

Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

دفترچه اطلاعاتی اعضا

1 ژانویه 2018 – 31 دسامبر 2018

پوشش درمانی و دارویی شما تحت Health Net Cal MediConnect

این دفترچه در مورد پوشش شما تحت Health Net Cal MediConnect تا 31 دسامبر 2018 اطلاعاتی را به شما ارائه می‌کند. این کتابچه خدمات مراقبت درمانی، خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اختلال مربوط به اعتیاد)، پوشش داروی نسخه‌دار و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت را توصیف می‌کند. خدمات و حمایت‌های بلندمدت به شما کمک می‌کنند تا به جای رفتن به آسایشگاه یا بیمارستان در خانه باقی بمانید. خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) می‌شوند.

این یک سند حقوقی مهم است. لطفاً آن را در محلی امن نگه دارید.

این برنامه درمانی Cal MediConnect توسط Health Net Community Solutions, Inc. عرضه می‌شود. وقتی این دفترچه اطلاعاتی اعضا به «ما» اشاره می‌کند، منظور Health Net Community Solutions, Inc. می‌باشد. منظور از «برنامه» یا «برنامه ما»، Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) است.

If you speak Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog and Vietnamese language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجاناً. اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. سيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

Եթե խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Աշխատանքային ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրը: Չանգն անվճար է:

531004
EOC019848FN00
H3237-001

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



បើលោកអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ យើងខ្ញុំនឹងហៅទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

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.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ sẵn có cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شما می‌توانید این مدرک را به فرمت‌های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل یا در نسخه صوتی نیز به صورت رایگان دریافت کنید. با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر مایلید که Health Net Cal MediConnect به طور مداوم مطالب را به فرمت‌های دیگر، مانند خط بریل یا چاپ درشت، یا به زبانی به غیر از انگلیسی برای شما ارسال کند، لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. به مرکز خدمات اعضا بگویید که می‌خواهید درخواست کنید مطالب را به طور مداوم به فرمت یا زبانی دیگر دریافت کنید.

تکذیب‌نامه

Health Net Community Solutions, Inc. یک برنامه درمانی می‌باشد که با Medicare و Medi-Cal قرارداد دارد تا مزایای هر دو برنامه را در اختیار اعضاء قرار دهد.

پوشش تحت Health Net Cal MediConnect دارای شرایط حداقل پوشش ضروری (MEC) می‌باشد. این پوشش، الزامات مسئولیت فردی مشترک قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (ACA) را برآورده می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد الزامات مسئولیت فردی مشترک حداقل پوشش ضروری (MEC)، به وبسایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به آدرس www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families مراجعه نمایید.

ممکن است محدودیت‌ها، سهم بیمه‌شده و استثناهایی اعمال شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect تماس گرفته یا دفترچه اعضای Health Net Cal MediConnect را مطالعه کنید. بدین معنی که ممکن است لازم باشد هزینه برخی خدمات را شما بپردازید و لازم است که از مقررات خاصی پیروی کنید تا Health Net Cal MediConnect هزینه خدمات شما را بپردازد.

فهرست داروهای تحت پوشش و یا شبکه داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان ممکن است در طول سال تغییر نماید.

قبل از انجام هر گونه تغییری که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، برای شما اطلاعیه‌ای خواهیم فرستاد.

امکان تغییر مزایا و یا سهم بیمه‌شده‌ها معمولاً در 1 ژانویه هر سال وجود دارد.

سهم بیمه‌شده برای داروهای نسخه‌دار ممکن است بستگی به سطح کمک اضافی که دریافت می‌کنید متفاوت باشد. لطفاً برای کسب جزئیات بیشتر با برنامه درمانی تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 1: شروع به عنوان عضو

فهرست مندرجات

- A. به Health Net Cal MediConnect خوش آمدید..... 5
- B. Medicare و Medi-Cal چیست؟ 5
- Medicare 5
- Medi-Cal 6
- C. مزایای این برنامه درمانی چیست؟ 6
- D. منطقه خدماتی Health Net Cal MediConnect کجاست؟ 6
- E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟ 7
- F. انتظارات شما وقتی برای اولین بار عضو برنامه درمانی می‌شوید 8
- G. گروه مراقبتی و برنامه مراقبتی چیست؟ 9
- گروه مراقبتی 9
- برنامه مراقبتی 9
- H. آیا Health Net Cal MediConnect حق بیمه ماهانه دارد؟ 9
- I. درباره دفترچه اطلاعاتی اعضا 9
- J. چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد؟ 10
- کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect 10
- فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها 10
- فهرست داروهای تحت پوشش 11
- توضیح مزایا 12
- K. نحوه به‌روز نگه داشتن پرونده عضویت شما چیست؟ 12
- آیا محرمانگی اطلاعات درمانی شخصی شما را حفظ می‌کنیم؟ 12

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



A. به Health Net Cal MediConnect خوش آمدید

Health Net Cal MediConnect یک برنامه درمانی Cal MediConnect می‌باشد. برنامه Cal MediConnect سازمانی می‌باشد که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات و حمایت‌های بلندمدت، ارائه‌کنندگان بهداشت رفتاری و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این سازمان هماهنگ‌کنندگان مراقبتی و گروه‌های مراقبتی را نیز برای کمک در مدیریت همه ارائه‌کنندگان و خدمات شما در استخدام دارد. این اشخاص مراقبت مورد نیاز شما را با تشریح مساعی ارائه می‌کنند.

Health Net Cal MediConnect مورد تأیید دولت کالیفرنیا و مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) برای ارائه خدمات به شما به عنوان بخشی از Cal MediConnect قرار گرفته است.

Cal MediConnect یک برنامه تجربی می‌باشد که تحت نظارت دولت کالیفرنیا و فدرال بوده تا مراقبت بهتر را در اختیار اشخاصی قرار دهد که در هر دوی Medicare و Medi-Cal عضویت دارند. براساس این تجربه، دولت ایالتی و فدرال می‌خواهند روش‌های جدید برای بهبود نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal را آزمایش کنند.

تجربه‌ای که می‌توانید روی آن حساب کنید

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

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

- ما به خدمات مشتریان فوق‌العاده‌مان افتخار می‌کنیم؛ این خدمات با توجه و رسیدگی دقیق، مثبت و سفارشی به شما که عضو ما هستید ممکن شده‌اند. کارکنان آموزش‌دیده مرکز خدمات ما، شما را منتظر نخواهند گذاشت و می‌توانند بدون استفاده از خدمات ترجمه شفاهی، به چندین زبان از شما پشتیبانی کنند. ما سطح ممتازی از خدمات را به شما ارائه می‌کنیم، مانند آن که به خانواده خودمان رسیدگی کنیم. ما کمک می‌کنیم مزایای مختلف را شناسایی و انتخاب کنید و بدین ترتیب سریعاً به پاسخ سوال‌هایتان در مورد دسترسی به مراقبت دست پیدا می‌کنید.
- ما حدود 25 سال است که مشغول ایجاد شبکه‌های ارزشمندی از پزشکان هستیم. پزشکان و متخصصان شبکه‌ی Cal MediConnect ما با هم در گروه‌های پزشکی همکاری می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که شما مراقبت‌های لازم را به هنگام نیاز دریافت کنید.
- جامعه شما یعنی جامعه ما. ما شرکتی در جنوب کالیفرنیا هستیم، بنابراین کارمندان ما همان جایی زندگی می‌کنند که شما زندگی می‌کنید. ما در موارد زیر از جامعه محلی خود حمایت می‌کنیم:

- معاینات تشخیصی درمانی در همایش‌های محلی درمانی و مراکز جامعه محلی

- کلاس‌های آموزش درمانی بدون هزینه

B. Medicare و Medi-Cal چیست؟

Medicare

Medicare نام برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص زیر است:

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



Medi-Cal

Medi-Cal نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت های ایالتی و فدرال تأمین می شود. Medi-Cal به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می کند هزینه خدمات و حمایت های بلندمدت (LTSS) و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می دهد.

Health Net Cal MediConnect مورد تأیید Medicare و دولت کالیفرنیا می باشد. می توانید خدمات Medicare و Medi-Cal را از طریق برنامه درمانی ما تا زمانی دریافت کنید که:

- ما تصمیم بگیریم که برنامه درمانی را عرضه کنیم، و
 - Medicare و دولت کالیفرنیا اجازه دهند که به عرضه این برنامه درمانی ادامه دهیم.
- حتی اگر برنامه درمانی ما در آینده به فعالیت خاتمه دهد، روی واجد شرایط بودن شما برای خدمات Medicare و Medi-Cal تأثیری نخواهد داشت.

C. مزایای این برنامه درمانی چیست؟

شما اکنون همه خدمات Medicare و Medi-Cal تحت پوشش خود را از Health Net Cal MediConnect دریافت می کنید که شامل داروهای نسخه ای می شود. شما هزینه دیگری را برای عضویت در این برنامه درمانی پرداخت نخواهید کرد.

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

- شما یک گروه مراقبتی خواهید داشت که خود شما در ایجاد آن کمک می کنید. گروه مراقبتی شما ممکن است شامل خود شما، ارائه کننده مراقبت به شما، پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین درمانی باشد.
- شما به یک هماهنگ کننده مراقبتی دسترسی خواهید داشت. این شخصی می باشد که با شما، Health Net Cal MediConnect و گروه مراقبتی شما همکاری دارد تا در ایجاد برنامه درمانی کمک کند.
- شما می توانید مراقبت از خودتان را با کمک گروه مراقبتی و هماهنگ کننده مراقبتی مدیریت کنید.
- گروه مراقبتی و هماهنگ کننده مراقبتی با شما همکاری کرده تا یک برنامه مراقبتی را ایجاد کنید که برای برآوری نیازهای مراقبتی شما به طور ویژه طراحی شده باشد. گروه مراقبتی به هماهنگ سازی خدمات مورد نیاز شما کمک خواهد کرد. برای مثال، یعنی:
 - « گروه مراقبتی شما اطمینان حاصل خواهد کرد که پزشکان شما از همه داروهای مورد مصرف شما آگاهی داشته باشند تا بتوانند مطمئن شوند داروهای درست را مصرف می کنید و بنابراین پزشکان شما بتوانند هرگونه اثرات جانبی که ممکن است در نتیجه داروها ایجاد شوند را کاهش دهند.
 - « گروه مراقبتی شما مطمئن می شود که نتایج آزمایشات در اختیار پزشکان شما و سایر ارائه کنندگان مربوطه قرار داده شوند.

D. منطقه خدماتی Health Net Cal MediConnect کجاست؟

منطقه خدماتی ما شامل این کانتی در کالیفرنیا می شود: لس آنجلس به غیر از کدپستی زیر: 90704.

تنها اشخاصی که در این منطقه خدماتی زندگی می کنند می توانند عضو Health Net Cal MediConnect شوند.

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



اگر به خارج از منطقه خدماتی ما بروید، نمی‌توانید در این برنامه درمانی باقی بمانید. لازم خواهد بود که با مددکار تعیین واجد شرایط بودن کانتی محلی خود تماس بگیرید:

<p><u>تلفن رایگان محلی:</u> 1-877-597-4777</p> <p><u>تلفن رایگان در سرتاسر ایالت:</u> 1-800-541-5555</p> <p>این تماس رایگان می‌باشد. دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، به جز تعطیلات</p>	تلفن تماس
<p><u>تلفن رایگان محلی:</u> 1-800-660-4026</p> <p><u>TTY در سرتاسر ایالت:</u> 711 (خدمات رله ملی)</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	TTY
<p>برای نزدیکترین دفتر خدمات اجتماعی به وایت پیجز تحت دولت کانتی در دفترچه راهنمای تلفن خود مراجعه کنید.</p>	مکاتبه
<p>http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</p>	وبسایت

E. چه موضوعی موجب واجد شرایط شدن شما برای عضویت در برنامه درمانی می‌شود؟

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

- در منطقه خدماتی ما زندگی کنید، و
- در هنگام ثبت نام 21 سال یا بیشتر داشته باشید، و
- در Medicare بخش A و Medicare بخش B هر دو عضو باشید، و
- در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط بوده و مزایای کامل Medi-Cal را دریافت کنید، از جمله:
 - اشخاص ثبت نام شده در برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP).
 - اشخاصی که مفاد سهمیم شدن در هزینه فوق الذکر را برآورده می‌کنند:
 - ساکنین آسایشگاه با سهمیم شدن در هزینه، و
 - ثبت‌نام‌شدگان در MSSP با سهمیم شدن در هزینه.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید.

ممکن است مقررات دیگری برای واجد شرایط بودن در کانتی شما وجود داشته باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

وقتی برای اولین بار عضو برنامه درمانی می‌شوید، یک ارزیابی مخاطره درمانی (health risk assessment, HRA) را ظرف 45 تا 90 روز دریافت خواهید کرد که به وضعیت سلامت شما بستگی دارد (برای مثال خطر زیاد یا کم).

لازم است که یک HRA را برای شما تکمیل کنیم. HRA اساس ایجاد برنامه مراقبت شخصی شما (individual care plan, ICP) می‌باشد. HRA شامل سؤالاتی برای شناسایی نیازهای پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت (long-term services and supports, LTSS) و بهداشت رفتاری و عملکرد شما خواهد بود.

ما برای پر کردن HRA با شما تماس خواهیم گرفت. HRA را می‌توان در دیدار حضوری، با تماس تلفنی یا از طریق پست انجام داد.

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

اگر Health Net Cal MediConnect برای شما تازگی دارد، می‌توانید برای مدت مشخصی همچنان به پزشکی مراجعه کنید که در حال حاضر به وی مراجعه می‌کنید. می‌توانید ارائه‌کنندگان و مجوزهای خدماتی کنونی خود را در هنگام عضویت تا حداکثر 12 ماه نگه دارید، در صورتی که همه شرایط زیر را برآورده شوند:

- شما، نماینده شما یا ارائه‌کننده شما به طور مستقیم از ما درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌کننده کنونی خود ادامه دهید.
- شما بتوانید به استثنای چند مورد، رابطه موجود با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی را ثابت کنید. منظور از رابطه کنونی، این است که شما در طول 12 ماه قبل از تاریخ ثبت نام اولیه خود در Health Net Cal MediConnect حداقل یکبار نزد یک ارائه‌کننده خارج از شبکه برای ویزیت غیراضطراری رفته باشید.
- ما یک رابطه موجود را با بررسی اطلاعات درمانی شما که در دسترس داریم یا اطلاعاتی که شما به ما ارائه می‌دهید مشخص خواهیم کرد.
- ما برای پاسخگویی به درخواست شما 30 روز فرصت داریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید که تصمیم سریع تری را اتخاذ کنیم و باید در ظرف 15 روز پاسخ دهیم.
- وقتی درخواستی ثبت می‌کنید، شما یا ارائه‌کننده شما باید اسنادی را در مورد رابطه موجود نشان داده و با شرایط خاصی موافقت کنید.

← **لطفاً توجه کنید:** این درخواست را نمی‌توان برای ارائه‌کنندگان و مسائل بادوام پزشکی (Durable Medical Equipment, DME)، حمل و نقل، خدمات کمکی دیگر یا خدماتی که تحت Cal MediConnect ذکر نشده‌اند ثبت کرد.

بعد از اینکه دوره ادامه درمان خاتمه پیدا کرد، لازم است که نزد پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان در شبکه Health Net Cal MediConnect بروید که وابسته به ارائه‌کننده اصلی مراقبت شما هستند، مگر اینکه با پزشک خارج از شبکه شما به توافق برسیم. ارائه‌کننده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. وقتی در برنامه درمانی ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد را از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. یک PCP را از نیز گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. اگر یک گروه پزشکی و PCP تحت قرارداد انتخاب نکنید، ما برایتان تعیین خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت مراقبت، به فصل 3 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



G. گروه مراقبتی و برنامه مراقبتی چیست؟

گروه مراقبتی

آیا برای دریافت مراقبت مورد نیازتان کمک لازم دارید؟ گروه درمانی میتواند به شما کمک کند. گروه درمانی ممکن است شامل پزشک شما، هماهنگکننده مراقبت، یا کارکن مراقبتی دیگری باشد که خودتان انتخاب میکنید. هماهنگکننده مراقبت شخصی است که برای کمک به شما برای مدیریت مراقبتی که لازم دارید آموزش دیده است. هنگامیکه در Health Net Cal MediConnect ثبت نام میکنید، یک هماهنگکننده مراقبت برایتان مشخص خواهد شد. همچنین اگر Health Net Cal MediConnect خدماتی که شما لازم دارید را ارائه نکند، این شخص شما را به منابع اجتماعی ارجاع خواهد داد. برای درخواست گروه درمانی با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفتهها و روزهای تعطیل، میتوانید پیام بگذارید. این تماس رایگان است. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.

برنامه مراقبتی

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

برنامه مراقبتی شما شامل موارد زیر است:

- اهداف مراقبت درمانی شما.
- برنامه‌ای برای اینکه چه زمانی باید خدمات مورد نیازتان را دریافت کنید.

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

H. آیا Health Net Cal MediConnect حق بیمه ماهانه دارد؟

خیر.

I. درباره دفترچه اطلاعاتی اعضا

این دفترچه اطلاعاتی اعضا بخشی از قرارداد ما با شما می‌باشد. بدین معنی که ما باید از همه مقررات در این سند پیروی کنیم. اگر فکر می‌کنید که ما کاری کرده‌ایم که برخلاف این مقررات است، می‌توانید با اقدام ما استیناف یا مخالفت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه استیناف، به فصل 9 مراجعه کرده یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید.

این قرارداد برای ماه‌هایی که بین 1 ژانویه 2018 و 31 دسامبر 2018 در Health Net Cal MediConnect عضویت داشته‌اید قابل اجرا می‌باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفتهها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



ل. چه اطلاعات دیگری از ما دریافت خواهید کرد؟

همین حالا باید کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect، اطلاعات مربوط به نحوه دسترسی به راهنمای ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها و فهرستی از داروهای تحت پوشش را دریافت کرده باشید.

کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect

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

<p>Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name: [FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Member ID: [XXXXXXXXXX]</p> <p>Health Plan (80840): 9210567898 MEMBER CANNOT BE CHARGED Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER PCP Name: [PCP FIRST MI LAST NAME] Provider Group: [PPG NAME]</p> <p>Material ID# [XXXXX_XXXX_XXXX] CMS Approved [XXXXXXXXXX]</p>	<p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: [004336] RxPCN: [MEDDADV] RxGrp: [RX6270] RxID: [XXXXXXXXXXXX]</p> <p>CMS_H3237_001</p>	<p>Member/Provider Service & Behavioral Health: [X-XXX-XXX-XXXX] TTY Member Service & Behavioral Health: [XXX] 24-Hour Nurse Advice Line: [X-XXX-XXX-XXXX] or TTY: [XXX] Caremark Pharmacy Help Desk: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Phone Number: [X-XXX-XXX-XXXX] Website: [www.healthnet.com/calmediconnect] Send claims to: Submit Medical Claims to: [Health Net Community Solutions, Inc.] [P.O. Box 14703] [Lexington, KY 40512] Submit Drug Claims to: [Health Net - Attn: Pharmacy Claims] [PO Box 419069] [Rancho Cordova, CA 95741-9069]</p>
--	--	---

اگر کارت شما آسیب دیده، گم شده یا به سرقت رفته، فوراً با خدمات اعضا تماس گرفته و یک کارت جدید را برای شما ارسال خواهیم کرد. می‌توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

تا زمانی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، لزومی ندارد که از کارت Medicare خود به رنگ های قرمز، سفید و آبی یا کارت Medi-Cal خود برای دریافت خدمات Cal MediConnect استفاده کنید. از این کارت ها در محل امنی نگهداری کنید چون ممکن است بعداً به آنها نیاز داشته باشید. اگر به جای کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect کارت Medicare خود را نشان دهید، ممکن است ارائه‌دهنده به جای برنامه ما از Medicare هزینه کسر کند و ممکن است صورتحسابی دریافت کنید. برای کسب اطلاعات درباره‌ی اینکه در صورت دریافت صورتحساب از ارائه‌دهنده چه کنید به فصل 7 مراجعه کنید.

لطفاً فراموش نکنید برای دسترسی به خدمات بهداشت روانی تخصصی که ممکن است از برنامه بهداشت روانی (Mental Health Plan, MHP) کانتی دریافت کنید، به کارت Medi-Cal نیاز خواهید داشت.

فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها

فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها شامل ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها در شبکه Health Net Cal MediConnect می‌باشد. در طول مدتی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه‌کنندگان شبکه استفاده کنید. هنگامی که تازه عضو برنامه درمانی ما می‌شوید استثناهایی وجود دارد (به صفحه 8 مراجعه کنید).

← می‌توانید برای درخواست فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های سالانه با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. همچنین می‌توانید فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها را در www.healthnet.com/calmediconnect مشاهده کرده یا از این وبسایت دانلود کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مرکز خدمات اعضا و این وبسایت می‌توانند اطلاعات به‌روز شده در مورد تغییرات در ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند. این فهرست شامل اسامی متخصصان مراقبت‌های درمانی (مانند پزشکان، پرستاران و روانشناسان)، امکانات (مانند بیمارستان‌ها یا کلینیک‌ها) و ارائه‌کنندگان خدمات حمایتی (مانند ارائه‌کنندگان مراقبت‌های روزانه بزرگسالان یا مراقبت‌های در خانه) می‌شود که می‌توانید به عنوان عضو Health Net Cal MediConnect به آن‌ها مراجعه کنید. همچنین فهرست شامل نام داروخانه‌هایی می‌شود که می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از آن‌ها بگیرید. این داروخانه‌ها شامل داروخانه‌های غیربیمارستانی، سفارش پستی، تزریق خانگی و مراقبت بلندمدت (Long-Term Care, LTC) می‌شوند.

منظور از «ارائه‌کنندگان شبکه» چیست؟

- ارائه‌کنندگان شبکه ما شامل موارد زیر می‌شوند:
 - پزشکان، پرستاران و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌باشد که می‌توانید به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما به آنها رجوع کنید.
 - درمانگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز پرستاری و سایر محل‌ها نیز می‌شود که خدمات درمانی در برنامه درمانی ما ارائه می‌کنند.
 - خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)، خدمات درمانی رفتاری، سازمان‌های ارائه بهداشت در خانه، ارائه‌کنندگان لوازم پزشکی و سایرین نیز می‌شوند که کالاها و خدماتی را ارائه می‌کنند که از طریق Medicare یا Medi-Cal دریافت می‌کنید.
- ارائه‌کنندگان شبکه موافقت کرده اند که مبلغی را از برنامه درمانی ما برای خدمات تحت پوشش به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند.
- **لطفاً توجه کنید:** ارائه‌کنندگان خدمات حمایتی در خانه (IHSS) بخشی از شبکه نمی‌باشند. می‌توانید هر کدام از ارائه‌کنندگان خدمات حمایتی در خانه را برای خود انتخاب کنید.

«داروخانه‌های شبکه» چیست؟

- داروخانه‌های شبکه قبول کرده اند نسخه‌ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچند. برای پیدا کردن داروخانه شبکه که می‌خواهید استفاده کنید از فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها استفاده کنید.
- به غیر از موارد اضطراری، اگر می‌خواهید برنامه درمانی ما در پرداخت هزینه داروها به شما کمک کند، باید نسخه‌های خود را در یکی از داروخانه‌های شبکه ما بپیچید.

برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. هم بخش خدمات اعضا و هم وبسایت Health Net Cal MediConnect می‌توانند اطلاعات به‌روز شده‌ای در مورد تغییرات در داروخانه‌ها و ارائه‌دهندگان شبکه ما را در اختیار شما قرار دهند.

فهرست داروهای تحت پوشش

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

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

ما هر ساله نسخه‌ای از فهرست دارویی را برای شما ارسال می‌کنیم، ولی ممکن است برخی تغییرات در طول سال ایجاد شوند. برای دریافت آخرین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، به آدرس اینترنتی www.healthnet.com/calmediconnect مراجعه کنید یا در روزهای دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 صبح الی 8 شب با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



توضیح مزایا

هنگامیکه از مزایای داروی نسخه دار بخش D استفاده می کنید، ما یک گزارش خلاصه را برای شما ارسال خواهیم کرد تا به شما کمک شود. داروهای نسخه دار بخش D خود را درک کرده و حساب آنها را نگه دارید. این گزارش خلاصه توضیح مزایا (Explanation of Benefits, EOB) خوانده می شود.

توضیح مزایا کل مبلغی را که شما یا دیگران از طرف شما صرف داروهای نسخه دار بخش D کرده اند و کل مبلغی را که ما برای هر یک از داروهای نسخه دار بخش D در طول ماه پرداخت کرده ایم به اطلاع شما می رساند. فصل 6 اطلاعات بیشتری را در مورد توضیح مزایا و نحوه کمک آن به شما در نگه داشتن حساب پوشش دارویی خود به شما می دهد.

توضیح مزایا نیز در صورت درخواست موجود است. برای دریافت نسخه ای از آن، می توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

K. نحوه به روز نگه داشتن پرونده عضویت شما چیست؟

شما می توانید پرونده عضویت خود را توسط اطلاع دادن به ما در مورد تغییرات در اطلاعات خود بروز نگه دارید.

ارائه کنندگان و داروخانه های شبکه درمانی به اطلاعات صحیح در مورد شما نیاز دارند. آنها از پرونده عضویت شما برای کسب اطلاعات در مورد خدمات و داروهای که دریافت می کنید و هزینه آنها برای شما استفاده می کنند. به همین دلیل، بسیار اهمیت دارد که به ما در به روز نگه داشتن اطلاعات خود کمک کنید.

موارد زیر را به اطلاع ما برسانید:

- اگر نام، نشانی یا شماره تلفن خود را تغییر داده اید.
- اگر تغییری در هرگونه پوشش بیمه درمانی دیگر ایجاد کرده اید، از قبیل کارفرمای شما، کارفرمای همسر شما یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان.
- اگر هرگونه ادعای مسئولیت دارید، از قبیل ادعای خسارت برای حوادث رانندگی.
- اگر در آسایشگاه یا بیمارستان پذیرفته شده اید.
- اگر در بیمارستان یا اتاق اورژانس مراقبت دریافت می کنید.
- اگر ارائه دهنده مراقبت یا هر شخصی برای تغییرات شما مسئول است.
- اگر بخشی از مطالعه پژوهشی بالینی هستید.

در صورت تغییر هرگونه اطلاعات، با خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

همچنین می توانید نشانی و یا شماره تلفن خود را با بازدید از وبسایت ما به آدرس www.healthnet.com/calmediconnect تغییر دهید.

آیا محرمانگی اطلاعات درمانی شخصی شما را حفظ می کنیم؟

بله. قوانین ایالتی و فدرال مقرر می دارند که ما پرونده های پزشکی و اطلاعات درمانی شخصی شما را محرمانه نگه داریم. ما از اطلاعات درمانی شما محافظت می کنیم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه حفظ اطلاعات درمانی شخصی شما، به فصل 11 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 2: شماره تلفن‌ها و منابع مهم

فهرست مندرجات

- A. نحوه تماس با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) 14.....**
 در موارد زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید: 14.....
- B. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت شما 16.....**
 در موارد زیر با هماهنگ‌کننده مراقبتی خود تماس بگیرید: 17.....
- C. نحوه تماس با خط تلفن مشاوره پرستاری 19.....**
- D. نحوه تماس با خط بحران بهداشت رفتاری 20.....**
 در موارد زیر با خط بحران بهداشت رفتاری تماس بگیرید: 20.....
- E. نحوه تماس با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) 21.....**
 در موارد زیر با HICAP تماس بگیرید: 21.....
- F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO) 22.....**
 در این موارد با Livanta تماس بگیرید: 22.....
- G. نحوه تماس با Medicare 23.....**
- H. نحوه تماس با گزینه‌های مراقبت درمانی Medi-Cal 24.....**
- I. نحوه تماس با برنامه بازرس Cal MediConnect 25.....**
- J. نحوه تماس با خدمات اجتماعی کانتی 26.....**
- K. نحوه تماس با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی شما 26.....**
 در موارد زیر با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی تماس بگیرید: 26.....
- L. نحوه تماس با سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا 27.....**
- M. سایر منابع 28.....**

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



A. نحوه تماس با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

تلفن تماس	1-855-464-3571 یک متصدی از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب برای پاسخگویی در دسترس می‌باشد. در سایر ساعات - شامل روزهای شنبه، یکشنبه و تعطیلات فدرال - می‌توانید پیام صوتی بگذارید. ما به پیام شما در روز کاری بعدی پاسخ خواهیم داد. ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. در سایر اوقات - از جمله روزهای شنبه، یکشنبه و تعطیلات فدرال - می‌توانید پیام صوتی بگذارید.
نمایر	1-800-281-2999 یا 1-866-461-6876
مکاتبه	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
وبسایت	www.healthnet.com/calmediconnect

در موارد زیر با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- سوالات در مورد برنامه درمانی
 - سوالاتی در مورد ادعای خسارت، صورتحساب یا کارت عضویت
 - تصمیمات در مورد پوشش مراقبت درمانی شما
- تصمیم در مورد پوشش مراقبت درمانی شما شامل موارد زیر است:
- « مزایای شما و خدمات تحت پوشش، یا
 - « مبلغی که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد.
- اگر در تصمیم‌گیری در مورد مراقبت درمانی خود سوالاتی دارید با ما تماس بگیرید.
- ← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



■ استیناف در مورد مراقبت درمانی شما

استیناف روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می‌باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده‌ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم.

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اقامه استیناف به فصل 9 مراجعه کنید.

■ شکایات در مورد مراقبت درمانی شما

می‌توانید درباره ما یا هریک از ارائه‌کنندگان (شامل ارائه‌کنندگان خارج شبکه یا داخل شبکه) شکایت کنید. ارائه‌کننده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. شما می‌توانید در مورد کیفیت مراقبتی که دریافت کردید نیز به ما یا سازمان بهبود کیفیت (Quality Improvement Organization) شکایت کنید (به بخش F در زیر مراجعه کنید).

← شما می‌توانید با ما تماس گرفته و شکایت خود را توصیف کنید. به صورت شبانه‌روزی با خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

← اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش برای مراقبت درمانی شما می‌باشد، می‌توانید اقامه استیناف کنید (به بخش فوق مراجعه کنید).

← می‌توانید شکایتی را در مورد Health Net Cal MediConnect برای Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

← می‌توانید در مورد Health Net Cal MediConnect به برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره (TTY: 1-855-847-7914) 1-855-501-3077 شکایت کنید.

← برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اقامه شکایت در مورد مراقبت درمانی خود، به فصل 9 مراجعه کنید.

■ تصمیمات مربوط به پوشش داروهای شما

تصمیم در مورد پوشش داروهای شما شامل موارد زیر است:

« مزایای شما و داروهای تحت پوشش، یا

« مبلغی که برای داروهای شما پرداخت خواهیم کرد.

این موارد شامل داروهای بخش D، داروهای نسخه دار Medi-Cal و داروهای بدون نسخه Medi-Cal شما می‌شود.

■ برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش دارویی به فصل 9 مراجعه کنید.

■ استیناف در مورد داروهای شما

استیناف روشی برای درخواست از ما برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی می‌باشد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه اقامه استیناف مربوط به داروهای نسخه‌دار شما از طریق تلفن، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اقامه استیناف برای پوشش دارویی به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



▪ شکایات در مورد داروهای شما

شما می‌توانید در مورد ما یا هر داروخانه‌ای شکایت کنید. این کار شامل شکایت در مورد داروهای نسخه‌دار شما می‌شود.

اگر شکایت شما در مورد تصمیم پوشش مربوط به داروهای نسخه‌دارتان است، می‌توانید اقامه استیناف کنید. (به بخش فوق مراجعه کنید.)

می‌توانید شکایتی را در مورد Health Net Cal MediConnect برای Medicare ارسال کنید. می‌توانید از فرم آنلاین در www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx استفاده کنید. یا می‌توانید برای درخواست راهنمایی با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تسلیم شکایت درباره پوشش دارویی به فصل 9 مراجعه کنید.

▪ پرداخت هزینه مراقبت درمانی یا داروهای که قبلاً برای آنها پرداخت کرده‌اید

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه بازپرداخت به شما، یا پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید، به فصل 7 مراجعه کنید.

← اگر برای پرداخت صورتحساب درخواست کنید و ما با هر بخشی از درخواست شما موافقت نکنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استیناف به فصل 9 مراجعه کنید.

B. نحوه تماس با هماهنگ‌کننده مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت یک شخص اصلی می‌باشد که با شما، برنامه درمانی و ارائه‌کنندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت وقتی عضو برنامه درمانی ما می‌شوید برای شما تعیین خواهد شد.

خدمات اعضا به شما خواهد گفت که چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبتتان تماس بگیرید. هماهنگ‌کننده مراقبت به هماهنگ‌سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند. وی برای ایجاد برنامه مراقبتی با شما همکاری می‌کند. وی به شما کمک می‌کند تصمیم بگیرید که چه کسانی در گروه مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ‌کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند. اگر برای تماس با هماهنگ‌کننده مراقبتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

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

<p>1-855-464-3571 این تماس رایگان است.</p> <p>از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب. در سایر اوقات – شامل روزهای شنبه، یکشنبه و تعطیلات فدرال – می‌توانید پیام صوتی بگذارید.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب. در سایر اوقات – شامل روزهای شنبه، یکشنبه و تعطیلات فدرال – می‌توانید پیام صوتی بگذارید.</p>	<p>TTY</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



<p>Health Net Community Solutions, Inc.</p> <p>PO Box 10422</p> <p>Van Nuys, CA 91410-0422</p>	<p>مکاتبه</p>
--	---------------

در موارد زیر با هماهنگ‌کننده مراقبتی خود تماس بگیرید:

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما
- سوالات در مورد دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)
- سوالات در مورد حمل و نقل
- سوالات در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)

LTSS شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP) و مراکز پرستاری (NF) می‌شود.

گاهی اوقات می‌توانید کمک‌هایی را در رابطه با مراقبت درمانی و نیازهای زندگی روزمره خود دریافت کنید. ممکن است بتوانید این خدمات را دریافت کنید:

- « خدمات محلی برای بزرگسالان (CBAS)،
- « برنامه‌های خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)،
- « مراقبت پرستاری تخصصی،
- « ورزش درمانی،
- « درمان شغلی،
- « گفتار درمانی،
- « خدمات اجتماعی پزشکی، و
- « مراقبت درمانی در خانه.

خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS):

اعضای Medi-Cal که بعد از سن 18 سالگی دچار معلولیت جسمانی، روانی یا اجتماعی شده‌اند و ممکن است در صورت واجد شرایط بودن از خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS) بهره‌مند شوند. اعضای واجد شرایط باید یکی از شرایط زیر را برآورده کنند:

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

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

- حمام کردن
- توالیت رفتن
- لباس پوشیدن
- حرکت و جنبش

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- غذا خوردن
- انتقال
- مدیریت دارویی
- نظافت

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

- حمام کردن
- توالیت رفتن
- لباس پوشیدن
- حرکت و جنبش
- غذا خوردن
- انتقال

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

- نظافت
- مدیریت مالی
- دسترسی به منابع
- تهیه خوراک حمل و نقل

- انتظار منطقی که خدمات پیشگیری، میزان کنونی عملکرد را حفظ کرده یا بهبود خواهند داد (برای مثال در موارد آسیب مغزی به خاطر شوک یا عفونت)
- پتانسیل زیاد برای تخریب بیشتر و احتمال بستری شدن دائم در مؤسسات درمانی اگر CBAS موجود نباشد (برای مثال، در موارد غدد مغزی یا زوال ذهنی مربوط به HIV)

برنامه‌های خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP):

برای واجد شرایط شدن برای برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)، اعضای Medi-Cal باید همه شرایط زیر را برآورده کنند:

- به سن 65 سال به بالا باشند
- برای اقامت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF) قابل تأیید باشد
- در یک کانتی زندگی کند که مرکز MSSP دارد و در محدوده منطقه خدماتی مرکز باشد
- برای خدمات مدیریت مراقبت مناسب باشد
- قادر به خدمت‌رسانی در محدوده محدودیت‌های هزینه MSSP باشد

مراکز پرستاری (NF):

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



C. نحوه تماس با خط تلفن مشاوره پرستاری

خط تلفن مشاوره پرستاری Health Net Cal MediConnect خدماتی است که تماس‌های تلفنی رایگان آن به منظور آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده 24 ساعت روز و 7 روز هفته قابل دسترسی می‌باشند. خط تلفن مشاوره پرستاری ارزیابی‌های فوری مراقبت‌های درمانی فراهم می‌کند تا اعضا بتوانند به کمک آن سطح مراقبت مورد نیاز در لحظه را تعیین کنند. پرستاران مشاوره رودررو فراهم می‌کنند، به سوالات درمانی پاسخ می‌دهند و حمایت مدیریت علائم ارائه می‌کنند که به اعضا این قدرت را می‌دهد که درباره مراقبت و درمان خود تصمیمات مطمئن و مناسبی بگیرند. اعضا می‌توانند از طریق تماس با شماره خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect مندرج در پشت کارت شناسایی اعضای خود به خط تلفن مشاوره پرستاری دسترسی پیدا کنند.

<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-464-3571</p> <p>این تماس رایگان می‌باشد. آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده 24 ساعت روز و 7 روز هفته در دسترس می‌باشد.</p> <p>ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.</p>	
<p>TTY: 711</p> <p>این تماس رایگان می‌باشد.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p> <p>آموزش و مشاوره پرستاری از طرف متخصصین بالینی آموزش‌دیده 24 ساعت روز و 7 روز هفته در دسترس می‌باشد.</p>	<p>TTY</p>

در موارد زیر با خط تلفن مشاوره پرستاری تماس بگیرید:

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما
- خط تلفن مشاوره پرستاری که در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه‌روز قابل دسترسی می‌باشد، حمایت بالینی فوری را در مورد موضوعات و سوالات درمانی روزمره ارائه می‌کند. برخی از روش‌هایی که پرستاران به تماس‌گیرندگان کمک می‌کنند عبارتند از:
 - مراقبت برای مصدومیت‌ها و بیماری‌های خفیف،
 - ارزیابی وضعیت اورژانسی سلامت،
 - تصمیم‌گیری مناسب درباره مراقبت درمانی
- مشاوره‌های رو در رو با متخصص بالینی کارآموزی دیده همه متخصصین بالینی 24 ساعته ما تجربه و دانش کافی دارند تا به شما در مورد دغدغه اصلی‌تان کمک کنند و در عین حال به موضوعات گوناگونی که ممکن است به آن مربوط بوده و در اثر آن پیچیده‌تر شده باشند پرداخته و آنها را مورد توجه قرار دهند.
- پاسخ به سوالات درمانی در 24 ساعت شبانه‌روز با این وجود همواره در شرایط تهدیدکننده حیات با شماره 1-1-9 تماس بگیرید یا به اتاق اورژانس بروید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



D. نحوه تماس با خط بحران بهداشت رفتاری

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

در موارد زیر با خط بحران بهداشت رفتاری تماس بگیرید:

- سوالات در مورد خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد

Health Net Cal MediConnect دسترسی شبانه روزی به اطلاعات و توصیه پزشکی را به شما ارائه می‌کند. هنگامی که تماس می‌گیرید، متخصصین بهداشت رفتاری ما به سوالات مربوط به تندرستی شما پاسخ خواهند داد. اگر یک نیاز درمانی فوری دارید که اضطراری نیست، می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته برای سوالات بالینی بهداشت رفتاری با خط بحران بهداشت رفتاری ما تماس بگیرید.

برای سوالات مربوط به خدمات بهداشت روانی تخصصی در کانتی شما به صفحه 32 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



E. نحوه تماس با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP)

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) مشاوره بیمه درمانی رایگان را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که در Medicare عضو هستند. مشاورین HICAP می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. HICAP مشاورین کارآموزی دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند.

HICAP با هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد.

تلفن تماس	1-213-383-4519 در محدوده کانتی لس آنجلس: 1-800-824-0780 دوشنبه تا جمعه، 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر
TTY	در کانتی لس آنجلس: 1-213-251-7920 این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
مکاتبه	HICAP 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
وبسایت	http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List

در موارد زیر با HICAP تماس بگیرید:

▪ سؤالات در مورد برنامه Cal MediConnect شما

مشاورین HICAP می‌توانند:

- « به شما در درک حقوقتان کمک کنند،
- « به شما در درک گزینه‌های برنامه درمانی کمک کنند،
- « به سؤالات شما در مورد تغییر به برنامه درمانی جدید پاسخ دهند،
- « به شما در اقامه شکایات در مورد مراقبت درمانی یا مداوای شما کمک کنند، و
- « به شما در رسیدگی و اصلاح مشکلات مربوط به صورتحساب‌ها کمک کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



F. نحوه تماس با سازمان بهبود کیفیت (QIO)

ایالت ما سازمانی به نام Livanta دارد. این سازمان از گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی تشکیل شده است که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. Livanta ربطی به برنامه ما ندارد.

تلفن تماس	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668
نمابر	این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. استیناف: 1-855-694-2929 سایر موارد بررسی: 1-844-420-6672
مکاتبه	Livanta برنامه BFCC-QIO، منطقه 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
وبسایت	www.BFCCQIOAREA5.com

در این موارد با Livanta تماس بگیرید:

- سوالات در مورد مراقبت درمانی شما

می‌توانید در صورتی برای مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایت کنید که:

« شما در مورد کیفیت مراقبت مشکلی دارید،

« فکر می‌کنید که زود از بیمارستان مرخص می‌شوید، یا

« فکر می‌کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) به زودی خاتمه پیدا می‌کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



G. نحوه تماس با Medicare

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

سازمان فدرال مسئول Medicare مراکز خدمات Medicare و Medicaid یا CMS می باشد.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>تماس با این شماره در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته رایگان است.</p>	تلفن تماس
<p>1-877-486-2048 این تماس رایگان است.</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است.</p> <p>شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	TTY
<p>http://www.medicare.gov</p> <p>این وبسایت رسمی برای Medicare می‌باشد. اطلاعات به‌روز در مورد Medicare را در اختیاران می‌گذارد. همچنین حاوی اطلاعاتی در مورد بیمارستان‌ها، آسایشگاه‌ها، پزشکان، سازمان‌های بهداشت در خانه و مراکز دیالیز می باشد. این وبسایت حاوی کتابچه‌هایی می باشد که می‌توانید از کامپیوتر خودتان چاپ کنید. همچنین می‌توانید مخاطبین Medicare را توسط انتخاب “Forms, Help & Resources” (فرم‌ها، راهنمایی و منابع) و سپس کلیک بر روی “Phone numbers & websites” (شماره تلفن‌ها و تارنماها) در ایالت خود پیدا کنید.</p> <p>وبسایت Medicare ابزار زیر را برای کمک به شما در پیدا کردن برنامه‌های درمانی در منطقه خودتان دارد:</p> <p>یابنده برنامه Medicare: اطلاعات شخصی‌شده را در مورد سیاست‌های برنامه داروهای نسخه‌دار Medicare، برنامه‌های درمانی Medicare و Medigap (بیمه تکمیلی Medicare) ارائه می‌کند. “Find health & drug plans” (جستجوی برنامه‌های درمانی و دارویی) را انتخاب کنید.</p> <p>اگر کامپیوتر ندارید، کتابخانه محلی یا مرکز سالمندان ممکن است بتوانند به شما کمک کنند تا با استفاده از کامپیوترشان از این وبسایت بازدید کنید. یا می‌توانید با Medicare به شماره فوق‌الذکر تماس گرفته و به آنها بگویید که برای چه اطلاعاتی جستجو می‌کنید. آنها می‌توانند اطلاعات را در وبسایت پیدا کرده، آنرا چاپ و برای شما ارسال دارند.</p>	وبسایت

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



H. نحوه تماس با گزینه‌های مراقبت درمانی Medi-Cal

گزینه‌های مراقبت درمانی Medi-Cal می‌توانند در صورتی به شما کمک کنند که سؤالاتی در مورد انتخاب برنامه Cal MediConnect یا سایر موضوعات مربوط به عضویت دارید. برای مشاوره رایگان درمانی برای اشخاصی که Medicare (HICAP) دارند، به بخش E مراجعه کنید.

<p>1-844-580-7272</p> <p>نمایندگان گزینه‌های مراقبت درمانی از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>1-800-430-7077</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>TTY/TDD</p>
<p>California Department of Health Care Services</p> <p>Health Care Options</p> <p>P.O. Box 989009</p> <p>West Sacramento, CA 95798-9850</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us</p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



1. نحوه تماس با برنامه بازرسی Cal MediConnect

برنامه بازرسی Cal MediConnect می‌تواند در مورد مشکلات مربوط به خدمات و صورتحساب به شما کمک کند. آنها می‌توانند به سؤالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. این خدمات رایگان هستند.

برنامه Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد.

<p>1-855-501-3077 این تماس رایگان است.</p> <p>دوشنبه تا جمعه، 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر، به غیر از تعطیلات، تعطیلی از 2:00 تا 4:00 بعد از ظهر در روزهای چهارشنبه</p>	<p>تلفن تماس</p>
<p>1-855-847-7914</p> <p>دوشنبه تا جمعه، 9:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر</p> <p>این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.</p>	<p>TTY</p>
<p>خدمات حقوقی محلی کانتی لس آنجلس توسط اتحادیه مشتریان مراقبتهای درمانی</p> <p>13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331-3099</p> <p>1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205</p> <p>9354 Telstar Avenue El Monte, CA 91731</p>	<p>مکاتبه</p>
<p>http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsmanresources/.</p>	<p>وبسایت</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



J. نحوه تماس با خدمات اجتماعی کانتی

اگر در رابطه با خدماتی که خدمات اجتماعی کانتی برای آن‌ها راهنمایی ارائه می‌کند کمک لازم دارید، مثل مزایای کاربردی، با اداره خدمات اجتماعی کانتی محل خود تماس حاصل فرمایید.

تلفن تماس	1-888-678-4477 یا 1-888-944-4477 این تماس رایگان است. دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، به جز تعطیلات
TTY	711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
مکاتبه	برای نزدیکترین دفتر خدمات اجتماعی به وایت پیجز تحت دولت کانتی در دفترچه راهنمای تلفن خود مراجعه کنید.
وبسایت	http://dpss.lacounty.gov

K. نحوه تماس با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی شما

خدمات بهداشت روانی تخصصی از طریق برنامه بهداشت روانی کانتی (Mental Health Plan, MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی را برآورده کنید.

تلفن تماس	خط تلفن مخصوص سازمان سلامت روانی کانتی لس آنجلس: 1-800-854-7771 این تماس رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته ما خدمات مترجم شفاهی رایگان را برای غیرانگلیسی‌زبانان داریم.
TTY	711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است. این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید. 24 ساعت شبانه‌روز، هفت روز هفته

در موارد زیر با برنامه بهداشت روانی تخصصی کانتی تماس بگیرید:

- سؤالات در مورد خدمات درمانی رفتاری عرضه‌شده توسط کانتی

برای اطلاعات بهداشت روانی محرمانه و رایگان، ارجاعات به ارائه‌کنندگان خدمات و مشاوره بحران در هر روز یا زمان، با خط تلفنی دسترسی به اداره بهداشت روانی لس آنجلس تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



L. نحوه تماس با سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا

سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی می‌باشد. مرکز راهنمایی DMHC در مورد استیناف‌ها و شکایات شما بر علیه برنامه درمانی تان در مورد خدمات Medi-Cal می‌تواند به شما کمک کند.

تلفن تماس	1-888-466-2219 نمایندگان DMHC از ساعت 8:00 صبح تا 6:00 بعدازظهر و از دوشنبه تا جمعه در دسترس می‌باشند.
TDD/TTY	TDD: 1-877-688-9891 TTY: 711 (خدمات رله ملی) این شماره برای افراد دارای مشکلات شنوایی یا گفتاری است. شما برای تماس به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارید.
مکاتبه	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9 th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
نمابر	1-916-255-5241
وبسایت	http://www.hmohelp.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



M. سایر منابع**سازمان های مسئول سالمندان در منطقه**

سازمان مسئول سالمندان در منطقه محلی شما می‌تواند اطلاعاتی را در اختیار شما قرار داده و در هماهنگی سازی خدمات موجود برای بزرگسالان مسن تر کمک کند.

تلفن تماس	1-888-202-4248 1-213-738-2600 یا تنها در کانتی لس آنجلس: 1-800-510-2020 دوشنبه تا جمعه، 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر، به جز تعطیلات
TTY	711 (خدمات رله ملی)
مکاتبه	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
وبسایت	http://css.lacounty.gov

اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS)

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

تلفن تماس	تلفن رایگان: 1-800-541-5555
TTY	711 (خدمات رله ملی)
مکاتبه	Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
وبسایت	www.medi-cal.ca.gov

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



تأمین اجتماعی

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

تأمین اجتماعی مسئول تصمیم گیری در مورد اینستکه چه کسی باید مبلغ بیشتری را برای پوشش داروی بخش D بپردازد چون درآمد بیشتری دارد. اگر نامه ای را از سوی تأمین اجتماعی دریافت کردید که به شما می گوید باید مبلغ بیشتری را بپردازید و در مورد این مبلغ سوالاتی دارید یا اگر درآمد شما به خاطر پیش آمدی که در اوضاع زندگی شما ایجاد شده کاهش پیدا کرده است، می‌توانید برای تجدید نظر با تأمین اجتماعی تماس بگیرید.

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

<p style="text-align: right;">1-800-772-1213</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>قابل دسترسی از 7:00 صبح تا 7:00 شب، دوشنبه تا جمعه، به زمان شرقی</p> <p>(اطلاعات ضبط شده و خدمات خودکار شبانه‌روزی، از جمله در آخر هفته‌ها و تعطیلات قابل دسترسی می‌باشند).</p> <p>می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار تأمین اجتماعی برای دریافت اطلاعات ضبط شده و انجام برخی اقدامات در 24 ساعت شبانه‌روز استفاده کنید.</p>	تلفن تماس
<p style="text-align: right;">1-800-325-0778</p> <p>این شماره به وسیله تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.</p> <p>تماس با این شماره رایگان است.</p> <p>ساعات از 7:00 صبح تا 7:00 شب و دوشنبه تا جمعه می باشند.</p>	TTY
http://www.ssa.gov	وبسایت

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 3: استفاده از پوشش برنامه درمانی برای مراقبت درمانی و سایر خدمات تحت پوشش شما

فهرست مندرجات

- A.** درباره «خدمات»، «خدمات تحت پوشش»، «ارائه‌کنندگان» و «ارائه‌کنندگان شبکه» 32
- B.** مقررات برای دریافت خدمات و حمایت‌های مراقبت درمانی، بهداشت رفتاری و بلندمدت تحت پوشش برنامه 32
- C.** هماهنگ‌کننده مراقبت شما 33
- D.** دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبتهای درمانی اصلی، متخصصین، سایر ارائه‌کنندگان پزشکی شبکه و ارائه‌کنندگان پزشکی خارج از شبکه 34
- دریافت مراقبت از ارائه‌کننده مراقبتهای درمانی اصلی 34
- نحوه دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه‌کنندگان 36
- اگر ارائه‌کننده شبکه، برنامه درمانی ما را ترک کند چه می‌شود؟ 37
- نحوه دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه 37
- E.** نحوه دریافت خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS) 38
- F.** نحوه دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد) 38
- چه خدمات درمانی رفتاری Medi-Cal از طریق اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (DMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC) در خارج از Health Net Cal MediConnect ارائه می‌شود؟ 39
- G.** نحوه دریافت خدمات حمل و نقل 41
- H.** نحوه دریافت خدمات تحت پوشش هنگامی که در وضعیت پزشکی اضطراری هستید یا نیاز مبرم به مراقبت دارید، یا فاجعه‌ای اتفاق افتاده است 42
- دریافت مراقبت وقتی وضعیت پزشکی اضطراری دارید 42
- دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد 43
- نحوه دریافت مراقبت در حین فاجعه 44
- I.** اگر برای هزینه خدمات تحت پوشش برنامه ما صورتحساب دریافت کرده باشید چطور؟ 44
- اگر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند چه کار کنید؟ 45

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- J. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامی که در یک پژوهش بالینی هستید چیست؟** 45
- پژوهش بالینی چیست؟ 45
- وقتی در پژوهش بالینی شرکت می‌کنید، چه کسی و برای چه مواردی پرداخت می‌کند؟ 46
- کسب اطلاعات بیشتر 46
- K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامی که در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستید چگونه است؟** 46
- سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی چیست؟ 46
- چه مراقبت دریافت‌شده از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش برنامه درمانی ماست؟ 46
- L. مقررات مربوط به مالکیت وسایل با دوام پزشکی (DME)** 47
- آیا مالک وسایل با دوام پزشکی (DME) خود خواهید بود 47
- اگر پوشش خود را به Medicare تغییر دهید چه اتفاقی می‌افتد؟ 47

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



A. درباره «خدمات»، «خدمات تحت پوشش»، «ارائه‌کنندگان» و «ارائه‌کنندگان شبکه»

خدمات شامل مراقبت پزشکی، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، لوازم، خدمات درمانی رفتاری، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، وسایل و سایر خدمات می‌شود. خدمات تحت پوشش هر یک از این خدمات می‌باشند که برنامه درمانی ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند. خدمات و حمایت‌های مراقبت درمانی تحت پوشش، بهداشت رفتاری و بلندمدت در جدول مزایا در فصل 4 ذکر شده‌اند.

ارائه‌کنندگان شامل پزشک، پرستار و سایر اشخاصی می‌شوند که مراقبت و خدمات به شما ارائه می‌کنند. عبارت ارائه‌کنندگان شامل بیمارستان، سازمان بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان‌هایی نیز می‌شود که خدمات مراقبت درمانی، خدمات درمانی رفتاری، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت‌های بلندمدت خاصی را در اختیار شما قرار می‌دهند.

ارائه‌کنندگان شبکه ارائه‌کنندگانی هستند که با برنامه درمانی همکاری دارند. این ارائه‌کنندگان موافقت کرده‌اند که پرداخت هزینه از سوی ما را به عنوان پرداخت کامل هزینه قبول کنند. شبکه ارائه‌کنندگان برای مراقبتی که به شما می‌دهند مستقیماً برای ما صورتحساب ارسال می‌کنند. هنگامیکه نزد یک ارائه‌کننده شبکه می‌روید، معمولاً هیچگونه مبلغی را برای خدمت تحت پوشش پرداخت نمی‌کنید.

B. مقررات برای دریافت خدمات و حمایت‌های مراقبت درمانی، بهداشت رفتاری و بلندمدت تحت پوشش برنامه

Health Net Cal MediConnect همه خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal را پوشش می‌دهد. این خدمات شامل بهداشت رفتاری، خدمات و حمایت‌های طولانی مدت (LTSS) و داروهای نسخه دار می‌شود.

Health Net Cal MediConnect معمولاً هزینه خدمات مراقبت درمانی، خدمات درمانی رفتاری و LTSS را در صورتی پرداخت خواهد کرد که شما از مقررات برنامه درمانی تبعیت کنید. برای دریافت پوشش:

- مراقبتی که دریافت می‌کنید باید جزو مزایای برنامه باشد. بدین معنی که باید در جدول مزایای برنامه درمانی منظور شده باشد. (جدول در فصل 4 این دفترچه اطلاعاتی می‌باشد).
 - مراقبت باید لازم تشخیص داده شده باشد. لازم بدین معنی است که شما برای پیشگیری، تشخیص بیماری یا مداوای عارضه یا حفظ وضعیت درمانی فعلی خود به خدمات نیاز دارید. این موضوع شامل مراقبتی می‌شود که از رفتن شما به بیمارستان یا آسایشگاه جلوگیری می‌کند. همچنین بدین معنی است که خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند.
 - برای خدمات پزشکی، باید یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) داخل شبکه داشته باشید که مراقبت را تجویز کرده باشد یا به شما گفته باشد که نزد پزشک دیگری بروید. به عنوان عضو برنامه درمانی باید یک ارائه‌کننده داخل شبکه را به عنوان PCP خود انتخاب کنید.
 - « در بیشتر موارد، PCP شبکه شما باید قبل از اینکه از سایر ارائه‌کنندگان در شبکه برنامه درمانی استفاده کنید به شما اجازه بدهد. این کار ارجاع نام دارد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ارجاعات، به صفحه 43 مراجعه کنید.
 - « PCP‌های برنامه ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، همچنین گروه پزشکی وابسته را انتخاب می‌کنید. این به این معنی است که PCP شما را به متخصصین و خدماتی که همچنین به گروه پزشکی وی وابسته هستند ارجاع می‌دهد. گروه پزشکی گروهی از پزشکان PCP، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی است که با هم کار می‌کنند و تحت قرارداد با برنامه ما کار می‌کنند.
 - « برای مراقبت اضطراری یا مراقبتی که ضرورتی فوری دارد یا رفتن نزد ارائه‌کننده درمانی زنان به ارجاع از PCP خود نیازی ندارد. می‌توانید انواع دیگر مراقبت را بدون نیاز به ارجاع از PCP خود دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به صفحه 43 مراجعه کنید.
- ← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب PCP، به صفحه 41 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- شما باید از ارائه‌کنندگان شبکه‌ای که به گروه PCP شما وابسته هستند مراقبت دریافت کنید. معمولاً برنامه درمانی، مراقبت ارائه‌شده از سوی ارائه‌کننده‌ای که با برنامه درمانی و گروه پزشکی PCP شما همکاری ندارد را پوشش نخواهد داد. در اینجا چند مورد ذکر می‌شوند که این قاعده اطلاق‌پذیر نمی‌باشد:
- « برنامه درمانی هزینه مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اینکه مراقبت اورژانس یا مراقبتی که ضرورت فوری دارد به چه معناست به صفحه 51 مراجعه کنید.
- « اگر به مراقبتی نیاز دارید که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد و ارائه‌کنندگان شبکه ما نمی‌توانند در اختیار شما قرار دهند، می‌توانید مراقبت را از ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت کنید. اگر لازم است نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه بروید، به اجازه قبلی نیاز خواهد بود. هنگامی که اجازه داده شد، ارائه‌کننده درخواست‌کننده و ارائه‌کننده‌ای که قبول می‌کند از تصویب اجازه آگاه خواهند شد. ما در چنین موقعیتی، مراقبت را بدون اخذ هزینه پوشش خواهیم داد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد دریافت اجازه برای رفتن نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه به صفحه 45 مراجعه کنید.
- « برنامه درمانی هزینه خدمات دیالیز کلیه را در صورتی پرداخت می‌کند که برای مدت کوتاهی در خارج منطقه خدماتی برنامه درمانی باشید. شما می‌توانید این خدمات را در مرکز دیالیز مورد تأیید Medicare دریافت کنید.
- « هنگامی که در این برنامه درمانی عضو می‌شوید، می‌توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌کنندگان فعلی خود ادامه دهید. ما باید این درخواست را در صورتی قبول کنیم که به غیر از چند مورد استثنا، شما بتوانید یک رابطه موجود را با ارائه‌کنندگان فعلی نشان دهید (به فصل 1، صفحه 8 مراجعه کنید). اگر ما درخواست شما را تصویب کنیم، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌کننده‌های کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. در طول این مدت، هماهنگ‌کننده مراقبت ما با شما تماس خواهد گرفت تا برای پیدا کردن ارائه‌کنندگان در داخل شبکه ما که به گروه پزشکی PCP شما وابسته هستند به شما کمک کند. بعد از 12 ماه اول، اگر به رفتن نزد ارائه‌کننده‌های خارج از شبکه ما و غیروابسته به گروه پزشکی PCPتان ادامه دهید، ما دیگر مراقبت شما را پوشش نخواهیم داد.

C. هماهنگ‌کننده مراقبت شما

هماهنگ‌کننده مراقبت یک شخص اصلی می‌باشد که با شما، برنامه درمانی و ارائه‌کنندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت درمانی مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید. هماهنگ‌کننده مراقبت وقتی عضو برنامه درمانی ما می‌شوید برای شما تعیین خواهد شد. خدمات اعضا به شما خواهد گفت که چگونه می‌توانید با هماهنگ‌کننده مراقبتتان تماس بگیرید. هماهنگ‌کننده مراقبت به هماهنگ سازی خدمات مراقبت درمانی که نیازهای مراقبت درمانی شما را برآورده می‌کنند کمک می‌کند. وی برای ایجاد برنامه مراقبتی با شما همکاری می‌کند. وی به شما کمک می‌کند تصمیم بگیرید که چه کسانی در گروه مراقبتی شما خواهند بود. هماهنگ‌کننده مراقبت اطلاعات مورد نیاز شما را برای مدیریت مراقبت درمانی در اختیار شما قرار می‌دهد. این موضوع همچنین به شما کمک خواهد کرد تا تصمیماتی را اتخاذ کنید که برای شما درست هستند. اگر برای تماس با هماهنگ‌کننده مراقبتتان به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر مایلید که هماهنگ‌کننده مراقبت خود را تغییر دهید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر به کمک بیشتری نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



D. دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی، متخصصین، سایر ارائه‌کنندگان پزشکی شبکه و ارائه‌کنندگان پزشکی خارج از شبکه

دریافت مراقبت از ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی

شما باید یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی (PCP) را برای ارائه و مدیریت مراقبت خود انتخاب کنید. PCP‌های برنامه ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. هنگامی که PCP خود را انتخاب می‌کنید، همچنین گروه پزشکی وابسته را انتخاب می‌کنید.

”PCP“ کیست و برای شما چکار می‌کند؟

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

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

- پرتوبرداری با اشعه ایکس،
- تست های آزمایشگاهی،
- درمان ها،
- مراقبت از سوی پزشکانی که متخصص هستند،
- پذیرش در بیمارستان، و
- مراقبت پیگیری.

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

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



انتخاب یک مرکز درمانی مورد تأیید دولت فدرال (FQHC) یا درمانگاه درمانی روستایی (RHC) به عنوان PCP شما

یک FQHC یا RHC درمانگاهی است که می‌تواند PCP شما به حساب آید.

FQHC و RHC مراکز درمانی هستند که خدمات مراقبت‌های درمانی اصلی ارائه می‌کنند. با خدمات اعضا تماس بگیرید برای اسامی و نشانی‌های FQHC و RHC که با Health Net Cal MediConnect همکاری دارند یا به فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

PCP خود را چگونه انتخاب می‌کنید؟

هنگامیکه در برنامه درمانی ما ثبت نام می‌کنید، یک گروه پزشکی تحت قرارداد را از شبکه ما انتخاب خواهید کرد. گروه پزشکی گروهی از پزشکان PCP، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی است که با هم کار می‌کنند و تحت قرارداد با برنامه ما کار می‌کنند. یک PCP را از نیز گروه پزشکی تحت قرارداد انتخاب خواهید کرد. PCP که انتخاب می‌کنید باید با گروه پزشکی همکاری کند که در فاصله 30 مایل یا 30 دقیقه از محل سکونت یا کار شما باشد. گروه‌های پزشکی (PCP)ها و بیمارستان‌های وابسته به آنها را می‌توان در فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها پیدا کرد یا می‌توانید از وبسایت ما به آدرس www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید. برای تأیید قابلیت دسترسی به یک ارائه‌کننده یا برای پرسش در مورد یک PCP خاص، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711) از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعی را به متخصصین برنامه درمانی خاص انجام داده و از بیمارستان‌های خاصی در داخل شبکه ما استفاده می‌کند. اگر متخصص یا بیمارستان برنامه درمانی خاصی وجود دارد که می‌خواهید استفاده کنید، ابتدا مطمئن شوید که آن متخصصین و بیمارستان‌ها در شبکه گروه پزشکی و PCP هستند. نام و شماره تلفن مطب PCP شما بر روی کارت عضویت شما قید شده است.

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

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تغییر PCP خود، لطفاً به بخش "تغییر دادن PCP شما" در زیر مراجعه کنید.

تغییر PCP شما

شما می‌توانید به هر دلیل و در هر زمان PCP خود را تغییر دهید. همچنین، این امکان وجود دارد که PCP شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر PCP شما شبکه برنامه درمانی ما را ترک کند، می‌توانیم به شما کمک کنیم یک PCP جدید را در محدوده شبکه برنامه درمانی ما پیدا کنید.

درخواست شما در اولین روز ماه بعد از تاریخی که برنامه درمانی ما درخواست شما را دریافت می‌کند معتبر خواهد بود. برای تغییر PCP خود، با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. یا به آدر وبسایت ما www.healthnet.com/calmediconnect مراجعه کنید تا درخواست بدهید.

وقتی با ما تماس می‌گیرید، مطمئن شوید که به ما بگویید که آیا نزد متخصص می‌روید یا خدمات تحت پوشش دیگری که به اجازه PCP شما نیاز دارد را دریافت می‌کنید (از قبیل خدمات درمانی در منزل و وسایل با دوام پزشکی). خدمات اعضا به شما خواهد گفت که چگونه می‌توانید به دریافت مراقبت تخصصی و سایر خدماتی که دریافت می‌کرده‌اید در هنگام تغییر PCP خود ادامه دهید. آنها همچنین کنترل خواهند کرد تا اطمینان حاصل شود PCP که می‌خواهید نزد وی بروید بیماران جدید را می‌پذیرد. خدمات اعضا پرونده عضویت شما را تغییر خواهد داد تا PCP جدید شما را نشان دهد و زمان تغییر به PCP جدید را به شما خواهد گفت.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



به خاطر داشته باشید که PCP های برنامه ما به گروه‌های پزشکی وابسته هستند. اگر PCP خود را تغییر دهید، ممکن است گروه پزشکی خود را هم تغییر دهید. وقتی درخواست تغییر می‌دهید، حتماً به مرکز خدمات اعضا بگویید که آیا به متخصصی مراجعه می‌کنید یا خدمات تحت پوشش دیگری دریافت می‌کنید که ملزم به اجازه PCP هستند. مرکز خدمات اعضا از این اطمینان حاصل خواهند کرد که وقتی PCP خود را تغییر می‌دهید، بتوانید به دریافت مراقبت تخصصی خود و دیگر خدمات ادامه دهید.

خدماتی که می‌توانید بدون کسب اجازه قبلی از PCP خود دریافت کنید

در بیشتر موارد، قبل از رفتن نزد سایر ارائه‌کنندگان لازم است که از PCP خود اجازه بگیرید. این اجازه ارجاع خوانده می‌شود. می‌توانید خدماتی مانند مواردی که در زیر ذکر شده را بدون کسب اجازه از PCP خود دریافت کنید:

- خدمات اضطراری از شبکه ارائه‌کنندگان یا ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبتی که نیاز فوری دارد از شبکه ارائه‌کنندگان.
- مراقبتی که نیاز فوری دارد از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه وقتی نمی‌توانید به شبکه ارائه‌کنندگان دسترسی پیدا کنید (برای مثال وقتی خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید).
- خدمات دیالیز کلیه که از مرکز دیالیز مجاز Medicare وقتی در خارج منطقه شامل خدماتی خود هستید دریافت می‌کنید. (لطفاً قبل از ترک منطقه خدماتی با خدمات تماس بگیرید. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم دیالیز را هنگامی که در خارج منطقه هستید دریافت کنید.)
- واکسن‌های آنفولانزا و واکسیناسیون پنومونی تا زمانیکه آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها و خدمات تنظیم خانواده. این خدمات شامل معاینه سینه، معاینه تشخیصی ماموگرام (عکسبرداری اشعه ایکس از سینه)، آزمایش پپ و آزمایش لگن خاصره می‌شود تا زمانیکه آنها را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید.
- به علاوه اگر برای دریافت خدمات از ارائه‌کنندگان درمانی سرخپوستان واجد شرایط باشید، می‌توانید بدون ارجاع نزد این ارائه‌کنندگان بروید.
- خدمات تنظیم خانواده از ارائه‌کنندگان شبکه و ارائه‌کنندگان خارج از شبکه.
- مراقبت‌های پایه دوران بارداری، خدمات بیماری‌های مقاربتی و آزمایش HIV

نحوه دریافت مراقبت از متخصصین و سایرین در شبکه ارائه‌کنندگان

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

- آنکولوژیست‌ها برای بیماران مبتلا به سرطان مراقبت ارائه می‌دهند.
- کاردیولوژیست‌ها برای بیمارانی که مشکلات قلبی دارند مراقبت ارائه می‌دهند.
- ارتوپدیست‌ها برای بیمارانی که مشکلات استخوانی، مفصلی یا عضلانی دارند مراقبت ارائه می‌کنند.

برای اینکه بتوانید نزد یک متخصص بروید، معمولاً لازم است که ابتدا اجازه PCP خود را کسب کنید (اینکار دریافت "ارجاع" به متخصص خوانده می‌شود). این نکته اهمیت دارد که ارجاع (اجازه از قبل) را پیش از رفتن نزد یک متخصص برنامه درمانی یا سایر ارائه‌کنندگان خاص از PCP خود دریافت کنید (چند استثنا وجود دارد که شامل مراقبت درمانی عادی از خانم‌ها می‌شود). اگر قبل از دریافت خدمات از متخصص ارجاع (اجازه از قبل) ندارید، ممکن است لازم باشد خودتان هزینه این خدمات را بپردازید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر متخصص بخواهد که برای مراقبت بیشتر برگردید، ابتدا کنترل کنید تا مطمئن شوید که ارجاع (اجازه از قبل) که از PCP خود برای ویزیت اول دریافت کردید ویزیت های بیشتر به متخصص را پوشش می دهد.

هر گروه پزشکی و PCP ارجاعاتی را به متخصصین برنامه درمانی خاص انجام داده و از بیمارستان های خاصی در داخل شبکه ما استفاده می کند. بدین معنی که گروه پزشکی و PCP که انتخاب می کنید ممکن است متخصصین یا بیمارستانی که می توانید استفاده کنید را مشخص کنند. اگر متخصصین یا بیمارستان هایی وجود دارند که می خواهید استفاده کنید، کنترل کنید که آیا گروه پزشکی یا PCP شما از این متخصصین یا بیمارستان ها استفاده می کنند. اگر می خواهید نزد یک متخصص برنامه درمانی یا بیمارستانی بروید که PCP کنونی شما نمی تواند شما را به آن ارجاع دهد معمولاً می توانید PCP خود را تغییر دهید. در این فصل تحت "تغییر دادن PCP شما"، نحوه تغییر دادن PCP را به شما می گوئیم.

برخی انواع خدمات به دریافت اجازه از قبل از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما نیاز خواهند داشت (این کار گرفتن "اجازه قبلی" خوانده می شود). اجازه قبلی یک روال تصویب می باشد که قبل از اینکه خدمات خاصی را دریافت کنید اتفاق می افتد. اگر خدمات مورد نیاز شما به اجازه قبلی نیاز دارند، PCP شما یا ارائه کننده شبکه دیگری این اجازه را از برنامه درمانی ما یا گروه پزشکی شما درخواست خواهد کرد. این درخواست مورد بررسی قرار گرفته و تصمیمی (تشخیص سازمانی) برای شما و ارائه کننده شما ارسال خواهد شد. برای خدمات خاصی که نیاز به اجازه قبلی دارند به جدول مزایا در بخش 4 مراجعه کنید.

اگر ارائه کننده شبکه، برنامه درمانی ما را ترک کند چه می شود؟

ارائه کننده شبکه ای که در حال حاضر استفاده می کنید ممکن است برنامه درمانی ما را ترک کند. اگر یکی از ارائه کنندگان شما برنامه درمانی ما را ترک کند، شما حقوق و محافظت هایی دارید که در زیر خلاصه می شود:

- اگرچه شبکه ارائه کنندگان ما ممکن است در طول سال تغییر کند، ما باید دسترسی مداوم به ارائه کنندگان مجرب را در اختیار شما قرار دهیم.
- در صورت امکان، براساس اصل حسن نیت تمام تلاشمان را می کنیم تا حداقل 30 روز از قبل به شما اطلاع بدهیم تا برای انتخاب یک ارائه کننده جدید وقت داشته باشید.
- به شما کمک خواهیم کرد تا یک ارائه کننده مجرب جدید را برای ادامه مدیریت نیازهای مراقبت درمانی خود انتخاب کنید.
- اگر تحت مراقبت پزشکی قرار می گیرید، شما حق دارید که درخواست کنید و ما با شما همکاری کرده تا مطمئن شویم در دریافت مداوایی که ضرورت پزشکی دارد اختلالی ایجاد نشود.
- اگر عقیده دارید که ما ارائه کننده قبلی شما را با یک ارائه کنند مجرب جایگزین نکرده ایم یا مراقبت شما به طور مناسب مدیریت نشده است، شما حق دارید که در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید.

اگر متوجه شدید که یکی از ارائه کنندگان شما برنامه درمانی ما را ترک می کند، لطفاً با ما تماس بگیرید تا بتوانیم در پیدا کردن ارائه کننده جدید و مدیریت مراقبت به شما کمک کنیم. برای راهنمایی لطفاً با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

نحوه دریافت مراقبت از ارائه کنندگان خارج از شبکه

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

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



این نکته اهمیت دارد که اجازه را قبل از رفتن نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه یا دریافت خدمات در خارج از شبکه ما از قبل دریافت کنید (به استثنای مراقبت لازم اضطراری و فوری، خدمات تنظیم خانواده و خدمات دیالیز کلیه که از مرکز دیالیز مجاز دریافت می‌کنید هنگامی که موقتاً خارج از منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید). اگر اجازه را از قبل دریافت نکنید، ممکن است لازم باشد که هزینه این خدمات را خودتان پرداخت کنید.

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

← **لطفاً توجه کنید:** اگر نزد یک ارائه‌کننده خارج از شبکه بروید، آن ارائه‌کننده باید برای مشارکت در Medicare و یا Medicaid واجد شرایط باشد. ما نمی‌توانیم دستمزد ارائه‌کننده ای را پرداخت کنیم که برای مشارکت در Medicare و یا Medicaid واجد شرایط نیست. اگر نزد ارائه‌کننده ای بروید که برای مشارکت در Medicare واجد شرایط نیست، باید هزینه کامل خدماتی که دریافت می‌کنید را بپردازید. ارائه‌کنندگان باید به شما بگویند که آیا برای مشارکت در Medicare واجد شرایط هستند.

E. نحوه دریافت خدمات و حمایت‌های بلندمدت (LTSS)

خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل خدمات محلی برای بزرگسالان (Community-Based Adult Services, CBAS)، برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) و مراکز پرستاری (Nursing Facilities, NF) می‌شوند. این خدمات ممکن است در خانه شما، جامعه محلی یا در یک مرکز ارائه شوند. انواع گوناگون LTSS در زیر توصیف شده‌اند:

- **خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS):** برنامه خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپایی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان شغلی و گفتاردرمانی، مراقبت شخصی، کارآموزی و حمایت خانوادگی/مراقبت‌دهنده، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدماتی را عرضه می‌کند که در صورت واجد شرایط بودن برای شرایط مربوطه دریافت می‌کنید.
- **برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP):** برنامه‌ای مختص کالیفرنیا که برای مشتریان سالخورده ضعیف که برای اقامت در مرکز پرستاری قابل تایید هستند اما می‌خواهند در جامعه بمانند، خدمات برپایه خانه و جامعه (HCBS) را ارائه می‌دهد. اشخاص واجد شرایطی Medi-Cal که 65 سال یا بیشتر دارند و دارای ناتوانی هستند شرایط لازم برای این برنامه را دارند. این برنامه جایگزینی برای استقرار در مراکز پرستاری است. خدمات MSSP ممکن است شامل موارد زیر باشد اما به آن‌ها محدود نمی‌باشد: مرکز مراقبت روزانه/حمایت از بزرگسالان، مساعدت خانگی مانند ایجاد تغییرات برای تطبیق فیزیکی و دستگاه‌های کمکی، کمک در زمینه انجام روزانه و مراقبت‌های شخصی، نظارت محافظتی، مدیریت مراقبتی و انواع خدمات دیگر.
- **مرکز پرستاری (NF):** مرکزی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند با ایمنی در خانه زندگی کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

همانگ‌کننده مراقبت به شما کمک خواهد کرد تا با هر برنامه آشنا شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد هر یک از این برنامه‌ها، با خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

F. نحوه دریافت خدمات بهداشت رفتاری (بهداشت روانی و اعتیاد)

شما به خدمات درمانی رفتاری از لحاظ پزشکی ضروری دسترسی خواهید داشت که تحت پوشش Medicare و Medi-Cal هستند. Health Net Cal MediConnect دسترسی به خدمات درمانی رفتاری تحت پوشش Medicare را ارائه می‌کند. Health Net Cal MediConnect خدمات درمانی رفتاری تحت پوشش Medi-Cal را ارائه نمی‌کند ولی از طریق اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (DMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (ADS) (DPH/SAPC) برای اعضای Health Net Cal MediConnect واجد شرایط موجود خواهد بود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



چه خدمات درمانی رفتاری Medi-Cal از طریق اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (DMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC) در خارج از Health Net Cal MediConnect ارائه می‌شود؟

خدمات بهداشت روانی تخصصی از طریق برنامه بهداشت روانی کانتی (Mental Health Plan, MHP) در صورتی در دسترس شما قرار دارد که شرایط ضرورت پزشکی را برآورده کنید. خدمات بهداشت روانی تخصصی Medi-Cal که توسط اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (DMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC) شامل موارد زیر می‌شود:

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

اگر شرایط ضرورت پزشکی Medi-Cal دارویی را برآورده کنید، خدمات Medi-Cal دارویی از طریق اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC) موجود می‌باشد. چند نمونه خدمات Medi-Cal دارویی ارائه شده توسط اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC):

- خدمات ویژه درمانی بیماران سرپایی
- خدمات مداوای مسکونی
- خدمات بدون استفاده از دارو برای بیماران سرپایی
- خدمات مداوای اعتیاد به مواد مخدر
- خدمات Naltrexone برای اعتیاد به مواد مخدر

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- خدمات بیماران سرپایی: مداخله در وضعیت بحرانی برای بیماران سرپایی، ارزیابی و درمان کوتاه‌مدت، درمان تخصصی طولانی‌مدت و هرگونه مراقبت توانبخشی که مربوط به اختلال اعتیاد می‌شود.
- خدمات و لوازم بیماران بستری: تسهیلات در اتاق دو تخته یا بیشتر، شامل واحدهای مداوای ویژه، لوازم و خدمات کمکی که معمولاً توسط مرکز ارائه می‌شوند.
- مراقبت از بیماران بستری و سطوح متفاوت: خدمات بستری شدن ناکامل در بیمارستان و ویژه برای بیماران سرپایی در مرکز تحت جواز Medicare.
- دفع مسمومیت: خدمات بیماران بستری برای دفع مسمومیت حاد و مداوای عوارض پزشکی حاد مربوط به اختلال اعتیاد.
- خدمات اضطراری: معاینه تشخیصی، معاینه و ارزیابی برای تشخیص اینکه آیا یک عارضه پزشکی اضطراری روانی وجود دارد و مراقبت و مداوای لازم برای تسکین یا برطرف کردن عارضه پزشکی اضطراری روانی.

برای اطلاعات ارائه‌کننده، لطفاً به‌فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های خود مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. می‌توانید از وبسایت ما www.healthnet.com نیز بازدید کنید.

استثناها و محدودیت‌های خدمات درمانی رفتاری

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

روال استفاده‌شده برای تشخیص ضرورت پزشکی برای خدمات درمانی رفتاری

این برنامه درمانی باید خدمات و لوازم درمانی رفتاری خاصی را برای پوشش تأیید کند. برای جزییات خدماتی که ممکن است به اجازه قبلی نیاز داشته باشند، لطفاً به فصل 4 مراجعه کنید. شما برای دریافت اجازه برای این خدمات با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برنامه درمانی شما را به متخصص بهداشت روانی تحت قرارداد نزدیکی ارجاع خواهد داد که شما را برای تشخیص اینکه آیا به مداوای بیشتری نیاز است ارزیابی خواهد کرد. اگر به درمان نیاز داشته باشید، متخصص بهداشت روانی تحت قرارداد یک طرح درمانی را ایجاد کرده و آن طرح را برای بررسی به Health Net ارسال خواهد کرد. خدمات موجود در طرح درمانی وقتی توسط برنامه درمانی اجازه داده شوند تحت پوشش خواهند بود. اگر طرح درمانی مورد تأیید برنامه درمانی قرار نگیرد، خدمات و لوازم دیگری برای آن عارضه تحت پوشش نخواهند بود. ولی برنامه درمانی ممکن است شما را برای کمک در دریافت مراقبتی که نیاز دارید به اداره بهداشت روانی کانتی ارجاع دهد.

روال‌های ارجاع بین Health Net Cal MediConnect اداره بهداشت روانی کانتی لس آنجلس (DMH) و اداره بهداشت عمومی کانتی لس آنجلس (پیشگیری و کنترل اعتیاد) (DPH/SAPC).

ارجاعات برای خدمات درمانی رفتاری Health Net Cal MediConnect می‌توانند از بسیاری منابع باشند، از جمله: ارائه‌کنندگان بهداشت رفتاری کانتی، مدیران پرونده کانتی، PCPها، اعضا و خانواده‌های آنها. این منابع ارجاع می‌توانند توسط تماس با شماره‌ای که روی کارت شناسایی عضویت شما قید شده با Health Net تماس بگیرند. Health Net واجد شرایط بودن را تأیید کرده و خدمات را در صورت لزوم اجازه می‌دهد.

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

ارجاعات برای بهداشت روانی تخصصی کانتی و/یا خدمات الکل و مواد مخدر ممکن است مستقیماً توسط شما انجام شوند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدمات هماهنگ‌سازی مراقبت شامل هماهنگ‌سازی خدمات بین PCPها، ارائه‌کنندگان بهداشت رفتاری کانتی، مدیران پرونده کانتی، شما و خانواده یا مراقبت‌دهنده شما در صورت لزوم می‌شود.

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

مزایای موجود در این بخش منوط به همان روال استیناف مشابه هرگونه مزایای دیگر می‌باشد. برای کسب اطلاعات در مورد تسلیم شکایات به فصل 9، «اگر مشکل یا شکایتی دارید چه کار کنید» (تصمیمات پوشش، استیناف، شکایات) مراجعه کنید.

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

اگر در حال حاضر خدمات درمانی رفتاری دریافت می‌کنید، می‌توانید درخواست کنید که به رفتن نزد ارائه‌کننده خود ادامه دهید. ما باید این درخواست را در صورتی قبول کنیم که شما بتوانید یک رابطه موجود را با ارائه‌کننده خود در 12 ماه قبیل از ثبت نام نشان دهید. اگر درخواست شما تصویب شود، می‌توانید به رفتن نزد ارائه‌کننده کنونی خود برای حداکثر 12 ماه ادامه دهید. بعد از 12 ماه اول، اگر به رفتن نزد ارائه‌کننده خارج از شبکه ادامه دهید، ما ممکن است که دیگر مراقبت شما را پوشش ندهیم. برای راهنمایی در رابطه با درخواستان، لطفاً با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

G. نحوه دریافت خدمات حمل و نقل

Health Net Cal MediConnect با همکاری LogistiCare Solutions, LLC (LogistiCare) خدمات حمل و نقل پزشکی غیراضطراری (NEMT) و حمل و نقل غیرپزشکی (NMT) را به اعضای که در Cal MediConnect Plan عضویت دارند ارائه می‌کند.

حمل و نقل پزشکی غیراضطراری (NEMT)

حمل و نقل پزشکی غیراضطراری لازم برای دریافت خدمات پزشکی تحت پوشش و منوط به نسخه کتبی پزشک، دندانپزشک یا پزشک و تنها زمانی که وضعیت پزشکی و جسمانی دریافت‌کننده به وی اجازه نمی‌دهد که توسط اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی یا روش دیگر حمل و نقل عمومی یا خصوصی مسافرت کند.

حمل و نقل غیرپزشکی (NMT)

NMT شامل حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط ماشین سواری، تاکسی یا روش های دیگر حمل و نقل عمومی یا خصوصی ارائه‌شده توسط اشخاصی می‌شود که به عنوان ارائه‌کنندگان Medi-Cal ثبت نام نشده‌اند.

حمل و نقل NMT شامل حمل و نقل شخص بیمار، مصدوم، معلول، در حالت نقاهت، علیل یا اعضای که به صورت دیگری ناتوان شده‌اند توسط خدمات حمل و نقل پزشکی با آمبولاس، ون برانکارد یا ون صندلی چرخدار نمی‌شود.

مزایای حمل و نقل NMT شامل این موارد می‌شود:

- سفرهای نامحدود رفت و برگشت برای هر عضو در هر سال تقویمی بدون اخذ هزینه
- خدمات از جلوی پیاده‌رو
- تاکسی، ماشین سواری استاندارد، مینی ون
- خدمات ایاب و ذهاب به قرارهای ویزیت پزشکی از محل مسکونی
- محدودیتی برای مسافت در محدوده منطقه شامل خدماتی وجود ندارد
- شمول یک عضو خانواده یا مراقبت‌دهنده در حمل و نقل بدون اخذ هزینه اضافی

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- می‌توانید از راننده بخواهید که در داروخانه، ارائه‌کننده رادیولوژی یا مرکز آزمایشگاهی از مطب پزشک توقف کند (به عنوان یک سفر جداگانه محسوب نمی‌شود)

برای درخواست خدمات حمل و نقل فوق‌الذکر، با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711) از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

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

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

H. نحوه دریافت خدمات تحت پوشش هنگامی که در وضعیت پزشکی اضطراری هستید یا نیاز مبرم به مراقبت دارید، یا فاجعه‌ای اتفاق افتاده است

دریافت مراقبت وقتی وضعیت پزشکی اضطراری دارید

وضعیت پزشکی اضطراری چیست؟

وضعیت پزشکی اضطراری یک عارضه پزشکی به همراه علائمی از قبیل درد شدید یا مصدومیت وخیم می‌باشد. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرید، که خود فرد یا هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی به سلامت شما یا به سلامت کودک زاده‌نشده شما؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- سوء عملکرد جدی هر اندام یا بخش بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، هنگامی که:
 - « وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.
 - « انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا کودک زاده‌نشده‌تان را در خطر قرار دهد.

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید باید چکار کنید؟

اگر در وضعیت پزشکی اضطراری هستید:

- هرچه زودتر کمک دریافت کنید. با 911 تماس گرفته یا به نزدیک ترین اتاق اورژانس یا بیمارستان بروید. در صورت لزوم برای آمبولانس درخواست کنید. لزومی ندارد که ابتدا از PCP خود اجازه یا ارجاع دریافت کنید.
- هرچه زودتر حتماً برنامه درمانی ما را از وضعیت اضطراری خود مطلع سازید. لازم است که مراقبت اضطراری شما را پیگیری کنیم. شما یا شخصی دیگری باید در مورد مراقبت اضطراری شما و معمولاً در ظرف 48 ساعت با ما تماس بگیرد. اما لزومی ندارد به علت تاخیر در مطلع ساختن ما برای هیچکدام از این اقدامات هزینه‌ای پرداخت کنید. با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر وضعیت پزشکی اضطراری دارید چه مواردی تحت پوشش هستند؟

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

ممکن است بتوانید خارج از ایالات متحده مراقبت پزشکی اضطراری دریافت کنید. این مزایا تا حد حداکثر \$50,000 در سال پوشش داده می‌شود. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان» در جدول مزایای فصل 4 این کتابچه مراجعه کنید، یا با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

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

اگر معلوم شود وضعیت اضطراری پزشکی نبوده چطور؟

گاهی اوقات ممکن است تشخیص اینکه وضعیت پزشکی اضطراری دارید مشکل باشد. ممکن است برای مراقبت اضطراری بروید و پزشک به شما بگوید که در واقع وضعیت اضطراری پزشکی نبوده است. تا زمانیکه به طور منطقی تصور می‌کنید که در خطر جدی هستید، ما مراقبت شما را پوشش خواهیم داد.

ولی پس از اینکه پزشک بگوید که وضعیت اضطراری نبوده است، ما فقط زمانی مراقبت اضافی شما را پوشش خواهیم داد که:

- شما نزد یک ارائه‌کننده شبکه بروید، یا
- مراقبت اضافی که دریافت می‌کنید «مراقبتی باشد که نیاز فوری دارد» و از مقررات برای دریافت این مراقبت پیروی کنید. (به بخش بعدی مراجعه کنید.)

دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد**مراقبتی که نیاز فوری دارد چیست؟**

مراقبتی که نیاز فوری دارد نوعی مراقبت می‌باشد که برای یک بیماری، مصدومیت یا عارضه ناگهانی دریافت می‌کنید که اضطراری نبوده ولی به مراقبت فوری نیاز دارد. برای مثال، ممکن است عارضه کنونی شما عود کرده باشد و نیاز به مداوا داشته باشد.

دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد هنگامی که در منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید

در بیشتر شرایط، ما فقط زمانی مراقبتی که نیاز فوری دارد را پوشش می‌دهیم که:

- شما این مراقبت را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید، و
- شما از سایر مقرراتی که در این فصل توصیف شده اند پیروی می‌کنید.

ولی اگر نمی‌توانید نزد یک ارائه‌کننده شبکه بروید، ما مراقبتی که نیاز فوری دارد را از سوی ارائه‌کننده خارج از شبکه پوشش خواهیم داد. در موقعیت‌های وخیم اضطراری: با شماره "911" تماس گرفته یا به نزدیک‌ترین بیمارستان بروید.

اگر وضعیت شما زیاد وخیم نیست: با PCP خود یا گروه پزشکی تماس بگیرید یا اگر نمی‌توانید با آنها تماس بگیرید یا فوراً به مراقبت پزشکی نیاز دارید، به نزدیک‌ترین مرکز پزشکی، مرکز مراقبت فوری یا بیمارستان مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

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

اگر مطمئن نیستید که آیا به مراقبت اضطراری یا فوری نیاز دارید، لطفاً با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 تماس بگیرید تا به خدمات مشاوره پرستاری وصل شوید. از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. به عنوان یک عضو Health Net Cal MediConnect، می‌توانید به طور 24 ساعته و در 7 روز هفته به خدمات ارزیابی نیازهای درمانی و معاینات تشخیصی دسترسی داشته باشید.

دریافت مراقبتی که نیاز فوری دارد وقتی در خارج منطقه خدماتی برنامه درمانی هستید

وقتی در خارج منطقه خدماتی هستید، ممکن است نتوانید مراقبت را از ارائه‌کننده شبکه دریافت کنید. در این صورت، برنامه درمانی ما هزینه مراقبتی که نیاز فوری دارد را از هر ارائه‌کننده ای پوشش خواهد داد.

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

نحوه دریافت مراقبت در حین فاجعه

اگر فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا، یا رییس جمهور ایالات متحده آمریکا وضعیت فاجعه یا اضطراری در منطقه جغرافیایی شما اعلام کنند، شما همچنان حق استفاده از Health Net Cal MediConnect را دارید.

لطفاً برای کسب اطلاعات در رابطه با نحوه دریافت مراقبت حین فاجعه به وبسایت ما مراجعه کنید: www.healthnet.com/calmediconnect.

به هنگام فاجعه، اگر نتوانید از ارائه‌کننده شبکه استفاده کنید، ما اجازه می‌دهیم بدون هیچ هزینه‌ای از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه مراقبت دریافت کنید. اگر نتوانید به هنگام فاجعه از داروخانه شبکه استفاده کنید، اجازه خواهید داشت داروهای نسخه‌دار خود را از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه کنید.

1. اگر برای هزینه خدمات تحت پوشش برنامه ما صورتحساب دریافت کرده باشید چطور؟

اگر ارائه‌کننده صورتحساب را به جای ارسال به برنامه درمانی برای شما ارسال کند، شما باید از ما بخواهید که سهممان را از صورتحساب پرداخت کنیم.

← شما نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. اگر این کار را بکنید، ممکن است برنامه درمانی نتواند به شما بازپرداخت کند.

اگر هزینه خدمات تحت پوشش را پرداخت کرده‌اید یا صورتحسابی را برای هزینه کل خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، برای کسب اطلاعات در مورد آنچه باید انجام دهید به فصل 7 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند چه کار کنید؟

Health Net Cal MediConnect همه خدماتی را پوشش می دهد:

- که تشخیص داده شده ضروری هستند، و
- که در جدول مزایای برنامه ذکر شده اند (به فصل 4 مراجعه کنید)، و
- که آنها را با پیروی از مقررات برنامه درمانی دریافت می کنید.

◀ اگر خدماتی دریافت کنید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند، باید خودتان هزینه کامل را بپردازید.

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

فصل 9 توضیحاتی ارائه می کند در مورد اینکه اگر بخواهید ما ارقام یا خدمات پزشکی را پوشش دهیم چه کار کنید. همچنین نحوه اقامه استیناف برای تصمیم پوشش ما را به شما می گوید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد حقوق استیناف خود می توانید با خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

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

ل. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامی که در یک پژوهش بالینی هستید چیست؟

پژوهش بالینی چیست؟

پژوهش بالینی (آزمون بالینی نیز خوانده می شود) روشی می باشد که پزشکان انواع جدید مراقبت درمانی یا دارو را آزمایش می کنند. آنها برای کمک در انجام پژوهش درخواست داوطلب می کنند. این نوع پژوهش به پزشکان کمک می کند که تصمیم بگیرند آیا نوع جدید مراقبت درمانی یا دارو مؤثر بوده یا ایمن است.

زمانی که Medicare پژوهشی که می خواهید در آن شرکت کنید را تصویب کند، شخصی که در انجام آن پژوهش شرکت دارد با شما تماس خواهد گرفت. آن شخص اطلاعاتی را در مورد پژوهش به شما خواهد داد و مشخص می کند که آیا برای شرکت در آن واجد شرایط هستید. شما تا زمانی که شرایط لازم را برآورده کنید می توانید در پژوهش شرکت کنید. شما همچنین باید درک کنید و قبول کنید که برای پژوهش باید چکار کنید.

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

اگر می خواهید در پژوهش بالینی مورد تأیید Medicare شرکت کنید، لزومی ندارد که از ما یا ارائه کننده مراقبت های درمانی اولیه خود اجازه بگیرید. ارائه کنندگانی که به عنوان بخشی از پژوهش از شما مراقبت می کنند لزومی ندارد که ارائه کنندگان شبکه باشند.

قبل از شروع شرکت در پژوهش بالینی لازم است که به ما اطلاع دهید. اگر می خواهید در پژوهش بالینی باشید، شما یا هماهنگ کننده مراقبت شما باید با خدمات اعضا تماس بگیرید تا به ما اطلاع دهید که قرار است در آزمایش بالینی شرکت کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



وقتی در پژوهش بالینی شرکت می‌کنید، چه کسی و برای چه مواردی پرداخت می‌کند؟

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

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

اگر شما بخشی از پژوهشی می‌باشید که مورد تأیید Medicare نیست، شما باید هرگونه هزینه‌ی مربوط به پژوهش را پرداخت کنید.

کسب اطلاعات بیشتر

می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرکت در پژوهش بالینی، «Medicare و پژوهش بالینی» را در وبسایت Medicare مطالعه کنید (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). همچنین می‌توانید 24 ساعت روز در 7 روز هفته با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس حاصل فرمایید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

K. نحوه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما هنگامی که در یک سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی هستید چگونه است؟

سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی چیست؟

سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که مراقبتی را به شما ارائه می‌کند که معمولاً در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی دریافت می‌کنید. اگر دریافت مراقبت در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برخلاف باورهای مذهبی شماست، ما هزینه مراقبت در سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم. شما می‌توانید مراقبت درمانی را در هر زمان و به هر دلیلی دریافت کنید. این مزایا تنها به خدمات بیماران بستری Medicare بخش A مربوط می‌شود (خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی). Medicare تنها هزینه خدمات مراقبت درمانی غیرپزشکی ارائه شده توسط سازمان‌های مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی را پرداخت خواهد کرد.

چه مراقبت دریافت‌شده از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی تحت پوشش برنامه درمانی ماست؟

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

- مداوای پزشکی «غیرمنتظره» هر نوع مراقبتی می‌باشد که داوطلبانه بوده و براساس هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم نیست.
 - مداوای پزشکی «مورد انتظار» هر نوع مراقبتی می‌باشد که داوطلبانه نبوده و تحت هرگونه قانون فدرال، ایالتی یا محلی لازم است.
- برای اینکه تحت پوشش برنامه درمانی ما باشید، مراقبتی که از سازمان مراقبت درمانی غیرپزشکی مذهبی دریافت می‌کنید باید شرایط زیر را برآورده کند:
- مرکزی که مراقبت را ارائه می‌کند باید از Medicare جواز گرفته باشد.
 - پوشش خدمات برنامه درمانی ما به جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت محدود می‌شود.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- اگر خدماتی را از این سازمان دریافت کنید که در یک مرکز درمانی ارائه شده باشد، موارد زیر اطلاق پذیر هستند:
 - « شما باید مبتلا به یک عارضه پزشکی باشید که به شما امکان می دهد خدمات تحت پوشش را برای مراقبت بیماران بستری در بیمارستان یا مراقبت مرکز پرستاری تخصصی دریافت کنید.
 - « شما باید قبل از اینکه در این مرکز پذیرفته شوید اجازه ما را دریافت کنید یا در غیر اینصورت اقامت شما پوشش داده نخواهد شد. تا وقتی که الزامات بالا را برآورده کنید، برای این مزایا پوشش نامحدود وجود دارد.

L. مقررات مربوط به مالکیت وسایل با دوام پزشکی (DME)

آیا مالک وسایل با دوام پزشکی (DME) خود خواهید بود

وسایل با دوام پزشکی (DME) به معنی برخی اقلامی است که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه خود شما سفارش داده شده‌اند نمونه‌هایی از این اقلام صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های خوشخواب برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه سفارش داده می‌شوند، پمپ تزریق رگی، دستگاه‌های تولید صدا، لوازم و وسایل اکسیژن، افشانه‌های تنفسی و واکر هستند.

شما همیشه صاحب برخی اقلام از قبیل پروتز خواهید بود. در این بخش، ما در مورد وسایل با دوام پزشکی (DME) که باید اجاره کنید صحبت می‌کنیم.

در Medicare، اشخاصی که انواع خاصی از وسایل با دوام پزشکی را اجاره می‌کنند بعد از 13 ماه صاحب آن می‌شوند. شما به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما، می‌توانید مالکیت وسایل بادوام پزشکی را کسب کنید تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته و شما نیاز بلندمدت به این اقلام داشته باشید. علاوه بر این، اقلام بایستی توسط PCP شما، گروه پزشکی و/یا Health Net اجازه داده شده، ترتیب آن داده شده و هماهنگ شده باشد. برای کسب اطلاعات در رابطه با الزامات اجازه یا مالکیت وسایل بادوام پزشکی و مدارک مورد نیاز، با مرکز خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

در شرایط خاص، ما مالکیت DME را به شما منتقل می‌کنیم. با خدمات اعضا تماس بگیرید تا درباره الزاماتی که باید برآورده کنید و مدارکی که باید ارائه کنید اطلاعات کسب کنید.

اگر وقتی عضو برنامه ما هستید، مالکیت یکی از وسایل بادوام پزشکی را کسب کنید و وسیله نیاز به نگهداری و تعمیر داشته باشد، ارائه‌کننده مجاز از که برای هزینه‌ی تعمیر صورتحساب صادر کند.

اگر پوشش خود را به Medicare تغییر دهید چه اتفاقی می‌افتد؟

شما باید 13 قسط جدید را پشت سر هم تحت Medicare اصلی پرداخت کنید تا صاحب وسیله DME شوید، در صورتی که:

- هنگامی که عضو برنامه ما بودید صاحب DME نشده باشید و
- شما برنامه درمانی ما را ترک کرده و مزایای Medicare خود را در خارج هرگونه برنامه درمانی در برنامه Medicare اصلی دریافت کنید.

اگر قبل از عضویت در برنامه درمانی ما، اقساطی را برای وسایل بادوام پزشکی (DME) تحت Medicare اصلی پرداخت کردید، آن اقساط به حساب این 13 قسط گذاشته نمی‌شوند. شما باید 13 قسط جدید را پشت سر هم تحت Medicare اصلی پرداخت کنید تا صاحب وسیله DME شوید.

◀ استثنایی در این مورد هنگامی که به Medicare اصلی برمی‌گردید وجود ندارد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 4: جدول مزایا

فهرست مندرجات

- A. اطلاعاتی در مورد خدمات تحت پوشش شما 49
- B. برنامه درمانی ما به ارائه‌کنندگان اجازه نمی‌دهد که مبلغی را از شما برای خدمات مطالبه کنند 49
- C. در مورد جدول مزایا 49
- D. جدول مزایا 50
- E. مزایای تحت پوشش خارج از Health Net Cal MediConnect 81
- برنامه انتقال به اجتماع کالیفرنیا (CCT) 81
- برنامه دندانپزشکی Medi-Cal 81
- مراقبت در آسایشگاه 82
- F. مزایایی که تحت پوشش برنامه Medicare، Net Cal MediConnect یا Medi-Cal نیستند 83

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



A. اطلاعاتی در مورد خدمات تحت پوشش شما

این فصل اطلاعاتی در مورد خدماتی که برنامه درمانی ما هزینه آنها را پرداخت می‌کند به شما می‌دهد. شما می‌توانید اطلاعاتی را نیز در مورد خدماتی که تحت پوشش نیستند کسب نمایید. اطلاعات مربوط به مزایای دارویی در فصل 5 است. این فصل محدودیت های برخی از خدمات را نیز توصیف می‌کند.

چون از Medi-Cal کمک دریافت می‌کنید، تا زمانیکه از مقررات برنامه درمانی پیروی کنید برای خدمات تحت پوشش خود هزینه ای را پرداخت نمی‌کنید. برای جزییات مربوط به مقررات برنامه درمانی به فصل 3 مراجعه کنید.

اگر در آشنایی با خدمات تحت پوشش به کمک نیاز دارید، با هماهنگ‌کننده پرونده و یا خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

B. برنامه درمانی ما به ارائه‌کنندگان اجازه نمی‌دهد که مبلغی را از شما برای خدمات مطالبه کنند

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

← شما هرگز نباید صورتحسابی را از ارائه‌کننده دریافت کنید. اگر دریافت کردید، به فصل 7 مراجعه کنید یا با خدمات اعضا تماس بگیرید.

C. در مورد جدول مزایا

جدول مزایا اطلاعاتی را در مورد خدماتی که برنامه درمانی هزینه آنها را می‌پردازد به شما می‌دهد. این جدول رتبه های خدماتی را به ترتیب حروف الفبا ذکر کرده و خدمات تحت پوشش را توصیف می‌کند.

ما تنها زمانی هزینه خدمات ذکر شده در جدول مزایا را پرداخت می‌کنیم که قواعد زیر برآورده شده باشند. شما تا زمانیکه شرایط پوششی که در زیر توصیف شده را برآورده کنید برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا هیچ مبلغی را پرداخت نمی‌کنید.

- خدمات تحت پوشش Medicare و Medi-Cal باید براساس مقررات وضع‌شده از طرف Medicare و Medi-Cal ارائه شوند.
- این خدمات (شامل مراقبت پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و اعتیاد، خدمات و حمایت‌های بلندمدت، لوازم، وسایل و داروها) باید ضرورت پزشکی داشته باشند. ضرورت پزشکی یعنی شما برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای یک عارضه پزشکی به خدماتی نیاز دارید. از نظر پزشکی لازم/ ضرورت پزشکی به همه خدمات تحت پوشش اشاره دارد که استفاده از آنها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه مریضی، بیماری، یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.
- شما می‌توانید از ارائه‌کننده شبکه مراقبت دریافت کنید. ارائه‌کننده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با ما همکاری دارد. در بیشتر موارد، هزینه مراقبتی را که از ارائه‌کننده خارج از شبکه دریافت می‌کنید پرداخت نخواهیم کرد. فصل 3 حاوی اطلاعات بیشتری در مورد استفاده از شبکه و ارائه‌کنندگان خارج از شبکه می‌باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- شما یک ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP) یا یک گروه مراقبتی دارید که مراقبت شما را ارائه و مدیریت می‌کند. در بیشتر موارد، PCP شما باید قبل از اینکه نزد سایر ارائه‌کنندگان شبکه بروید به شما اجازه بدهد. این کار ارجاع نام دارد. فصل 3 حاوی اطلاعات بیشتری در مورد دریافت ارجاع بوده و زمانیکه به ارجاع نیاز دارید را توصیف می‌کند.
 - شما باید از ارائه‌کنندگانی که به گروه PCP شما وابسته هستند مراقبت دریافت کنید.
 - برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 3 مراجعه کنید.
 - برخی از خدماتی که در جدول مزایا ذکر شده اند تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری ابتدا از ما اجازه بگیرد. به این کار گرفتن اجازه قبلی گفته می‌شود. خدمات تحت پوششی که ابتدا به اجازه نیاز دارند در جدول مزایا به صورت اینتالیک (کج) مشخص شده‌اند.
- همه خدمات پیشگیری رایگان هستند. شما این سیب 🍏 را در کنار خدمات پیشگیری در جدول مزایا مشاهده خواهید کرد.

D. جدول مزایا

خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد
<p>معاینه تشخیص آنورسم آنورت شکمی 🍏</p> <p>ما یک بار هزینه معاینه تشخیصی اولتراسوند برای اشخاص در معرض خطر را پرداخت خواهیم کرد. برنامه‌ی ما فقط در صورتی هزینه‌ی این معاینه تشخیصی را پوشش می‌دهد که شما دارای عوامل خطر مشخصی باشید و اگر از پزشک، دستیار پزشک، پرستار یا متخصص پرستاری بالینی خود برای آن ارجاع بگیرید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
<p>طب سوزنی</p> <p>ما هزینه دو جلسه خدمات طب سوزنی سرپایی را در هر ماه تقویمی، یا جلسات بیشتر از آن را اگر ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت خواهیم کرد.</p>
<p>معاینه تشخیص و مشاوره اعتیاد به الکل 🍏</p> <p>ما هزینه یک معاینه تشخیص اعتیاد به الکل (SBIRT) را برای بزرگسالانی پرداخت خواهیم کرد که از الکل سوء استفاده کرده ولی متکی به الکل نیستند. این موضوع شامل زنان باردار می‌شود.</p> <p>اگر معاینه تشخیصی شما برای اعتیاد به الکل مثبت باشد، می‌توانید حداکثر چهار جلسه کوتاه مشاوره رو در رو در سال را با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی یا کاروری در محیط مراقبت‌های اصلی دریافت کنید (اگر در طول مشاوره قادر و هشدار باشید).</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد	
خدمات آمبولانس	
<p>خدمات آمبولانس شامل خدمات آمبولانس زمینی، بال ثابت و بال گردان می شود. آمبولانس شما را به نزدیکترین محلی خواهد برد که بتوان به شما مراقبت ارائه کرد.</p> <p>عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای سلامتی یا جان شما خطرناک باشد.</p> <p>خدمات آمبولانس برای سایر موارد باید به تصویب ما برسد.</p> <p>در مواردی که اضطراری نمی باشند، ما ممکن است هزینه آمبولانس را پرداخت کنیم. عارضه شما باید آنقدر جدی باشد که سایر روش های رسیدن به محل دریافت مراقبت برای زندگی یا سلامتی شما خطرناک باشد.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
وزیت تندرستی (wellness) سالانه 	
<p>شما می توانید یک معاینه چک آپ سالانه را دریافت کنید. این معاینه برای ایجاد یا بروز رسانی برنامه پیشگیری براساس عوامل مخاطره آمیز فعلی شما می باشد. ما هزینه این معاینه را هر 12 ماه پرداخت خواهیم کرد.</p>	
اندازه گیری توده استخوان 	
<p>ما هزینه روال های خاص را برای اعضای واجد شرایط پرداخت خواهیم کرد (معمولاً شخصی که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا خطر پوکی استخوان باشد). این روال ها توده استخوان را شناسایی کرده، از دست رفتن استخوان را پیدا کرده یا کیفیت استخوان را مشخص می کند. ما هزینه این خدمات را هر 24 ماه یا به دفعات بیشتر اگر ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت خواهیم کرد. ما دستمزد پزشک برای مشاهده و اظهار نظر در مورد نتایج را نیز پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	
معاینه تشخیص سرطان سینه (ماموگرام) 	
<p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ یک ماموگرام خط پایه بین سنین 35 تا 39 ▪ یک معاینه تشخیصی ماموگرام هر 12 ماه برای زنان به سن 40 سال به بالا ▪ معاینات سینه بالینی هر 24 ماه 	
خدمات توانبخشی قلبی 	
<p>ما هزینه خدمات توانبخشی قلبی را برای خدماتی از قبیل ورزش، آموزش و مشاوره پرداخت خواهیم کرد. اعضا باید شرایط خاصی را با ارجاع پزشک برآورده کنند. ما همچنین هزینه برنامه های توانبخشی قلبی ویژه را پوشش می دهیم که از برنامه های توانبخشی قلبی پرتنش تر است.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>	

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد
<p>ویزیت کاهش خطر بیماری قلب و عروق (درمان بیماری قلبی) </p> <p>ما هزینه یک ویزیت در سال را با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی می‌دهیم تا برای کاهش خطر بیماری قلبی برای شما موثر واقع شود. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ استفاده از آسپیرین را توصیه کند، ▪ فشار خون شما را کنترل کند، و/یا ▪ به شما راهنمایی هایی را ارائه کند تا مطمئن شود غذاهای سالم می خورید.
<p>آزمایش بیماری قلب و عروق </p> <p>ما هزینه آزمایشات خون برای کنترل بیماری قلب و عروق را هر پنج سال یکبار (60 ماه) پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات خون، نارسائی های مربوط به افزایش خطر بیماری قلبی را نیز کنترل می‌کنند.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
<p>معاینه تشخیصی سرطان دهانه رحم و مهبل </p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ برای همه زنان: آزمایشات پپ و معاینات لگن خاصره هر 24 ماه ▪ برای زنانی که در معرض افزایش خطر سرطان واژن یا دهانه رحم قرار دارند: یک آزمایش پپ هر 12 ماه ▪ برای زنانی که در 3 سال گذشته یک آزمایش پپ غیرعادی داشته اند و در سن باروری هستند: یک آزمایش پپ هر 12 ماه
<p>خدمات کایروپراکتیک</p> <p>ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ § میزان‌سازی ستون فقرات برای تصحیح همترازی <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

غریبالگری سرطان روده بزرگ یا مقعد



برای اشخاص به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- سیگمونیوسکوپی انعطاف پذیر (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم) هر 48 ماه
- آزمایش خون مخفی در مدفوع، هر 12 ماه
- آزمایش خون پنهان در مدفوع گایاک یا آزمایش ایمونوشیمیایی مدفوع، هر 12 ماه یک بار
- معاینه تشخیصی DNA برای سرطان روده بزرگ، هر 3 سال
- کولونوسکوپی هر ده سال یک بار (اما نه ظرف 48 ماه از معاینه تشخیصی سیگمونیوسکوپی)
- کولونوسکوپی (یا معاینه تشخیصی تنقیه باریوم) برای اشخاصی که احتمال ابتلا به سرطان روده بزرگ در آن‌ها بالا است، هر 24 ماه

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)

CBAS برنامه خدماتی برای بیماران سرپایی می‌باشد که اشخاص برطبق جدول زمانی در آن شرکت می‌کنند. این برنامه مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان (شامل درمان شغلی، ورزش درمانی و گفتاردرمانی)، مراقبت شخصی، آموزش و حمایت خانواده/ارائه دهنده مراقبت، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدمات را عرضه می‌کند. ما در صورت برآوری ضوابط واجد شرایط بودن هزینه CBAS را پرداخت خواهیم کرد.

توجه: اگر مرکز CBAS موجود نیست، ما می‌توانیم این خدمات را به صورت جداگانه ارائه کنیم.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مشاوره برای ترک سیگار یا استفاده از توتون

اگر از توتون استفاده می‌کنید ولی علائم یا نشانه‌های بیماری مربوط به توتون را بروز نمی‌دهید و می‌خواهید یا نیاز دارید ترک کنید:

- ما هزینه دو تلاش برای ترک را در یک دوره 12 ماهه به عنوان خدمات پیشگیری پرداخت خواهیم کرد. این خدمات رایگان می‌باشند. هر تلاش برای ترک شامل چهار جلسه مشاوره رو در رو می‌باشد.

اگر از توتون استفاده می‌کنید و تشخیص داده شده که به بیماری مربوط به توتون مبتلا هستید یا دارویی را مصرف می‌کنید که ممکن است توتون بر آن تأثیری داشته باشد:

- ما هزینه دو مشاوره ترک سیگار را در ظرف یک دوره 12 ماهه پرداخت خواهیم کرد. هر جلسه مشاوره شامل چهار ویزیت رو در رو می‌باشد.

اگر حامله هستید، ممکن است با اجازه قبلی، مشاوره ترک سیگار نامحدود دریافت کنید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

برنامه درمانی ما مشاوره اضافی ترک سیگار آنلاین و از طریق تلفن را نیز بدون اجازه قبلی پوشش می‌دهد. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

خدمات دندانپزشکی

خدمات دندانپزشکی مشخصی، از جمله جرم‌گیری، پر کردن و دندان مصنوعی کامل از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal قابل دریافت هستند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این مزایا به بخش E مراجعه کنید.

معاینه تشخیص افسردگی

ما هزینه یک معاینه تشخیص افسردگی را در هر سال پرداخت خواهیم کرد. این معاینه تشخیص باید در یک محیط مراقبت‌های درمانی اصلی انجام شود که بتواند مداوا و ارجاعات بعدی را ارائه کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.

خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

معاینه تشخیصی مرض قند



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

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

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

بستگی به نتایج آزمایش، ممکن است برای حداکثر دو معاینه تشخیصی مرض قند در هر 12 ماه واجد شرایط باشید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

آموزش، خدمات و لوازم برای خود مدیریت مرض قند

ما هزینه خدمات زیر را برای همه اشخاص مبتلا به مرض قند پرداخت خواهیم کرد (علیرغم اینکه از انسولین استفاده کنند یا نکنند):

- لوازم کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون شامل موارد زیر می‌شوند:
 - « دستگاه کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون
 - « نوارهای آزمایش گلوکز/قند خون
 - « تیغ و وسائل مربوطه
 - « محلول های کنترل گلوکز برای کنترل دقت نوارهای آزمایش و دستگاه های کنترل
 - « لوازم کنترل و نظارت بر گلوکز/قند خون ممکن است محدود به لوازم ساخته شده توسط تولیدکنندگان خاصی محدود باشد. PCP شما در ترتیب دادن و هماهنگ کردن خدمات تحت پوشش کمک خواهد کرد.
- برای اشخاص مبتلا به مرض قند که به بیماری شدید مرض قند یا مبتلا هستند، هزینه‌های زیر را پرداخت خواهیم کرد:
 - « یک جفت کفش سفارشی طبی (شامل توکفشی) به همراه خدمات اندازه کردن کفش‌ها و دو جفت توکفشی اضافی در هر سال تقویمی، یا
 - « یک جفت کفش عمق‌دار، به همراه خدمات اندازه کردن کفش و سه جفت توکفشی در سال (شامل توکفشی‌های برداشتنی غیرسفارشی نمی‌شود که به همراه این کفش‌ها ارائه می‌شوند)
- ما هزینه آموزش برای کمک در مدیریت مرض قند شما را در برخی موارد پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید. شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید. اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

وسایل با دوام پزشکی (DME) و لوازم مربوطه

(برای تعریف «وسایل با دوام پزشکی، (DME)» به فصل 12 در این کتابچه مراجعه کنید.)

اقلام زیر تحت پوشش هستند:

- صندلی چرخدار
- چوب زیر بغل
- سیستم خوشخواب برقی
- لوازم دیابت
- تخت‌های بیمارستان که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه خود سفارش داده می‌شوند
- پمپ تزریق درون رگی
- دستگاه‌های تولید صدا
- لوازم و وسایل اکسیژن
- افشانه پراکن
- واکر

اقلام دیگری ممکن است تحت پوشش قرار گیرند.

ما هزینه همه وسایل با دوام پزشکی (DME) که ضرورت پزشکی دارند را پرداخت می‌کنیم که معمولاً Medicare و Medi-Cal هزینه آنها را پرداخت می‌کنند.

اگر توزیع کننده ما در منطقه شما یک مارک یا سازنده خاص را عرضه نمی‌کند، می‌توانید از آنها درخواست کنید که آنرا برایتان سفارش ویژه بدهند.

لطفاً برای دریافت کمک برای پیدا کردن ارائه‌کننده‌ی دیگری که ممکن است وسیله مورد نظر را داشته باشد با خدمات اعضا تماس بگیرید.

وسایل با دوام پزشکی که تحت پوشش Medicare نبوده و برای خارج خانه استفاده می‌شوند نیز تحت پوشش هستند. شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

ما هزینه همه وسایل با دوام پزشکی (DME) که ضرورت پزشکی دارند را پرداخت می‌کنیم که معمولاً Medicare و Medi-Cal هزینه آنها را پرداخت می‌کنند.

اگر توزیع کننده ما در منطقه شما یک مارک یا سازنده خاص را عرضه نمی‌کند، می‌توانید از آنها درخواست کنید که آنرا برایتان سفارش ویژه بدهند.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت اضطراری

مراقبت اضطراری یعنی خدماتی که:

- توسط ارائه‌کننده‌ای عرضه می‌شوند که برای خدمات اضطراری آموزش دیده است،
و
- برای مداوای وضعیت اضطراری پزشکی لازم هستند.

وضعیت اضطراری پزشکی یک عارضه پزشکی به همراه درد شدید یا مصدومیت وخیم می‌باشد. این عارضه آنقدر جدیست که اگر فوراً مورد مداوای پزشکی قرار نگیرد، هر شخصی با دانش متوسط در مورد مسائل درمانی و پزشکی می‌تواند انتظار داشته باشد که منجر به موارد زیر شود:

- خطر جدی به سلامت شما یا به سلامت کودک زاده‌نشده شما؛ یا
- آسیب جدی به عملکردهای جسمانی؛ یا
- سوء عملکرد جدی هر اندام یا بخش بدن؛ یا
- در مورد زنان باردار در حال وضع حمل، هنگامی‌که:

« وقت کافی برای انتقال ایمن شما به بیمارستان دیگر قبل از زایمان وجود نداشته باشد.

« انتقال به بیمارستان دیگر برای سلامت و امنیت شما یا کودک زاده‌نشده‌تان را در خطر قرار دهد.

اگر مراقبت اضطراری را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از اینکه وضعیت اضطراری شما ثابت پیدا کرد به مراقبت بیمارستان بستری نیاز داشته باشید، برای اینکه پرداخت هزینه مراقبت شما ادامه پیدا کند باید به یک بیمارستان شبکه برگردید. شما تنها در صورتیکه برنامه درمانی با اقامت شما موافقت کند می‌توانید برای مراقبت بیمارستان بستری، در بیمارستان خارج از شبکه باقی بمانید.

- پوشش در آمریکا².

برای پوشش خارج از آمریکا²، لطفاً به «پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان» در زیر این جدول مزایا مراجعه کنید.

²منظور از آمریکا، 50 ایالت، منطقه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزائر ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات تنظیم خانواده

- قانون به شما اجازه می دهد تا هر ارائه‌کننده ای را برای خدمات تنظیم خانواده خاص انتخاب کنید. بدین معنی که هر پزشک، درمانگاه، بیمارستان، داروخانه یا دفتر تنظیم خانواده.
- ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:
- معاینه تنظیم خانواده و مداوای پزشکی
 - آزمایشگاه تنظیم خانواده و آزمایشات تشخیص
 - روش‌های تنظیم خانواده (IUD، کاشت ضد بارداری، تزریق، قرصهای ضد بارداری، پیچ، یا حلقه)
 - لوازم و نسخه تنظیم خانواده (کاندوم، اسفنج، کف، فیلم، دیافراگم، کلاهک)
 - مشاوره و تشخیص ناباروری و خدمات مربوطه
 - مشاوره، آزمایش و درمان برای عفونت‌های منتقله آمیزشی (STI)
 - مشاوره و آزمایش برای HIV و ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV
 - جلوگیری از بارداری دائمی (باید برای انتخاب این روش تنظیم خانواده 21 سال یا بیشتر داشته باشید. باید حداقل 30 روز اما کمتر از 180 روز قبل از تاریخ جراحی فرم فدرال رضایت عقیمسازی امضا کنید.)
 - مشاوره ژنتیک
- ما هزینه برخی خدمات تنظیم خانواده دیگر را نیز پرداخت خواهیم کرد. ولی شما باید به ارائه‌کننده ای در شبکه ارائه کنندگان ما برای خدمات زیر مراجعه کنید:
- مداوا برای عوارض پزشکی ناباروری (این خدمات شامل روش های مصنوعی باردار شدن نمی شود).
 - مداوا برای ایدز و سایر عوارض مربوط به HIV
 - آزمایش ژنتیک

برنامه‌های آموزش بهداشت و تندرستی

ما برنامه‌های زیادی را عرضه می کنیم که بر روی عوارض درمانی خاصی تمرکز دارند. شامل موارد زیر:

- کلاس های آموزش های بهداشتی؛
- کلاس های آموزش های تغذیه؛
- ترک سیگار و استفاده از توتون؛ و
- خط تلفن پرستاری

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات شنوایی

ما هزینه آزمایشات شنوایی و توازن انجام شده توسط ارائه‌کننده شما را پرداخت می‌کنیم. این آزمایشات به شما می‌گویند که آیا به مداوای پزشکی نیاز دارید. وقتی این آزمایشات را از یک پزشک، متخصص شنوایی یا سایر ارائه‌کنندگان واجد شرایط دریافت می‌کنید، آنها تحت پوشش مراقبت بیماران سرپایی می‌باشند.

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

ما هزینه سمعک که شامل موارد زیر می‌شود را پرداخت خواهیم کرد:

- قالب، لوازم و جاسازی
- تعمیراتی که بیش از \$25 برای هر تعمیر هزینه داشته باشد.
- یک مجموعه باتری های اولیه
- شش بازدید برای آموزش، تنظیمات و جاگذاری با همان فروشنده بعد از اینکه سمعک را دریافت می‌کنید.
- دوره اجاره آزمایشی سمعک

هزینه خدمات مزایای سمعک شامل مالیات فروش، به \$1,510 در هر سال مالی محدود می‌شود (یک سال مالی از جولای هر سال تا ژوئن سال بعد محاسبه می‌شود). اگر باردار هستید یا در یک مرکز پرستاری اقامت دارید، \$1,510 برای حداکثر مبلغ مزایا به شما مربوط نمی‌شود. هزینه عویض سمعکی که گم شده، به سرقت رفته یا تحت شرایطی خارج از کنترل شما از بین رفته در \$1,510 برای حداکثر مبلغ مزایا منظور نشده است.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

معاینه تشخیص HIV



ما هزینه یک معاینه تشخیص HIV را در هر 12 سال برای اشخاص زیر پرداخت می‌کنیم:

- برای آزمایش معاینه تشخیص HIV درخواست کنند، یا
 - در معرض افزایش خطر ابتلا به HIV باشند.
- برای زنان باردار، ما هزینه حداکثر سه آزمایش معاینه تشخیص HIV را در طول بارداری پرداخت می‌کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت سازمان درمانی در منزل

قبل از اینکه بتوانید خدمات درمانی در منزل دریافت کنید، پزشک باید به شما بگوید که به آنها نیاز دارید و بایستی توسط یک سازمان درمانی در منزل ارائه شوند.

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

- خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل پاروقت یا ناپیوسته (که تحت مزایای مراقبت درمانی در خانه پوشش داده می شود، باید خدمات پرستاری تخصصی یا کمک درمانی در منزل شما به همراه هم برابر با کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشند).
- ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی
- خدمات پزشکی و اجتماعی
- لوازم و وسایل پزشکی

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

مراقبت در آسایشگاه

می توانید از برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare مراقبت دریافت کنید. اگر ارائه کننده شما و متخصص و مدیر امور بیماران رو به مرگ پیش بینی کنند که بیماری شما لاعلاج است، حق این را دارید که اقامت در آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کنید. این یعنی بیماری لاعلاجی دارید و انتظار می رود شش ماه یا کمتر از زندگی شما باقی مانده باشد. پزشک آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما می تواند یک ارائه کننده شبکه یا ارائه کننده خارج از شبکه باشد.

برنامه درمانی هنگامی که خدمات آسایشگاه را دریافت می کنید هزینه موارد زیر را پرداخت خواهد کرد:

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

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

هزینه خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ و خدمات تحت پوشش Medicare بخش A یا B را Medicare می پردازد.

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

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

- Health Net Cal MediConnect خدمات تحت پوشش برنامه درمانی که تحت پوشش Medicare بخش A یا B نمی باشند را پوشش خواهد داد. برنامه درمانی خدمات را علیرغم اینکه به پیش بینی لاج بودن بیماری شما مربوط باشند یا نباشند پوشش خواهد داد. شما هزینه ای را برای این خدمات پرداخت نمی کنید.

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

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه درمانی ما نمی باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت غیر قبل از مرگ نیاز دارید، باید با هماهنگ کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. مراقبت غیر قبل از مرگ مراقبتی است که به پیش بینی لاج بودن بیماری شما مربوط نمی شود.

برنامه ما خدمات مشاوره آسایشگاه بیماران رو به مرگ (فقط یکبار) را برای شخصی که بیماری لاج دارد و مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب نکرده پوشش می دهد.

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

واکسیناسیون

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- واکسن پنومونی
- واکسن آنفولانزا، یکبار در سال در پاییز یا زمستان
- واکسن هپاتیت B اگر در معرض خطر زیاد یا متوسط ابتلا به هپاتیت B هستید.
- سایر واکسن ها اگر در معرض خطر هستید و مقررات پوشش Medicare بخش B را برآورده می کنند.

ما هزینه سایر واکسن هایی که مقررات پوشش Medicare بخش D را برآورده می کنند را پرداخت خواهیم کرد. فصل 6 را برای کسب اطلاعات بیشتر مطالعه کنید.

اجازه قبلی (اجازه از قبل) برای واکسن پنومونی یا واکسن های آنفولانزا لازم نیست.

شما باید با ارائه کننده خود مشورت کرده و برای هپاتیت B یا سایر واکسن ها ارجاع دریافت کنید.

اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم اضطراری، برای هپاتیت B یا سایر واکسن ها.

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت از بیماران بستری در بیمارستان

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

- اتاق نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد)
 - خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص
 - خدمات پرستاری عادی
 - هزینه بخش های مراقبت ویژه از قبیل بخش مراقبت های ویژه یا بخش های مراقبت از قلب
 - داروها
 - تست های آزمایشگاهی
 - پرتوپردازی با اشعه ایکس و خدمات رادیولوژی
 - لوازم جراحی و پزشکی ضروری
 - وسایلی از قبیل صندلی چرخدار
 - خدمات اتاق جراحی و ریکلوری
 - ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتار درمانی
 - خدمات اعتیاد بیماران بستری
 - در برخی موارد، انواع پیوند اندام زیر: قرنیه، کلیه، کلیه/لوزالمعده، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول بنیادی و روده/چند اندام.
 - اگر به پیوند عضو نیاز دارید، یک مرکز پیوند عضو تأیید شده Medicare پرونده شما را بررسی کرده و تصمیم میگیرد که آیا شرایط پیوند عضو را دارید یا خیر. تحت شرایط خاص، ارائه کنندگان خدمات پیوند عضو ممکن است از حوزه محلی یا خارج از حوزه خدمات باشند. در صورتی که ارائه کنندگان خدمات پیوند عضو محلی مایل به پذیرش نرخ Medicare باشند، میتوانید خدمات پیوند عضو خود را به صورت محلی یا خارج از الگوی مراقبتی جامعه خود دریافت کنید. اگر Health Net Cal MediConnect خدمات پیوند عضو را خارج از الگوی مراقبت جامعه شما ارائه میکند و شما تصمیم بگیرید که پیوند اندام را در آنجا دریافت کنید، ما ترتیب پرداخت هزینه های اقامت و حمل و نقل مربوطه را برای شما و یک شخص دیگر خواهیم داد.
 - خون، شامل ذخیره و توزیع
 - خدمات پزشک
- شما باید بعد از اینکه وضعیت اضطراری شما تحت کنترل قرار می گیرد، اجازه برنامه درمانی را برای ادامه دریافت مراقبت بیماران بستری در بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید.
- شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
- اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت بهداشت روانی به صورت بستری

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

- اگر به خدمات بیماران بستری در یک بیمارستان روانپزشکی خودیستا نیاز دارید، ما هزینه 190 روز اول را پرداخت خواهیم کرد. بعد از آن، سازمان بهداشت روانی محلی کانتی هزینه خدمات روانپزشکی بیماران بستری را که ضرورت پزشکی داشته باشد پرداخت خواهد کرد. اجازه برای مراقبت بعد از 190 روز با سازمان بهداشت روانی محلی کانتی هماهنگ خواهد شد.
- محدوده 190 روزه به خدمات بهداشت روانی بیماران بستری که در مرکز روانپزشکی بیمارستان عمومی ارائه می شود مربوط نمی شود.
- اگر 65 سال به بالا سن دارید، ما هزینه خدمات دریافت شده در انستیتوی بیماری های روانی (Institute for Mental Diseases, IMD) را پرداخت خواهیم کرد. شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

اقامت بیماران بستری: خدمات تحت پوشش در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی (SNF) به هنگام اقامت تحت پوشش قرار داده نشده ی بیماران بستری

اگر اقامت بیماران بستری برای شما منطقی یا لازم نیست، ما هزینه آنرا پرداخت نخواهیم کرد.

ولی در برخی موارد ما هزینه خدماتی را که در حین اقامت در بیمارستان یا آسایشگاه دریافت می کنید را پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا تماس حاصل فرمایید.

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

- خدمات پزشک
- آزمایشات تشخیصی، از قبیل تست های آزمایشگاهی
- پرتوپرداری اشعه ایکس، رادیوم و ایزوتوپ درمانی شامل مواد و خدمات تکنسین
- پانسمان جراحی
- تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسایل استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی
- وسایل پروتز و ارتوتیک به غیر از دندانپزشکی شامل جایگزینی یا تعمیر چنین وسائلی. این نوع وسایل:
 - « همه یا بخشی از اندام داخلی بدن (شامل بافت مجاور) را جایگزین می کنند، یا
 - « همه یا بخشی از عملکرد اندام داخلی بدن که غیرقابل جراحی است یا درست کار نمی کند را جایگزین می کنند.
- ساپورت پا، بازو، کمر و گردن، فتق بند، پا، بازو و چشم مصنوعی. این خدمات شامل تنظیم، تعمیر و تعویض ضروری به واسطه شکستگی، فرسودگی، از بین رفتن یا تغییر در وضعیت بیمار می شود.
- ورزش درمانی، گفتار درمانی و درمان شغلی

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

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




خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات و لوازم بیماری کلیه

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- خدمات ارزیابی بیماری کلیه برای آموزش مراقبت کلیه و کمک به اعضا تا تصمیمات خوبی را در مورد مراقبت خود اتخاذ کنند. شما باید مبتلا به مرحله IV بیماری مزمن کلیه باشید و پزشک باید شما را ارجاع کرده باشد. ما هزینه حداکثر شش جلسه خدمات آموزش بیماری کلیه را پوشش خواهیم داد.
 - مداوای دیالیز بیماران سرپایی شامل مداوای دیالیز وقتی موقتاً در خارج منطقه خدماتی هستید، همانگونه که در فصل 3 توضیح داده شد
 - مداوای دیالیز بیماران بستری اگر شما به عنوان بیمار بستری برای مراقبت ویژه در بیمارستان پذیرفته شده باشید
 - آموزش خود دیالیز، شامل آموزش برای شما و هر کسی که به شما در مورد مداوای دیالیز در منزل کمک می کند
 - وسایل و لوازم دیالیز در منزل
 - برخی خدمات حمایتی در منزل از قبیل ویزیت های ضروری توسط مددکاران دیالیز کارآموزی دیده برای کنترل دیالیز خانگی شما، برای کمک در موارد اضطراری و برای کنترل وسایل دیالیز و تغذیه آب.
- شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
- اجازه قبلی (اجازه از قبل) ممکن است برای پوشش لازم باشد، به غیر از موارد اضطراری یا مواردی که به دیالیز در خارج منطقه خدماتی برنامه درمانی خود نیاز دارید.
- مزایای دارویی Medicare بخش B شما هزینه برخی داروها برای دیالیز را پرداخت می کند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به «داروهای نسخه دار Medicare بخش B» در این جدول مراجعه کنید.

برنامه پیشگیری از دیابت (MDPP) Medicare 

ما هزینه خدمات MDPP را پرداخت خواهیم کرد.

برنامه MDPP، مداخله ای سازمان یافته برای تغییر رفتارهای بهداشتی است که آموزش های عملی را در خصوص تغییر رژیم غذایی در بلندمدت، افزایش فعالیت بدنی و راهکارهای حل مسئله برای غلبه بر چالش های موجود در حفظ کاهش وزن و داشتن شیوه زندگی سالم ارائه می دهد.

معاینه تشخیصی سرطان ریه 

ما هر 12 ماه یک بار هزینه معاینه تشخیصی سرطان ریه را می پردازیم در صورتی که شما:

- بین 55 تا 77 ساله باشید، و
 - با پزشک یا هر ارائه کننده واجد شرایط دیگر جلسه ویزیت مشاوره و تصمیم گیری مشترک داشته باشید، و
 - به مدت 30 سال هر روز حداقل 1 بسته سیگار کشیده باشید بدون اینکه نشانه یا علائمی از سرطان ریه نشان داده باشید، یا که در حال حاضر سیگار می کشید یا که در 15 سال اخیر سیگار را ترک کرده باشید.
- بعد از اولین معاینه تشخیصی، برنامه ای درمانی هزینه معاینه دیگری را هر سال با دستور مکتوب از طرف پزشک یا ارائه کننده واجد شرایط دیگر پرداخت می کند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

درمان تغذیه پزشکی

این مزایا برای اشخاصی می باشد که به مرض قند یا بیماری کلیه بدون دیالیز مبتلا هستند. همچنین برای پیوند کلیه می باشد هنگامی که توسط پزشک شما ارجاع شده باشد.

ما هزینه سه ساعت خدمات مشاوره رو در رو را در طول سال اولی که خدمات درمان تغذیه پزشکی را تحت Medicare دریافت می کنید پرداخت خواهیم کرد. (این موضوع شامل برنامه درمانی ما، هر برنامه Medicare Advantage دیگر یا Medicare می شود.)

ما هزینه دو ساعت خدمات مشاوره رو در رو در سال را بعد از آن پرداخت خواهیم کرد. اگر وضعیت، مداوا یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعات مداوای بیشتری را با ارجاع پزشک دریافت کنید. پزشک باید این خدمات را تجویز کرده و در صورتیکه مداوای شما در سال تقویمی بعدی لازم باشد، هر سال ارجاع را تمدید کند.

شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

داروهای نسخه دار Medicare بخش B

این داروها تحت پوشش Medicare بخش B می باشند. Health Net Cal MediConnect هزینه داروهای زیر را پرداخت خواهد کرد:

- داروهایی که معمولاً خودتان مصرف نمی کنید و وقتی خدمات پزشک، سرپایی در بیمارستان یا مرکز جراحی سرپایی را دریافت می کنید به شما تزریق یا درون ریزی می شود.
- داروهایی که با استفاده از وسایل با دوام پزشکی (از قبیل افشانه پراکن) مصرف می کنید که به تأیید برنامه درمانی رسیده است
- عوامل لخته خون که به خودتان تزریق می کنید در صورتیکه مبتلا به هموفیلی باشید
- داروهای سرکوب کننده سیستم ایمنی، اگر در هنگام پیوند اندام در Medicare بخش A عضو باشید.
- داروهای تزریقی پوکی استخوان. هزینه این داروها در صورتی پرداخت می شود که زمین گیر باشید، شکستگی استخوان داشته باشید که پزشک تأیید کند مربوط به پوکی استخوان بعد از یائسگی می شود و نمی توانید دارو را خودتان تزریق کنید.
- پادگن ها
- برخی داروی ضد سرطان خوراکی و داروهای ضد تهوع
- داروهای خاص برای دیالیز خانگی، شامل heparin، پادزهر برای heparin (هنگامی که ضرورت پزشکی دارد)، داروهای بیهوش کننده موضعی و عوامل تحریک اریتروپوئیزیس (از قبیل Epogen®، Procrit®، Aranesp® یا Darbepoetin Alfa)
- گلوبولین ایمنی درون رگی برای مداوای خانگی بیماری های نارسایی ایمنی اولیه .

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

← **فصل 5** مزایای داروی نسخه دار بیماران سرپایی را توصیف می‌کند. این فصل مقرراتی که باید برای پوشش داروهای نسخه‌دار پیروی کنید را توصیف می‌کند.

← **فصل 6** هزینه‌ای را که برای داروهای نسخه‌دار بیماران سرپایی خود از طریق برنامه درمانی ما پرداخت می‌کنید توصیف می‌کند.

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

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)

MSSP یک برنامه مدیریت پرونده می باشد که خدمات برپایه خانه و جامعه محلی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط Medi-Cal می گذارد.

برای واجد شرایط بودن باید 65 سال به بالا سن داشته باشید، در محدوده منطقه خدماتی مرکز درمانی زندگی کنید، بتوانید با توجه به محدودیت‌های مربوط به هزینه MSSP خدمات دریافت کنید، برای خدمات مدیریت پرونده واجد شرایط باشید، در حال حاضر برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و برای اقامت در آسایشگاه جواز دریافت کرده یا بتوانید جواز دریافت کنید.

خدمات MSSP شامل این مواردند:

- مرکز مراقبت روزانه / حمایت از بزرگسالان
- کمک مسکونی
- کمک در انجام وظایف روزمره و مراقبت شخصی
- نظارت حمایت کننده
- مدیریت مراقبتی
- استراحت
- حمل و نقل
- خدمات غذایی
- خدمات اجتماعی
- خدمات ارتباطاتی

این مزایا تا حداکثر \$4,285 در سال تحت پوشش هستند.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد**حمل نقل پزشکی در مواقع غیراضطراری**

این مزایا اجازه حمل و نقلی را می دهد که بیشتر مقرون به صرفه و قابل دسترسی باشد. شامل این موارد: خدمات حمل و نقل پزشکی با آمبولانس، ون برانکارد یا ون دارای صندلی چرخدار.

زمانی این نوع حمل و نقل اجازه داده می شود که:

- برای دریافت خدمات پزشکی تحت پوشش لازم بوده و منوط به نسخه کتبی پزشک، دندانپزشک یا پاپزشک می باشد و وضعیت پزشکی و/یا جسمانی شما امکان مسافرت با اتوبوس، ماشین سواری، تاکسی یا روش دیگر حمل و نقل عمومی یا خصوصی را نمی دهد، و

- برای منظورات دریافت مراقبت پزشکی لازم نیاز به حمل و نقل وجود دارد.

بسته به خدمات ممکن است نیاز به اجازه قبلی باشد.

برای درخواست خدمات حمل و نقل فوق الذکر، با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. درخواست حمل و نقل برای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری و حمل و نقل غیرپزشکی بایستی هفت روز کاری از قبل تسلیم شود.

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

LogistiCare گرفتن نسخه (فرم بیانیه گواهی پزشک) را از ارائه کننده شما تسریع می بخشد.

حمل و نقل غیرپزشکی

این مزایا اجازه حمل و نقل به مراکز خدمات پزشکی با خودروی سواری، تاکسی یا سایر وسایل حمل و نقل عمومی/شخصی را می دهد به این شرط که تایید کنید سایر منابع در دسترس نیستند.

شما به سفرهای رفت و برگشت نامحدود دسترسی خواهید داشت. بسته به نوع خدمات، ممکن است به مجوز قبلی نیاز داشته باشید.

این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیراضطراری شما نمی شود.

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

برای درخواست خدمات حمل و نقل فوق الذکر، با خدمات اعضای Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

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

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

LogistiCare گرفتن نسخه (فرم بیانیه گواهی پزشک) را از ارائه کننده شما تسریع می بخشد.

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت در مرکز پرستاری

مرکز پرستاری (NF) محلی می‌باشد که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می‌کند که نمی‌توانند با ایمنی در خانه زندگی کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

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

- اتاق نیمه‌خصوصی (یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی داشته باشد)
- خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص
- خدمات پرستاری
- ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی
- داروهای که به عنوان بخشی از برنامه درمانی به شما داده می‌شود. (این داروها شامل موادی می‌شوند که به طور طبیعی در بدن وجود دارند، از قبیل عوامل لخته‌کننده خون.)
- خون، شامل ذخیره و توزیع
- لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً در مراکز پرستاری داده می‌شوند
- تست های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- استفاده از وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می‌شوند
- خدمات پزشک/کارور پزشکی
- وسیله پزشکی بادوام
- خدمات دندانپزشکی شامل دندان مصنوعی
- طب سوزنی
- مزایای بینایی
- سمعک
- معاینات شنوایی
- مراقبت کایروپراکتیک
- خدمات پاپزشکی

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

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

- آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که درست قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می‌کردید (تا زمانیکه مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند).
 - مرکز پرستاری که همسر شما در وقتی بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند.
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
- اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

معاینه تشخیص و درمان چاقی برای وزن کم کردن

اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره برای کمک در وزن کم کردن شما را خواهیم پرداخت. شما باید این مشاوره را در یک مرکز مراقبت های درمانی اصلی دریافت کنید. بدین ترتیب، می‌توان آنرا با برنامه پیشگیری کامل شما مدیریت کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر با ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود صحبت کنید.

آزمایشات تشخیص و خدمات و لوازم درمانی بیماران سرپایی

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

- اشعه ایکس
 - پرتو درمانی (رادیوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم فنی
 - لوازم جراحی از قبیل پانسمان
 - تخته شکسته بندی، گچ گیری و سایر وسایل استفاده شده برای شکستگی و در رفتگی
 - تست های آزمایشگاهی
 - خون، شامل ذخیره و توزیع
 - سایر آزمایشات تشخیص بیماری سرپایی (شامل آزمایشات پیچیده از قبیل CT، MRI، MRA، SPECT)
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات بیمارستانی بیماران سرپایی

ما هزینه خدمات ضروری پزشکی که در بخش بیماران سرپایی بیمارستان برای تشخیص یا مداوای بیماری یا جراحی دریافت می‌کنید را می‌پردازیم.

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

- خدمات در بخش اضطراری یا درمانگاه بیماران سرپایی از قبیل خدمات نظارتی یا جراحی بیماران سرپایی.
- صورتحساب بیمارستان برای آزمایشگاه و آزمایش های تشخیصی
- مراقبت بهداشت روانی شامل مراقبت در برنامه نیمه بستری در صورتیکه پزشک تأیید کند که مداوا به صورت بیمار بستری بدون آن لازم خواهد بود.
- صورتحساب بیمارستان برای پرتوبرداری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی
- لوازم پزشکی از قبیل تخته شکسته بندی و گچ گیری
- معاینات تشخیصی و خدمات پیشگیرانه در جدول مزایا فهرست شده‌اند
- برخی داروهایی که نمی‌توانید به خودتان بدهید.

شما باید با یک ارائه‌کننده صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت بهداشت روانی به صورت سرپایی

ما هزینه خدمات بهداشت روانی ارائه شده توسط مراکز زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- روانپزشک یا پزشکی که جواز ایالتی دارد
- روانشناس بالینی
- مددکار اجتماعی بالینی
- متخصص پرستاری بالینی
- پرستار مجاز
- دستیار پزشک
- هر متخصص مراقبت بهداشت روانی مجاز دیگری که تحت قوانین ایالتی مربوطه مجوز دریافت کرده باشد.

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

- خدمات درمانگاه
 - مداوا در طول روز
 - خدمات توانبخشی روان شناسی
 - بستری شدن ناکامل/برنامه های ویژه بیماران سرپایی
 - ارزیابی و مداوای بهداشت روانی به طور فردی و گروهی
 - آزمایش روان شناسی وقتی برای ارزیابی نتیجه بهداشت روانی بالینی ایجاب نماید
 - خدمات بیماران سرپایی برای منظورات نظارت بر درمان دارویی
 - آزمایشگاه، دارو، لوازم و مکمل های بیماران سرپایی
 - مشاوره روانپزشکی
- اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد
<p align="center">خدمات توانبخشی بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه ورزش درمانی، شغل درمانی و گفتار درمانی را پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>شما می‌توانید خدمات توانبخشی بیماران سرپایی را از بخش‌های بیماران سرپایی بیمارستان، مطب درمانگران مستقل، مراکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) و سایر مراکز دریافت کنید.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
<p align="center">خدمات اعتیاد بیماران سرپایی</p> <p>ما هزینه خدمات زیر و احتمالاً خدمات دیگری که در اینجا ذکر نشده اند را پرداخت خواهیم کرد:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ معاینه تشخیص و مشاوره اعتیاد به الکل ▪ مداوای سوء استفاده دارویی ▪ مشاوره توسط درمانگر واجد شرایط به صورت فردی یا گروهی ▪ سم زدایی نیمه حاد در برنامه اعتیاد مسکونی ▪ خدمات مربوط به الکل و/یا مواد در مرکز درمانی ویژه بیماران سرپایی ▪ مداوا به صورت پیوسته رهش با Naltrexone (vivitrol) <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
<p align="center">جراحی سرپایی</p> <p>ما هزینه جراحی و خدمات بیماران سرپایی را در مراکز بیماران سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی پرداخت خواهیم کرد.</p> <p>شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>
<p align="center">خدمات بستری شدن ناکامل</p> <p>بستری شدن ناکامل یک برنامه ساختاریافته مداوای روانپزشکی فعال است. این برنامه به عنوان خدمات بیماران سرپایی بیمارستان یا توسط مرکز بهداشت روانی جامعه محلی عرضه می‌شود. محتوای این برنامه از مراقبتی که در مطب پزشک یا روانپزشک خود دریافت می‌کنید عمق بیشتری دارد. این برنامه می‌تواند به شما کمک کند تا لازم نباشد در بیمارستان بستری شوید.</p> <p>توجه: چون مراکز بهداشت روانی جامعه محلی در شبکه ما وجود ندارند، ما تنها بستری شدن ناکامل در بیمارستان را در وضعیت بیماران سرپایی بیمارستان پوشش می‌دهیم.</p> <p>اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات پزشکی/ارائه کننده شامل ویزیت های مطب پزشک

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- خدمات مراقبت درمانی یا جراحی که ضرورت پزشکی داشته و در محل هایی از این قبیل ارائه می شوند:
 - « مطب پزشک
 - « مرکز جراحی سرپایی مجاز
 - « بخش بیماران سرپایی بیمارستان
 - مشاوره، تشخیص و مداوا توسط متخصص
 - معاینات شنوایی و توازن پایه که توسط ارائه کننده مراقبتهای درمانی اصلی شما ارائه می شوند، در صورتی که پزشک شما آن را برای ارزیابی نیاز به مداوا تجویز کرده باشد
 - نظر ثانوی توسط ارائه کننده ثانوی در شبکه قبل از انجام روال پزشکی
 - مراقبت دندانپزشکی غیرمتداول خدمات تحت پوشش به موارد زیر محدود می شوند:
 - « جراحی آرواره یا ساختارهای مربوطه
 - « جا انداختن شکستگی آرواره یا استخوان های صورت
 - « کشیدن دندان قبل از پرتودرمانی سرطان نئوپلاستیک
 - « خدمات تحت پوشش در صورتیکه توسط پزشک ارائه شوند
- شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و برای رفتن نزد متخصص ارجاع دریافت کنید.
 اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

خدمات پاپزشکی

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

- تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی مصدومیت و بیماری پا (از قبیل انگشت چکشی یا خار پاشنه پا)
 - مراقبت متداول از پا برای اعضای مبتلا به عوارضی که بر روی پا تأثیر میگذارند، از قبیل مرض قند
- مراقبت تکمیلی متداول از پا محدود به 12 ویزیت در سال که شامل برداشتن میخچه و پینه، و کوتاه کردن ناخن میشود
 شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

معاینات تشخیص سرطان پروستات

برای مردان به سن 50 سال به بالا، ما هزینه خدمات زیر را برای یکبار در هر 12 ماه پرداخت خواهیم کرد:

- معاینه انگشتی راست روده
 - آزمایش پادگن ویژه پروستات (PSA)
- شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

پروتز و لوازم مربوطه

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

- کیسه کولوستومی و لوازم مربوط به مراقبت از کولوستومی
- ضربان ساز
- ساپورت
- کفش پروتزی
- بازو و پای مصنوعی
- پروتز سینه (شامل سینه بند بعد از جراحی پستان برداری)
- کرم و پوشک بی اختیاری ادرار و مدفوع

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

ما برخی هزینه‌ها را بعد از برداشت آب مروارید یا جراحی آب مروارید پوشش می‌دهیم. برای جزئیات به «مراقبت بینایی» در این بخش مراجعه کنید.

شما باید با ارائه‌کننده خود صحبت کرده و برای کرم و پوشک بی اختیاری ادرار و مدفوع ارجاع دریافت کنید.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

خدمات توانبخشی ریوی

ما هزینه برنامه‌های توانبخشی ریوی را برای اعضای پرداخت خواهیم کرد که مبتلا به بیماری مزمن انسداد ریوی (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) ملایم تا بسیار شدید هستند. شما باید یک ارجاع برای توانبخشی ریوی از سوی پزشک یا ارائه‌کننده معالج COPD داشته باشید.

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

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

معاینه تشخیصی و مشاوره برای عفونت‌های منتقله آمیزشی (STI)

ما هزینه معاینه تشخیص کلامیدیا، سوزاک، سفلیس و هپاتیت B را پرداخت خواهیم کرد. این معاینات تشخیصی برای زنان باردار و برخی اشخاصی که در معرض افزایش خطر STI قرار دارند تحت پوشش می‌باشند. ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی باید سفارش آزمایشات را بدهد. ما هزینه این آزمایشات را هر 12 ماه یا در زمان‌های خاص در طول بارداری پوشش می‌دهیم.

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.

خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی (SNF)

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

- اتاق نیمه خصوصی یا اتاق خصوصی اگر ضرورت پزشکی دارد
 - خوراک شامل رژیم غذایی مخصوص
 - خدمات پرستاری
 - ورزش درمانی، درمان شغلی و گفتاردرمانی
 - داروهایی که به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی خود دریافت می کنید، شامل موادی که به طور طبیعی در بدن وجود دارند از قبیل عوامل لختگی خون
 - خون، شامل ذخیره و توزیع
 - لوازم پزشکی و جراحی که در مراکز پرستاری داده می شوند
 - تست های آزمایشگاهی که توسط مراکز پرستاری ارائه می شوند
 - پرتونگاری اشعه ایکس و سایر خدمات رادیولوژی که در مراکز پرستاری ارائه می شوند
 - وسائلی از قبیل صندلی چرخدار که معمولاً در مراکز پرستاری ارائه می شوند
 - خدمات پزشک/ارائه کننده
- شما معمولاً مراقبت خود را از مراکز داخل شبکه دریافت می کنید. ولی ممکن است بتوانید مراقبت خود را از مرکزی دریافت کنید که در شبکه ما نمی باشد. شما می توانید مراقبت را در صورتی در محل های زیر دریافت کنید که آنها مبالغی که برنامه ما پرداخت می کند را قبول کنند.
- آسایشگاه یا جامعه مراقبت ادامه دار بازنشستگی که قبل از رفتن به بیمارستان در آنجا زندگی می کردید (تا زمانیکه مراقبت مرکز پرستاری را ارائه کند)
 - مرکز پرستاری که همسر شما در وقتی بیمارستان را ترک می کنید در آنجا زندگی می کند
- شما باید با ارائه کننده خود صحبت کرده و ارجاع دریافت کنید.
- اجازه قبلی (اجازه از قبل) به غیر از موارد اضطراری ممکن است برای پوشش لازم باشد.

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

مراقبت های فوری

مراقبت های فوری برای مداوای موارد زیر است:

- مورد غیر اضطراری که به مراقبت درمانی فوری نیاز دارد، یا
- بیماری ناگهانی پزشکی، یا
- مصدومیت، یا
- عارضه ای که فوراً به مراقبت نیاز دارد.

اگر به مراقبت فوری نیاز دارید، باید ابتدا آنرا از یک ارائه کننده داخل شبکه دریافت کنید. ولی می توانید هنگامی از ارائه کنندگان خارج از شبکه استفاده کنید که نمی توانید به ارائه کننده داخل شبکه دسترسی پیدا کنید.

مراقبت مورد نیاز فوری که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می شوند ممکن است تحت مزایای پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان به عنوان مورد اضطراری به حساب بیایند. برای کسب اطلاعات بیشتر، به «پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان» به جدول مزایای زیر مراجعه کنید.

مراقبت های بینایی

ما هزینه خدمات زیر را پرداخت خواهیم کرد:

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

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

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

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

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

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

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



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

وسيله ضعف بينايي شامل:

- وسائل ضعف بينايي دستي و ساير وسائل سوار شده بر روی غيرعينک
- وسائل ضعف بينايي لنزهای منفرد سوار شده روی عينک
- سيستم تلسکوپي و ساير لنزهای ترکیبی شامل سيستم تلسکوپي دید دور، تلسکوپي دید نزدیک و لنزهای ترکیبی

خدمات پزشکی چشم:

باید با ارائه‌کننده خود مشورت کرده و برای معاینات بینایی تحت پوشش *Medicare* ارجاع دریافت کنید.

خدمات پزشکی چشم توسط PCP شما ارائه شده یا ترتیب داده می‌شود. ما هزینه خدمات پزشک بیماران سرپایی را برای تشخیص و مداوای بیماری و مصدومیت چشمی پرداخت خواهیم کرد. برای مثال، این شامل معاینات بینایی برای رتینوپاتی دیابتی افرادی که دیابت دارند و درمان دژنراسیون وابسته به سن ماکولا می‌شود.

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

- اشخاصی که تاریخچه خانوادگی آب سیاه دارند
- اشخاصی که مرض قند دارند
- آمریکایی های آفریقایی تبار به سن 50 سال به بالا
- آمریکایی های هیسپانیک تبار به سن 65 سال به بالا

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

چطور از مزایای خود استفاده کنید

این برنامه درمانی یک معاینه چشم عادی سالیانه و عینک را در هر 24 ماه پوشش می‌شود. شما معاینه بینایی عادی سالانه (برای تشخیص نیاز به عینک تصحیح‌کننده) و هرگونه عینک مربوطه را از طریق ارائه‌کننده خدمات بینایی شرکت‌کننده و نه گروه پزشکی خود دریافت خواهید کرد

ترتیب معاینه بینایی عادی سالانه خود را با یک ارائه‌کننده خدمات بینایی شرکت‌کننده بدهید. برای دریافت آدرس یک ارائه‌کننده خدمات بینایی شرکت‌کننده، با خدمات اعضا Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. یا می‌توانید به صورت آنلاین در www.healthnet.com/calmediconnect برای آن جستجو کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



خدماتی که برنامه ما هزینه آنها را می پردازد

شما می‌توانید عینک را از ارائه‌کننده‌ای که معاینه شما را انجام داد یا از فهرستی از ارائه‌کنندگان عینک شرکت‌کننده در منطقه خدماتی خود خریداری کنید. عینک ارائه‌شده توسط ارائه‌کنندگان غیر از ارائه‌کنندگان شرکت‌کننده تحت پوشش نمی‌باشند. برای دریافت آدرس یک ارائه‌کننده عینک شرکت‌کننده، با خدمات اعضا Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. یا می‌توانید به صورت آنلاین در www.healthnet.com/calmediconnect برای آن جستجو کنید.

شما برای پرداخت هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند مسئول خواهید بود، از قبیل هرگونه مبلغی بیش از سهمیه عینک شما یا گزینه‌های لنزهای تزئینی از قبیل پوشش‌های ضد خراش، لنزهای تدریجی، دودی و غیره. مبلغی که برای این خدمات پوشش داده‌نشده پرداخت می‌کنید مستقیماً به ارائه‌کننده عینک شرکت‌کننده شما پرداخت خواهد شد.

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

برای فهرستی از استثنای بینایی عادی و عینک لطفأً به بخش F در این فصل مراجعه کنید.

ویزیت پیشگیری "به Medicare خوش آمدید"

ما هزینه یکبار ویزیت پیشگیری "به Medicare خوش آمدید" را پوشش می‌دهیم. این ویزیت شامل موارد زیر می‌شود:

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

مهم: ما تنها در طول 12 ماه اولی که شما Medicare بخش B دارید هزینه ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می‌دهیم. وقتی وقت ویزیت می‌گذارید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیری «به Medicare خوش آمدید» وقت بگیرید.

پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان

پوشش اضطراری یا فوری در سراسر جهان به صورت مراقبت فوری، اضطراری و پس از تثبیت که خارج از ایالات متحده آمریکا دریافت می‌شود.¹

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

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

¹منظور از آمریکا، 50 ایالت، منطقه کلمبیا، پورتوریکو، جزایر ویرجین، گوام، جزائر ماریانای شمالی و ساموای آمریکایی است.

اگر سوالی دارید، لطفأً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



E. مزایای تحت پوشش خارج از Health Net Cal MediConnect

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

برنامه انتقال به اجتماع کالیفرنیا (CCT)

برنامه انتقال به اجتماع کالیفرنیا (CCT) از سازمان‌های Lead محلی استفاده می‌کند تا به ذینفعان Medi-Cal واجد شرایطی که به مدت حداقل 90 روز متمادی در بیمارستانی بستری یا در مرکزی زندگی کرده‌اند کمک کند به اجتماع بازگردند و به صورت ایمن در محیط اجتماع بمانند. برنامه CCT هزینه‌ی خدمات هماهنگ کردن انتقال را در دوره پیش از انتقال و تا 365 روز بعد از انتقال می‌پردازد تا به ذینفعان برای بازگشت به محیط اجتماع کمک شود.

می‌توانید خدمات هماهنگ کردن انتقال را از هر سازمان CCT Lead که در کانتی شما خدمت می‌کند دریافت کنید. می‌توانید فهرستی از سازمان‌های CCT Lead و کانتی‌های که در آن خدمات ارائه می‌دهند را در وبسایت اداره خدمات مراقبت درمانی به آدرس زیر پیدا کنید:
www.medi-cal.ca.gov

برای خدمات هماهنگ کردن انتقال CCT:

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

برای خدماتی که به انتقال CCT شما مربوط نیستند:

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

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

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

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

توجه: اگر به مراقبت غیر از CCT نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. مراقبت غیر CCT مراقبتی است که به انتقال شما از یک سازمان یا مرکز مربوط نمی‌شود. برای ارتباط با هماهنگ‌کننده مراقبت خود لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

برنامه دندانپزشکی Medi-Cal

خدمات دندانپزشکی مشخصی از طریق برنامه دندانپزشکی Medi-Cal قابل دریافت هستند. خدمات شامل موارد زیر می‌باشند:

- معاینات اولیه، تمیز کردن‌های معمولی و عمیق (جرم‌گیری سطحی و عمیق)
- پرتونگاری (اشعه ایکس)/تصویربرداری، پیشگیری و درمان‌های فلورایدی
- ترمیم آمالگامی و کامپوزیتی (پر کردن حفره دندان)
- روکش‌های آماده‌شده در آزمایشگاه و روکش‌های پیش‌ساخته از جنس فلز ضدزنگ، رزین و با پوشش رزین
- عصب‌کشی دندان‌های پیشین (جلو) و پسین (عقب)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- دندان‌های مصنوعی کامل و جزئی، از جمله پروتز فوری
- میزان‌سازی، تعمیر و هم‌دیف‌سازی دندان‌های مصنوعی کامل

مزایای دندانپزشکی در سیستم ارائه «هزینه در برابر خدمات»، به نام Denti-Cal، قابل دسترسی میباشند. برای کسب اطلاعات بیشتر یا اگر برای پیدا کردن دندانپزشکی که بیمه Denti-Cal را می‌پذیرد، لطفاً به خدمات مشتریان دینفک Denti-Cal به شماره 1-800-322-6384 (شماره 1-800-735-2922 برای کاربران TTY) تماس حاصل فرمایید. این تماس رایگان است. نمایندگان برنامه دندانپزشکی Medi-Cal از 8:00 صبح تا 5:00 شب و دوشنبه تا جمعه برای کمک به شما در دسترس می‌باشند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر به وبسایت Denti-Cal به آدرس <http://www.denti-cal-ca.gov> مراجعه کنید.

اگر در کانتی ساکرامنتو یا لس آنجلس زندگی می‌کنید، مزایای دندانپزشکی از طریق برنامه مراقبت‌های دندانپزشکی مدیریت‌شده نیز در دسترس هستند. اگر درباره برنامه‌های دندانپزشکی اطلاعات بیشتری می‌خواهید یا برای تشخیص برنامه دندانپزشکی خود به راهنمایی نیاز دارید، یا می‌خواهید برنامه دندانپزشکی خود را تغییر دهید، لطفاً با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 (شماره 1-800-430-7077 برای کاربران TTY/TDD) دوشنبه تا جمعه، از 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر تماس حاصل فرمایید. این تماس رایگان است.

مراقبت در آسایشگاه

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

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

برای خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ و خدمات تحت پوشش بخش A یا B که مربوط به پیش‌بینی علاج بودن بیماری شما می‌شود:

- ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به مرگ هزینه خدمات شما را از Medicare مطالبه خواهد کرد. Medicare هزینه خدمات آسایشگاه بیماران رو به مرگ مربوط به علاج بودن بیماری شما را پرداخت خواهد کرد. شما هزینه ای را برای این خدمات پرداخت نمی‌کنید.

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

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

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

- داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه درمانی ما نمی‌باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 5 مراجعه کنید.

توجه: اگر به مراقبت غیر قبل از مرگ نیاز دارید، باید با هماهنگ‌کننده مراقبت خود تماس بگیرید تا ترتیب این خدمات داده شود. مراقبت غیر قبل از مرگ مراقبتی است که به پیش‌بینی علاج بودن بیماری شما مربوط نمی‌شود. برای ارتباط با هماهنگ‌کننده مراقبت خود لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

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

فهرست زیر برخی خدمات و اقلامی را توصیف می کند که تحت هیچگونه شرایطی پوشش نمی دهیم و برخی موارد که صرفاً در برخی موارد پوشش داده نمی شوند.

ما هزینه مزایای پزشکی مستثنی که در این بخش (یا هر جای دیگر در این دفترچه اطلاعاتی اعضا) ذکر شده اند را پرداخت نخواهیم کرد، مگر تحت شرایط خاصی که ذکر شده است. اگر فکر می کنید که باید هزینه خدماتی که تحت پوشش نیستند را پرداخت کنیم، می توانید اقامه استیناف کنید. برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف، به فصل 9 مراجعه کنید.

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

- خدماتی که براساس معیارهای Medicare و Medi-Cal "غیرمنطقی یا غیرضروری از لحاظ پزشکی" محسوب شوند، مگر اینکه این خدمات به عنوان خدمات تحت پوشش توسط برنامه درمانی ما قید شده باشند.
- مداوای پزشکی و جراحی، اقلام و داروهای تجربی، مگر اینکه توسط Medicare یا تحت پژوهش تحقیقات بالینی مجاز Medicare یا توسط برنامه درمانی ما تحت پوشش باشند. برای کسب اطلاعات در مورد پژوهش های تحقیقاتی بالینی به فصل 3، صفحه 54 مراجعه کنید. مداوا و اقلام تجربی معمولاً مورد پذیرش جامعه پزشکی نیستند.
- مداوای جراحی برای چاقی ناسالم، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته باشد و Medicare هزینه آنرا پرداخت کند.
- اتاق خصوصی در بیمارستان به غیر از وقتی ضرورت پزشکی داشته باشد.
- پرستار شخصی
- اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز پرستاری، از قبیل تلفن یا تلویزیون
- مراقبت پرستاری تمام وقت در منزل شما
- هزینه های اخذ شده از بستگان نزدیک شما یا اعضای خانوارتان.
- روال ها یا خدمات بهسازی انتخابی یا داوطلبانه (شامل وزن کم کردن، رشد مو، کارایی جنسی، کارایی ورزشی، منظورات زیباییسازی، ضدپیری و کارایی فکری)، مگر ضرورت پزشکی داشته باشند.
- جراحی زیباییسازی یا روش زیباییسازی دیگر، مگر اینکه به خاطر مصدومیت تصادفی یا برای بهبود بخشی از بدن که به شکل و ریخت صحیح نیست لازم باشد. ولی ما هزینه بازسازی سینه را بعد از جراحی پستان برداری و برای ترمیم سینه دیگر تا با آن یکسان باشد پرداخت خواهیم کرد.
- مراقبت کایروپراکتیک، به جز دستکاری ستون فقرات سازگار با رهنمودهای پوشش.
- کفش ارتوپدی، مگر اینکه کفش بخشی از ساپورت پا بوده و در هزینه ساپورت منظور شده باشد یا کفش هایی که برای اشخاص مبتلا به مرض قند پا می باشند.
- وسایل حمایت کننده پاهای، به غیر از کفش های ارتوپدی یا طبی برای اشخاصی که به بیماری پای دیابتی مبتلا هستند.
- معکوس سازی روال های عقیم سازی و لوازم جلوگیری از بارداری تجویز نشده.
- خدمات متخصص طبیعی درمانی (استفاده از درمان های طبیعی یا متفاوت)
- خدمات ارائه شده به سربازان بازنشسته در مراکز امور سربازان بازنشسته (Veterans Affairs, VA) ولی وقتی یک سرباز بازنشسته خدمات اضطراری را در بیمارستان VA دریافت می کند و سهمیه شدن در هزینه VA بیش از سهمیه شدن در هزینه برنامه ماست، مابه التفاوت را به سرباز بازنشسته بازپرداخت خواهیم کرد. شما هنوز برای مبلغ سهمیه شدن در هزینه خودتان مسئول هستید.
- آزمایش و درمانی که دادگاه حکم کرده باشد، به غیر از مواردی که ضرورت پزشکی داشته و در محدوده ویزیت های اجازه داده شده تحت قرارداد برنامه درمانی باشند.

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



- درمان در مرکز مداوای مسکونی. این مزایا ممکن است تحت مزایای بهداشت روانی تخصصی کانتی موجود باشند.
- خدمات تابع از قبیل: خدمات توانبخشی حرفه ای و سایر خدمات توانبخشی (این مزایا ممکن است تحت مزایای بهداشت روانی تخصصی کانتی موجود باشند) و خدمات تغذیه.
- آزمایش روانشناسی و آزمایش روانشناسی عصب‌شناختی، به غیر از موارد انجام شده به دست یک روانشناس مجاز برای کمک در برنامه‌ریزی درمانی شامل مدیریت دارویی یا روشن‌سازی تشخیص بیماری و مخصوصاً به استثنای همه آزمایشات آموزشی، تحصیلی و پیشرفت، آزمایش روانشناسی مربوط به عوارض پزشکی یا برای تشخیص آمادگی جراحی و گزارشات خودکار برپایه کامپیوتر.
- آسیب وارد شده به بیمارستان یا مرکز درمانی توسط شما.
- درمان برای بیوفیدبک یا هیپنودرمانی.
- تحریک مغناطیسی مغز (TMS).
- V کدها به طوریکه در DSM 5 ذکر شده است.
- خدماتی که Health Net تجربی یا تحقیقاتی محسوب می‌کند.
- خدماتی که خارج از محل مسکونی اصلی خود دریافت می‌کنید، به غیر از موارد خدمات اضطراری و مواردی که Health Net به صورت دیگری مجاز دانسته است.
- درمان با شوک برقی (ECT)، به غیر از مواردی که Health Net اجازه داده باشد.
- مراقبت‌های معمول از دندان، مانند تمیز کردن، پر کردن و یا پروتز. با این حال، برخی از خدمات دندانپزشکی اعم از پروتز توسط برنامه Denti-Cal ایالت ارائه خواهد شد.
- برای کسب اطلاعات بیشتر، به «خدمات دندانپزشکی» در جدول مزایا مراجعه کنید.

استثنای چشم پزشکی عادی و عینک تحت پوشش غیر Medicare:

- کراتوتومی شعاعی، جراحی LASIK و بینایی درمانی. برای کسب اطلاعات در مورد تخفیفات مربوط به روال‌های LASIK با برنامه درمانی تماس بگیرید.
- ارتوپتیک و کارآموزی بینایی و هرگونه آزمایش تکمیلی مربوطه.
- اصلاح نزدیک بینی توسط لنز (CRT).
- ارتوکرآتولوژی (روالی که با استفاده از لنزهای تماسی شکل قرنیه را تغییر می‌دهد تا نزدیک بینی کاهش پیدا کند).
- جاسازی مجدد لنزهای تماسی بعد از دوره جاسازی اولیه (90 روز).
- لنزهای بدون توان، لنزهای تماسی بدون توان (لنزهایی که تصحیح انکساری کمتر از 50 + دیوپتر دارند).
- دو عدد عینک در عوض دو کانونی.
- عینک‌های طبی و عینک‌های آفتابی غیرنسخه‌ای
- پوشش‌های لنز
- جایگزینی لنزها و قاب‌های ارائه‌شده تحت این برنامه درمانی که مفقود یا شکسته شده‌اند به غیر از فواصل زمانی عادی هنگامی که خدمات در غیر اینصورت موجود باشد.
- درمان پزشکی یا جراحی چشم (برای درمان‌های جراحی تحت پوشش، لطفاً به جدول مزایا که قبلاً در این فصل ارائه شده مراجعه کنید).
- درمان تصحیح بینایی که ماهیت تجربی دارد.
- لنزهای تماسی بدون توان برای تغییر تزیینی رنگ چشم.
- هزینه‌های خدمات و/یا موادی که از سهمیه مزایای برنامه درمانی تجاوز می‌کنند.
- لنزهای تماسی که به صورت هنری رنگ آمیزی شده باشند.
- تغییر، جلا دادن یا تمیز کردن لنزهای تماسی.
- ویزیت‌های اضافی در مطب که مربوط به پاتولوژی لنزهای تماسی می‌شوند.
- بیمه نامه لنزهای تماسی یا موافقت نامه‌های خدماتی.
- خدمات یا لوازم مربوط به بینایی که توسط ارائه‌کننده‌ای به غیر از یک ارائه‌کننده شرکت‌کننده ارائه شوند.
- داروهای نسخه دار بیماران سرپایی یا داروهای بدون نسخه که تحت پوشش مزایای مراقبت بینایی شما نمی‌باشند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروهای نسخه دار بیماران سرپایی تحت مزایای پزشکی یا داروهای نسخه دار شما لطفاً به جدول مزایا که قبلاً در این فصل یا فصل‌های 5 و 6 ارائه شد مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- وسایل کمک بینایی (به غیر از عینک یا لنزهای تماسی) یا کمک بینایی ضعیف مطابق با جدول مزایایی که در اول این فصل نام برده شد.
- عینک تصحیح کننده لازم از سوی یک کارفرما به عنوان شرطی برای استخدام و عینک ایمنی، مگر اینکه صریحاً تحت پوشش برنامه درمانی باشد.
- خدمات یا مواد بینایی ارائه شده توسط برنامه مزایای گروهی دیگر که مراقبت بینایی ارائه می‌کند.
- خدمات بینایی ارائه شده پس از خاتمه پوشش شما، به استثنای هنگامی که مواد سفارش داده شده قبل از خاتمه پوشش تحویل داده شد و خدمات ارائه شده به شما در محدود 31 روز از تاریخ چنین سفارشی باشد.
- خدمات بینایی ارائه شده در نتیجه هرگونه قانون پوشش خسارت پرداختی به کارمندان یا لایحه مشابه یا مورد نیاز هرگونه سازمان یا برنامه دولتی فدرال، ایالتی یا زیر مجموعه آنها.
- خدمات و یا مواد بینایی که در این دفترچه اطلاعاتی اعضا قید نشده باشند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 5: دریافت داروهای نسخه‌دار بیماران سرپایی شما از طریق برنامه درمانی ما

فهرست مندرجات

88	مقدمه
88	مقررات داروهای تحت پوشش برنامه درمانی برای بیماران سرپایی
88	A. پیچیدن نسخه شما
88	نسخه خود را در یک داروخانه شبکه بپیچید
89	کارت شناسایی برنامه درمانی خود را در هنگام پیچیدن نسخه نشان دهید
89	اگر می‌خواهید داروخانه شبکه خود را به داروخانه دیگری تغییر دهید چطور؟
89	اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه را ترک کند چطور؟
89	اگر به داروخانه تخصصی نیاز دارید چطور؟
90	آیا می‌توانید از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود استفاده کنید؟
90	آیا می‌توانید برای داروها ذخیره بلندمدت دریافت کنید؟
91	آیا می‌توانید از داروخانه‌ای استفاده کنید که در شبکه برنامه درمانی نیست؟
91	اگر هزینه یک نسخه را پرداخت کنید آیا برنامه درمانی آنرا بازپرداخت خواهد کرد؟
91	B. فهرست دارویی برنامه درمانی
91	فهرست دارویی حاوی چیست؟
92	چطور می‌توانید بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی وجود دارد؟
92	فهرست دارویی حاوی چه اقلامی نیست؟
93	ردیف‌های سهم‌شده در هزینه چیست؟
93	C. محدودیت‌های پوشش برای برخی داروها
93	چرا برخی داروها محدودیت دارند؟
93	چه نوع مقرراتی وجود دارد؟
94	آیا هیچکدام از این مقررات به داروهای شما مربوط می‌شوند؟

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد.....** 94.....
- می‌توانید یک ذخیره موقت دریافت کنید. 94.....
- E. تغییرات در پوشش داروهای شما.....** 96.....
- F. پوشش دارویی در موارد ویژه.....** 97.....
- اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی اقامت دارید که تحت پوشش برنامه درمانی ماست..... 97.....
- اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید..... 97.....
- اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت داشته و عضو جدیدی در برنامه درمانی شوید..... 97.....
- اگر در یک برنامه آسایشگاه بیماران رو به مرگ مورد تأیید Medicare هستید..... 98.....
- G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها.....** 98.....
- برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها..... 98.....
- برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در مدیریت داروهای خود..... 98.....

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مقدمه

این فصل مقررات دریافت داروهای نسخه‌دار بیماران سرپایی شما را توصیف می‌کند. اینگونه داروها را ارائه‌کننده شما تجویز می‌کند تا از داروخانه یا توسط سفارش پستی دریافت کنید. این داروها شامل داروهای تحت پوشش Medicare بخش D و Medi-Cal می‌شوند. فصل 6 به شما می‌گوید برای این داروها چقدر پرداخت می‌کنید.

Health Net Cal MediConnect داروهای زیر را نیز پوشش می‌دهد، اگرچه در این فصل توصیف نخواهند شد:

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

مقررات داروهای تحت پوشش برنامه درمانی برای بیماران سرپایی

1. ما معمولاً داروهای شما را تا زمانیکه از مقررات این بخش پیروی کنید پوشش می‌دهیم. شما باید پزشک یا ارائه‌کننده دیگری داشته باشید تا نسخه شما را بنویسد. این شخص اغلب ارائه‌کننده مراقبتهای درمانی اصلی (PCP) شما می‌باشد. اگر ارائه‌کننده مراقبتهای درمانی اصلی، شما را برای دریافت مراقبت ارجاع کند می‌تواند ارائه‌کننده داخل شبکه دیگری نیز باشد.
2. معمولاً برای پیچیدن نسخه خود باید از داروخانه داخل شبکه استفاده کنید.
3. داروی نسخه‌دار شما باید در فهرست داروهای تحت پوشش برنامه درمانی قید شده باشد. به این فهرست مختصراً «فهرست دارویی» می‌گوییم.
 - اگر در فهرست دارویی نیست، ممکن است آن را با قید مورد استثنا بتوانیم تحت پوشش قرار دهیم. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای استثنا به صفحه 116 مراجعه کنید.
4. داروی شما باید برای عارضه پزشکی پذیرفته‌شده مصرف شود. بدین معنی که استفاده از دارو به تصویب سازمان مواد غذایی و دارویی رسیده باشد یا مورد تأیید کتاب‌های مرجع خاصی باشد. برای داروهای تحت پوشش Medi-Cal بدین معنی است که استفاده از این دارو برای حفظ حیات، جلوگیری از بیماری عمده یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحت، منطقی و لازم می‌باشد.

A. پیچیدن نسخه شما

نسخه خود را در یک داروخانه شبکه پیچید

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



کارت شناسایی برنامه درمانی خود را در هنگام پیچیدن نسخه نشان دهید

برای پیچیدن نسخه، کارت شناسایی برنامه درمانی خود را در داروخانه شبکه نشان دهید. داروخانه شبکه برای سهم ما از هزینه داروی نسخه‌دار تحت پوشش شما برای ما صورتحساب ارسال خواهد کرد. هنگام برداشتن داروی نسخه‌دار خود لازم خواهد بود که سهم بیمه‌شده را به داروخانه پرداخت کنید.

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

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل داروی نسخه‌دار را در هنگام دریافت آن پرداخت کنید. سپس می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما درخواست کنید. اگر نمی‌توانید هزینه دارو را پرداخت کنید، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید. ما هرچه از دستمان بر بیاید را انجام خواهیم داد.

← برای کسب اطلاعات در مورد درخواست از ما برای بازپرداخت به شما به فصل 7 مراجعه کنید.

← اگر برای پیچیدن نسخه به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید

اگر می‌خواهید داروخانه شبکه خود را به داروخانه دیگری تغییر دهید چطور؟

اگر داروخانه‌ی خود را تغییر می‌دهید و لازم است یک نسخه را تجدید کنید، می‌توانید از ارائه‌کننده بخواهید که یک نسخه جدید را بنویسد یا از داروخانه خود بخواهید که نسخه را به داروخانه جدید منتقل کند.

← اگر برای تغییر داروخانه شبکه خود به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید

اگر داروخانه مورد استفاده شما شبکه را ترک کند چطور؟

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

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

اگر به داروخانه تخصصی نیاز دارید چطور؟

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



آیا می‌توانید از خدمات سفارش پستی برای دریافت داروهای خود استفاده کنید؟

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه درمانی استفاده کنید. معمولاً داروهایی از طریق سفارش پستی موجود هستند که برای عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت به طور مرتب مصرف می‌کنید. داروهای موجود از طریق خدمات سفارش پستی برنامه درمانی ما به صورت داروهای سفارش پستی در فهرست دارویی ما مشخص شده‌اند.

خدمات سفارش پستی ما به شما اجازه می‌دهد که ذخیره داروی حداکثر 90 روز خود را سفارش دهید. ذخیره 90 روزه همان سهم بیمه‌شده ذخیره یک ماهه را دارد.

نحوه پیچیدن نسخه توسط پست چیست؟

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به پیچیدن نسخه شما از طریق پست، از وبسایت ما بازدید کنید (www.healthnet.com/calmediconnect)، یا برای دریافت راهنمایی با خدمات تماس بگیرید (شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه هستند).

داروهای نسخه‌دار سفارش پستی را معمولاً در ظرف 10 روز دریافت خواهید کرد. اگر سفارش پستی شما به تأخیر بیفتد، با خدمات اعضا برای دریافت راهنمایی تماس بگیرید (شماره تلفن‌ها در پایین این صفحه هستند).

نحوه رسیدگی خدمات سفارش پستی به نسخه من چیست؟

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

1. نسخه‌های جدیدی که داروخانه از سوی شما دریافت می‌کند

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

2. نسخه‌های جدیدی که داروخانه مستقیماً از دفتر ارائه‌کننده شما دریافت می‌کند

پس از اینکه داروخانه نسخه را از ارائه‌کننده مراقبت درمانی دریافت کند، با شما تماس خواهد گرفت تا ببیند که آیا می‌خواهید نسخه فوراً یا بعداً پیچیده شود. این کار به شما فرصتی می‌دهد تا مطمئن شوید که داروخانه داروی صحیح را تحویل می‌دهد (شامل میزان اثر، مقدار و شکل) و در صورت لزوم به شما اجازه می‌دهد تا سفارش را قبل از دریافت صورتحساب و ارسال آن متوقف کرده یا به تأخیر بیندازید. این نکته اهمیت دارد که هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد به آنها جواب بدهید تا بدانند که با نسخه جدید چه کار کنند و از هرگونه تأخیر در ارسال جلوگیری شود.

3. تجدید نسخه‌های سفارش پستی

برای تجدید، لطفاً 21 روز قبل از اینکه فکر می‌کنید داروی موجود تمام خواهد شد با داروخانه خود تماس بگیرید تا مطمئن شوید که سفارش بعدی شما به موقع ارسال می‌شود.

برای اینکه داروخانه بتواند قبل از ارسال با شما تماس گرفته تا سفارش را تأیید کند، لطفاً مطمئن شوید که بهترین روش تماس با شما را به داروخانه بگویید. می‌توانید اطلاعات تماس خود را هر بار که سفارش می‌کنید ارائه کنید.

آیا می‌توانید برای داروها ذخیره بلندمدت دریافت کنید؟

می‌توانید یک ذخیره بلندمدت از داروهای حفظ سلامتی در فهرست دارویی برنامه درمانی ما را دریافت کنید. داروهای حفظ سلامتی را برای عارضه پزشکی مزمن یا بلندمدت به طور مرتب مصرف می‌کنید. وقتی یک ذخیره طولانی مدت داروها را دریافت کردید، سهم بیمه شده شما ممکن است کمتر باشد.

برخی داروخانه‌های شبکه به شما اجازه می‌دهند تا ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی را دریافت کنید. ذخیره 90 روزه همان سهم بیمه‌شده ذخیره یک ماهه را دارد. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی اطلاعاتی در مورد داروخانه‌هایی می‌باشد که می‌توانند ذخیره بلندمدت داروهای حفظ سلامتی را به شما بدهند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید با خدمات اعضا نیز تماس بگیرید.

برای انواع خاصی از داروها، می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه برنامه درمانی برای دریافت ذخیره بلند مدت داروهای حفظ سلامتی استفاده کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات سفارش پستی به بخش بالا مراجعه کنید.

آیا می‌توانید از داروخانه‌ای استفاده کنید که در شبکه برنامه درمانی نیست؟

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

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

- اگر بیش از 30 روز ذخیره را دریافت نکرده باشید، و
 - اگر داروخانه شبکه‌ای وجود نداشته باشد که در نزدیکی شما بوده و باز باشد، یا
 - اگر به دارویی نیاز دارید که نمی‌توانید در داروخانه شبکه در نزدیکی شما دریافت کنید، یا
 - اگر برای مراقبت پزشکی اضطراری یا فوری به دارویی نیاز دارید، یا
 - اگر باید منزل خود را به واسطه سانحه فدرال یا سایر موارد اضطراری بهداشت عمومی ترک کنید.
- ◀ در این موارد، لطفاً ابتدا با خدمات اعضا تماس بگیرید تا ببینید که آیا داروخانه شبکه در نزدیکی وجود دارد.

اگر هزینه یک نسخه را پرداخت کنید آیا برنامه درمانی آنرا بازپرداخت خواهد کرد؟

اگر باید از داروخانه خارج از شبکه استفاده کنید، معمولاً در هنگام دریافت داروهای خود باید هزینه کامل را به جای سهم بیمه‌شده پرداخت کنید. می‌توانید برای بازپرداخت سهم ما از هزینه از ما درخواست کنید.

◀ برای کسب اطلاعات بیشتر در این مورد، به فصل 7 مراجعه کنید.

B. فهرست دارویی برنامه درمانی

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

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

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

فهرست دارویی حاوی چیست؟

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

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

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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

چطور می‌توانید بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی وجود دارد؟

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

- آخرین فهرست دارویی که از طریق پست برای شما ارسال کردیم را کنترل کنید.
- از وبسایت برنامه درمانی به آدرس www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید. فهرست دارویی در وبسایت همیشه جدیدترین است.
- برای اینکه بفهمید که آیا یک دارو در فهرست دارویی برنامه درمانی وجود دارد یا برای درخواست نسخه ای از این فهرست با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فهرست دارویی حاوی چه اقلامی نیست؟

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

Health Net Cal MediConnect هزینه داروهایی که در این بخش ذکر شده‌اند را پرداخت نخواهد کرد. اینها داروهای حذف‌شده خوانده می‌شوند. اگر نسخه ای را برای یک داروی حذف شده دریافت کنید، باید خودتان هزینه آنرا پرداخت کنید. اگر فکر می‌کنید که ما باید هزینه داروی حذف شده را به خاطر وضعیت شما پرداخت کنیم، می‌توانید اقامه استیناف کنید. (برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف، به فصل 9 مراجعه کنید.)

سه مورد از مقررات عمومی برای داروهای حذف شده:

- پوشش دارویی بیماران سرپایی برنامه درمانی ما (که شامل داروهای بخش D و Medicare می‌شود) نمی‌تواند داروهایی را تحت پوشش قرار دهد که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B می‌گیرند. داروهای تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B به صورت رایگان تحت پوشش Health Net Cal MediConnect قرار می‌گیرند اما جزئی از مزایای پزشکی داروهای بیماران سرپایی شما به حساب نمی‌آیند.
- برنامه درمانی ما دارویی که در خارج آمریکا و مناطق آن خرید شده باشد را پوشش نمی‌دهد.
- استفاده از دارو باید به تصویب سازمان مواد غذایی و دارویی رسیده باشد یا در برخی کتاب‌های مرجع به عنوان درمان عارضه شما ذکر شده باشد. پزشک شما ممکن است داروی خاصی را برای مداوای عارضه شما تجویز کرده باشد، حتی اگر برای مداوای آن عارضه تصویب نشده باشد. این کار استفاده خارج از برچسب خوانده می‌شود. برنامه درمانی ما معمولاً داروهایی که برای استفاده خارج از برچسب تجویز شده باشند را پوشش نمی‌دهد.
- همچنین برطبق قانون، انواع داروهای ذکر شده در زیر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نمی‌باشند.
 - داروهای استفاده شده برای تقویت باروری
 - داروهای استفاده شده برای منظورات زیباسازی یا تقویت رشد مو
 - داروهای استفاده شده برای مداوای جنسی یا اختلال در نعوظ از قبیل **Viagra®**، **Cialis®**، **Levitra®** و **Caverject®**
 - داروهای بیماران سرپایی وقتی شرکت سازنده دارو اظهار کند که شما باید آزمایشات و خدماتی را انجام دهید که تنها توسط آنها انجام می‌شوند

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



ردیف های سهم شده در هزینه چیست؟

- هر دارویی در فهرست دارویی ما در یکی از 3 ردیف سهم شدن در هزینه قرار دارد. ردیف گروهی از داروها است که معمولاً از یک نوع هستند (برای مثال مارکدار، ژنریک، یا داروهای بدون نسخه). به طور کلی، هر چقدر ردیف سهم شدن در هزینه بالاتر باشد، هزینه شما برای دارو بیشتر است. داروهای ردیف 1 کمترین سهم بیمه شده را دارند. این داروها از نوع ژنریک هستند. سهم بیمه شده از \$0.00 تا \$3.35 خواهد بود. این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.
- داروهای ردیف 2 سهم بیمه شده بالاتری دارند. این داروها از نوع مارک دار هستند. سهم بیمه شده از \$0.00 تا \$8.35 خواهد بود. این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.
- سهم بیمه شده برای داروهای ردیف 3، \$0.00 است. این داروها از نوع نسخه دار و OTC هستند که Medi-Cal پوشش می دهد.

برای کسب اطلاعات در مورد ردیف داروی شما، برای دارو در فهرست دارویی جستجو کنید.

← فصل 6 در مورد مبلغی می باشد که برای داروها در هر ردیف پرداخت می کنید.

C. محدودیت های پوشش برای برخی داروها**چرا برخی داروها محدودیت دارند؟**

برای داروهای نسخه دار خاص، مقررات ویژه ای نحوه و وقتی برنامه درمانی آنها را پوشش می دهد محدود می کنند. به طور کلی، مقررات ما شما را تشویق می کنند تا دارویی را دریافت کنید که برای عارضه پزشکی شما فایده دارد و ایمن و موثر است. وقتی یک داروی ایمن و کم هزینه تر به همان میزان داروی گران تر فایده دارد، ما انتظار داریم که ارائه کننده شما از داروی کم هزینه تر استفاده کند.

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

← برای کسب اطلاعات بیشتر در موارد استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.

چه نوع مقرراتی وجود دارد؟**1. محدودسازی استفاده از داروی مارکدار هنگامی که نوع ژنریک وجود دارد**

معمولاً داروی ژنریک به همان اندازه داروی مارکدار مؤثر بوده و عموماً ارزان تر است. در بیشتر موارد، اگر نوع ژنریک داروی مارکدار وجود داشته باشد، داروخانه های شبکه ما نوع ژنریک را به شما خواهند داد. ما معمولاً هزینه داروی مارکدار را هنگامی که نوع ژنریک وجود داشته باشد پرداخت نخواهیم کرد. ولی اگر ارائه کننده شما دلیل پزشکی که داروی ژنریک برای شما مفید نخواهد بود را به ما گفته باشد، آن وقت داروی مارکدار را پوشش خواهیم داد. سهم بیمه شده شما ممکن است برای داروی مارکدار بیشتر از داروی ژنریک باشد.

2. دریافت اجازه برنامه درمانی از قبل

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

3. نخست امتحان یک داروی دیگر

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



به طور کلی، ما می خواهیم قبل از اینکه داروهای گران تر را پوشش دهیم، شما داروی ارزان تر (که اغلب به همان اندازه مؤثر هستند) را امتحان کنید. برای مثال، اگر داروی A و داروی B یک عارضه یکسان را مداوا می کنند و داروی A ارزان تر از داروی B است، ممکن است لازم بدانیم که شما ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، آن وقت داروی B را پوشش خواهیم داد. این کار درمان گام به گام خوانده می شود.

4. محدودیت های مقدار

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

آیا هیچکدام از این مقررات به داروهای شما مربوط می شوند؟

برای اینکه بفهمید که آیا مقررات فوق به دارویی که مصرف می کنید یا می خواهید مصرف کنید مربوط می شوند، فهرست دارویی را کنترل کنید. برای آخرین اطلاعات به روز شده، با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.

D. چرا داروی شما ممکن است تحت پوشش نباشد

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

- **دارویی که می خواهید مصرف کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نیست.** دارو ممکن است در فهرست دارویی نباشد. نوع ژنریک دارو ممکن است تحت پوشش باشد ولی نوع مارک دارو که می خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد. دارو ممکن است جدید باشد و ما هنوز ایمنی و تأثیرپذیری آن را بررسی نکرده باشیم.
 - **دارو تحت پوشش است ولی مقررات و محدودیت های ویژه ای در مورد پوشش برای آن دارو وجود دارد.** همانطوری که در بخش فوق توضیح داده شد، برخی از داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما مقرراتی دارند که استفاده از آنها را محدود می کند. شما یا تجویزکننده شما در برخی موارد ممکن است بخواهید که برای ایجاد استثنا در یکی از مقررات از ما درخواست کنید.
- اگر داروی شما به شیوه ای که مایلید تحت پوشش نیست کارهایی وجود دارد که می توانید انجام دهید.

می توانید یک ذخیره موقت دریافت کنید

در برخی موارد، می توانیم ذخیره موقتی از دارو را هنگامی که دارو در فهرست دارویی نیست یا هنگامی که به صورتی محدودیت دارد به شما بدهیم. اینکار به شما فرصتی می دهد تا در مورد دریافت داروی متفاوتی با ارائه کننده خود صحبت کنید یا از ما بخواهید که دارو را تحت پوشش قرار دهیم.

برای دریافت ذخیره موقت دارو، شما باید دو قاعده زیر را برآورده کنید:

1. **دارویی که مصرف می کرده اید:**
 - دیگر در فهرست دارویی نیست، یا
 - هرگز در فهرست دارویی نبوده است، یا
 - حالا به نحوی محدودیت دارد.
2. **شما باید در یکی از موقعیت های زیر باشید:**

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



- شما در سال گذشته در برنامه درمانی عضو بوده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی نمی‌کنید. ما هزینه ذخیره موقت دارو را در طول 90 روز اول سال تقویمی پوشش خواهیم داد. این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.
- شما عضو جدیدی در برنامه درمانی ما هستید و در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی نمی‌کنید. ما هزینه ذخیره موقت دارو را در طول 90 روز اول عضویت شما در برنامه درمانی پوشش خواهیم داد. این ذخیره موقت برای حداکثر 30 روز ذخیره خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. شما باید نسخه را در یک داروخانه شبکه بپیچید.
- شما در سال گذشته در برنامه درمانی عضو بوده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید. ما هزینه ذخیره موقت دارو را در طول 90 روز اول سال تقویمی پوشش خواهیم داد. کل ذخیره برای حداکثر 98 روز ذخیره بسته به افزایش توزیع خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 98 روزه دارو اجازه خواهیم داد. (لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه مراقبت بلند مدت ممکن است مقدار کمتری از دارو را هربار ارائه کند تا از اتلاف جلوگیری شود.)
- شما عضو جدیدی در برنامه درمانی هستید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید. ما هزینه ذخیره موقت دارو را در طول 90 روز اول عضویت شما در برنامه درمانی پوشش خواهیم داد. کل ذخیره برای حداکثر 98 روز ذخیره بسته به افزایش توزیع خواهد بود. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 98 روزه دارو اجازه خواهیم داد. (لطفاً توجه داشته باشید که داروخانه مراقبت بلند مدت ممکن است مقدار کمتری از دارو را هربار ارائه کند تا از اتلاف جلوگیری شود.)
- شما برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی بوده‌اید و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید و فوراً به ذخیره نیاز دارید. ما یک ذخیره 31 روزه یا کمتر را در صورتی که نسخه شما برای چند روز نوشته شده باشد، پوشش خواهیم داد. این ذخیره علاوه بر ذخیره انتقالی مراقبت بلندمدت فوق است.
- شما در حال حاضر در برنامه درمانی عضو هستید و از یک مرکز مراقبت بلند مدت (LTC) یا اقامت در بیمارستان به خانه می‌روید و فوراً نیاز به ذخیره انتقالی دارید: ما یک ذخیره 30 روز یا کمتر را در صورتی پوشش می‌دهیم که نسخه برای روزهای کمتری نوشته شده باشد (در این صورت ما اجازه چندین تجدید را می‌دهیم تا در مجموع حداکثر ذخیره 30 روزه دارو تأمین شود).
- شما در حال حاضر در برنامه درمانی عضو هستید و از خانه یا بیمارستان به یک مرکز مراقبت بلندمدت (LTC) می‌روید و فوراً نیاز به ذخیره انتقالی دارید: ما یک ذخیره 31 روز یا کمتر را در صورتی پوشش می‌دهیم که نسخه برای روزهای کمتری نوشته شده باشد (در این صورت ما اجازه چندین تجدید را می‌دهیم تا در مجموع حداکثر ذخیره 31 روزه دارو تأمین شود).

← برای درخواست برای ذخیره موقت دارویی، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

وقتی یک ذخیره موقت دارویی را دریافت می‌کنید، باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید وقتی ذخیره شما تمام شد چکار کنید. گزینه‌های شما عبارتند از:

- می‌توانید به داروی دیگری تغییر دهید. ممکن است داروی دیگری تحت پوشش برنامه درمانی ما باشد که برای شما مؤثر است. می‌توانید با خدمات اعضا تماس گرفته و برای فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان عارضه پزشکی را درمان می‌کنند درخواست کنید. این فهرست می‌تواند به ارائه‌کننده شما کمک کند تا داروهای تحت پوششی که ممکن است برای شما مؤثر باشند را پیدا کند.
- یا

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- می‌توانید برای استثنای درخواست کنید.
- شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما برای استثنای درخواست کنید. برای مثال می‌توانید از ما درخواست کنید که دارویی را پوشش دهیم حتی اگر در فهرست دارویی نباشد. یا می‌توانید از ما درخواست کنید که دارویی را بدون محدودیت پوشش دهیم. اگر ارائه‌کننده شما بگوید که شما یک دلیل خوب پزشکی برای استثنای دارید، وی می‌تواند برای دریافت استثنای به شما کمک کند.
- ◀ برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنای، به فصل 9 مراجعه کنید
- ◀ اگر برای درخواست در مورد استثنای به کمک نیاز دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید

E. تغییرات در پوشش داروهای شما

- بیشتر تغییرات در پوشش دارویی در 1 ژانویه اتفاق می‌افتند. ولی ما ممکن است فهرست دارویی را در طول سال تغییر دهیم. ما ممکن است:
- داروهایی را اضافه کنیم چون داروهای جدید که شامل داروهای ژنریک می‌شوند در دسترس قرار می‌گیرند یا دولت استفاده جدیدی را برای یک داروی موجود تصویب کرده باشد.
 - داروهایی را حذف کنیم چون فراخوان شده اند یا چون داروهای ارزان تر به همان اندازه مؤثر هستند.
 - دارویی را به ردیف سهمیم شدن در هزینه بالاتر یا پایین تر منتقل کنیم.
 - محدودیت پوششی برای یک دارو را اضافه کنیم یا حذف کنیم.
 - داروی مارکدار را با داروی ژنریک تعویض کنیم.
- اگر هر یک از تغییرات زیر بر روی دارویی که مصرف می‌کنید تأثیر داشته است، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد در مورد شما به اجرا در نخواهند آمد:
- داروی شما را به ردیف سهمیم شدن در هزینه بالاتری منتقل کنیم.
 - محدودیت جدیدی برای استفاده از داروی شما قائل شویم.
 - داروی شما را از فهرست دارویی حذف کنیم، ولی نه به دلیل فراخوان یا به خاطر اینکه داروی ژنریک جدیدی جایگزین آن شده است.
- قبل از 1 ژانویه سال بعد، شما معمولاً افزایشی در هزینه ای که می‌پردازید یا محدودیت های اضافی در میزان مصرف دارو نخواهید داشت. این تغییرات در 1 ژانویه سال بعد در مورد شما به اجرا در خواهند آمد.
- در موارد زیر تغییرات پوششی قبل از 1 ژانویه در مورد شما به اجرا در خواهند آمد:
- اگر داروی مارکداری که مصرف می‌کنید با داروی ژنریک جدیدی جایگزین شود، ما باید حداقل از 60 روز قبل در مورد این تغییر به شما اطلاع دهیم.
 - ممکن است تجدید 60 روزه داروی مارکدار را در داروخانه شبکه به شما بدهیم.
 - شما باید در این 60 روز با ارائه‌کننده خود همکاری کرده تا به داروی ژنریک یا داروی دیگری که برنامه پوشش می‌دهد تغییر دهید.
 - شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید از ما بخواهید که به پوشش داروی مارکدار را برای شما ادامه دهیم. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه انجام اینکار، به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- اگر دارویی به خاطر اینکه معلوم شده خطرناک است یا به دلایل دیگری فراخوان شود، ما دارو را از فهرست دارویی حذف خواهیم کرد. ما فوراً این تغییرات را به آگاهی شما خواهیم رسانید.
- ارائه‌کننده شما نیز از این تغییرات آگاه خواهد شد. وی می‌تواند با همکاری شما داروی دیگری را برای عارضه شما پیدا کند.
- ◀ اگر تغییری در پوشش دارویی که مصرف می‌کنید ایجاد شده باشد، اطلاعیه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. معمولاً حداقل 60 روز قبل از ایجاد تغییرات به شما اطلاع خواهیم داد.

F. پوشش دارویی در موارد ویژه

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

اگر در بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی برای اقامت تحت پوشش برنامه درمانی ما پذیرفته شده باشید، ما معمولاً هزینه داروهای نسخه دارتان را در طول اقامت شما پوشش خواهیم داد. لزومی ندارد که سهم بیمه شده را پرداخت کنید. زمانیکه بیمارستان یا مرکز پرستاری تخصصی را ترک کنید، ما داروهای شما را تا زمانیکه همه مقررات ما را برای پوشش برآورده کنید پوشش خواهیم داد.

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

اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت دارید

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

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

اگر در مرکز مراقبت بلند مدت اقامت داشته و عضو جدیدی در برنامه درمانی شوید

اگر به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا به نحوی محدودیت دارد، ما ذخیره موقت داروی شما را در طول 90 روز اول عضویت پوشش خواهیم داد، تا اینکه ذخیره 98 روزه را به شما داده باشیم. اولین ذخیره برای حداکثر 31 روز یا کمتر خواهد بود در صورتیکه نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد. اگر به تجدید نیاز دارید، ما آن را در طول 90 روز اول عضویت در برنامه درمانی پوشش خواهیم داد.

اگر برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی ما عضویت داشته‌اید و به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست، ما یک ذخیره 31 روزه را پوشش خواهیم داد. اگر محدودیتی در پوشش دارویی وجود دارد، یک ذخیره 31 روزه را نیز پوشش خواهیم داد. اگر نسخه شما برای کمتر از 31 روز نوشته شده باشد، ما هزینه مقدار کمتر را پرداخت خواهیم کرد.

وقتی یک ذخیره موقت دارویی را دریافت می‌کنید، باید با ارائه‌کننده خود صحبت کنید تا تصمیم بگیرید وقتی ذخیره شما تمام شد چکار کنید. داروی دیگری که تحت پوشش برنامه درمانی ماست ممکن است به همان اندازه برای شما مؤثر باشد. یا شما و ارائه‌کننده شما می‌توانید برای استثنا و پوشش دارو به روشی که می‌خواهید پوشش داده شود از ما درخواست کنید.

◀ برای کسب اطلاعات بیشتر در موارد استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ و برنامه درمانی ما نمی باشند. اگر در یک آسایشگاه بیماران رو به مرگ ثبت نام کرده‌اید و به داروی تسکین درد، ضد تهوع، مسهل یا ضد دلهره‌ای نیاز دارید که تحت پوشش آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما نیست چون به بیماری مهلک شما و عوارض مربوطه ربطی ندارد، برنامه درمانی ما باید اطلاعاتی را از تجویزکننده یا ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به مرگ شما دریافت کند که دارو غیرمربوط می‌باشد قبل از اینکه برنامه درمانی ما بتواند دارو را پوشش دهد. برای پیشگیری از تأخیرات در دریافت هرگونه داروهای غیرمربوط که برنامه درمانی ما باید پوشش دهد، می‌توانید از ارائه‌کننده آسایشگاه بیماران رو به مرگ خود یا تجویز کننده درخواست کنید تا مطمئن شوید ما اطلاعاتی که دارو نامربوط می‌باشد را قبل از درخواست از داروخانه برای پیچیدن نسخه شما داشته باشیم.

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

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مزایای آسایشگاه بیماران رو به مرگ، به فصل 4 مراجعه کنید.

G. برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها

برنامه‌هایی برای کمک به اعضا برای استفاده ایمن از داروها

هربار که یک نسخه را می‌پیچید، ما به مشکلات احتمالی توجه می‌کنیم، از قبیل:

- خطاهای دارویی
- داروهایی که ممکن است لازم نباشند چون داروی دیگری را مصرف می‌کنید که همان اثر را دارد
- داروهایی که ممکن است برای سن یا جنسیت شما ایمن نباشند
- داروهایی که ممکن است در صورتیکه با هم مصرف کنید برای شما مضر باشند
- داروهایی که از موادی ساخته شده اند که به آنها حساسیت دارید

اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروهای نسخه دار شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه‌کننده شما همکاری خواهیم کرد.

برنامه‌هایی برای کمک به اعضا در مدیریت داروهای خود

اگر داروهایی را برای عوارض پزشکی مختلف مصرف می‌کنید، ممکن است برای دریافت خدمات از طریق برنامه مدیریت دارو درمانی (MTM) بدون اینکه برایتان هزینه داشته باشد واجد شرایط باشید. این برنامه به شما و ارائه‌کننده شما کمک می‌کند تا مطمئن شوید داروهای شما برای بهبود سلامتی شما عمل می‌کنند. یک داروساز یا متخصص درمانی دیگر یک بررسی جامع از همه داروهای شما را ارائه کرده و در موارد زیر با شما صحبت خواهد کرد:

- نحوه حداکثر بهره مندی از داروهایی که مصرف می‌کنید
- هرگونه نگرانی که دارید، از قبیل هزینه دارو و واکنش‌های دارویی
- بهترین روش مصرف داروهای شما
- هرگونه سؤالات یا مشکلاتی که در مورد داروی نسخه‌دار و داروی بدون نسخه خود دارید

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شما یک خلاصه کتبی از این گفتگو را دریافت خواهید کرد. این خلاصه شامل یک برنامه اقدامات دارویی می‌باشد که کارهایی که برای بهترین نحوه استفاده از داروهای خود می‌توانید انجام دهید را به شما توصیه می‌کند. همچنین یک فهرست دارویی شخصی را دریافت خواهید کرد که شامل همه داروهایی می‌شود که مصرف می‌کنید و چرا آنها را مصرف می‌کنید.

ایده خوب است که ترتیب بررسی دارویی خود را قبل از ویزیت سالانه "تندرستی" خود بدهید تا بتوانید در مورد برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود با پزشکتان صحبت کنید. برنامه اقدامات و فهرست دارویی خود را در هر ویزیت و هر بار که با پزشک خود، داروسازها و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی صحبت می‌کنید به همراه ببرید. همچنین فهرست دارویی خود را در هنگام مراجعه به بیمارستان یا اتاق اورژانس به همراه ببرید.

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

← اگر در مورد این برنامه‌ها هرگونه سؤالاتی دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 6: چه مبلغی را برای داروهای نسخه دار Medicare و Medi-Cal خود پرداخت می‌کنید

فهرست مندرجات

101	مقدمه
101	A. توصیف مزایا (EOB)
102	B. نگه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما
103	C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D
103	D. مرحله 1: مرحله اولیه پوشش
104	دریافت ذخیره بلند مدت دارو
104	چه مبلغی را پرداخت می‌کنید؟
105	مرحله پوشش اولیه در چه هنگام خاتمه پیدا می‌کند؟
105	E. مرحله 2: مرحله بحرانی پوشش
105	F. هزینه‌های داروی شما اگر پزشک شما ذخیره کمتر از یک ماه کامل را تجویز کند
105	G. کمک برای سهمیم شدن در هزینه نسخه برای اشخاص مبتلا به HIV/ایدز
105	برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) چیست؟
106	در ADAP ثبت نام نشده‌اید؟
106	قبلاً در ADAP ثبت نام شده‌اید؟
106	H. واکسیناسیون
106	قبل از دریافت واکسیناسیون
106	برای واکسیناسیون Medicare بخش D چقدر پرداخت می‌کنید

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مقدمه

این فصل هزینه ای که برای داروهای نسخه دار بیماران سرپایی می پردازید را توصیف می‌کند. منظور ما از "داروها":

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

چون شما برای Medi-Cal واجد شرایط هستید، شما از Medicare برای کمک در پرداخت داروهای نسخه دار Medicare بخش D خود "کمک اضافی" دریافت می‌کنید.

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

- **فهرست داروهای تحت پوشش ما.** ما این فهرست را «فهرست داروئی» می‌خوانیم. این فهرست به شما می‌گوید:
 - « هزینه چه داروهایی را پرداخت می‌کنیم
 - « هر دارو در کدامیک از 3 ردیف سهم شدن در هزینه‌هاست
 - « آیا هیچگونه محدودیت‌هایی برای داروها وجود دارد

اگر به نسخه ای از فهرست دارویی نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. می‌توانید فهرست دارویی را در وبسایت ما به آدرس www.healthnet.com/calmediconnect نیز پیدا کنید. فهرست دارویی در وبسایت همیشه جدیدترین است.

- **فصل 5 این کتابچه اطلاعاتی اعضا.** فصل 5 اطلاعاتی را در مورد نحوه دریافت داروهای نسخه دار بیماران سرپایی از طریق برنامه درمانی ما ارائه می‌کند. این فصل شامل مقرراتی می باشد که لازم است دنبال کنید. اطلاعاتی را در مورد نوع داروهای نسخه‌داری که تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی‌باشند را نیز ارائه می‌کند.
- **فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما.** در بیشتر موارد برای دریافت داروهای تحت پوشش خود باید از یک داروخانه شبکه استفاده کنید. داروخانه‌های شبکه موافقت کرده اند که با ما همکاری کنند. فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها حاوی فهرستی از داروخانه‌های شبکه می‌باشد. می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های شبکه را در فصل 5 مطالعه کنید.

A. توصیف مزایا (EOB)

برنامه درمانی ما حساب داروهای نسخه دار شما را نگه می‌دارد. ما حساب دو نوع هزینه را نگه می‌داریم:

- **هزینه‌های نقدی شما.** این مبلغی می‌باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌های شما می‌پردازند.
- **کل هزینه دارویی شما.** این مبلغی می‌باشد که شما یا سایرین از طرف شما برای نسخه‌های شما می‌پردازند، به علاوه مقداری که ما می‌پردازیم.

هنگامی که داروهای نسخه‌دار را از طریق برنامه درمانی ما دریافت می‌کنید، ما گزارشی را برای شما ارسال می‌کنیم که توصیف مزایا خوانده می‌شود. به این گزارش مختصراً **EOB** می‌گوییم. EOB شامل موارد زیر می‌شود:

- **اطلاعات برای ماه.** این گزارش حاوی داروهای نسخه داری می باشد که دریافت کردید. این گزارش کل هزینه‌های دارویی، مبلغی که پرداخت کردیم و آنچه شما و دیگران برای شما پرداخت می‌کنند را نشان می‌دهد.
- **اطلاعات «از ابتدای سال جاری تا امروز».** این کل هزینه دارویی شما و کل مبلغی می‌باشد که از 1 ژانویه پرداخت شده است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



← ما پوششش داروهایی که تحت Medicare نمی‌باشد را عرضه می‌کنیم. مبلغی که برای این داروها پرداخت شده به حساب کل هزینه های نقدی شما نخواهند آمد. برای کسب اطلاعات در مورد داروهایی که برنامه درمانی ما پوشش می‌دهد، به فهرست دارویی مراجعه کنید.

B. نگاه داشتن حساب هزینه‌های دارویی شما

برای نگاه داشتن هزینه های دارویی شما و مبلغی که پرداخت می‌کنید، ما از مدارک دریافت شده از سوی شما و داروخانه شما استفاده می‌کنیم. شما به این صورت می‌توانید به ما کمک کنید:

1. از کارت شناسایی عضویت خود استفاده کنید.

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

2. اطمینان حاصل کنید که ما اطلاعات لازم را داریم.

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

در موارد زیر باید نسخه ای از رسیده‌های خود را به ما بدهید:

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

← برای اطلاع از نحوه درخواست از ما بازپرداخت سهممان از هزینه‌ی دارو به فصل 7 مراجعه کنید.

3. اطلاعاتی را در مورد مبلغی که دیگران برای شما پرداخت کرده اند برای ما ارسال دارید.

مبلغی که توسط برخی اشخاص و سازمان‌های دیگر پرداخت شده باشد نیز به حساب هزینه‌های نقدی شما گذاشته می‌شوند. برای مثال، مبلغی که توسط برنامه امداد دارویی ایدز، خدمات درمانی سرخپوستان و بیشتر خیریه ها پرداخت شوند به حساب هزینه های نقدی شما گذاشته می‌شوند. این موضوع می‌تواند به شما کمک کند تا برای پوشش وضعیت بحرانی واجد شرایط شوید. هنگامی که به مرحله پوشش وضعیت بحرانی می‌رسید، Health Net Cal MediConnect همه هزینه‌های داروهای بخش D را برای مابقی سال پرداخت می‌کند.

4. گزارشی را که برای شما ارسال می‌کنیم کنترل کنید.

هنگامی که توصیف مزایا را از طریق پست دریافت می‌کنید، لطفاً مطمئن شوید که کامل و صحیح باشد. اگر فکر می‌کنید که موضوعی در گزارش اشتباه است یا جا افتاده یا اگر هرگونه سؤالاتی دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. حتماً این گزارشات را نگاه دارید. اینها مدارک مهمی در مورد هزینه‌های دارویی شما می‌باشند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



C. مراحل پرداخت هزینه داروهای Medicare بخش D

دو مرحله برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare بخش D تحت پوشش Health Net Cal MediConnect وجود دارد. مبلغی که می‌پردازید بستگی به مرحله شما در هنگام پیچیدن یا تجدید نسخه دارد. این دو مرحله عبارتند از:

مرحله 1: مرحله اولیه پوشش	مرحله 2: مرحله پوشش وضعیت بحرانی
در طول این مرحله، ما بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کنیم و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌شده خوانده می‌شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در طول این مرحله، ما همه هزینه‌های داروهای شما را تا 31 دسامبر 2018 پرداخت می‌کنیم. شما این مرحله را در هنگامی شروع می‌کنید که مبلغ مشخصی از هزینه های نقدی را پرداخت کرده باشید.

D. مرحله 1: مرحله اولیه پوشش

در طول مرحله اولیه پوشش، ما سهم هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش شما را پرداخت کرده و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم شما سهم بیمه‌شده خوانده می‌شود. سهم بیمه شده بستگی به ردیف سهم شدن در هزینه ای دارد که دارو در آن است و محلی که آنرا دریافت می‌کنید.

ردیف‌های سهم شدن در هزینه، گروه هایی از داروها با سهم بیمه شده یکسان می‌باشند. همه داروهای فهرست دارویی برنامه درمانی در یکی از 3 ردیف سهم شدن در هزینه است. به طور کلی، هر چه شماره ردیف بالاتر باشد، سهم بیمه‌شده بیشتر است. برای پیدا کردن ردیف‌های سهم شدن در هزینه برای داروهای شما، می‌توانید به فهرست دارویی مراجعه کنید.

- داروهای ردیف 1 سهم بیمه شده پائینی دارند. این داروها از نوع ژنریک هستند. سهم بیمه‌شده از \$0.00 تا \$3.35 است. این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.
 - داروهای ردیف 2 سهم بیمه شده بالاتری دارند. این داروها از نوع مارک دار هستند. سهم بیمه‌شده از \$0.00 تا \$8.35 است. این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.
 - سهم بیمه شده برای داروهای ردیف 3، \$0.00 است. این داروها از نوع نسخه‌دار و بدون نسخه (OTC) هستند که Medi-Cal پوشش می‌دهد.
 - گزینه‌های داروخانه شما
- مبلغی که برای دارو می‌پردازید بستگی دارد که دارو را از کجا دریافت می‌کنید:

- داروخانه شبکه، یا

- داروخانه خارج از شبکه.

← ما در موارد محدود هزینه نسخه هایی که در داروخانه های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش می‌دهیم. برای کسب اطلاعات در مورد مواقعی که اینکار را می‌کنیم به فصل 5 مراجعه کنید.

← برای کسب اطلاعات در مورد گزینه‌های داروخانه، به فصل 5 در این کتابچه اطلاعاتی و فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های ما مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



دریافت ذخیره بلند مدت دارو

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

← برای جزییات مکان و نحوه دریافت ذخیره بلندمدت دارو به فصل 5 یا فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌ها مراجعه کنید.

چه مبلغی را پرداخت می‌کنید؟

در طول مرحله اول پوشش، ممکن است یک سهم بیمه شده را هربار که نسخه ای را می‌پیچید بپردازید. اگر ارزش داروی تحت پوشش شما کمتر از سهم بیمه شده باشد، شما قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

← برای کسب اطلاعات در مورد اینکه سهم بیمه شده برای هر داروی تحت پوشش چقدر است می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

سهم شما از هزینه هنگامی که ذخیره یک ماه یا بلندمدت داروی نسخه‌دار تحت پوشش را از محل زیر دریافت می‌کنید:

داروخانه خارج از شبکه	داروخانه مراقبت بلندمدت شبکه	خدمات سفارش پستی برنامه درمانی	یک داروخانه شبکه	
ذخیره برای حداکثر 30 روز پوشش به موارد خاصی محدود می‌شود. برای جزییات به فصل 5 مراجعه کنید.	تا حداکثر 31 روز	ذخیره یک ماه یا حداکثر 90 روز	ذخیره یک ماهه تا حداکثر 90 روزه	
\$0.00 تا \$3.35	\$0.00 تا \$3.35	\$0.00 تا \$3.35	\$0.00 تا \$3.35	سهم شدن در هزینه ردیف 1 (داروهای ژنریک بخش D)
این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	
\$0.00 تا \$8.35	\$0.00 تا \$8.35	\$0.00 تا \$8.35	\$0.00 تا \$8.35	سهم شدن در هزینه ردیف 2 (داروهای مارک‌دار بخش D)
این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	این موضوع بستگی به سطح پوشش Medi-Cal شما دارد.	
\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	سهم شدن در هزینه ردیف 3 (داروهای تجویزی و OTC که Medi-Cal پوشش می‌دهد)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

مرحله پوشش اولیه در چه هنگام خاتمه پیدا می‌کند؟

مرحله پوشش اولیه زمانی خاتمه پیدا می‌کند که کل هزینه‌های نقدی شما به مبلغ \$5,000 برسد. در این نقطه، مرحله پوشش بحرانی شروع می‌شود. ما همه هزینه‌های داروئی شما را از آن هنگام تا آخر سال پوشش می‌دهیم.

گزارشات توصیف مزایا به شما کمک خواهند کرد که حساب مبلغی که برای داروهای خود در طول سال می‌پردازید را ننگه دارید. اگر به حد \$5,000 برسید به شما اطلاع خواهیم داد. بسیاری از اشخاص به این محدوده در یک سال نمی‌رسند.

E. مرحله 2: مرحله بحرانی پوشش

هنگامی که به محدوده نقدی \$5,000 برای داروهای نسخه‌دار خود رسیدید، مرحله بحرانی پوشش شروع می‌شود. شما تا پایان سال تقویمی در مرحله بحرانی پوشش باقی خواهید ماند. برنامه درمانی در طول این مرحله همه هزینه‌های مربوط به داروهای Medicare شما را پرداخت خواهد کرد.

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

در برخی موارد معمولاً سهم بیمه‌شده را برای پوشش ذخیره یک ماه کامل از داروی تحت پوشش پرداخت می‌کنید. ولی پزشک شما می‌تواند ذخیره کمتر از یک ماه از داروها را تجویز کند. ممکن است موقعیت‌هایی وجود داشته باشد که می‌خواهید از پزشک خود بخواهید که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را تجویز کند (برای مثال وقتی دارویی را برای اولین بار مصرف می‌کنید که معلوم شده اثرات جانبی جدی دارد). اگر پزشک شما موافقت کند، لزومی نخواهد داشت که هزینه ذخیره ماه کامل را برای داروهای خاص پرداخت کنید.

هنگامی که ذخیره کمتر از یک ماه از دارو را دریافت می‌کنید، سهم بیمه‌شده شما براساس تعداد روزهایی خواهد بود که دارو را دریافت می‌کنید. ما مبلغی را که در هر روز برای دارو پرداخت می‌کنید («نرخ سهم هزینه روزانه») محاسبه کرده و آن را با تعداد روزهایی که دارو را دریافت می‌کنید ضرب خواهیم کرد.

- برای مثال: فرض کنید که سهم بیمه شده برای ذخیره یک ماه کامل از داروی شما (ذخیره 30 روزه) \$1.20 باشد. بدین معنی که مبلغی که هر روز برای داروی خود پرداخت می‌کنید \$0.04 است. اگر ذخیره 7 روزه دارو را دریافت می‌کنید، مبلغی که پرداخت می‌کنید \$0.04 در روز ضربدر 7 روز برای کل مبلغ پرداختی \$0.28 می‌باشد.

سهیم شدن روزانه در هزینه به شما امکان می‌دهد تا قبل از اینکه لازم باشد هزینه ذخیره تمام ماه را بپردازید، مطمئن شوید که دارو برای شما فایده داشته است. همچنین می‌توانید از ارائه‌کننده خود بخواهید که کمتر از ذخیره یک ماه دارو تجویز کند، اگر که این کار به شما کمک می‌کند بهتر برای زمان تجدید داروهایتان برنامه‌ریزی کنید و کمتر به داروخانه بروید. مبلغی که پرداخت می‌کنید به تعداد روزهای ذخیره‌ای که دریافت می‌کنید بستگی دارد.

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

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) چیست؟

برنامه کمک دارویی ایدز (ADAP) به اشخاص واجد شرایطی که به HIV/ایدز مبتلا هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات بخش HIV دسترسی پیدا کنند. داروهای نسخه دار بخش D برای بیماران سرپایی نیز توسط ADAP برای کمک در سهیم شدن در هزینه از طریق اداره بهداشت عمومی کالیفرنیا، دفتر ایدز برای اشخاصی که در ADAP ثبت نام کرده اند واجد شرایط می‌باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



در ADAP ثبت نام نشده‌اید؟

برای کسب اطلاعات در مورد ضوابط واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در این برنامه، لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به مدیر مزایای داروخانه ADAP، Ramsell Public HealthRx در وبسایت <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx> مراجعه کنید.

قبلاً در ADAP ثبت نام شده‌اید؟

ADAP می‌تواند به ارائه کمک در سهم شدن در هزینه داروی نسخه دار Medicare بخش D به متقاضیان ADAP برای داروها در مجموعه دارویی ADAP ادامه دهد. برای اینکه مطمئن شوید به دریافت این کمک ادامه می‌دهید، لطفاً مددکار ثبت‌نام ADAP محلی خود را از هرگونه تغییرات در نام برنامه Medicare بخش D یا شماره بیمه‌نامه خود آگاه کنید. اگر در پیدا کردن نزدیکترین مرکز ثبت نام و یا مددکار ثبت‌نام ADAP به کمک نیاز دارید، لطفاً با شماره 1-844-421-7050 تماس بگیرید یا به وبسایت فوق‌الذکر مراجعه کنید.

H. واکسیناسیون

ما هزینه واکسن های Medicare بخش D را پوشش می‌دهیم. پوشش واکسیناسیون های Medicare بخش D ما دو بخش دارد:

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

قبل از دریافت واکسیناسیون

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

- ما می‌توانیم اطلاعاتی در مورد نحوه پوشش واکسیناسیون شما توسط برنامه درمانی ما را به شما ارائه کرده و سهم شما از هزینه را توضیح دهیم.
- ما می‌توانیم به شما بگوییم که چطور هزینه های خود را با استفاده از داروخانه ها و ارائه کنندگان شبکه پایین نگه دارید. داروخانه‌های شبکه موافقت کرده‌اند که با برنامه درمانی ما همکاری کنند. ارائه‌کننده شبکه ارائه‌کننده‌ای است که با برنامه درمانی همکاری دارد. ارائه‌کننده داخل شبکه باید با Health Net Cal MediConnect همکاری کرده تا مطمئن شود که شما هزینه ای را برای واکسن بخش D خود پیش پرداخت نکنید.

برای واکسیناسیون Medicare بخش D چقدر پرداخت می‌کنید

مبلغی که برای واکسیناسیون پرداخت می‌کنید بستگی به نوع واکسن (عارضه ای که برای آن واکسینه شده اید) دارد.

- برخی واکسن ها به جای دارو به عنوان مزایای درمانی محسوب می‌شوند. این واکسن ها به طور رایگان تحت پوشش می‌باشند. برای کسب اطلاعات در مورد پوشش این واکسن‌ها، به جدول مزایا در فصل 4 مراجعه کنید.
- سایر واکسن ها به عنوان داروهای Medicare بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در فهرست دارویی برنامه درمانی پیدا کنید. ممکن است لازم باشد که یک سهم بیمه شده را برای واکسن های Medicare بخش D پرداخت کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



در اینجا سه روش معمول دریافت واکسیناسیون Medicare بخش D ذکر می‌شود.

1. شما واکسن Medicare بخش D را در داروخانه شبکه دریافت کرده و واکسن در داروخانه به شما تزریق می‌شود.
 - شما یک سهم بیمه شده را برای واکسن پرداخت خواهید کرد.
2. شما واکسن Medicare بخش D را در مطب پزشک خود دریافت کرده و پزشک واکسن را به شما تزریق می‌کند.
 - شما یک سهم بیمه شده را برای واکسن به پزشک پرداخت خواهید کرد.
 - برنامه درمانی ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.
 - مطب پزشک باید در این موقعیت با برنامه درمانی ما تماس گرفته تا بتوانیم مطمئن شویم آنها می‌دانند که شما تنها باید سهم بیمه شده را برای واکسن پرداخت کنید.
3. شما خود واکسن Medicare بخش D را در داروخانه دریافت کرده و آن را برای تزریق به مطب پزشکتان می‌برید.
 - شما یک سهم بیمه‌شده را برای واکسن پرداخت خواهید کرد.
 - برنامه درمانی ما هزینه تزریق واکسن به شما را پرداخت خواهد کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

فهرست مندرجات

- A. هنگامی که می‌توانید از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای خود درخواست کنید 109
- B. نحوه و محل ارسال درخواست شما برای پرداخت 110
- C. ما در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت 111
- D. می‌توانید اقامه استیناف کنید 112

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



A. هنگامی که می‌توانید از ما برای پرداخت خدمات یا داروهای خود درخواست کنید

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

اگر برای کل هزینه مراقبت درمانی یا دارو صورتحساب دریافت کردید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. برای ارسال صورتحساب به ما به صفحه 136 مراجعه کنید.

- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش باشند، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر خدمات و داروها تحت پوشش قرار دارند و اگر شما بیش از سهم خود از هزینه برای خدمات یا داروها پرداخت کرده باشید، این حق شماست که آن را پس بگیرید.
- اگر خدمات یا داروها تحت پوشش نباشند، به شما خواهیم گفت.

◀ اگر هرگونه سؤالاتی دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر نمی‌دانید که چقدر باید پرداخت می‌کردید یا اگر صورتحسابی را دریافت کردید و نمی‌دانید با آن چکار کنید، ما می‌توانیم کمک کنیم. اگر می‌خواهید اطلاعاتی را در مورد درخواست برای پرداخت مبلغی که قبلاً برای ما ارسال کرده‌اید در اختیار ما قرار دهید نیز می‌توانید تماس بگیرید.

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

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

باید از ارائه‌کننده بخواهید که برای ما صورتحساب بفرستد.

- اگر مبلغ کل را در هنگام دریافت مراقبت پرداخت کنید، از ما بخواهید که به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
- شما ممکن است از ارائه‌کننده صورتحسابی را دریافت کنید که از شما می‌خواهد مبلغی را پرداخت کنید که فکر می‌کنید بدهکار نیستید. صورتحساب و هرگونه قبض مبلغی که پرداخت کردید را برای ما ارسال کنید.
- اگر باید به ارائه‌کننده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- اگر هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده‌اید، ما به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

2. وقتی ارائه‌کننده شبکه برای ما صورتحساب می‌فرستد

ارائه‌کنندگان شبکه باید همیشه برای ما صورتحساب بفرستند.

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

- به دلیل اینکه Health Net Cal MediConnect کل هزینه خدمات شما را می‌پردازد، هیچ مبلغی به عنوان سهم شدن در هزینه به ما بدهکار نیستید. ارائه‌کنندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.
- هر زمان که صورتحسابی را از یک ارائه‌کننده شبکه دریافت می‌کنید، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می‌دهیم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- اگر قبلاً صورتحساب یک ارائه‌کننده شبکه را پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک هر مبلغ پرداخت‌شده را برای ما ارسال کنید. ما هزینه خدمات تحت پوشش شما را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

3. هنگامی که از داروخانه خارج از شبکه برای پیچیدن نسخه استفاده می‌کنید

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

- ◀ تنها در چند مورد، هزینه نسخه‌هایی که در داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده باشند را پوشش خواهیم داد. وقتی از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد داروخانه‌های خارج از شبکه، به فصل 5 مراجعه کنید.

4. هنگامی که هزینه کامل نسخه را پرداخت می‌کنید چون کارت شناسایی عضویت را همراهتان ندارید

اگر کارت شناسایی عضویت خود را به همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید که با ما تماس بگیرند یا اطلاعات عضویت در برنامه درمانی شما را کنترل کنند. اگر داروخانه نمی‌تواند فوراً به اطلاعات دسترسی پیدا کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل نسخه را پرداخت کنید.

- وقتی از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه درخواست می‌کنید، رونوشت رسید خود را ارسال کنید.

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

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

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

- اگر هزینه دارو را پرداخت نکنید ولی فکر می‌کنید که باید تحت پوشش باشد، می‌توانید برای یک تصمیم پوشش درخواست کنید (به فصل 9 مراجعه کنید).

- اگر شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگری فکر می‌کنید که فوراً به دارو نیاز دارید، می‌توانید برای یک تصمیم پوشش سریع درخواست کنید (به فصل 9 مراجعه کنید).

- رونوشتی از رسید خود را هنگامی که از ما برای بازپرداخت درخواست می‌کنید برای ما ارسال کنید. در برخی موقعیت‌ها ممکن است به اطلاعات بیشتری از سوی پزشک شما یا تجویز کننده دیگر نیاز داشته باشیم تا سهم خود از هزینه دارو را به شما بازپرداخت کنیم.

هنگامی که درخواست برای پرداخت را به ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی کرده و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشند. این موضوع "تصمیم پوشش" خوانده می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که باید تحت پوشش باشد، ما سهم هزینه خود از خدمات یا دارو را پرداخت خواهیم کرد. اگر درخواست را قبول نکنیم، شما می‌توانید در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید.

- ◀ برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف، به فصل 9 مراجعه کنید.

B. نحوه و محل ارسال درخواست شما برای پرداخت

صورتحساب و هرگونه مدرک مبلغ پرداخت شده را برای ما ارسال کنید. مدرک مبلغ پرداخت شده می‌تواند رونوشت چکی باشد که نوشتید یا رسیدی که از ارائه‌کننده دریافت کردید. ایده خوبیست که از صورتحساب و رسیدهای خود برای بایگانی رونوشت بردارید. شما می‌توانید از هماهنگ‌کننده مراقبت خود درخواست کمک و راهنمایی کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



برای اطمینان از اینکه همه اطلاعاتی که برای اتخاذ تصمیم نیاز داریم را ارائه می‌کنید، می‌توانید فرم ادعای ما را برای ارائه درخواست پرداخت خود پر کنید.

- لزومی ندارد که از این فرم استفاده کنید ولی به ما کمک خواهد کرد که اطلاعات را سریع‌تر بررسی کنیم.
- شما می‌توانید نسخه‌ای از این فرم را در وبسایت ما (www.healthnet.com/calmediconnect) دریافت کنید یا می‌توانید با خدمات اعضا تماس گرفته و برای این فرم درخواست کنید.

درخواست خود برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید برای ما به این نشانی ارسال کنید:

نشانی ادعاهای پزشکی:

برای **Cal MediConnect**
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

لطفاً توجه کنید که از تاریخ **1/1/2018**، نشانی ادعاهای پزشکی به نشانی زیر تغییر خواهد یافت:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

نشانی ادعاهای داروخانه:

Health Net Community Solutions, Inc.
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

شما باید ادعای خود را در ظرف یکسال تقویمی (برای ادعاهای پزشکی) و در ظرف سه سال (برای ادعاهای دارویی) از تاریخی که خدمات، اقلام یا دارو را دریافت می‌کنید تسلیم کنید.

C. ما در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت

هنگامی که درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در مورد پوشش تصمیم خواهیم گرفت. بدین معنی که تصمیم خواهیم گرفت آیا مراقبت درمانی یا داروی شما تحت پوشش برنامه درمانی ما می‌باشد. همچنین در مورد مبلغی که شما باید برای مراقبت درمانی یا دارو بپردازید، اگر وجود داشته باشید، تصمیم خواهیم گرفت.

- اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم به آگاهی شما خواهیم رسانید.
 - اگر تصمیم بگیریم که مراقبت درمانی یا دارو تحت پوشش است و شما از مقرارت برای دریافت آن پیروی کرده‌اید، ما سهم خود از هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده باشید، ما یک چک را برای سهم خود از هزینه برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هزینه خدمات یا دارو را هنوز پرداخت نکرده‌اید، ما مستقیماً به ارائه‌کننده پرداخت خواهیم کرد.
- ◀ فصل 3 مقررات دریافت خدمات تحت پوشش شما را توصیف می‌کند. فصل 5 مقررات مربوط به دریافت داروهای نسخه دار Medicare بخش D تحت پوشش را توصیف می‌کند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- اگر تصمیم بگیریم که سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت نکنیم، نامه‌ای را برای شما ارسال می‌کنیم که دلیل آن را توصیف خواهد کرد. این نامه حقوق شما را نیز در مورد اقامه استیناف توصیف خواهد کرد.
- ◀ برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد تصمیمات مربوط به پوشش به فصل 9 مراجعه کنید.

D. می‌توانید اقامه استیناف کنید

- اگر فکر می‌کنید که در عدم قبول درخواست شما برای پرداخت هزینه اشتباهی مرتکب شده ایم، می‌توانید از ما بخواهید که تصمیم خود را تغییر دهیم. این کار اقامه استیناف خوانده می‌شود. اگر با مبلغی که پرداخت می‌کنید موافق نیستید نیز می‌توانید اقامه استیناف کنید.
- ◀ روال استیناف یک روال رسمی با فرایندهای مشروح و مهلت‌های مهم می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استیناف، به فصل 9 مراجعه کنید.
 - اگر می‌خواهید در مورد بازپرداخت برای خدمات مراقبت درمانی استیناف کنید، به صفحه 174 مراجعه کنید.
 - اگر می‌خواهید در مورد بازپرداخت برای دارو استیناف کنید، به صفحه 189 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 8: حقوق قانونی و مسئولیت های شما

فهرست مندرجات

114	مقدمه
114	A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده می‌کند
126	B. ما باید در تمامی اوقات با عزت، بی‌طرفی و احترام با شما رفتار کنیم
127	C. ما باید تضمین کنیم که شما دسترسی به موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش را پیدا می‌کنید
127	D. ما باید از اطلاعات درمانی شخصی شما محافظت کنیم
128	نحوه محافظت ما از اطلاعات درمانی شما
128	شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کنید
128	E. ما باید اطلاعات در مورد برنامه درمانی ما، شبکه ارائه‌کنندگان ما و خدمات تحت پوشش شما را در اختیارتان قرار دهیم
130	F. شبکه ارائه‌کنندگان نمی‌توانند به طور مستقیم برای شما صورتحساب بفرستند
130	G. شما حق دارید که برنامه Cal MediConnect ما را در هر زمان ترک کنید
130	H. شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید
130	شما حق دارید از گزینه‌های درمانی خود آگاه بوده و در مورد مراقبت درمانی‌تان تصمیم بگیرید
131	شما حق دارید بگویید اگر نمی‌توانید در مورد مراقبت درمانی از خودتان تصمیم بگیرید می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد
131	اگر دستورالعمل‌های شما مراعات نشوند چکار کنید
132	I. شما حق دارید که شکایت کنید و از ما بخواهید که در مورد تصمیماتی که اتخاذ کرده ایم تجدید نظر کنیم
132	اگر عقیده دارید که به طور ناعادلانه با شما رفتار شده یا به حقوق شما احترام گذاشته نشده است چکار کنید
132	نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما
133	J. شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی مسئولیت‌هایی نیز دارید

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مقدمه

این فصل شامل حقوق و مسئولیت های شما به عنوان عضو برنامه درمانی می باشد. ما باید به حقوق شما احترام بگذاریم.

شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده می کند

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

- ➔ To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- ➔ Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you would like Health Net Cal MediConnect to send you member materials on an ongoing basis in other formats, such as braille or large print, or in a language other than English, please contact Member Services. Tell Member Services that you would like to place a standing request to get your material in another format or language.
- ➔ You can also get this handbook in the following languages for free simply by calling Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.
 - Arabic
 - Armenian
 - Cambodian
 - Chinese
 - Farsi
 - Korean
 - Russian
 - Spanish
 - Tagalog
 - Vietnamese
- If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, seven days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

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



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 التايلاندية
- 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.

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 *անզլերենից 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 անզլերենից 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 Տազալոզ
 - 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 սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m-ը:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ➔ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នកបានជាកាសាផ្សេងៗ។
- ➔ គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាខ្សែអាត់សំឡេង។ បើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យ Health Net Cal MediConnect ផ្ញើឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាសមាជិក។ ប្រាប់ដល់សេវាសមាជិកថាលោកអ្នកចង់ដាក់សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាទៅតាមជម្រើសរបស់លោកអ្នក។
- ➔ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាដូចខាងក្រោម ឥតគិតថ្លៃដោយគ្រាន់តែទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ដែលបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់
 - ភាសាអារ៉ាប់
 - ភាសាអាមេនី
 - ភាសាខ្មែរ
 - ភាសាចិន
 - ភាសាហ្វាស៊ី
 - ភាសាកូរ៉េ
 - ភាសារុស្ស៊ី
 - ភាសាអេស្ប៉ាញ
 - ភាសាកាតាឡុក
 - ភាសាវៀតណាម

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- ➔ **ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទំនាក់**

ទំនាក់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711), ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់។

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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。

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه درمانی ما دارید را به شما بگوئیم.

← برای دریافت اطلاعات به روشی که می توانید درک کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اختصاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های مختلف پاسخ دهند.

← برنامه درمانی ما مطالب و نشریات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز ارائه می کند. اگر می خواهید که Health Net Cal MediConnect مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به طور متداوم به سایر فرمت ها از قبیل بریل یا چاپ درشت، یا به زبانی به غیر از انگلیسی برای شما ارسال دارد، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. به خدمات اعضا بگوئید که می خواهید یک درخواست جاری را ارائه کنید تا مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به فرمت یا زبان دیگری دریافت کنید.

← توسط تماس با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب، می توانید این کتابچه را نیز به طور رایگان به زبان های زیر دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

← اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه ما با مشکلاتی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای اطلاعات مربوط به تسلیم شکایت به Medi-Cal، لطفاً از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب با خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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

당사는 반드시 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 보험 플랜의 혜택 및 귀하의 권리를 알려드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- ➔ 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 회원서비스부로 전화해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- ➔ 당사 플랜은 영어 이외의 *다른 언어 및 대형 인쇄체*, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect로 하여금 항상 회원 정보 자료를 점자, 대형 인쇄체, 혹은 영어 이외의 다른 언어로 된 대체 형식으로 우송해 드리길 원하시면 회원서비스부로 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 항상 대체 형식 또는 다른 언어로 받기 위한 지속 요청을 신청하고자 한다고 회원서비스부 담당자에게 밝혀주십시오.
- ➔ 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화하여 본 안내서를 다음 언어로 받아보실 수도 있습니다.
 - 아라비아어
 - 아르메니아어
 - 캄보디아어
 - 중국어
 - 페르시아어
 - 한국어
 - 러시아어
 - 스페인어
 - 타갈로그어
 - 베트남어
- ➔ 언어 문제 또는 장애로 인해 당사 보험 플랜으로부터 정보를 얻는데 곤란을 겪고 있어 불만을 제기하고 싶으시면 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. 연중무휴 24시간 항시 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대해 좀 더 알고 싶으시면 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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, 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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
 - 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.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



ما باید در تمامی اوقات با عزت، بی طرفی و احترام با شما رفتار کنیم

ما باید از قوانینی که از شما در مقابل تبعیض یا رفتار غیر عادلانه محافظت می کنند پیروی کنیم. ما به هر کدام از دلایل زیر علیه اعضا تبعیض قائل نمی شویم:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------|
| سن | تاریخچه پزشکی |
| استینافها | توانایی ذهنی |
| رفتار | ناتوانی روانی یا جسمانی |
| تجربه اقامه دعوی | اصلیت ملی |
| ملیت | نژاد |
| مدرک قابلیت بیمه | دریافت مراقبت درمانی |
| اطلاعات ژنتیک | مذهب |
| هویت جنسی | جنسیت |
| مکان جغرافیایی در محدوده منطقه خدماتی | گرایش جنسی |
| وضعیت درمانی | استفاده از خدمات |

تحت مقررات برنامه درمانی ما، شما حق دارید که از هرگونه مانع یا انزوا در امان باشید که ممکن است به عنوان ابزاری برای اعمال تهدید و اجبار، زور، تأدیب، راحتی یا انتقام جویی استفاده شود.

ما نمی توانیم خدمات را از شما سلب کرده یا شما را برای اعمال حقوق خود مجازات کنیم.

← برای کسب اطلاعات بیشتر یا در صورتی که در مورد تبعیض یا رفتار غیر عادلانه نگرانی هایی دارید، با دفتر حقوق مدنی اداره خدمات درمانی و انسانی به شماره (TDD 1-800-537-7697) 1-800-368-1019 تماس بگیرید. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از <http://www.hhs.gov/ocr/office/> بازدید کنید.

← همچنین می توانید با دفتر محلی حقوق مدنی تماس بگیرید.

← Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Phone Number 1-800-368-1019
FAX 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

← اگر معلولیتی دارید یا برای دسترسی به مراقبت کننده یا ارائه کننده به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر شکایتی دارید، از قبیل مشکل دسترسی با صندلی چرخدار، خدمات اعضا می تواند کمک کند.

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



ما باید تضمین کنیم که شما دسترسی به موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش را پیدا می کنید

اگر نمی توانید برای دریافت خدمات تحت پوشش وقت ویزیت به موقع بگیرید و به نظر پزشک شما نباید بیشتر برای ویزیت صبر کنید، می توانید با مرکز خدمات اعضا Health Net's Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است و آن ها می توانند به شما کمک کنند. اگر نمی توانید خدمات را در ظرف مدت قابل قبولی دریافت کنید، ما باید هزینه مراقبت خارج از شبکه را پرداخت کنیم.

به عنوان عضوی در برنامه درمانی ما:

- شما حق دارید که یک ارائه کننده اصلی مراقبتهای درمانی (PCP) را در شبکه ما انتخاب کنید. ارائه کننده شبکه ارائه کننده ای است که با ما همکاری دارد.
- « برای کسب اطلاعات در مورد پزشکانی که بیمار جدید قبول می کنند با خدمات اعضا تماس گرفته یا در فهرست ارائه کنندگان و داروخانه ها جستجو کنید.
- زنان حق دارند بدون دریافت ارجاع نزد متخصص بیماریهای زنان یا متخصص بهداشت زنان دیگری بروند. ارجاع یک سفارش کتبی از سوی ارائه کننده اصلی مراقبتهای درمانی شما می باشد.
- شما حق دارید که خدمات تحت پوشش را از ارائه کنندگان شبکه در محدوده زمانی قابل قبول دریافت کنید.
- « این موضوع شامل حق دریافت به موقع خدمات از سوی متخصصین می باشد.
- شما حق دارید که خدمات اضطراری یا مراقبتی که نیاز مبرم دارد را بدون اجازه قبلی دریافت کنید.
- شما حق دارید که نسخه هایتان در هر یک از داروخانه های شبکه ما بدون تأخیرات طولانی پیچیده شوند.
- شما حق دارید از زمانیکه می توانید نزد ارائه کننده خارج از شبکه بروید آگاه شوید. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه کنندگان خارج از شبکه، به فصل 3 مراجعه کنید.
- هنگامی که ابتدا عضو برنامه درمانی ما می شوید، شما حق دارید که ارائه کنندگان و اجازه های خدماتی فعلی خود را برای حداکثر 12 ماه نگه دارید در صورتی که شرایط خاصی برآورده شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نگه داشتن ارائه کنندگان و اجازه های خدماتی خود، به فصل 1 مراجعه کنید.
- شما حق دارید مراقبت را با کمک گروه مراقبتی و هماهنگ کننده مراقبت خودتان اداره کنید.

فصل 9، اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می دهد در مورد اینکه اگر فکر می کنید خدمات یا داروها را در مدت زمان قابل قبول دریافت نمی کنید چکار می توانید بکنید. فصل 9 نیز اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می دهد در مورد اینکه اگر پوشش برای خدمات یا داروهای شما را قبول نکردیم و شما با تصمیم ما موافق نیستید چکار می توانید بکنید.

ما باید از اطلاعات درمانی شخصی شما محافظت کنیم

ما از اطلاعات درمانی شخصی شما بنابر الزامات قوانین فدرال و ایالتی محافظت می کنیم.

- اطلاعات درمانی شخصی شما شامل اطلاعاتی می شود که در هنگام عضویت در این برنامه درمانی در اختیار ما قرار می دهید. همچنین شامل پرونده های پزشکی شما و سایر اطلاعات پزشکی و درمانی می شود.

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



- شما حق دارید که اطلاعاتی را دریافت کنید و نحوه استفاده از اطلاعات درمانی خود را کنترل کنید. ما یک اعلامیه کتبی را به شما می دهیم که اطلاعاتی را در مورد این حقوق به شما داده و نحوه حفاظت از محرمانگی اطلاعات درمانی شما را توصیف می کند. این اعلامیه "سیاست حفظ اسرار" خوانده می شود.

نحوه محافظت ما از اطلاعات درمانی شما

- ما مطمئن می شویم که اشخاص غیرمجاز پرونده های شما را مشاهده نکرده یا تغییر ندهند.
- ما در بیشتر موارد، اطلاعات درمانی شما را به شخصی نمی دهیم که مراقبت شما را ارائه نمی کند یا هزینه مراقبت شما را نمی پردازد. اگر چنین کاری را بکنیم، لازم است که ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. اجازه کتبی را شما یا فردی که قدرت قانونی تصمیم گیری برای شما دارد را می توانید بدهید.
- موارد خاصی وجود دارد که لزومی ندارد ابتدا اجازه کتبی شما را دریافت کنیم. قانون اینگونه استثنای را اجازه داده یا لازم می داند.
 - « لازم است که اطلاعات درمانی را در اختیار سازمان های دولتی قرار دهیم که بر روی کیفیت مراقبتی ما نظارت دارند.
 - « لازم است که اطلاعات درمانی را براساس حکم دادگاه در میان بگذاریم.
 - « لازم است که اطلاعات درمانی و دارویی شما را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات شما را برای منظورات پژوهشی یا سایر موارد استفاده در میان بگذارد، اینکار برطبق قوانین فدرال انجام خواهد شد. اگر اطلاعات شما را با Medi-Cal در میان بگذاریم، این کار نیز طبق قوانین فدرال و ایالتی انجام خواهد شد.

شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کنید

- شما حق دارید که سابقه پزشکی خود را مشاهده کرده و از پرونده های خود رونوشت بگیرید. ما اجازه داریم که برای رونوشت گرفتن از سابقه پزشکی از شما هزینه ای را دریافت کنیم.
 - شما حق دارید که از ما بخواهید سابقه پزشکی شما را بروزآوری یا تصحیح کنیم. اگر از ما بخواهید که اینکار را بکنیم، ما با ارائه کننده مراقبت های درمانی شما همکاری کرده تا تصمیم بگیریم که آیا تغییرات باید انجام شوند.
 - شما حق دارید از اینکه آیا اطلاعات درمانی شما در اختیار دیگران قرار گرفته و نحوه انجام اینکار آگاه شوید. اگر سؤالات یا نگرانی هایی در مورد رازداری اطلاعات درمانی شخصی خود دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اطلاعیه روال محرمانگی ما در بخش 11 از فصل 11 آمده است.

ما باید اطلاعات در مورد برنامه درمانی ما، شبکه ارائه کنندگان ما و خدمات تحت پوشش شما را در اختیارتان قرار دهیم

به عنوان عضوی در Health Net Cal MediConnect، شما حق دارید که اطلاعاتی را از ما دریافت کنید. اگر به انگلیسی تکلم نمی کنید، ما خدمات مترجم شفاهی را برای پاسخگویی به هرگونه سؤالاتی که ممکن است در مورد برنامه درمانی ما داشته باشید ارائه می کنیم. برای دریافت مترجم شفاهی با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این خدمات برای شما رایگان می باشند. می توانید این دفترچه را به زبان های زیر نیز به طور رایگان دریافت کنید:

• عربی

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

می‌توانیم اطلاعات را به صورت بریل، چاپ درشت یا صوتی نیز در اختیار شما قرار دهیم.

اگر به هرکدام از اطلاعات زیر نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید:

- **اطلاعات در مورد نحوه انتخاب یا تغییر برنامه‌های درمانی**
- **اطلاعات در مورد برنامه درمانی ما، از جمله:**

« اطلاعات مالی

« ارزیابی اعضای برنامه درمانی از خدمات ما

« تعداد استیناف های اقامه شده توسط اعضا

« نحوه ترک برنامه درمانی ما

- **اطلاعات در مورد شبکه ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های شبکه، از جمله:**

« نحوه انتخاب یا تغییر ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی

« صلاحیت ارائه‌کنندگان و داروخانه های شبکه ما

« نحوه پرداخت دستمزد به ارائه‌کنندگان در شبکه ما

- **اطلاعات در مورد خدمات و داروهای تحت پوشش و در مورد مقرراتی که باید پیروی کنید، از جمله:**

« خدمات و داروهای تحت پوشش برنامه درمانی ما

« محدودیت های پوشش و داروهای شما

« مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات کنید

- **اطلاعات در مورد دلیل عدم پوشش یک مورد و درباره آن چکار می‌توانید بکنید، از جمله:**

« درخواست از ما برای ارائه دلیل کتبی عدم پوشش یک مورد

« درخواست از ما برای ایجاد تغییر در تصمیمی که اتخاذ کرده ایم

« درخواست از ما برای پرداخت صورتحسابی که دریافت کرده‌اید

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شبکه ارائه کنندگان نمی توانند به طور مستقیم برای شما صورتحساب بفرستند

پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه کنندگان در شبکه ما نمی توانند شما را وادار کنند که هزینه ای را برای خدمات تحت پوشش بپردازید. همچنین اگر ما کمتر از آنچه ارائه کننده مطالبه کرده را بپردازیم، نمی توانند از شما هزینه ای را اخذ کنند. برای کسب اطلاعات در مورد اینکه اگر ارائه کننده شبکه تلاش کند هزینه ای را برای خدمات تحت پوشش از شما اخذ کند چکار کنید، به فصل 7 مراجعه کنید.

شما حق دارید که برنامه Cal MediConnect ما را در هر زمان ترک کنید

اگر نمی خواهید هیچکس نمی تواند شما را وادار کند که در برنامه درمانی ما باقی بمانید. می توانید برنامه درمانی ما را در هر زمان ترک کنید. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند. شما حق دارید که بیشتر خدمات مراقبت درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه Medicare Advantage دریافت کنید. شما می توانید مزایای داروی نسخه دار Medicare بخش D را از برنامه داروی نسخه دار یا از برنامه Medicare Advantage دریافت کنید. مزایای Medi-Cal شما همچنان از طریق Health Net Community Solutions, Inc. عرضه خواهند شد مگر اینکه تصمیم بگیرید برنامه درمانی متفاوتی را که در این کانتی موجود است انتخاب کنید.

▪ لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد ترک برنامه درمانی ما به فصل 10 مراجعه کنید.

شما حق دارید در مورد مراقبت درمانی خود تصمیم بگیرید

شما حق دارید از گزینه های درمانی خود آگاه بوده و در مورد مراقبت درمانی تان تصمیم بگیرید

شما حق دارید که اطلاعات کامل را از پزشکان خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی در هنگام دریافت خدمات دریافت کنید. ارائه کنندگان شما باید بیماری ها و گزینه های درمانی شما را به صورتی توصیف کنند که برای شما قابل فهم باشد.

- از گزینه های خود آگاه باشید. شما حق دارید که از همه انواع مداوا آگاه باشید.
- از خطرات آگاه باشید. شما حق دارید که از هرگونه خطرات موجود آگاه شوید. اگر خدمات یا مداوایی بخشی از تجربه پژوهشی را تشکیل می دهد باید از قبل به آگاهی شما برسند. شما حق دارید که مداوای تجربی را قبول نکنید.
- می توانید نظر ثانوی دریافت کنید. شما حق دارید که قبل از اتخاذ تصمیم در مورد مداوا نزد پزشک دیگری بروید.
- می توانید پاسخ «نه» بدهید. شما حق دارید که هرگونه مداوایی را قبول نکنید. این موضوع شامل ترک بیمارستان یا مرکز پزشکی دیگری می شود، حتی اگر پزشک شما برخلاف آن توصیه کند. شما همچنین حق دارید که از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید. اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف داروی تجویز شده خودداری کنید، از برنامه درمانی ما کنار گذاشته نخواهید شد. ولی اگر مداوا را قبول نکنید یا از مصرف دارو خودداری کنید، شما مسئولیت کامل آنچه برایتان پیش می آید را به عهده می گیرید.
- شما می توانید از ما بخواهید توضیح دهیم که چرا ارائه کننده قبول نکرد مراقبت ارائه کند. شما حق دارید در صورتی که ارائه کننده قبول نکرده است مراقبتی را ارائه کند که عقیده دارید باید دریافت کنید از ما توضیح بخواهید.
- شما حق دارید که برای پوشش خدمات یا دارویی که ارائه نشده یا معمولاً تحت پوشش نیست از ما درخواست کنید. این موضوع «تصمیم پوشش» خوانده می شود. فصل 9 نحوه درخواست از برنامه درمانی برای تصمیم در مورد پوشش را توصیف می کند.

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



شما حق دارید بگویید اگر نمی توانید در مورد مراقبت درمانی خودتان تصمیم بگیرید می خواهید چه اتفاقی بیفتد

گاهی اوقات اشخاص نمی توانند در مورد مراقبت درمانی از خودشان تصمیم بگیرند. قبل از اینکه چنین چیزی برایتان پیش بیاید، می توانید:

- یک فرم کتبی را پر کنید که به فردی حق می دهد در مورد مراقبت درمانی برای شما تصمیم بگیرد.
- به پزشکان خود دستورات کتبی بدهید در مورد اینکه اگر نتوانید برای خودتان تصمیم بگیرید می خواهید چطور به مراقبت درمانی شما رسیدگی کنند.

این سند قانونی که می توانید برای ارائه دستورات خود از آن استفاده کنید فرم دستورات پیشرفته خوانده می شود. انواع مختلفی از فرم دستورات پیشرفته وجود دارد و اسامی مختلفی دارند. نمونه هایی از جمله وصیت انتهایی حیات و وکالت نامه برای مراقبت درمانی.

لزومی ندارد که از فرم دستورات پیشرفته استفاده کنید ولی در صورت تمایل می توانید اینکار را بکنید. این کار را بکنید:

- فرم را دریافت کنید. می توانید فرم را از پزشکان، وکیل یا سازمان خدمات حقوقی، یک مددکار اجتماعی دریافت کنید؛ سازمان هایی که اطلاعاتی را به اشخاص در مورد Medicare یا Medi-Cal می دهند، از قبیل HICAP (برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی) نیز ممکن است فرم های دستورات پیشرفته را داشته باشند.
 - فرم را پر کرده و امضاء کنید. این فرم یک سند قانونی می باشد. عقیده خوب است که از یک وکیل برای تهیه و تنظیم آن کمک بگیرید.
 - نسخه هایی از آن را به اشخاصی بدهید که لازم است از آن آگاه باشند. باید یک نسخه از این فرم را به پزشکان بدهید. همچنین باید نسخه از آنرا به شخصی بدهید که انتخاب کرده اید برای شما تصمیم گیری کند. همچنین ممکن است بخواهید که نسخه هایی از آنرا به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده بدهید. حتماً یک نسخه از آنرا در خانه نگه دارید.
 - اگر قرار است در بیمارستان بستری شوید و فرم دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.
 - بیمارستان از شما خواهد پرسید که آیا فرم دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید و آیا آنرا به همراه دارید.
 - اگر فرم دستورات پیشرفته را امضاء نکرده باشید، بیمارستان فرم هایی را در اختیار دارد و از شما سؤال خواهد کرد که آیا می خواهید آنرا امضاء کنید.
- فراموش نکنید که این تصمیم شماست که فرم دستورات پیشرفته را پر کنید یا نکنید.

اگر دستورالعمل های شما مراعات نشوند چکار کنید

اگر فرم دستورات پیشرفته را امضاء کرده اید و عقیده دارید که پزشک یا بیمارستان از دستورالعمل های آن پیروی نکرده اند، می توانید شکایتی را به دفتر محلی حقوق مدنی خود تسلیم کنید.

Office for Civil Rights
سازمان بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

شماره تلفن (TDD: 1-800-537-7697) 1-800-368-1019 است.

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



شما حق دارید که شکایت کنید و از ما بخواهید که در مورد تصمیماتی که اتخاذ کرده ایم تجدید نظر کنیم

فصل 9 به شما می گوید که اگر مشکلات یا نگرانی هایی در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود دارید چکار کنید. برای مثال می توانید از ما بخواهید که در مورد پوشش تصمیم بگیریم، برای ایجاد تغییرات در تصمیم پوششی اقامه استیناف کنید یا شکایت کنید.

شما حق دارید که اطلاعاتی را در مورد استیناف ها و شکایاتی که سایر اعضا بر علیه برنامه درمانی ما اقامه کرده اند دریافت کنید. برای دریافت این اطلاعات با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر عقیده دارید که به طور ناعادلانه با شما رفتار شده یا به حقوق شما احترام گذاشته نشده است چکار کنید

اگر عقیده دارید که به طور ناعادلانه با شما رفتار شده — و این موضوع مربوط به تبعیض نمی شود به دلایلی که در صفحه 152 ذکر شد — می توانید به این روش ها کمک دریافت کنید:

- می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - می توانید با برنامه محلی مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. برای جزئیات در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
 - می توانید با برنامه بازرسی Cal MediConnect تماس بگیرید. برای جزئیات در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

نحوه دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما

چندین روش برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد حقوق شما وجود دارد:

- می توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- می توانید با برنامه محلی مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. برای جزئیات در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می توانید با برنامه بازرسی Cal MediConnect تماس بگیرید. برای جزئیات در مورد این سازمان و نحوه تماس با آن، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می توانید با Medicare تماس بگیرید.

« می توانید برای مطالعه یا دانلود «حقوق و محافظت های Medicare» از وبسایت Medicare بازدید کنید. (به <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf> مراجعه کنید.)

« یا می توانید در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس حاصل فرمایید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

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



شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی مسئولیت هایی نیز دارید

- به عنوان عضوی از برنامه درمانی، شما مسئول هستید که اقدامات زیر را انجام دهید. اگر سؤالاتی دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- **دفترچه اطلاعاتی اعضا را برای کسب اطلاعات در مورد موارد تحت پوشش و مقرراتی که باید برای دریافت خدمات و داروهای تحت پوشش مراعات شوند مطالعه کنید.**
 - « برای جزییات مربوط به خدمات تحت پوشش، به فصل های 3 و 4 مراجعه کنید. این فصل ها موارد تحت پوشش، مواردی که تحت پوشش نیستند، مقرراتی که لازم است تبعیت کنید و مبلغی که پرداخت می کنید را برای شما توصیف می کنند.
 - « برای جزییات مربوط به داروهای تحت پوشش، به فصل های 5 و 6 مراجعه کنید.
 - **هرگونه پوشش درمانی یا داروی نسخه دار دیگری که دارید را به اطلاع ما برسانید.** هنگامی که مراقبت درمانی دریافت می کنید، ما ملزم هستیم اطمینان حاصل کنیم که شما دارید از تمام گزینه های پوشش خود استفاده می کنید. در صورت داشتن پوشش دیگر لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید.
 - **به پزشک خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی بگویید که در برنامه درمانی ما عضو هستید.** هر زمان که خدمات یا دارو دریافت می کنید، کارت شناسایی عضویت خود را نشان دهید.
 - **به پزشکان خود و سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی کمک کنید تا بهترین مراقبت را در اختیار شما قرار دهند.**
 - « اطلاعاتی که در مورد شما و بهداشت شما لازم دارند در اختیارشان قرار دهید. تا جاییکه ممکن است با مشکلات درمانی خود آشنا شوید. برنامه ها و دستورالعمل های درمانی را که شما و ارائه کنندگان شما با آنها موافق هستید مراعات کنید.
 - « مطمئن شوید که پزشکان شما و سایر ارائه کنندگان از همه داروهایی که مصرف می کنید آگاهی دارند. این موضوع شامل داروهای نسخه دار، داروهای بدون نسخه، ویتامین ها و مکمل های غذایی می شود.
 - « اگر سؤالاتی دارید، حتماً بپرسید. پزشکان شما و سایر ارائه کنندگان باید موضوعات را به صورتی برای شما توضیح دهند که بتوانید درک کنید. اگر سؤال کردید و پاسخ برایتان قابل درک نیست، دوباره سؤال کنید.
 - **ملاحظه گر باشید.** ما انتظار داریم که همه اعضای ما به حقوق سایر بیماران احترام بگذارند. همچنین انتظار داریم که در مطب پزشک خود، بیمارستان و مطب سایر ارائه کنندگان با احترام رفتار کنید.
 - **آنچه بدهکار هستید را پرداخت کنید.** به عنوان عضوی در برنامه درمانی، شما برای پرداخت این هزینه ها مسئول هستید:
 - « حق بیمه های Medicare بخش A و Medicare بخش B برای بیشتر اعضای Health Net Cal MediConnect، حق بیمه های بخش A و بخش B شما را پرداخت می کند.
 - « اگر با برنامه Medi-Cal در هزینه های سهم هستید، قبل از اینکه Health Net Cal MediConnect هزینه خدمات تحت پوشش شما را بپردازد، نسبت به پرداخت مبلغی از هزینه که در آن سهم هستید، مسئول خواهید بود.
 - « برای برخی داروهای تحت پوشش برنامه درمانی، شما باید سهم خود از هزینه را در هنگام دریافت دارو بپردازید. سهم بیمه شده ای (مبلغی ثابت) باید پرداخت شود. فصل 6 اطلاعاتی را در مورد هزینه ای که برای داروهای خود باید بپردازید ارائه می کند.
 - « اگر خدمات یا داروهایی را دریافت کنید که تحت پوشش برنامه درمانی ما نباشند، باید هزینه کامل را پرداخت کنید.
 - ◀ **اگر با تصمیم ما در مورد پوشش خدمات یا دارو موافق نیستید، می توانید اقامه استیناف کنید.** برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف، به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- در صورت نقل مکان به ما اطلاع دهید. اگر قرار است نقل مکان کنید، اهمیت دارد که فوراً به ما اطلاع دهید. با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- « اگر به خارج از منطقه خدماتی ما بروید، نمی‌توانید در این برنامه درمانی باقی بمانید. تنها اشخاصی که در این منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند خدمات Health Net Cal MediConnect را در مورد منطقه خدماتی ما ارائه می‌کند. ما می‌توانیم به شما کمک کنیم مشخص کنید که آیا به خارج منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید. در طول دوره عضویت ویژه، می‌توانید به Medicare اصلی تغییر داده یا در برنامه درمانی یا داروی نسخه دار Medicare در محل جدید خود عضو شوید. می‌توانیم به شما بگوییم که آیا یک برنامه درمانی در منطقه جدید شما داریم. همچنین مطمئن شوید که نشانی جدید خود را در هنگام نقل مکان در اختیار Medicare و Medi-Cal قرار دهید. برای شماره تلفن های Medicare و Medi-Cal به فصل 2 مراجعه کنید.
- « اگر در داخل منطقه خدماتی ما نقل مکان می‌کنید، باز هم لازم است که آگاه شویم. لازم است که سابقه عضویت شما را به روز نگه داشته و بدانیم که چطور با شما تماس بگیریم.
- اگر سوال یا نگرانی‌ای دارید برای دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی دارید چه کار کنید (تصمیمات پوششی، استیناف‌ها و شکایات)

این فصل درباره چیست؟

این فصل حاوی اطلاعاتی در مورد حقوق شماست این فصل را برای کسب اطلاعات در موارد زیر مطالعه کنید:

- شما در مورد برنامه درمانی خود شکایتی دارید.
- شما به خدمات، اقلام یا دارویی نیاز دارید که برنامه درمانی شما گفته که پوشش نخواهد داد.
- شما با تصمیمی که برنامه درمانی شما در مورد مراقبت از شما گرفته موافق نیستید.
- شما فکر می‌کنید که خدمات تحت پوشش شما خیلی زود تمام می‌شوند.
- شما مشکل یا شکایتی در مورد خدمات و حمایت‌های بلندمدت شامل برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP)، خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS) و خدمات مراکز پرستاری (NF) دارید.

اگر مشکل یا نگرانی‌ای دارید، کفایت بخش‌هایی از این فصل که به موقعیت شما مربوط می‌شوند را مطالعه کنید. این فصل به بخش‌های مختلف تقسیم شده است تا به راحتی مطالب مورد نظر خود را پیدا کنید.

اگر در مورد خدمات و حمایت‌های درمانی یا بلند مدت خود با مشکلی مواجه هستید

شما باید مراقبت درمانی، داروها و خدمات و حمایت‌های بلندمدتی که پزشک و سایر ارائه‌کنندگان شما تشخیص داده‌اند برای مراقبت از شما به عنوان بخشی از برنامه مراقبتی لازم است را دریافت کنید. اگر در مورد مراقبت از خود با مشکلی مواجه هستید، می‌توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 برای دریافت کمک تماس بگیرید. این فصل در مورد گزینه‌های مختلفی که برای مشکلات و شکایات مختلف دارید توضیحاتی می‌دهد، اما همیشه می‌توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect برای دریافت راهنمایی در مورد مشکل خود تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فهرست مندرجات

- این فصل درباره چیست؟ 135
- اگر در مورد خدمات و حمایت های درمانی یا بلند مدت خود با مشکلی مواجه هستید 135
- بخش 1: مقدمه** 138
- بخش 1.1: اگر مشکلی دارید چکار کنید 138
- بخش 1.2: عبارات قانونی چطور؟ 138
- بخش 2: برای دریافت کمک با کجا تماس بگیرید** 138
- بخش 2.1: اطلاعات و کمک بیشتر را از کجا دریافت کنید 138
- بخش 3: مشکلات مربوط به مزایای شما** 139
- بخش 3.1: آیا باید از روال تصمیمات و استیناف های پوششی استفاده کنید؟ یا می خواهید شکایتی را تسلیم کنید؟ 139
- بخش 4: تصمیمات پوشش و استیناف ها** 140
- بخش 4.1: مروری بر تصمیمات و استیناف های مربوط به پوشش 140
- بخش 4.2: دریافت کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و استیناف های مربوط به پوشش 140
- بخش 4.3: کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟ 141
- بخش 5: مشکلات مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D)** 142
- بخش 5.1: چه هنگام از این بخش استفاده کنید 142
- بخش 5.2: درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش 143
- بخش 5.3: مرحله 1 استیناف برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D) 146
- بخش 5.4: مرحله 2 استیناف برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D) 150
- بخش 5.5: مشکلات مربوط به پرداخت هزینه 154
- بخش 6: داروهای بخش D** 155
- بخش 6.1: اگر در دریافت داروی بخش D با مشکلاتی مواجه هستید یا می خواهید که هزینه داروی بخش D را به شما بازپرداخت کنیم چکار کنید 155
- بخش 6.2: استئنا چیست؟ 156

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



- بخش 6.3: نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استیناف دانست 157
- بخش 6.4: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد داروی بخش D یا بازپرداخت برای داروی بخش D، شامل استیناف 158
- بخش 6.5: مرحله 1 استیناف برای داروهای بخش D 161
- بخش 6.6: مرحله 2 استیناف برای داروهای بخش D 163
- بخش 7: درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان 164**
- بخش 7.1: کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما 164
- بخش 7.2: استیناف مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان 165
- بخش 7.3: استیناف مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان 167
- بخش 7.4: اگر مهلت استیناف سپری شود چه اتفاقی می افتد؟ 168
- بخش 8: اگر فکر می کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می کنند چکار کنید 170**
- بخش 8.1: ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد 170
- بخش 8.2: مرحله 1 استیناف برای ادامه مراقبت شما 170
- بخش 8.3: مرحله 2 استیناف برای ادامه مراقبت شما 173
- بخش 8.4: اگر مهلت برای اقامه استیناف مرحله 1 سپری شود چطور؟ 174
- بخش 9: مرحله بعد از مرحله 2 برای استیناف شما 175**
- بخش 9.1: مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medicare 175
- بخش 9.2: مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal 176
- بخش 10: نحوه تسلیم شکایت 176**
- بخش 10.1: شکایات داخلی 178
- بخش 10.2: شکایات خارجی 179

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 1: مقدمه**بخش 1.1: اگر مشکلی دارید چکار کنید**

اگر با برنامه درمانی یا خدمات یا پرداخت هزینه مشکلی دارید، این فصل به شما می‌گوید که چه کار کنید. این فرایندها را Medicare و Medi-Cal تصویب کرده‌اند. هر فرایند شامل مجموعه‌ای از مقررات، روال‌ها و مهلت‌هایی می‌باشد که باید توسط ما و توسط شما تبعیت شوند.

بخش 1.2: عبارات قانونی چطور؟

عبارات قانونی مشکلی برای برخی از مقررات و مهلت‌ها در این فصل وجود دارند. درک بسیاری از این عبارات ممکن است مشکل باشد، بنابراین ما از کلمات ساده‌تری به جای برخی عبارات قانونی استفاده کرده‌ایم. ما تا حد ممکن از حروف اختصاری استفاده نمی‌کنیم. برای مثال، خواهیم گفت:

- «شکایت کردن» به جای «تسلیم یک نارضایتی»
- «تصمیم پوششی» به جای «تشخیص سازمانی» یا «تشخیص پوشش»
- «تصمیم پوششی سریع» به جای «تشخیص تسریع شده»

آشنایی با عبارات قانونی مناسب ممکن است به شما در برقراری ارتباطات واضح و روشن کمک کند، بنابراین آن عبارات را نیز ارائه می‌کنیم.

بخش 2: برای دریافت کمک با کجا تماس بگیرید**بخش 2.1: اطلاعات و کمک بیشتر را از کجا دریافت کنید**

گاهی اوقات شروع یا پیگیری روال رسیدگی به مشکل ممکن است موجب سردرگمی شود. این موضوع مخصوصاً ممکن است که اگر حالتان خوب نباشد یا انرژی محدود داشته باشید صادق باشد. در موارد دیگر ممکن است دانش کافی را برای انجام مرحله بعدی نداشته باشید.

شما می‌توانید از برنامه بازرس کل Cal MediConnect کمک دریافت کنید

اگر به کمک نیاز دارید، همیشه می‌توانید با برنامه Cal MediConnect Ombuds Program تماس بگیرید. Cal MediConnect Ombuds Program می‌تواند به پرسش‌های شما پاسخ دهد و به شما در یافتن چگونگی حل مشکلات خود کمک کند. برنامه Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد. آنها می‌توانند راهنمایی‌تان کنند که اطلاعات لازم برای استفاده از روندهای گوناگون را کسب کنید. برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره تلفن (TTY: 1-855-847-7914) 1-855-501-3077 می‌باشد. این خدمات رایگان هستند.

می‌توانید از برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی کمک دریافت کنید

می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) تماس بگیرید. مشاورین HICAP می‌توانند به سوالات شما پاسخ داده و به شما کمک کنند که بفهمید برای مدیریت مشکل خود چکار کنید. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی‌باشد. HICAP مشاورین کارآموزی دیده‌ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می‌باشند. شماره تلفن 1-800-434-0222 می‌باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



دریافت کمک از Medicare

شما می‌توانید برای دریافت کمک در مورد مسائل زیر مستقیماً با Medicare تماس بگیرید: در اینجا دو روش برای دریافت کمک ذکر می‌شود:

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. TTY: 1-877-486-2048. این تماس رایگان است.
- از تارنمای Medicare بازدید کنید (<http://www.medicare.gov>).

می‌توانید از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا کمک دریافت کنید

پاراگراف زیر تحت قانون بهداشت و ایمنی کالیفرنیا بخش 1368.02(b) یک واگذاری لازم اطلاعات است. در این پاراگراف، عبارت «نارضایتی» به معنی یک استیناف یا شکایت در مورد خدمات Medi-Cal می‌باشد.

California Department of Managed Health Care مسئول سازمان دهی به برنامه‌های خدمات درمانی است. اگر در مورد برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با برنامه درمانی خود به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. قبل از تماس با اداره سلسله مراتب اداری شکایات برنامه درمانیتان را طی کنید. استفاده از این روال شکایت، هیچگونه حق قانونی یا غرامت بالقوه‌ای را که می‌تواند در اختیارتان باشد از شما سلب نمی‌کند. اگر در رابطه با شکایتی که مربوط به مواقع اضطراری می‌شود، شکایتی که به طور رضایتبخش توسط برنامه درمانی تان حل و فصل نشده یا شکایتی که برای بیش از 30 روز حل نشده باقی مانده به کمک نیاز دارید، می‌توانید برای دریافت کمک با این سازمان تماس بگیرید. همچنین ممکن است برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) واجد شرایط باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، فرایند IMR یک بررسی بی‌طرفانه تصمیمات پزشکی اتخاذشده توسط برنامه درمانی در رابطه با نیاز پزشکی خدمات یا درمان‌های پیشنهاد شده، تصمیمات پوشش برای مددوآهانی که ماهیت تجربی و یا تحقیقاتی دارند و عدم توافق در مورد مبلغ پرداختی برای خدمات اضطراری یا فوری پزشکی ارائه خواهد کرد. این سازمان همچنین یک شماره تلفن مجانی (1-888-HMO-2219) و یک خط (1-877-688-9891) TDD برای اشخاصی دارد که مشکلات شنوایی و گفتاری دارند. وب سایت اینترنتی اداره به آدرس <http://www.hmohelp.ca.gov> حاوی فرم‌های شکایت، فرم‌های درخواست IMR و دستورالعمل‌های آنلاین می‌باشد.

بخش 3: مشکلات مربوط به مزایای شما

بخش 3.1: آیا باید از روال تصمیمات و استیناف‌های پوششی استفاده کنید؟ یا می‌خواهید شکایتی را تسلیم کنید؟

اگر مشکل یا نگرانی‌ای دارید، کفایت بخش‌هایی از این فصل که به موقعیت شما مربوط می‌شوند را مطالعه کنید. جدول زیر به شما کمک خواهد کرد که بخش صحیح این فصل را برای مشکلات یا شکایات پیدا کنید.

آیا مشکل یا نگرانی شما در مورد مزایای پوشش می‌باشد؟

(چند نمونه خاص عبارتند از: مشکلات مربوط به پوشش یا عدم پوشش مراقبت پزشکی خاص، خدمات و حمایت‌های بلند مدت یا داروهای نسخه دار، روشی که آنها تحت پوشش بوده و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت پزشکی یا داروهای نسخه دار.)

بله.	خیر.
مشکل من در مورد مزایای پوشش است.	مشکل من در مورد مزایای پوشش نیست.
به بخش 4، «تصمیمات و استیناف‌های مربوط به پوشش.» در صفحه 166 مراجعه کنید.	به بخش 10، «نحوه تسلیم شکایت.» در صفحه 210 بروید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 4: تصمیمات پوشش و استینافها

بخش 4.1: مروری بر تصمیمات و استینافهای مربوط به پوشش

روال درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و اقامه استیناف به مشکلات مربوط به مزایا و پوشش شما می‌پردازد. این روال شامل مشکلات مربوط به پرداخت هزینه نیز می‌شود. شما برای هزینه‌های Medicare به غیر از سهم بیمه شده بخش D مسئول نمی‌باشید.

تصمیم مربوط به پوشش چیست؟

تصمیم مربوط به پوشش یک تصمیم اولیه می‌باشد که در مورد مزایا یا پوشش شما می‌گیریم یا در مورد مبلغی که برای خدمات پزشکی، اقلام یا داروهای شما پرداخت خواهیم کرد. ما هر زمان که تصمیم بگیریم چه موردی برای شما تحت پوشش است و چه مقدار پرداخت می‌کنیم در مورد پوشش تصمیم‌گیری می‌کنیم.

اگر شما یا پزشک شما مطمئن نیستید که چه خدمات، اقلام یا دارویی تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal می‌باشند، هرکدام می‌توانید قبل از اینکه پزشک خدمات، اقلام یا دارو را ارائه کند در مورد پوشش تصمیم‌گیری کنید.

استیناف چیست؟

استیناف روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم می‌باشد. برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که خدمات، اقلام یا دارویی که می‌خواهید تحت پوشش نیست یا دیگر تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نمی‌باشد. اگر شما یا پزشک شما با تصمیم ما مخالف می‌باشید، می‌توانید اقامه استیناف کنید.

بخش 4.2: دریافت کمک و راهنمایی در مورد تصمیمات و استینافهای مربوط به پوشش

برای دریافت کمک و راهنمایی برای تصمیمات مربوط به پوشش یا اقامه استیناف با چه شخصی می‌توانم تماس بگیرم؟

می‌توانید از اشخاص زیر برای کمک و راهنمایی درخواست کنید:

- با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.
- برای دریافت کمک رایگان با برنامه بازرسی **Cal MediConnect Ombuds** تماس بگیرید. برنامه بازرسی کل **Cal MediConnect** به اشخاصی که در **Cal MediConnect** ثبت نام کرده اند در مورد مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-855-501-3077 است.
- برای دریافت کمک رایگان با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (**Health Insurance Counseling and HICAP Advocacy Program**) تماس بگیرید. **HICAP** یک سازمان مستقل می‌باشد. این سازمان به این برنامه وابستگی ندارد. شماره تلفن 1-800-434-0222 می‌باشد.
- برای دریافت راهنمایی رایگان با مرکز راهنمایی در سازمان هماهنگ خدمات درمانی (**DMHC**) تماس بگیرید. **DMHC** برای کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی مسئول است. **DMHC** به اشخاص ثبت نام شده در **Cal MediConnect** در مورد استیناف مربوط به خدمات **Medi-Cal** یا مشکلات صورتحساب کمک می‌کند. شماره تلفن 1-888-466-2219 است. اشخاص ناشنوا، کم شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط **TDD** به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند.
- پزشک خود یا ارائه‌کننده دیگر صحبت کنید. پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگر می‌توانند برای تصمیم پوشش یا درخواست تجدیدنظر از سوی شما درخواست کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- با یک دوست یا عضو خانواده صحبت کنید و از وی بخواهید که از سوی شما اقدام کند. می‌توانید از فرد دیگری بخواهید که به عنوان "نماینده" از سوی شما اقدام کند تا برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کرده یا اقامه استیناف کند.
 - « اگر می‌خواهید یک دوست، خویشاوند یا شخصی دیگری نماینده شما باشد، با خدمات اعضا تماس گرفته و برای فرم "انتصاب نماینده" درخواست کنید. می‌توانید فرم را در تارنمای Medicare به آدرس <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> یا در تارنمای ما به آدرس https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_an_grievances.action دریافت کنید. این فرم به آن شخص اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند. شما باید نسخه ای از این فرم امضاء شده را به ما بدهید.
 - همچنین حق دارید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند. شما می‌توانید با وکیل خودتان تماس گرفته یا نام وکیل را از انجمن محلی وکلا یا سایر خدمات ارجاعی دریافت کنید. برخی گروه های قانونی در صورت واجد شرایط بودن خدمات حقوقی رایگان را در اختیار شما قرار خواهند داد. اگر می‌خواهید که یک وکیل از سوی شما نمایندگی کند، لازم خواهد بود که فرم انتصاب نماینده را پر کنید.
- ولی برای درخواست هرگونه تصمیم در مورد پوشش یا اقامه استیناف لزومی ندارد که وکیل داشته باشید.

بخش 4.3: کدام بخش از این فصل به شما کمک خواهد کرد؟

- چهار نوع موقعیت مختلف وجود دارند که مستلزم تصمیمات و استیناف‌های مربوط به پوشش می‌باشند.
- هر موقعیت مقررات و مهلت های متفاوتی دارد. ما این فصل را به بخش‌های متفاوت تقسیم کرده‌ایم تا به شما کمک شود مقرراتی که لازم است مراعات شوند را پیدا کنید. شما تنها باید بخشی را مطالعه کنید که مربوط به مشکل شما می‌شود:
- **بخش 5 در صفحه 170** در صورتی که مشکلاتی در مورد خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D) دارید اطلاعاتی را به شما می‌دهد. برای مثال، از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:
 - شما مراقبت پزشکی که می‌خواهید را دریافت نمی‌کنید و عقیده دارید که این مراقبت تحت پوشش برنامه درمانی می‌باشد.
 - ما خدمات، اقلام یا داروهایی را که پزشک شما می‌خواهد برای شما تجویز کند تصویب نمی‌کنیم و عقیده دارید که این مراقبت باید تحت پوشش باشد.
 - **توجه:** تنها وقتی از بخش 5 استفاده کنید که این داروها تحت پوشش بخش D نباشند. داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش که «NT» دارند تحت پوشش بخش D نمی‌باشند. برای استیناف داروی بخش D به قسمت 6 در صفحه 186 مراجعه کنید.
 - شما مراقبت پزشکی یا خدماتی را دریافت کردید که فکر می‌کنید باید تحت پوشش باشند ولی ما هزینه این مراقبت را پرداخت نمی‌کنیم.
 - شما خدمات پزشکی یا اقلامی را دریافت کرده و هزینه آنها را پرداخت کردید چون فکر می‌کردید تحت پوشش بودند و می‌خواهید از ما درخواست کنید که به شما بازپرداخت کنیم.
 - به شما گفته شده که پوشش برای مراقبتی که دریافت می‌کردید کاهش پیدا کرده یا متوقف خواهد شد و با تصمیم ما موافق نیستید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



▪ **توجه:** اگر پوششی که متوقف می‌شود برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی در محیط خانه، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) می‌باشد، لازم است که یک بخش جداگانه از این فصل را مطالعه کنید چون مقررات خاصی در مورد این انواع مراقبت اعمال می‌شوند. به بخش‌های 7 و 8 مراجعه کنید در صفحات 197 تا 203 مراجعه کنید.

• **بخش 6 در صفحه 186** اطلاعاتی را در مورد داروهای بخش D در اختیار شما قرار می‌دهد. برای مثال، از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:

- می‌خواهید که از ما درخواست کنید در مورد پوشش داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) ما نیست استثنایی قائل شویم.
- می‌خواهید از ما درخواست کنید که از محدودیت‌های مقدار دارویی که دریافت می‌کنید صرف‌نظر کنیم.
- می‌خواهید از ما درخواست کنید دارویی را تحت پوشش قرار دهیم که به اجازه قبلی نیاز دارد.
- ما درخواست یا استثنای شما را تصویب نکردیم و شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگری فکر می‌کنید که باید اینکار را می‌کردیم.
- می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه داروی نسخه داری را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. (این موضوع برای تصمیم در مورد پوشش پرداخت هزینه می‌باشد).

• **بخش 7 در صفحه 197** اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی‌تر بیماران بستری در بیمارستان در اختیار شما قرار می‌دهد اگر فکر می‌کنید که پزشک خیلی زود شما را مرخص می‌کند. از این بخش در موارد زیر استفاده کنید:

- شما در بیمارستان هستید و فکر می‌کنید که پزشک خیلی زود از شما می‌خواهد که بیمارستان را ترک کنید.

• **بخش 8 در صفحه 203** اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می‌دهد اگر فکر می‌کنید که خدمات مراقبت درمانی در محیط خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی و مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) دارند خیلی زود خاتمه پیدا می‌کنند.

اگر مطمئن نیستید که باید از کدام بخش استفاده کنید، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر به راهنمایی یا اطلاعات دیگری نیاز دارید، با برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

بخش 5: مشکلات مربوط به خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D)

بخش 5.1: چه هنگام از این بخش استفاده کنید

این بخش در مورد این است که اگر مشکلاتی در مورد مزایای خود برای خدمات و حمایت‌های پزشکی، بهداشت رفتاری و بلندمدت دارید (LTSS) چه کار کنید. همچنین می‌توانید از این بخش برای مشکلات مربوط به داروهایی استفاده کنید که تحت پوشش بخش D نیستند. داروهایی که در فهرست داروهای تحت پوشش با «NT» علامت زده شده‌اند تحت پوشش بخش D نیستند. از قسمت 6 برای استیناف داروهای بخش D استفاده کنید.

این بخش اطلاعاتی را در مورد اینکه در هر یک از موقعیت‌های زیر چکار کنید به شما می‌دهد:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



1. فکر می‌کنید که ما خدمات و حمایت‌های پزشکی، بهداشت رفتاری یا بلند مدت (LTSS) مورد نیاز شما را تحت پوشش قرار می‌دهیم ولی آن را دریافت نمی‌کنید.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید از برنامه درمانی بخواهید که تصمیم پوششی بگیرد. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای تصمیم پوشش به بخش 5.2 در صفحه 171 مراجعه کنید.

2. ما مراقبتی که پزشک شما می‌خواهد به شما ارائه کند را تصویب نکرده‌ایم و شما فکر می‌کنید که باید اینکار را می‌کردیم.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم عدم تصویب مراقبت توسط ما استیناف کنید. برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف به بخش 5.3 در صفحه 173 مراجعه کنید.

3. خدمات یا اقلامی را دریافت کردید که فکر می‌کنید ما تحت پوشش قرار می‌دهیم، ولی پرداخت نخواهیم کرد.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم عدم پرداخت ما استیناف کنید. برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف به بخش 5.3 در صفحه 173 مراجعه کنید.

4. شما خدمات یا اقلامی را دریافت کرده و هزینه آنها را پرداخت کردید چون فکر می‌کردید تحت پوشش بودند و می‌خواهید ما برای این خدمات یا اقلام به شما بازپرداخت کنیم.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما بازپرداخت کنیم. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست پرداخت از برنامه درمانی به بخش 5.5 در صفحه 183 مراجعه کنید.

5. ما پوشش شما را برای خدمات خاص کاهش داده یا متوقف کرده ایم و شما با تصمیم ما موافق نیستید.

چه کار می‌توانید بکنید: می‌توانید در مورد تصمیم ما درباره کاهش یا توقف خدمات استیناف کنید. برای کسب اطلاعات در مورد اقامه استیناف به بخش 5.3 در صفحه 173 مراجعه کنید.

توجه: اگر پوششی که متوقف خواهد شد برای مراقبت بیمارستانی، مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) می‌باشد، ممکن است مقررات ویژه‌ای اعمال شوند. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش های 7 یا 8 در صفحات 197 و 203 مراجعه کنید.

بخش 5.2: درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش

نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش برای دریافت خدمات پزشکی، بهداشت رفتاری یا برخی خدمات و حمایت‌های بلندمدت (خدمات CBAS، MSSP یا NF)

برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش، با ما تماس بگیرید، مکاتبه کنید یا فکس بفرستید، یا از نماینده یا پزشک خود درخواست کنید که برای تصمیم از ما درخواست کنند.

○ می‌توانید با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

○ می‌توانید به این شماره برای ما فکس بفرستید: 1-800-281-2999

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



می‌توانید به آدرس زیر با ما مکاتبه کنید:
 Health Net Community Solutions, Inc.
 P.O. Box 10422
 Van Nuys, CA 91410-0422

دریافت تصمیم مربوط به پوشش چقدر طول می‌کشد؟

معمولاً حداکثر 14 روز تقویمی بعد از درخواست شما طول می‌کشد. اگر تصمیم خود را ظرف 14 روز تقویمی به شما اعلام نکنیم، می‌توانید اقامه استیناف کنید.

← گاهی اوقات به وقت بیشتری نیاز داریم، و نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما خواهد گفت که حداکثر 14 روز تقویمی دیگر لازم داریم. در این نامه توضیح خواهیم داد که به چه دلیل به زمان بیشتری نیاز است.

آیا می‌توانم تصمیم در مورد پوشش را سریعتر دریافت کنم؟

بله. اگر به خاطر وضعیت سلامتی خود به پاسخ سریعتری نیاز دارید، باید برای «تصمیم پوششی سریع» از ما درخواست کنید. اگر درخواست را قبول کنیم، تصمیم خود را در ظرف 72 ساعت به آگاهی شما خواهیم رسانید.

ولی گاهی اوقات به وقت بیشتری نیاز داریم، و نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما خواهد گفت که حداکثر 14 روز تقویمی دیگر لازم داریم. در این نامه توضیح خواهیم داد که به چه دلیل به زمان بیشتری نیاز است.

عبارت قانونی برای «تصمیم پوششی سریع» «تصمیم تسریع شده» است.

درخواست برای تصمیم پوششی سریع:

- اگر برای تصمیم پوششی سریع درخواست می‌کنید، با تماس گرفتن یا ارسال فکس برای برنامه درمانی ما شروع کنید تا از ما درخواست کنید مراقبتی که می‌خواهید را پوشش دهیم.
- می‌توانید با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است؛ یا به شماره 1-800-281-2999 برای ما فکس بفرستید. برای جزئیات نحوه تماس با ما به فصل 2 صفحه 2 مراجعه کنید.
- همچنین می‌توانید از پزشک یا نماینده خود بخواهید که با ما تماس بگیرند.

در اینجا مقررات درخواست از ما برای تصمیم پوششی سریع ذکر می‌شوند:

شما باید دو شرط زیر را برای دریافت تصمیم پوششی سریع برآورده کنید:

1. شما یک تصمیم پوششی سریع را تنها در صورتی دریافت می‌کنید که برای مراقبت یا موردی درخواست می‌کنید که هنوز دریافت نکرده‌اید. (اگر درخواست شما در مورد پرداخت برای مراقبت یا موردی می‌باشد که قبلاً دریافت کرده‌اید نمی‌توانید تصمیم پوششی سریع دریافت کنید.)
2. در صورتی می‌توانید تصمیم پوششی سریع دریافت کنید که تنها مهلت متعارف 14 روز تقویمی بتواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کرده یا به توانایی شما در عملکرد آسیب وارد کند.

← اگر پزشک شما بگوید که به تصمیم پوششی سریع نیاز دارید، ما به طور خودکار آنرا به شما خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



← اگر بدون حمایت پزشک خود برای تصمیم پوششی سریع درخواست کنید، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا تصمیم پوششی سریع را دریافت کنید یا خیر.

- اگر تصمیم بگیریم که وضعیت سلامتی شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی کند، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. همچنین در عوض، از مهلت متعارف 14 روز تقویمی استفاده خواهیم کرد.
- این نامه به شما خواهد گفت که اگر پزشک شما برای تصمیم پوششی سریع درخواست کند، آنرا به طور خودکار ارائه خواهیم کرد.
- این نامه همچنین به شما می گوید که می توانید «شکایت سریع» را در مورد تصمیم ما در ارائه تصمیم پوششی متعارف به جای تصمیم پوششی سریعی که درخواست کردید، تسلیم کنید. برای اطلاعات کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 210 مراجعه کنید.

اگر تصمیم در مورد پوشش بله باشد، چه موقع خدمات یا ارقام را دریافت خواهیم کرد؟

مجوز (اجازه از قبل) دریافت خدمات یا ارقام را ظرف 14 روز تقویمی (برای تصمیم پوششی متعارف) یا 72 ساعت (برای تصمیم پوششی سریع) از زمان درخواست دریافت خواهید کرد. اگر زمان لازم برای تصمیم گیری در مورد پوشش را تمدید کنیم، ما پوشش را در خاتمه دوره تمدید یافته تایید خواهیم کرد.

اگر تصمیم پوشش خیر باشد، چطور آگاه خواهیم شد؟

اگر پاسخ خیر باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل ما را برای جواب خیر به شما می گوید.

- اگر جواب خیر بدهیم، شما حق دارید که توسط اقامه استیناف از ما درخواست کنید که تصمیم را تغییر دهیم. اقامه استیناف به معنی درخواست از ما برای بررسی تصمیم مربوط به عدم ارائه پوشش می باشد.
- اگر تصمیم بگیریم که اقامه استیناف کنید، بدین معنی است که به مرحله 1 روال استیناف خواهید رفت (برای کسب اطلاعات بیشتر بخش بعد را بخوانید).

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 5.3: مرحله 1 استیناف برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D)

استیناف چیست؟

استیناف روش رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیم خود و تغییر آن در صورتی که فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم می‌باشد. اگر شما یا پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری با تصمیم ما مخالف است، می‌توانید اقامه استیناف کنید.

در بیشتر موارد باید استیناف خود را در مرحله 1 شروع کنید. اگر نمی‌خواهید که ابتدا استینافی را برای خدماتی از Medi-Cal اقامه کنید، می‌توانید در موارد خاص بررسی مستقل پزشکی درخواست کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 178 رجوع کنید.

اگر حین روال استیناف به کمک نیاز دارید، می‌توانید با برنامه بازرس کل **Cal MediConnect** به شماره **1-855-501-3077** تماس بگیرید. برنامه **Cal MediConnect Ombuds Program** با ما یا با دیگر شرکت‌های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد.

استیناف مرحله 1 چیست؟

استیناف مرحله 1 اولین استیناف به برنامه درمانی ماست. ما تصمیم خود در مورد پوشش را بررسی خواهیم کرد تا ببینیم که آیا صحیح بوده است. بررسی گز شخصی خواهد بود که تصمیم اصلی در مورد پوشش را اتخاذ نکرده بود. هنگامی که بررسی را تمام کردیم، تصمیم خود را به طور کتبی به شما ارائه خواهیم کرد.

اگر بعد از بررسی به شما اطلاع دهیم که خدمات یا اقلام تحت پوشش نبوده‌اند، پرونده شما ممکن است به مرحله 2 استیناف برود.

نحوه اقامه استیناف مرحله 1 چیست؟

- برای شروع استیناف، شما، پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید. می‌توانید با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب توضیحات بیشتر در مورد نحوه دسترسی به ما برای استیناف، به فصل 2 مراجعه کنید.
- می‌توانید برای "استیناف متعارف" یا "استیناف سریع" درخواست کنید.
- اگر برای استیناف متعارف یا استیناف سریع درخواست می‌کنید، استیناف خود را به صورت کتبی اقامه کرده یا با ما تماس بگیرید.

• می‌توانید درخواست کتبی خود را به نشانی زیر تسلیم کنید:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 1

شما، پزشک شما یا نماینده شما می‌توانید درخواست خود را به طور کتبی نوشته و برای ما ارسال یا فکس کنید. همچنین می‌توانید با ما تماس گرفته و درخواست اقامه استیناف کنید.

- **ظرف 60 روز تقویمی** از تصمیمی که در مورد آن اقامه استیناف می‌کنید درخواست کنید. اگر این مهلت به دلیل موجهی سپری شود، هنوز می‌توانید اقامه استیناف کنید (به صفحه 175 مراجعه کنید).
- اگر به دلیل این اقامه استیناف کنید که به شما اطلاع داده‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، **تعداد روز کمتری برای اقامه استیناف دریافت می‌کنید** اگر بخواهید که حینی که استینافتان پیگیری می‌شود به دریافت آن خدمات ادامه دهید (به صفحه 176 مراجعه کنید).

◀ برای کسب اطلاعات درباره مهلت‌هایی که به استیناف شما مربوط می‌شود به خواندن این بخش ادامه دهید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- می‌توانید درخواست خود را به صورت آنلاین در آدرس زیر تسلیم کنید:

https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action

- همچنین می‌توانید برای درخواست استیناف با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

○ ما نامه ای را در ظرف 5 روز تقویمی از زمان دریافت استیناف شما ارسال خواهیم کرد که دریافت آنرا به اطلاع شما می‌رساند.

عبارت قانونی برای «تصمیم استیناف سریع» «تجدیدنظر تسریع شده» است.

آیا شخص دیگری می‌تواند از سوی من اقامه استیناف کند؟

بله. پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری می‌تواند برای شما اقامه استیناف کند. همچنین شخصی به غیر از پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری می‌تواند از سوی شما اقامه استیناف کند، ولی ابتدا باید یک فرم انتصاب نماینده را پر کنید. این فرم به آن شخص دیگر اجازه می‌دهد که از سوی شما اقدام کند.

برای دریافت فرم انتصاب نماینده، با خدمات اعضا تماس گرفته و برای آن درخواست کنید یا از تارنمای Medicare به آدرس <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> یا تارنمای ما به آدرس https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action بازدید کنید.

◀ اگر استیناف از سوی شخصی به غیر از شما یا پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری باشد، ما باید فرم انتصاب نماینده را قبل از اینکه بتوانیم به استیناف رسیدگی کنیم دریافت نماییم.

برای اقامه استیناف چقدر فرصت دارم؟

شما باید 60 روز تقویمی (اعم از کاری و غیرکاری) از تاریخ مندرج بر نامهای که برای آگاهسازی شما از تصمیمان ارسال میداریم برای استیناف درخواست کنید.

اگر این مهلت سپری شود و برای سپری شدن آن دلیل خوبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای اقامه استیناف به شما بدهیم. چند نمونه دلیل خوب: شما به بیماری وخیمی مبتلا بودید یا اطلاعات اشتباه را در مورد مهلت درخواست برای استیناف به شما داده باشیم.

◀ **توجه:** اگر به دلیل این اقامه استیناف کنید که به شما اطلاع داده‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، تعداد روز کمتری برای اقامه استیناف دریافت می‌کنید اگر بخواهید که حینی که استینافتان پیگیری می‌شود به دریافت آن خدمات ادامه دهید. «آیا مزایای من در طول استیناف‌های مرحله 1 ادامه پیدا خواهند کرد؟» را در صفحه 177 برای اطلاعات بیشتر بخوانید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



آیا می توانم رونوشت پرونده خود را دریافت کنم؟

بله. برای درخواست نسخه‌ای از آن با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

آیا پزشک من می‌تواند اطلاعات بیشتری را در مورد استیناف من به شما بدهد؟

بله، شما و پزشک شما می‌توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از استیناف خود به ما بدهید.

نحوه تصمیم‌گیری ما در مورد استیناف چیست؟

ما با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست شما برای پوشش مراقبت پزشکی را بررسی خواهیم کرد. سپس به این موضوع توجه می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما مراعات کرده‌ایم یا خیر. بررسی گر شخصی خواهد بود که تصمیم اصلی را اتخاذ کرده بود.

اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، ممکن است از شما یا پزشک شما برای آن درخواست کنیم.

چه موقع از تصمیم مربوط به استیناف "متعارف" آگاه خواهیم شد؟

ما باید پاسخ خود را در ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما ارائه کنیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، تصمیم خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.

- ولی اگر برای وقت بیشتری درخواست کنید، یا اگر لازم باشد که اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری کنیم، ممکن است تا حداکثر 14 روز تقویمی طول بکشد. اگر تصمیم بگیریم که روزهای بیشتری را صرف اتخاذ تصمیم کنیم، نامه‌ای به شما خواهیم فرستاد که توضیح دهیم چرا به زمان بیشتری نیاز داریم.
- اگر عقیده دارید که نباید روزهای بیشتری را صرف اینکار کنیم، می‌توانید یک "شکایت سریع" را در مورد تصمیم ما برای صرف روزهای اضافی تسلیم کنید. وقتی شکایت سریع را تسلیم می‌کنید، ما در ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می‌شود، به بخش 10 در صفحه 210 مراجعه کنید.
- اگر ظرف 30 روز تقویمی یا در خاتمه روزهای اضافی (اگر از آنها استفاده کنیم) به استیناف شما پاسخ ندهیم، به طور خودکار پرونده شما را به مرحله 2 روال استیناف ارسال می‌کنیم در صورتی که مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد. وقتی چنین اتفاقی بیافتد به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، لازم خواهد بود که خودتان یک استیناف مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال استیناف مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

◀ اگر نسبت به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ بله بدهیم، باید پوشش را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما تصویب یا ارائه کنیم.

◀ اگر پاسخ به بخش یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای استیناف مرحله 2 ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک استیناف مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال استیناف مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب،

دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی

با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect

بازدید کنید.



چه موقع از تصمیم مربوط به استیناف «سریع» آگاه خواهیم شد؟

اگر برای استیناف سریع درخواست کنید، ما در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت استیناف شما به آن پاسخ خواهیم داد. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.

- ولی اگر برای وقت بیشتری درخواست کنید، یا اگر لازم باشد که اطلاعات بیشتری را جمع آوری کنیم، ممکن است تا حداکثر 14 روز تقویمی طول بکشد. اگر تصمیم بگیریم که روزهای بیشتری را صرف اتخاذ تصمیم کنیم، نامه‌ای به شما خواهیم فرستاد که توضیح دهیم چرا به زمان بیشتری نیاز داریم.
- اگر عقیده دارید که نباید روزهای بیشتری را صرف اینکار کنیم، می‌توانید یک «شکایت سریع» را در مورد تصمیم ما برای صرف روزهای اضافی تسلیم کنید. وقتی شکایت سریع را تسلیم می‌کنید، ما در ظرف 24 ساعت به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می‌شود، به بخش 10 در صفحه 210 مراجعه کنید.
- اگر ظرف 72 روز تقویمی یا در خاتمه روزهای اضافی (اگر از آنها استفاده کنیم) به استیناف شما پاسخ ندهیم، به طور خودکار پرونده شما را به مرحله 2 روال استیناف ارسال می‌کنیم در صورتی که مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد. وقتی چنین اتفاقی بیفتد به شما اطلاع خواهیم داد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، لازم خواهد بود که خودتان یک استیناف مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال استیناف مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

◀ **اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید بله باشد، باید پوشش را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت استیناف شما تصویب یا ارائه کنیم.**

◀ **اگر پاسخ به بخش یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medicare باشد، این نامه به شما خواهد گفت که پرونده شما را به نهاد بررسی مستقل برای استیناف مرحله 2 ارسال کردیم. اگر مشکل شما در مورد پوشش خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، این نامه به شما خواهد گفت که چطور خودتان یک استیناف مرحله 2 را تسلیم کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال استیناف مرحله 2، به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.**

آیا مزایای من در طول استیناف های مرحله 1 ادامه پیدا خواهند کرد؟

اگر تصمیم بگیریم پوشش خدمات یا اقلامی را تغییر دهیم یا متوقف کنیم که قبلاً تصویب شده است، قبل از انجام این کار برای شما اعلامیه‌ای خواهیم فرستاد. اگر با این اقدام موافق نباشید، می‌توانید استیناف مرحله 1 تسلیم کنید و از ما بخواهید که به ارائه‌ی مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام ادامه دهیم. باید درخواست خود را قبل از یا در تاریخ‌های زیر تسلیم کنید تا مزایای شما ادامه یابند:

- ظرف 10 روز از تاریخ پست اعلامیه اقدامات ما؛ یا
- تاریخ شروع اعمال اقدامات.

اگر به موعد مقرر مهلت برسید، می‌توانید تا زمانی که استیناف پیگیری می‌شود، به دریافت خدمات یا اقلام مورد اختلاف ادامه دهید. اگر مزایای شما ادامه پیدا کنند و نتیجه‌ی نهایی استیناف اقدامات ما را تایید کند، ممکن است از هزینه خدمات یا اقلامی که در حین پیگیری استیناف شما به شما ارائه کرده‌ایم بازپس بگیریم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 5.4: مرحله 2 استیناف برای خدمات، اقلام و داروها (به غیر از داروهای بخش D)

اگر برنامه درمانی در مرحله 1 جواب خیر بدهد، آنوقت چه می‌شود؟

- اگر به بخشی یا همه استیناف مرحله 1 شما جواب خیر بدهیم، نامه‌ای را برایتان ارسال خواهیم کرد. این نامه به شما خواهد گفت که آیا خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal می‌باشند.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام Medicare است، ما پرونده شما را به محض اینکه استیناف مرحله 1 کامل شد، به طور خودکار برای مرحله 2 روال استیناف ارسال خواهیم کرد.
- اگر مشکل شما در مورد خدمات یا اقلام Medi-Cal باشد، خودتان می‌توانید یک استیناف مرحله 2 را تسلیم کنید. این نامه نحوه انجام اینکار را به شما خواهد گفت. اطلاعاتی نیز در زیر آمده است.

استیناف مرحله 2 چیست؟

استیناف مرحله 2 استیناف دوم می‌باشد که توسط سازمان مستقلی که به برنامه درمانی وابستگی ندارد انجام می‌شود.

مشکل من در مورد خدمات یا اقلام Medi-Cal می‌باشد. نحوه اقامه استیناف مرحله 2 چیست؟

دو روش برای اقامه استیناف مرحله 2 برای خدمات و اقلام Medi-Cal وجود دارد: (1) بررسی مستقل پزشکی یا (2) دادرسی ایالتی.

(1) بررسی مستقل پزشکی

می‌توانید از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care, DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی (IMR) کنید. IMR برای هرگونه خدمات یا موارد تحت پوشش Medi-Cal که ماهیت پزشکی دارند موجود می‌باشد. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی می‌باشد که بخشی از برنامه درمانی ما نیستند. اگر تصمیم IMR به نفع شما باشد، ما باید خدمات یا اقلام مورد درخواست شما را فراهم کنیم. شما هزینه‌ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

اگر برنامه ما اقدامات زیر را انجام دهد می‌توانید برای IMR درخواست کنید:

- خدمات یا مداوای Medi-Cal را تأیید نمی‌کند، تغییر می‌دهد یا به تأخیر می‌اندازد، چون برنامه ما تشخیص داده که ضرورت پزشکی ندارد.
 - یک مداوای Medi-Cal تجربی یا تحقیقاتی را برای یک عارضه پزشکی جدی پوشش ندهد.
 - هزینه خدمات Medi-Cal اضطراری یا فوری که قبلاً دریافت کرده اید را پرداخت نکنند.
 - در ظرف 30 روز تقویمی برای استیناف استاندارد یا 72 ساعت برای استیناف فوری به استیناف مرحله 1 در مورد خدمات Medi-Cal رسیدگی نکرده باشد.
- شما می‌توانید برای IMR درخواست کنید اگر برای دادرسی ایالتی نیز درخواست کرده باشید، ولی اگر قبلاً یک دادرسی ایالتی در مورد همین موضوع داشته‌اید نمی‌توانید این کار را بکنید.
- در بیشتر موارد، باید قبل از درخواست برای IMR به ما اقامه استیناف کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال استیناف مرحله 1 ما به صفحه 173 مراجعه کنید. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید از مرکز راهنمایی DMHC برای IMR درخواست کنید.
- ◀ اگر مداوای شما مورد قبول قرار نگرفته است چون تجربی یا تحقیقاتی بوده است، لزومی ندارد که قبل از درخواست برای IMR در روال استیناف ما شرکت کنید.
- ◀ اگر مشکل شما فوریت و مربوط به تهدید فوری و جدی به سلامتی شما می‌شود، می‌توانید آنرا فوراً به اطلاع DMHC برسانید. DMHC ممکن است در موارد فوق‌العاده و قانع‌کننده از شرط الزام به پیروی از روال استیناف ما صرف‌نظر کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شما باید برای **IMR درخواست بدهید ظرف 6 ماه** از تاریخی که ما کتباً تصمیم تجدیدنظر را برایتان ارسال کردیم. اگر DMHC تشخیص دهد که این شرایط باعث شدند که شما نتوانید درخواست خود را به موقع تسلیم کنید ممکن است درخواست شما را بعد از 6 ماه قبول کند.

برای درخواست IMR:

- فرم آنلاین شکایت/بازبینی مستقل پزشکی را در <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx> پر کنید. یا با مرکز کمک رسانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران تلفن TDD باید با شماره تلفن 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- رونوشت نامه ها یا سایر اسناد مربوط به خدمات یا اقلامی که تصویب نشده را الصاق کنید، اگر آنها را در دست دارید. اینکار می‌تواند روال IMR را سریع کند. رونوشت اسناد و نه اصل آنها را ارسال کنید. مرکز راهنمایی قادر به برگرداندن هرگونه اسنادی نمی باشد.
- اگر شخصی به شما در مورد IMR کمک می‌کند فرم کمک اجازه داده شده را پر کنید. شما می‌توانید این فرم را از <http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160 AAF English.pdf> دریافت کنید. یا با مرکز کمک رسانی DMHC به شماره 1-888-466-2219 تماس بگیرید. کاربران تلفن TDD باید با شماره تلفن 1-877-688-9891 تماس بگیرند.
- فرم ها و هرگونه مدارک پیوست را به این نشانی ارسال یا فکس کنید:

Help Center
California Department of Managed Health Care
 980 9th Street, Suite 500
 Sacramento, CA 95814-2725
 FAX: 916-255-5241

برای موارد غیر اضطراری مربوط به خدمات Medi-Cal، تصمیم IMR را ظرف 30 روز از دریافت درخواست و مدارک پیوست از DMHC دریافت خواهید کرد. برای موارد فوری که مربوط به خطر فوری یا جدی برای سلامتی شما می‌شود، تصمیم IMR را در ظرف 3 تا 7 روز دریافت خواهید کرد.

اگر از نتیجه IMR راضی نیستید، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

اگر DMHC تصمیم بگیرد که پرونده شما برای IMR واجد شرایط نیست، DMHC پرونده شما را از طریق روال شکایات عادی مصرف کنندگان بررسی خواهد کرد.

(2- دادرسی ایالتی)

می‌توانید برای خدمات و اقلام تحت پوشش Medi-Cal درخواست رسیدگی ایالتی نمایید. اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری برای خدمات یا اقلامی درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد و به استیناف مرحله 1 شما پاسخ نه داده‌ایم، شما حق این را دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید.

در بیشتر موارد، بعد از اینکه اعلامیه «حقوق دادرسی شما» برایتان ارسال شد، **120 روز فرصت دارید که برای دادرسی عادلانه ایالتی درخواست کنید.**

◀ **توجه:** اگر به دلیل این درخواست دادرسی ایالتی کنید که به شما اطلاع داده‌ایم خدماتی که در حال حاضر دریافت می‌کنید تغییر خواهد کرد یا متوقف خواهد شد، **تعداد روز کمتری برای تسلیم درخواست خود دریافت می‌کنید** اگر بخواهید که حینی که دادرسی ایالتی‌تان در جریان است، به دریافت آن خدمات ادامه دهید. «آیا مزایای من در طول استیناف‌های مرحله 2 ادامه پیدا خواهند کرد؟» را در صفحه 181 برای اطلاعات بیشتر بخوانید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



دو روش درخواست برای دادرسی ایالتی وجود دارد:

1. می‌توانید «درخواست برای دادرسی ایالتی» را در پشت اعلامیه اقدامات پر کنید. باید همه اطلاعات درخواست شده از قبیل نام کامل خود، نشانی، شماره تلفن، نام برنامه درمانی یا کانتی که بر علیه آن اقدام نمودید، برنامه (های) امدادی مربوطه و دلیل مشروحتان برای درخواست دادرسی را ارائه کنید. سپس می‌توانید درخواست خود را به یکی از این روش‌ها تسلیم کنید:

• به اداره رفاه کانتی به نشانی ذکر شده در اعلامیه.

• به اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

• به بخش دادرسی ایالتی به شماره نمابر 916-651-5210 یا 916-651-2789.

2. می‌توانید با اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا به شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TDD باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند. اگر تصمیم بگیرید که تلفنی درخواست دادرسی ایالتی کنید، باید توجه داشته باشید که خطوط تلفنی بسیار مشغول هستند.

مشکل من در مورد خدمات یا اقلام Medicare می‌باشد. در مرحله 2 استیناف چه اتفاقی می‌افتد؟

یک نهاد بررسی مستقل (IRE) به طور دقیق تصمیم مرحله 1 را بررسی کرده و تصمیم می‌گیرد که آیا باید تغییر کند.

▪ لزومی ندارد که برای استیناف مرحله 2 درخواست کنید. ما هرگونه عدم قبول (به صورت کامل یا ناکامل) را به طور خودکار برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. وقتی چنین اتفاقی بیافتد به شما اطلاع خواهیم داد.

▪ IRE در استخدام Medicare بوده و با این برنامه درمانی وابستگی ندارد.

می‌توانید با تماس با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه، برای دریافت نسخه‌ای از پرونده خود درخواست کنید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

◀ IRE باید ظرف 30 روز تقویمی از زمانی که استیناف شما را دریافت می‌کند به استیناف مرحله 2 شما پاسخ دهد. این قاعده در صورتی اعمال می‌شود که استیناف خود را قبل از دریافت خدمات یا اقلام پزشکی ارسال کنید.

« ولی اگر IRE باید اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری کند که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است حداکثر 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE برای اتخاذ تصمیم به روزهای بیشتری نیاز داشته باشد، از طریق نامه به اطلاع شما خواهد رسانید.

◀ اگر «استیناف سریع» در مرحله 1 داشتید، به طور خودکار یک استیناف سریع در مرحله 2 خواهید داشت. IRE باید ظرف 72 ساعت از زمان دریافت استیناف به شما پاسخ دهد.

« ولی اگر IRE باید اطلاعات بیشتری را جمع‌آوری کند که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است حداکثر 14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد. اگر IRE برای اتخاذ تصمیم به روزهای بیشتری نیاز داشته باشد، از طریق نامه به اطلاع شما خواهد رسانید.

آیا مزایای من در طول استیناف‌های مرحله 2 ادامه پیدا خواهند کرد؟

اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا اقلام تحت پوشش Medicare می‌باشد، مزایای شما برای آن خدمات یا اقلام در طول روال استیناف‌های مرحله 2 توسط نهاد بررسی مستقل ادامه پیدا خواهند کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر مشکل شما مربوط به خدمات یا ارقام تحت پوشش Medi-Cal می‌باشد و برای دادرسی ایالتی درخواست می‌کنید، مزایای Medi-Cal شما برای آن خدمات یا ارقام تا زمانی که تصمیم دادرسی اتخاذ شود می‌تواند ادامه پیدا کند. باید قبل از یا در تاریخ‌های زیر برای دادرسی درخواست کنید تا مزایای شما ادامه یابند:

- ظرف 10 روز از تاریخ پست اعلامیه اقدامات ما مبنی بر اینکه تشخیص مزایا (تصمیم مرحله 1 استیناف) تایید شده است؛ یا
- تاریخ شروع اعمال اقدامات.

اگر به موعد مقرر مهلت برسید، می‌توانید تا زمانی که تصمیم دادرسی اتخاذ می‌شود، به دریافت خدمات یا ارقام مورد اختلاف ادامه دهید. اگر مزایای شما ادامه پیدا کنند و نتیجه‌ی نهایی استیناف اقدامات ما را تایید کند، ممکن از هزینه خدمات یا ارقامی که در حین پیگیری استیناف شما به شما ارائه کرده‌ایم بازپس بگیریم.

چطور از تصمیم آگاه خواهیم شد؟

اگر استیناف مرحله 2 شما یک بررسی مستقل پزشکی باشد، اداره مراقبت های هماهنگ نامه ای را برای شما ارسال کرده که تصمیم اتخاذ شده توسط پزشکانی که پرونده شما را بررسی کردند توصیف خواهد کرد.

◀ اگر تصمیم بررسی مستقل پزشکی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **بله** باشد، ما باید خدمات یا درمان را ارائه کنیم.

◀ اگر تصمیم بررسی مستقل پزشکی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. هنوز می‌توانید دادرسی ایالتی دریافت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای دادرسی ایالتی به صفحه 179 مراجعه کنید.

اگر استیناف مرحله 2 شما از نوع دادرسی ایالتی بوده است، اداره خدمات اجتماعی کالیفرنیا نامه‌ای را برای شما ارسال کرده که تصمیم خود را تشریح خواهد کرد.

◀ اگر تصمیم دادرسی ایالتی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **بله** باشد، ما باید از این تصمیم پیروی کنیم. ما باید از اقدام(ات) توصیه شده در ظرف 30 روز تقویمی از تاریخی که نسخه ای از تصمیم را دریافت کردیم پیروی کنیم.

◀ اگر تصمیم دادرسی ایالتی به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. ما ممکن است هرگونه کمک دریافت شده در حین انتظار را قطع کنیم.

اگر استیناف مرحله 2 شما به نهاد بررسی مستقل (IRE) Medicare ارجاع داده شد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهد کرد که تصمیم آنها را توضیح می‌دهد.

◀ اگر IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما در استیناف متعارفتان پاسخ **بله** بدهد، ما باید ظرف 72 ساعت پوشش مراقبت پزشکی شما را تصویب کنیم یا ظرف 14 روز تقویمی از تاریخی که تصمیم IRE را دریافت می‌کنیم خدمات یا ارقام را در اختیار شما قرار دهیم. اگر استیناف سریع داشتید، باید ظرف 72 ساعت پوشش مراقبت پزشکی شما را تصویب کنیم یا ظرف 72 ساعت تقویمی از تاریخی که تصمیم IRE را دریافت می‌کنیم خدمات یا ارقام را در اختیار شما قرار دهیم.

◀ اگر پاسخ IRE به بخش یا همه موارد درخواست شده شما **خیر** باشد، بدین معنی است که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند. این موضوع "تأیید تصمیم" خوانده می‌شود. همچنین "رد کردن استیناف شما" خوانده می‌شود.

اگر تصمیم برای همه یا بخشی از آنچه درخواست کردم خیر می‌باشد، آیا می‌توانم استیناف دیگری را اقامه کنم؟

اگر استیناف مرحله 2 شما برای بررسی مستقل پزشکی بود، می‌توانید برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. برای کسب اطلاعات در مورد درخواست برای دادرسی ایالتی به صفحه 180 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب،

دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی

با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect

بازدید کنید.



اگر استیناف مرحله 2 شما برای دادرسی ایالتی بود، می‌توانید ظرف 30 روز بعد از دریافت تصمیم برای دادرسی مجدد درخواست کنید. همچنین می‌توانید برای بررسی قضایی عدم پذیرش دادرسی ایالتی توسط اقامه دادخواست به دادگاه عالی (برطبق قانون روال مدنی بخش 1094.5) ظرف یک سال بعد از دریافت تصمیم درخواست کنید. اگر قبلاً یک دادرسی ایالتی در مورد همان موضوع داشته‌اید نمی‌توانید برای IMR (بررسی مستقل پزشکی) درخواست کنید.

اگر استیناف مرحله 2 شما به نهاد بررسی مستقل (IRE) ارجاع داده شد، تنها زمانی می‌توانید دوباره اقامه استیناف کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می‌خواهید به میزان یک حداقل خاص باشد. نامه ای که از IRE دریافت می‌کنید حقوق دیگری که ممکن است برای اقامه استیناف داشته باشید را توضیح خواهد داد.

برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل دیگر استیناف به بخش 9 در صفحه 209 مراجعه کنید.

بخش 5.5: مشکلات مربوط به پرداخت هزینه

ما به ارائه‌کنندگان شبکه خود اجازه نمی‌دهیم که برای خدمات و اقلام تحت پوشش از شما هزینه‌ای دریافت کنند. این موضوع حتی اگر به ارائه‌کننده کمتر از مقداری بپردازیم که ارائه‌کننده برای خدمات و اقلام تحت پوشش مطالبه می‌کند صادق است. شما هیچوقت لازم نیست هزینه‌ی هیچ صورتحسابی را بپردازید. تنها مبلغی که باید از شما خواسته شود که بپردازید، مبلغ سهم شدن در هزینه داروهای ردیف 1 و یا ردیف 2 است.

اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ سهم شما برای خدمات و اقلام تحت پوشش است، آن صورتحساب را برای ما بفرستید. شما نباید خودتان صورتحساب را پرداخت کنید. ما مستقیماً با ارائه‌کننده تماس گرفته و ترتیب مشکل را می‌دهیم.

برای کسب اطلاعات بیشتر فصل 7 را مطالعه کنید: درخواست برای پرداخت سهم ما از صورتحسابی که برای خدمات یا داروهای تحت پوشش دریافت کرده‌اید. فصل 7 موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که ممکن است لازم باشد برای بازپرداخت یا پرداخت صورتحسابی که از ارائه‌کننده دریافت می‌کنید درخواست کنید. این فصل اطلاعاتی را نیز در مورد ارسال مدارک برای درخواست از ما برای پرداخت هزینه ارائه می‌کند.

آیا می‌توانم از شما درخواست کنم که سهم برنامه درمانی از خدمات و اقلام پزشکی که پرداخت کرده‌ام را به من بازپرداخت کنید؟

به یاد داشته باشید که اگر صورتحسابی دریافت کردید که بیشتر از مبلغ سهم شما برای خدمات و اقلام تحت پوشش است، نباید آن صورتحساب را خودتان پرداخت کنید. اما اگر آن را پرداخت کنید، می‌توانید بازپرداخت دریافت کنید اگر که برای دریافت خدمات و اقلام مقررات را رعایت کرده باشید.

اگر برای بازپرداخت درخواست می‌کنید، برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست می‌کنید. ما بررسی خواهیم کرد که آیا هزینه ای که برای خدمات یا اقلام پرداخت کردید برای خدمات یا اقلام تحت پوشش بوده است و بررسی خواهیم کرد که آیا از همه مقررات برای استفاده از پوشش خود پیروی کرده‌اید.

■ اگر هزینه ای که برای خدمات یا اقلام پرداخت کردید تحت پوشش بوده است و از همه مقررات پیروی کرده باشید، ما مبلغ پرداختی برای سهم ما از هزینه خدمات یا اقلام شما را ظرف 60 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما برایتان ارسال خواهیم کرد.

یا اگر هنوز هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده باشید، ما مبلغ پرداختی را مستقیماً برای ارائه‌کننده ارسال خواهیم کرد. هنگامی که مبلغ پرداختی را ارسال می‌کنیم، به معنی پاسخ بله به درخواست شما برای تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.

■ اگر خدمات یا اقلام تحت پوشش نباشد یا از مقررات پیروی نکرده باشید، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که به شما می‌گوید هزینه خدمات یا اقلام را پرداخت نکرده و دلیل آن را توضیح خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



چه می‌شود اگر بگوییم هزینه را پرداخت نخواهیم کرد؟

اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید اقامه استیناف کنید. از روال استینافی که در بخش 5.3 در صفحه 173 توصیف شده پیروی کنید. هنگامی که از این دستورالعمل‌ها پیروی می‌کنید، لطفاً توجه داشته باشید:

- اگر برای بازپرداخت اقامه استیناف کنید، ما باید پاسخی را ظرف 60 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما ارائه کنیم.
- اگر از ما درخواست می‌کنید که برای خدمات یا اقلامی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را خودتان پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت کنیم، نمی‌توانید که برای استیناف سریع درخواست کنید.
- ◀ اگر به استیناف شما پاسخ خیر داده و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medicare می‌باشند، ما پرونده شما را به طور خودکار برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر چنین اتفاقی افتاد توسط نامه به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر IRE تصمیم ما را لغو کند و بگوید که باید به شما پرداخت کنیم، باید مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه‌کننده در ظرف 30 روز تقویمی ارسال کنیم. اگر پاسخ به استیناف شما در هر مرحله استیناف بعد از مرحله 2 بله باشد، باید مبلغی که درخواست کردید را برای شما یا ارائه‌کننده ظرف 60 روز تقویمی ارسال کنیم.
- اگر IRE به استیناف شما پاسخ خیر بدهد، بدین معنی است که با تصمیم ما در عدم تصویب درخواست شما موافق هستند. (این موضوع "تأیید تصمیم" خوانده می‌شود. همچنین "رد کردن استیناف شما" خوانده می‌شود.) نامه ای که دریافت می‌کنید حقوق دیگری که ممکن است برای اقامه استیناف داشته باشید را توضیح خواهد داد. شما در صورتی می‌توانید دوباره اقامه استیناف کنید که ارزش پولی خدمات یا اقلامی که می‌خواهید به میزان یک حداقل خاص باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مراحل دیگر استیناف به بخش 9 در صفحه 208 مراجعه کنید.
- ◀ اگر جواب ما به استیناف خیر باشد و خدمات یا اقلام معمولاً تحت پوشش Medi-Cal می‌باشند، می‌توانید خودتان برای مرحله 2 اقامه استیناف کنید (به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید).

بخش 6: داروهای بخش D**بخش 6.1: اگر در دریافت داروی بخش D با مشکلاتی مواجه هستید یا می‌خواهید که هزینه داروی بخش D را به شما بازپرداخت کنیم چکار کنید**

مزایای شما به عنوان عضوی از برنامه درمانی ما شامل پوشش برای بسیاری داروهای نسخه‌دار می‌شود. بسیاری از این داروها از نوع "داروهای بخش D" می‌باشند. چند دارو وجود دارد که Medicare بخش D پوشش نمی‌دهد ولی Medi-Cal ممکن است پوشش دهد. این بخش فقط به استیناف داروهای بخش D مربوط می‌شود.

- فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی)، شامل برخی داروها با «NT» می‌شود. این داروها از نوع داروهای بخش D نمی‌باشند. استیناف یا تصمیمات مربوط به پوشش در مورد داروهای با علامت «NT» به همان روال بخش 5 در صفحه 169 می‌باشند.

آیا می‌توانم برای تصمیم پوشش درخواست کنم یا در مورد داروهای نسخه دار بخش D اقامه استیناف کنم؟

بله. در اینجا نمونه‌هایی از تصمیمات مربوط به پوششی که می‌توانید از ما درخواست کنید در مورد داروهای بخش D شما اتخاذ کنیم:

- از ما بخواهید که استثناً قائل شویم از قبیل:
- « درخواست از ما برای پوشش داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی) برنامه درمانی نیست
- « درخواست از ما برای صرفنظر کردن از محدودیت در پوشش برنامه درمانی برای دارو (از قبیل محدودیت‌های مربوط به مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- از ما سؤال کنید که آیا دارویی برای شما تحت پوشش است (برای مثال، هنگامی که داروی شما در فهرست دارویی برنامه درمانی وجود دارد ولی لازم است قبل از اینکه آن را برای شما پوشش دهیم از ما اجازه دریافت کنید).
- « **توجه:** اگر داروخانه به شما بگوید که نمی‌تواند نسخه شما را بپیچد، اطلاعاتی را از سوی ما دریافت خواهید کرد که نحوه تماس با ما برای درخواست تصمیم مربوط به پوشش را برایتان توضیح می‌دهد.
- از ما درخواست کنید که هزینه داروی نسخه داری را که قبلاً خریداری کردید بپردازیم. این موضوع برای تصمیم در مورد پوشش پرداخت هزینه می‌باشد.

عبارت قانونی برای تصمیم مربوط به پوشش برای داروهای بخش D «تشخیص پوشش» می‌باشد.

اگر با تصمیمی که در مورد پوشش گرفتیم موافق نیستید، می‌توانید در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید. این بخش اطلاعاتی را در مورد نحوه درخواست برای تصمیمات مربوط به پوشش و نحوه درخواست برای اقامه استیناف به شما ارائه می‌کند.

از جدول زیر برای کمک در تصمیم درباره اینکه کدام بخش حاوی اطلاعاتی برای موقعیت شماست استفاده کنید:

شما در کدامیک از این موقعیت ها هستید؟

آیا قبلاً به شما گفته ایم که هزینه دارو را به صورتی که می‌خواهید پوشش داده شده یا پرداخت شود پوشش نداده یا پرداخت نخواهیم کرد؟	آیا می‌خواهید از ما درخواست کنید برای دارویی که قبلاً دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید به شما باز پرداخت کنیم؟	آیا می‌خواهید دارویی را در فهرست دارویی ما پوشش دهیم و عقیده دارید که هرگونه مقررات یا محدودیت‌ها برای دارویی که نیاز دارید (از قبیل دریافت اجازه از قبل) را برآورده می‌کنید؟	آیا به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارویی ما نیست یا می‌خواهید که از قاعده یا محدودیتی در مورد دارویی که پوشش می‌دهیم صرف‌نظر کنیم؟
می‌توانید اقامه استیناف کنید. (این یعنی از ما درخواست تجدید نظر می‌کنید.)	می‌توانید از ما بخواهید که آن را به شما باز پرداخت کنیم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)	می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش از ما درخواست کنید.	می‌توانید از ما بخواهید که استثناً قائل شویم. (این نوعی تصمیم مربوط به پوشش می‌باشد.)
به بخش 6.5 در صفحه 193 مراجعه کنید.	به بخش 6.4 در صفحه 189 مراجعه کنید.	به بخش 6.4 در صفحه 189 مراجعه کنید.	از بخش 6.2 در صفحه 187 شروع کنید. همچنین به بخش‌های 6.3 و 6.4 در صفحات 188 و 189 مراجعه کنید.

بخش 6.2: استثناً چیست؟

استثناً دریافت اجازه برای پوشش دارویی می‌باشد که معمولاً در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست یا برای استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های لازم می‌باشد. اگر دارو در فهرست داروهای تحت پوشش ما نیست، یا به صورتی که می‌خواهید پوشش داده نشده است، می‌توانید از ما بخواهید که «استثناً» قائل شویم.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



وقتی برای استننا درخواست می کنید، پزشک شما یا تجویز کننده دیگری لازم خواهد بود که دلایل پزشکی اینکه به چه دلیل به استننا نیاز دارید را توضیح دهد.

در اینجا چند نمونه استننا ذکر می شود که شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگری می توانید از ما بخواهید که قائل شویم:

1. پوشش داروی بخش D که در فهرست داروهای تحت پوشش ما (فهرست دارویی) نیست.

▪ اگر قبول کنیم که استننا قائل شویم و دارویی را که در فهرست دارویی نیست پوشش دهیم، شما باید مبلغ سهم شدن در هزینه را که به داروهای ردیف 2 برای داروهای مارکدار یا ردیف 1 برای داروهای ژنریک مربوط می شود را پرداخت کنید. شما نمی توانید برای مبلغ پرداخت مشترک یا بیمه مشترکی که لازم است برای دارو پرداخت کنید برای استننا درخواست کنید.

2. حذف استننا در پوشش ما مقررات و محدودیت های دیگری وجود دارند که به داروهای خاص در فهرست دارویی ما مربوط می شوند (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 5 مراجعه کنید).

▪ مقررات و محدودیت های اضافی در مورد پوشش داروهای خاص شامل موارد زیر می شوند:

« ضرورت استفاده از نوع ژنریک دارو به جای داروی مارکدار.

« دریافت اجازه برنامه درمانی قبل از اینکه موافقت کنیم که دارو برای شما تحت پوشش خواهد بود. (این امر گاهی اوقات "اجازه قبلی" خوانده می شود).

« ضرورت استفاده اولیه از داروی دیگر قبل از اینکه موافقت کنیم دارویی که درخواست می کنید را پوشش دهیم. (این امر گاهی اوقات "درمان گام به گام" خوانده می شود).

« محدودیت مقدار. برای برخی داروها، مقدار دارویی که می توانید مصرف کنید را محدود می کنیم.

« اگر موافقت کنیم که استننا قائل شده و از محدودیت ها برای شما صرف نظر کنیم، هنوز می توانید برای مبلغ سهم بیمه شده که لازم می دانیم برای دارو پرداخت کنید تقاضای استننا کنید.

عبارت قانونی برای درخواست حذف محدودیت پوشش برای دارو گاهی اوقات درخواست برای «استننای مجموعه دارویی» خوانده می شود.

بخش 6.3: نکات مهمی که لازم است در مورد درخواست برای استننا دانست

پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید دلایل پزشکی را به ما بگوید

پزشک شما یا تجویز کننده دیگر باید گزارشی را به ما بدهد که دلایل پزشکی برای درخواست استننا را توضیح می دهد. تصمیم ما در مورد استننا در صورتی سریع تر خواهد بود که شما اطلاعاتی را از پزشک خود یا تجویز کننده دیگر در هنگام درخواست برای استننا در جوف قرار دهید.

فهرست دارویی ما معمولاً شامل بیش از یک دارو برای مداوای یک عارضه خاص است. این امکانات مختلف داروهای «ثانوی» خوانده می شوند. اگر یک داروی ثانوی همان اثر دارویی را داشته باشد که درخواست می کنید و اثرات جانبی یا سایر مشکلات سلامتی را ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای استننا را تصویب نمی کنیم.

ما به درخواست شما برای استننا پاسخ بله یا خیر خواهیم داد

▪ اگر به درخواست شما برای استننا پاسخ بله بدهیم، استننا معمولاً تا آخر سال ادامه پیدا می کند. این موضوع تا زمانیکه پزشک شما به تجویز دارو برای شما ادامه دهد و آن دارو برای مداوای عارضه شما ایمن و مؤثر باقی بماند صدق می کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب،

دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی

با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect

بازدید کنید.



- اگر به درخواست شما برای استننا پاسخ خیر بدهیم، می‌توانید توسط اقامه استیناف برای بررسی تصمیم ما درخواست کنید. بخش 6.5 در صفحه 193 اطلاعاتی را در مورد نحوه اقامه استیناف در صورتی که پاسخ خیر بدهیم به شما می‌دهد.

بخش بعدی به شما می‌گوید که چطور برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید که شامل استننا می‌شود.

بخش 6.4: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد داروی بخش D یا بازپرداخت برای داروی بخش D، شامل استننا

چکار کنید

نگاه اجمالی: نحوه درخواست برای تصمیم مربوط به پوشش در مورد دارو یا پرداخت هزینه

با ما تماس بگیرید، مکاتبه کنید یا فکس بفرستید یا از نماینده یا پزشک خود یا تجویزکننده دیگر بخواهید که درخواست کند. ما پاسخی را در مورد تصمیم مربوط به پوشش متعارف در ظرف 72 ساعت به شما خواهیم داد. ما پاسخی را در مورد بازپرداخت به شما برای داروی بخش D که هزینه آن را قبلاً پرداخت کردید ظرف 14 روز تقویمی خواهیم داد.

- اگر برای استننا درخواست می‌کنید، گزارش حمایت‌کننده از پزشک خود یا تجویزکننده دیگر را الصاق کنید.

- شما یا پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانید برای تصمیم سریع درخواست کنید. (تصمیمات سریع معمولاً در ظرف 24 ساعت اتخاذ می‌شوند.)

← این بخش را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! همچنین این بخش را برای کسب اطلاعات در مورد مهلت‌های اتخاذ تصمیم مطالعه کنید

- برای نوع تصمیم مربوط به پوشش که می‌خواهید درخواست کنید. برای ارائه درخواست خود با ما تماس گرفته، مکاتبه کرده یا فکس بفرستید. شما، نماینده شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) می‌توانید اینکار را بکنید. می‌توانید با شماره 1-855-464-3571 (TTY:711)، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

- شما یا پزشک شما (یا تجویزکننده دیگر) یا فرد دیگری که از سوی شما عمل می‌کند می‌توانید برای تصمیم مربوط به پوشش درخواست کنید. همچنین می‌توانید از یک وکیل بخواهید که از سوی شما اقدام کند.

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه ارائه اجازه به شخص دیگری تا به عنوان نماینده شما اقدام کند، بخش 4 در صفحه 167 را مطالعه کنید.

- ← لزومی ندارد که به پزشک خود یا تجویزکننده دیگری اجازه کتبی بدهید تا از ما برای تصمیم مربوط به پوشش از سوی شما درخواست کند.

- اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که هزینه یک دارو را به شما بازپرداخت کنیم، فصل 7 این کتابچه اطلاعاتی را مطالعه کنید. فصل 7 موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند که ممکن است لازم باشد برای بازپرداخت درخواست کنید. همچنین اطلاعاتی را در مورد نحوه ارسال مدارک برای درخواست از ما برای بازپرداخت سهم ما از هزینه دارویی که پرداخت کرده اید به شما می‌دهد.

- اگر برای استننا درخواست می‌کنید، «گزارش حمایت‌کننده» را ارائه کنید. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر باید دلایل پزشکی برای استننای دارویی را به ما ارائه کنند. این دلایل «گزارش حمایت‌کننده» خوانده می‌شوند.

پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند این گزارش را برای ما فکس یا ارسال کنند. پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند از طریق تلفن به ما بگویند و سپس گزارش را فکس یا ارسال کنند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از ما درخواست کنید که به شما یک «تصمیم پوششی سریع» بدهیم.

ما از «مهلت های متعارف» استفاده می کنیم مگر اینکه موافقت کرده باشیم که از «مهلت های سریع» استفاده کنیم.

■ **تصمیم پوششی متعارف** بدین معنی می باشد که ظرف 72 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.

■ **تصمیم پوششی سریع** بدین معنی می باشد که ظرف 24 ساعت بعد از اینکه گزارش پزشک شما را دریافت کردیم به شما پاسخ خواهیم داد.

« شما تنها در صورتی تصمیم پوششی سریع را دریافت خواهید کرد که برای دارویی درخواست می کنید که هنوز دریافت نکرده اید. (شما نمی توانید یک تصمیم پوششی سریع را در صورتی دریافت کنید که از ما برای بازپرداخت هزینه دارویی درخواست می کنید که قبلاً خریداری کرده اید.)

« تنها در صورتی می توانید تصمیم پوششی سریع دریافت کنید که استفاده از مهلت های متعارف بتواند ضرر جدی به سلامتی شما وارد کرده یا به توانایی شما در عملکرد آسیب وارد کند.

« اگر پزشک شما یا تجویز کننده دیگر به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما به یک «تصمیم پوششی سریع» نیازمند است، ما به طور خودکار قبول می کنیم که به شما یک تصمیم پوششی سریع ارائه کرده و نامه چنین چیزی را به شما خواهد گفت.

اگر خودتان برای تصمیم پوششی سریع درخواست کنید (بدون حمایت پزشک شما یا تجویز کننده دیگر)، ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا یک تصمیم پوششی سریع را دریافت می کنید.

اگر تصمیم بگیریم که عارضه پزشکی شما شرایط تصمیم پوششی سریع را برآورده نمی کند، در عوض از مهلت های استاندارد استفاده خواهیم کرد. نامه ای بدین مضمون برای شما ارسال خواهیم کرد. این نامه نحوه ارائه شکایت در مورد تصمیم ما در ارائه یک تصمیم متعارف را به آگاهی شما خواهد رسانید. می توانید یک «شکایت سریع» را تسلیم کرده و ظرف 24 ساعت پاسخی به شکایت خود دریافت کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد روال تسلیم شکایات که شامل شکایات سریع می شود، به بخش 10 در صفحه 210 مراجعه کنید.

عبارت قانونی برای «تصمیم پوششی سریع» «تصمیم پوشش تسریع شده» است.

مهلت های درخواست برای «تصمیم پوششی سریع»

■ اگر از مهلت های سریع استفاده می کنیم، باید در ظرف 24 ساعت به شما پاسخ دهیم. یعنی در ظرف 24 ساعت بعد از اینکه درخواست شما را دریافت کردیم. یا اگر برای استثنای درخواست می کنید، 24 ساعت بعد از اینکه گزارش حمایت کننده از درخواست شما را از پزشک یا تجویز کننده شما دریافت کردیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.

■ اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال استیناف ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.

◀ اگر پاسخ به بخش یا همه موضوعات مورد درخواست شما بله باشد، ما باید ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا گزارش حمایت کننده پزشک یا تجویز کننده از درخواست شما، پوشش را در اختیار شما قرار دهیم.

◀ اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می توانید در رابطه با تصمیم ما اقامه استیناف کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب،

دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی

با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect

بازدید کنید.



مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوششی استاندارد» در مورد دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید

- اگر از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم، باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواستان به شما پاسخ دهیم. یا اگر برای استثنای درخواست می‌کنید، بعد از اینکه گزارش حمایت‌کننده از پزشک یا تجویزکننده شما دریافت کنیم. اگر از لحاظ وضعیت سلامتی شما لازم باشد، پاسخ خود را زودتر به شما ارائه خواهیم کرد.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال استیناف ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- ◀ اگر پاسخ ما به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید بله باشد، باید ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما، یا اگر برای استثنای درخواست می‌کنید، بعد از دریافت گزارش حمایت‌کننده پزشک شما یا تجویزکننده شما، پوشش را ارائه کرده یا تصویب کنیم.
- ◀ اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می‌توانید در رابطه با تصمیم ما اقامه استیناف کنید.

مهلت‌های درخواست برای «تصمیم پوششی استاندارد» در مورد پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید

- ما باید پاسخ خود را در ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست شما ارائه کنیم.
- اگر این مهلت سپری شود، درخواست شما را به مرحله 2 روال استیناف ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- ◀ اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید بله باشد، هزینه را ظرف 14 روز تقویمی پرداخت خواهیم کرد.
- ◀ اگر پاسخ به بخشی یا همه مواردی که درخواست کردید خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد. نامه همچنین توضیح خواهد داد که چطور می‌توانید در رابطه با تصمیم ما اقامه استیناف کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 6.5: مرحله 1 استیناف برای داروهای بخش D

- برای شروع استیناف، شما، پزشک شما یا تجویز کننده دیگری یا نماینده شما باید با ما تماس بگیرید.
- اگر برای استیناف استاندارد درخواست می کنید، می توانید استیناف خود را با ارسال درخواست به طور کتبی اقامه کنید. همچنین می توانید برای درخواست استیناف با شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.
- اگر استیناف سریع می خواهید، می توانید استیناف خود را به صورت کتبی اقامه کرده یا می توانید با ما تماس بگیرید.
- درخواست استیناف خود را ظرف 60 روز تقویمی از تاریخ اعلامیه‌ای که در مورد تصمیم برای شما ارسال کردیم اقامه کنید. اگر این مهلت سپری شود و برای سپری شدن آن دلیل خوبی داشته باشید، ممکن است فرصت بیشتری را برای اقامه استیناف به شما بدهیم. برای مثال، دلیل های موجه برای سپری شدن مهلت می تواند بیماری وخیمی باشد که از تماس گرفتن شما جلوگیری کرد یا اگر اطلاعات ناصحیح یا ناکامل را در مورد مهلت های درخواست استیناف به شما داده باشیم.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 1

شما، پزشک یا تجویز کننده شما یا نماینده شما می توانید درخواست خود را به طور کتبی نوشته و برای ما ارسال یا فکس کنید. همچنین می توانید با ما تماس گرفته و درخواست اقامه استیناف کنید.

- در ظرف 60 روز تقویمی از تصمیمی که در مورد آن اقامه استیناف می کنید درخواست کنید. اگر این مهلت به دلیل موجهی سپری شود، هنوز می توانید اقامه استیناف کنید.
- شما، پزشک یا تجویز کننده شما یا نماینده شما می توانید با ما برای درخواست اقامه استیناف سریع تماس بگیرید.

◀ این بخش را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! همچنین این فصل را برای کسب اطلاعات در مورد مهلت های اتخاذ تصمیم مطالعه کنید.

عبارت قانونی برای استیناف به برنامه درمانی در مورد تصمیم پوششی داروی بخش D «تشخیص مجدد» برنامه درمانی است.

- شما حق دارید که از ما برای رونوشتی از اطلاعات مربوط به استیناف خود درخواست کنید. برای دریافت نسخه‌ای از آن با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.
- « اگر مایل باشید، شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگر می توانید اطلاعات بیشتری را در حمایت از استیناف خود به ما ارائه کنید.

اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، برای «استیناف سریع» درخواست کنید

- اگر به خاطر تصمیمی که برنامه درمانی ما در مورد دارویی که دریافت نکرده اید اقامه استیناف می کنید، شما و پزشک شما یا تجویز کننده دیگر لازم است که تصمیم بگیرید آیا به «استیناف سریع» نیاز خواهید داشت.
- شرایط دریافت «استیناف سریع» مشابه شرایط دریافت «تصمیم در مورد پوشش سریع» در بخش 6.4 در صفحه 189 است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



عبارت قانونی برای «استیناف سریع» «تجدید نظر تسریع شده» می‌باشد.

برنامه درمانی ما استیناف شما را بررسی کرده و تصمیم ما را به شما خواهد داد

- ما دوباره با دقت به همه اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما توجه می‌کنیم. ما به این موضوع توجه می‌کنیم که آیا همه مقررات را در هنگام دادن پاسخ خیر به درخواست شما رعایت کرده‌ایم یا خیر. ممکن است با شما یا پزشک شما یا تجویز کننده دیگر برای دریافت اطلاعات بیشتر تماس بگیریم. بررسی گر شخصی خواهد بود که تصمیم اصلی در مورد پوشش را اتخاذ نکرده بود.

مهلت های «استیناف سریع»

- اگر از مهلت های سریع استفاده کنیم، پاسخ خود را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت استیناف شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما خواهیم داد.
- اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال استیناف‌ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- ← اگر به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ بدهیم، باید پوشش را در ظرف 72 ساعت بعد از دریافت استیناف شما ارائه کنیم.
- ← اگر به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ ما خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر را برای شما توضیح می‌دهد.

مهلت های «استیناف استاندارد»

- اگر از مهلت های استاندارد استفاده کنیم، باید پاسخ خود را در ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما، یا اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد زودتر به شما بدهیم. اگر فکر می‌کنید به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم است، باید برای «استیناف سریع» درخواست کنید.
- اگر تصمیمی را در ظرف 7 روز تقویمی به شما ندهیم، درخواست شما را به مرحله 2 روال استیناف‌ها خواهیم فرستاد. در مرحله 2، درخواست شما را یک نهاد بررسی مستقل (IRE) بررسی خواهد کرد.
- ← اگر به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ بدهیم:
- « اگر درخواست برای پوشش را تصویب کنیم، باید پوشش را تا جایی که وضعیت سلامتی شما اجازه می‌دهد فوراً به شما بدهیم ولی نباید بیشتر از 7 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما باشد.
- « اگر درخواست بازپرداخت دارویی که قبلاً خریداری کرده اید را تصویب کنیم، ما هزینه آنرا در ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست استیناف شما ارسال خواهیم کرد.
- ← اگر به بخشی از یا همه مواردی که درخواست کردید پاسخ ما خیر باشد، نامه‌ای را برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ خیر و نحوه اقامه استیناف در مورد تصمیم ما را برای شما توضیح می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 6.6: مرحله 2 استیناف برای داروهای بخش D

اگر پاسخ ما به بخش یا همه موارد استیناف شما خیر باشد، می‌توانید تصمیم بگیرید که آیا این تصمیم را قبول کنید یا استیناف دیگری را اقامه کنید. اگر تصمیم بگیرید که به مرحله 2 استیناف بروید، نهاد بررسی مستقل (IRE) تصمیم ما را بررسی خواهد کرد.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 2

اگر میخواهید که نهاد بررسی مستقل پرونده شما را بررسی کند، درخواست استیناف شما باید به طور کتبی ارائه شود.

ظرف 60 روز (اعم از کاری و غیرکاری) از

تصمیمی که در مورد آن اقامه استیناف میکنید درخواست کنید. اگر این مهلت به دلیل موجهی سپری شود، هنوز میتوانید اقامه استیناف کنید.

شما، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر یا نماینده شما میتوانید برای استیناف مرحله 2 درخواست کنید.

این بخش را مطالعه کنید تا مطمئن شوید که برای تصمیم سریع واجد شرایط هستید! همچنین این فصل را برای کسب اطلاعات در مورد مهلت‌های اتخاذ تصمیم مطالعه کنید.

- اگر می‌خواهید که IRE پرونده شما را بررسی کند، درخواست استیناف شما باید به طور کتبی باشد. نامه ای که در مورد تصمیم ما در مرحله 1 استیناف برای شما ارسال می‌کنیم نحوه درخواست برای مرحله 2 استیناف را توضیح خواهد داد.

- هنگامی که به IRE اقامه استیناف می‌کنید، ما پرونده شما را برای آنها ارسال خواهیم کرد. شما حق این را دارید که با تماس با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه از ما نسخه‌ای از پرونده خود را درخواست کنید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

- شما حق دارید که اطلاعات دیگری را در حمایت از استیناف خود به IRE بدهید.

- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد. این نهاد به این برنامه درمانی وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.

- بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به استیناف شما با دقت توجه خواهند کرد. این سازمان نامه ای را برای شما ارسال کرده که تصمیم اتخاذ شده را توضیح خواهد داد.

عبارت قانونی برای استیناف به برنامه درمانی در مورد تصمیم پوششی داروی بخش D «تجدید نظر» است.

مهلت های «استیناف سریع» در مرحله ۲

- اگر به خاطر وضعیت سلامتی شما لازم باشد، از نهاد بررسی مستقل (IRE) برای «استیناف سریع» درخواست کنید.
- اگر IRE با «استیناف سریع» موافقت کند، باید پاسخی را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت درخواست استیناف شما به استیناف مرحله 2 شما بدهد.
- اگر IRE به بخش یا همه آنچه درخواست می‌کنید جواب بله بدهد، ما باید پوشش دارویی را ظرف 24 ساعت بعد از دریافت تصمیم تصویب کرده یا به شما بدهیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مهلت های "استیناف استاندارد" در مرحله 2

- اگر یک استیناف استاندارد در مرحله 2 دارید، نهاد بررسی مستقل (IRE) باید ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت استیناف شما به استیناف مرحله 2 شما پاسخ دهد.
- « اگر IRE به بخش یا همه آنچه درخواست می‌کنید جواب بدهد، ما باید پوشش دارویی را ظرف 72 ساعت بعد از دریافت تصمیم تصویب کرده یا به شما بدهیم.
- « اگر IRE درخواستی را برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید تصویب کند، ما هزینه آن را ظرف 30 روز تقویمی بعد از دریافت تصمیم ارسال خواهیم کرد.

اگر نهاد بررسی مستقل به استیناف مرحله 2 شما پاسخ خیر بدهد چطور؟

خیر یعنی نهاد بررسی مستقل (IRE) با تصمیم ما در مورد عدم تصویب درخواست شما موافق است. این موضوع "تأیید تصمیم" خوانده می‌شود. همچنین "رد کردن استیناف شما" خوانده می‌شود.

اگر می‌خواهید به مرحله 3 روال استیناف بروید، داروهایی که درخواست می‌دهید باید دارای یک ارزش حداقل به دلار باشند. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی‌توانید به استیناف ادامه دهید. اگر مبلغ دلاری به اندازه کافی بالا نیست، نمی‌توانید برای مرحله 3 استیناف درخواست کنید. نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید مبلغ دلاری لازم برای ادامه روال استیناف را به شما خواهد گفت.

بخش 7: درخواست از ما برای پوشش اقامت طولانی تر در بیمارستان

وقتی در بیمارستان پذیرفته می‌شوید، شما حق دارید که همه خدمات بیمارستانی که ما پوشش داده و برای تشخیص بیماری و مداوای بیماری یا مصدومیت شما لازم هستند را دریافت کنید.

پزشک شما و پرسنل بیمارستان در طول اقامت تحس پوشش شما در بیمارستان با شما همکاری کرده تا برای هنگامی که بیمارستان را ترک خواهید کرد آماده شوید. همچنین کمک می‌کنند تا ترتیب هرگونه مراقبتی که بعد از ترک نیاز داشته باشید داده شود.

- روزی که بیمارستان را ترک می‌کنید "روز ترخیص" خوانده می‌شود.
- پزشک شما یا پرسنل بیمارستان تاریخ ترخیص را به شما خواهند گفت.

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از شما خواسته شده که بیمارستان را ترک کنید، می‌توانید برای اقامت طولانی تر در بیمارستان درخواست کنید. این بخش نحوه درخواست را به شما می‌گوید.

بخش 7.1: کسب اطلاعات در مورد حقوق Medicare شما

ظرف دو روز بعد از پذیرفته شدن در بیمارستان، یک مسئول پرونده یا پرستار به شما اعلامیه‌ای را به نام پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما خواهد داد. اگر این اعلامیه را دریافت نکردید، از هریک از کارکنان بیمارستان برای آن درخواست کنید. اگر کمک لازم دارید، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته نیز می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

این اطلاعیه را با دقت مطالعه کرده و اگر موضوعی را متوجه نمیشوید سؤال کنید. این پیام مهم اطلاعاتی را در مورد حقوق شما به عنوان بیمار بستری در بیمارستان به شما ارائه میکند، از جمله حق شما برای:

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- دریافت خدمات تحت پوشش Medicare در طول اقامت در بیمارستان و بعد از آن. حق شما در آگاهی از ماهیت این خدمات، چه نهادی هزینه آنها را پرداخت می‌کند و از کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید.
- مشارکت در هرگونه تصمیماتی که در مورد طول مدت اقامت بیمارستانی خود اتخاذ می‌کنید.
- آگاهی از اینکه هرگونه نگرانی که در مورد کیفیت مراقبت بیمارستانی خود دارید را به کجا گزارش کنید.
- اقامه استیناف اگر فکر می‌کنید که خیلی زود از بیمارستان ترخیص شده‌اید.
- شما باید اعلامیه Medicare را امضاء کنید که نشان می‌دهد آنرا درک کرده و با حقوق خود آشنایی دارید. امضای این اعلامیه بدین معنی نیست که شما با تاریخ ترخیصی که ممکن است پزشک شما یا پرسنل بیمارستان به شما گفته باشند موافق هستید. نسخه خود از اعلامیه امضاء شده را نگه دارید تا در صورت لزوم اطلاعات گنجانده شده در آن را در دسترس داشته باشید.
- برای دریافت نسخه‌ای از این اعلامیه از پیش، می‌توانید با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. همچنین می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

می‌توانید این اعلامیه را به صورت آنلاین در <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> نیز مشاهده کنید.

◀ اگر به کمک نیاز دارید، لطفاً خدمات اعضا یا Medicare به شماره‌های بالا تماس بگیرید.

بخش 7.2: استیناف مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر می‌خواهید خدمات بیمارستان بستری برای شما را برای مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، بایستی برای استیناف درخواست کنید. یک سازمان بهبود کیفیت مرحله 1 استیناف شما را بررسی خواهد داد تا ببیند که آیا تاریخ ترخیص تعیین شده از لحاظ پزشکی برای شما مناسب است. در کالیفرنیا شماره سازمان بهبود کیفیت به نام Livanta

برای اقامه استیناف برای تغییر تاریخ ترخیص خود با Livanta به شماره (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123.

همین حالا زنگ بزنید!

قبل از ترک بیمارستان و تا قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. پیامی مهم از سوی Medicare در مورد حقوق شما حاوی اطلاعاتی در مورد نحوه دسترسی به سازمان بهبود کیفیت است.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و درخواست برای «بررسی سریع» کنید.

قبل از ترک بیمارستان و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما تماس بگیرید

- اگر قبل از ترک کردن تماس بگیرید، در طول مدتی که برای دریافت تصمیم در مورد استیناف خود از سازمان بهبود کیفیت منتظر می‌شوید، به شما اجازه داده می‌شود که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده بدون اینکه برای آن هزینه‌ای پرداخت کنید، در بیمارستان باقی بمانید.
- اگر برای اقامه استیناف تماس نگیرید و تصمیم بگیرید که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما در بیمارستان اقامت کنید، ممکن است لازم باشد همه هزینه‌های مراقبت بیمارستانی را بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما پرداخت کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



← اگر مهلت برای تماس با سازمان بهبود کیفیت در مورد استیناف شما سپری شود، می‌توانید در عوض مستقیماً به برنامه ما اقامه استیناف کنید. برای جزئیات بیشتر به بخش 7.4 در صفحه 200 مراجعه کنید.

← اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای اقامت در بیمارستان را بررسی نمی‌کند، ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بازبینی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

ما می‌خواهیم مطمئن شویم که شما از آنچه باید انجام دهید و مهلت‌ها آگاهی داشته باشید.

- در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر در هر زمان سؤالی دارید یا کمک لازم دارید، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. می‌توانید با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. یا می‌توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این متخصصین بخشی از برنامه درمانی ما نمی‌باشند. حقوق آنها را Medicare پرداخت می‌کند تا کیفیت مراقبت اشخاص عضو Medicare را کنترل کرده و به بهبود آن کمک کنند.

درخواست برای «بررسی سریع»

شما باید از سازمان بهبود کیفیت برای «بررسی سریع» ترخیص خود درخواست کنید. درخواست برای «بررسی سریع» بدین معنی است که شما از سازمان می‌خواهید که از مهلت‌های سریع به جای استفاده از مهلت‌های استاندارد استفاده کند.

عبارت قانونی برای «بررسی سریع» «بررسی فوری» می‌باشد.

در طول بررسی سریع چه اتفاقی می‌افتد؟

- بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش باید بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده ادامه پیدا کند را از شما و نماینده شما سؤال می‌کنند. لزومی ندارد که نوشته‌ای را تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید اینکار را بکنید.
- بررسی کنندگان به پرونده پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و همه اطلاعات مربوط به اقامت شما در بیمارستان را بررسی می‌کنند.
- تا ظهر روز بعد از اینکه بررسی کنندگان نتیجه استیناف شما را به ما می‌گویند، نامه‌ای را دریافت خواهید کرد که تاریخ ترخیص تعیین شده را به شما می‌دهد. این نامه دلایلی که پزشک شما، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم که ترخیص در آن روز برای شما مناسب است را توضیح می‌دهد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



عبارت قانونی برای این توضیح کتبی «اعلامیه مشروح ترخیص» می باشد. می توانید برای درخواست نمونه ای از آن با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته نیز می توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا می توانید نمونه آنلاین اعلامیه را در <http://https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html> مشاهده کنید

اگر پاسخ بله باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به استیناف شما پاسخ بله بدهد، ما باید به پوشش خدمات بیمارستانی شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

اگر پاسخ خیر باشد چطور؟

- اگر سازمان بهبود کیفیت به استیناف شما پاسخ خیر بدهد، یعنی اینکه تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب می باشد. در این صورت پوشش ما برای خدمات بیماران بستری در بیمارستان در ظهر روز بعد از ارائه پاسخ سازمان بهبود کیفیت به شما خاتمه پیدا خواهد کرد.
- اگر سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر بدهد و تصمیم بگیرید که در بیمارستان باقی بمانید، آن وقت ممکن است لازم باشد که هزینه اقامت خود در بیمارستان را بپردازید. هزینه مراقبت بیمارستانی که ممکن است لازم باشد خودتان پرداخت کنید از ظهر روز بعد از ارائه پاسخ سازمان بهبود کیفیت به شما شروع می شود.
- اگر سازمان بهبود کیفیت استیناف شما را قبول نکند و بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان باقی بمانید، آن وقت می توانید یک استیناف مرحله 2 را اقامه کنید.

بخش 7.3: استیناف مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر سازمان بهبود کیفیت استیناف شما را قبول نکرده است و بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده در بیمارستان باقی بمانید، آن وقت می توانید یک استیناف مرحله 2 را اقامه کنید. لازم خواهد بود که با سازمان بهبود کیفیت دوباره تماس گرفته و برای بررسی دیگری درخواست کنید.

ظرف 60 روز تقویمی بعد از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر به استیناف مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. تنها در صورتی می توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده در بیمارستان اقامت کرده باشید.

در کالیفرنیا نام سازمان بهبود کیفیت Livanta است.
می توانید با Livanta به شماره: 1-877-588-1123
(TTY: 1-855-887-6668).

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) تماس بگیرید و درخواست برای بررسی دیگری کنید.

- بررسی کنندگان در سازمان بهبود کیفیت به همه اطلاعات مربوط به استیناف شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.
- ظرف 14 روز تقویمی از دریافت درخواست شما برای بررسی دیگر، بررسی کنندگان سازمان بهبود کیفیت تصمیمی را اتخاذ خواهند کرد.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر پاسخ بله باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که از ظهر روز بعد از تاریخ تصمیم استیناف اول دریافت کردید را پرداخت کنیم. ما باید به پوشش مراقبت بیماران بستری در بیمارستان برای شما تا زمانیکه از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.
- ما باید به پرداخت سهم هزینه‌های شما و محدودیت‌های پوششی که ممکن است اطلاق پذیر باشند ادامه دهیم.

اگر پاسخ خیر باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

این موضوع بدین معنی است که سازمان بهبود کیفیت با تصمیم مرحله 1 موافق است و آن را تغییر نخواهد داد. نامه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید به روال استیناف ادامه دهید چکار می‌توانید بکنید.

اگر سازمان بهبود کیفیت استیناف مرحله 2 شما را قبول نکند، باید هزینه کامل اقامت خود بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده را بپردازید.

ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بازبینی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

بخش 7.4: اگر مهلت استیناف سپری شود چه اتفاقی می‌افتد؟

اگر مهلت‌های استیناف سپری شوند، روش دیگری برای اقامه استیناف‌های مرحله 1 و مرحله 2 وجود دارد که استیناف‌های ثانوی خوانده می‌شوند. ولی دو مرحله اول استیناف متفاوت می‌باشند.

استیناف ثانوی مرحله 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

اگر مهلت برای تماس با سازمان بررسی کیفیت سپری شود، می‌توانید به ما اقامه استیناف کرده و برای «بررسی سریع» درخواست کنید. بررسی سریع، استینافی می‌باشد که از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کند.

- در طول این بررسی، ما به همه اطلاعات مربوط به اقامت شما در بیمارستان توجه خواهیم کرد. ما به این موضوع توجه خواهیم کرد که آیا تصمیم در مورد وقتی باید بیمارستان را ترک کنید عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی می‌کند.

- ما از مهلت‌های سریع به جای مهلت‌های استاندارد برای پاسخگویی به این بررسی استفاده خواهیم کرد. این بدین معنی است که ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» به شما ارائه خواهیم کرد.

- اگر پاسخ ما به بررسی سریع بله باشد، بدین معنی است که موافقت می‌کنیم شما لازم است بعد از تاریخ ترخیص هنوز در بیمارستان بمانید.** ما به پوشش خدمات بیمارستانی تا زمانی‌که از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه خواهیم داد.

همچنین بدین معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید باز پرداخت کنیم.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف ثانوی مرحله 1

با خدمات اعضای ما

از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. درخواست «بررسی سریع» تاریخ ترخیص‌تان از بیمارستان را کنید.

ما تصمیم خود را ظرف 72 ساعت به شما خواهیم داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب،

دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی

با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect

بازدید کنید.



- اگر به بررسی سریع شما پاسخ خیر بدهیم، یعنی اینکه تاریخ ترخیص تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب می‌باشد. پوشش ما برای خدمات بیماران بستری در بیمارستان در روزی خاتمه پیدا می‌کند که به شما گفتیم پوشش خاتمه پیدا خواهد کرد.
- « اگر بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده خود در بیمارستان باقی ماندید، آنگاه ممکن است لازم باشد که هزینه کامل مراقبت بیمارستانی که بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده دریافت کردید را پرداخت کنید.
- ◀ برای اینکه مطمئن شویم همه مقرررت را هنگام پاسخ خیر دادن به استیناف سریع شما رعایت کرده‌ایم، استیناف شما را برای «نهاد بررسی مستقل» ارسال خواهیم کرد. هنگامی که این کار را می‌کنیم بدین معنی است که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روال استیناف‌ها خواهد رفت.

عبارت قانونی برای «بررسی سریع» «استیناف تسریع شده» می‌باشد.

استیناف ثانوی مرحله 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان

ما اطلاعات مربوط به مرحله 2 استیناف شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ تصمیم مرحله 1 ما برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید که از عهده این مهلت یا سایر مهلت‌ها بر نمی‌آئیم، می‌توانید اقامه استیناف کنید. بخش 10 در صفحه 209 نحوه تسلیم شکایت را توضیح می‌دهد.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف ثانوی مرحله 2

لازم نیست که کاری بکنید. برنامه درمانی به طور خودکار استیناف شما را برای نهاد بررسی مستقل ارسال خواهد کرد.

در طول مرحله 2 استیناف، IRE تصمیمی که در هنگام پاسخ خیر دادن به «بررسی سریع» شما گرفتیم را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم باید تغییر کند.

- IRE «بررسی سریعی» از استیناف شما انجام می‌دهد. بررسی‌کنندگان معمولاً پاسخی را ظرف 72 ساعت به شما می‌دهند.

- IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد. این سازمان به برنامه درمانی ما وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.

- بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به استیناف شما درباره اقامتتان در بیمارستان با دقت توجه خواهند کرد.

- اگر IRE به استیناف شما پاسخ پله بدهد، آنوقت ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت بیمارستانی که از تاریخ ترخیص تعیین شده شما دریافت کرده‌اید را پرداخت کنیم. ما باید به پوششمان از خدمات بیمارستانی شما نیز تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.

- اگر IRE به استیناف شما پاسخ خیر بدهد، بدین معنی است که ما با ما موافق هستیم که تاریخ ترخیص از بیمارستان تعیین شده برای شما از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه داده شود چه کار کنید. این نامه جزئیات مربوط به ادامه دادن به مرحله 3 استیناف را توضیح می‌دهد که توسط یک قاضی رسیدگی می‌شود.

ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه اقامت در بیمارستان کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بازبینی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 177 مراجعه کنید. شما می‌توانید علاوه بر یا در عوض استیناف مرحله 3 درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 8: اگر فکر می‌کنید که مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) خیلی زود خاتمه پیدا می‌کنند چکار کنید

این بخش فقط در مورد این انواع مراقبت است:

- خدمات مراقبت درمانی در خانه.
 - مراقبت پرستاری تخصصی در مرکز پرستاری تخصصی
 - مراقبت توانبخشی که در یک مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) تحت جواز Medicare به عنوان بیمار سرپایی دریافت می‌کنید. معمولاً بدین معنی است که مداوایی را برای یک بیماری یا سانحه دریافت می‌کنید یا از یک جراحی عمده بهبود پیدا می‌کنید.
 - ◀ با هر کدام از این سه نوع مراقبت، شما حق دارید که به دریافت خدمات تحت پوشش تا زمانیکه پزشک بگوید به آن نیاز دارید ادامه دهید.
 - ◀ وقتی تصمیم بگیریم که به پوشش هر یک از این مراقبت‌ها خاتمه دهیم، بایستی قبل از خاتمه خدمات به شما بگوییم. هنگامی که پوشش ما برای آن مراقبت خاتمه پیدا می‌کند، ما به پرداخت هزینه مراقبت شما خاتمه خواهیم داد.
- اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید. این بخش نحوه درخواست برای استیناف را به شما می‌گوید.

بخش 8.1: ما از قبل به شما خواهیم گفت که چه موقع پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد

- حداقل دو روز قبل از اینکه به پرداخت مراقبت شما خاتمه بدهیم اعلامیه‌ای دریافت می‌کنید. این اعلامیه عدم پوشش Medicare خوانده می‌شود.
 - این اعلامیه کتبی تاریخ متوقف کردن پوشش مراقبتی شما را به آگاهی شما می‌رساند.
 - اعلامیه کتبی همچنین نحوه اقامه استیناف بر علیه این تصمیم را به شما می‌گوید.
- شما یا نماینده شما باید اعلامیه کتبی را امضاء کنید تا نشان دهید که آنرا دریافت کرده اید. امضای آن بدین معنی نیست که با برنامه درمانی موافقید که زمان متوقف کردن دریافت مراقبت شده است.
- هنگامی که پوشش شما خاتمه پیدا کرد، ما پرداخت را متوقف خواهیم کرد.

بخش 8.2: مرحله 1 استیناف برای ادامه مراقبت شما

اگر فکر می‌کنید که خیلی زود به پوشش مراقبت شما خاتمه می‌دهیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما اقامه استیناف کنید. این بخش نحوه درخواست برای استیناف را به شما می‌گوید.

قبل از شروع استیناف خود، با آنچه باید انجام دهید و مهلت‌های مربوطه آشنا شوید.

- **مهلت‌ها را نگه دارید.** مهلت‌ها اهمیت دارند. مطمئن شوید مهلت‌هایی که مربوط به کارهایی می‌شوند که باید انجام دهید را درک کرده و دنبال می‌کنید. مهلت‌هایی نیز وجود دارند که برنامه درمانی ما باید دنبال کند. (اگر فکر می‌کنید که مهلت‌های مان را نگه نمی‌داریم، می‌توانید شکایت کنید. بخش 10 در صفحه 210 نحوه تسلیم شکایت را توضیح می‌دهد.)

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- در صورت لزوم برای دریافت کمک درخواست کنید. اگر در هر زمان سوالی دارید یا کمک لازم دارید، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. یا با برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی خود به شماره (213) 383-4519 تماس بگیرید، در محدوده کانتی لس آنجلس: 1-800-824-0780 در کانتی لس آنجلس: (213) TTY.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 1 برای درخواست از برنامه درمانی برای ادامه مراقبت شما

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 تماس بگیرید و درخواست برای «استیناف سریع» کنید. قبل از ترک سازمان یا مرکزی که مراقبت شما را ارائه می‌کند و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده خود تماس بگیرید.

در طول استیناف مرحله 1، یک سازمان بهبود کیفیت استیناف شما را بررسی کرده و تصمیم خواهد گرفت که آیا تصمیمی که ما گرفتیم را تغییر دهد. در کالیفرنیا نام سازمان بهبود کیفیت Livanta است. می‌توانید با Livanta به شماره: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). اطلاعات درباره اقامه استیناف به سازمان بهبود کیفیت همچنین در اطلاعیه عدم پوشش Medicare آمده است. این اعلامیه را زمانی دریافت کردید که به شما اطلاع داده شد ما به پوشش مراقبت شما خاتمه خواهیم داد.

سازمان بهبود کیفیت چیست؟

این سازمان گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌باشد که تحت استخدام دولت فدرال هستند. این متخصصین بخشی از برنامه درمانی ما نمی‌باشند. حقوق آنها را Medicare پرداخت می‌کند تا کیفیت مراقبت اشخاص عضو Medicare را کنترل کرده و به بهبود آن کمک کنند.

باید برای چه خدماتی درخواست کنید؟

درخواست «استیناف سریع» کنید. این بررسی مستقلی برای این است که آیا از لحاظ پزشکی برای ما جایز است که به پوشش خدمات شما خاتمه دهیم.

مهلت شما برای تماس با این سازمان چیست؟

- شما باید با سازمان بهبود کیفیت حداکثر تا ظهر روز بعد از دریافت اعلامیه کتبی که به شما تاریخ توقف پوشش مراقبتی شما را اعلام می‌کند تماس بگیرید.
- اگر مهلت برای تماس با سازمان بهبود کیفیت در مورد استیناف شما سپری شود، می‌توانید در عوض مستقیماً به خود ما اقامه استیناف کنید. برای جزئیات مربوط به سایر روش‌های اقامه استیناف به بخش 8.4 در صفحه 207 مراجعه کنید.
- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما برای ادامه پوشش خدمات مراقبت درمانی شما را بررسی نمی‌کند، ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بررسی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



عبارت قانونی برای اعلامیه کتبی «اعلامیه عدم پوشش Medicare» می باشد. برای دریافت نسخه‌ی نمونه، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد، یا در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. یا نسخه‌ای از آن را در آدرس آنلاین <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html> مشاهده کنید.

در طول بررسی سازمان بهبود کیفیت چه اتفاقی می افتد؟

- بررسی کنندگان در سازمان بهبود کیفیت دلیل اینکه فکر می‌کنید پوشش برای خدمات باید ادامه پیدا کند را از شما یا نماینده شما سؤال می‌کنند. لزومی ندارد که نوشته‌ای را تهیه کنید ولی در صورت تمایل می‌توانید اینکار را بکنید.
- هنگامی که برای استیناف درخواست می‌کنید، برنامه درمانی باید نامه‌ای به شما و به سازمان بهبود کیفیت بنویسد که توضیح می‌دهد به چه دلیل خدمات شما باید خاتمه پیدا کنند.
- بررسی کنندگان به پرونده‌های پزشکی شما توجه کرده، با پزشک شما صحبت می‌کنند و همه اطلاعات ارائه شده به آنها در مورد برنامه درمانی ما را نیز بررسی خواهند کرد.
- در ظرف یک روز کامل بعد از اینکه بررسی کنندگان همه اطلاعات لازم را دریافت کردند، آنها تصمیم خود را به آگاهی شما خواهند رسانید. می‌توانید نامه‌ای را دریافت کنید که این تصمیم را توضیح می‌دهد.

عبارت قانونی برای نامه‌ای که دلیل خاتمه خدمات شما را توضیح می‌دهد «توضیح مشروح عدم پوشش» می باشد.

اگر پاسخ بررسی کنندگان بله باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر بررسی کنندگان به استیناف شما پاسخ بله بدهند، ما باید به ارائه خدمات تحت پوشش شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشند ادامه دهیم.

اگر پاسخ بررسی کنندگان خیر باشد چه اتفاقی می افتد؟

- اگر پاسخ بررسی کنندگان به استیناف شما خیر باشد، آن وقت پوشش شما در تاریخی که به شما گفتیم خاتمه پیدا خواهد کرد. ما پرداخت سهم ما از هزینه‌های این مراقبت را متوقف خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع برای بیماران سرپایی (CORF) بعد از تاریخی که پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند ادامه دهید، آن وقت بایستی خودتان هزینه کامل این مراقبت را پرداخت کنید.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 8.3: مرحله 2 استیناف برای ادامه مراقبت شما

اگر سازمان بهبود کیفیت به استیناف شما پاسخ خیر داد و شما تصمیم بگیرید که به دریافت مراقبت بعد از خاتمه پوشش برای مراقبت ادامه دهید، می‌توانید یک استیناف مرحله 2 را اقامه کنید.

حین استیناف مرحله 2، شما می‌توانید از سازمان بهبود کیفیت درخواست کنید تا نگاه دیگری به تصمیمی که در مرحله 1 گرفتند بیندازند. اگر آنها بگویند که با تصمیم مرحله 1 موافق هستند، ممکن است لازم باشد که کل هزینه مراقبت درمانی در خانه، مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی بیماران سرپایی را بعد از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا خواهد کرد بپردازید.

در کالیفرنیا نام سازمان بهبود کیفیت Livanta است.

می‌توانید با Livanta به شماره: 1-877-588-1123

(TTY: 1-855-887-6668) ظرف 60 روز تقویمی بعد از

تاریخی که سازمان بهبود کیفیت پاسخ خیر به استیناف مرحله 1 شما داده است برای بررسی مرحله 2 درخواست کنید. تنها در صورتی می‌توانید برای این بررسی درخواست کنید که بعد از تاریخی که پوشش شما برای مراقبت خاتمه پیدا کرده به دریافت مراقبت ادامه داده باشید.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف مرحله 2 جهت ملزم کردن برنامه درمانی برای پوشش مراقبت شما برای مدت طولانیتر

با سازمان بهبود کیفیت در ایالت خود به شماره

1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668)

تماس بگیرید و درخواست بررسی دیگری کنید.

قبل از ترک سازمان یا مرکزی که مراقبت شما را ارائه میکند و قبل از تاریخ ترخیص تعیین شده خود تماس بگیرید.

- بررسی‌کنندگان در سازمان بهبود کیفیت به همه اطلاعات مربوط به استیناف شما دوباره با دقت توجه خواهند کرد.
- سازمان بهبود کیفیت تصمیم خود را ظرف 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست استیناف شما اتخاذ خواهد کرد.

اگر پاسخ سازمان بررسی بله باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- ما باید سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید بازپرداخت کنیم.
- ما باید به پوشش برای مراقبت تا زمانی که از لحاظ پزشکی ضروری باشد ادامه دهیم.

اگر پاسخ سازمان بررسی خیر باشد چه اتفاقی می‌افتد؟

- بدین معنی است که با تصمیمی که در مرحله 1 استیناف گرفتند موافق هستند و آنرا تغییر نخواهند داد.
- نامه ای که دریافت می‌کنید به شما می‌گوید که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه دهید چکار باید بکنید. این نامه جزئیات مربوط به ادامه دادن به مرحله 3 استیناف را توضیح می‌دهد که توسط یک قاضی رسیدگی می‌شود.
- ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات مراقبت درمانی خود کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بازبینی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید. شما می‌توانید علاوه بر یا در عوض استیناف مرحله 3 درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش 8.4: اگر مهلت برای اقامه استیناف مرحله 1 سپری شود چطور؟

اگر مهلت های استیناف سپری شوند، روش دیگری برای اقامه استیناف های مرحله 1 و مرحله 2 وجود دارد که استیناف های ثانوی خوانده می‌شوند. ولی دو مرحله اول استیناف متفاوت می‌باشند.

مرحله 1 استیناف برای ادامه طولانی تر مراقبت شما

اگر مهلت برای تماس با سازمان بررسی کیفیت سپری شود، می‌توانید به ما اقامه استیناف کرده و برای «بررسی سریع» درخواست کنید. بررسی سریع، استینافی می‌باشد که از مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد استفاده می‌کند.

نگاه اجمالی: نحوه اقامه استیناف ثانوی مرحله 1

از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه با شماره بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. سپس «بررسی سریع تاریخ ترخیص از بیمارستان خود» را درخواست کنید. ما تصمیم خود را در ظرف 72 ساعت به شما خواهیم داد.

■ در طول این بررسی، ما به همه اطلاعات مربوط به مراقبت درمانی در خانه، مراقبت مرکز پرستاری تخصصی، یا مراقبتی که در مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) دریافت می‌کنید توجه خواهیم کرد. ما به این موضوع توجه خواهیم کرد که آیا تصمیم در مورد هنگامی که خدمات شما باید خاتمه پیدا کنند عادلانه بوده و از همه مقررات پیروی می‌کند یا خیر.

- ما از مهلت های سریع به جای مهلت های استاندارد برای پاسخگویی به این بررسی استفاده خواهیم کرد. ما تصمیم خود را در ظرف 72 ساعت بعد از درخواست شما برای «بررسی سریع» به شما ارائه خواهیم کرد.
 - اگر به بررسی سریع شما پاسخ بله بدهیم، بدین معنی است که ما با ادامه پوشش خدمات شما تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد موافقت می‌کنیم.
 - همچنین بدین معنی است که ما موافقت می‌کنیم سهم هزینه‌های خود را برای مراقبتی که از تاریخی که گفتیم پوشش شما خاتمه پیدا می‌کند دریافت کردید باز پرداخت کنیم.
 - اگر به بررسی سریع شما پاسخ خیر بدهیم، یعنی اینکه متوقف کردن خدمات شما از نظر پزشکی مناسب بوده است. در روزی که بگوییم پوشش خاتمه پیدا خواهد کرد پوشش خاتمه پیدا می‌کند.
- « اگر به دریافت خدمات بعد از روزی که گفتیم متوقف می‌شود ادامه دهید، ممکن است لازم باشد که هزینه کامل خدمات را پرداخت کنید.
- ← برای اینکه مطمئن شویم همه مقررت را هنگام پاسخ خیر دادن به استیناف سریع شما رعایت کرده‌ایم، استیناف شما را برای «نهاد بررسی مستقل» ارسال خواهیم کرد. هنگامی که این کار را می‌کنیم بدین معنی است که پرونده شما به طور خودکار به مرحله 2 روال استیناف‌ها خواهد رفت.

عبارت قانونی برای «بررسی سریع» «استیناف تسریع شده» میباشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مرحله 2 استیناف برای ادامه طولانی تر مراقبت شما

ما اطلاعات مربوط به مرحله 2 استیناف شما را ظرف 24 ساعت از تاریخ تصمیم مرحله 1 ما برای نهاد بررسی مستقل (IRE) ارسال خواهیم کرد. اگر فکر می‌کنید که از عهده این مهلت یا سایر مهلت‌ها بر نمی‌آییم، می‌توانید اقامه استیناف کنید. بخش 10 در صفحه 210 نحوه تسلیم شکایت را توضیح می‌دهد.

در طول مرحله 2 استیناف، IRE تصمیمی که در هنگام پاسخ خیر دادن به «بررسی سریع» شما گرفتیم را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفتیم باید تغییر کند.

■ IRE «بررسی سریعی» از استیناف شما انجام می‌دهد. بررسی‌کنندگان معمولاً پاسخی را ظرف 72 ساعت به شما می‌دهند.

■ IRE یک سازمان مستقل تحت استخدام Medicare می‌باشد. این سازمان به برنامه درمانی ما وابستگی نداشته و یک سازمان دولتی نیست.

■ بررسی‌کنندگان در IRE به همه اطلاعات مربوط به استیناف شما با دقت توجه خواهند کرد.

■ اگر پاسخ IRE به استیناف شما بله باشد، آن وقت باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت را به شما بازپرداخت کنیم. ما باید به پوششمان از خدمات شما نیز تا زمانی که ضرورت پزشکی داشته باشد ادامه دهیم.

■ اگر پاسخ IRE به استیناف شما خیر باشد، بدین معنی است که با ما موافق هستند که توقف پوشش خدمات از لحاظ پزشکی مناسب بوده است.

نامه‌ای که از IRE دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال بررسی ادامه داده شود چه کار کنید. این نامه جزئیات مربوط به ادامه دادن به مرحله 3 استیناف را توضیح می‌دهد که به دست یک قاضی رسیدگی می‌شود.

ممکن است همچنین بتوانید از اداره مدیریت مراقبت درمانی کالیفرنیا (DMHC) درخواست بررسی مستقل پزشکی برای ادامه پوشش خدمات مراقبت درمانی خود کنید. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست برای بازبینی مستقل پزشکی به بخش 5.4 در صفحه 178 مراجعه کنید. شما می‌توانید علاوه بر یا در عوض استیناف مرحله 3 درخواست بررسی مستقل پزشکی کنید.

بخش 9: مرحله بعد از مرحله 2 برای استیناف شما**بخش 9.1: مراحل بعدی برای خدمات و اقامه Medicare**

اگر استیناف مرحله 1 و استیناف مرحله 2 را برای خدمات و اقامه Medicare کرده‌اید و هر دو استیناف پذیرفته نشده‌اند، ممکن است برای مراحل بعدی استیناف واجد شرایط باشید. نامه ای که از نهاد بررسی مستقل دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که اگر می‌خواهید به روال استیناف ادامه داده شود چکار کنید.

مرحله 3 روال استیناف، دادرسی توسط یک قاضی اجرایی (Administrative Law Judge, ALJ) می‌باشد. اگر می‌خواهید یک ALJ پرونده شما را بررسی کند، اقامه یا خدمات پزشکی که درخواست می‌کنید باید به میزان یک حداقل مبلغ دلاری باشد. اگر مبلغ دلاری کمتر از مقدار حداقل است، نمی‌توانید به استیناف ادامه دهید. اگر مبلغ دلاری به اندازه کافی بالا نیست، نمی‌توانید از ALJ بخواهید که به استیناف شما رسیدگی کند.

اگر با تصمیم ALJ موافق نیستید، می‌توانید به شورای استیناف های Medicare بروید. بعد از آن، ممکن است حق داشته باشید که از دادگاه فدرال درخواست کنید تا به استیناف شما رسیدگی کند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر در هر یک از مراحل روال استیناف به کمک نیاز دارید، می‌توانید با برنامه بازرسی کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

بخش 9.2: مراحل بعدی برای خدمات و اقلام Medi-Cal

اگر استیناف شما در مورد خدمات یا اقلامی است که تحت پوشش Medi-Cal هستند، به حقوق استیناف دیگری دسترسی دارید. اگر با تصمیم دادرسی ایالتی موافق نیستید و می‌خواهید قاضی دیگری آن را بررسی کند، می‌توانید برای دادرسی مجدد درخواست کنید و یا جویای بررسی به دست قاضی شوید.

برای درخواست دادرسی مجدد یک درخواست (نامه) را به نشانی زیر ارسال کنید:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

این نامه باید ظرف 30 روز بعد از دریافت تصمیم شما ارسال شود. اگر برای تأخیر در درخواست خود دلیل موجهی داشته باشید ممکن است مهلت تا 180 روز افزایش یابد.

در درخواست خود برای دادرسی مجدد، تاریخی که تصمیم خود را دریافت کردید و دلیل اینکه دادرسی مجدد بایستی تصویب شود را ذکر کنید. اگر می‌خواهید مدارک دیگری را ارائه کنید، مدارک اضافی را توصیف کرده و توضیح دهید که به چه دلیل قبلاً ارائه نشدند و در تصمیم چه تغییری ایجاد خواهند کرد. می‌توانید برای دریافت راهنمایی با خدمات حقوقی تماس بگیرید.

برای درخواست بررسی توسط قاضی باید دادخواستی را به دادگاه عالی (تحت قانون روال مدنی بخش 1094.5) در ظرف یک سال از تاریخ دریافت تصمیم خود تسلیم کنید. دادخواست خود را به دادگاه عالی برای کانتی که در تصمیم شما قید شده تسلیم کنید. شما می‌توانید این دادخواست را بدون درخواست برای دادرسی مجدد تسلیم کنید. دستمزدی برای تسلیم دادخواست لازم نیست. ممکن است برای دستمزد و هزینه‌های قابل قبول برای وکیل واجد شرایط باشید در صورتیکه دادگاه تصمیم نهایی خود را به نفع شما صادر کند.

اگر دادرسی برگزار شد و شما با تصمیم اتخاذ شده در دادرسی مجدد موافق نیستید، می‌توانید جویای بررسی توسط قاضی شوید ولی نمی‌توانید دوباره برای بررسی مجدد درخواست کنید.

بخش 10: نحوه تسلیم شکایت

شکایات بایستی در مورد چه نوع مشکلاتی باشد؟

روال شکایت تنها برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود، از قبیل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری. در اینجا چند نمونه از انواع مشکلاتی که توسط روال شکایت رسیدگی می‌شوند ذکر می‌شود.

نگاه اجمالی: نحوه تسلیم شکایت

شما شکایتی داخلی به برنامه درمانی ما تسلیم می‌کنید و یا شکایتی خارجی به سازمانی که به برنامه ما وابسته نیست تسلیم می‌کنید.

برای تسلیم شکایت داخلی با خدمات اعضا تماس بگیرید یا برای ما نامه‌ای بفرستید.

سازمان‌های مختلفی وجود دارند که به شکایات خارجی را رسیدگی می‌کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر، بخش 10.2 در صفحه 214 را بخوانید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شکایات در مورد کیفیت

- شما از کیفیت مراقبت ناراضی هستید، از قبیل مراقبتی که در بیمارستان دریافت کردید.

شکایات مربوط به رازداری

- شما فکر می‌کنید که شخصی به حقوق شما برای رازداری احترام نگذاشته یا اطلاعاتی را در مورد شما در میان گذاشته که محرمانه است.

شکایات در مورد خدمات مشتری نامطلوب

- ارائه‌کننده یا پرسنل مراقبت درمانی با شما بی ادبانه یا غیرمحترمانه رفتار کردند.
- رفتار کارکنان Health Net Cal MediConnect با شما مناسب نبود.
- فکر می‌کنید که دارند شما را از برنامه درمانی بیرون می‌کنند.

شکایات مربوط به دسترس‌پذیری

- شما نمی‌توانید به طور فیزیکی به خدمات و مراکز مراقبت درمانی در مطب پزشک یا ارائه‌کننده دسترسی پیدا کنید.
- ارائه‌کننده شما تسهیلات منطقی مورد نیازتان مانند مترجم زبان اشاره آمریکا را در اختیارتان قرار نمی‌دهد.

شکایات مربوط به مدت انتظار

- شما در گرفتن وقت ویزیت با مشکلاتی مواجه هستید یا برای گرفتن آن زیادی منتظر می‌شود.
- پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصین درمانی یا پرسنل خدمات اعضا یا سایر پرسنل برنامه درمانی زیادی شما را در انتظار نگه داشته‌اند.

شکایات مربوط به پاکیزگی

- فکر می‌کنید که درمانگاه، بیمارستان یا مطب پزشک تمیز نیست.

شکایات مربوط به دسترسی زبانی

- پزشک یا ارائه‌کننده شما مترجم شفاهی را در طول وقت ویزیت در اختیار شما قرار نمی‌دهد.

شکایات مربوط به برقراری ارتباطات با ما

- فکر می‌کنید که در ارائه اعلامیه یا نامه ای که باید دریافت می‌کردید قصور کرده ایم.
- فکر می‌کنید که درک اطلاعات کتبی که برای شما ارسال کردیم بسیار مشکل است.

شکایات مربوط به سر وقت بودن اقدامات ما در رابطه با تصمیمات پوششی استیناف‌ها

- شما عقیده دارید که اجازه می‌دهیم مهلت‌هایمان برای اتخاذ تصمیم پوششی یا پاسخگویی به استیناف شما سپری شوند.
- شما عقیده دارید که پس از اتخاذ تصمیم مربوط به پوشش یا استیناف به نفع شما، ما اجازه می‌دهیم که مهلت‌های تصویب یا ارائه خدمات به شما یا بازپرداخت خدمات پزشکی خاص به شما سپری شوند.
- شما عقیده دارید که پرونده شما را به موقع برای نهاد بررسی مستقل ارسال نکردیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



عبارت قانونی برای «شکایت» «نارضایتی» است.

عبارت قانونی برای «اقامه شکایت» «تسلیم نارضایتی» است.

آیا انواع مختلفی از شکایت وجود دارد؟

بله. شما شکایتی داخلی و یا شکایتی خارجی تسلیم کنید. شکایت داخلی شکایتی است که به برنامه ما تسلیم می‌شود و به دست برنامه ما بررسی می‌شود. شکایت خارجی شکایتی است که به سازمانی که به برنامه ما وابسته نیست تسلیم می‌شود و به دست این سازمان بررسی می‌شود. اگر برای اقامه شکایت داخلی و یا خارجی به راهنمایی نیاز دارید، می‌توانید با برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید.

بخش 10.1: شکایات داخلی

برای اقامه شکایت داخلی، با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. می‌توانید شکایت را در هر زمانی تسلیم کنید، مگر اینکه درباره داروی بخش D باشد. اگر شکایت مربوط به یک داروی بخش D است، باید شکایت را ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن می‌خواهید شکایت کنید تسلیم کنید.

- اگر کار دیگری وجود دارد که لازم است انجام دهید، خدمات اعضا به شما خواهد گفت.
- می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی برای ما ارسال دارید. اگر شکایت خود را به صورت کتبی بفرستید، ما به شکایت شما کتباً پاسخ خواهیم داد.

ما باید تصمیم خود را در مورد شکایت شما هرچه زودتر و براساس وضعیت سلامتی شما ولی در کمتر از 30 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت، به شما اطلاع دهیم. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و تصمیمی را در ظرف 30 روز اتخاذ نکنیم، ما به طور کتبی به شما اطلاع داده و وضعیت پرونده و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اطلاع خواهیم داد. برای مثال، به شما اطلاع خواهیم داد که یک نارضایتی مربوط به Medicare را تنها می‌توان برای حداکثر 14 روز تقویمی تمدید کرد. شما در موارد خاص حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید. این موضوع روال "شکایت سریع" خوانده می‌شود. اگر با تصمیم ما در موقعیت های زیر موافق نیستید، حق دارید که برای بررسی سریع شکایت خود درخواست کنید:

- ما درخواست شما را برای بررسی سریع درخواست برای مراقبت پزشکی یا داروهای Medicare بخش D قبول نکنیم.
- ما درخواست شما را برای بررسی سریع استیناف خدمات یا داروهای Medicare بخش D تأیید نشده قبول نکنیم.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی درخواست شما برای مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- ما تصمیم بگیریم که برای بررسی استیناف شما در مورد عدم ارائه مراقبت پزشکی به زمان بیشتری نیاز است.
- اگر شما یک مشکل فوری داشته باشید که مربوط به خطر فوری و جدی برای سلامتی شما شود.

- شکایات مربوط به Medicare بخش D باید در ظرف 60 روز تقویمی بعد از مشکلی که در مورد آن می‌خواهید شکایت کنید تسلیم شوند. همه انواع دیگر شکایات باید در ظرف 180 روز تقویمی از روز وقوع سانحه یا اقدامی که موجب نارضایتی شما شد به ما یا ارائه‌کننده تسلیم شوند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- اگر نتوانیم به شکایت شما در طول روز کاری بعدی رسیدگی کنیم، نامه ای را در ظرف 5 روز تقویمی از تاریخ دریافت شکایت شما ارسال خواهیم کرد که دریافت آنرا به آگاهی شما می رساند.

اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم پوششی سریع" یا "استیناف سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد. اگر مشکل شما فوری است که مربوط به خطر فوری و جدی برای سلامتی شما می شود، می‌توانید برای "شکایت سریع" درخواست کرده و ما در ظرف 72 ساعت پاسخ خواهیم داد.

عبارت قانونی برای «شکایت سریع» «نارضایتی تسریع شده» می‌باشد.

- در صورت امکان، فوراً به شما پاسخ خواهیم داد. اگر در مورد یک شکایت با ما تماس بگیرید، ممکن است بتوانیم در جریان همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما پاسخ سریع را ایجاب می کند، ما همین کار را خواهیم کرد.
 - ما به بیشتر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر به دلیل اینکه به اطلاعات بیشتری نیاز داریم، تصمیمی را ظرف 30 روز تقویمی اتخاذ نکنیم، به طور کتبی به شما اطلاع خواهیم داد. همچنین وضعیت پرونده و زمان تخمینی دریافت پاسخ را به شما اطلاع خواهیم داد.
 - اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما درخواست شما را برای "تصمیم پوششی سریع" یا "استیناف سریع" قبول نکردیم، ما به طور خودکار یک پاسخ شکایت "سریع" به شکایت شما را در ظرف 24 ساعت خواهیم داد.
 - اگر بدین دلیل شکایت می‌کنید که ما برای تصمیم پوششی یا استیناف زمان بیشتری دریافت کردیم، به طور خودکار یک «شکایت سریع» برای شما خواهیم داد و به شکایت شما را ظرف 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.
- اگر با برخی مفاد یا همه شکایات شما موافق نباشیم به شما اطلاع داده و دلایل خود را به آگاهی شما می‌رسانیم. ما علیرغم اینکه با شکایت موافق باشیم یا مخالف، پاسخ خواهیم داد.

بخش 10.2: شکایات خارجی

می‌توانید شکایت خود را به اطلاع Medicare برسانید

می‌توانید شکایت خود را برای Medicare ارسال کنید. فرم شکایت Medicare در این آدرس موجود است:
<https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>

Medicare شکایات شما را جدی تلقی کرده و از این اطلاعات برای کمک در بهبود کیفیت برنامه Medicare استفاده خواهد کرد.

اگر بازخورد یا نگرانی‌های دیگری دارید، یا اگر احساس می‌کنید که برنامه درمانی به مشکل شما رسیدگی نمی‌کند، لطفاً با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می‌توانند با 1-877-486-2048 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

می‌توانید شکایت خود را به اطلاع Medi-Cal برسانید

برنامه بازرس کل Cal MediConnect نیز به حل و فصل مشکلات از یک موضع بیطرف کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود اعضای ما همه خدمات تحت پوششی که باید ارائه کنیم را دریافت می‌کنند. برنامه Cal MediConnect Ombuds Program با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه‌های درمانی ارتباطی ندارد.

برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره تلفن 1-855-501-3077 می باشد. این خدمات رایگان هستند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



شما می‌توانید شکایت خود را به آگاهی سازمان مراقبت های درمانی هماهنگ کالیفرنیا برسانید

سازمان مراقبت های درمانی هماهنگ کالیفرنیا (DMHC) مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی می باشد. شما می‌توانید در مورد شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal با مرکز راهنمایی DMHC تماس بگیرید. اگر در مورد شکایتی که مربوط به یک وضعیت اضطراری می شود، اگر از تصمیم Health Net Cal MediConnect در مورد شکایت خود ناراضی هستید، با اگر Health Net Cal MediConnect به شکایت شما بعد از 30 روز تقویمی رسیدگی نکرده است به کمک نیاز دارید می‌توانید با DMHC تماس بگیرید.

در اینجا دو روش برای دریافت کمک از مرکز راهنمایی ذکر می‌شود:

- با 1-888-HMO-2219 تماس بگیرید. اشخاص ناشنوا، کم‌شنوا یا ناگویا می‌توانند از خط رایگان TDD به شماره 1-877-688-9891 استفاده کنند. این تماس رایگان است.
- از وبسایت سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ (<http://www.hmohelp.ca.gov>) بازدید کنید.

می‌توانید شکایات را به دفتر حقوق مدنی تسلیم کنید

اگر تصور می‌کنید عادلانه با شما رفتار نشده است، می‌توانید به اداره خدمات درمانی و انسانی دفتر حقوق مدنی شکایت کنید. برای مثال، شما می‌توانید در مورد دسترس‌پذیری معلولیت یا مساعدت زبانی شکایت کنید. شماره دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 است. کاربران TDD باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر از <http://www.hhs.gov/ocr/office/> بازدید کنید.

همچنین می‌توانید با دفتر حقوق مدنی به آدرس زیر تماس بگیرید»

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Phone Number 1-800-368-1019
FAX 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

همچنین ممکن است تحت قانون معلولین آمریکا و تحت قانون حقوق مدنی آنرو (Unruh) نیز حقوقی داشته باشید. می‌توانید با برنامه بازرس کل Cal MediConnect برای دریافت کمک و راهنمایی تماس بگیرید. شماره تلفن 1-855-501-3077 است.

می‌توانید شکایات را به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید

هنگامی که شکایت شما در مورد کیفیت مراقبت است نیز دو گزینه دارید:

- اگر ترجیح می‌دهید، می‌توانید شکایت خود در مورد کیفیت مراقبت را مستقیماً به سازمان بهبود کیفیت (بدون نیاز به تسلیم شکایت به ما) تسلیم کنید.
- یا می‌توانید شکایت خود را به ما و به سازمان بهبود کیفیت تسلیم کنید. اگر شکایت را به این سازمان تسلیم می‌کنید، ما با آنها همکاری خواهیم کرد تا به شکایت شما رسیدگی شود.

سازمان بهبود کیفیت شامل گروهی از پزشکان شاغل و سایر متخصصین مراقبت درمانی می‌شود که تحت استخدام دولت فدرال بوده تا مراقبت ارائه شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند.

در کالیفرنیا نام سازمان بهبود کیفیت Livanta است. شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123 می‌باشد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 10: خاتمه دادن به عضویت شما در Cal MediConnect Plan

فهرست مندرجات

182	مقدمه
182	A. در چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید؟
183	B. نحوه خاتمه عضویت شما در برنامه ما چیست؟
183	C. نحوه عضویت در برنامه Cal MediConnect دیگری چیست؟
183	D. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید و برنامه Cal MediConnect متفاوتی را نمی‌خواهید، نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal چیست؟
183	نحوه دریافت خدمات Medicare
185	نحوه دریافت خدمات Medi-Cal
186	E. تا زمانی که عضویت شما در برنامه Cal MediConnect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد.
186	F. عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما در شرایط خاصی خاتمه پیدا خواهد کرد.
187	G. ما نمی‌توانیم از شما درخواست کنیم که به هر دلیل مربوط به سلامتی شما برنامه Cal MediConnect ما را ترک کنید.
187	H. شما حق دارید در صورتی که به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید.
188	I. از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مقدمه

این فصل اطلاعاتی را در مورد روش هایی که می‌توانید به عضویت خود در برنامه ما خاتمه دهید و گزینه های پوشش درمانی شما بعد از ترک برنامه درمانی را توصیف می‌کند. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، تا زمانی که واجد شرایط باشید همچنان در برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

A. در چه هنگام می‌توانید عضویت خود را در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دهید؟

شما می‌توانید در هر زمان عضویت خود را در Health Net Cal MediConnect خاتمه دهید. عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست شما را برای تغییر برنامه درمانی تان دریافت کنیم خاتمه پیدا خواهد کرد. برای مثال اگر درخواست شما را در 18 ژانویه دریافت کنیم، پوشش شما در برنامه درمانی ما در 31 ژانویه خاتمه پیدا خواهد کرد. پوشش جدید شما در اولین روز ماه بعد شروع خواهد شد.

هنگامی که به عضویت خود در برنامه درمانی ما خاتمه می‌دهید، برای دریافت خدمات Medi-Cal در یک برنامه درمانی مدیریت شده Medi-Cal به انتخاب خود ثبت نام می‌شوید، مگر اینکه برنامه Cal MediConnect دیگری را انتخاب کنید. همچنین می‌توانید گزینه های عضویت خود را وقتی عضویت خود را در برنامه درمانی ما خاتمه می‌دهید انتخاب کنید.

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه های Medicare هنگامی که برنامه Cal MediConnect ما را ترک می‌کنید، به صفحه 219 مراجعه کنید.

← برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات Medi-Cal هنگامی که برنامه Cal MediConnect ما را ترک می‌کنید، به صفحه 219 مراجعه کنید.

به روش های زیر می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد نحوه خاتمه دادن به عضویت خود دریافت کنید:

- با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.
- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره - 800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> بازدید کنید.
- با برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-855-847-7914 تماس بگیرند.
- در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



B. نحوه خاتمه عضویت شما در برنامه ما چیست؟

اگر تصمیم بگیرید که به عضویت خود خاتمه دهید، به Medi-Cal یا Medicare اطلاع دهید که می خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کنید:

- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با 1-844-580-7272 تماس بگیرند؛ یا
- در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY (اشخاصی که ناشنوا، کم شنوا یا ناگوشا هستند) باید با شماره 1-800-486-877-2048 تماس بگیرند. وقتی با 1-800-MEDICARE تماس می‌گیرید نیز می‌توانید در برنامه Medicare یا برنامه دارویی دیگری ثبت نام کنید. اطلاعات بیشتر در مورد دریافت خدمات Medicare خود هنگامی که برنامه درمانی ما را ترک می‌کنید در جدول صفحه 219 موجود است.

C. نحوه عضویت در برنامه Cal MediConnect دیگری چیست؟

اگر می خواهید به دریافت مزایای Medicare و Medi-Cal خود از یک برنامه درمانی منفرد ادامه دهید، می‌توانید عضو برنامه Cal MediConnect دیگری شوید.

برای عضویت در برنامه Cal MediConnect متفاوت:

- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با 1-844-580-7272 تماس بگیرند. به آنها بگویید که می خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کرده و در برنامه متفاوتی عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه برنامه ای می خواهید عضو شوید، آنها می‌توانند اطلاعاتی را در مورد سایر برنامه‌های درمانی در منطقه شما در اختیاران قرار دهند. پوشش شما در Health Net Cal MediConnect در آخرین روز ماهی که درخواست شما را دریافت کنیم خاتمه پیدا خواهد کرد.

D. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید و برنامه Cal MediConnect متفاوتی را نمی‌خواهید، نحوه دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal چیست؟

اگر نمی خواهید در برنامه Cal MediConnect دیگری بعد از ترک Health Net Cal MediConnect ثبت نام کنید، شما به دریافت خدمات Medicare و Medi-Cal خود به طور جداگانه بر خواهید گشت.

نحوه دریافت خدمات Medicare

شما گزینه ای در مورد نحوه دریافت مزایای Medicare خود خواهید داشت.

شما سه گزینه برای دریافت خدمات Medicare خود دارید. با انتخاب یکی از این گزینه ها، شما به طور خودکار عضویت خود را در برنامه Cal MediConnect خاتمه خواهید داد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید برای عضویت در برنامه درمانی جدید فقط Medicare با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>برای سوالات درباره PACE با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>وقتی پوشش برنامه درمانی جدید شما شروع می‌شود به طور خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو عضویت خواهید شد.</p>	<p>1. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</p> <p>یک برنامه درمانی Medicare (از قبیل برنامه Medicare Advantage) یا برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (Elderly, PACE Programs of All-inclusive Care for the)</p>
<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>وقتی پوشش Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو عضویت خواهید شد.</p>	<p>2. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</p> <p>Medicare اصلی با برنامه Medicare داروهای نسخه‌ای جداگانه</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



<p>این کار را بکنید:</p> <p>در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتری نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <p>وقتی پوشش Medicare اصلی شما شروع می‌شود به طور خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو عضویت خواهید شد.</p>	<p>3. می‌توانید به برنامه زیر تغییر دهید:</p> <p>Medicare اصلی بدون برنامه Medicare داروهای نسخه‌ای جداگانه</p> <p>توجه: اگر به Medicare اصلی تغییر دهید و در برنامه داروهای نسخه‌ای Medicare جداگانه عضو نشوید، Medicare ممکن است شما را در یک برنامه دارویی عضو کند، مگر اینکه نخواهید عضو شوید.</p> <p>تنها زمانی باید پوشش داروهای نسخه دار را حذف کنید که پوشش دارویی را از کارفرما، اتحادیه کارگری یا منبع دیگری دریافت می‌کنید. اگر در مورد اینکه پوشش دارویی نیاز دارید یا خیر سوالاتی دارید، با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.</p>
---	---

نحوه دریافت خدمات Medi-Cal

اگر برنامه Cal MediConnect را ترک کنید، در یک برنامه درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal به انتخاب خود ثبت نام می‌شوید. خدمات Medi-Cal شما شامل بیشتر خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت و مراقبت بهداشت رفتاری می‌شود.

وقتی خواستار قطع عضویت خود در برنامه Cal MediConnect ما می‌شوید، باید به Health Care Options اطلاع دهید که می‌خواهید به کدام برنامه درمانی مدیریت‌شده Medi-Cal بپیوندید.

- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با 1-844-580-7272 تماس بگیرند. به آنها بگویید که می‌خواهید Health Net Cal MediConnect را ترک کرده و در برنامه درمانی و مدیریت‌شده Medi-Cal دیگری عضو شوید. اگر مطمئن نیستید که در چه برنامه‌ای می‌خواهید عضو شوید، آنها می‌توانند اطلاعاتی را در مورد سایر برنامه‌های درمانی در منطقه شما در اختیاران قرار دهند.

هنگامی که به عضویت خود در برنامه Cal MediConnect خاتمه می‌دهید، یک کارت عضویت جدید، یک دفترچه اطلاعاتی اعضای جدید و یک فهرست ارائه‌کنندگان و داروخانه‌های جدید برای پوشش Medi-Cal خود دریافت خواهید کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



E. تا زمانی که عضویت شما در برنامه Cal MediConnect خاتمه پیدا نکرده، به دریافت خدمات و داروها از طریق برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد

اگر Health Net Cal MediConnect را ترک کنید، ممکن است قدری طول بکشد تا عضویت شما خاتمه پیدا کرده و پوشش Medicare و Medi-Cal جدید شما شروع شود. برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 219 مراجعه کنید. در طول این مدت، به دریافت مراقبت درمانی و داروهای خود از برنامه درمانی ما ادامه خواهید داد.

برای پیچیدن نسخه‌های خود باید از داروخانه‌های شبکه ما استفاده کنید. معمولاً داروهای نسخه‌دار شما تنها زمانی تحت پوشش می‌باشند که در یک داروخانه شبکه پیچیده شوند که شامل خدمات داروخانه ما از طریق سفارش پستی می‌شود.

اگر در روزی که عضویت شما خاتمه پیدا می‌کند در بیمارستان بستری شوید، اقامت شما در بیمارستان معمولاً تا زمانی که ترخیص شوید تحت پوشش برنامه Cal MediConnect خواهد بود. این موضوع حتی زمانی که پوشش درمانی شما قبل از ترخیص شدن شروع می‌شود صادق خواهد بود.

F. عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما در شرایط خاصی خاتمه پیدا خواهد کرد

این مواردی می‌باشند که Health Net Cal MediConnect باید به عضویت شما در برنامه درمانی خاتمه دهد:

- اگر وقفه ای در پوشش Medicare بخش A و بخش B شما وجود دارد.
 - اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید. برنامه ما برای اشخاصی می‌باشد که برای عضو در Medicare و Medi-Cal واجد شرایط هستند. دولت ایالت کالیفرنیا یا Medicare به عضویت شما در Health Net Cal MediConnect Plan خاتمه داده و شما به Medicare اصلی برخواهید گشت. اگر برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare بخش D کمک اضافی دریافت می‌کنید، CMS شما را به طور خودکار در برنامه داروی نسخه‌دار Medicare ثبت‌نام خواهد کرد. اگر بعدها دوباره برای Medi-Cal واجد شرایط باشید و بخواهید دوباره در Health Net Cal MediConnect ثبت‌نام کنید، باید از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با گزینه‌های مراقبت درمانی به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند. به آنها بگویید که می‌خواهید دوباره در Health Net Cal MediConnect عضو شوید.
 - اگر به خارج منطقه خدماتی ما بروید.
 - اگر از منطقه شامل خدماتی ما برای بیش از شش ماه به دور هستید.
 - « اگر نقل مکان کنید یا به مسافرت طولانی بروید، لازم است با خدمات اعضا تماس گرفته تا مطمئن شوید محلی که به آن نقل مکان یا مسافرت می‌کنید در منطقه خدماتی برنامه درمانی ما باشد.
 - اگر برای جرم جنایی به بازداشتگاه یا زندان بروید.
 - اگر در مورد بیمه دیگری که برای داروهای نسخه دار دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات خودداری کنید.
 - اگر شهروند ایالات متحده نباشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور نداشته باشید.
- شما باید شهروند ایالات متحده باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده حضور داشته باشید تا بتوانید عضوی از برنامه درمانی ما بشوید. اگر به این دلیل برای عضویت واجد شرایط نباشید، مراکز خدمات Medicare و Medicaid به ما اطلاع خواهند داد. اگر این الزامات را برآورده نکنید، ما باید عضویت شما را لغو کنیم.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



اگر دیگر برای Medi-Cal واجد شرایط نباشید یا شرایطتان به طوری تغییر کرده که دیگر برای Cal MediConnect واجد شرایط نیستید، می‌توانید به مدت دو ماه بیشتر به دریافت مزایای Health Net Cal MediConnect ادامه دهید. این زمان اضافی به شما فرصت میدهد که اگر فکر می‌کنید هنوز واجد شرایط هستید، اطلاعات شرایطتان را تصحیح کنید. در مورد تغییر در شرایطتان و دستورالعمل‌هایی برای تصحیح اطلاعات شرایطتان را در نامه‌ای از طرف ما دریافت خواهید کرد.

- برای اینکه عضوی از Health Net Cal MediConnect باقی بمانید، باید تا روز آخر زمان دو ماهه دوباره واجد شرایط شوید.
 - اگر تا پایان زمان دو ماهه واجد شرایط نشوید، عضویت شما در Health Net Cal MediConnect لغو خواهد شد.
- ما تنها زمانی می‌توانیم به دلایل زیر شما را مجبور کنیم که برنامه درمانی ما را ترک کنید که ابتدا اجازه Medicare و Medi-Cal را داشته باشیم:
- اگر عمداً به ما اطلاعات اشتباه را در هنگام ثبت نام در برنامه درمانی ما بدهید و آن اطلاعات بر روی واجد شرایط بودن شما برای برنامه درمانی ما تأثیر داشته باشد.
 - اگر مرتب به روشی عمل کنید که متخل باشد و ارائه مراقبت پزشکی به شما و سایر اعضای برنامه درمانی ما را با مشکلاتی مواجه کند.
 - اگر به شخص دیگری اجازه بدهید که برای دریافت مراقبت پزشکی از کارت شناسایی عضویت شما استفاده کند.
- « اگر عضویت شما را به این دلیل خاتمه دهیم، Medicare ممکن است ترتیب تحقیقات در مورد پرونده شما توسط بازرس کل را بدهد.

G. ما نمی‌توانیم از شما درخواست کنیم که به هر دلیل مربوط به سلامتی شما برنامه Cal MediConnect ما را ترک کنید

اگر احساس می‌کنید به دلیلی که مربوط به سلامتی می‌شود از شما خواسته شده که برنامه درمانی ما را ترک کنید، باید با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته تماس بگیرید.

- همچنین باید با برنامه بازرس Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 تماس بگیرید. دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-855-847-7914 تماس بگیرند.

H. شما حق دارید در صورتی که به عضویت شما در برنامه درمانی ما خاتمه دادیم شکایت کنید

اگر به عضویت شما در برنامه Cal MediConnect ما خاتمه دادیم، باید دلایل خود را به طور کتبی برای خاتمه عضویت به شما بگوییم. همچنین بایستی توضیح دهیم که چرا می‌توانید در مورد تصمیم ما برای خاتمه عضویت شما نارضایتی خود را تسلیم کنید یا شکایت کنید. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تسلیم شکایت به فصل 9 مراجعه کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



1. از کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری را در مورد خاتمه عضویت خود در برنامه درمانی دریافت کنید؟

اگر سؤالاتی دارید یا مایلید اطلاعات بیشتری را در مورد وقتی می‌توانیم به عضویت شما خاتمه دهیم دریافت کنید، می‌توانید:

- با مرکز خدمات اعضا به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.
- از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با Health Care Options به شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD باید با 1-844-580-7272 تماس بگیرند.
- با برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) کالیفرنیا به شماره 1-800-434-0222 دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس حاصل فرمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا برای پیدا کردن آدرس دفتر HICAP محلی در منطقه خود، لطفاً از <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> بازدید کنید.
- با برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 دوشنبه تا جمعه، از 9:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با 1-855-847-7914 تماس بگیرند (TTY: 1-855-847-7914).
- در 24 ساعت شبانه‌روز و هفت روز هفته با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر سؤالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 11: اعلامیه های قانونی

فهرست مندرجات

A. اعلامیه در مورد قوانین	190
B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض	190
C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره	191
D. اعلامیه اقدامات	191
E. مسئولیت شخص ثالث	191
F. مقاطعه کاران مستقل	191
G. تقلب در برنامه مراقبت درمانی	191
H. شرایطی که از کنترل Health Net خارج باشند	192
I. اطلاعیه روال محرمانگی	192

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



A. اعلامیه در مورد قوانین

بسیاری قوانین به این دفترچه اطلاعاتی اعضا مربوط می‌شوند. این قوانین ممکن است حتی اگر در این دفترچه اطلاعاتی گنجانده نشده یا توصیف نشده باشند بر روی حقوق و مسئولیت های شما تأثیر داشته باشند. قوانین اصلی که به این دفترچه اطلاعاتی مربوط می‌شوند شامل قوانین فدرال در مورد برنامه‌های Medicare و Medi-Cal می‌باشند. قوانین فدرال و ایالتی دیگری نیز مربوط می‌شوند.

B. اعلامیه در مورد عدم تبعیض

هر شرکت یا سازمانی که با Medicare و Medi-Cal همکاری دارد باید از قانون تبعیض کند. نباید به خاطر سن، تجربه اقامه دعوی، رنگ پوست، اعتقادات، نژاد، مدرک قابلیت بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیک، مکان جغرافیایی، وضعیت بهداشتی، تاریخچه پزشکی، ناتوانی روانی یا جسمانی، اصلیت ملی، مذهب یا جنسیت با شما رفتار متفاوتی شود. اگر تصور می‌کنید که به هر یک از این دلایل به طور عادلانه با شما رفتار نشده است، با اداره خدمات درمانی و انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید از <http://www.hhs.gov/ocr> نیز بازدید کنید.

هر شرکت یا سازمانی که با Medicare و Medi-Cal همکاری دارد باید از قانون تبعیض کند. نباید به خاطر سن، تجربه اقامه دعوی، رنگ پوست، اعتقادات، نژاد، مدرک قابلیت بیمه، جنسیت، اطلاعات ژنتیک، مکان جغرافیایی، وضعیت بهداشتی، تاریخچه پزشکی، ناتوانی روانی یا جسمانی، اصلیت ملی، مذهب یا جنسیت با شما رفتار متفاوتی شود.

Health Net Cal MediConnect:

- کمک ها و خدماتی مانند مترجمان واجد شرایط زبان اشاره و اطلاعات نوشتاری به فرمت های دیگر (حروف چاپی درشت، فرمت های الکترونیکی دسترس پذیر، سایر فرمت ها) به افراد معلول و ناتوان ارائه می کند تا بتوانند براحتی با ما ارتباط برقرار کنند.
- خدمات رایگان زبان مانند مترجمان شفاهی واجد شرایط و اطلاعات نوشتاری به زبان های دیگر به افرادی ارائه می کند که زبان اول شان انگلیسی نیست.

اگر به این خدمات نیاز دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه، از 8 صبح الی 8 شب، از طریق شماره (TTY:711) 1-855-464-3571 با مرکز تماس مشتریان Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

اگر عقیده دارید که Health Net Cal MediConnect در ارائه این خدمات قصور کرده یا به روش دیگری براساس نژاد، رنگ پوست، اصلیت ملی، سن، معلولیت یا جنسیت تبعیض قائل شده است، می‌توانید توسط تماس با شماره فوق و اظهار اینکه برای تسلیم نارضایتی به کمک نیاز دارید، یک نارضایتی را تسلیم کنید؛ مرکز تماس ارباب رجوع Health Net Cal MediConnect برای کمک به شما در دسترس می باشد.

می‌توانید یک شکایت حقوق مدنی را نیز به وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا، دفتر حقوق مدنی به صورت الکترونیکی از طریق پورتال دفتر شکایات حقوق مدنی تسلیم کنید که به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> یا توسط پست یا تلفن به نشانی زیر در دسترس می‌باشد: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697).

فرم‌های شکایت در آدرس <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> موجود می‌باشند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



C. اعلامیه درباره Medicare به عنوان پرداخت کننده دوم و Medi-Cal به عنوان پرداخت کننده آخرین چاره

گاهی اوقات شخص یا نهاد دیگری باید ابتدا هزینه خدماتی که در اختیار شما قرار می دهیم را پرداخت کند. برای مثال، اگر در یک سانحه رانندگی درگیر باشید یا اگر سر کار مصدوم شوید، بیمه یا پوشش خسارت پرداختی به کارمندان باید ابتدا هزینه را پرداخت کند. ما حق و مسئولیت داریم که برای خدمات تحت پوشش Medicare که برای آنها Medicare پرداخت کننده اول نیست جمع آوری کنیم. برنامه Cal MediConnect از قوانین و مقررات ایالتی و فدرال مربوط به مسئولیت قانونی اشخاص ثالث برای خدمات مراقبت درمانی به ذینفعان پیروی می کند. ما همه اقدامات منطقی را برای اطمینان از اینکه برنامه Medi-Cal پرداخت کننده آخرین چاره باشد به کار خواهیم گرفت.

D. اعلامیه اقدامات

ما باید از فرم اعلامیه اقدامات (NOA) برای اطلاع رسانی به شما در مورد عدم پذیرش، خاتمه و تأخیر یا تغییر در مزایا استفاده کنیم. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید استینافی را به برنامه درمانی ما اقامه کنید. برای خدمات Medi-Cal، می توانید در همان زمان برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. به غیر از برخی موارد، می توانید استینافی را قبل از درخواست برای بررسی مستقل پزشکی (IMR) به برنامه ما اقامه کنید. لزومی ندارد که برای هیچکدام از این اقدامات هزینه ای را پرداخت کنید.

E. مسئولیت شخص ثالث

Health Net هیچگونه ادعای خسارت برای اعاده ارزش خدمات تحت پوشش که در اختیار عضو قرار گرفته را تسلیم نخواهد کرد در هنگامی که چنین اعاده ای منجر به اقدامی می شود که شامل مسئولیت خسارت برای شخص ثالث یا بیمه مسئولیت سوانح می شود و شامل اعطای خسارت پرداختی به کارمندان و پوشش رانندگان بیمه نشده می شود. ولی Health Net در مورد چنین موارد احتمالی به DHCS گزارش خواهد کرد و به DHCS در پیگیری حقوق قانونی دولتی در بازپرداخت چنین خسارت هایی کمک خواهد کرد. اعضا مسئول می باشند که در این مورد به Health Net و DHCS کمک کنند.

F. مقاطعه کاران مستقل

رابطه بین Health Net و هر ارائه کننده مشارکت کننده ای براساس رابطه مقاطعه کار مستقل می باشد. ارائه کنندگان شرکت کننده کارمند یا کارگزار Health Net نبوده و Health Net و هیچ یک از کارمندان Health Net، کارمند یا کارگزار ارائه کنندگان شرکت کننده نمی باشند. Health Net در هیچ موقعیتی برای سهل انگاری، اقدام نادرست یا قصورات هر ارائه کننده شرکت کننده یا سایر ارائه کنندگان مراقبت درمانی مسئول نخواهد بود. پزشکان شرکت کننده و نه Health Net، رابطه بین پزشک و بیمار را با عضو حفظ می کنند. Health Net ارائه کننده مراقبت درمانی نیست.

G. تقلب در برنامه مراقبت درمانی

تقلب در برنامه مراقبت درمانی به عنوان فریب یا به غلط وانمودن توسط ارائه کننده، عضو، کارمند یا هر شخصی می باشد که از سوی آنها اقدام می کند. این یک اقدام غیرقانونی می باشد که قبل تعقیب است. هر شخصی که توسط تسلیم ادعایی که حاوی اظهاریه نادرست یا نیرنگ آمیز است عمداً و دانسته در فعالیتی شرکت می کند که به منظور کلاهبرداری از برنامه مراقبت درمانی باشد در مورد تقلب بیمه مقصر است.

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



اگر در مورد هر یک از هزینه هایی که در صورت حساب یا توضیح فرم مزایا قید شده نگران هستید یا اگر به هرگونه فعالیت غیرقانونی مشکوک هستید، با خط تلفن رایگان گزارش تخلفات برنامه درمانی ما به شماره 1-800-977-3565 تماس بگیرید. خط ویژه گزارش تخلفات در 24 ساعت شبانهروز، هفت روز هفته در دسترس می باشد. کلیه تماس ها اکیداً محرمانه تلقی می شوند. 1-800-977-3565. خط ویژه گزارش تخلفات در 24 ساعت شبانهروز، هفت روز هفته در دسترس می باشد. کلیه تماس ها اکیداً محرمانه تلقی می شوند.

H. شرایطی که از کنترل Health Net خارج باشند

تاجایی که فاجعه طبیعی، جنگ، شورش، قیام مدنی، بیماری همهگیر، تخریب کامل یا ناکامل مرکز درمانی، انفجار اتمی یا رها شدن انرژی اتمی دیگر، معلولیت عمده پرسنل گروه پزشکی یا رویدادهای مشابه دیگر که در محدوده کنترل Health Net نباشد منجر به عدم دسترسی مراکز و پرسنل به ارائه کردن یا ترتیب دادن خدمات یا مزایا تحت این دفترچه اطلاعاتی اعضا شود، مسئولیت Health Net در ارائه چنین خدمات یا مزایایی محدود به الزامی خواهد شد که Health Net در ارائه کردن یا ترتیب دادن مفاد چنین خدمات یا مزایایی در محدوده دسترسی کنونی به این مراکز یا پرسنل، تلاش خود را با حسن نیت انجام دهد.

I. اطلاعیه روال محرمانگی

این اعلامیه توصیف می کند که چگونه ممکن است اطلاعات پزشکی در مورد شما استفاده و افشا شود و چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید.

لطفاً این اطلاعیه را با دقت مطالعه نمایید.

تاریخ اجرا: 08.14.2017

این اعلامیه در مورد روش هایی که Health Net** (به عنوان «ما» یا «برنامه درمانی» اشاره شده) می تواند اطلاعات درمانی محافظت شده شما را جمع آوری کرده، از آن استفاده کرده یا آن را در میان بگذارد و حقوق شما در رابطه با اطلاعات درمانی محافظت شده، اطلاعاتی را در اختیار شما قرار می دهد. «اطلاعات درمانی محافظت شده» شامل اطلاعات جمعیت شناسی می شود که می توان به طور منطقی برای شناسایی شما از آن استفاده کرد و مربوط به بهداشت یا عارضه جسمانی یا روانی، ارائه مراقبت درمانی به شما یا پرداخت هزینه آن مراقبت در زمان گذشته، حال یا آینده می شود.

**این اطلاعیه روال های محرمانگی همچنین به اعضای اطلاق پذیر است که در هر یک از نهادهای Health Net زیر عضویت دارند:

Health Net of California, Inc. · Health Net Life Insurance Company
Health Net و Health Plan of Oregon, Inc. · Managed Health Network, LLC
Community Solutions, Inc. Rev. 06/05/2017

وظایف نهادهای تحت پوشش:

Health Net یک نهاد تحت پوشش است که تحت قانون قابلیت حمل و حسابرسی بیمه درمانی سال 1996 (HIPAA) تعریف و تنظیم شده است. قوانین Health Net را ملزم می کنند تا محرمانگی اطلاعات درمانی حفاظت شده (PHI) شما را حفظ کند، این اطلاعیه را در مورد وظایف قانونی ما و روال های رازداری در رابطه با PHI شما در اختیارتان قرار داده، طبق شرایطی که در اعلامیه که در حال حاضر اجرا می شود عمل کند و در صورت نقض اطلاعات درمانی محافظت نشده تان به شما اطلاع دهد.

این اطلاعیه نحوه استفاده و واگذاری PHI شما را توضیح می دهد. همچنین حقوق شما مبنی بر دسترسی، تغییر و مدیریت PHI خود و نحوه استفاده از این حقوق را توضیح می دهد. همه موارد دیگر استفاده یا واگذاری PHI شما که در این اطلاعیه توصیف نشده اند صرفاً با اجازه کتبی شما انجام خواهند شد.

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



Health Net حق ایجاد تغییرات در این اطلاعیه را برای خود محفوظ می‌دارد. ما حق اجرایی کردن اطلاعیه ویرایش شده یا تغییر یافته برای PHI شما که در حال حاضر در دست داریم به اضافه هرگونه PHI شما که در آینده دریافت می‌کنیم را برای خود محفوظ می‌داریم. Health Net هر زمان که تغییر اساسی در استفاده یا واگذاری، حقوق شما یا وظایف قانونی ما یا روال‌های رازداری دیگری که در این اطلاعیه قید شده ایجاد شود این اطلاعیه را در اسرع وقت ویرایش و توزیع خواهد کرد. ما هرگونه اطلاعیه ویرایش شده را در وبسایت Health Net در دسترس قرار خواهیم داد.

محافظت داخلی از اطلاعات بهداشتی محافظت شده (PHI) شفاهی، کتبی و الکترونیکی:

Health Net از اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما حفاظت میکند. ما بدین منظور دارای رویه‌های حفظ امنیت و حریم خصوصی هستیم. چند مورد از روشهای مورد استفاده برای حفاظت از اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما بدین قرار است.

- ما به کارکنان خود آموزش میدهم تا رویه‌های حفظ امنیت و حریم خصوصی را دنبال کنند.
- ما همکاران تجاری خود را ملزم به پیروی از رویه‌های حفظ امنیت و حریم خصوصی میکنیم.
- ما دفاتر خود را ایمن نگه میداریم.
- ما در مورد اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما فقط به دلایل کاری و فقط با کسانی که لازم است در این مورد بدانند صحبت میکنیم.
- ما اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما را هنگام ارسال یا نگهداری الکترونیکی، ایمن نگه میداریم.
- ما برای جلوگیری از دسترسی افراد غیرمجاز به اطلاعات بهداشتی محافظت شده شما، از فناوریهای ویژه استفاده میکنیم.

استفاده‌ها و واگذاری‌های مجاز PHI شما:

در زیر فهرستی از نحوه استفاده یا واگذاری PHI شما از سوی ما بدون اجازه یا مجوز از شما آمده است:

- **درمان** - ممکن است PHI شما را برای یک پزشک یا ارائه‌کننده دیگری که برای شما درمان ارائه می‌کند استفاده یا واگذاری کنیم، تا درمان شما را بین ارائه‌کنندگان هماهنگ کنند، یا تا برای اتخاذ تصمیمات با اجازه قبلی مربوط به مزایای شما به ما کمک کنند.
- **پرداخت هزینه** - ممکن است PHI شما را استفاده یا واگذاری کنیم تا هزینه مزایای خدمات مراقبت درمانی ارائه شده به شما را پردازیم. ممکن است با اهداف پرداخت، PHI شما را به برنامه درمانی دیگر، ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگر، یا دیگر نهادهای مشمول مقررات محرمانگی فدرال واگذار کنیم. فعالیتهای پرداختی ممکن است شامل رسیدگی به دعاوی، تشخیص و اجد شرایط بودن یا پوشش برای دعاوی، صدور صورتحساب حق بیمه، بررسی خدمات برای الزامات پزشکی و اجرای بررسی بهره‌وری دعاوی شوند.
- **عملکردهای مراقبت درمانی** - ممکن است PHI شما را در اجرای عملکردهای مراقبت درمانی خود استفاده و واگذاری کنیم. این فعالیت‌ها ممکن است شامل ارائه خدمات مشتریان، پاسخ به شکایات و استیناف‌ها، ارائه مدیریت پرونده و هماهنگ‌سازی پرونده، انجام بررسی پزشکی دعاوی و دیگر ارزیابی‌های کیفیت و فعالیت‌های بهبود شود. همچنین ممکن است در عملکردهای مراقبت درمانی خود PHI شما را به همکاران تجاری‌ای واگذار کنیم که با آنها موافقت‌نامه‌های کتبی شامل شرایطی برای حفاظت از محرمانگی PHI شما داریم. ممکن است PHI شما را به نهاد دیگری واگذار کنیم که تحت مقررات محرمانگی فدرال است و با شما برای عملکردهای مراقبت درمانی‌اش ارتباطی دارد که به ارزیابی کیفیت و فعالیت‌های بهبود، بررسی صلاحیت و مدارک متخصصان مراقبت درمانی، مدیریت پرونده و هماهنگ‌سازی پرونده، یا تشخیص و جلوگیری از کلاهبرداری و تخلف مربوط می‌شود.
- **برنامه درمانی گروهی/واگذاری به بانی برنامه درمانی** - ممکن است اطلاعات درمانی محافظت شده شما را به بانی برنامه درمانی گروهی واگذار کنیم، از قبیل یک کارفرما یا نهاد دیگری که برنامه مراقبت درمانی را به شما ارائه می‌کند، اگر که بانی با محدودیت‌های مشخصی موافقت کرده باشد مبنی بر اینکه چگونه از اطلاعات درمانی محافظت شده استفاده خواهد کرد (مانند موافقت برای استفاده نکردن از اطلاعات درمانی محافظت شده برای اقدامات یا تصمیمات مربوط به استخدام).

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



سایر واگذاری های اجازه داده شده یا لازم PHI شما:

- **فعالیت های گردآوری اعانات -** ما ممکن است PHI شما را برای فعالیت های گردآوری اعانات استفاده یا واگذار کنیم، از قبیل گردآوری وجوه برای بنیاد خیریه یا نهاد مشابه برای کمک در امور مالی فعالیت های آن ها. اگر برای فعالیت های گردآوری اعانات با شما تماس بگیریم، به شما فرصتی خواهیم داد که از دریافت چنین مکاتباتی در آینده صرف نظر کنید یا آن را متوقف کنید.
- **منظورات پذیره نویسی -** ما ممکن است از PHI شما را برای منظورات پذیره نویسی از قبیل اتخاذ تصمیم در مورد درخواست نامه یا درخواست پوشش استفاده یا واگذار کنیم. اگر از PHI شما برای منظورات پذیره نویسی استفاده کرده یا آن را واگذار کنیم، ما از استفاده یا واگذاری PHI که اطلاعات ژنتیک در روال پذیره نویسی باشد منع شده ایم.
- **یادآوری وقت ویزیت/درمانهای متفاوت -** ممکن است PHI شما را استفاده کنیم یا در اختیار شخص ثالث قرار دهیم تا بتوانیم وقت ویزیت یا مراقبت درمانی را به شما یادآوری کنیم یا اطلاعاتی درباره درمانهای متفاوت یا دیگر مزایا و خدمات مربوط به سلامتی، مانند اطلاعات درباره نحوه ترک سیگار یا کم کردن وزن را به شما ارائه کنیم.
- **لازم از لحاظ قانونی -** اگر قوانین فدرال، ایالتی و یا محلی استفاده یا واگذاری PHI شما را الزامی بدانند، ممکن است اطلاعات PHI شما را تا آنجایی استفاده یا واگذار کنیم که استفاده و واگذاری از چنین قانونی پیروی کند و به حد الزام چنین قانونی محدود باشد. اگر دو قانون یا مقررات یا بیشتر از آن درباره یک استفاده یا واگذاری تلافی داشته باشند، ما از قانون یا مقرراتی که بیشتر محدودکننده هستند پیروی خواهیم کرد.
- **فعالیت های بهداشت عمومی -** ممکن است PHI شما را به یک مقام بهداشت عمومی با هدف جلوگیری و کنترل بیماری، جراحات یا معلولیت واگذار کنیم. ممکن است PHI شما را به سازمان مواد غذایی و دارویی (FDA) واگذار کنیم تا از کیفیت، ایمنی یا تاثیرگذاری محصولات و خدمات تحت حوزه قضایی FDA اطمینان حاصل کنیم.
- **قربانیان بد رفتاری و غفلت -** اگر بر این باور باشیم که بد رفتاری، غفلت یا خشونت خانگی رخ داده است، ممکن است PHI شما را به یک مقام محلی، ایالتی یا دولت فدرال واگذار کنیم، از جمله خدمات اجتماعی یا یک نماینده خدمات حفاظتی که از طرف قانون مجاز به دریافت چنین گزارشاتی است.
- **روال های قضایی و اداری -** ممکن است PHI شما را طی روال های قضایی و اداری واگذاری کنیم، همچنین ممکن است این کار را در پاسخ به دستور دادگاه، دادگاه اداری یا در پاسخ به احضاریه، حکم احضار در دادگاه، درخواست کشف، یا درخواست قانونی مشابه انجام دهیم.
- **اجرای قانون -** ممکن است هنگامی که ملزم باشیم، PHI مرتبط شما را به دستگاه اجرای قانون واگذار کنیم، مانند در پاسخ به دستور دادگاه، حکم دستور داده شده از سوی دادگاه، احضاریه و حکم احضار صادر شده به دست افسر قضایی، یا احضاریه هیئت منصفه عالی. همچنین ممکن است PHI مرتبط شما را با هدف شناسایی یا تعیین مکان یک متهم، فرد متواری، شاهد موثر در اثبات دعوی یا فرد گمشده واگذار کنیم.
- **ماموران تحقیق مرگهای مشکوک، پزشکان قانونی و سرپرستان کفن و دفن -** ممکن است PHI شما را به یک مامور تحقیق مرگ مشکوک یا یک پزشک قانونی واگذار کنیم. برای مثال، ممکن است این کار برای تشخیص علت مرگ لازم باشد. همچنین ممکن است در صورت لزوم PHI شما را به سرپرستان کفن و دفن واگذار کنیم تا بتوانند وظایفشان را انجام دهند.
- **اهدای عضو، چشم و بافت -** ممکن است PHI شما را به سازمان ها یا نهادهای تهیه عضو واگذار کنیم که به تهیه، ذخیره و پیوند اعضا، چشمها و بافت های بدن مرده مشغول می باشند.
- **تهدید به سلامت و ایمنی -** ممکن است PHI شما را استفاده یا واگذار کنیم اگر با حسن نیت باور داشته باشیم که استفاده یا واگذاری برای جلوگیری یا کاهش تهدیدی جدی و حتمی به سلامت یا ایمنی شخص یا جامعه لازم است.
- **عملکردهای دولتی تخصصی -** اگر شما عضوی از نیروهای مسلح ایالات متحده باشید، ممکن است PHI شما را به الزام مقامات فرماندهی ارتش واگذار کنیم. ممکن است PHI شما را به مقامات فدرال مجاز برای امنیت ملی یا فعالیت های اطلاعاتی، وزارت امور خارجه برای تعیین مناسب بودن پزشکی و برای خدمات حفاظتی رییس جمهور یا سایر افراد مجاز واگذار کنیم.

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



- **خسارت پرداختی به کارمندان -** ممکن است PHI شما را برای پیروی از قوانین مربوط به خسارت پرداختی به کارمندان یا دیگر برنامه‌های مشابه تاسیس شده توسط قانون و اگذار کنیم که برای مصدومیت‌ها و بیماری‌های ناشی از کار بدون توجه به فرد مقصر مزایا ارائه می‌کنند.
- **وضعیت‌های اضطراری -** ممکن است PHI شما را در موقعیتی اضطراری، یا اگر شما ناتوان باشید یا حضور نداشته باشید، به یک عضو خانواده، دوست نزدیک، آژانس امدادسانی فاجعه یا هر شخص دیگری که قبلاً از طرف شما مشخص شده باشد و اگذار کنیم. از قضاوت و تجربیات حرفه‌ای خود برای تعیین اینکه آیا و اگذاری اطلاعات به صلاح شما می‌باشد استفاده خواهیم کرد. اگر و اگذاری اطلاعات به صلاح شما باشد، تنها PHI را و اگذار می‌کنیم که مستقیماً به شخصی که در مراقبت شما دخیل است مرتبط باشد.
- **زندانیان -** اگر در یکی از مؤسسات بازپروری زندانی یا به دست مأمور اجرای قانون بازداشت شده باشید، ممکن است PHI شما را به آن موسسه بازپروری یا مأمور اجرای قانون و اگذار کنیم، زیرا چنین اطلاعاتی لازم است تا موسسه برای شما مراقبت‌های درمانی ارائه کند و سلامت و ایمنی شما، یا سلامت و ایمنی دیگران، یا ایمنی و امنیت موسسه بازپروری را حفظ کند.
- **پژوهش -** تحت شرایط خاص ممکن است PHI شما را به محققان و اگذار کنیم هنگامی که پژوهش بالینی آنها تایید شده باشد و هنگامی که تدابیر امنیتی مشخصی اعمال شوند تا از محرمانگی و حفاظت از PHI شما اطمینان حاصل شود.

استفاده‌ها و اگذاری‌های PHI شما که به اجازه‌ی کتبی شما را لازم دارد

لازم است که اجازه کتبی شما را برای استفاده یا و اگذاری PHI شما اخذ کنیم، با استثنای محدود که به دلایل زیر می‌باشند:

- **فروش PHI -** قبل از هرگونه و اگذاری که به عنوان فروش PHI شما تلقی شود، اجازه کتبی شما را درخواست خواهیم کرد که به معنی دریافت دستمزدی برای و اگذاری PHI به این روش می‌باشد.
- **بازاریابی -** ما برای استفاده یا و اگذاری PHI شما برای منظورات بازاریابی با استثنای محدود اجازه‌ی کتبی شما را درخواست خواهیم کرد، از قبیل هنگامی که به صورت حضوری در مورد بازاریابی با شما صحبت می‌کنیم یا هنگامی که هدایای تبلیغاتی با ارزش کم را به شما ارائه می‌کنیم.
- **یادداشت‌های روان‌درمانی -** برای استفاده یا و اگذاری هرگونه یادداشت‌های روان‌درمانی که ممکن است در بایگانی داشته باشیم با استثنای محدود اجازه‌ی کتبی شما را درخواست خواهیم کرد، از قبیل درمان خاص، پرداخت هزینه یا عملکردهای کارکرد مراقبت درمانی.

حقوق فردی

- حقوق شما در ارتباط با PHI شما در زیر آمده‌اند: اگر می‌خواهید که از هرکدام از حقوق زیر استفاده کنید، لطفاً از طریق اطلاعاتی که در پایان این اطلاعیه آمده‌اند با ما تماس بگیرید.
- **حق ابطال اجازه‌نامه -** شما می‌توانید این اجازه‌نامه را هر زمانی که بخواهید باطل کنید؛ ابطال اجازه‌نامه‌ی شما باید به صورت کتبی باشد. ابطال اجازه‌نامه بلافاصله اعمال خواهد شد، به استثنای اقداماتی که قبلاً به اتکای اجازه‌نامه انجام داده‌ایم و قبل از اینکه ابطال کتبی شما را دریافت کنیم.
- **حق درخواست محدودیت -** شما این حق را دارید که برای استفاده و اگذاری PHI خود برای درمان، پرداخت هزینه یا عملکردهای مراقبت درمانی درخواست محدودیت بدهید، به علاوه محدودیت و اگذاری به اشخاصی که در مراقبت شما یا پرداخت هزینه برای مراقبت شما دخیل هستند، مانند اعضای خانواده یا دوستان نزدیک. درخواست شما باید محدودیت‌هایی که درخواست دارید را اظهار دارد و اعلام کند که محدودیت‌ها به چه کسانی مربوط می‌شوند. ما ملزم به موافقت با این درخواست نمی‌باشیم. اگر موافقت کنیم، از درخواست محدودیت شما تبعیت کرده مگر اینکه این اطلاعات برای ارائه درمان اضطراری به شما لازم باشد. اما هنگامی که هزینه خدمات یا اقام را به صورت نقدی و کامل پرداخت کرده باشید، استفاده و اگذاری PHI را برای پرداخت‌ها یا عملکردهای مراقبت درمانی به یک برنامه درمانی محدود خواهیم کرد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



- **حق درخواست ارتباط محرمانه -** شما این حق را دارید که درخواست کنید درباره PHI شما از طریق ابزار دیگر یا مکانی دیگر با شما ارتباط برقرار کنیم. این حق تنها زمانی کاربرد دارد که اگر اطلاعات توسط ابزار دیگر یا به مکان دیگری که شما می‌خواهید منتقل نشود، ممکن است شما را به خطر بیندازد. لازم نیست که دلیل درخواست خود را توضیح دهید، اما باید اظهار دارید که اگر ابزار ارتباطی یا مکان آن تغییر نکند، ممکن است اطلاعات شما را به خطر بیندازد. اگر درخواست شما منطقی باشد و ابزار دیگر با مکانی که PHI شما باید به آن تحویل داده شود را مشخص کند، ما باید به آن توجه کنیم.
 - **درخواست دسترسی و دریافت نسخه‌ای از PHI شما -** با استثنائات محدود، شما این حق را دارید تا به PHI خود که در مجموعه سوابق معین نگهداری می‌شود نگاهی بیندازید یا نسخه‌ای از آن را دریافت کنید. شما می‌توانید درخواست کنید که نسخه‌های آن را به فرمتی به جز فتوکپی ارائه کنیم. ما از فرمت درخواستی شما استفاده خواهیم کرد مگر اینکه عملاً نتوانیم چنین کاری کنیم. شما باید درخواست دسترسی به PHI خود را به صورت کتبی انجام دهید. اگر درخواست شما را رد کنیم، یک توضیح کتبی را در اختیار شما قرار خواهیم داد و به شما خواهیم گفت که آیا دلایل این امتناع قابل بررسی می‌باشد و اگر نمی‌توان این امتناع را بررسی کرد، نحوه درخواست برای چنین بررسی‌ای چیست.
 - **حق اصلاح PHI شما -** اگر فکر می‌کنید که PHI شما شامل اطلاعات نادرست می‌باشد، حق این را دارید که درخواست دهید تا ما آن را اصلاح کنیم یا تغییر دهیم. درخواست شما باید به صورت کتبی باشد و باید توضیح دهد که چرا اطلاعات باید اصلاح شوند. ممکن است درخواست شما را به دلایل مشخصی رد کنیم، برای مثال اگر ما اطلاعاتی که می‌خواهید اصلاح شوند را تولید نکرده باشیم و تولیدکننده PHI بتواند اصلاح را انجام دهد. اگر درخواست شما را رد کنیم، یک توضیح کتبی را در اختیار شما قرار خواهیم داد. می‌توانید با بیانیه‌ای پاسخ دهید مبنی بر اینکه با تصمیم ما مخالفید و ما بیانیه شما را به PHI که درخواست اصلاحش را به ما داده‌اید ضمیمه خواهیم کرد. اگر با درخواست شما برای اصلاح اطلاعات موافقت کنیم، منصفانه تلاش خواهیم کرد تا به دیگران، از جمله کسانی که نام می‌برید، درباره این اصلاح اطلاع دهیم و در واگذاری‌های آینده اطلاعات این تغییرات را به حساب آوریم.
 - **حق دریافت حسابرسی از واگذاری‌ها -** شما این حق را دارید که فهرستی از مواردی در 6 سال اخیر را دریافت کنید که در آن همکاران تجاری ما PHI شما را واگذار کرده‌اند. این به واگذاری‌هایی مربوط نمی‌شود که با هدف درمان، پرداخت هزینه و عملکردهای مراقبت درمانی انجام شده‌اند، یا واگذاری‌هایی که خود شما مجاز دانسته‌اید و فعالیت‌های مشخص دیگر. اگر ظرف یک دوره‌ی 12 ماهه، بیش از یک بار درخواست این حسابرسی را بدهید، ممکن است براساس هزینه حق‌الزحمه‌ای که به این درخواست‌های اضافی مربوط می‌شود مبلغی منصفانه را از شما درخواست کنیم. به هنگام درخواستتان، اطلاعات بیشتری درباره هزینه‌هایمان در اختیارتان خواهیم گذاشت.
 - **حق دریافت نسخه‌ای از این اطلاعیه -** شما می‌توانید نسخه‌ای از این اطلاعیه را در هر زمان با استفاده از اطلاعات تماسی که در پایان اطلاعیه آمده است درخواست دهید. اگر این اطلاعیه را در وبسایت ما یا از طریق پست الکترونیکی (ایمیل) دریافت می‌کنید، همچنین حق این را دارید که نسخه‌ای کاغذی از آن را درخواست دهید.
 - **حق اقامه شکایت -** اگر احساس می‌کنید که حقوق محرمانگی شما نقض شده‌اند یا که ما روال‌های محرمانگی خودمان را نقض کرده‌ایم، می‌توانید به صورت کتبی یا با تماس با ما از طریق اطلاعات تماسی که در پایان این اطلاعیه آمده است شکایتی را به ما تسلیم کنید. برای شکایات اعضای Medi-Cal، اعضا همچنین می‌توانند با سازمان خدمات مراقبت درمانی کالیفرنیا که در بخش بعد آمده است تماس بگیرند.
- همچنین می‌توانید شکایت را نیز به وزارت بهداشت و خدمات انسانی آمریکا، دفتر حقوق مدنی تسلیم کنید، از طریق فرستادن نامه‌ای به Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 200 یا تماس با شماره 1-800-368-1019، 1-866-788-4989 (TTY: 1-866-788-4989) یا بازدید از www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



ما به خاطر تسلیم شکایت علیه شما اقدامی انجام نخواهیم داد.**اطلاعات تماس**

اگر سوالی درباره این اطلاعیه، روال های محرمانگی ما در رابطه با PHI شما یا نحوه استفاده از حقوقتان دارید، می توانید به صورت کتبی یا از طریق تلفن با استفاده از اطلاعات تماسی که در زیر آمده است با ما تماس بگیرید.

دسترسی حفظ حریم Health Net	شماره تلفن:	1-800-522-0088
Attn: Privacy Official	Fax:	1-818-676-8314
P.O. Box 9103	Email:	Privacy@healthnet.com
Van Nuys, CA 91409		

تنها برای اعضای Medi-Cal، در صورتی که فکر می کنید ما از محرمانگی شما محافظت نکرده ایم و می خواهید شکایت کنید، می توانید شکایت خود را از طریق تماس یا مکاتبه با این آدرس تسلیم نمایید:

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

تلفن: (TTY:TDD: 1-877-735-2929) 1-916-445-4646 or 1-866-866-0602

ایمیل: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

اطلاعیه محرمانگی اطلاعات مالی

این اطلاعیه توصیف می کند که چگونه ممکن است **اطلاعات مالی** در مورد شما استفاده و افشا شود و چگونه می توانید به این اطلاعات دسترسی پیدا کنید. لطفاً این اطلاعیه را با دقت مطالعه نمایید.

ما متعهد به حفظ محرمانگی اطلاعات مالی شخصی شما هستیم. برای استفاده در این اطلاعیه، «اطلاعات مالی شخصی» به معنی اطلاعاتی درباره یک عضو جدید یا متقاضی پوشش مراقبت درمانی است که وی را شناسایی می کند، معمولاً عموم به آن دسترسی ندارند و از خود فرد جمع آوری می شود یا در ارتباط با ارائه پوشش مراقبت درمانی به فرد دریافت می شود.

اطلاعاتی که جمع آوری می کنیم: ما اطلاعات مالی شخصی درباره شما را از منابع زیر جمع آوری می کنیم:

- اطلاعاتی که از خود شما از فرم درخواست و سایر فرم ها دریافت می کنیم، مانند نام، آدرس، سن، اطلاعات پزشکی و شماره تامین اجتماعی؛
- اطلاعات درباره تراکنش های شما با ما، با همکاران ما یا دیگران، مانند پرداخت حق بیمه و تاریخچه دعاوی؛ و
- اطلاعات گزارشات مصرف کنندگان.

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



واگذاری اطلاعات: ما اطلاعات مالی شخصی اعضای فعلی یا سابق خود را به هیچ شخص ثالثی واگذار نمی‌کنیم، مگر اینکه طبق قانونی الزامی یا مجاز باشد. برای مثال، طی روال‌های عمومی تجاریمان، ممکن است طبق اجازه‌ی قانون، هرکدام از اطلاعات مالی شخصی‌ای که درباره شما جمع‌آوری می‌کنیم را با اجازه‌ی شما به انواع سازمان‌های زیر واگذار کنیم:

- به همکاران سازمانی خود، مانند بیمه‌گران دیگر؛
- به شرکت‌های غیرهمکار برای اهداف تجاری روزمره خود، مانند به جریان درآوردن تراکنش‌های شما، نگهداری حساب(های) شما، یا پاسخ به دستورات دادگاهی و تحقیقات قانونی؛ و
- به شرکت‌های غیرهمکار که خدماتی را برای ما انجام می‌دهند، از جمله ارسال ارتباطات تبلیغاتی از طرف ما.

محرمانگی و امنیت: ما باید طبق استانداردهای مربوطه‌ی ایالتی یا فدرال، تدابیر امنیتی فیزیکی، الکترونیکی و روالی را انجام دهیم تا از اطلاعات مالی شخصی شما در برابر خطراتی همچون گم شدن، نابودی و سوءاستفاده حفاظت کنیم. این اقدامات شامل تدابیر امنیتی کامپیوتری، پرونده‌ها و ساختمان‌های ایمن و محدودیت‌هایی در مورد اینکه چه کسی می‌تواند به اطلاعات مالی شخصی شما دسترسی داشته باشد می‌شوند.

سوالات درباره این اعلامیه:

اگر سوالی درباره این اعلامیه دارید:

لطفاً با شماره تلفن رایگان پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید یا با Health Net به شماره 1-800-522-0088 تماس بگیرید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



فصل 12: تعریف واژه های مهم

فعالیت‌های زندگی روزمره (ADL): کارهایی که اشخاص به طور روزمره انجام می‌دهند، از قبیل غذا خوردن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن، حمام کردن یا مسواک زدن.

کمک دریافت شده در حین انتظار: شما می‌توانید در حین انتظار برای تصمیم در مورد استیناف مرحله 1 یا دادرسی ایالتی، به دریافت مزایای خود ادامه دهید (برای کسب اطلاعات بیشتر به فصل 9 مراجعه کنید). این ادامه پوشش «کمک دریافت‌شده در حین انتظار» خوانده می‌شود.

مرکز جراحی متحرک: مرکزی که جراحی سرپایی را به بیمارانی ارائه می‌کند که به مراقبت بیمارستانی نیاز ندارند و انتظار نمی‌رود به بیش از 24 ساعت مراقبت نیاز داشته باشند.

استیناف: روشی برای شما تا علیه اقدامی اعتراض کنید در صورتی که فکر می‌کنید اشتباهی را مرتکب شده‌ایم. شما می‌توانید با اقامه استیناف برای تغییر یک تصمیم پوششی درخواست کنید. فصل 9 استیناف‌ها را توصیف می‌کند که شامل نحوه اقامه استیناف می‌باشد.

بهداشت رفتاری: یک عبارت جامع که به بهداشت روانی و اختلالات مربوط به اعتیاد اشاره می‌کند.

داروی مارک دار: یک داروی نسخه‌دار که توسط شرکتی که دارو را در آغاز کار تولید کرده تهیه شده و فروخته می‌شود. داروهای مارک دار حاوی همان ترکیبات نوع ژنریک داروها هستند. داروهای ژنریک توسط شرکت‌های دارویی دیگری تهیه و فروخته می‌شوند.

Cal MediConnect: برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را با هم در یک برنامه درمانی ارائه می‌کند. شما یک کارت برای همه مزایای خود دارید.

هماهنگ‌کننده مراقبت: یک شخص اصلی که با شما، برنامه درمانی و ارائه‌کنندگان مراقبتی شما همکاری کرده تا اطمینان حاصل شود مراقبت مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید.

خدمات گزینشی برنامه مراقبتی (خدمات CPO): خدمات اضافی که تحت برنامه مراقبتی شخصی‌شده (ICP) شما گزینشی هستند. این خدمات قرار نیست که جایگزین خدمات و حمایت‌های بلندمدتی شوند که تحت Medi-Cal اجازه داده شده که دریافت کنید.

برنامه مراقبتی: به «برنامه مراقبتی شخصی‌شده» مراجعه کنید.

گروه مراقبتی: به «گروه مراقبتی میان‌رشته‌ای» مراجعه کنید.

مرحله پوشش بحرانی: مرحله‌ای در مزایای دارویی بخش D که برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا آخر سال پرداخت می‌کند. ما این مرحله را زمانی شروع می‌کنیم که شما به سرحد \$5,000 برای داروهای نسخه‌دار خود رسیده باشید.

مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): سازمان فدرال مسئول Medicare. فصل 2 نحوه تماس با CMS را توصیف می‌کند.

خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS): برنامه خدمات برپایه مرکز درمانی بیماران سرپایی که مراقبت پرستاری تخصصی، خدمات اجتماعی، درمان، مراقبت شخصی، کارآموزی و حمایت خانوادگی/مراقبت‌دهنده، خدمات تغذیه، حمل و نقل و سایر خدماتی را عرضه می‌کند که برای اعضای واجد شرایطی می‌باشد که شرایط واجد شرایط بودن مربوطه را برآورده می‌کنند.

شکایت: یک اظهاریه کتبی یا شفاهی مبنی بر اینکه شما در مورد خدمات یا مراقبت تحت پوشش خود مشکل یا نگرانی دارید. این موضوع شامل هرگونه نگرانی مربوط به کیفیت مراقبت، ارائه‌کنندگان شبکه ما یا داروخانه‌های شبکه ما می‌شود. نام رسمی «اقامه شکایت» «تسلیم نارضایتی» است.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF): مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی را برای بیماری، سانحه یا جراحی عمده ارائه می‌کند. این مرکز خدمات گوناگونی را ارائه می‌کند، از جمله ورزش‌درمانی، خدمات اجتماعی یا روانشناسی، تنفس درمانی، درمان شغلی، گفتار درمانی و خدمات ارزیابی برای بهبود خانه.

سهیم بیمه‌شده: یک مبلغ ثابت که به عنوان سهم هزینه‌های خود هر بار که داروهای نسخه‌دار خاصی را دریافت می‌کنید پرداخت می‌کنید. برای مثال، ممکن است 2\$ یا 5\$ برای داروی نسخه‌دار بپردازید.

سهیم شدن در هزینه: مبالغی که هنگام دریافت داروهای نسخه‌دار مشخصی پرداخت می‌کنید. سهیم شدن در هزینه شامل سهم بیمه‌شده می‌شود.

ردیف سهیم شدن در هزینه: گروهی از داروها که سهم بیمه‌شده مشترک دارند. هر دارویی در فهرست داروهای تحت پوشش در یکی از سه ردیف سهیم شدن در هزینه قرار دارد.

تصمیم در مورد پوشش: تصمیمی در مورد اینکه چه مزایایی تحت پوشش ما هستند. این موضوع شامل تصمیمات مربوط به داروها و خدمات تحت پوشش یا مبلغی می‌شود که برای خدمات درمانی شما پرداخت خواهیم کرد. فصل 9 نحوه درخواست برای تصمیم در مورد پوشش را توصیف می‌کند.

داروهای تحت پوشش: عبارتی که برای همه داروهای تحت پوشش برنامه درمانیمان استفاده می‌کنیم.

خدمات تحت پوشش: عبارت کلی که برای همه خدمات مراقبت درمانی، خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، لوازم، داروهای نسخه‌دار و بدون نسخه، و وسایل و سایر خدمات تحت پوشش برنامه درمانی ما استفاده می‌کنیم.

نرخ روزانه سهیم شدن در هزینه: نرخی که ممکن است هنگامی که پزشک شما مقدار کمتر از ذخیره ماه کامل از داروهای خاصی را برای شما تجویز می‌کند استفاده شود و شما لازم است که سهم بیمه‌شده را پرداخت کنید. نرخ روزانه سهیم شدن در هزینه، سهم بیمه‌شده تقسیم بر تعداد روزها در ذخیره ماهانه می‌باشد. برای مثال: اگر سهم بیمه‌شده شما برای ذخیره یک ماه دارو 1.20\$ است و ذخیره یک ماه در برنامه درمانی شما 30 روز است، آنوقت «نرخ روزانه سهیم شدن در هزینه» 0.04\$ در روز می‌باشد. بدین معنی که برای هر روز ذخیره هنگامی که نسخه خود را می‌پیچید، 0.04\$ پرداخت می‌کنید.

اداره خدمات مراقبت درمانی (DHCS): اداره ایالتی در کالیفرنیا که برنامه Medicaid را مدیریت می‌کند (به نام Medi-Cal در کالیفرنیا خوانده می‌شود)، عموماً در این کتابچه اطلاعاتی به عنوان «ایالت» به آن اشاره شده است.

سازمان هماهنگ خدمات درمانی (DMHC): سازمان ایالتی در کالیفرنیا که مسئول کنترل و نظارت بر برنامه‌های درمانی می‌باشد. DMHC به اشخاص در Cal MediConnect در مورد استیناف‌ها و شکایات مربوط به خدمات Medi-Cal کمک می‌کند. DMHC بررسی مستقل پزشکی (IMR) را نیز اجرا می‌کند.

لغو عضویت: روال خاتمه دادن به عضویت شما در برنامه درمانی ما. لغو عضویت ممکن است داوطلبانه (انتخاب خود شما) یا غیرداوطلبانه (بدون انتخاب خود شما) باشد.

وسایل با دوام پزشکی (DME): اقلام خاصی که پزشک شما برای استفاده در خانه برای شما تجویز می‌کند. نمونه‌هایی از این اقلام صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های خوشخواب برقی، لوازم دیابت، تخت‌های بیمارستانی که توسط ارائه‌کننده برای استفاده در خانه سفارش داده می‌شوند، پمپ تزریق رگی، دستگاه‌های تولید صدا، لوازم و وسایل اکسیژن، افشانه‌های تنفسی و واکر هستند.

اضطراری: یک وضعیت اضطراری پزشکی زمانی است که شما یا شخص دیگر که اطلاعاتی در حد متوسط در مورد بهداشت و پزشکی دارد، عقیده دارید که علائم پزشکی شما به توجه پزشکی فوری نیاز دارند تا از مرگ، از دست دادن اندام بدن یا از دست دادن عملکرد بخشی از بدن جلوگیری شود. علائم پزشکی ممکن است یک مصدومیت جدی یا درد شدید باشد.

مراقبت اضطراری: خدمات تحت پوشش که توسط ارائه‌کننده کارآموزی‌دیده برای ارائه خدمات اضطراری ارائه می‌شوند و برای مداوای یک وضعیت پزشکی یا بهداشت رفتاری اضطراری لازم هستند.

استثنا: اجازه دریافت پوشش برای دارویی که معمولاً تحت پوشش نیست یا استفاده از دارو بدون مقررات و محدودیت‌های خاص.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



کمک اضافی: یک برنامه Medicare که به اشخاصی با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند که درآمد هزینه داروهای نسخه‌دار Medicare بخش D را بپردازند. کمک اضافی همچنین «یارانه کم‌درآمدی» یا «LIS» خوانده می‌شود.

داروی ژنریک: یک داروی نسخه‌دار که برای استفاده به جای داروی مارک‌دار به تصویب دولت فدرال رسیده باشد. داروی ژنریک همان ترکیبات داروی مارک‌دار را دارد. این دارو معمولاً ارزان‌تر است و همان تأثیر داروی مارک‌دار را دارد.

نارضایتی: شکایتی که در مورد ما یا یکی از ارائه‌کنندگان یا داروخانه‌های شبکه‌ی ما تسلیم می‌کنید. این موضوع شامل شکایت در مورد کیفیت مراقبت شما می‌شود.

برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP): برنامه‌ای که اطلاعات و مشاوره رایگان و بی‌طرفانه را در مورد Medicare ارائه می‌کند. فصل 2 نحوه تماس با HICAP را توصیف می‌کند.

برنامه درمانی: سازمانی که از پزشکان، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها، ارائه‌کنندگان خدمات بلندمدت و سایر ارائه‌کنندگان تشکیل شده است. این سازمان هماهنگ‌کنندگان مراقبتی را نیز برای کمک در مدیریت همه ارائه‌کنندگان و خدمات شما در استخدام دارد. این اشخاص مراقبت مورد نیاز شما را با تشریح مساعی ارائه می‌کنند.

ارزیابی مخاطره درمانی: بررسی تاریخچه پزشکی بیمار و عارضه کنونی. از این ارزیابی برای شناسایی وضعیت سلامتی بیمار استفاده شده و اینکه چطور در آینده ممکن است تغییر کند.

کمک درمانی در منزل: شخصی که خدماتی را فراهم می‌کند که به مهارت‌های یک پرستار یا درمانگر مجاز نیاز ندارد، از قبیل کمک در مراقبت شخصی (از قبیل حمام گرفتن، استفاده از دستشویی، لباس پوشیدن یا انجام ورزش‌های تجویز شده). امدادگردان مراقبت درمانی در خانه جواز پرستاری نداشته و درمان ارائه نمی‌کنند.

آسایشگاه بیماران رو به مرگ: برنامه‌ای که مراقبت و حمایت را در اختیار اشخاصی قرار می‌دهد که بیماری مهلک دارند تا به آنها کمک شود زندگی راحتی داشته باشند. پیش‌بینی مهلک بودن بیماری یعنی شخص بیماری لاعلاجی دارد و انتظار می‌رود شش ماه یا کمتر از زندگی‌اش باقی مانده باشد. هر عضو که شش ماه یا کمتر به پایان زندگی‌اش باقی مانده است، می‌تواند آسایشگاه بیماران رو به مرگ را انتخاب کند. گروهی از متخصصین و مراقبت دهنده‌هایی که کارآموزی ویژه دیده‌اند تا مراقبت را برای شخص کامل ارائه کنند که شامل نیازهای جسمانی، احساسی، اجتماعی و معنوی می‌شود. Health Net Cal MediConnect باید فهرستی از ارائه‌کنندگان آسایشگاه بیماران رو به مرگ در منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهد.

صدور صورتحساب نادرست/بمورد: وضعیتی که در آن ارائه‌کننده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ سهمی شدن در هزینه برنامه درمانی برای خدمات از شما مطالبه می‌کند. هنگامی که خدمات یا دارویی دریافت می‌کنید، کارت شناسایی اعضای Health Net Cal MediConnect خود را نشان دهید. اگر صورتحسابی دریافت کرده‌اید که متوجه نمی‌شوید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

به دلیل اینکه Health Net Cal MediConnect کل هزینه خدمات شما را می‌پردازد، هیچ مبلغی به عنوان سهمی شدن در هزینه به ما بدهکار نیستید. ارائه‌کنندگان نباید در قبال این خدمات هیچ مبلغی از شما دریافت کنند.

ابرسی مستقل پزشکی (IMR): اگر درخواست شما را برای خدمات یا مداوای پزشکی قبول نکنیم، می‌توانید به ما اقامه استیناف کنید. اگر با تصمیم ما موافق نباشید و مشکل شما در مورد خدمات Medi-Cal باشد، می‌توانید از سازمان مراقبت‌های درمانی هماهنگ کالیفرنیا درخواست IMR کنید. IMR رسیدگی به پرونده شما توسط پزشکانی می‌باشد که بخشی از برنامه درمانی ما نیستند. اگر IMR به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات یا مداوای مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم. شما هزینه‌ای را برای IMR پرداخت نمی‌کنید.

مراقبت درمانی شخصی شده (ICP) یا برنامه مراقبتی: برنامه‌ای برای خدماتی که دریافت می‌کنید و نحوه دریافت آنها. برنامه شما ممکن است شامل خدمات پزشکی، خدمات بهداشت رفتاری و خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت شود.

مرحله پوشش ابتدایی: مرحله قبل از اینکه مجموع هزینه‌های دارویی بخش D شما به \$5,000 برسد. این هزینه شامل مبلغی که شما پرداخت کردید، مبلغی که برنامه درمانی ما از سوی شما پرداخت کرده است و یارانه کم‌درآمدی می‌شود. شما این مرحله را در هنگام پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید. در طول این مرحله، برنامه درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بیمار بستری: عبارت مورد استفاده هنگامی که به طور رسمی در بیمارستان برای خدمات پزشکی تخصصی پذیرفته شده باشید. اگر به طور رسمی پذیرفته نشده باشید، هنوز ممکن است به عنوان یک بیمار سرپایی به جای بیمار بستری محسوب شوید حتی اگر برای تمام شب بستری شوید.

گروه مراقبت میان رشته ای (ICT یا گروه مراقبتی): یک گروه مراقبتی ممکن است شامل پزشکان، پرستاران، مشاورین و سایر متخصصین درمانی شود که برای کمک به شما در دریافت مراقبت مورد نیازتان آمادگی دارند. گروه مراقبتی شما برای ایجاد برنامه مراقبتی نیز به شما کمک خواهد کرد.

فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست دارویی): فهرستی از داروهای نسخه‌دار تحت پوشش برنامه درمانی. برنامه درمانی داروهای موجود در این فهرست را با همکاری پزشکان و داروسازان انتخاب می‌کند. فهرست دارویی حاوی اطلاعاتی در مورد هرگونه مقرراتی می‌باشد که لازم است برای دریافت داروهای خود از آنها پیروی کنید. فهرست دارویی گاهی اوقات «مجموعه دارویی» خوانده می‌شود.

خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت (LTSS): خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت که به بهبود عارضه پزشکی طولانی‌مدت کمک می‌کنند. بیشتر این خدمات به شما کمک می‌کنند تا در خانه خودتان بمانید تا لازم نباشد که به آسایشگاه یا بیمارستان بروید. LTSS شامل برنامه خدمات چندمنظوره برای سالمندان (MSSP)، خدمات محلی برای افراد بالغ (CBAS)، و مراکز پرستاری/مراکز مراقبتی نیمه‌حاد (NF/SCF) می‌شود.

پارانه کدرآمدی (LIS): به «کمک اضافی» مراجعه کنید.

Medi-Cal: نام برنامه Medicaid ایالت کالیفرنیا می‌باشد. Medi-Cal توسط دولتی ایالتی ارائه شده و هزینه آن توسط دولت های ایالتی و فدرال تأمین می‌شود. این برنامه به اشخاص با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند هزینه خدمات و حمایت های بلند مدت و هزینه های پزشکی خود را پرداخت کنند. این برنامه خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیستند را پوشش می‌دهد. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با Medi-Cal به فصل 2 مراجعه کنید.

برنامه‌های Medi-Cal: برنامه‌هایی که تنها مزایای Medi-Cal را پوشش می‌دهند، از قبیل خدمات و حمایت‌های طولانی‌مدت، و سائل پزشکی و حمل و نقل، مزایای Medicare جدا هستند.

گروه پزشکی: گروهی از پزشکان PCP، متخصصان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی که با هم کار می‌کنند و تحت قرارداد با برنامه ما کار می‌کنند.

ضرورت پزشکی: این عبارت خدمات، لوازم یا داروهای را توصیف می‌کند که برای پیشگیری، شناسایی یا مداوای عارضه پزشکی یا حفظ وضعیت سلامتی فعلی به آنها نیاز دارید. این خدمات، لوازم یا داروها استانداردهای پذیرفته شده روال پزشکی را برآورده می‌کنند. ضرورت پزشکی به همه خدمات تحت پوشش اشاره دارد که استفاده از آنها برای حفظ زندگی، جلوگیری از بیماری مهم یا معلولیت چشمگیر، یا تخفیف درد شدید از طریق تشخیص یا معالجه عارضه، بیماری، یا جراحی، منطقی و لازم می‌باشد.

Medicare: برنامه بیمه درمانی فدرال برای اشخاص به سن 65 سال به بالا، بعضی اشخاص زیر 65 سال با معلولیت‌های خاص و اشخاصی که در مرحله نهایی بیماری کلیوی هستند (نارسایی دائم کلیه که به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارد). اشخاص عضو Medicare می‌توانند پوشش درمانی خود را از طریق Medicare اصلی یا برنامه مراقبت‌های هماهنگ دریافت کنند (به «برنامه درمانی» مراجعه کنید).

خدمات تحت پوشش Medicare: خدمات تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B. همه برنامه‌های درمانی شامل برنامه درمانی ما باید همه خدماتی که تحت پوشش Medicare بخش A و بخش B هستند را پوشش دهند.

ثبت نام شده در Medicare-Medi-Cal (واجد شرایط دوگانه): شخصی که برای پوشش Medicare و Medi-Cal واجد شرایط است. ثبت‌نام شده Medicare-Medi-Cal «ذینفع واجد شرایط دوگانه» نیز خوانده می‌شود.

بخش A Medicare: برنامه Medicare که بیشتر نیازهای ضروری بیمارستانی، مرکز پرستاری تخصصی، مراقبت درمانی در خانه و مراقبت قبل از مرگ را پوشش می‌دهد.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



بخش B Medicare: برنامه Medicare که خدمات (از قبیل تست های آزمایشگاهی، جراحی و ویزیت های پزشک) و لوازم (از قبیل صندلی چرخدار و واکر) که برای مداوای بیماری یا عارضه ضرورت پزشکی دارند را تحت پوشش قرار می دهد. Medicare بخش B بسیاری خدمات پیشگیری کننده و معاینه تشخیص بیماری را نیز پوشش می دهد.

بخش C Medicare: برنامه Medicare که به شرکت های بیمه درمانی خصوصی اجازه می دهد مزایای Medicare را از طریق Medicare Advantage Plan ارائه کنند.

بخش D Medicare: برنامه مزایای داروی نسخه دار Medicare. (ما این برنامه را به طور مختصر "بخش D" می خوانیم.) بخش D داروهای نسخه دار بیماران سرپایی، واکسن ها و برخی لوازمی که تحت پوشش Medicare بخش A یا بخش B یا Medi-Cal نیستند را پوشش می دهد. Health Net Cal MediConnect شامل Medicare بخش D می شود.

بخش D Medicare: داروهایی که می توانند تحت پوشش Medicare بخش D باشند. کنگره بخصوص گروه های خاصی از داروها را از پوشش داروهای بخش D حذف کرده است. Medi-Cal ممکن است برخی از این داروها را پوشش دهد.

عضو (عضو برنامه درمانی ما یا عضو برنامه): شخصی که با عضویت در Medicare و Medi-Cal برای دریافت خدمات تحت پوشش واجد شرایط بوده و در برنامه درمانی ما ثبت نام شده و عضویت وی توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) و دولت ایالتی تأیید شده باشد.

دفترچه اطلاعاتی اعضا و اطلاعات واگذاری: این مدرک به همراه فرم عضویت و هرگونه مطالب الصاقی، الحاقیات یا سایر اسناد پوشش گزینشی انتخاب شده که پوشش شما و آنچه باید انجام دهید، حقوق شما و آنچه به عنوان عضو از برنامه درمانی ما باید انجام دهید را توصیف می کند.

خدمات اعضا: بخشی در برنامه درمانی ما که مسئول پاسخگویی به سوالات شما در مورد عضویت، مزایا، نارضایتی ها و استیناف ها می باشد. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با خدمات اعضا به فصل 2 مراجعه کنید.

مدل مراقبت: مدل مراقبت حاوی بسیاری بخش های مختلف می باشد. این مدل ساختار مدیریت مراقبتی را ارائه می کند. این مدل گروه مراقبت درمانی شما را راهنمایی می کند تا مراقبت برای نیازهای درمانی شما را دریافت کند. یک مدل مراقبتی حاوی اعضای گروه مراقبت درمانی می باشد. همچنین دارای ابزاری برای کمک به گروه شما می باشد. نظرسنجی برخی از این ابزارها می باشد. نظرسنجی در مورد بهداشت شما پرسش می کند. پاسخ های شما به گروه شما و شما کمک می کند برنامه مراقبتی خودتان را ایجاد کنید که اهدافی دارد. این اهداف به شما کمک خواهند کرد تا بهترین بهداشت را دریافت کنید. شما و گروه، پیشرفت شما را به سمت اهدافتان نیز بررسی می کنید.

برنامه خدمات چندمنظوره سالمندان (MSSP): برنامه ای که خدمات برپایه خانه و جامعه محلی (HCBS) را در اختیار اشخاص واجد شرایط برای Medi-Cal به سن 65 سال به بالا و معلول قرار می دهد تا جایگزینی برای استقرار در آسایشگاه باشد.

داروخانه شبکه: داروخانه ای که قبول کرده نسخه ها را برای اعضای برنامه درمانی ما بپیچد. ما بدین خاطر به آنها "داروخانه های شبکه" می گوئیم که موافقت کرده اند با برنامه درمانی ما همکاری کنند. در بیشتر موارد، نسخه های شما تنها در صورتی پیچیده می شوند که در یکی از داروخانه های شبکه ما باشند.

ارائه کننده شبکه: «ارائه کننده» یک عبارت عمومی است که ما برای پزشکان، پرستاران و سایر اشخاصی استفاده می کنیم که خدمات و مراقبت به شما ارائه می کنند. این عبارت شامل بیمارستان، سازمان بهداشت در خانه، درمانگاه و سایر مکان هایی نیز می شود که خدمات مراقبت درمانی، لوازم پزشکی و خدمات و حمایت های طولانی مدت را در اختیار شما قرار می دهند. این ارائه کنندگان دارای گواهینامه بوده و تحت جواز Medicare و دولت ایالتی برای ارائه خدمات مراقبت درمانی می باشند. ما این ارائه کنندگان را هنگامی "ارائه کنندگان شبکه" می خوانیم که موافقت کنند با برنامه درمانی همکاری کرده و دستمزد ما را دریافت کنند و هیچگونه مبلغ اضافی را از اعضای ما مطالبه نکنند. در طول مدتی که در برنامه درمانی ما عضویت دارید، باید برای دریافت خدمات تحت پوشش از ارائه کنندگان شبکه استفاده کنید. ارائه کنندگان شبکه «ارائه کنندگان برنامه درمانی» نیز خوانده می شوند.

آسایشگاه یا مرکز پرستاری: محلی که مراقبت را برای اشخاصی فراهم می کند که نمی توانند در خانه خودشان مراقبت دریافت کنند ولی لزومی ندارد که در بیمارستان باشند.

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



بازرس کل: دفتری در ایالت شما که در صورت داشتن مشکلات با برنامه درمانی به شما کمک می‌کند. خدمات بازرس رایگان هستند.

تشخیص سازمانی: هنگامی که برنامه درمانی یا یکی از ارائه‌کنندگان آن در مورد اینکه آیا خدمات تحت پوشش هستند یا نحوه پرداخت برای خدمات تحت پوشش تصمیمی را اتخاذ می‌کند به آن تشخیص سازمانی می‌گویند. تشخیص سازمانی در این کتابچه اطلاعاتی "تصمیم پوششی" خوانده می‌شوند. فصل 9 نحوه درخواست برای تصمیم در مورد پوشش را توصیف می‌کند.

Medicare اصلی (Medicare متعارف یا Medicare هزینه در مقابل خدمات): Medicare اصلی توسط دولت ارائه می‌شود. تحت اصلی Medicare، خدمات Medicare توسط پرداخت به پزشکان، بیمارستان ها و سایر ارائه‌کنندگان مراقبتی به میزانی که توسط کنگره وضع شده تحت پوشش قرار می‌گیرند. می‌توانید نزد هر پزشک، بیمارستان یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگری که Medicare را قبول می‌کند بروید. Medicare اصلی شامل دو بخش می‌باشد. بخش A (بیمه بیمارستانی) و بخش B (بیمه پزشکی) Medicare اصلی در هر کجای ایالات متحده در دسترس می‌باشد. اگر نمی‌خواهید که در برنامه درمانی ما باشید، می‌توانید Medicare اصلی را انتخاب کنید.

داروخانه خارج از شبکه: داروخانه‌ای که موافقت کرده با برنامه درمانی ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای برنامه درمانی ما همکاری کند. بیشتر داروهای که از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش برنامه درمانی ما نمی‌باشند مگر اینکه شرایط خاصی برآورده شوند.

ارائه‌کننده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه: ارائه‌کننده‌ای که تحت استخدام، مالکیت یا اداره برنامه درمانی ما نبوده و برای ارائه خدمات به اعضای برنامه درمانی ما تحت قراردادی نیست. فصل 3، ارائه‌کنندگان یا مراکز خارج از شبکه را توصیف می‌کند.

هزینه های نقدی: شرایط سهیم شدن در هزینه برای اعضا تا بخشی از خدمات یا داروهای را که درخواست می‌کنند را پرداخت کنند، شرایط «هزینه نقدی» نیز خوانده می‌شود. برای تعریف «سهیم شدن در هزینه» به فوق‌الذکر مراجعه کنید.

بخش A: به «Medicare بخش A» مراجعه کنید.

بخش B: به «Medicare بخش B» مراجعه کنید.

بخش C: به «Medicare بخش C» مراجعه کنید.

بخش D: به «Medicare بخش D» مراجعه کنید.

داروهای بخش D: به «داروهای Medicare بخش D» مراجعه کنید.

ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اولیه (PCP): ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی شما شامل پزشک یا ارائه‌کننده دیگری می‌شود که برای بیشتر مشکلات سلامتی ابتدا نزد وی می‌روید. وی مطمئن می‌شود که مراقبت لازم را برای حفظ سلامتی خود دریافت کنید. وی ممکن است با پزشکان و ارائه‌کنندگان مراقبت درمانی دیگری در مورد مراقبت از شما مشورت کند یا شما را به آنها ارجاع کند. در بسیاری برنامه‌های درمانی Medicare، شما باید قبل از اینکه نزد هرگونه ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی دیگری بروید ابتدا نزد ارائه‌کننده مراقبت‌های درمانی اصلی خود بروید. برای کسب اطلاعات در مورد دریافت مراقبت از ارائه‌کنندگان مراقبت‌های درمانی اصلی به فصل 3 مراجعه کنید.

اجازه قبلی: قبل از اینکه بتوانید خدمات یا داروهای خاصی را دریافت کنید به اجازه نیاز دارید. برخی خدمات پزشکی شبکه تنها زمانی تحت پوشش هستند که پزشک شما یا ارائه‌کننده شبکه دیگری اجازه قبلی را از برنامه درمانی ما دریافت کند. خدمات تحت پوششی که به اجازه قبلی نیاز دارند در جدول مزایای بخش 4 مشخص شده اند. برخی داروها تنها در صورتی تحت پوشش هستند که از ما اجازه قبلی دریافت کنید. داروهای تحت پوششی که به اجازه قبلی نیاز دارند در فهرست داروهای تحت پوشش علامت زده شده‌اند.

برنامه برای برنامه‌های مراقبت جامع ویژه سالخوردگان (PACE): برنامه‌ای که مزایای Medicare و Medi-Cal را به طور مشترک برای اشخاص به سن 55 سال به بالا پوشش می‌دهد که نیاز به مقدار مراقبت بیشتری دارند تا در خانه خودشان زندگی کنند.

پروتز و ارتز: اینها دستگاه‌های پزشکی هستند که از سوی پزشک یا ارائه‌کننده مراقبت درمانی دیگر شما سفارش داده می‌شوند. برخی از اقلام تحت پوشش ساپورت بازو، کمر و گردن؛ اعضای مصنوعی؛ چشم مصنوعی؛ و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی عضو داخلی یا عملکرد داخلی بدن، از جمله لوازم استومی و درمان تغذیه با لوله (enteral) و وریدی (parenteral) می‌باشند.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



سازمان بهبود کیفیت (QIO): گروهی از پزشکان و سایر متخصصین مراقبت درمانی که به بهبود کیفیت مراقبت برای اشخاصی که عضو Medicare هستند کمک می‌کنند. حقوق آنها را دولت فدرال پرداخت می‌کند تا مراقبت ارائه‌شده به بیماران را کنترل کرده و بهبود دهند. برای کسب اطلاعات در مورد نحوه تماس با QIO برای ایالت شما به فصل 2 مراجعه کنید.

محدودیت های مقدار: محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید. محدودیت ممکن است مقدار دارویی باشد که برای هر نسخه پوشش می‌دهیم.

خدمات توانبخشی: مداوایی که برای کمک در بهبود از بیماری، سانحه یا جراحی عمده دریافت می‌کنید. برای کسب اطلاعات در مورد خدمات توانبخشی به فصل 4 مراجعه نمایید.

منطقه شامل خدماتی: یک منطقه جغرافیایی که برنامه درمانی در صورت محدودسازی عضویت براساس محل زندگی اشخاص، اعضا را می‌پذیرد. برای برنامه‌های درمانی که پزشکان و بیمارستان‌هایی که می‌توانید استفاده کنید را محدود می‌کنند نیز معمولاً منطقه ای می‌باشد که می‌توانید خدمات عادی (غیراضطراری) را دریافت کنید. تنها اشخاصی که در منطقه خدماتی ما زندگی می‌کنند می‌توانند Health Net Cal MediConnect دریافت کنند.

سهیم هزینه: بخشی از هزینه‌های مراقبت درمانی شما که ممکن است لازم باشد قبل از اینکه مزایای Health Net Cal MediConnect قابل اجرا شوند در هر ماه پرداخت کنید. میزان سهم هزینه شما بستگی به درآمد و منابع مالی شما متفاوت است.

مرکز پرستاری تخصصی (SNF): یک مرکز پرستاری با کارکنان و لوازمی برای ارائه مراقبت پرستاری تخصصی و در بیشتر موارد، خدمات توانبخشی تخصصی و سایر خدمات درمانی مربوطه می‌باشد.

مراقبت مرکز پرستاری تخصصی (SNF): خدمات مراقبت و توانبخشی پرستاری تخصصی ارائه‌شده به صورت ادامه‌دار، روزانه در یک مرکز پرستاری تخصصی. مثال‌های مراقبت در مرکز پرستاری تخصصی شامل ورزش درمانی یا تزریقات درون رگی (IV) می‌شود که پرستار رسمی یا پزشک می‌تواند ارائه کند.

مختص: پزشکی می‌باشد که مراقبت درمانی را برای یک بیماری خاص یا بخشی از بدن ارائه می‌کند.

درخواست دائمی: درخواستی که شما می‌کنید مبنی بر اینکه مطالب اطلاعاتی عضویت خود را به فرمت (مانند چاپ درشت یا PDF قابل دسترسی) یا زبانی مشخص دریافت کنید، بدون اینکه دیگر از Health Net Cal MediConnect درخواست کنید یا زنگ بزنید. درخواست دائمی در پرونده شما می‌ماند تا اینکه تغییری را درخواست کنید.

دادرسی ایالتی: اگر پزشک شما یا ارائه‌کننده دیگری برای خدمات Medi-Cal درخواست کند که ما تصویب نخواهیم کرد یا به پرداخت هزینه خدمات Medi-Cal که قبلاً دریافت کرده‌اید ادامه نخواهیم داد، شما حق دارید که برای دادرسی ایالتی درخواست کنید. اگر دادرسی ایالتی به نفع شما تصمیم بگیرد، ما باید خدمات مورد درخواست را در اختیار شما قرار دهیم.

درمان گام‌به‌گام: مقررات پوششی که لازم می‌داند شما ابتدا داروی دیگری را امتحان کنید قبل از اینکه داروی مورد درخواست شما را پوشش دهیم.

درآمد مکمل برنامه خدمات اجتماعی (SSI): مزایای ماهانه که تامین اجتماعی به اشخاصی پرداخت می‌کند که درآمد و منابع مالی محدود داشته و معلول، نابینا یا به سن 65 سال به بالا هستند. مزایای SSI مشابه مزایای تامین اجتماعی نیستند.

مراقبت های فوری: مراقبتی که برای بیماری ناگهانی، مصدومیت یا عارضه‌ای دریافت می‌کنید که اضطراری نیست اما فوراً به مراقبت نیاز دارد. هنگامی که ارائه‌کنندگان شبکه موجود نبوده یا نمی‌توانید به آنها دسترسی پیدا کنید، می‌توانید مراقبت‌هایی که نیاز فوری دارند را از ارائه‌کنندگان خارج از شبکه دریافت کنید.

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.



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 دفترچه اطلاعاتی اعضای

<p>تماس با این شماره رایگان است. یک متصدی از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8 صبح تا 8 شب حضور دارد تا با شما صحبت کند. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.</p> <p>همچنین خدمات ترجمه زبان رایگان مرکز خدمات اعضا برای غیرانگلیسی‌زبانان قابل دسترسی است.</p>	<p>تلفن تماس</p> <p>1-855-464-3571</p>
<p>این شماره به وسیله تلفنی ویژه نیاز دارد و تنها در اختیار اشخاصی می‌باشد که مشکلات شنوایی یا گفتاری دارند.</p> <p>تماس با این شماره از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه رایگان است. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد.</p>	<p>TTY</p> <p>711 (خدمات رله ملی) این تماس رایگان است.</p>
	<p>نمابر</p> <p>1-800-281-2999</p>
	<p>مکاتبه</p> <p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>
	<p>وبسایت</p> <p>www.healthnet.com/calmediconnect</p>

اگر سوالی دارید، لطفاً با Health Net Cal MediConnect به شماره (TTY:711) 1-855-464-3571، از 8 صبح تا 8 شب، دوشنبه تا جمعه تماس حاصل فرمایید. بعد از ساعات اداری یا در آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل، می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر، از www.healthnet.com/calmediconnect بازدید کنید.

