԾՈՒՄ ՈՒ ԲԱՅԱՀԱՅՏՈՒՄ ՁԵՐ ՄԱՍԻՆ ՖԻՆԱՆՍԱԿԱՆ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ԻՆՉՊԵՍ ԿԱՐՈՂ ԵՔ ԾԱՆՈԹԱՆԱԼ ԱՅՐ ՏԵՂԵԿՈՒԹՅԱՆԸ: ԽՆԴՐՈՒՄ ԵՆՔ ՈՒՇԱԴԻՐ ԿԱՐԴԱԼ ՄԱ:

Մենք պարտավորվում ենք պահպանել ձեր անձնական ֆինանսական տեղեկությունների գաղտնիությունը: Այս ծանուցման շրջանակներում «անձնական ֆինանսական տեղեկություն» նշանակում է տեղեկություն գրանցված անձի կամ դիմորդի մասին առողջական խնամքի ապահովագրության համար, որոնք բնորոշում են անհատին, ընդհանուր առմամբ մատչելի չեն հասարակությանը, և ձեռք են բերվում անհատից կամ առողջական խնամքի ապահովագրության հետ կապված գործընթացի արդյունքում:

**Տեղեկություններ, որոնք մենք հավաքում ենք.** Մենք հավաքում ենք անձնական ֆինանսական տեղեկություններ ձեր մասին հետևյալ աղբյուրներից.

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



- Տեղեկություններ, որոնք մենք ստանում ենք ձեզանից դիմումների կամ այլ փաստաթղթերի վրա, ինչպիսիք են անունը, հասցեն, տարիքը, բժշկական տվյալները և սոցիալական ապահովության համարը:
- Տեղեկություններ մեզ, մեր մասնաճյուղերի կամ այլոց հետ ձեր գործարքների մասին, ինչպիսիք են՝ վճարումները և հայցերի պատմությունը, և
- Տեղեկություններ սպառողի զեկույցներից:

**Տեղեկությունների բացահայտում.** Մենք չենք բացահայտում մեր ներկա կամ նախկին անդամագրված անձանց անձնական ֆինանսական տեղեկությունները որևէ երրորդ կողմին՝ բացառությամբ օրենքով պահանջվող կամ թույլատրվող դեպքերի: Օրինակ, մեր աշխատանքային պրակտիկայի ընթացքում օրենքով սահմանված կարգով կարող ենք ձեր անձնական ֆինանսական տեղեկություններն առանց ձեր թույլտվության բացահայտել հետևյալ կազմակերպություններին.

- Մեր կորպորատիվ մասնաճյուղերին, ինչպիսիք են՝ այլ ապահովագրողները:
- Մեր մասնաճյուղ չհանդիսացող ընկերություններին մեր ամենօրյա գործարքների համար, ինչպես օրինակ, ձեր գործարքները մշակելու, ձեր հաշիվ(ներ)ը պահպանելու, կամ դատական հրահանգներին և օրինական հետաքննություններին պատասխանելու համար, և
- Մեր մասնաճյուղ չհանդիսացող ընկերություններին, որոնք մեզ համար ծառայություններ են իրականացնում՝ այդ թվում մեր անունից գովազդային հաղորդագրությունների ուղարկումը:

**Գաղտնիություն և անվտանգություն.** Մենք տրամադրում ենք ֆիզիկական, էլեկտրոնային և ընթացակարգային երաշխիքներ՝ համաձայն գործող պետական և դաշնային չափանիշների, ձեր անձնական ֆինանսական տեղեկություններն այնպիսի վտանգներից պաշտպանելու համար, ինչպիսիք են՝ կորուստը, ոչնչացումը կամ չարաշահումը: Այս միջոցները ներառում են համակարգչային երաշխիքներ, ապահով ֆայլեր և կառույցներ, ինչպես նաև ձեր անձնական ֆինանսական տեղեկությունների հասանելիության սահմանափակում:

**Հարցեր այս ծանուցագրի մասին.**

Եթե ունեք որևէ հարց այս ծանուցագրի մասին՝

Խնդրում ենք **զանգահարել ձեր ID քարտի հետևում նշված անվճար հեռախոսահամարով** կամ կապ հաստատել Health Net-ի հետ 1-800-522-0088 հեռախոսահամարով:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



## Գլուխ 12. Կարևոր բառերի սահմանումներ

**Առօրյա կյանքի գործողություններ (անգլերեն հապավումը՝ ADL).** Գործողություններ, որոնք մարդիկ անում են առօրյայում, ինչպես օրինակ՝ ուտել, սանհանգույցից օգտվել, հագնվել, լողանալ կամ ատամները մաքրել:

**Առկախ օգնության վճարում.** Դուք կարող եք շարունակել ստանալ ձեր նպաստները, քանի դեռ սպասում եք 1-ին մակարդակի բողոքարկման կամ Նահանգային լսման որոշմանը (տեսեք Գլուխ 9-ը լրացուցիչ տեղեկությունների համար): Այս շարունակական ապահովագրությունը կոչվում է «առկախ օգնության վճարում»:

**Ամբուլատոր վիրաբուժական կենտրոն.** Հաստատություն, որն ամբուլատոր վիրաբուժական ծառայություններ է մատուցում այն հիվանդներին, որոնք հիվանդանոցային խնամքի կարիք չունեն, և որոնք 24 ժամից ավելի խնամքի կարիք չեն ունենա:

**Բողոքարկում.** Մեր գործողությանը ձեր առարկելու միջոցն է, եթե կարծում եք, որ մենք սխալ ենք թույլ տվել: Դուք կարող եք խնդրել մեզ փոխել ապահովագրության որոշումը ներկայացնելով բողոքարկում: Գլուխ 9-ը բացատրում է բողոքարկումների մասին, այդ թվում՝ ինչպես բողոքարկում ներկայացնել:

**Վարքագծային առողջություն.** Ընդհանուր տերմին, որը վերաբերվում է հոգեկան առողջությանն ու թմրանյութերի օգտագործման խանգարումներին:

**Բրենդային դեղ.** Դեղատոմսային դեղ, որն արտադրվում և վաճառվում է ընկերության կողմից, որն ի սկզբանե մշակել է սովյալ դեղը: Բրենդային դեղերն ունեն նույն ակտիվ բաղադրիչները, որոնք ունեն նաև դեղի անմակնիշ տարբերակը: Անմակնիշ դեղերն արտադրվում և վաճառվում են այլ դեղագործական ընկերությունների կողմից:

**Cal MediConnect.** Ծրագիր, որը և Medicare, և Medi-Cal նպաստներ է տրամադրում մեր առողջապահական ծրագրում: Դուք ունեք մեկ Անդամ ID քարտ ձեր բոլոր նպաստների համար:

**Խնամքի համակարգող.** Հիմնական անձ, որն աշխատում է ձեր, առողջապահական ծրագրի և ձեր խնամքի մատակարարների հետ՝ համոզվելու, որ դուք ստանում եք ձեզ անհրաժեշտ խնամքը:

**Խնամքի ծրագրի ընտրովի ծառայություններ (անգլերեն հապավումը՝ CPO).** Լրացուցիչ ծառայություններ, որոնք ընտրովի են ձեր Անհատականացված խնամքի ծրագրի (անգլերեն հապավումը՝ ICP) ներքո: Այս ծառայությունները չեն փոխարինում երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը, որը ստանում եք Medi-Cal-ի կողմից:

**Խնամքի ծրագիր.** Տեսեք «Անհատականացված խնամքի ծրագիր»:

**Խնամքի թիմ.** Տեսեք «Միջպրոֆիլային խնամքի թիմ»:

**Աղետային ապահովագրության փուլ.** Դ մասի դեղերի նպաստի փուլ, որի ընթացքում ծրագիրը վճարում է ձեր դեղերի լրիվ արժեքը մինչև տարվա վերջ: Դուք սկսում եք այս փուլը, երբ հասնում եք \$5000 սահմանափակմանը ձեր դեղատոմսային դեղերի համար:

**Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոններ (CMS).** Դաշնային գործակալություն, որը տնօրինում է Medicare-ը: Գլուխ 2-ը բացատրում է ինչպես կապ հաստատել CMS-ի հետ:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS).** Ամբուլատոր, հաստատությունում տրվող ծառայությունների ծրագիր, որը տրամադրում է հմուտ բուժքույրական խնամք, սոցիալական ծառայություններ, թերապիաներ, անձնական խնամք, ընտանիքի/խնամակալի ուսուցում և աջակցություն, սնուցման ծառայություններ, փոխադրում և այլ ծառայություններ իրավասու անդամագրված անձանց, որոնք համապատասխանում են կիրառելի իրավասության չափանիշներին:

**Գանգատ.** Գրավոր կամ բանավոր հայտարարագիր, որը տեղեկացնում է, որ դուք խնդիր կամ մտահոգություն ունեք ձեր ապահովագրված ծառայությունների կամ խնամքի մասին: Մա ներառում է մտահոգություններ ձեր խնամքի որակի, մեր ցանցի մատակարարների կամ մեր ցանցի դեղատների մասին: «Գանգատ ներկայացնել» պաշտոնապես հնչում է «բողոք լրացնել»:

**Համապարփակ ամբուլատոր վերականգնողական հաստատության (CORF).** Հաստատություն, որը հիմնականում տրամադրում է վերականգնողական ծառայություններ հիվանդությունից, փասվածքից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո: Այն տրամադրում է մի շարք ծառայություններ, այդ թվում՝ ֆիզիկական թերապիա, սոցիալական կամ հոգեբանական ծառայություններ, շնչառական թերապիա, աշխատանքային բուժում, խոսքի թերապիա, և տան միջավայրի գնահատման ծառայություններ:

**Համավճար.** Ֆիքսված գումար, որը դուք վճարում եք որպես ծախսերի ձեր բաժին որոշ դեղատոմսային դեղեր ստանալու համար: Օրինակ՝ դուք կարող եք վճարել \$2 կամ \$5 դեղատոմսային դեղի համար:

**Ծախսերի բաշխում.** Գումարներ, որոնք դուք պետք է վճարեք որոշ դեղատոմսային դեղեր ստանալիս: Ծախսերի բաշխումը ներառում է համավճարներ:

**Ծախսերի բաշխման կարգ.** Դեղերի խումբ, որոնք ունեն նույն համավճարը: *Ապահովագրված դեղերի ցուցակի* բոլոր դեղերը գտնվում են ծախսերի բաշխման երեք կարգերից մեկում:

**Ապահովագրության որոշում.** Որոշում առ այն, թե որ նպաստներն ենք մենք ապահովագրում: Մա ներառում է որոշումներ ապահովագրված դեղերի ու ծառայությունների մասին, կամ ձեր առողջապահական ծառայությունների համար մեր վճարված գումարի մասին: Գլուխ 9-ը բացատրում է ինչպես ապահովագրության որոշում խնդրել:

**Ապահովագրված դեղեր.** Մենք օգտագործում ենք այս տերմինը՝ նկատի ունենալով մեր ծրագրով ապահովագրված բոլոր դեղատոմսային դեղերը:

**Ապահովագրված ծառայություններ.** Մենք օգտագործում ենք այս ընդհանուր տերմինը՝ նկատի ունենալով մեր ծրագրով ապահովագրված առողջական խնամքը, երկարատև ծառայություններն ու աջակցությունը, պաշարները, դեղատոմսերը և առանց դեղատոմսի վաճառվող դեղերը, սարքավորումը և բոլոր այլ ծառայությունները:

**Ծախսերի բաշխման օրական դրույք.** Դրույք, որը կարող է կիրառվել, երբ ձեր բժիշկը դուրս է գրում լրիվ ամսվա պաշարից պակաս քանակի որոշակի դեղ ձեր համար, և դուք պետք է համավճար վճարեք: Ծախսերի բաշխման օրական դրույքը համավճարն է՝ բաժանված ամսվա պաշարի օրերի քանակի: Օրինակ՝ Եթե ձեր համավճարը դեղի մեկ ամսվա պաշարի համար կազմում է \$1.20, և ձեր ծրագրում մեկ ամսվա պաշարը 30 օր է, ապա ձեր «ծախսերի բաշխման օրական դրույքը» օրական \$0.04 է: Մա նշանակում է, որ դուք վճարում եք \$0.04 յուրաքանչյուր օրվա պաշարի համար, երբ ստանում եք ձեր դեղատոմսը:

---

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Առողջական խնամքի ծառայությունների բաժանմունք (DHCS).** Նահանգային բաժանմունք Կալիֆոռնիայում, որը տնօրինում է Medicaid ծրագրերը (Կալիֆոռնիայում կոչվում է Medi-Cal), և որը սովորաբար այս տեղեկագրքում նշվում է որպես «նահանգ»:

**Ղեկավարվող առողջապահական խնամքի բաժանմունք (DMHC).** Նահանգային բաժանմունք Կալիֆոռնիայում, որը պատասխանատու է առողջապահական ծրագրերը կանոնակարգելու համար: DMHC-ն օգնում է Cal MediConnect անդամներին Medi-Cal ծառայությունների հետ կապված բողոքարկումների ու գանգատների հարցում: DMHC-ը նաև անցկացնում է Անկախ բժշկական վերանայումներ (IMR):

**Անդամակցության դադարեցում.** Մեր ծրագրին ձեր անդամակցության դադարեցման գործընթացը: Անդամակցության դադարեցումը կարող է լինել կամավոր (ձեր ընտրությամբ) կամ հարկադրված (ոչ ձեր ընտրությամբ):

**Տեսական օգտագործման բժշկական սարքավորում (DME).** Որոշակի պարագաներ, որոնք պատվիրվում են ձեր բժշկի կողմից տանն օգտագործելու համար: Այս պարագաների օրինակներն են անվասայլակները, հենակները, էլեկտրական ներքնակների համակարգերը, շաքարախտի պաշարները, հիվանդանոցային մահճակալներ, որոնք մատակարարը պատվիրել է տանը օգտագործելու համար, IV ինֆուզիոն պոմպեր, խոսք արտադրող սարքեր, թթվածնային սարքավորում և պարագաներ, ներուլայզերներ եւ քայլակներ:

**Արտակարգ իրավիճակ.** Բժշկական արտակարգ իրավիճակն այն է, երբ դուք կամ առողջության ու բժշկության մասին միջին գիտելիքներ ունեցող որևէ այլ անձ կարծում է, որ դուք բժշկական ախտանիշներ ունեք, որոնք պահանջում են անհապաղ բժշկական ուշադրություն կյանքի, վերջույթի կորուստը կամ վերջույթի գործառույթի կորուստը կանխելու համար: Բժշկական ախտանիշներ կարող են լինել լուրջ ֆասսվածքը կամ սաստիկ ցավը:

**Շտապ օգնություն.** Ապահովագրված ծառայություններ, որոնք տրամադրվում են արտակարգ իրավիճակների ծառայություններ մատուցելու որակավորում ունեցող մատակարարի կողմից, և անհրաժեշտ են բժշկական կամ վարքագծային առողջության արտակարգ իրավիճակը բուժելու համար:

**Բացառություն.** Թույլտվություն ապահովագրություն ստանալ որևէ դեղի համար, որը սովորաբար ապահովագրված չէ, կամ օգտագործել դեղն առանց որոշակի կանոնների ու սահմանափակումների:

**Լրացուցիչ օգնություն.** Medicare-ի ծրագիր, որն օգնում է սահմանափակ եկամուտ ու միջոցներ ունեցող անձանց վճարել Medicare Դ մասի դեղատոմսային դեղերի համար: Լրացուցիչ օգնությունը նաև կոչվում է «Ցածր եկամտի լրավճար» կամ «LIS»:

**Անմակնիշ դեղ.** Դեղատոմսային դեղ, որը հաստատվել է դաշնային կառավարության կողմից, բրենդային դեղի փոխարեն օգտագործելու համար: Անմակնիշ դեղն ունի նույն ակտիվ բաղադրիչները, որոնք ունի բրենդային դեղը: Սովորաբար այն ավելի էժան է և նույն ձևով է ազդում, ինչ բրենդային դեղը:

**Բողոք.** Գանգատ, որը կարող էք ներկայացնել մեր, մեր ցանցի մատակարարներից կամ դեղատներից մեկի վերաբերյալ: Մա ներառում է գանգատ ձեր խնամքի որակի մասին:

**Առողջական ապահովագրության խորհրդատվության և պաշտպանության ծրագիր (HICAP).** Ծրագիր, որն անվճար ու անաչառ տեղեկություն ու խորհրդատվություն է տրամադրում Medicare-ի մասին: Գլուխ 2-ը բացատրում է ինչպես կապ հաստատել HICAP-ի հետ:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող էք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: Լրացուցիչ տեղեկությունների համար այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:





**Առողջապահական ծրագիր.** Բժիշկներից, հիվանդանոցներից, դեղատներից, երկարատև ծառայությունների մատակարարներից և այլ մատակարարներից բաղկացած կազմակերպություն: Այն ունի նաև խնամքի համակարգողներ, որոնք օգնում են ձեզ կառավարել ձեր բոլոր մատակարարներին և ծառայությունները: Նրանք աշխատում են բոլորը միասին՝ ձեզ անհրաժեշտ խնամքը տրամադրելու համար:

**Առողջության ռիսկի գնահատում.** Հիվանդի բժշկական պատմության և ներկա վիճակի դիտարկում: Այն օգտագործվում է հիվանդի առողջությունն ու նրա հետագա փոփոխությունները գնահատելու համար:

**Տանը մատուցվող առողջության օգնական.** Անձ, որը ծառայություններ է տրամադրում, որոնց համար հարկավոր չէ վկայագրված բուժքրոջ կամ թերապևտի հմտություններ, ինչպես՝ անձնական խնամքի հետ կապված օգնություն (օրինակ լողանալ, սանհանգույցից օգտվել, հագնվել, նշանակված վարժություններ կատարել): Տանը մատուցվող առողջության օգնականները չունեն բուժքույրական վկայագիր և թերապիա չեն տրամադրում:

**Անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատություն.** Խնամքի ու աջակցության ծրագիր մահացու կանխատեսում ունեցող մարդկանց համար, որն օգնում է նրանց հարմարավետ ապրել: Մահացու կանխատեսում նշանակում է, որ անձն ունի մահացու հիվանդություն, և ակնկալվում է, որ ունի վեց կամ ավելի քիչ ամիս կյանք: Այն անդամագրված անձը, ով ունի մահացու կանխատեսում, իրավունք ունի ընտրել անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատություն: Մասնագետների և խնամակալների հատուկ պատրաստված թիմը խնամք է տրամադրում մարդու ֆիզիկական, հուզական, սոցիալական ու հոգևոր կարիքների համար: Health Net Cal MediConnect-ը պետք է տրամադրի ձեր աշխարհագրական տարածքում գործող անբուժելի հիվանդների խնամքի հաստատությունների մատակարարների ցանկը:

**Անհարիր/անհամապատասխան հաշվի ներկայացում.** Իրավիճակ, երբ մատակարարը (օրինակ՝ բժիշկը կամ հիվանդանոցը) անձին հաշիվ է ներկայացնում, որը գերազանցում է ծրագրի ծախսերի բաշխման գումարը ծառայությունների համար: Ցույց տվեք ձեր Health Net Cal MediConnect Անդամ ID քարտը, երբ որևէ ծառայություն կամ դեղատոմս եք ստանում: Զանգահարեք Անդամների ծառայությունների բաժին, եթե ստանում եք ձեզ անհասկանալի հաշիվներ:

Քանի որ Health Net Cal MediConnect-ը վճարում է ձեր ծառայությունների ողջ արժեքը, դուք պարտք չեք որևէ ծախսերի բաշխում: Մատկարարները չպետք է հաշիվ ներկայացնեն ձեզ այս ծառայությունների համար:

**Անկախ բժշկական վերանայում (IMR).** Եթե մենք մերժում ենք բժշկական ծառայությունների կամ բուժման ձեր խնդրանքը, դուք կարող եք բողոքարկում ներկայացնել մեզ: Եթե համաձայն չեք մեր որոշման հետ, ու ձեր խնդիրը վերաբերվում է Medi-Cal ծառայությանը, ապա կարող եք Կալիֆորնիայի Ղեկավարվող առողջական խնամքի բաժանմունքից IMR պահանջել: IMR-ը ձեր գործի վերանայումն է բժիշկների կողմից, որոնք մեր ծրագրի մաս չեն կազմում: Եթե IMR որոշումը ձեր օգտին է, ապա մենք պետք է տրամադրենք ձեզ պահանջվող ծառայությունը կամ բուժումը: Դուք IMR-ի համար ոչինչ չեք վճարում:

**Անհատականացված խնամքի ծրագիր (ICP կամ Խնամքի ծրագիր).** Ծրագիր այն մասին, թե ինչ ծառայություններ և ինչպես եք դուք ստանալու դրանք: Ձեր ծրագիրը կարող է ներառել բժշկական ծառայություններ, վարքագծային առողջության ծառայություններ և երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Սկզբնական ապահովագրության փուլ.** Այն փուլը, մինչև ձեր Դ մասի դեղատոմսով դեղերի ընդհանուր ծախսը հասնում է \$5000-ի: Սա ներառում է ձեր վճարված գումարները, ձեր անունից մեր ծրագրի վճարված գումարները ու ցածր եկամտի լրավճարը: Դուք սկսում եք այս փուլում, երբ ստանում եք տարվա ձեր առաջին դեղատոմսը: Այս փուլում ծրագիրը վճարում է ձեր դեղերի արժեքների մի մասը, իսկ դուք վճարում եք ձեր բաժինը:

**Ստացիոնար.** Տերմին, որն օգտագործվում է, երբ դուք պաշտոնապես հիվանդանոց եք ընդունվել հմուտ բժշկական ծառայություններ ստանալու համար: Եթե դուք պաշտոնապես չեք ընդունվել, դուք կարող եք համարվել ամբուլատոր հիվանդ, այլ ոչ թե ստացիոնար, նույնիսկ եթե մեկ գիշեր փսում եք հիվանդանոցում:

**Միջարոֆիլային խնամքի թիմ (ICT կամ Խնամքի թիմ).** Խնամքի թիմ, որը կարող է ներառել բժիշկներ, բուժքույրեր, խորհրդատուներ կամ այլ առողջապահական մասնագետներ, որոնք օգնում են ձեզ ստանալ անհրաժեշտ խնամքը: Ձեր խնամքի թիմը նաև օգնում է ձեզ կազմել խնամքի ծրագիր:

**Ապահովագրված դեղերի ցուցակ (Դեղերի ցուցակ).** Ծրագրի կողմից ապահովագրված դեղատոմսային դեղերի ցուցակ: Ծրագիրը, բժիշկների ու դեղագործների օգնությամբ, ընտրում է այս ցուցակի դեղերը: Դեղերի ցուցակը տեղեկացնում է ձեզ արդյոք կան որևէ կանոններ, որոնց դուք պետք է հետևեք ձեր դեղերը ստանալու համար: Դեղերի ցուցակը երբեմն կոչվում է «դեղացանկ»:

**Երկարատև ծառայություններ և աջակցություն (LTSS).** Երկարատև ծառայությունները և աջակցությունը ծառայություններ են, որոնք օգնում են բարելավել երկարատև բժշկական վիճակը: Այս ծառայությունների մեծ մասն օգնում է ձեզ տանը փսալ, որպեսզի դուք չգնաք ծերանոց կամ հիվանդանոց: LTSS-ն ներառում է Տնային աջակցության ծառայություններ (IHSS), Չափահասների համայնքահեն ծառայություններ (CBAS) և Բուժքույրական խնամքի հաստատություններ/Ենթասուր խնամքի հաստատություններ (NF/SCF):

**Ցածր եկամտի լրավճար (LIS).** Տեսեք «Լրացուցիչ օգնությունը»:

**Medi-Cal.** Medi-Cal-ը Կալիֆոռնիայի Medicaid ծրագրի անվանումն է: Medi-Cal-ը ղեկավարվում է նահանգի կողմից և վճարվում է նահանգային ու դաշնային կառավարության կողմից: Այն օգնում է սահմանափակ եկամուտ ու միջոցներ ունեցող անձանց վճարել երկարատև ծառայությունների ու աջակցության և բժշկական ծախսերի համար: Այն ապահովագրում է լրացուցիչ ծառայություններ և դեղեր, որոնք չեն ապահովագրվում Medicare-ի կողմից: Տեսեք Գլուխ 2-ը՝ ձեր նահանգում Medi-Cal-ի հետ կապ հաստատելու մասին տեղեկությունների համար:

**Medi-Cal-ի ծրագրեր.** Ծրագրեր, որոնք ապահովագրում են միայն Medi-Cal նպաստներ, ինչպես օրինակ՝ երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն, բժշկական սարքավորում ու տեղովորություն: Medicare-ի նպաստներն առանձին են:

**Բժշկական խումբ.** Համատեղ աշխատող PCP-ների, մասնագետների և առողջական խնամքի այլ մատակարարների խումբ, որոնք աշխատանքի պայմանագիր ունեն մեր ծրագրի հետ:

**Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ.** Սա նկարագրում է ծառայություններ, պաշարներ կամ դեղեր, որոնք հարկավոր են ձեր բժշկական վիճակի կանխման, ախտորոշման կամ բուժման համար, կամ ձեր ընթացիկ առողջության պահպանման համար: Ծառայությունները, պաշարները կամ դեղերը համապատասխանում են բժշկական պրակտիկայի ընդունված

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



ստանդարտներին: Բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ վերաբերվում է ապահովագրված բոլոր ծառայություններին, որոնք խելամիտ են և անհրաժեշտ՝ կյանքը պաշտպանելու, լուրջ հիվանդություն կամ հաշմանդամություն կանխելու կամ սաստիկ ցավը մեղմելու համար՝ հիվանդության կամ փասվածքի ախտորոշման կամ բուժման միջոցով:

**Medicare.** Դաշնային առողջապահական ապահովագրության ծրագիր 65 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, 65 տարեկանից ցածր տարիքի որոշակի հաշմանդամություններ ունեցող որոշ մարդկանց համար, ինչպես նաև վերջին փուլում գտնվող երիկամային հիվանդություն (երիկամների աշխատանքի մշտական խանգարում, որը դիալիզ է պահանջում կամ երիկամի փոխպատվաստում) ունեցող մարդկանց համար: Medicare ունեցող մարդիկ կարող են ստանալ իրենց Medicare առողջական ապահովագրումը Բնօրինակ Medicare-ի կամ դեկավարվող խնամքի ծրագրի միջոցով (տեսեք «Առողջապահական ծրագիրը»):)

**Medicare-ի ապահովագրված ծառայություններ.** Ծառայություններ, որոնք ապահովագրված են Medicare Ա մասով ու Բ մասով: Բոլոր Medicare առողջապահական ծրագրերն, այդ թվում՝ մեր ծրագիրը, պետք է ապահովագրեն բոլոր ծառայությունները, որոնք ապահովագրված են Medicare Ա մասով ու Բ մասով:

**Medicare-Medi-Cal-ի անդամագրված անձ (երկակի իրավասություն).** Անձ, որը որակավորվում է Medicare-ի ու Medi-Cal-ի ապահովագրման համար: Medicare-Medi-Cal-ի անդամագրված անձը նաև կոչվում է «երկակի իրավասության նպաստառու»:

**Medicare Ա մաս.** Medicare ծրագիր, որն ապահովագրում է բժշկական տեսակետից անհրաժեշտ հիվանդանոցային, հմուտ բուժքույրական հաստատության, տան առողջության կամ անբուժելի հիվանդների խնամքի մեծ մասը:

**Medicare Բ մաս.** Medicare ծրագիր, որն ապահովագրում է ծառայություններ (ինչպես՝ լաբորատոր անալիզներ, վիրահատություններ ու բժշկի այցեր) ու պաշարներ (ինչպես՝ անվասայլակներ ու քայլակներ), որոնք անհրաժեշտ են բժշկական տեսակետից հիվանդությունը կամ վիճակը բուժելու համար: Medicare Բ մասը նաև ապահովագրում է շատ կանխարգելիչ ու զննման ծառայություններ:

**Medicare Գ մաս.** Medicare ծրագիր, որը թույլ է տալիս անհատական առողջապահական ապահովագրության կազմակերպություններին տրամադրել Medicare նպաստները Medicare Advantage ծրագրի միջոցով:

**Medicare Դ մաս.** Medicare դեղատոմսային դեղերի նպաստի ծրագիր: (Մենք այն հակիրճ անվանում ենք «Դ մաս»): Դ մասն ապահովագրում է ամբուլատոր դեղատոմսով դեղեր, պատվաստումներ և որոշ պաշարներ, որոնք ապահովագրված չեն Medicare Ա մասով, Medicare Բ մասով կամ Medi-Cal-ով: Health Net Cal MediConnect-ը ներառում է Medicare Դ մասը:

**Medicare Դ մասի դեղեր.** Դեղեր, որոնք կարող են ապահովագրվել Medicare Դ մասով: Կոնգրեսը հատուկ բացառել է որոշակի դեղերի կատեգորիաներ Դ մասով դեղերի ապահովագրությունից: Medi-Cal-ը կարող է ապահովագրել այս դեղերի մի մասը:

**Անդամ (մեր ծրագրի անդամ կամ ծրագրի անդամ).** Medicare ու Medi-Cal ունեցող անձ, որը որակավորվում է ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար, որն անդամագրված է մեր ծրագրին և ում անդամագրությունը հաստատվել է Medicare և Medicaid ծառայությունների կենտրոնների (CMS) ու նահանգի կողմից:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Անդամների տեղեկագիրք և բացահայտման տեղեկություններ.** Այս փաստաթուղթը՝ ձեր անդամագրման ձևաթղթի ու այլ կցորդների, լրացումների կամ այլ կամընտրովի ապահովագրության որոշ փաստաթղթերի հետ միասին, որը բացատրում է ձեր ապահովագրությունը, տեղեկացնում է՝ մենք ինչ պետք է անենք, ձեր իրավունքները և դուք ինչ պետք է անեք՝ որպես մեր ծրագրի անդամ:

**Անդամների ծառայությունների բաժին.** Մեր ծրագրի բաժինը, որը պատասխանատու է ձեր անդամակցության, նպաստների, բողոքների ու բողոքարկումների մասին ձեր հարցերին պատասխանելու համար: Տեսեք Գլուխ 2-ը Անդամների ծառայությունների բաժնի հետ կապ հաստատելու մասին տեղեկությունների համար:

**Խնամքի մոդել.** Խնամքի մոդելը բաղկացած է շատ տարբեր մասերից: Այն կառուցվածք է հանդիսանում խնամքի կառավարման համար: Այն ուղորդում է ձեր առողջապահական խնամքի թիմին ստանալ ձեր առողջական կարիքներին համապատասխան խնամքը: Խնամքի մոդելն ունի առողջապահական խնամքի թիմի անդամներ: Այն նաև գործիքներ է պարունակում, որոնք օգնում են ձեր թիմին: Որոշ գործիքներից են հարցումները: Հարցումները հարցնում են ձեր առողջության մասին: Ձեր պատասխաններն օգնում են ձեր թիմին ու ձեզ կազմել ձեր սեփական խնամքի նպատակներ ունեցող ծրագիր: Այս նպատակներն օգնում են ձեզ հասնել ձեր լավագույն առողջությանը: Դուք և ձեր թիմը նաև վերանայում եք ձեր առաջընթացը դեպի ձեր նպատակները:

**Տարեցների համար բազմանպատակ ծառայությունների ծրագիր (MSSP).** Ծրագիր, որը տրամադրում է Տանը և համայնքում մատուցվող ծառայություններ (HCBS)՝ որպես ձերանցի այլընտրանք, Medi-Cal-ի համար իրավասու անհատներին, որոնք 65 տարեկան են կամ ավել, և ունեն հաշմանդամություն:

**Ցանցի դեղատուն.** Դեղատուն (դեղեր վաճառող խանութ), որը համաձայնվել է դեղատոմսեր լրացնել մեր ծրագրի անդամների համար: Մենք անվանում ենք դրանք «ցանցի դեղատներ», որովհետև դրանք համաձայնվել են աշխատել մեր ծրագրի հետ: Շատ դեպքերում ձեր դեղատոմսերն ապահովագրվում են միայն, եթե դրանցով դեղ եք ստանում ծրագրի ցանցի դեղատներից մեկում:

**Ցանցի մատակարար.** «Մատակարարը» ընդհանուր տերմին է, որը մենք օգտագործում ենք բժիշկների, բուժքույրերի ու այլ մարդկանց համար, որոնք ձեզ ծառայություններ ու խնամք են տրամադրում: Տերմինը ներառում է նաև հիվանդանոցներ, տանը մատուցվող առողջության գործակալություններ, կլինիկաներ ու այլ վայրեր, որոնք ձեզ տրամադրում են առողջական խնամքի ծառայություններ, բժշկական սարքավորում և երկարատև ծառայություններ ու աջակցություն: Նրանք հավաստագրված կամ վկայագրված են Medicare-ի կամ նահանգի կողմից առողջական խնամքի ծառայություններ տրամադրելու համար: Մենք անվանում ենք նրանց «ցանցի մատակարարներ», երբ նրանք համաձայնվում են աշխատել առողջապահական ծրագրի հետ ու ընդունել մեր վճարումները ու մեր անդամներից լրացուցիչ գումարներ չգանձել: Քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք, դուք պետք է օգտվեք ցանցի մատակարարներից ապահովագրված ծառայություններ ստանալու համար: Ցանցի մատակարարները նաև կոչվում են «ծրագրի մատակարարներ»:

**Ձերանոց կամ բուժքույրական հաստատություն.** Վայր, որը խնամք է տրամադրում մարդկանց, որոնք չեն կարող խնամք ստանալ իրենց տանը, սակայն պետք չէ որ հիվանդանոցում գտնվեն:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Օմբուդսմեն.** Ձեր նահանգի գրասենյակ, որն օգնում է ձեզ, եթե խնդիրներ ունեք ձեր ծրագրի հետ: Օմբուդսմենի ծառայություններն անվճար են:

**Կազմակերպության վճիռ.** Ծրագիրը կազմակերպության վճիռ է կայացնում, երբ այն կամ իր մատակարարներից մեկը որոշում է ընդունում այն մասին, թե արդյոք ծառայություններն ապահովագրված են, թե ոչ, կամ որքան դուք պետք է վճարեք ապահովագրված ծառայությունների համար: Այս տեղեկագրքում կազմակերպության վճիռները կոչվում են «ապահովագրության որոշումներ»: Գլուխ 9-ը բացատրում է ինչպես ապահովագրության որոշում խնդրել:

**Բնօրինակ Medicare (ավանդական Medicare կամ վճար ծառայության դիմաց Medicare).** Բնօրինակ Medicare-ն առաջարկվում է կառավարության կողմից: Բնօրինակ Medicare-ի շրջանակներում Medicare-ի ծառայություններն ապահովագրվում են բժիշկներին, հիվանդանոցներին և առողջապահական խնամքի այլ մատակարարներին Կոնգրեսի կողմից հաստատված գումարներ վճարելով: Դուք կարող եք այցելել ցանկացած բժշկի, հիվանդանոց կամ առողջապահական խնամքի այլ մատակարարի, որը Medicare է ընդունում: Բնօրինակ Medicare-ն ունի երկու մաս՝ Ա մաս (հիվանդանոցային ապահովագրություն) և Բ մաս (բժշկական ապահովագրություն): Բնօրինակ Medicare-ը մատչելի է ամենուրեք Միացյալ Նահանգներում: Եթե չեք ցանկանում մեր ծրագրում լինել, ապա կարող եք ընտրել Բնօրինակ Medicare-ը:

**Արտացանցային դեղատուն.** Դեղատուն, որը չի համաձայնվել աշխատել մեր ծրագրի հետ՝ մեր ծրագրի անդամներին ապահովագրված դեղեր տրամադրելու կամ համակարգելու համար: Արտացանցային դեղատնից ստացված ձեր դեղերի մեծ մասը չի ապահովագրվում մեր ծրագրով, եթե իհարկե չեն կիրառվում որոշակի պայմաններ:

**Արտացանցային մատակարար կամ Արտացանցային հաստատություն.** Մատակարար կամ հաստատություն, որը չի աշխատում, պատկանում կամ գործարկվում մեր ծրագրի կողմից և որի հետ մենք պայմանագիր չունենք մեր ծրագրի անդամներին ապահովագրված ծառայություններ տրամադրելու համար: Գլուխ 3-ը բացատրում է արտացանցային մատակարարների կամ հաստատությունների մասին:

**Գրպանից վճարվող գումարներ.** Ստացված ծառայությունների կամ դեղերի մասի համար վճարելու անդամի ծախսերի բաշխման պահանջը նաև կոչվում է անդամի «գրպանից վճարվող» գումարների պահանջ: Տեսեք «ծախսերի բաշխման» սահմանումը վերևում:

**Ա մաս.** Տեսեք «Medicare Ա մասը»:

**Բ մաս.** Տեսեք «Medicare Բ մասը»:

**Գ մաս.** Տեսեք «Medicare Գ մասը»:

**Դ մաս.** Տեսեք «Medicare Դ մասը»:

**Դ մասի դեղեր.** Տեսեք «Medicare Դ մասի դեղեր»:

**Առաջնային խնամքի մատակարար (PCP).** Ձեր առաջնային խնամքի մատակարարն այն բժիշկն է կամ մեկ այլ մատակարարը, որին դուք առաջին հերթին եք այցելում ձեր առողջական խնդիրների հիմնական մասի համար: Նա ապահովում է, որ դուք ստանաք ձեզ անհրաժեշտ խնամքը, որպեսզի առողջ լինեք: Նա գրուցում է նաև այլ բժիշկների ու առողջական խնամքի մատակարարների հետ ձեր խնամքի մասին ու ձեզ ուղարկում է նրանց մոտ: Medicare-ի շատ առողջապահական ծրագրերում դուք պետք է սկզբից այցելեք

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ՝ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



ձեր առաջնային խնամքի մատակարարին, նախքան դուք կարող եք այցելել այլ առողջական խնամքի մատակարարներին: Տեսեք Գլուխ 3-ն՝ առաջնային խնամքի մատակարարներից խնամք ստանալու տեղեկություններ ունենալու համար:

**Նախօրոք լիազորում.** Հավանություն որոշակի ծառայություններ կամ դեղեր ստանալու համար: Ցանցում տրամադրվող որոշ բժշկական ծառայություններ ապահովագրվում են միայն, եթե ձեր բժիշկը կամ ցանցի այլ մատակարարը մեր ծրագրից նախօրոք լիազորում է ստանում: Նախօրոք լիազորում պահանջող ապահովագրված ծառայությունները նշված են Գլուխ 4-ի Նպաստների աղյուսակում: Որոշ դեղեր ապահովագրվում են միայն, եթե դուք մեզանից նախօրոք լիազորում եք ստանում: Նախօրոք լիազորում պահանջող ապահովագրված դեղերը նշված են *Ապահովագրված դեղերի ցուցակում*:

**Ամեն ինչ ներառող խնամքի ծրագրեր տարեցների համար (PACE).** Ծրագիր, որն ապահովագրում է Medicare և Medi-Cal նպաստները 55 տարեկան կամ ավելի բարձր տարիքի մարդկանց համար, որոնց ավելի բարձր մակարդակի խնամք է հարկավոր տանը բնակվելու համար:

**Պրոթեզային և օրթեզային սարքեր.** Սրանք բժշկական սարքեր են, որոնք պատվիրվում են ձեր բժշկի կամ առողջական խնամքի այլ մատակարարի կողմից: Ապահովագրված իրերից են, սակայն առանց սահմանափակման, ձեռքի, մեջքի ու պարանոցի ձգափոկեր, արհեստական վերջույթներ, արհեստական աչքեր, ինչպես նաև այն սարքեր, որոնք հարկավոր են մարմնի ներքին մաս կամ գործառույթ փոխարինելու համար, ներառյալ օստոմիայի պաշարներ և էնտերալ ու պարենտերալ սնուցման թերապիա:

**Որակի բարելավման կազմակերպություն (QIO).** Բժիշկների և այլ առողջական խնամքի մասնագետների խումբ, որն օգնում է բարելավել Medicare ունեցող մարդկանց խնամքի որակը: Նրանք վարձատրվում են դաշնային կառավարության կողմից՝ հիվանդներին մատուցվող խնամքը ստուգելու և բարելավելու համար: Տեսեք Գլուխ 2-ը՝ ձեր նահանգում QIO-ի հետ կապ հաստատելու մասին տեղեկությունների համար:

**Քանակային սահմանափակումներ.** Դեղի քանակի սահմանափակում, որոնք կարող են տրամադրվել ձեզ: Սահմանափակումը կարող է լինել ապահովագրված դեղի քանակի վրա՝ ըստ դեղատոմսի:

**Վերականգնողական ծառայություններ.** Բուժում, որը ստանում եք հիվանդությունից, միջադեպից կամ լուրջ վիրահատությունից հետո վերականգնվելու համար: Տեսեք Գլուխ 4-ը՝ վերականգնողական ծառայությունների մասին մանրամասների համար:

**Մպասարկման տարածք.** Աշխարհագրական տարածք, որտեղ առողջապահական ծրագիրն անդամներ է ընդունում, եթե այն սահմանափակում է անդամակցությունն ըստ մարդկանց բնակավայրի: Ծրագրերի համար դա սահմանափակում է այն բժիշկներին ու հիվանդանոցները, որոնցից դուք կարող եք օգտվել, և դա սովորաբար այն տարածքն է, որտեղ դուք կարող եք ստանալ սովորական (ոչ-արտակարգ իրավիճակների) ծառայություններ: Միայն մեր սպասարկման տարածքում բնակվող մարդիկ կարող են միանալ Health Net Cal MediConnect-ին:

**Ծախսերի բաշխում.** Ձեր առողջական խնամքի ծախսերի բաժինը, որը դուք պետք է վճարեք ամեն ամիս, որպեսզի Cal MediConnect-ի նպաստներն ուժի մեջ մտնեն: Ձեր ծախսերի բաշխման քանակը տատանվում է՝ կախված ձեր եկամտից ու միջոցներից:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



**Հմուտ բուժքույրական հաստատություն (SNF).** Բուժքույրական հաստատություն, որի անձնակազմն ու սարքավորումը հմուտ բուժքույրական խնամք է տրամադրում, և շատ դեպքերում, հմուտ վերականգնողական ծառայություններ և այլ առնչվող առողջապահական ծառայություններ:

**Հմուտ բուժքույրական հաստատությունում (SNF) տրամադրվող խնամք.** Հմուտ բուժքույրական խնամք և վերականգնողական ծառայություններ, որոնք շարունակաբար, յուրաքանչյուր օր տրամադրվում են հմուտ բուժքույրական հաստատությունում: Հմուտ բուժքույրական հաստատությունում տրամադրվող խնամքի օրինակներն ընդգրկում են ֆիզիկական թերապիա կամ ներերակային (IV) սրսկումներ, որոնք կարող է անել միայն գրանցված բուժքույրը կամ բժիշկը:

**Մասնագետ.** Բժիշկ, որն առողջական խնամք է տրամադրում որոշակի հիվանդության կամ մարմնի մասի համար:

**Մշտական խնդրանք.** Ձեր կողմից ներկայացված խնդրանք, որպեսզի ստանաք անդամի ձեր տեղեկատվական նյութերը հատուկ ձևաչափով (օրինակ՝ խոշոր տառատեսակով կամ մատչելի PDF) կամ լեզվով՝ առանց հետագա խնդրանքների կամ գանգերի Health Net Cal MediConnect: Մշտական խնդրանքը ժամում է ձեր արձանագրություններում, մինչև ձեր կողմից այն փոփոխելը:

**Նահանգային լսում.** Եթե ձեր բժիշկը կամ այլ մատակարարը Medi-Cal ծառայություն է խնդրում, որը մենք չենք հաստատում, կամ եթե մենք չեն վճարելու ձեր արդեն ունեցած Medi-Cal ծառայության համար, դուք իրավունք ունեք Նահանգային լսում պահանջել: Եթե Նահանգային լսման որոշումը ձեր օգտին է, ապա մենք պետք է ձեզ տրամադրենք ձեր կողմից պահանջվող ծառայությունը:

**Հանգրվանային բուժում.** Ապահովագրության կանոն, որը պահանջում է, որ դուք սկզբից փորձեք մեկ այլ դեղ՝ նախքան մենք կապահովագրենք ձեր կողմից խնդրած դեղը:

**Հավելյալ ապահովության եկամուտ (SSI).** Սոցիալական ապահովության կողմից վճարվող ամսական նպաստ սահմանափակ եկամուտ ու միջոցներ ունեցող այն անձանց համար, ովքեր հաշմանդամ են, կույր կամ 65 և ավելի բարձր տարիքի են: SSI նպաստները նույնը չեն, ինչ Սոցիալական ապահովության նպաստները:

**Հրատապ խնամք.** Խնամք, որը ստանում էք անսպասելի հիվանդության, ժառանգելի կամ վիճակի համար, որն արտակարգ իրավիճակ չէ, սակայն անհապաղ խնամք է պահանջում: Դուք կարող եք հրատապ անհրաժեշտ խնամք ստանալ արտացանցային մատակարարներից, երբ ցանցի մատակարարները ժամանակավորապես մատչելի կամ հասանելի չեն:

**Եթե հարցեր ունեք,** խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:



# Multi-Language Insert

## Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## Health Net Cal MediConnect Անդամների ծառայությունների բաժին

<b>ՋԱՆԳԱՀԱՐԵՔ</b>	1-855-464-3571  Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են: Ձեզ հետ պատրաստ է խոսել կենդանի անձ, ժամը՝ 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:  Անդամների ծառայությունների բաժինն ունի նաև անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք մատչելի են անզլերեն չխոսողների համար:
<b>TTY</b>	711 (Ազգային փոխանցման ծառայություն): Այս զանգն անվճար է:  Այս հեռախոսահամարի համար պահանջվում է հատուկ հեռախոսային սարքավորում, և այն միայն լսելու կամ խոսելու դժվարություններ ունեցող մարդկանց համար է:  Այս հեռախոսահամարին զանգերն անվճար են ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում:
<b>ՖԱՔՍ</b>	1-800-281-2999
<b>ԳՐԵՔ</b>	Health Net Community Solutions, Inc.  PO Box 10422  Van Nuys, CA 91410-0422
<b>ԿԱՅՔ</b>	<a href="http://www.healthnet.com/calmediconnect">www.healthnet.com/calmediconnect</a>

**Եթե հարցեր ունեք**, խնդրում ենք զանգահարել Health Net Cal MediConnect՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը՝ 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Նշված ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոնական օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Զանգն անվճար է: **Լրացուցիչ տեղեկությունների համար** այցելեք [www.healthnet.com/calmediconnect](http://www.healthnet.com/calmediconnect) կայք:

