

2026

# مدارک بیمه

*Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)*

کالیفرنیا H5649-009-000

شهرستان Ventura

تاریخ اجرایی شدن از 1 ژانویه تا 31 دسامبر، 2026



## مدارک بیمه برای: 2026

### مزایا و خدمات درمانی Medicare و پوشش دارویی شما به عنوان عضو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

این سند جزئیات مربوط به پوشش سلامت و داروی Medicare شما از 1 ژانویه تا 31 دسامبر 2026 را ارائه می‌دهد. این کتابچه یک سند قانونی مهم به‌شمار می‌رود. آن را در جای امنی نگه دارید.

در این سند مزایا و حقوق شما شرح داده شده است. برای درک مفاهیم زیر به این سند مراجعه کنید:

- حق بیمه و تسهیم هزینه طرح ما
- مزایای پزشکی و دارویی ما
- نحوه ثبت شکایت در صورت عدم رضایت از خدمات یا درمان
- نحوه تماس با ما
- سایر محافظت‌های الزامی طبق قانون Medicare

برای سوالات مربوط به این سند، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید. (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند). ساعات کاری از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی است. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی. تماس با این شماره رایگان است.

این طرح، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، توسط Central Health Plan of California, Inc. ارائه می‌شود. (وقتی در این مدارک بیمه گفته می‌شود ما، یا مال ما، به معنی Central Health Plan of California, Inc. است. وقتی گفته می‌شود طرح یا طرح ما، منظور Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) است.)

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

شما می‌توانید این سند را به صورت رایگان به زبان‌های دیگر (غیر از انگلیسی، مانند چاپ درشت، بریل، یا فایل صوتی، دریافت کنید. با شماره 314-2427 (866)، شماره (TTY: 711) تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

مزایا، و/یا پرداخت‌های مشترک/بیمه مشترک ممکن است در 1 ژانویه 2027 تغییر کنند.

دارونامه، شبکه داروخانه‌ها، و/یا شبکه ارائه‌دهندگان ما ممکن است در هر زمانی تغییر کند. در مورد هرگونه تغییری که ممکن است بر شما تأثیر بگذارد، حداقل 30 روز قبل اطلاع‌رسانی خواهد شد.

طرح Central Health Medicare نوعی طرح HMO/ HMO SNP است که با Medicare قرارداد دارد. ثبت‌نام به تمدید قرارداد بستگی دارد.

Molina Healthcare از قوانین قابل‌اجرای حقوق مدنی فدرال پیروی می‌کند و بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، مذهب، هویت جنسیتی، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، دریافت مراقبت‌های بهداشتی، تجربه مطالبات، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد به‌رمندی از بیمه و موقعیت جغرافیایی تبعیض قائل نمی‌شود.

H5649\_26\_009\_CA\_EOC\_C

CA-H5649-9-EC-FA-26-S-V2

## مدارک بیمه 2026

## فهرست مطالب

<b>4</b> ..... شروع عضویت شما.....	<b>فصل 1:</b>
4..... شما عضو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) هستید.....	بخش 1
5..... الزامات واجد شرایط بودن برای طرح.....	بخش 2
6..... مطالب مهم عضویت.....	بخش 3
8..... خلاصه هزینه‌های مهم.....	بخش 4
12..... اطلاعات بیشتر در مورد حق بیمه ماهانه طرح شما.....	بخش 5
12..... به روز نگه داشتن سابقه عضویت‌تان در طرح ما.....	بخش 6
13..... نحوه همکاری سایر بیمه‌ها با طرح ما.....	بخش 7
<b>14</b> ..... شماره تلفن‌ها و مرجع‌های مهم.....	<b>فصل 2:</b>
14..... قراردادهای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).....	بخش 1
17..... دریافت کمک از Medicare.....	بخش 2
18..... برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP).....	بخش 3
18..... سازمان بهبود کیفیت (QIO).....	بخش 4
19..... تأمین اجتماعی.....	بخش 5
20..... Medicaid.....	بخش 6
21..... برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای‌شان.....	بخش 7
23..... هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB).....	بخش 8
23..... اگر بیمه گروهی یا بیمه درمانی دیگری از کار فرما دارید.....	بخش 9
<b>24</b> ..... استفاده از طرح ما برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش.....	<b>فصل 3:</b>
24..... نحوه دریافت مراقبت‌های پزشکی و سایر خدمات به‌عنوان عضوی از طرح ما.....	بخش 1
25..... از ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی و سایر خدمات خود استفاده کنید.....	بخش 2
28..... نحوه دریافت خدمات در مواقع اورژانسی، بلایای طبیعی یا نیاز فوری به مراقبت.....	بخش 3
30..... اگر مستقیماً برای کل هزینه خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید، چه می‌شود؟.....	بخش 4
30..... خدمات پزشکی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی.....	بخش 5
32..... قوانین دریافت خدمات از مؤسسه درمانی غیر-پزشکی مذهبی.....	بخش 6
33..... قوانین مالکیت تجهیزات پزشکی ماندگار.....	بخش 7
<b>35</b> ..... جدول مزایای پزشکی (آنچه تحت پوشش است و آنچه شما پرداخت می‌کنید).....	<b>فصل 4:</b>
35..... آشنایی با هزینه‌های پرداختی از جیب برای خدمات تحت پوشش.....	بخش 1
35..... جدول مزایای پزشکی، مزایا و هزینه‌های پزشکی شما را نشان می‌دهد.....	بخش 2
72..... خدمات تحت پوشش خارج از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).....	بخش 3
73..... خدماتی که تحت پوشش طرح ما نیستند.....	بخش 4

<b>75</b> .....	<b>استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D</b>	<b>فصل 5:</b>
75.....	قوانین اساسی برای پوشش دارویی بخش D طرح ما	بخش 1
75.....	نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه یا از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما تهیه کنید.	بخش 2
77.....	داروهای شما باید در لیست داروی طرح ما باشند.	بخش 3
79.....	داروهایی با محدودیت‌های پوشش	بخش 4
80.....	اگر یکی از داروهای شما آنطور که می‌خواهید پوشش داده نشود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟	بخش 5
82.....	لیست داروی ما می‌تواند در طول سال تغییر کند.	بخش 6
83.....	انواع داروهایی که پوشش نمی‌دهیم.	بخش 7
84.....	نحوه دریافت نسخه.	بخش 8
85.....	پوشش دارویی بخش D در شرایط خاص	بخش 9
86.....	برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها	بخش 10
<b>88</b> .....	<b>آنچه برای داروهای بخش D می‌پردازید</b>	<b>فصل 6:</b>
88.....	هزینه‌ای که برای داروهای بخش D پرداخت می‌کنید	بخش 1
90.....	مراحل پرداخت دارو برای اعضای (Central Health Medi-Medi Plan II)(HMO D-SNP)	بخش 2
90.....	شرح مزایای بخش D شما، مرحله پرداختی که در آن قرار دارید را توضیح می‌دهد.	بخش 3
91.....	مرحله فرانشیز	بخش 4
91.....	مرحله پوشش اولیه.	بخش 5
95.....	مرحله پوشش در زمان فاجعه.	بخش 6
95.....	هزینه‌ای که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید	بخش 7
<b>97</b> .....	<b>درخواست از ما برای پرداخت سهممان از صورتحساب برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش</b>	<b>فصل 7:</b>
97.....	موقعیت‌هایی که باید از ما بخواهید سهم خود را برای خدمات یا داروهای تحت پوشش پرداخت کنیم	بخش 1
99.....	نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی.	بخش 2
99.....	درخواست شما برای پرداخت را بررسی می‌کنیم و بله یا خیر می‌گوییم.	بخش 3
<b>101</b> .....	<b>حقوق و مسئولیت‌های شما</b>	<b>فصل 8:</b>
101.....	طرح ما باید به حقوق و حساسیت‌های فرهنگی شما احترام بگذارد.	بخش 1
109.....	مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو طرح ما	بخش 2
<b>110</b> .....	<b>اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)</b>	<b>فصل 9:</b>
110.....	اگر مشکل یا نگرانی داشتید چه کاری باید انجام دهید	بخش 1
110.....	اطلاعات بیشتر و راهنمایی شخصی‌سازی شده را از کجا کسب کنید	بخش 2
112.....	از کدام فرآیند برای مشکل خود استفاده کنید	بخش 3
112.....	رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare شما	بخش 4
113.....	راهنمای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست بررسی	بخش 5
115.....	مراقبت‌های پزشکی نحوه درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر	بخش 6
120.....	داروهای بخش D: نحوه درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر	بخش 7

نحوه درخواست از ما برای پوشش‌دهی بستری طولانی‌تر در بیمارستان اگر احساس می‌کنید خیلی زودتر از موعد مناسب مرخص می‌شوید.....	127.....	بخش 8
نحوه درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی در صورتی که فکر می‌کنید پوشش بیمه‌ای شما خیلی زود پایان یافته است.....	130.....	بخش 9
پیش بردن درخواست تجدیدنظرتان به مراحل 3، 4 و 5.....	133.....	بخش 10
نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتریان یا سایر نگرانی‌ها.....	135.....	بخش 11
رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid شما.....	138.....	بخش 12
<b>139 ..... پایان دادن به عضویت‌تان در طرح ما</b>		<b>فصل 10:</b>
پایان دادن به عضویت شما در طرح ما.....	139.....	بخش 1
چه هنگام می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید؟.....	139.....	بخش 2
چطور به عضویت خود در طرح ما پایان دهید.....	141.....	بخش 3
تا پایان عضویت، باید اقامت، خدمات و داروهای پزشکی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.....	142.....	بخش 4
Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) باید در شرایط خاص به عضویت در طرح ما پایان دهد... 142		بخش 5
<b>144 ..... ابلاغیه‌های قانونی</b>		<b>فصل 11:</b>
اطلاعیه در مورد قانون حاکم.....	144.....	بخش 1
اطلاعیه عدم تبعیض.....	144.....	بخش 2
اطلاعیه در مورد حقوق جانشینی پرداخت‌کننده ثانویه Medicare.....	144.....	بخش 3
<b>145 ..... تعاریف</b>		<b>فصل 12:</b>

## فصل 1:

### شروع عضویت شما

#### بخش 1 شما عضو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) هستید

#### بخش 1.1 شما در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) ثبت نام کردید، که یک طرح نیازهای ویژه Medicare است

شما تحت پوشش هر دو بیمه Medicare و Medicaid هستید:

- طرح Medicare یک برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله و بالاتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی‌های خاص و افراد دچار بیماری کلیوی مرحله نهایی (نارسایی کلیه) می‌باشد.
- Medicaid یک برنامه مشترک فدرال و ایالتی است که به افراد خاص با درآمد و منابع محدود در مورد هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند. پوشش Medicaid بسته به ایالت و نوع Medicaid شما متفاوت است. برخی از افراد دارای Medicaid برای پرداخت حق بیمه Medicare و سایر هزینه‌های خود کمک دریافت می‌کنند. برخی دیگر نیز برای خدمات و داروهای اضافی که تحت پوشش Medicare نیست، پوشش دریافت می‌کنند.

شما تصمیم گرفته‌اید که مراقبت‌های سلامت و پوشش دارویی Medicare خود را از طریق طرح ما، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) دریافت کنید. طرح ما تمام خدمات بخش A و بخش B را پوشش می‌دهد. با این حال، تسهیم هزینه و دسترسی به ارائه‌دهنده در طرح ما با Original Medicare متفاوت است.

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) یک طرح تخصصی Medicare Advantage (یک طرح نیازهای ویژه Medicare) است، به این معنی که مزایا برای افرادی با نیازهای ویژه مراقبت‌های سلامت طراحی شده است. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) برای افرادی طراحی شده که Medicare دارند و حق دریافت کمک از Medicaid را نیز دارند.

از آنجا که شما از Medicaid با تسهیم هزینه Medicare Part A و B (فرانشیز، پرداخت مشترک و بیمه مشترک) کمک می‌گیرید، ممکن است هیچ هزینه‌ای برای خدمات Medicare خود پرداخت نکنید. با پوشش خدمات مراقبت سلامت که معمولاً تحت پوشش Medicare نیستند، از مزایای دیگر Medicaid بهره‌مند می‌شوید. شما برای پرداخت هزینه‌های داروهای Medicare خود، Extra Help را از Medicare دریافت می‌کنید. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) به شما در مدیریت همه این مزایا کمک می‌کند تا خدمات درمانی و کمک هزینه‌ای که حق شماست را دریافت کنید.

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) توسط یک شرکت خصوصی اجرا می‌شود. مانند همه طرح‌های Medicare Advantage، این طرح Medicare "نیازهای ویژه" توسط Medicare تأیید شده است. طرح ما برای هماهنگی مزایای Medicaid شما با برنامه California Medicaid نیز قرارداد دارد. ما مفتخریم که پوشش Medicare شما، از جمله پوشش دارویی، را ارائه دهیم.

#### بخش 1.2 اطلاعات حقوقی در مورد مدارک بیمه

این مدارک بیمه بخشی از قرارداد ما با شما در مورد نحوه پوشش‌دهی مراقبت‌های شما توسط (HMO D-SNP) است. سایر بخش‌های این قرارداد شامل فرم ثبت نام شما، فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه) و هرگونه اطلاعیه‌ای است که از ما در مورد تغییرات در پوشش یا شرایط تأثیرگذار بر پوشش شما دریافت می‌کنید. این اطلاعیه‌ها گاهی اوقات الحاقیه یا/اصلاحیه نامیده می‌شوند.

این قرارداد برای ماه‌هایی که شما در طرح Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بین 1 ژانویه 2026 و 31 دسامبر 2026 ثبت نام کرده‌اید، معتبر است.

Medicare به ما اجازه می‌دهد تا در طرح‌های خود که هر سال تقویمی ارائه می‌دهیم، تغییراتی ایجاد کنیم. به عبارت دیگر، ما می‌توانیم هزینه‌ها و مزایای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) را پس از 31 دسامبر 2026 تغییر دهیم. همچنین می‌توانیم انتخاب کنیم که پس از 31 دسامبر 2026، ارائه طرح خود را در منطقه خدمات‌رسانی شما متوقف کنیم.

Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) باید طرح Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) تأیید کند. مادامی که ما تصمیم به ادامه ارائه طرح خود داشته باشیم و Medicare و Medicaid طرح ما را تمدید کنند، شما می‌توانید هر سال به عنوان عضوی از طرح ما پوشش Medicare را دریافت کنید.

## بخش 2 الزامات واجد شرایط بودن برای طرح

### بخش 2.1 الزامات واجد شرایط بودن

شما تا زمانی که تمام این شرایط را داشته باشید، واجد شرایط عضویت در طرح ما هستید:

- هم Medicare Part A و هم Medicare Part B را داشته باشید
- در منطقه خدمات‌رسانی جغرافیایی ما زندگی کنید (که در بخش 2.3 توضیح داده شده است). افراد زندانی حتی اگر در منطقه خدمات‌رسانی جغرافیایی تحت پوشش ما حضور داشته باشند، ساکن آن منطقه محسوب نمی‌شوند.
- شهروند ایالات متحده آمریکا باشید یا به صورت قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور داشته باشید
- از الزامات خاص واجد شرایط بودن که در زیر توضیح داده شده برخوردار باشید.

الزامات خاص واجد شرایط بودن برای طرح ما

### بخش 2.2 Medicaid

Medicaid یک برنامه مشترک فدرال و ایالتی است که به افراد خاصی که درآمد و منابع محدودی دارند، در هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند. هر ایالت تصمیم می‌گیرد که چه چیزی به عنوان درآمد و منابع در نظر گرفته می‌شود، چه کسی واجد شرایط است، چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرد و هزینه خدمات چقدر است. ایالت‌ها می‌توانند در مورد نحوه اجرای برنامه خود تصمیم بگیرند اما دستورالعمل‌های فدرال باید رعایت شود.

علاوه بر این، Medicaid برنامه‌هایی را برای کمک به افراد در پرداخت هزینه‌های Medicare، مانند حق بیمه Medicare، ارائه می‌دهد. این "برنامه‌های پس‌انداز Medicare" به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هر سال در هزینه‌های خود صرفه‌جویی کنند:

- **ذینفع واجد شرایط Medicaid: Medicare-Plus (QMB+)** مبالغ حق بیمه، فرانشیز، بیمه مشترک و پرداخت مشترک Medicare Part A و Part B شما را پرداخت می‌کند. شما پوشش Medicaid از تسهیم هزینه Medicare را دریافت می‌کنید و واجد شرایط دریافت مزایای کامل Medicaid هستید.
- **ذینفع واجد شرایط Medicare-Plus ویژه کم‌درآمد (SLMB+)**: به پرداخت حق بیمه‌های بخش B کمک می‌کند و همچنین واجد شرایط دریافت مزایای کامل Medicaid است.
- **واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل (FBDE)**: گاهی اوقات، افراد ممکن است واجد شرایط پوشش محدود تسهیم هزینه Medicare و همچنین مزایای کامل Medicaid باشند.

### بخش 2.3 شما عضو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) هستید

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) فقط برای افرادی که در منطقه خدمات‌رسانی طرح ما زندگی می‌کنند، در دسترس است. برای عضویت در طرح ما، باید همچنان در منطقه خدمات‌رسانی طرح ما زندگی کنید. منطقه خدمات‌رسانی در زیر شرح داده شده است. منطقه خدمات‌رسانی ما شامل این شهرستان‌ها در ایالت California است: شهرستان Ventura. ما در چندین ایالت پوشش ارائه می‌دهیم. با این حال، ممکن است بین طرح‌هایی که در هر ایالت ارائه می‌دهیم، تفاوت‌هایی در هزینه یا موارد دیگر وجود داشته باشد.

اگر قصد دارید به ایالت جدیدی نقل مکان کنید، باید با دفتر Medicaid ایالت خود نیز تماس بگیرید و بپرسید که این نقل مکان چگونه بر مزایای Medicaid شما تأثیر می‌گذارد. شماره تلفن‌های Medicaid در فصل 2، بخش 6 این سند آمده است.

اگر به خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید عضو این طرح بمانید. با خدمات اعضاء تماس بگیرید تا بفهمید که طرح دیگری را در منطقه جدید شما داریم یا خیر. وقتی نقل مکان می‌کنید، یک دوره ثبت‌نام ویژه دارید که می‌توانید یا طرح‌تان را به Original Medicare تغییر دهید یا در یکی از طرح‌های درمانی یا دارویی Medicare در منطقه جدید خود عضو شوید.

چنانچه محل سکونت خود را تغییر دادید یا آدرس پستی‌تان را عوض کردید، مهم است که با تأمین اجتماعی تماس بگیرید. با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند).



### بخش 2.4 شهروند ایالات متحده یا حضور قانونی در آن

برای اینکه بتوانید عضو طرح درمانی Medicare باشید باید یا شهروند ایالات متحده آمریکا یا ساکن قانونی آن باشید. Medicare (مراکز خدمات Medicare و Medicaid) در صورت عدم صلاحیت شما برای ادامه عضویت‌تان در طرح ما بر این اساس، به Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) اطلاع خواهد داد. اگر این الزامات را برآورده نکنید، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) باید عضویت شما را لغو کند.

## بخش 3 مطالب مهم عضویت

### بخش 3.1 کارت عضویت طرح ما

هنگام دریافت خدمات تحت پوشش طرح ما، و برای داروهای نسخه‌ای که از داروخانه‌های عضو شبکه دریافت می‌کنید از کارت عضویت خود استفاده کنید. همیشه به یاد داشته باشید که هر بار که برای مراقبت مراجعه می‌کنید، کارت شناسایی ا و کارت شناسایی Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خود را نشان دهید. همچنین باید کارت Medicaid خود را به ارائه‌دهنده نشان دهید. نمونه کارت عضویت:

	
<p>PLAN: &lt;Central Health Plan Name (HMO X-XXX)&gt; &lt;H5649-XXX&gt; NAME: &lt;FIRST M...&gt; ID: &lt;XXXXXXXXXX&gt; ISSUED: &lt;MM/DD/YYYY&gt; ISSUER: (80840) PCP: &lt;PCP Name&gt; (XXX) XXX-XXX GRP/IPA: &lt;Physician Group A&gt; PH: &lt;(XXX) XXX-XXXX&gt; Copay: PCP: &lt;\$XX&gt; EM: &lt;\$XX&gt; HOSP: &lt;\$XX&gt;</p> <p>Prescription Drug Plan RX GROUP: &lt;XXXXXX&gt; RX BIN: &lt;XXXXXX&gt; RXPCN: &lt;XXXXXX&gt;</p> <p style="text-align: right;"><b>MedicareRx</b> Prescription Drug Coverage</p>	<p>THIS CARD IS FOR IDENTIFICATION ONLY AND DOES NOT PROVE ELIGIBILITY FOR SERVICES. Contact Central Health Medicare Plan to confirm eligibility. All care must be arranged through your assigned contracted Primary Care Physician or Specialties / HOSPITAL ROOM – Except in emergencies, members must obtain a pre-authorization for physician and hospital services including pre-stabilization.</p> <p>Medicare Plan Member: 1-866-314-2427 (TTY: 711) Connections Home &amp; telephone visits: 1-844-548-7681 (TTY: 711) Medical Claims Submission: &lt;PAYOR_NAME&gt; &lt;CVS/Caremark&gt; &lt;PAYOR_ADDRESS1&gt; &lt;7050 Union Park Center, Suite 200&gt; &lt;PAYOR_CITY&gt; &lt;PAYOR_STATE&gt; &lt;Midvale, UT 84047&gt; &lt;PAYOR_ZIP&gt; &lt;PAYOR_PHONE&gt; &lt;PAYOR_TTY&gt; &lt;centralhealthplan.com&gt;</p>

در حالی که عضو این طرح هستید، از کارت Medicare قرمز، سفید و آبی خود برای خدمات پزشکی تحت پوشش استفاده نکنید. اگر به جای کارت عضویت Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) از کارت Medicare خود استفاده کنید، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل خدمات پزشکی را خودتان پرداخت کنید. کارت Medicare خود را در جای امنی نگه دارید. در صورت نیاز به خدمات بیمارستانی، خدمات آسایشگاهی یا شرکت در مطالعات تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare که کار آزمایی‌های بالینی نیز نامیده می‌شوند، ممکن است از شما خواسته شود که آن را نشان دهید.

اگر کارت عضویت طرح ما آسیب ببیند، گم یا دزدیده شود، فوراً با خدمات اعضا تماس بگیرید تا یک کارت جدید برای شما ارسال کنیم.

### بخش 3.2 فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها

فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها، ارائه‌دهندگان شبکه، داروخانه‌های عضو شبکه و تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی ماندگار ما را فهرست می‌کند.

داروخانه‌های عضو شبکه همه داروخانه‌هایی هستند که موافقت کرده‌اند نسخه‌ها را برای اعضای طرح ما تأمین کنند. برای اطلاعات در مورد اینکه چه زمانی می‌توانید از داروخانه‌هایی که در شبکه طرح نیستند استفاده کنید، به فصل 5، بخش 2.5 مراجعه کنید.

ارائه‌دهندگان شبکه پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت، گروه‌های پزشکی، تأمین‌کنندگان تجهیزات پزشکی ماندگار، بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت سلامت هستند که با ما توافق کرده‌اند پرداخت ما و هرگونه تسهیم هزینه طرح را به‌عنوان پرداخت کامل بپذیرند.

شما باید برای دریافت مراقبت‌ها و خدمات پزشکی خود از ارائه‌دهندگان شبکه استفاده کنید. اگر بدون مجوز مناسب به جای دیگری مراجعه کنید، باید هزینه را به طور کامل پرداخت کنید. تنها موارد استثنا، موارد اورژانسی، خدمات فوری مورد نیاز، در زمانی که شبکه در دسترس نیست (یعنی موقعیت‌هایی که دریافت خدمات در شبکه غیر منطقی یا غیرممکن است)، خدمات دیالیز خارج از منطقه مواردی هستند که Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) استفاده از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه را مجاز می‌دانند.

جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان، داروخانه‌ها و تأمین‌کنندگان در وبسایت ما به آدرس [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) موجود است.

اگر فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها را ندارید، می‌توانید یک نسخه (به‌صورت الکترونیکی یا کاغذی) از خدمات اعضا را از طریق (866) 314-2427 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید) درخواست کنید. درخواست برای نسخه کاغذی فهرست ارائه‌دهندگان ظرف 3 روز کاری برای شما پست می‌شود.

## بخش 3.3 لیست دارو (دارونامه)

طرح مافهرست داروهای تحت پوشش (که لیست دارو یا دارونامه نیز نامیده می‌شود) دارد. این لیست نشان می‌دهد که کدام داروهای نسخه‌ای تحت پوشش مزایای بخش D در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) قرار دارند. داروهای موجود در لیست دارو توسط طرح ما و با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شود. لیست دارو باید الزامات Medicare را برآورده کند. داروهایی که قیمت‌های توافقی تحت برنامه Medicare Drug Price Negotiation دارند در لیست داروی شما گنجانده می‌شوند، مگر اینکه طبق توضیحات فصل 5، بخش 6 حذف و جایگزین شده باشند. Medicare لیست داروی Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) را تأیید کرد.

همچنین لیست دارو به شما اطلاع می‌گوید که آیا قوانینی برای محدود کردن پوشش برای داروهای شما وجود دارد یا خیر.

ما یک نسخه از لیست دارو را به شما خواهیم داد. برای دریافت کامل‌ترین و به‌روزترین اطلاعات در مورد داروهای تحت پوشش، به [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) مراجعه کنید یا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با شماره TTY) تماس بگیرید.

## بخش 4 خلاصه هزینه‌های مهم

هزینه‌های شما در 2026	
\$0	حق بیمه طرح ماهانه* * حق بیمه شما ممکن است بیشتر از این مبلغ باشد. برای اطلاع از جزئیات به بخش 4.1 مراجعه کنید.
\$9,250	حداکثر مبلغ پرداخت از جیب این حداکثر پرداختی از جیب برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B است. برای اطلاعات بیشتر به بخش 1 از فصل 4 مراجعه کنید.
\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	ویزیت‌های مطب برای مراقبت اولیه
\$0 پرداخت مشترک برای هر ویزیت	ویزیت‌های مطب متخصص
\$0 فرانشیز برای هر اقامت تحت پوشش Medicare	بستری در بیمارستان
\$250	فرانشیز پوشش دارویی بخش D برای اطلاعات بیشتر به بخش 4 از فصل 6 مراجعه کنید.
اگر Extra Help دارید، این فرانشیز شامل شما نمی‌شود. فصل 6 جزئیات بیشتری در مورد پوشش و محدودیت‌ها دارد.	

## هزینه‌های شما در 2026

پرداخت مشترک در طول مرحله پوشش اولیه:

داروهای ردیف 1: \$0 سهم پرداخت مشترک

داروهای ردیف 2: \$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه.

داروهای ردیف 3: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، یا \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است.

داروهای ردیف 4: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، یا \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است.

داروهای ردیف 5: \$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، یا \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است.

داروهای ردیف 6: \$0 پرداخت مشترک

مرحله پوشش در زمان فاجعه:

در این مرحله پرداخت، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش بخش D پرداخت نمی‌کنید.

## پوشش دارویی بخش D

(برای جزئیات، شامل فرانشیز سالانه، پوشش اولیه و مراحل پوشش در زمان فاجعه، به بخش 6 مراجعه کنید.)

هزینه‌های شما ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- حق بیمه طرح (بخش 4.1)
- حق بیمه ماهانه Medicare Part B (بخش 4.2)
- جریمه دیرکرد ثبت‌نام بخش D (بخش 4.3)
- مبلغ تعدیل‌شده ماهانه مرتبط با درآمد (بخش 4.4)
- مبلغ طرح پرداخت نسخه Medicare (بخش 4.5)

## بخش 4.1 حق بیمه طرح

شما برای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) حق بیمه ماهانه جداگانه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

اگر از قبل از یکی از این برنامه‌ها کمک دریافت می‌کنید، اطلاعات مربوط به حق بیمه در این مدارک بیمه برای شما صدق نمی‌کند. سند جداگانه‌ای با عنوان «الحاقیه مدارک بیمه ویژه افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای، Extra Help دریافت می‌کنند» (همچنین با عنوان «الحاقیه یارانه کم‌درآمدها» یا «LIS Rider» نیز شناخته می‌شود) ارسال کرده‌ایم که پوشش دارویی شما را توضیح می‌دهد. اگر این ضمیمه را ندارید، با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) و LIS Rider را درخواست کنید.

## بخش 4.2 حق بیمه ماهانه Medicare Part B

بسیاری از اعضا ملزم به پرداخت حق بیمه‌های دیگری برای Medicare هستند

برخی از اعضا ملزم به پرداخت حق بیمه‌های دیگری برای Medicare هستند. همانطور که در بخش 2 در بالا شرح داده شده است، برای اینکه شرایط عضویت در طرح ما را داشته باشید، باید شرایط عضویت در طرح Medicaid و همچنین هر دو بخش Medicare Part A و Medicare Part B را داشته باشید. برای اکثر اعضای Central Health Medi-Medi Plan II حق بیمه بخش A (در صورتی که به طور خودکار واجد شرایط آن نباشید) و حق بیمه بخش B شما را پرداخت می‌کند.

اگر Medicaid حق بیمه ماهانه طرح Medicare شما را پرداخت نمی‌کند، برای اینکه همچنان عضو طرح بمانید باید خودتان حق بیمه ماهانه طرح Medicare خود را پرداخت کنید. این شامل حق بیمه شما برای بخش B نیز می‌شود. اگر واجد شرایط بخش A بدون حق بیمه نباشید، ممکن است برای بخش A نیز حق بیمه پرداخت کنید.

## بخش 4.3 جریمه تأخیر در ثبت نام بخش D

از آنجایی که صلاحیت دوگانه دارید، LEP تا زمانی که وضعیت صلاحیت دوگانه خود را حفظ کنید اعمال نمی‌شود، اما اگر وضعیت صلاحیت دوگانه خود را از دست بدهید، ممکن است LEP را متحمل شوید. چنانچه در هر زمانی پس از پایان دوره ثبت نام اولیه، یک دوره 63 روزه یا بیشتر متوالی وجود داشته باشد که طی آن پوشش بخش D یا سایر پوشش دارویی معتبر را نداشته باشید، جریمه تأخیر در ثبت نام بخش D یک حق بیمه اضافی است که باید برای پوشش بخش D پرداخت شود.

پوشش دارویی معتبر پوششی است که حداقل استانداردهای Medicare را برآورده می‌کند، زیرا انتظار می‌رود به‌طور متوسط حداقل به اندازه پوشش دارویی استاندارد Medicare هزینه پرداخت شود. هزینه جریمه تأخیر در ثبت نام به مدت زمانی که بدون پوشش بخش D یا سایر پوشش‌های دارویی نسخه‌ای معتبر بوده‌اید بستگی دارد. تا زمانی که پوشش بخش D را دارید، باید این جریمه را بپردازید.

در صورت وجود شرایط زیر، لازم نیست جریمه تأخیر در ثبت نام بخش D پرداخت کنید:

- از Medicare برای کمک به پرداخت هزینه‌های دارویی خود Extra Help دریافت می‌کنید.
- کمتر از 63 روز متوالی بدون پوشش معتبر بوده‌اید.
- از طریق منبع دیگری (مانند کارفرمای سابق، اتحادیه، TRICARE یا Veterans Health Administration (VA)) پوشش دارویی معتبر داشته‌اید. بیمه‌گر شما یا بخش منابع انسانی هر ساله به شما اطلاع می‌دهد که آیا پوشش دارویی شما پوشش معتبری است یا خیر. ممکن است این اطلاعات را از طریق نامه یا خبرنامه‌ای از سوی آن طرح دریافت کنید. این اطلاعات را نگه دارید، زیرا اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare بپیوندید، ممکن است به آن نیاز داشته باشید.
  - **توجه:** هر نامه یا اطلاعیه‌ای باید بیان کند که شما پوشش دارویی معتبری داشته‌اید که انتظار می‌رود به اندازه طرح دارویی استاندارد Medicare هزینه پرداخت کند.
  - **توجه:** کارت‌های تخفیف دارویی نسخه‌ای، کلینیک‌های رایگان و وبسایت‌های تخفیف دارویی، پوشش دارویی نسخه‌ای معتبری نیستند.

**Medicare میزان جریمه تأخیر در ثبت نام بخش D را تعیین می‌کند.** نحوه کار آن به این صورت است:

- ابتدا، تعداد ماه‌های کاملی را که پس از واجد شرایط بودن برای ثبت نام در طرح دارویی Medicare، ثبت نام خود را به تعویق انداخته‌اید حساب کنید. یا اگر مدت زمان قطع پوشش بیمه‌ای 63 روز یا بیشتر بوده است، تعداد ماه‌های کاملی را که پوشش دارویی معتبر نداشته‌اید حساب کنید. میزان جریمه برای هر ماهی که پوشش دارویی معتبر نداشته‌اید، 1% است. به عنوان مثال، اگر 14 ماه بدون پوشش باشید، درصد جریمه 14% خواهد بود.
- سپس Medicare میزان متوسط حق بیمه ماهانه طرح برای طرح‌های دارویی Medicare در کشور را از سال قبل (حق بیمه پایه ملی ذینفع) تعیین می‌کند. برای 2026 این مبلغ متوسط حق بیمه \$38.99 است.
- برای محاسبه جریمه ماهانه خود، درصد جریمه را در حق بیمه پایه ملی ذینفع ضرب کنید و به نزدیکترین 10 سنت گرد کنید. در مثال اینجا، این مقدار 14% ضرب در \$38.99 خواهد شد، که معادل \$5.46 می‌شود. این مقدار به \$5.50 گرد می‌شود. این مبلغ برای کسی که جریمه تأخیر در ثبت نام بخش D را دارد، به حق بیمه ماهانه طرح اضافه می‌شود.

سه نکته مهم که باید در مورد جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D بدانید:

- این جریمه ممکن است هر سال تغییر کند، زیرا حق بیمه پایه ملی ذینفع ممکن است هر سال تغییر کند.
- تازمانی که در طرحی ثبت‌نام کنید که مزایای دارویی Medicare Part D را دارد، حتی اگر طرح خود را تغییر دهید، هر ماه جریمه پرداخت خواهید کرد.
- اگر زیر 65 سال سن دارید و در Medicare ثبت‌نام کرده‌اید، جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D با رسیدن شما به 65 سالگی دوباره بازنشانی می‌شود. پس از 65 سالگی، جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D شما فقط بر اساس ماه‌هایی محاسبه می‌شود که پس از دوره ثبت‌نام اولیه برای رسیدن به سن واجد شرایط برای Medicare پوشش نداشته‌اید.

**اگر با جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D خود مخالف هستید، شما یا نماینده‌تان می‌توانید درخواست بررسی کنید.** به طور کلی، باید ظرف 60 روز از تاریخ اولین نامه‌ای که دریافت می‌کنید و در آن آمده است که باید جریمه تأخیر در ثبت‌نام را پرداخت کنید، درخواست بررسی بدهید. با این حال، اگر قبل از پیوستن به طرح ما جریمه پرداخت کرده باشید، ممکن است فرصت دیگری برای درخواست بررسی جریمه تأخیر در ثبت‌نام نداشته باشید.

#### بخش 4.4 مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد

اگر به دلیل تغییر در درآمدها، صلاحیت خود برای این طرح را از دست بدهید، ممکن است برخی از اعضا ملزم به پرداخت هزینه اضافی برای طرح Medicare خود شوند که به عنوان «مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد بخش D» (IRMAA) شناخته می‌شود. این هزینه اضافی با استفاده از درآمد ناخالص تعدیل و تغییر یافته شما که در اظهارنامه مالیاتی IRS شما از 2 سال پیش گزارش شده، محاسبه می‌شود. اگر این مبلغ بالاتر از مبلغ مشخصی باشد، مبلغ حق بیمه استاندارد و IRMAA اضافی را پرداخت خواهید کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد مبلغ اضافی که ممکن است بر اساس درآمد خود مجبور به پرداخت آن باشید، به [www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs](http://www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs) مراجعه کنید.

اگر مجبور به پرداخت IRMAA اضافی باشید، تأمین اجتماعی، نه طرح Medicare شما، نامه‌ای برای ایتان ارسال می‌کند که در آن مبلغ اضافی ذکر شده است. مبلغ اضافی از «تأمین اجتماعی»، «هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن» یا چک مزایای «دفتر مدیریت پرسنل» شما کسر خواهد شد، بدون در نظر گرفتن اینکه معمولاً حق بیمه طرح ما را چگونه پرداخت می‌کنید، مگر اینکه مزایای ماهانه شما برای پوشش مبلغ اضافی بدهی کافی نباشد. اگر چک مزایای شما برای پوشش مبلغ اضافی کافی نباشد، از Medicare صورت‌حساب دریافت خواهید کرد. شما باید IRMAA اضافی را به دولت پرداخت کنید. این مبلغ را نمی‌توان با حق بیمه ماهانه طرح خود پرداخت کرد. اگر IRMAA اضافی را پرداخت نکنید، از طرح ما خارج شده و پوشش داروی نسخه‌ای را از دست خواهید داد.

اگر با پرداخت IRMAA اضافی مخالف هستید، می‌توانید از تأمین اجتماعی بخواهید که تصمیم را مورد بازبینی قرار دهد. برای اطلاع از نحوه انجام این کار، با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند).

#### بخش 4.5 مبلغ طرح پرداخت نسخه Medicare

اگر در Medicare Prescription Payment Plan شرکت می‌کنید، هر ماه حق بیمه طرح ما را (در صورت داشتن) پرداخت خواهید کرد و برای داروهای تجویزی خود (به جای پرداخت به داروخانه) از طرح درمانی یا دارویی خود صورت‌حساب دریافت خواهید کرد. صورت‌حساب ماهانه شما شامل مبلغی است که بابت نسخه‌های دریافتی بدهکار هستید، به علاوه مانده حساب ماه قبل‌تان، تقسیم بر تعداد ماه‌های باقی‌مانده در سال.

فصل 2 بخش 7 اطلاعات بیشتری را درباره Medicare Prescription Payment Plan به شما ارائه می‌دهد. اگر با مبلغی که به عنوان این گزینه پرداختی برای شما صورت‌حساب شده است مخالف هستید، با دنبال کردن مراحل ارائه‌شده در فصل 9 می‌توانید شکایت یا درخواست تجدیدنظر کنید.

## بخش 5 اطلاعات بیشتر در مورد حق بیمه ماهانه طرح شما

### بخش 5.1 حق بیمه ماهانه طرح ما در طول سال تغییر نخواهد کرد

ما مجاز به تغییر مبلغ حق بیمه ماهانه طرح خود در طول سال نیستیم. اگر حق بیمه ماهانه طرح برای سال آینده تغییر کند، در ماه سپتامبر به شما اطلاع خواهیم داد و حق بیمه جدید از 1 ژانویه اعمال خواهد شد.

با این حال، در برخی موارد، ممکن است بتوانید پرداخت جریمه ثبت‌نام دیر هنگام را متوقف کنید، اگر از قبل مشمول آن هستید، یا ممکن است لازم باشد پرداخت جریمه ثبت‌نام دیر هنگام را آغاز کنید. این اتفاق ممکن است در صورتی رخ دهد که در طول سال، واجد شرایط Extra Help یا صلاحیت خود را برای Extra Help از دست بدهید.

- اگر در حال حاضر جریمه تأخیر در ثبت‌نام بخش D را پرداخت می‌کنید و در طول سال واجد شرایط Extra Help شوید، می‌توانید پرداخت جریمه خود را متوقف کنید.
- اگر Extra Help را از دست دهید، اگر 63 روز یا بیشتر متوالی بدون پوشش بخش D یا پوشش داروی نسخه‌ای معتبر دیگری باشید، ممکن است مشمول جریمه تأخیر در ثبت‌نام شوید.

می‌توانید اطلاعات بیشتر در مورد برنامه Extra Help را در فصل 2، بخش 7 پیدا کنید.

## بخش 6 به روز نگه داشتن سابقه عضویت‌تان در طرح ما

سابقه عضویت شما حاوی اطلاعاتی از فرم ثبت‌نام شما، از جمله آدرس و شماره تلفن شما است. این اطلاعات، پوشش طرح خاص شما، از جمله ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شما را نشان می‌دهد.

پزشکان، بیمارستان‌ها، داروسازان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه طرح ما، از سابقه عضویت شما برای اطلاع از خدمات و داروهای تحت پوشش و مبالغ تسهیم‌هزینه شما استفاده می‌کنند. به همین دلیل، بسیار مهم است که در به‌روزرسانی اطلاعات خود به ما کمک کنید

اگر هر یک از این تغییرات را داشتید، به ما اطلاع دهید:

- تغییرات در نام، نشانی یا شماره تلفن شما
- تغییرات در هر پوشش بیمه سلامت دیگری که دارید، (مانند کارفرمای شما، کارفرمای همسر یا شریک زندگی شما، یا غرامت کارگران، یا Medicaid)
- هرگونه مطالبه خسارت، به‌عنوان مثال در رابطه با سانحه رانندگی؛
- اگر در خانه سالمندان بستری شده‌اید
- اگر از بیمارستان یا اورژانس خارج از منطقه یا خارج از شبکه خدمات مراقبت دریافت می‌کنید
- اگر مسئول تعیین شده شما (مانند مراقب) تغییر کرده است
- در صورت شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی (توجه: لازم نیست در مورد یک مطالعه تحقیقات بالینی که قصد دارید در آن شرکت کنید به طرح ما اطلاع دهید، اما شما را تشویق می‌کنیم که این کار را انجام دهید.)

اگر هر یک از این اطلاعات تغییر کرد، با تماس با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند) به ما اطلاع دهید. اعضا می‌توانند برای تغییر پزشک، به‌روزرسانی اطلاعات تماس‌شان، درخواست کارت شناسایی جدید، دریافت یادآوری سلامت درباره خدماتی که نیاز دارند، یا مشاهده سابقه خدمات‌شان یک حساب آنلاین My Molina بسازند. برای ساخت یا دسترسی به حساب My Molina خود، به [www.mymolina.com](http://www.mymolina.com) مراجعه کنید.

همچنین مهم است که در صورت جابجایی یا تغییر آدرس پستی خود با تأمین اجتماعی تماس بگیرید. با تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند).

## بخش 7 نحوه همکاری سایر بیمه‌ها با طرح ما

Medicare از ما می‌خواهد که در مورد هرگونه پوشش پزشکی یا دارویی دیگری که دارید اطلاعات کسب کنیم تا بتوانیم هرگونه پوشش دیگر را با مزایای شما تحت طرح ما هماهنگ کنیم. این مورد **هماهنگ‌سازی مزایا** نام دارد.

سالی یک بار، نامه‌ای برای شما ارسال می‌کنیم که حاوی فهرستی از سایر پوشش پزشکی یا دارویی شماست که ما از آنها اطلاع داریم. این اطلاعات را با دقت بخوانید. اگر اطلاعات صحیح است، لازم نیست کار خاصی انجام دهید. اگر اطلاعات صحیح نیست، یا اگر پوشش دیگری دارید که در فهرست نیست، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس می‌گیرند). ممکن است لازم باشد شماره عضویت طرح ما را به سایر بیمه‌گران خود بدهید (پس از تأیید هویت آنها توسط شما) تا صورتحساب‌های شما به درستی و به‌موقع پرداخت شود.

وقتی بیمه دیگری دارید (مانند پوشش درمانی گروه کارفرما)، قوانین Medicare تصمیم می‌گیرد که طرح ما ابتدا پرداخت کند یا بیمه دیگر شما. بیمه‌ای که ابتدا پرداخت می‌کند، («پرداخت‌کننده اولیه» نامیده می‌شود) و تا سقف پوشش خود پرداخت می‌کند. بیمه‌ای که در مرحله دوم پرداخت می‌کند، («پرداخت‌کننده ثانویه» نامیده می‌شود)، و فقط در صورتی پرداخت می‌کند که هزینه‌هایی وجود داشته باشد که توسط پوشش بیمه اولیه پوشش داده نشده باشند. پرداخت‌کننده ثانویه ممکن است تمام هزینه‌های پوشش داده نشده را پرداخت نکند. اگر بیمه دیگری دارید، به پزشک، بیمارستان و داروخانه خود اطلاع دهید.

برای پوشش طرح درمانی گروه کارفرما یا اتحادیه، این قوانین اعمال می‌شود:

- اگر پوشش بازنشستگی دارید، Medicare ابتدا پرداخت می‌کند.
  - اگر پوشش طرح درمانی گروهی شما بر اساس شغل فعلی شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان باشد، اینکه کدامیک ابتدا هزینه‌ها را پرداخت می‌کند، به سن شما، تعداد افراد استخدام‌شده توسط کارفرمای شما و اینکه آیا بر اساس سن، معلولیت یا نارسایی کلیوی دائمی (ESRD) تحت پوشش Medicare هستید یا خیر، بستگی دارد:
    - اگر سن شما زیر 65 سال است و معلول هستید و شما (یا یکی از اعضای خانواده‌تان) هنوز مشغول به کار هستید، طرح درمانی گروهی شما در صورتی که کارفرما 100 کارمند یا بیشتر داشته باشد یا حداقل یک کارفرما در یک طرح چند-کارفرمایی بیش از 100 کارمند داشته باشد، ابتدا هزینه‌ها را پرداخت می‌کند.
    - اگر بالای 65 سال سن دارید و شما (یا همسر یا شریک زندگی‌تان) هنوز مشغول به کار هستید، طرح درمانی گروهی شما در صورتی که کارفرما 20 یا بیشتر کارمند داشته باشد یا حداقل یک کارفرما در یک طرح چند-کارفرمایی بیش از 20 کارمند داشته باشد، ابتدا هزینه‌ها را پرداخت می‌کند.
  - اگر به دلیل ESRD تحت پوشش Medicare هستید، در 30 ماه اول پس از واجد شرایط شدن برای Medicare، طرح درمانی گروهی شما ابتدا هزینه‌ها را پرداخت خواهد کرد.
- این نوع پوشش‌ها معمولاً برای خدمات مربوط به هر نوع، ابتدا هزینه را پرداخت می‌کنند:

- بیمه عدم-تقصیر (از جمله بیمه خودرو)
- مسئولیت (از جمله بیمه خودرو)
- مزایای بیماری ریه سیاه
- جبران خسارت کارگران

Medicaid و TRICARE هیچگاه برای خدمات تحت پوشش Medicare ابتدا هزینه را پرداخت نمی‌کنند. آنها فقط پس از پرداخت Medicare و/یا طرح‌های درمانی گروه کارفرمایی، هزینه را پرداخت می‌کنند.

## فصل 2:

## شماره تلفن‌ها و مرجع‌های مهم

## بخش 1 قراردادهای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

برای راهنمایی در مورد درخواست‌ها، صورتحساب‌ها یا سوالات مربوط به کارت عضویت، با خدمات اعضای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) تماس بگیرید یا به آن نامه بنویسید. خوشحال می‌شویم به شما کمک کنیم.

خدمات اعضا - اطلاعات تماس	
اطلاعات تماس	(866) 314-2427 تماس با این شماره رایگان است. ساعات کاری از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی است. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. وقت محلی. همچنین خدمات اعضا دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای افرادی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. ”رله ملی“ در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته موجود است.
فکس	(310) 507-6186
ارسال نامه	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 OceanGate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
وبسایت	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

## نحوه درخواست تصمیم پوشش یا تجدیدنظر در مورد مراقبت‌های پزشکی یا داروهای نسخه‌ای بخش D

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح به تصمیم‌گیری درباره مزایا یا پوشش‌دهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای خدمات پزشکی یا داروهای بخش D شما گفته می‌شود. با درخواست تجدیدنظر می‌توانید به صورت رسمی از ما درخواست کنید تصمیم‌مان درباره پوشش‌دهی را مرور کنیم و تغییر دهیم. برای اطلاعات بیشتر در مورد تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح یا درخواست‌های تجدیدنظر برای مراقبت‌های پزشکی یا داروهای بخش D، به فصل 9 (در صورت بروز مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیمات پوشش، تجدیدنظر، شکایات)) مراجعه کنید.

## تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر برای مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	(866) 314-2427 تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی
--------------	--

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر برای مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس	
711	TTY
این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. "رله ملی" در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته موجود است.	
	فکس
تصویربرداری پیشرفته: (877) 731-7218؛ پیوند اعضا 813-1206 (877)؛ پزشکی/رفتاری سرپایی سلامت 251-1450 (844)؛ بستری 834-2152 (844)؛ RX/Jcodes؛ (866) 290-1309	
	ارسال نامه
Central Health Attn: درخواست پوشش 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802	
	وبسایت
<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>	

تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر برای داروهای بخش D - اطلاعات تماس	
	اطلاعات تماس
تلفن: (800) 665-3086 1 اکتبر - 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی، 1 آوریل - 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی.	
711	TTY
	فکس
(866) 290-1309	
	ارسال نامه
Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047	
	وبسایت
<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>	

شکایات در مورد مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس	
	اطلاعات تماس
(866) 314-2427	
تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m.، به وقت محلی	
711	TTY
این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. "رله ملی" در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته موجود است.	
	فکس
(562) 499-0610	

## شکایات در مورد مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس

ارسال نامه	Molina Healthcare Attn: درخواست‌های تجدیدنظر و شکایات P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977
وبسایت	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

نحوه درخواست از ما برای پرداخت سهمتان از هزینه مراقبت‌های پزشکی یا دارویی که دریافت کرده‌اید

اگر صورتحسابی دریافت کرده‌اید یا هزینه خدماتی را پرداخت کرده‌اید (مانند صورتحساب ارائه‌دهنده) که فکر می‌کنید ما باید آن را پرداخت کنیم، ممکن است لازم باشد از ما درخواست بازپرداخت یا پرداخت صورتحساب ارائه‌دهنده را کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 7 مراجعه کنید.

اگر از ما درخواست پرداخت کنید و ما بخشی از درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید در مورد تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید. برای اطلاعات بیشتر به فصل 9 (در صورت داشتن مشکل یا شکایت چه باید کرد (تصمیمات پوشش، درخواست تجدیدنظر، شکایت)) بروید.

## درخواست‌های پرداخت مراقبت‌های پزشکی - اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	(866) 314-2427 تماس با این شماره رایگان است. 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. "رله ملی" در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته موجود است.
فکس	(310) 507-6186
ارسال نامه	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Ocean Gate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
وبسایت	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>

## درخواست‌های پرداخت داروهای بخش D - اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	تلفن: (800) 665-3086 1 اکتبر - 31 مارس: 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی، 1 آوریل - 30 سپتامبر: دوشنبه تا جمعه از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی.
TTY	711
فکس	(866) 290-1309

## درخواست‌های پرداخت داروهای بخش D - اطلاعات تماس

Molina Medicare Complete Care Attn: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047	ارسال نامه
<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>	وبسایت

## بخش 2 دریافت کمک از Medicare

Medicare برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله و بالاتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی و افراد مبتلا به مشکلات کلیوی مرحله نهایی (نارسایی کلیوی دائمی که در نتیجه آن به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز باشد) است. آژانس فدرال مسئول Medicare همان مراکز خدمات Medicare و Medicaid هستند (که برخی اوقات CMS نامیده می‌شود). این آژانس با سازمان‌های Medicare Advantage از جمله طرح ما قرارداد دارد.

## Medicare – اطلاعات تماس

1-800-MEDICARE، یا 1-800-633-4227 تماس با این شماره رایگان است. 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته.	اطلاعات تماس
1-877-486-2048 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است.	TTY
می‌توانید به‌طور زنده در <a href="http://www.Medicare.gov/talk-to-someone">www.Medicare.gov/talk-to-someone</a> چت کنید.	چت زنده
به آدرس Medicare at PO Box 1270, Lawrence, KS 66044 نامه بفرستید	ارسال نامه
<a href="http://www.Medicare.gov">www.Medicare.gov</a>	وبسایت
<ul style="list-style-type: none"> <li>اطلاعاتی در مورد طرح‌های درمانی و دارویی Medicare در منطقه خود، از جمله هزینه‌ها و خدماتی که ارائه می‌دهند، کسب کنید.</li> <li>پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان و تأمین‌کنندگان مراقبت سلامت و مشارکت‌کننده در Medicare را پیدا کنید.</li> <li>مواردی را که Medicare پوشش می‌دهد، از جمله خدمات پیشگیرانه (مانند غربالگری، تزریق یا واکسن، و ویزیت‌های سالانه "تندرستی") را بیابید.</li> <li>اطلاعات و فرم‌های درخواست تجدیدنظر Medicare را دریافت کنید.</li> <li>اطلاعاتی در مورد کیفیت مراقبت ارائه‌شده توسط طرح‌ها، خانه‌های سالمندان، بیمارستان‌ها، پزشکان، آژانس‌های مراقبت درمانی در خانه، مراکز دیالیز، مراکز آسایشگاهی، مراکز توان‌بخشی بستری و بیمارستان‌های مراقبت‌های بلندمدت دریافت کنید.</li> <li>وبسایت‌ها و شماره تلفن‌های مفید را جستجو کنید.</li> </ul>	

## Medicare – اطلاعات تماس

همچنین می‌توانید از وبسایت برای اطلاع‌رسانی به Medicare در مورد هرگونه شکایتی که درباره Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) دارید، استفاده کنید:

برای ارسال شکایت به Medicare، به [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint) مراجعه کنید. Medicare شکایات شما را جدی تلقی می‌کند و از این اطلاعات برای بهبود کیفیت طرح Medicare استفاده می‌کند.

## بخش 3 برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP)

برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP) یک برنامه دولتی مستقل با مشاوران آموزش‌دیده در هر ایالت است. شهرستان Ventura در California: Ventura County Area Agency on Aging یک برنامه ایالتی مستقل (غیر-مرتبط با هر شرکت بیمه یا طرح درمانی) است که از دولت فدرال پول می‌گیرد مشاوره بیمه درمانی محلی رایگان را به افراد دارای Medicare ارائه دهد. شهرستان Ventura در California: مشاوران Ventura County Area Agency on Aging می‌توانند به شما کمک کنند حقوق Medicare خود را درک کنید، در مورد مراقبت‌های پزشکی یا درمان خود شکایت کنید و به شما در حل مشکلات مربوط به صورتحساب‌های Medicare شما کمک کنند. شهرستان Ventura در California: مشاوران Ventura County Area Agency on Aging همچنین می‌توانند در مورد سوالات یا مشکلات Medicare به شما کمک کنند، به شما در درک گزینه‌های طرح Medicare کمک کنند و به سوالات مربوط به تغییر طرح پاسخ دهند.

## شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging (California's SHIP) – اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	شهرستان Ventura: 7310-477 (805)، شهرستان Ventura: دوشنبه تا جمعه: 8 AM تا 5 PM
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
وبسایت	<a href="https://www.aging.ca.gov/hicap">https://www.aging.ca.gov/hicap</a>

## بخش 4 سازمان بهبود کیفیت (QIO)

یک سازمان بهبود کیفیت (QIO) تعیین‌شده به افراد دارای Medicare در هر ایالت خدمات ارائه می‌دهد. در کالیفرنیا، «سازمان بهبود کیفیت»، Livanta خوانده می‌شود.

Livanta متشکل از گروهی از پزشکان و سایر متخصصان امر خدمات درمانی است که کیفیت مراقبت به اعضای Medicare را بررسی کرده و به بهبود آن کمک می‌کنند و هزینه خدمات آنها توسط Medicare پرداخت می‌شود. Livanta سازمانی مستقل است. این طرح با طرح ما ارتباطی ندارد.

در هر یک از این موقعیت‌ها، با Livanta تماس بگیرید:

- شما از کیفیت مراقبتی که دریافت کرده‌اید شکایتی دارید. نمونه‌هایی از نگرانی‌های مربوط به کیفیت مراقبت شامل دریافت داروی اشتباه، آزمایش‌ها یا اقدامات غیرضروری یا تشخیص اشتباه است.
- فکر می‌کنید که مدت بستری شدن شما در بیمارستان بسیار زود در حال اتمام است.
- فکر می‌کنید که پوشش برای مراقبت درمانی در خانه، خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF) بسیار زود در حال اتمام است.

### Livanta (سازمان بهبود کیفیت California) – اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	(877) 588-1123
	دوشنبه تا جمعه از 9 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی؛ آخر هفته‌ها و تعطیلات: 10 a.m. تا 4 p.m. به وقت محلی سرویس پیام صوتی 24 ساعته در دسترس است
TTY	با شماره 711 (855) 887-6668 تماس بگیرید این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وبسایت	<a href="https://www.livantaqio.cms.gov/">https://www.livantaqio.cms.gov/</a>

### بخش 5 تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی واجد شرایط بودن برای Medicare را تعیین می‌کند و ثبت‌نام در Medicare را مدیریت می‌کند. تأمین اجتماعی همچنین مسئول اینست که تعیین کند چه نهادی باید مبلغ اضافی برای پوشش دارویی بخش D را بپردازد زیرا درآمد بالاتری دارد. اگر نامه‌ای از تأمین اجتماعی دریافت کرده‌اید که به شما می‌گوید باید مبلغ اضافی را بپردازید و در مورد این مبلغ سوالی دارید، یا اگر درآمد شما به دلیل یک رویداد تغییر دهنده زندگی کاهش یافته است، می‌توانید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر کنید.

اگر نقل مکان کردید یا نشانی پستی‌تان را عوض کردید، باید با تأمین اجتماعی تماس بگیرید و موضوع را به آنها اطلاع دهید.

### تأمین اجتماعی – اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	1-800-772-1213
	تماس با این شماره رایگان است. از ساعت 8 a.m. تا 7 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس است. برای دریافت اطلاعات ضبط‌شده و انجام برخی از کارها به صورت 24 ساعته می‌توانید از خدمات تلفنی خودکار تأمین اجتماعی استفاده کنید.
TTY	1-800-325-0778

تأمین اجتماعی – اطلاعات تماس	
این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.	
تماس با این شماره رایگان است.	
از ساعت 8 a.m. تا 7 p.m.، دوشنبه تا جمعه در دسترس است.	
<a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a>	وبسایت

## بخش 6 Medicaid

Medicaid یک برنامه مشترک فدرال و ایالتی است که به افراد خاصی که درآمد و منابع محدودی دارند، در هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند. هر ایالت تصمیم می‌گیرد که چه چیزی به عنوان درآمد و منابع در نظر گرفته می‌شود، چه کسی واجد شرایط است، چه خدماتی تحت پوشش قرار می‌گیرد و هزینه خدمات چقدر است. مادامی که دستورالعمل‌های مقررات فدرال رعایت شود، ایالت‌ها می‌توانند در مورد نحوه اداره برنامه‌هایشان تصمیم بگیرند.

علاوه بر این، برنامه‌هایی از طریق Medicaid ارائه می‌شود که به افراد دارای Medicare کمک می‌کند تا هزینه‌های Medicare خود، مانند حق بیمه Medicare خود را پرداخت کنند. این "برنامه‌های پس‌انداز Medicare" به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می‌کند تا هر سال در هزینه‌های خود صرفه‌جویی کنند:

اعضای این طرح در Medicare و Medicaid ثبت‌نام دوگانه می‌کنند. اگر در مورد کمکی که از Medicaid دریافت می‌کنید سوالی دارید، با «اداره خدمات درمانی California» تماس بگیرید.

اداره خدمات درمانی California (برنامه Medicaid در California) - اطلاعات تماس	
(916) 449-5000	اطلاعات تماس
N/A	
711	TTY
این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.	
Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413	ارسال نامه
<a href="https://www.dhcs.ca.gov/">https://www.dhcs.ca.gov/</a>	وبسایت

«دفتر بازرسی مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal» (برنامه California's Ombudsman) در رابطه با مشکلات مربوط به خدمات یا صورتحساب‌ها، به افرادی که در Medicaid ثبت‌نام کرده‌اند کمک می‌کند. آنها می‌توانند به شما در ثبت شکایت یا درخواست تجدیدنظر در طرح ما کمک کنند.

«دفتر بازرسی مراقبت مدیریت‌شده Medi-Cal» - اطلاعات تماس	
(888) 452-8609	اطلاعات تماس
دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت اقیانوس آرام؛ به جز تعطیلات رسمی	
N/A	TTY

## «دفتر بازرسی مراقبت مدیریت شده Medi-Cal» - اطلاعات تماس

این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.	
N/A	ارسال نامه
<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>	وبسایت
اداره سالمندان California، برنامه Long-Term Care Ombudsman (LTCOP) به افراد کمک می‌کند تا در مورد خانه‌های سالمندان اطلاعات کسب کنند و مشکلات بین خانه‌های سالمندان و ساکنان یا خانواده‌هایشان را حل کنند.	

## اداره سالمندان California، برنامه Long-Term Care Ombudsman (LTCOP) - اطلاعات تماس

اطلاعات تماس	(800) 231-4024
	دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت اقیانوس آرام؛ به جز تعطیلات رسمی
ارسال نامه	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وبسایت	<a href="http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP">/http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP</a>

## بخش 7 برنامه‌هایی جهت کمک به افراد در پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای‌شان

وبسایت [www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs](http://www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) (Medicare) اطلاعاتی در مورد راه‌های کاهش هزینه‌های داروهای نسخه‌ای شما دارد. برنامه‌های زیر می‌توانند به افراد با درآمد محدود کمک کنند.

## Medicare از Extra Help

به دلیل اینکه شما واجد شرایط Medicaid هستید، شرایط دریافت Medicare از Extra Help برای پرداخت هزینه‌های طرح داروی نسخه‌ای‌تان را دارید. برای دریافت این Extra Help لازم نیست هیچ اقدامی انجام دهید.

اگر در مورد Extra Help سؤالی دارید، تماس بگیرید با:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند؛
- دفتر تأمین اجتماعی به شماره 1-800-772-1213، بین ساعت 8 a.m. تا 7 p.m.، دوشنبه تا جمعه. کاربران TTY باید با شماره 1-800-325-0778 تماس بگیرند؛ یا
- دفتر Medicaid ایالت شما (درخواست‌ها) (برای اطلاعات تماس به بخش 6 این فصل مراجعه کنید).

اگر فکر می‌کنید مبلغ نادرستی را برای نسخه خود در داروخانه پرداخت می‌کنید، طرح ما فرآیندی دارد که به شما کمک می‌کند تا مدرکی مبنی بر پرداخت مشترک درست خود دریافت کنید. اگر از قبل مدرکی از مبلغ صحیح دارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم این مدرک را با ما به اشتراک بگذارید.

- بهترین شواهد موجود (BAE) در وبسایت به آدرس [http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best\\_Available\\_Evidence\\_Policy.html](http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html) موجود است. از BAE برای تعیین یارانه کم‌درآمد اعضا استفاده می‌شود. بخش خدمات اعضا و بخش داروخانه ما مواردی را که سیاست BAE در آنها اعمال می‌شود، شناسایی می‌کنند. اعضا می‌توانند برای تأیید واجد شرایط بودن، مدارک BAE را به آدرس خدمات اعضا که در فصل 2 ذکر شده است ارسال کنند. همچنین اگر سؤالی دارید، می‌توانید با خدمات اعضا تماس بگیرید انواع مدارک قابل قبول عبارتند از:
  - نامه اعطای کمک هزینه SSA
  - اطلاعیه اعطا

• درآمد تأمین اجتماعی تکمیلی

• وقتی مدارکی را دریافت کنیم که سطح مناسب پرداخت مشترک را نشان می‌دهد، سیستم خود را به‌روزرسانی می‌کنیم تا بتوانید هنگام دریافت نسخه بعدی خود، مبلغ پرداخت مشترک مناسب را بپردازید. اگر مبلغ پرداخت مشترک خود را بیش از حد پرداخت کنید، ما آن را به صورت چک یا اعتبار پرداخت مشترک آتی به شما بازپرداخت خواهیم کرد. اگر داروخانه پرداخت مشترک شما را دریافت نکرده باشد و شما به آنها بدهی داشته باشید، ممکن است پرداخت را مستقیماً به داروخانه انجام دهیم. اگر ایالتی از طرف شما پرداخت کرده باشد، ممکن است مستقیماً به ایالت پرداخت کنیم. اگر سؤالی دارید با خدمات اعضا تماس بگیرید.

**اگر Extra Help و پوشش را از برنامه AIDS Drug Assistance (ADAP) دریافت کنید، چه می‌شود؟**  
**برنامه AIDS Drug Assistance (ADAP) چیست؟**

AIDS Drug Assistance Program (ADAP) به افراد واجد شرایط ADAP که مبتلا به HIV/AIDS هستند کمک می‌کند تا به داروهای نجات‌بخش از HIV دسترسی داشته باشند. داروهای نسخه‌ای Medicare Part D که در دارونامه ADAP هم قرار دارند مشمول کمک تسهیم هزینه نسخه از طریق «دفتر AIDS» هستند. توجه: برای اینکه واجد شرایط ADAP در ایالت‌تان محسوب شوید، باید معیارهای خاصی را داشته باشید، از جمله باید ثابت کنید که در ایالت مورد نظر سکونت دارید و مبتلا به HIV هستید، طبق تعریف ایالت کم‌درآمد هستید، و بیمه ندارید یا بیمه مناسب ندارید. اگر طرح خود را تغییر دادید، لطفاً به کارمند ثبت‌نام ADAP محلی خود اطلاع دهید تا همچنان بتوانید کمک را دریافت کنید. برای کسب اطلاعات در مورد معیارهای واجد شرایط بودن، داروهای تحت پوشش یا نحوه ثبت‌نام در برنامه، لطفاً با «دفتر AIDS» به شماره (916) 5900-449 تماس بگیرید.

### طرح Medicare Prescription Payment

طرح The Medicare Prescription Payment یک گزینه پرداخت است که با پوشش دارویی فعلی شما کار می‌کند تا به شما کمک کند هزینه‌های پرداختی از جیب خود برای داروهای تحت پوشش طرح ما را مدیریت کنید و این هزینه‌ها را در طول سال تقویمی (ژانویه تا دسامبر) پخش کنید. هر کسی که برنامه‌های Medicare drug یا Medicare health با پوشش دارویی (مانند برنامه Medicare Advantage) با پوشش دارویی) داشته باشد، می‌تواند از این گزینه پرداخت استفاده کند. این گزینه پرداخت ممکن است به شما در مدیریت هزینه‌هایتان کمک کند، اما باعث صرفه‌جویی در هزینه یا کاهش هزینه‌های دارویی شما نمی‌شود. اگر در Medicare Prescription Payment Plan شرکت می‌کنید و در طرح بخش D یکسان می‌مانید، حضور شما به‌طور خودکار برای سال 2026 تمدید خواهد شد. Extra Help از Medicare و کمک از SPAP و ADAP شما، برای افراد واجد شرایط، از شرکت در طرح Medicare Prescription Payment سودمندتر است. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه پرداخت، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) یا به [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مراجعه کنید.

### طرح Medicare Prescription Payment - اطلاعات تماس

(844) 239-4913

اطلاعات تماس

تماس با این شماره رایگان است.

خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 (کاربران TTY با 711 تماس می‌گیرند) برای سخنوران غیرانگلیسی خدمات ترجمه شفاهی رایگان نیز دارد.

711

TTY

تماس با این شماره رایگان است. ساعات کاری از 1 اکتبر تا 31 مارس، 7 روز هفته از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی است. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی.

(310) 507-6186

فکس

### طرح Medicare Prescription Payment - اطلاعات تماس

Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802	ارسال نامه
<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>	وبسایت

### بخش 8 هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB)

هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB) آژانس فدرال مستقلی است که برنامه‌های مزایای جامعی را برای کارکنان راه‌آهن کل کشور و خانواده‌هایشان ارائه می‌کند. اگر طرح Medicare را از طریق هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن دریافت می‌کنید، مهم است که در صورت نقل مکان یا تغییر آدرس‌تان حتماً به آنها اطلاع دهید. برای سوالات مربوط به مزایای خود از هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن، با آژانس تماس بگیرید.

### هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن (RRB) - اطلاعات تماس

1-877-772-5772 تماس با این شماره رایگان است. در روزهای دوشنبه، سه‌شنبه، پنج‌شنبه، و جمعه از ساعت 9 a.m. تا 3:30 p.m. و در روزهای چهارشنبه از ساعت 9 a.m. تا 12 p.m. با گرفتن عدد «0» می‌توانید با نماینده RBB صحبت کنید. به‌صورت 24 ساعته، از جمله تعطیلات آخر هفته و تعطیلات رسمی با گرفتن عدد «1» می‌توانید با خط مشاوره گویای RBB و اطلاعات ضبط‌شده دسترسی داشته باشید.	اطلاعات تماس
1-312-751-4701 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان نیست.	TTY
<a href="https://rrb.gov/">https://rrb.gov/</a>	وبسایت

### بخش 9 اگر بیمه گروهی یا بیمه درمانی دیگری از کارفرما دارید

اگر شما (یا همسران یا شریک زندگی‌تان) از طرف کارفرما یا گروه بازنشستگی خود (یا همسران یا شریک زندگی‌تان) به‌عنوان بخشی از این طرح، مزایای دریافت می‌کنید، در صورتی که سؤالی دارید، با مدیر مزایای بیمه کارفرما یا اتحادیه یا خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید). می‌توانید درباره مزایا، حق بیمه، و دوره ثبت‌نام بیمه سلامت کارفرما یا بازنشستگی‌تان (یا همسران یا شریک زندگی‌تان) سؤال بپرسید. (شماره تلفن‌های خدمات اعضا در پشت جلد این سند چاپ شده است.) می‌توانید سوالات خود درباره پوشش Medicare خود ذیل این طرح را با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) مطرح کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

اگر از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی خود (یا همسران یا شریک زندگی‌تان) پوشش دارویی دیگری دارید، با مدیر مزایای آن گروه تماس بگیرید. مدیر مزایا می‌تواند اطلاعاتی را درباره چگونگی کارکرد پوشش دارویی فعلی شما با طرح ما به شما بدهد.

## فصل 3:

# استفاده از طرح ما برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش

## بخش 1 نحوه دریافت مراقبت‌های پزشکی و سایر خدمات به‌عنوان عضوی از طرح ما

### بخش 1.1 ارائه‌دهندگان شبکه و خدمات تحت پوشش

- ارائه‌دهندگان عبارتند از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت سلامت که مجوز ارائه خدمات و مراقبت‌های پزشکی از سوی ایالت دارند. اصطلاح ارائه‌دهندگان همچنین شامل بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت سلامت می‌شود.
- خدمات تحت پوشش شامل تمام مراقبت‌های پزشکی، خدمات مراقبت سلامت، تجهیزات و داروهای نسخه‌ای است که تحت پوشش طرح ما هستند. خدمات تحت پوشش شما برای مراقبت‌های پزشکی در جدول مزایای پزشکی در فصل 4 فهرست شده‌اند. خدمات تحت پوشش شما برای داروهای نسخه‌ای در فصل 5 مورد بحث قرار گرفته است.

### بخش 1.2 قوانین اساسی برای مراقبت‌های پزشکی و سایر خدماتی که باید توسط طرح ما پوشش داده شوند

- پوشش Original Medicare را پوشش دهد و ممکن است خدمات دیگری علاوه بر خدمات تحت پوشش Original Medicare ارائه دهد. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) به عنوان یک طرح درمانی Medicare و Medicaid باید تمام خدمات تحت پوشش Original Medicare را پوشش دهد و ممکن است خدمات دیگری علاوه بر خدمات تحت پوشش Original Medicare ارائه دهد.
- قوانین اساسی Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) عموماً مراقبت‌های پزشکی شما را پوشش می‌دهد، تا زمانی که:
  - مراقبتی که دریافت می‌کنید در جدول مزایای پزشکی طرح ما در فصل 4 گنجانده شده است.
  - مراقبتی که دریافت می‌کنید از نظر پزشکی ضروری تلقی شود. ضرورت پزشکی به این معنی است که خدمات، لوازم، تجهیزات یا داروها برای پیشگیری، تشخیص یا درمان شرایط پزشکی شما الزامی هستند و استانداردهای پذیرفته شده پزشکی را برآورده می‌کنند.
  - شما یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه شبکه (PCP) دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می‌دهد و بر آن نظارت دارد. شما به‌عنوان عضوی از طرح ما باید یک PCP در شبکه را انتخاب کنید (برای اطلاعات بیشتر به بخش 1.2 مراجعه کنید).
- در بیشتر موارد، طرح ما باید قبل از اینکه بتوانید از سایر ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما، مانند متخصصان، بیمارستان‌ها، مراکز نگهداری تخصصی یا آژانس‌های مراقبت درمانی در خانه استفاده کنید، به شما تأییدیه (ارجاع) بدهد. برای اطلاعات بیشتر، به بخش 2.3 مراجعه کنید.
- برای مراقبت‌های اورژانسی یا خدمات فوری مورد نیاز، نیازی به ارجاع از PCP خود ندارید. برای کسب اطلاعات در مورد سایر انواع مراقبت‌هایی که می‌توانید بدون دریافت تأییدیه قبلی از PCP خود دریافت کنید، به بخش 2.2 مراجعه کنید.
- خدمات مراقبتی خود را باید از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید (بخش 2 را ببینید). در بیشتر موارد، مراقبتی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه (ارائه‌دهنده‌ای که بخشی از شبکه طرح ما نیست) دریافت می‌کنید، تحت پوشش قرار نمی‌گیرد. یعنی برای خدماتی که دریافت کرده‌اید، باید هزینه کامل را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید. در اینجا سه استثنا وجود دارد:
  - طرح ما مراقبت‌های اورژانسی یا فوری مورد نیازی که از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کرده‌اید را پوشش می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر و مشاهده خدمات اورژانسی یا فوری مورد نیاز، به بخش 3 مراجعه کنید.
  - اگر به مراقبت‌های پزشکی نیاز دارید که Medicare پوشش آن را برای طرح ما الزامی می‌داند، اما هیچ متخصصی در شبکه ما وجود ندارد که این مراقبت را ارائه دهد، می‌توانید این مراقبت را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه با همان تسهیم هزینه‌ای که معمولاً در شبکه پرداخت می‌کنید، دریافت کنید. در این صورت، اجازه قبلی لازم است. لطفاً جهت دریافت کمک با خدمات اعضا تماس بگیرید. در صورتی که بدون اجازه قبلی برای دریافت خدمات درمانی معمول به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه مراجعه کنید، Medicare یا طرح هیچکدام مسئولیتی در قبال هزینه‌های آن نخواهند داشت. در این صورت، ما این خدمات درمانی را به شکلی

پوشش می‌دهیم که گویی آن را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید. برای اطلاع از دریافت تأییدیه جهت استفاده از پزشک خارج از شبکه، به بخش 2.4 مراجعه کنید.

- طرح ما خدمات دیالیز کلیه را که در یک مرکز دیالیز دارای مجوز Medicare دریافت می‌کنید، زمانی که موقتاً خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما هستید یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات موقتاً در دسترس نیست یا قابل دسترسی نیست، پوشش می‌دهد. تسهیم هزینه‌ای که شما برای هزینه این دیالیز به طرح ما می‌پردازید، هرگز از تسهیم هزینه در Original Medicare بیشتر نخواهد بود. اگر خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما هستید و دیالیز را از ارائه‌دهنده‌ای دریافت می‌کنید که خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح است، تسهیم هزینه شما نمی‌تواند از تسهیم هزینه‌ای که داخل شبکه می‌پردازید بیشتر شود. با این حال، اگر ارائه‌دهنده شبکه معمول شما برای دیالیز موقتاً در دسترس نباشد و تصمیم بگیرید خدمات را در منطقه خدمات‌رسانی از ارائه‌دهنده‌ای خارج از شبکه دریافت کنید، تسهیم هزینه شما برای دیالیز ممکن است بیشتر شود.

## بخش 2 از ارائه‌دهندگان در شبکه طرح ما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی و سایر خدمات خود استفاده کنید.

### بخش 2.1 باید یک «ارائه‌دهنده مراقبت اولیه» (PCP) را انتخاب کنید تا ارائه و مدیریت امور خدمات درمانی شما را بر عهده داشته باشد

#### PCP چیست و PCP برای شما چه کاری انجام می‌دهد؟

هنگامی که عضو طرح ما می‌شوید، باید یک ارائه‌دهنده شبکه را به عنوان ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP) خود انتخاب کنید. PCP شما می‌تواند پزشک، دستیار پزشک، پرستار یا سایر متخصصان مراقبت سلامت باشد که از الزامات ایالتی برخوردار است و برای ارائه مراقبت‌های پزشکی اولیه به شما آموزش دیده است. متخصصان سلامت در صورت فعالیت در زمینه‌های پزشکی خانواده، پزشکی عمومی، طب سالمندان، پزشکی داخلی یا زنان و زایمان، واجد شرایط ارائه خدمات به عنوان PCP در طرح ما هستند. همانطور که در ادامه توضیح می‌دهیم، شما مراقبت‌های معمول یا اولیه خود را از PCP خود دریافت خواهید کرد. PCP همچنین ترتیب سایر خدمات تحت پوشش را به شما به عنوان عضوی از طرح ما می‌دهد. برای مثال، برای اینکه بتوانید به یک متخصص مراجعه کنید، معمولاً ابتدا باید تأیید PCP خود را دریافت کنید (این امر «ارجاع» به متخصص نامیده می‌شود). اکثر خدمات درمانی شما توسط PCP ارائه می‌شود و به شما کمک می‌کند تا سایر خدمات تحت پوشش را به عنوان عضوی از طرح ما دریافت کنید. این موارد و خدمات شامل موارد زیر می‌شود:

- تصاویر رادیولوژی شما
- تست‌های آزمایشگاهی
- مشاوره‌های روان‌شناسی
- خدمات درمانی از سوی پزشکانی که متخصص نیستند
- بستری شدن در بیمارستان
- خدمات درمانی تکمیلی

فرایند «هماهنگ‌سازی» خدمات شما شامل بررسی خدمات درمانی شما و نحوه ارائه آنها و مشورت با دیگر ارائه‌دهندگان عضو شبکه در این باره است. اگر به انواع خاصی از خدمات یا لوازم تحت پوشش نیاز دارید، باید تأییدیه PCP خود را از قبل دریافت کنید (از قبیل ارائه ارجاع به شما برای رفتن نزد متخصص). در بعضی موارد، PCP شما باید ابتدا از طرف ما اجازه قبلی (پیش‌تأییدیه) دریافت کند. از آنجا که PCP شما مراقبت‌های پزشکی شما را ارائه و هماهنگ می‌کند، شما باید ترتیب ارسال همه سوابق پزشکی گذشته خود را به مطب PCP خود بدهید. بخش 3 به شما می‌گوید که چگونه از حریم خصوصی سوابق پزشکی و اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت خواهیم کرد.

#### نحوه انتخاب یک PCP

رابطه شما با PCP اهمیت بسزایی دارد. اکیداً توصیه می‌کنیم که یک PCP نزدیک به منزل خود انتخاب کنید. اگر PCP نزدیک به شما باشد، دریافت مراقبت‌های پزشکی و ایجاد یک ارتباط آزاد و مطمئن برای شما ساده‌تر است. برای دریافت یک نسخه از جدیدترین فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌ها یا برای دریافت کمک بیشتر در زمینه انتخاب یک PCP، لطفاً با خدمات اعضاء تماس بگیرید. اگر مایلید به متخصص یا بیمارستان خاصی مراجعه کنید، ابتدا مطمئن شوید که PCP شما را به آن متخصص ارجاع می‌دهد یا اینکه از آن بیمارستان استفاده می‌کند. پس از اینکه PCP را انتخاب کردید، توصیه می‌کنیم که تمام سوابق پزشکی خود را به مطب او ارسال کنید. با ارسال سوابق پزشکی خود به PCP،

**فصل 3: استفاده از طرح ما برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش**

وی از هرگونه خدمات درمانی فعلی مورد نیاز شما مطلع می‌گردد. اکنون PCP شما مسئولیت ارائه کلیه خدمات مراقبت سلامت معمول شما را بر عهده دارد، بنابراین او اولین کسی است که باید در صورت بروز هرگونه مشکل در سلامتی خود با وی تماس بگیرید. نام و شماره تلفن دفتر PCP شما بر روی کارت عضویت‌تان درج شده است.

**چگونه PCP خود را تغییر دهید**

شما می‌توانید به هر دلیلی و در هر زمانی، PCP خود را تغییر دهید. همچنین ممکن است PCP شما از شبکه ارائه‌دهندگان طرح ما خارج شود و شما نیاز به انتخاب یک PCP جدید داشته باشید.

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) یک سیاست تداوم مراقبت (COC) دارد که به شما امکان می‌دهد در شرایط زیر به پزشکان فاقد قرارداد دسترسی مداوم داشته باشید:

**اگر عضو جدید هستید، می‌توانید درمان را تا 90 روز ادامه دهید:**

- اگر در زمان ثبت‌نام در یک دوره درمانی فعال با پزشک/پزشکان فاقد قرارداد هستید.
- اگر در حال حاضر تجهیزات DME دارید - Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) دسترسی مداوم به DME مورد نیاز و تعمیرات آن از ارائه‌دهندگان فاقد قرارداد را تضمین می‌کند.
- اگر باردار هستید، تا زمان تکمیل خدمات پس از زایمان یا برای مدت طولانی‌تری در صورت نیاز به انتقال ایمن به ارائه‌دهنده دیگر، از خدمات مراقبتی برخوردار خواهید بود.

**اگر در حال حاضر عضو هستید، می‌توانید تا یک سال پس از فسخ قرارداد بین Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) و پزشک یا مرکز خود، از خدمات مداوم مراقبتی بهره‌مند شوید، مشروط بر اینکه موارد زیر رعایت شود:**

- خدمات بخشی از مزایای شما باشند.
- همکاری با ارائه‌دهنده به دلیل مشکلات کیفیت مراقبت قطع نشده باشد.
- ارائه‌دهنده باید موافقت کند که به ویزیت شما ادامه دهد.
- ارائه‌دهنده موافقت کرده است که نرخ‌های نظارتی الزامی را بپذیرد.

کارکنان Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) با پزشک فاقد قرارداد شما همکاری خواهند کرد تا آنها را به عنوان ارائه‌دهنده طرف قرارداد به شبکه Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وارد کنند یا با شما و ارائه‌دهنده همکاری خواهند کرد تا مراقبت شما را در طول دوره 90 روزه تداوم مراقبت به یک پزشک در داخل شبکه منتقل کنند. تداوم خدمات مراقبت در محدوده مزایای شما ارائه خواهد شد.

**استثنائات در بیمه‌نامه:**

1. کارکنان Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) می‌توانند دوره 90 روزه را تا زمانی که برای رفع هرگونه نیاز غیرمعمول شما لازم باشد تمدید کنند.
2. Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) در صورت وجود شرایط زیر، ادامه خدمات مراقبت توسط ارائه‌دهنده غیرمشارکت‌کننده را تأیید نخواهد کرد:
  - شما فقط نیاز دارید که بیماری مزمن‌تان پایش شود.
  - فسخ قرارداد با پزشک بر اساس یک بازبینی حرفه‌ای مبنی بر بی‌کفایتی یا رفتار نامناسب باشد و رفاه شما در معرض خطر قرار گرفته باشد.
  - پزشک تمایلی به ادامه ارائه خدمات مراقبت برای شما ندارد.
  - مراقبت با ارائه‌دهنده‌ای که در طرح شرکت ندارد پس از ثبت‌نام شما در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) آغاز شده باشد
3. ارائه‌دهنده‌ای که خدمات مراقبت مداوم را انجام می‌دهد یا در گذشته سیاست‌ها/معیارهای «اعتبارسنجی» Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) را برآورده نمی‌کرده است یا در حین ارائه خدمات مراقبت مداوم، تلاش می‌کند تا کسب اعتبار کند.

## بخش 2.2 مراقبت‌های پزشکی و سایر خدماتی که می‌توانید بدون ارجاع PCP دریافت کنید

شما می‌توانید خدمات ذکر شده در زیر را بدون نیاز به دریافت اجازه قبلی از PCP خود دریافت کنید.

- مراقبت‌های سلامت روتین زنان، شامل معاینات پستان، ماموگرافی غربالگری (عکس‌برداری از پستان)، تست پاپ اسمیر، و معاینات لگنی.
- واکسن آنفولانزا، واکسن COVID-19، واکسن هپاتیت B و واکسن ذات‌الریه.
- خدمات اورژانسی از ارائه‌دهندگان شبکه یا خارج از شبکه
- خدمات فوری تحت پوشش طرح بیمه درمانی، خدماتی هستند که در صورت حضور موقت در خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما، یا در صورت غیرمنطقی بودن دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه، نیاز به مراقبت پزشکی فوری (اما نه اورژانسی) دارند. نمونه‌هایی از خدمات فوری مورد نیاز، بیماری‌ها و جراحات پزشکی پیش‌بینی نشده یا تشدید غیرمنتظره بیماری‌های موجود هستند. مراجعات پزشکی ضروری روتین به ارائه‌دهنده (مانند معاینات سالانه) حتی اگر خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، فوری تلقی نمی‌شوند.
- خدمات دیالیز کلیه در مراکز دیالیز مورد تأیید Medicare هنگامی که خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما هستید. در صورت امکان، قبل از ترک منطقه خدمات‌رسانی، با خدمات اعضا از طریق شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) تا بتوانیم در زمانی که خارج از منطقه هستید، تداوم دیالیز را برای شما ترتیب دهیم.

## بخش 2.3 نحوه دریافت مراقبت از متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه

متخصص به پزشکی گفته می‌شود که برای یک بیماری خاص یا یک بخش خاص از بدن خدمات مراقبت سلامت ارائه می‌کند. انواع مختلفی از متخصصان وجود دارند. برای مثال:

- خدمات مراقبتی متخصصان آنکولوژی برای بیماران مبتلا به سرطان.
- خدمات مراقبتی متخصصان قلب برای بیماران مبتلا به مشکلات قلبی.
- خدمات مراقبتی متخصصان ارتوپدی برای بیماران مبتلا به مشکلات استخوان، مفصل و ماهیچه.

PCP شما مسئول هماهنگی خدمات، از جمله هدایت شما به متخصصان و سایر ارائه‌دهندگان شبکه در صورت لزوم است. هیچ نیازی به تأیید قبلی برای مراجعه به مطب متخصصان شبکه وجود ندارد. اگر به یک جراحی یا خدماتی نیاز دارید که نیاز به اجازه قبلی از طرح دارد، PCP یا متخصص شما برای دریافت اجازه قبلی لازم با ما تماس خواهد گرفت. خدماتی که نیاز به اجازه قبلی از طرح دارند در فصل 4، بخش 2.1 این سند مشخص شده‌اند. نمونه‌هایی از خدماتی که نیاز به اجازه قبلی از طرح دارند شامل مراقبت‌های بستری در بیمارستان انتخابی (غیر اورژانسی)، پذیرش در یک مرکز نگهداری تخصصی و مراقبت سلامت در منزل است.

اگر بعد از ساعات کاری معمول به مراقبت نیاز دارید، لطفاً با PCP خود تماس بگیرید. این اطلاعات در کارت عضویت Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) شما ذکر شده است. اگر فکر می‌کنید وضعیت اورژانسی است، فوراً به پزشک مراجعه کنید. برای اطلاعات بیشتر، به بخش 3، در صفحه بعد (نحوه دریافت خدمات تحت پوشش در مواقع اورژانسی یا نیاز فوری به مراقبت) مراجعه کنید.

### هنگامی که یک متخصص یا ارائه‌دهنده شبکه دیگر از طرح ما خارج می‌شود

ما ممکن است در طول سال تغییراتی در بیمارستان‌ها، پزشکان و متخصصان (ارائه‌دهندگان) که در طرح ما هستند، ایجاد کنیم. اگر پزشک یا متخصص شما از طرح خارج شده است، شما از این حقوق و حمایت‌ها برخوردار خواهید بود:

- حتی اگر شبکه ارائه‌دهندگان ما در طول سال تغییر کند، Medicare باید دسترسی بی‌وقفه به پزشکان و متخصصان دارای صلاحیت را برای شما فراهم کنیم.
- ما به شما اطلاع می‌دهیم که ارائه‌دهنده‌تان در حال خروج از طرح ما است تا زمان کافی برای انتخاب ارائه‌دهنده جدید را داشته باشید.
  - اگر ارائه‌دهنده مراقبت اولیه یا سلامت رفتاری شما از طرح ما خارج شود، در صورتی که طی 3 سال گذشته به آن ارائه‌دهنده مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.
  - اگر هر یک از ارائه‌دهندگان دیگرتان از طرح ما خارج شود، در صورتی که آن ارائه‌دهنده برای شما انتخاب شده باشد، در حال حاضر از او خدمات درمانی دریافت کنید، یا طی 3 ماه گذشته به او مراجعه کرده باشید به شما اطلاع می‌دهیم.

- ما به شما کمک خواهیم کرد تا برای ادامه مراقبت یک ارائه‌دهنده شبکه واجد شرایط جدید در شبکه را انتخاب کنید.
- اگر تحت درمان پزشکی یا درمانی با ارائه‌دهنده فعلی خود هستید، حق دارید درخواست کنید که درمان یا درمان‌های ضروری پزشکی را ادامه دهید. ما با شما همکاری خواهیم کرد تا بتوانید به دریافت خدمات مراقبتی ادامه دهید.
- اطلاعات مربوط به دوره‌های ثبت‌نام مختلفی که در اختیارتان قرار دارند و گزینه‌هایی که ممکن است برای تغییر طرح‌های درمانی داشته باشید، به شما اطلاع می‌دهیم.
- هنگامی که یک ارائه‌دهنده خدمات یا مزایای درون شبکه در دسترس نباشد یا برای تأمین نیازهای پزشکی شما کافی نباشد، ما هرگونه مزایای تحت پوشش پزشکی ضروری را خارج از شبکه ارائه‌دهنده خود با تسهیم هزینه درون شبکه ترتیب خواهیم داد.
- اگر متوجه شدید که یکی از ارائه‌دهندگان شما از طرح ما خارج می‌شود، با ما تماس بگیرید تا بتوانیم به شما در یافتن ارائه‌دهنده جدید و مدیریت مراقبت شما کمک کنیم.
- اگر معتقدید که ما یک ارائه‌دهنده واجد شرایط را برای جایگزینی ارائه‌دهنده قبلی شما در اختیارتان قرار نداده‌ایم یا اینکه مراقبت‌های شما به‌درستی مدیریت نمی‌شود، حق دارید شکایت کیفیت مراقبت را به QIO، شکایت از کیفیت مراقبت به طرح ما، یا هر دو ارسال کنید (به فصل 9 مراجعه کنید).

## بخش 2.4 نحوه دریافت خدمات درمانی از طرف ارائه‌دهندگان خدمات خارج از شبکه

اگر به مراقبت‌های پزشکی تخصصی نیاز دارید که Medicare پوشش آن را برای طرح ما الزامی می‌داند و هیچ ارائه‌دهنده‌ای در شبکه ما وجود ندارد که بتواند این مراقبت را ارائه دهد، می‌توانید مراقبت را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید. این امر شامل خدمات ارائه‌دهنده‌ای می‌شود که منحصراً واجد شرایط ارائه خدمات خاص مورد نیاز شما است، و همچنین خدماتی که در یک مرکز تخصصی یا یک مرکز عالی ارائه می‌شود (به عنوان مثال، خدمات ESRD). هیچ محدودیت اضافی برای مزایای خارج از شبکه یا منطقه خدمات‌رسانی ما اعمال نمی‌شود.

شما یا PCP شما باید قبل از درخواست مراقبت از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، برای دریافت اجازه قبلی با طرح ما تماس بگیرید. جهت دریافت راهنمایی با خدمات اعضا تماس بگیرید. اگر به شما اجازه قبلی برای دریافت مراقبت از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه بدهیم، این خدمات را طوری پوشش خواهیم داد که گویی مراقبت را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کرده‌اید.

بسیار مهم است که قبل از مراجعه به ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، از طرح ما اجازه قبلی دریافت کنید. اگر تأییدیه‌ای از طرح دریافت نکنید، ما ممکن است خدمات را تحت پوشش قرار ندهیم. اگر ارائه‌دهنده خدمات می‌خواهد که برای مراقبت بیشتر دوباره مراجعه کنید، ابتدا بررسی کنید تا مطمئن شوید که آیا تأییدیه طرح ما بیش از یک مراجعه به ارائه‌دهنده خارج از شبکه را پوشش می‌دهد یا خیر.

**توجه:** اعضا حق دریافت خدمات از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه برای خدمات اورژانسی یا فوری مورد نیاز را دارند. علاوه بر این، طرح‌ها باید خدمات دیالیز را برای اعضای ESRD که به خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح سفر کرده‌اند و قادر به دسترسی به ارائه‌دهندگان ESRD طرف قرارداد نیستند، پوشش دهند.

## بخش 3 نحوه دریافت خدمات در مواقع اورژانسی، بلایای طبیعی یا نیاز فوری به مراقبت

### بخش 3.1 اگر با وضعیت اورژانس پزشکی مواجه شدید مراقبت دریافت کنید

اورژانس پزشکی زمانی است که شما یا هر فرد غیرمتخصص محتاط دیگری با دانش متوسط در مورد سلامت و پزشکی، معتقدید که علائمی پزشکی دارید که نیاز به توجه فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده)، از دست دادن یک اندام یا عملکرد یک اندام، یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بدن دارد. علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب‌دیدگی، درد شدید، یا شرایط پزشکی باشد که به سرعت در حال وخیم‌تر شدن است.

اگر در شرایط اورژانس پزشکی به سر می‌برید:

- در سریع‌ترین زمان ممکن کمک بگیرید. با 911 تماس بگیرید یا به نزدیکترین بخش اورژانس یا بیمارستان مراجعه کنید. در صورت نیاز درخواست آمبولانس کنید. در این شرایط نیازی به دریافت تأییدیه یا ارجاع اولیه از طرف PCP وجود ندارد. الزامی به استفاده از ارائه‌دهنده شبکه ندارید. هر وقت لازم داشته باشید، در هر جایی از ایالات متحده آمریکا، یا قلمروهای آن یا سرتاسر جهان، می‌توانید از هر ارائه‌دهنده‌ای با گواهینامه دولتی مناسب مراقبت‌های پزشکی اورژانسی تحت پوشش را دریافت کنید.

**فصل 3: استفاده از طرح ما برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش**

- در سریع‌ترین زمان ممکن، حتماً طرح ما را از شرایط اورژانسی خود مطلع سازید. ما مراقبت‌های اورژانسی شما را پیگیری خواهیم کرد. خودتان یا فرد دیگری باید، معمولاً ظرف 48 ساعت، با ما تماس بگیرید و ما را از شرایط اورژانسی مطلع سازید. لطفاً با شماره پشت کارت عضویت طرح خود با خدمات اعضا تماس بگیرید.

**خدمات تحت پوشش در شرایط اورژانس پزشکی**

در موقعیت‌هایی که انتقال به بخش اورژانس به‌شيوه‌های دیگر سلامت شما را به خطر اندازد، طرح ما خدمات آمبولانس را تحت پوشش قرار می‌دهد. ما همچنین هزینه خدمات پزشکی ارائه‌شده در طول شرایط اورژانسی را پوشش می‌دهیم. پزشکانی که خدمات درمانی اورژانسی به شما ارائه می‌دهند تصمیم می‌گیرند که چه زمانی شرایط شما نرمال است و چه زمانی شرایط اورژانس پزشکی به پایان رسیده است.

پس از پایان شرایط اورژانسی، شما حق دریافت مراقبت‌های پیگیری را دارید تا مطمئن شوید که وضعیتتان همچنان پایدار است. پزشکان شما تا زمانی که با ما تماس بگیرند و برای مراقبت‌های اضافی برنامه‌ریزی کنند، به درمان شما ادامه خواهند داد. مراقبت‌های پیگیرانه شما نیز از سوی طرح ما پوشش داده خواهد شد. اگر مراقبت‌های اورژانسی شما توسط ارائه‌دهندگان خارج از شبکه ارائه می‌شود، ما سعی خواهیم کرد ترتیبی دهیم به محض اینکه وضعیت پزشکی شما و شرایط اجازه دهد، ارائه‌دهندگان شبکه مراقبت شما را به عهده بگیرند.

**اگر اورژانس پزشکی نبود، چطور؟**

بعضی مواقع تشخیص اینکه آیا شرایط پزشکی شما اورژانسی است یا خیر دشوار خواهد بود. برای مثال، ممکن است برای مراقبت‌های اورژانسی مراجعه کنید - با این تصور که سلامتی شما در خطر جدی است - و پزشک ممکن است بگوید که اصلاً اورژانس پزشکی نبوده است. مادامی که دلیل منطقی داشته باشید که تصور کنید خطر جدی وجود داشته، ما خدمات مراقبتی شما را پوشش خواهیم داد.

با این حال، پس از اینکه پزشک اعلام کرد اورژانسی نبوده است، ما مراقبت‌های اضافی را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که آن را به یکی از این 2 روش دریافت کنید:

- شما برای دریافت مراقبت‌های اضافی به یک ارائه‌دهنده شبکه مراجعه کنید.
- خدمات درمانی اضافی که دریافت می‌کنید "خدمات فوری مورد نیاز" تشخیص داده شود و شما از قوانین زیر برای برخورداری از این مراقبت فوری تبعیت کنید.

**بخش 3.2 دریافت مراقبت در صورت نیاز فوری به خدمات**

خدماتی که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری دارد (اما اورژانسی نیست) در صورتی یک خدمات فوری مورد نیاز است که یا موقتاً خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایط شما، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت شبکه غیر منطقی باشد. نمونه‌هایی از خدمات فوری مورد نیاز، بیماری‌ها و جراحات پزشکی پیش‌بینی نشده یا تشدید غیرمنتظره بیماری‌های فعلی است. با این حال، ویژگی‌های روتین پزشکی ضروری توسط ارائه‌دهنده مانند معاینات سالانه، حتی اگر خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، فوری محسوب نمی‌شوند.

وقتی ارائه‌دهندگان شبکه به‌صورت موقت در دسترس نیستند، می‌توانید برای دریافت مراقبت فوری به مراکز مراقبت فوری در دسترس مراجعه کنید. همچنین کاربران انگلیسی و اسپانیایی می‌توانند از طریق شماره 888-208-8809 (888) با خط مشاوره پرستاری انگلیسی و اسپانیایی تماس بگیرند. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.

طرح ما تحت شرایط زیر خدمات اورژانسی و مراقبت فوری در سرتاسر جهان در خارج از ایالات متحده آمریکا را پوشش می‌دهد:

- هر سال تقویمی، شما محدودیت \$50,000 را برای پوشش اورژانسی در سراسر جهان دارید که می‌توانید از آن برای حمل‌ونقل اورژانسی، مراقبت فوری، مراقبت‌های اورژانسی و مراکز مراقبتی غیر اورژانسی خود استفاده کنید.
- این مزایا محدود به خدماتی است که اگر در ایالات متحده ارائه شوند، به‌عنوان مراقبت اورژانسی یا فوری طبقه‌بندی می‌شوند.
- اگر مراقبت‌های اضطراری در خارج از ایالات متحده دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطراری‌تان به مراقبت تحت بستری نیاز داشته باشید، باید به بیمارستان عضو شبکه بازگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش باشد یا باید مراقبت تحت بستری‌تان را در بیمارستان خارج از شبکه انجام دهید که مجوز برنامه را داشته باشد. هزینه پرداختی شما بالاترین تسهیم هزینه‌ای است که در بیمارستان عضو شبکه پرداخت می‌کنید. حداکثر مبلغ طرح اعمال می‌شود.

**فصل 3: استفاده از طرح ما برای خدمات پزشکی و سایر خدمات تحت پوشش**

- ممکن است لازم باشد هزینه خدمات را از جیب خود پرداخت کنید و درخواست بازپرداخت دهید.
- مالیات و کارمزدهای خارجی (شامل تبدیل ارز یا کارمزد معاملات، اما نه فقط این موارد) تحت پوشش نیستند. حمل و نقل شما از کشوری دیگر به ایالات متحده تحت پوشش نیست.
- مراقبت‌های معمول و عمل‌های جراحی از پیش برنامه‌ریزی شده یا اختیاری پوشش داده نمی‌شوند.

اگر در مورد اینکه ما هزینه هر خدماتی را پرداخت می‌کنیم یا خیر سوالی دارید، حق دارید قبل از دریافت آن از ما بپرسید که آیا آن را پوشش می‌دهیم یا خیر. همچنین این حق را دارید که این سوال را به صورت کتبی مطرح کنید. اگر بگوییم که خدمات را پوشش نمی‌دهیم، حق دارید به تصمیم ما مبنی بر عدم پوشش یا بازپرداخت مراقبت شما اعتراض کنید.

**بخش 3.3 دریافت خدمات مراقبتی در طول بلایای طبیعی**

در صورتی که فرماندار ایالت شما، وزیر بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده، یا رئیس جمهور ایالات متحده، وضعیت بلایای طبیعی یا اورژانسی در محل جغرافیایی سکونت شما اعلام کند، شما همچنان می‌توانید از خدمات مراقبتی طرح ما استفاده کنید.

برای کسب اطلاعات در مورد نحوه دریافت مراقبت‌های لازم در طول یک بلای طبیعی، به سایت [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) مراجعه کنید.

اگر در طول بلایای طبیعی نمی‌توانید از یک ارائه‌دهنده شبکه استفاده کنید، طرح ما به شما امکان می‌دهد که با پرداخت هزینه مشترک درون شبکه، از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، مراقبت دریافت کنید. اگر در زمان بلایای طبیعی نتوانید از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید، می‌توانید نسخه خود را از یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه دریافت کنید. به فصل 5، بخش 2.5 بروید.

**بخش 4 اگر مستقیماً برای کل هزینه خدمات تحت پوشش صورتحساب دریافت کنید، چه می‌شود؟**

اگر هزینه خدمات تحت پوشش خود را پرداخت کرده‌اید، یا اگر بیش از تسهیم هزینه طرح خود برای خدمات تحت پوشش پرداخت کرده‌اید، یا اگر صورتحسابی برای کل هزینه خدمات پزشکی تحت پوشش دریافت کرده‌اید، می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود را از هزینه خدمات تحت پوشش پرداخت کنیم. جهت اطلاع از نحوه انجام آن، به فصل 7 مراجعه کنید.

**بخش 4.1 اگر خدمات تحت پوشش طرح ما نباشند**

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) تمام خدمات ضروری پزشکی ذکر شده در جدول مزایای پزشکی در فصل 4 را پوشش می‌دهد. اگر خدماتی را دریافت کنید که تحت پوشش طرح ما نیستند، یا خدماتی را بدون مجوز، از خارج از شبکه دریافت کنید، مسئول پرداخت هزینه کامل خدمات هستید.

برای خدمات تحت پوششی که محدودیت مزایا دارند، شما همچنین هزینه کامل هر خدماتی را پرداخت می‌کنید که پس از استفاده از مزایای خود برای آن نوع خدمات تحت پوشش دریافت کردید.

**بخش 5 خدمات پزشکی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی****بخش 5.1 مطالعه تحقیقاتی بالینی چیست**

مطالعه تحقیقات بالینی (که کارآزمایی بالینی نیز نامیده می‌شود)، روشی است که در آن پزشکان و دانشمندان انواع جدید مراقبت‌های پزشکی مانند نحوه اثرگذاری یک داروی سرطان جدید را مورد آزمایش قرار می‌دهند. برخی از مطالعات تحقیقاتی بالینی توسط Medicare تأیید شده‌اند. مطالعات تحقیقاتی بالینی ای که Medicare تأیید کرده است معمولاً از داوطلبان درخواست می‌کند که در تحقیق شرکت کنند. هنگامی که در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی هستید، می‌توانید در طرح ما ثبت نام کنید و به دریافت بقیه مراقبت‌های خود (مراقبت‌هایی که مربوط به مطالعه نیستند) از طریق طرح ما ادامه دهید.

اگر در یک مطالعه تأیید شده از سوی Medicare شرکت کنید، **Original Medicare** بیشتر هزینه‌های خدمات تحت پوششی را که به عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کند. اگر به ما بگویید که در یک کار آزمایی بالینی واجد شرایط هستید، شما فقط مسئول تسهیم هزینه درون شبکه برای خدمات آن کار آزمایی هستید. اگر مبلغ بیشتری پرداخت کرده‌اید، برای مثال، اگر مبلغ تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت کرده‌اید، ما تفاوت بین آنچه پرداخت کرده‌اید و تسهیم هزینه درون شبکه را باز پرداخت خواهیم کرد. شما باید مدارکی ارائه دهید که نشان دهد چقدر پرداخت کرده‌اید.

در صورت تمایل به شرکت در مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare، نیازی نیست با ما بگویید یا از طرف ما یا PCP خود تأییدیه دریافت کنید. ارائه‌دهندگان که خدمات مراقبتی شما را به عنوان بخشی از مطالعه تحقیقاتی بالینی ارائه می‌دهند، نیازی به عضویت در شبکه طرح ما ندارند. (این موضوع در مورد مزایای تحت پوشش که نیاز به کار آزمایی بالینی یا ثبت برای ارزیابی مزایا دارند، از جمله مزایای خاصی که نیاز به پوشش با توسعه مدارک (NCDS-CED) و مطالعات معافیت دستگاه تحقیقاتی (IDE) دارند صدق نمی‌کند. این مزایا همچنین ممکن است مشمول اجازه قبلی و سایر قوانین طرح باشند.)

اگر چه برای شرکت در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی به اجازه طرح ما نیازی ندارید، اما توصیه می‌کنیم وقتی تصمیم به شرکت در آزمایشات بالینی واجد شرایط Medicare می‌گیرید از قبل به ما اطلاع دهید.

اگر در مطالعه‌ای شرکت کنید که توسط Medicare تأیید نشده باشد، شما مسئول پرداخت تمام هزینه‌های شرکت در مطالعه خواهید بود.

## بخش 5.2 چه کسی هزینه خدمات در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی را پرداخت می‌کند

پس از ملحق شدن به مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare، اقامت و خدمات معمولی که به عنوان بخشی از این مطالعه دریافت می‌کنید تحت پوشش Original Medicare قرار می‌گیرد، از جمله:

- هزینه اتاق و تخت در مدت بستری بیمارستان که حتی اگر در مطالعه حضور نداشتید از طرف Medicare پرداخت می‌شد
- جراحی یا دیگر روش‌های درمانی پزشکی که بخشی از مطالعه تحقیقاتی هستند
- درمان هرگونه عوارض جانبی یا پیامدهای خدمات درمانی جدید

پس از اینکه Medicare سهم خود را از هزینه این خدمات پرداخت کرد، طرح ما تفاوت بین تسهیم هزینه در طرح Original Medicare و تسهیم هزینه درون شبکه‌ای شما به عنوان عضوی از طرح ما را پرداخت خواهد کرد. این بدان معناست که شما برای خدماتی که به عنوان بخشی از مطالعه دریافت می‌کنید همان مبلغی را که پرداخت خواهید کرد که اگر این خدمات را از طرح ما دریافت می‌کردید، پرداخت می‌کردید. با این حال، باید مدارکی را ارائه دهید که نشان دهد چقدر تسهیم هزینه پرداخت کرده‌اید. برای اطلاعات بیشتر در خصوص ارسال درخواست برای پرداخت‌ها به بخش 7 مراجعه کنید.

مثال تسهیم هزینه در یک کار آزمایی بالینی: فرض کنید شما یک تست آزمایشگاهی دارید که به عنوان بخشی از مطالعه تحقیقاتی \$100 هزینه دارد. سهم شما از هزینه‌های این آزمایش تحت طرح Original Medicare به مبلغ \$20 است، اما این آزمایش تحت طرح ما \$10 خواهد بود. در این حالت، طرح Original Medicare مبلغ \$80 برای آزمایش پرداخت می‌کند و شما \$20 پرداخت مشترک مورد نیاز تحت طرح Original Medicare را پرداخت خواهید کرد. شما به طرح ما اطلاع می‌دهید که خدمات کار آزمایی بالینی واجد شرایط دریافت کرده‌اید و مدارکی (مانند صورتحساب ارائه‌دهنده) را به طرح ما ارسال می‌کنید. سپس طرح ما مستقیماً \$10 به شما پرداخت می‌کند. این مبلغ، مبلغ خالص پرداختی شما برای تست را \$10 می‌کند، همان مبلغی که طبق مزایای طرح ما پرداخت می‌کنید.

وقتی در یک مطالعه تحقیقاتی بالینی هستید، نه Medicare و نه طرح ما هیچیک از موارد زیر را پرداخت نمی‌کنند:

- به طور کلی، Medicare هزینه کالا یا خدمات جدید تحت آزمایش در مطالعه را پرداخت نمی‌کند، مگر اینکه Medicare کالا یا خدمات را حتی اگر در یک مطالعه نبودید پوشش می‌داد.
- کالاها یا خدماتی که فقط برای جمع‌آوری داده‌ها ارائه می‌شوند و در مراقبت سلامت مستقیم شما استفاده نمی‌شوند. به عنوان مثال، اگر شرایط پزشکی شما در حالت عادی فقط به یک سی‌تی‌اسکن نیاز داشته باشد، Medicare هزینه سی‌تی‌اسکن‌های ماهانه را که به عنوان بخشی از یک مطالعه انجام می‌شود، پرداخت نمی‌کند.
- کالاها و خدماتی که توسط حامیان مالی تحقیق به صورت رایگان برای افراد حاضر در آزمایش ارائه می‌شوند.

در مورد پیوستن به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی اطلاعات بیشتری دریافت کنید.

اطلاعات بیشتر در مورد پیوستن به یک مطالعه تحقیقاتی بالینی را در نشریه Medicare به نام *Medicare and Clinical Research Studies* که در [www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf) موجود است کسب کنید. همچنین می‌توانید با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## بخش 6 قوانین دریافت خدمات از مؤسسه درمانی غیر-پزشکی مذهبی

### بخش 6.1 یک مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی

مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی مکانی است که خدمات درمانی معمول در یک بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی را ارائه می‌کند. اگر دریافت خدمات درمانی در بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی برخلاف عقاید مذهبی عضو است، ما هزینه خدمات درمانی ارائه‌شده در مؤسسات درمانی غیرپزشکی مذهبی را پوشش می‌دهیم. این مزیت فقط برای خدمات بستری در بیمارستان بخش A (خدمات مراقبت سلامت غیرپزشکی) است.

### بخش 6.2 نحوه دریافت خدمات از مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی

برای دریافت خدمات درمانی از مؤسسه درمانی غیرپزشکی مذهبی باید یک سند حقوقی مبنی بر مخالفت وجدانی شما با دریافت درمان پزشکی غیرمستثنیامضا کنید.

- مراقبت‌های پزشکی غیر مستثنی به مراقبت‌های پزشکی گفته می‌شود که داوطلبانه است و تحت قوانین فدرال، ایالتی یا محلی الزامی نیست.
  - درمان پزشکی مستثنی به هر نوع مراقبت یا درمان پزشکی گفته می‌شود که داوطلبانه نیست و تحت قوانین فدرال، ایالتی یا محلی، الزامی است.
- برای اینکه خدمات درمانی‌ای که از یک مؤسسه درمانی-مذهبی غیرپزشکی دریافت می‌کنید تحت پوشش طرح ما قرار بگیرد باید مطابق با شرایط زیر باشد:

- موسسه‌ای که خدمات درمانی را ارائه می‌دهد باید از Medicare مجوز دریافت کرده باشد.
  - طرح ما فقط جنبه‌های غیرمذهبی مراقبت را پوشش می‌دهد.
  - اگر از این مؤسسه خدماتی را دریافت می‌کنید که در مرکز خدمات درمانی به شما ارائه می‌شوند، باید مطابق با شرایط زیر باشد:
    - باید شرایط پزشکی‌تان به گونه‌ای باشد که به شما اجازه دریافت خدمات تحت پوشش برای مراقبت‌های بستری در بیمارستان یا خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی را بدهد.
    - — و — قبل از پذیرش در این مرکز باید از طرح ما تأییدیه دریافت کنید، وگرنه اسکان شما در مرکز درمانی تحت پوشش قرار نخواهد گرفت.
    - — و — محدودیت‌های پوشش بیمارستانی Medicare برای بستری ممکن است اعمال شود (به مزایا در فصل 4 مراجعه کنید).
- علاوه بر این، برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد خدمات تحت پوشش Medicaid و اطلاع از تمام گزینه‌های پوشش خود، باید با خدمات اعضا یا دفتر Medicaid ایالتی خود تماس بگیرید (اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ذکر شده است).

## بخش 7

## قوانین مالکیت تجهیزات پزشکی ماندگار

## بخش 7.1 پس از انجام تعداد مشخصی از پرداخت‌ها تحت طرح ما، مالک برخی از تجهیزات پزشکی ماندگار نخواهید شد.

تجهیزات پزشکی ماندگار (DME) شامل اقلامی مانند وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، صندلی چرخدار، واکر، سیستم‌های تشک برقی، عصا، لوازم دیابت، دستگاه‌های تولید گفتار، پمپ‌های تزریق داخل وریدی، نیولایزرها و تخت‌های بیمارستانی است که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده اعضا در خانه سفارش داده شده است. عضو مالک همیشگی برخی از اقلام DME مانند پروتز است. انواع دیگر DME که باید اجاره کنید.

در طرح Original Medicare، افرادی که انواع خاصی از DME را اجاره می‌کنند پس از پرداخت مشترک اجاره تجهیزات به مدت 13 ماه مالک آن می‌شوند. به عنوان عضوی از **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**، شما معمولاً مالکیت اقلام DME اجاره‌ای را به دست نخواهید آورد، صرف‌نظر از اینکه در زمان عضویت در طرح ما چند پرداخت مشترک برای آن اقلام انجام داده‌اید. حتی اگر قبل از پیوستن به طرح ما، تا 12 پرداخت متوالی برای آن اقلام DME تحت طرح Original Medicare قسط پرداخت کرده باشید، مالکیت آن را به دست نخواهید آورد. در شرایط محدود و خاص، ما مالکیت اقلام DME را به شما منتقل می‌کنیم. برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

**اگر به Original Medicare تغییر دهید، چه اتفاقی برای پرداخت‌هایی که برای تجهیزات پزشکی ماندگار انجام داده‌اید می‌افتد؟**

اگر در زمانی که در طرح ما بودید مالکیت اقلام DME را دریافت نکردید، باید پس از تغییر به Original Medicare، به مدت 13 ماه متوالی جدید برای مالکیت آن اقلام DME پرداخت انجام دهید. پرداخت‌هایی که در زمان حضور در طرح ما انجام داده‌اید در این 13 پرداخت متوالی به حساب نمی‌آیند.

نمونه 1: شما در Original Medicare به میزان 12 پرداخت متوالی یا کمتر برای این اقلام انجام داده‌اید و سپس به طرح ما پیوسته‌اید. پرداخت‌هایی که در Original Medicare انجام داده‌اید، به حساب نمی‌آیند. شما باید قبل از مالکیت این اقلام، 13 پرداخت متوالی به طرح ما انجام دهید.

نمونه 2: شما در Original Medicare به میزان 12 پرداخت متوالی یا کمتر برای این اقلام انجام داده‌اید و سپس به طرح ما پیوسته‌اید. شما در مدت عضویت در طرح ما، مالکیت اقلام را کسب نکردید. سپس به Original Medicare باز می‌گردید. پس از عضویت مجدد در Original Medicare، باید 13 پرداخت متوالی جدید برای مالکیت اقلام انجام دهید. هرگونه پرداختی که قبلاً انجام داده‌اید (چه به طرح ما و چه به Original Medicare) محاسبه نمی‌شود.

## بخش 7.2 قوانین مربوط به تجهیزات، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن و نگهداری آن

اگر واجد شرایط پوشش وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن Medicare باشید، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) موارد زیر را پوشش خواهد داد:

- اجاره وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن
- تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- لوله‌ها و سایر لوازم جانبی اکسیژن برای تحویل اکسیژن و محتوای اکسیژن
- تعمیر و نگهداری وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن

اگر از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج شوید یا دیگر به وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن نیاز پزشکی نداشته باشید، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن باید بازگردانده شوند.

**اگر از طرح ما خارج شوید و به Original Medicare بازگردید چه اتفاقی می‌افتد؟**

Original Medicare از یک تأمین‌کننده اکسیژن می‌خواهد که به مدت 5 سال به شما خدمات ارائه دهد. در طول 36 ماه اول، شما تجهیزات را اجاره می‌کنید. برای 24 ماه باقی‌مانده، تأمین‌کننده تجهیزات و نگهداری آن را تأمین می‌کند (شما همچنان مسئول پرداخت هزینه اکسیژن هستید). پس از 5 سال، می‌توانید تصمیم بگیرید که از همان شرکت استفاده کنید یا به شرکت دیگری تغییر دهید. در این مرحله، چرخه 5 ساله دوباره شروع می‌شود، حتی اگر از همان شرکت استفاده کنید، و شما دوباره ملزم به انجام پرداخت مشترک برای 36 ماه اول هستید. اگر به طرح ما بپیوندید یا از آن خارج شوید، چرخه 5 ساله دوباره شروع می‌شود.

## فصل 4:

## جدول مزایای پزشکی (آنچه تحت پوشش است و آنچه شما پرداخت میکنید)

## بخش 1 آشنایی با هزینه‌های پرداختی از جیب برای خدمات تحت پوشش

جدول مزایای پزشکی، خدمات تحت پوشش شما را فهرست می‌کند و نشان می‌دهد که به عنوان عضوی از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) برای هر خدمت تحت پوشش چقدر هزینه می‌کنید. این بخش همچنین اطلاعاتی در مورد خدمات پزشکی که تحت پوشش نیستند ارائه می‌دهد و محدودیت‌های مربوط به برخی خدمات را توضیح می‌دهد.

## بخش 1.1 هزینه‌های قابل پرداخت از جیب که ممکن است برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید

انواع هزینه‌های قابل پرداخت از جیب که ممکن است برای خدمات تحت پوشش پرداخت کنید:

- **پرداخت مشترک:** مبلغ ثابتی است که هر بار که خدمات پزشکی خاصی را دریافت می‌کنید، پرداخت می‌کنید. شما در زمان دریافت خدمات پزشکی، یک پرداخت مشترک می‌پردازید. (جدول مزایای پزشکی اطلاعات بیشتری در مورد پرداخت‌های مشترک شما ارائه می‌دهد.)
- **بیمه مشترک:** درصد پرداختی شما از کل هزینه خدمات پزشکی خاص است. شما در زمان دریافت خدمات پزشکی، بیمه مشترک پرداخت می‌کنید. (جدول مزایای پزشکی اطلاعات بیشتری در مورد بیمه مشترک شما ارائه می‌دهد.)

## بخش 1.2 بیشترین مبلغی که برای خدمات پزشکی تحت پوشش Part A و Medicare Part B پرداخت خواهید کرد چقدر است؟

**توجه:** از آنجا که اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می‌کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب خود می‌رسند. شما مسئول پرداخت هزینه‌های پرداختی از جیب از حداکثر مبلغ پرداختی از جیب برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B نیستید.

طرح‌های Medicare Advantage محدودیت‌هایی در مورد مبلغی دارند که باید هر ساله برای خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare Part A و Part B و پرداختی از جیب خود بپردازید. این محدودیت، حداکثر مبلغ پرداختی از جیب (MOOP) برای خدمات پزشکی نامیده می‌شود. برای سال تقویمی 2026، مبلغ MOOP برابر است با \$9,250.

مبالغی که برای پرداخت‌های مشترک و بیمه مشترک برای خدمات تحت پوشش پرداخت می‌کنید جزو این حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما محسوب می‌شوند. (مبالغی که برای داروهای بخش D پرداخت می‌کنید جزو حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما محسوب نمی‌شوند. علاوه بر این، مبالغی که برای برخی از خدمات پرداخت می‌کنید، جزو حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب شما محسوب نمی‌شوند. این خدمات در جدول مزایای پزشکی با علامت ستاره (\*) مشخص شده‌اند.) اگر به حداکثر مبلغ قابل پرداخت از جیب خود یعنی \$9,250 برسید، دیگر لازم نیست برای بقیه سال هیچ هزینه‌ای از جیب خود برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B پرداخت کنید. با این حال، باید به پرداخت حق بیمه Medicare Part B ادامه دهید (مگر اینکه حق بیمه بخش B شما توسط Medicaid یا شخص ثالث دیگری برای شما پرداخت شود).

## بخش 2 جدول مزایای پزشکی، مزایا و هزینه‌های پزشکی شما را نشان می‌دهد.

در جدول مزایای پزشکی در صفحات بعدی، خدماتی که Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) پوشش می‌دهد و آنچه را که از جیب خود برای هر خدمت پرداخت می‌کنید فهرست شده است. اطلاعات مربوط به پوشش دارویی بخش D در فصل 5 ذکر شده است. خدمات ذکر شده در جدول مزایای پزشکی فقط زمانی پوشش داده می‌شوند که این الزامات برآورده شوند:

- خدمات تحت پوشش Medicare شما باید طبق دستورالعمل‌های پوشش Medicare ارائه شوند.
  - این خدمات (شامل مراقبت‌های پزشکی، خدمات، لوازم، تجهیزات و داروهای بخش B) باید دارای ضرورت پزشکی باشند. ضرورت پزشکی به این معنی است که خدمات، لوازم یا داروها برای پیشگیری، تشخیص یا درمان شرایط پزشکی شما مورد نیاز هستند و استانداردهای پذیرفته شده پزشکی را برآورده می‌کنند.
  - برای اعضای جدید، طرح مراقبت هماهنگ شده MA شما باید حداقل یک دوره انتقال 90 روزه را ارائه خواهیم دهد که در این مدت، طرح جدید MA نیازی به اجازه قبلی برای هیچ دوره درمانی فعالی ندارد، حتی اگر دوره درمان برای خدماتی باشد که توسط ارائه‌دهنده خارج از شبکه شروع شده باشد.
  - شما این خدمات درمانی را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت می‌کنید. در اکثر موارد، خدمات درمانی که از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌کنید تحت پوشش قرار نمی‌گیرند مگر اینکه شرایط اورژانسی یا نیاز فوری به خدمات درمانی وجود داشته باشد یا از طرح ما یا ارائه‌دهنده شبکه ارجاع دریافت کرده باشید. یعنی برای خدماتی که خارج از شبکه ارائه شده است، باید هزینه کامل را به ارائه‌دهنده پرداخت کنید.
  - شما یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (یک PCP) دارید که خدمات مراقبتی شما را ارائه می‌دهد و بر آن نظارت دارد. در بیشتر موارد، PCP شما باید قبل از مراجعه به سایر ارائه‌دهندگان خدمات در شبکه طرح ما، از قبل به شما تأییدیه (ارجاع) بدهد.
  - برخی از خدمات فهرست شده در جدول مزایای پزشکی را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که پزشک شما یا یکی دیگر از ارائه‌دهندگان شبکه از ما تأییدیه قبلی دریافت کند (که برخی اوقات اجازه قبلی نامیده می‌شود) خدمات تحت پوشش که از قبل به تأیید نیاز دارند در جدول مزایای پزشکی پررنگ شده‌اند.
- سایر نکات مهمی که باید در مورد پوشش ما بدانید:

- شما تحت پوشش Medicare و Medicaid هستید. Medicare مراقبت سلامت و داروهای نسخه‌ای را پوشش می‌دهد. Medicaid تسهیم هزینه شما را برای خدمات Medicare، از جمله خدمات بستری در بیمارستان و خدمات سرپایی در بیمارستان، پوشش می‌دهد. Medicaid همچنین خدماتی را که Medicare پوشش نمی‌دهد، مانند خدمات تنظیم خانواده، پوشش می‌دهد.
  - مانند همه طرح‌های درمانی Medicare، ما هر آنچه را که Original Medicare پوشش می‌دهد، پوشش می‌دهیم. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد پوشش و هزینه‌های Original Medicare، به کتابچه راهنمای Medicare و شما 2026 خود مراجعه کنید. آن را به صورت آنلاین در [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مشاهده کنید یا با تماس با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE یک نسخه از آن را دریافت کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.)
  - برای خدمات پیشگیرانه‌ای که به رایگان تحت پوشش Original Medicare هستند، ما آن خدمات را نیز بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهیم.
  - اگر Medicare پوشش هرگونه خدمات جدیدی را در طول 2026 اضافه کند، Medicare یا طرح ما آن خدمات را پوشش خواهد داد.
- اگر واجد شرایط دریافت کمک هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، تا زمانی که شرایط پوششی که در زیر توصیف شده را برآورده کنید برای خدمات ذکر شده در جدول مزایا هیچ مبلغی را پرداخت نمی‌کنید.**
- شما تحت پوشش Medicare و Medicaid هستید. مراقبت‌های سلامت و داروهای نسخه‌ای معمولاً تحت پوشش Medicare هستند. مراقبت‌های بلندمدت، خدمات مبتنی بر جامعه و داروهای بدون نسخه تحت پوشش که در دارونامه طرح‌ها ذکر شده‌اند معمولاً تحت پوشش Medicaid هستند.
- اطلاعات مزایای مهم برای اعضای مبتلا به بیماری‌های مزمن**
- اگر تشخیص داده شود که به بیماری(های) مزمن زیر مبتلا هستید و معیارهای خاصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن باشید.


- اختلالات قلبی عروقی؛
- نارسایی مزمن قلبی؛
- زوال عقل؛

- دیابت ملیتوس؛
- اختلالات مزمن ریوی؛
- بیماری مزمن کلیه (CKD)؛
- اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد مخدر (SUD)؛
- سرطان؛
- اختلالات خود ایمنی؛
- اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک؛
- بیماری مزمن گوارشی؛
- HIV/ایدز؛
- مشکلات سلامت روان مزمن و ناتوان کننده؛
- اختلالات عصبی؛
- سکته مغزی؛
- پس از پیوند عضو؛
- اختلالات نقص ایمنی و اختلالات سرکوب کننده سیستم ایمنی؛
- شرایط مرتبط با اختلال شناختی؛
- شرایط دارای چالش های عملکردی؛
- بیماری های مزمن که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را تحت تأثیر قرار می دهند؛
- شرایطی که نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند تا فرد بتواند عملکرد خود را حفظ یا بازگرداند؛
- اختلالات خونی شدید

ما سالانه شرایط شما را بررسی می کنیم تا مطمئن شویم که واجد شرایط دریافت این مزایا هستید. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد. به شما کمک می کنیم به این مزایا دسترسی پیدا کنید. برای اطلاعات بیشتر یا شروع روند درخواست خود، با خدمات اعضا یا کارشناس هماهنگی مراقبت تماس بگیرید.

توجه: با درخواست کردن این مزایا، به نمایندگان Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) اجازه می دهید از طریق تلفن، پست یا سایر روش های ارتباطی مشخص شده در درخواستان با شما تماس بگیرند.

- برای جزئیات بیشتر، به ردیف مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن در جدول مزایای پزشکی زیر مراجعه کنید.
- برای اطلاع از اینکه دقیقاً واجد شرایط کدام مزایا هستید، با ما تماس بگیرید.

 این سیب، خدمات پیشگیرانه را در جدول مزایای پزشکی نشان می‌دهد.

### جدول مزایای پزشکی

#### آنچه شما پرداخت می‌کنید

#### خدمات تحت پوشش

#### غربالگری آنوریسم آنورت شکمی

برای این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

سونوگرافی غربالگری یکباره و برای افراد در معرض خطر. طرح ما فقط در صورتی هزینه این غربالگری را پرداخت می‌کند که عوامل خطر مشخص را داشته باشید و از پزشک، دستیار پزشک، پرستار متخصص، یا متخصص پرستاری بالینی برای انجام آن ارجاعی دریافت کرده باشید.

#### طب سوزنی برای کمردرد مزمن

هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای خدمات طب سوزنی تحت پوشش Medicare وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:  
 تحت شرایط زیر، تا 12 جلسه ویزیت ظرف 90 روز تحت پوشش است. برای این مزایا، کمردرد مزمن به صورت زیر تعریف می‌شود:

- به مدت 12 ماه یا بیشتر به طول انجامد؛
- غیر اختصاصی، به این معنی که هیچ علت سیستمیک قابل شناسایی ندارد (یعنی با بیماری متاستاتیک، التهابی، عفونی و غیره مرتبط نیست)؛
- به جراحی مرتبط نباشد؛ و
- ارتباطی با بارداری نداشته باشد.

8 جلسه اضافی برای بیمارانی که بهبودی نشان می‌دهند، پوشش داده می‌شود. سالانه بیش از 20 جلسه طب سوزنی مجاز نیست.

اگر بیمار بهبود نیافت یا در حال وخامت است، درمان باید قطع شود.

#### الزامات ارائه‌دهنده:

پزشکان (مطابق تعریف [1][r]1861 قانون تأمین اجتماعی [قانون]) می‌توانند طب سوزنی را مطابق با الزامات ایالتی مربوطه ارائه دهند.

دستیاران پزشک (PA)، پرستاران متخصص (NP)/متخصصان پرستاری بالینی (CNS) (مطابق تعریف [5][aa]1861 قانون) و پرسنل کمکی در صورتی می‌توانند طب سوزنی ارائه دهند که تمام الزامات ایالتی مربوطه را برآورده کرده و دارای موارد زیر باشند:

- مدرک کارشناسی ارشد یا دکترا در طب سوزنی یا طب شرقی از مدرسه‌ای که توسط کمیسیون اعتباربخشی طب سوزنی و طب شرقی (ACAOM) تأیید شده باشد؛ و،
- مجوز معتبر، کامل، فعال و بدون محدودیت برای انجام طب سوزنی در یک ایالت، قلمرو یا ایالت مشترک‌المنافع (یعنی Puerto Rico) ایالات متحده یا District of Columbia.

### خدمات تحت پوشش

### آنچه شما پرداخت می‌کنید

#### طب سوزنی برای کمردرد مزمن (ادامه)

پرسنل کمکی که طب سوزنی ارائه می‌دهند باید تحت نظارت مناسب پزشک، PA یا NP/CNS الزامی بموجب مقررات 42 CFR §§ 410.26 و 410.27 ما باشند.

#### طب سوزنی - روتین\*

تعداد نامحدود ویزیت برای طب سوزنی در سال.

شما مبلغ \$0 را به عنوان پرداخت مشترک می‌پردازید  
 ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

### خدمات آمبولانس

خدمات آمبولانس تحت پوشش، چه برای شرایط اورژانسی و چه غیر اورژانسی، عبارتند از: خدمات آمبولانس با هواپیما، هلیکوپتر و زمینی، به نزدیکترین مرکز مناسب که می‌تواند مراقبت ارائه دهد، در صورتی که برای عضوی فراهم شده باشد که شرایط پزشکی او به گونه‌ای است که سایر وسایل حمل و نقل می‌تواند سلامت فرد را به خطر بیندازد یا در صورتی که از سوی طرح ما مجاز باشد.

اگر خدمات آمبولانس تحت پوشش برای شرایط اورژانسی نباشد، باید مستند شود که وضعیت عضو به گونه‌ای است که سایر وسایل حمل و نقل می‌توانند سلامت فرد را به خطر بیندازند و حمل و نقل با آمبولانس از نظر پزشکی ضروری است.

#### معاینه جسمانی سالانه (مکمل)\*

معاینه جسمانی معمول سالانه خدمات معاینه جسمانی دیگری را هم پوشش می‌دهد که فقط باید توسط پزشک، پرستار متخصص، یا دستیار پزشک ارائه شوند. این معاینه فرصت مناسبی برای تمرکز بر پیشگیری و غربالگری است. طی معاینه جسمانی روتین، پزشک با معاینه بصری، لمس بدن، معاینه از راه گوش و ضربه با انگشت شما را معاینه و مشکلات احتمالی را شناسایی می‌کند. سه مورد آخر به تماس فیزیکی مستقیم نیاز دارند که برای شناسایی مشکلات جسمانی احتمالی ضروری هستند.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.  
 اگر به خدمات بیشتری نیاز باشد، ارائه‌دهندگان شما را به متخصص ارجاع می‌دهد یا در صورت نیاز اجازه قبلی صادر می‌کند.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت میکنید

چک آپ سالانه 

برای ویزیت سالانه سلامت، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.


اگر بیش از 12 ماه است که بخش B را دارید، می‌توانید سالانه یک ویزیت سلامت داشته باشید تا یک طرح پیشگیری شخصی بر اساس وضعیت فعلی سلامت و عوامل خطر خود تهیه یا به‌روزرسانی کنید. این هر 12 ماه یک بار پوشش داده می‌شود.

**توجه:** چک‌آپ سالانه اول شما نباید طی بازه زمانی 12 ماهه از تاریخ انجام معاینه به Medicare خوش آمدید انجام شود. با این حال، پس از اینکه بخش B را برای 12 ماه دریافت کرده باشید، برای پوشش ویزیت‌های سالانه سلامت، نیازی نیست معاینه «به Medicare خوش آمدید» را انجام داده باشید.

اندازه‌گیری تراکم استخوان 

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای سنجش تراکم استخوان تحت پوشش Medicare وجود ندارد.

برای افراد واجد شرایط (به طور کلی، این برای افرادی است که در معرض خطر از دست دادن توده استخوانی یا در معرض خطر پوکی استخوان هستند)، خدمات زیر هر 24 ماه یا در صورت لزوم پزشکی، بیشتر پوشش داده می‌شوند: روش‌هایی برای شناسایی توده استخوانی، تشخیص از دست دادن استخوان یا تعیین کیفیت استخوان، از جمله تفسیر پزشک از نتایج.

غربالگری سرطان سینه (عکس‌های ماموگرافی) 

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

برای ماموگرافی‌های غربالگری تحت پوشش هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

- یک عکس ماموگرافی اولیه بین سنین 35 و 39 سال
- یک ماموگرافی غربالگری هر 12 ماه برای زنان 40 سال به بالا
- معاینه‌های بالینی سینه هر 24 ماه یک بار

ماموگرافی غربالگری برای تشخیص زودهنگام سرطان پستان استفاده می‌شود. پس از مشخص شدن سابقه سرطان پستان و تازمانی که دیگر هیچ علامت یا نشانه‌ای از سرطان پستان وجود نداشته باشد، ماموگرافی‌های مداوم تشخیصی در نظر گرفته می‌شوند و تحت عنوان «آزمایش‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی» در این جدول پوشش داده می‌شوند. مزایای سالانه ماموگرافی غربالگری برای اعضای که علائم یا نشانه‌های سرطان پستان دارند، امکانپذیر نیست.

## خدمات توانبخشی قلب

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

برنامه‌های جامع خدمات توانبخشی قلبی که شامل ورزش، آموزش و مشاوره است، برای اعضای که شرایط خاصی را طبق دستور پزشک دارند، پوشش داده می‌شود. طرح درمانی همچنین هزینه برنامه‌های فشرده توانبخشی قلب را، که نسبت به برنامه‌های توانبخشی قلب فشرده‌تر یا شدیدتر هستند، پرداخت می‌کند.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش

## ویزیت کاهش خطر ابتلا به بیماری قلبی عروقی (مداوا برای بیماری قلبی عروقی)



ما هزینه یک ویزیت در هر سال را برای پزشک مراقبت اولیه شما پوشش می‌دهیم تا احتمال بروز بیماری‌های قلبی در شما کمتر شود. در طول این ویزیت، پزشک شما ممکن است در مورد استفاده از آسپرین (در صورت لزوم) صحبت کند، فشار خون شما را بررسی کند و نکاتی را برای اطمینان از تغذیه سالم به شما ارائه دهد.

برای مزایای پیشگیری از بیماری‌های قلبی عروقی با رفتار درمانی فشرده هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

## آزمایش‌های غربالگری بیماری‌های قلبی عروقی



آزمایش خون برای تشخیص بیماری‌های قلبی عروقی (یا ناهنجاری‌های مرتبط با خطر بالای بیماری‌های قلبی عروقی) هر 5 سال (60 ماه) یک بار.

برای آزمایش بیماری‌های قلبی عروقی که هر 5 سال یک بار پوشش داده می‌شود هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

## غربالگری سرطان رحم و دهانه رحم



خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- برای تمامی زنان: تست پاپ اسمیر و لگن خاصره هر 24 ماه یک بار پوشش داده می‌شود
- اگر در معرض خطر بالای سرطان دهانه رحم یا واژن هستید یا در سن باروری هستید و در 3 سال گذشته آزمایش پاپ اسمیر غیرطبیعی داشته‌اید: یک آزمایش پاپ اسمیر هر 12 ماه یک بار

برای معاینات پاپ اسمیر و لگن پیشگیرانه تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

## خدمات کایروپراکتیک (تحت پوشش Medicare)

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- ما فقط دستکاری دستی ستون فقرات برای اصلاح نیمه در رفتگی را پوشش می‌دهیم.
- هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای خدمات کایروپراکتیک تحت پوشش Medicare وجود ندارد.

## خدمات مدیریت و درمان درد مزمن

خدمات ماهانه تحت پوشش برای افراد مبتلا به درد مزمن (درد مداوم یا عودکننده که بیش از 3 ماه طول می‌کشد). خدمات ممکن است شامل ارزیابی درد، مدیریت دارو و هماهنگی و برنامه‌ریزی مراقبت باشد.

بسته به خدمات ارائه شده در طول دوره درمان، سهم هزینه برای این خدمت متفاوت خواهد بود.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید



## غربالگری سرطان روده بزرگ

آزمایش‌های غربالگری زیر پوشش داده می‌شوند:

- کلونوسکوپی هیچ محدودیت سنی حداکثری یا حداقلی ندارد و برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار ندارند، هر 120 ماه یک بار (10 سال) یا برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا به سرطان روده بزرگ قرار ندارند 48 ماه پس از سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر قبلی، و برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار دارند هر 24 ماه یک بار پس از کلونوسکوپی غربالگری قبلی، تحت پوشش قرار می‌گیرد.
- کولونوگرافی تو موگرافی کامپیوتری برای بیماران 45 سال و بالاتر که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال نیستند و زمانی پوشش داده می‌شود که حداقل 59 ماه از ماهی که آخرین غربالگری کولونوگرافی تو موگرافی انجام شده یا 47 ماه از ماهی که آخرین غربالگری سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوسکوپی غربالگری انجام شده، گذشته باشد. برای بیمارانی که در معرض خطر بالای سرطان کولورکتال هستند، هزینه کولونوگرافی تو موگرافی کامپیوتری غربالگری را که حداقل 23 ماه پس از ماهی که آخرین غربالگری کولونوگرافی تو موگرافی کامپیوتری یا آخرین کولونوسکوپی غربالگری انجام شده است، ممکن است پرداخت شود.
- سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر برای بیماران سنین 45 سال و بالاتر. هر 120 ماه یک بار برای بیمارانی که در خطر بالای ابتلا قرار ندارند پس از اینکه بیمار کلونوسکوپی غربالگری را انجام داده است. هر 48 ماه یک بار برای بیمارانی که خطر از آخرین سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر یا کولونوگرافی تو موگرافی رایانه‌ای.
- آزمایش‌های غربالگری خون مخفی مدفوع برای بیماران سنین 45 سال و بالاتر. هر 12 ماه یک بار.
- آزمایش چندمنظوره DNA مدفوع برای بیمارانی که 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای قرار داشتن در معرض خطر بالا را برآورده نکنند. هر 3 سال یک بار.
- آزمایش‌های زیست‌نشانگرهای میتنی بر خون برای بیمارانی که 45 تا 85 سال سن دارند و معیارهای در معرض خطر بالا قرار داشتن را برآورده نکنند. هر 3 سال یک بار.
- در صورتی که آزمایش غربالگری غیرتهاجمی میتنی بر مدفوع Medicare با پاسخ مثبت همراه باشد، آزمایش‌های غربالگری سرطان روده بزرگ شامل یک کلونوسکوپی تکمیلی خواهد بود.
- آزمایش‌های غربالگری سرطان کولورکتال شامل سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر غربالگری برنامه‌ریزی شده یا کولونوسکوپی غربالگری است که شامل برداشتن بافت یا ماده دیگر یا سایر روش‌هایی است که در ارتباط با، در نتیجه و در همان مواجهه بالینی با آزمایش غربالگری انجام می‌شود.

برای معاینه غربالگری سرطان روده بزرگ تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

اگر پزشک شما در طول کلونوسکوپی یا سیگموئیدوسکوپی انعطاف‌پذیر، پولیپ یا بافت دیگری پیدا و خارج کند، آزمایش غربالگری به یک آزمایش تشخیصی تبدیل می‌شود.

## خدمات تحت پوشش


## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات دندانپزشکی (تحت پوشش Medicare)

هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای این خدمات وجود ندارد.

به‌طور کلی، خدمات دندانپزشکی پیشگیرانه (مثل پاک‌سازی، معاینه‌های دندانپزشکی روتین، و تصاویر اشعه X) تحت پوشش Original Medicare نیستند.

اما، تحت شرایط محدودی، بخصوص وقتی که خدمات دندانپزشکی بخشی جدایی‌ناپذیر از درمانی خاص برای شرایط پزشکی اولیه فرد باشد، Medicare هزینه این خدمات را پرداخت می‌کند. مثال‌هایی از این خدمات شامل بازسازی فک پس از شکستگی یا آسیب‌دیدگی، کشیدن دندان به‌منظور آماده‌سازی برای پرتودرمانی سرطان درگیرکننده فک، یا معاینات دهانی قبل از پیوند اعضا هستند.


**غربالگری افسردگی**

برای یک ویزیت سالانه غربالگری افسردگی، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

ما سالانه یک غربالگری برای افسردگی را پوشش می‌دهیم. این غربالگری باید در مرکز مراقبت اولیه‌ای انجام شود که قادر به ارائه درمان پیگیری یا ارجاع باشد.


**غربالگری دیابت**

برای تست‌های غربالگری دیابت تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

اگر هر یک از این عوامل خطر را داشته باشید، ما این غربالگری (شامل آزمایش گلوکز ناشتا) را پوشش می‌دهیم: فشار خون بالا (پرفشاری)، سابقه سطح غیرطبیعی کلسترول و تری‌گلیسیرید (دی‌اس‌لیپیدمی)، چاقی یا سابقه قند خون بالا (گلوکز). در صورت داشتن سایر شرایط، مانند اضافه وزن و سابقه خانوادگی دیابت، ممکن است آزمایش‌ها نیز تحت پوشش قرار گیرند. پس از تاریخ آخرین آزمایش غربالگری دیابت، شما هر 12 ماه یکبار واجد شرایط انجام حداکثر 2 غربالگری دیابت می‌شوید.


**آموزش خودمدیریتی دیابت، خدمات و لوازم دیابت\***

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.

برای همه افرادی که دیابت دارند (مصرف‌کنندگان انسولین و غیر انسولین). خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

ما هزینه خرید لوازم دیابتی از تولیدکنندگان ترجیحی را بدون اجازه قبلی تحت پوشش قرار می‌دهیم.

- برخی از لوازم دیابتی، از جمله محصولات آزمایش قند خون، محدود به برندها و تولیدکنندگان خاصی هستند. محصولات دیابتی ترجیحی، برندهای Trividia Health (TrueMetrix) هستند. جدیدترین فهرست این تأمین‌کنندگان محصولات دیابتی در وبسایت ما موجود است. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به دارونامه طرح ما مراجعه کنید یا برای اطلاعات بیشتر با خدمات اعضا تماس بگیرید.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید



## آموزش خودمدیریتی دیابت، خدمات و لوازم دیابت (ادامه)

- لوازم مورد نیاز برای پایش قند خون: دستگاه اندازه‌گیری قند خون، نوارهای تست قند خون، دستگاه‌های لانسیت و سوزن‌ها، و محلول‌های کنترل قند خون برای بررسی دقت نوارهای تست و دستگاه.
  - دستگاه‌های اندازه‌گیری قند خون (قند)
    - اقلام خاصی که پزشکتان برای استفاده شما در خانه سفارش داده است.
    - دستگاه‌های اندازه‌گیری قند خون با برند ترجیحی نیازی به اجازه قبلی ندارند.
    - نوارهای تست گلوکز خون (قند)
      - نوارهای تست قند خون با برند ترجیحی نیازی به اجازه قبلی ندارند.
      - ممکن است به تأمین 30 روزه در هر بار تمدید نسخه محدود شود.
      - محلول‌های کنترل گلوکز به‌منظور بررسی دقت نوارهای تست و مانیتورها.
        - برای افراد دیابتی که بیماری شدید پای دیابتی دارند: در هر سال تقویمی یک جفت کفش‌های درمانی با قالب سفارشی (شامل کفی‌های ارائه‌شده با چنین کفش‌هایی) و 2 جفت کفی اضافی، یا یک جفت کفش عمقی و 3 جفت کفی (شامل کفی‌های متحرک غیر سفارشی ارائه‌شده با چنین کفش‌هایی نمی‌شود). پوشش شامل متناسب‌سازی می‌شود.
        - آموزش خودمدیریتی دیابت تحت شرایط خاصی پوشش داده می‌شود.
        - خدمات یابت تحت پوشش Medicare عبارتند از:
          - معاینه سالانه چشم و آزمایش‌های آب سیاه
          - معاینه پا
          - خدمات تغذیه درمانی پزشکی (MNT)
- در صورتی که نسخه داشته باشید و آن را از داروخانه‌های خرده‌فروشی عضو شبکه یا از طریق برنامه داروخانه پستی دریافت کنید، داروهای‌تان تحت پوشش قرار می‌گیرند.
- اگر برای بیماری شبکه دیابتی یا غربالگری آب‌سیاه چشم به معاینه چشم نیاز دارید، برای خدمات پزشکی، به بخش «مراقبت‌های بینایی» در این جدول مراجعه کنید.
- اگر به دیابت مبتلا هستید و برای معاینه پا باید به دکتر مراجعه کنید، به بخش «خدمات مربوط به مشکلات پا» در این جدول مراجعه کنید.
- اگر به دیابت مبتلا هستید و به خدمات تغذیه‌درمانی پزشکی (MNT) نیاز دارید، به بخش «تغذیه‌درمانی پزشکی» مراجعه کنید.
- برای لوازم بیماری دیابت، کفش‌های افراد مبتلا به دیابت، و کفی کفش ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

## تجهیزات پزشکی ماندگار (DME) و لوازم مرتبط

- برای تعریف تجهیزات پزشکی ماندگار، به فصل 12 و همچنین فصل 3 این سند مراجعه کنید.)
- اقلام تحت پوشش شامل اما نه محدود به موارد زیر است: صندلی چرخدار، چوب زیر بغل، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابتی، تخت‌های بیمارستانی سفارش داده شده توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل، پمپ‌های تزریق IV، وسایل تولید گفتار، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر و واکر.
- ما تمام DME‌های ضروری پزشکی تحت پوشش Original Medicare را پوشش می‌دهیم. در صورتی که تأمین‌کننده ما در منطقه شما محصول یک برند یا تولیدکننده را نداشت، شما می‌توانید سؤال کنید که آیا می‌توانند آن را برای شما سفارش دهند یا خیر. جدیدترین فهرست تأمین‌کنندگان در وبسایت ما به آدرس [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) موجود است.
- هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای این خدمات وجود ندارد.
- سهم هزینه شما برای پوشش تجهیزات اکسیژن Medicare، هر ماه \$0 است. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- برای سازنده دلخواه به اجازه قبلی نیاز نیست.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات درمانی اورژانسی

خدمات درمانی اورژانسی یعنی خدماتی که شرایط زیر را داشته باشند:

- توسط ارائه‌دهنده‌ای که در زمینه خدمات اورژانسی آموزش دیده است ارائه شوند، و
- برای ارزیابی یا تثبیت یک شرایط پزشکی اورژانسی مورد نیاز باشد.

شرایط اورژانس پزشکی زمانی است که شما یا هر فرد دیگری با دانش متوسط در مورد بهداشت و پزشکی، معتقد باشید که علائم پزشکی دارید که نیاز به مراقبت فوری پزشکی برای جلوگیری از مرگ، از دست دادن یک عضو بدن، یا از دست دادن یا آسیب جدی به عملکرد بدن (و اگر شما یک زن باردار هستید، از دست دادن یک کودک متولد نشده)، از دست دادن یک اندام یا از دست دادن کارکرد یک اندام دارد. علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب‌دیدگی، درد شدید، یا شرایط پزشکی باشد که به سرعت در حال وخیم‌تر شدن است.

تسهیم هزینه برای خدمات اورژانسی ضروری که خارج از شبکه دریافت می‌کنید مشابه زمانی است که این خدمات را در داخل شبکه دریافت می‌کنید.

مراقبت‌های اورژانسی خارج از ایالات متحده (U.S.) ممکن است تحت پوشش مزایای پوشش اورژانسی جهانی قرار گیرند. ما حداکثر \$50,000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل‌ونقل اضطراری، مراقبت فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس از تثبیت ارائه می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به "پوشش مراقبت‌های اورژانسی جهانی" در این جدول مراجعه کنید.

## مزایای تناسب اندام (تکمیلی) \*

طرح ما عضویت در مراکز تناسب اندام شرکت‌کننده در طرح را به شما ارائه می‌دهد. اگر قادر نیستید به مراکز تناسب اندام مراجعه کنید یا ترجیح می‌دهید در خانه هم ورزش کنید، می‌توانید بسته تناسب اندام در خانه را انتخاب کنید. این بسته به شما کمک می‌کند فعالیت بدنی‌تان را در خانه حفظ کنید. گزینه‌های تناسب اندام در خانه شامل انتخاب ردياب تناسب اندام، کیت‌های تمرین قدرتی یا یوگا می‌شود.

اگر تصمیم گرفتید که در مراکز تناسب اندام ورزش کنید، برای شروع می‌توانید وارد وبسایت شوید و مکان مورد نظرتان را انتخاب کنید، یا مستقیماً به یکی از مراکز تناسب اندام همکار طرح بروید. مراکز و باشگاه‌های زنجیره‌ای تناسب اندام همکار طرح ممکن است با توجه به موقعیت مکانی متفاوت باشند و گاهی اوقات تغییر می‌کنند. بسته‌ها هم ممکن است گاهی اوقات تغییر کنند.

برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی \* 

## برنامه‌های مدیریت سلامتی

ما برنامه‌هایی برای کمک به شما در مدیریت یک بیماری تشخیص داده شده داریم. این برنامه‌ها شامل موارد زیر است:

- مدیریت آسم.
- مدیریت افسردگی.
- مدیریت دیابت.
- مدیریت پرفشاری خون.
- مدیریت بیماری‌های قلبی عروقی (CVD).

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.

اگر مراقبت‌های اورژانسی را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اورژانسی‌تان به مراقبت تحت بستری نیاز داشته باشید، باید به بیمارستان عضو شبکه بازگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش باشد «یا» باید مراقبت تحت بستری‌تان را در بیمارستان خارج از شبکه انجام دهید که از سوی طرح مجوز داشته باشد و هزینه شما تسهیم هزینه‌ای است که در یک بیمارستان عضو شبکه پرداخت می‌کنید.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. قبل از شروع یا تغییر روتین تمرینی خود حتماً با دکترتان مشورت کنید.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.

### آنچه شما پرداخت می‌کنید

### خدمات تحت پوشش



#### برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی \* (ادامه)

- مدیریت بیماری‌های مزمن انسدادی ریه (COPD).
  - برنامه بارداری.
- مطالب آموزشی و نکات مراقبتی موجود است. همچنین می‌توانیم به شما در همکاری با ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان کمک کنیم.
- ثبت‌نام در برنامه‌های مدیریت سلامت:
- شما به‌طور خودکار در برنامه (هایی) ثبت‌نام می‌شوید که بر اساس داده‌های پزشکی یا دارویی، نیازهای شما را به بهترین نحو برآورده می‌کنند.
  - همچنین می‌توانید از طریق ارائه‌دهنده خدمات درمانی یا با مراجعه حضوری ثبت‌نام کنید. برای ثبت‌نام، الزامات خاصی وجود دارد که باید آنها را رعایت کنید.
- لغو ثبت‌نام در برنامه‌های مدیریت سلامت:
- این برنامه‌ها داوطلبانه هستند و شما می‌توانید در هر زمان انتخاب کنید که از یک برنامه حذف شوید.

می‌توانید با تماس با «بخش مدیریت سلامت» ما اطلاعات بیشتری کسب کنید یا در هر یک از برنامه‌های فوق ثبت‌نام کنید: با شماره: (866) 2320-891 (TTY: 711)، دوشنبه تا جمعه از ساعت 6 a.m. تا 6 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید.

#### برنامه‌های ارتقای سلامتی

- برنامه‌های دیگری نیز برای تقویت سلامت و سبک زندگی شما طراحی شده‌اند، مانند:
- برنامه کنترل وزن.

برای کسب اطلاعات و/یا مطالب مربوط به کنترل وزن با این شماره تماس بگیرید:  
 472-9483 (866) (TTY/TDD: 711)، دوشنبه تا جمعه از ساعت 6 a.m. تا 6 p.m. (به وقت استاندارد اقیانوس آرام).

#### خط تلفن مشاوره پرستاری

چه اینکه نگرانی فوری در مورد سلامتی داشته باشید، چه در مورد شرایط پزشکی سؤالی داشته باشید یا اطلاعات کلی در مورد منابع سلامت موجود بخواهید، خط مشاوره پرستار 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس است. شماره تلفن خطر رایگان «مشاوره پرستار»:

انگلیسی و اسپانیایی 208-8809 (888)، TTY: 711

یک پرستار رسمی به شما کمک می‌کند تا بفهمید که آیا می‌توانید مراقبت خود را در خانه مدیریت کنید یا به رسیدگی یک پزشک متخصص نیاز دارید.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش

 برنامه‌های آموزش سلامت و تندرستی \* (ادامه)

در هر زمان، روز یا شب، برای صحبت با یک پرستار رسمی در مورد بیماری‌ها یا جراحات تماس بگیرید.

- نیازی به ارجاع یا اجازه قبلی نیست.

این خدمات برای موارد اورژانسی در نظر گرفته نشده است. در موارد اورژانسی، فوراً با 911 تماس بگیرید.

## خدمات شنوایی

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.

ارزیابی‌های تشخیصی شنوایی و تعادل که توسط ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما انجام می‌شود تا مشخص شود که آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر، در صورت دریافت آنها از پزشک، متخصص شنوایی‌سنجی یا سایر ارائه‌دهندگان واجد شرایط، به عنوان مراقبت‌های سرپایی تحت پوشش قرار می‌گیرند.

معاینه‌های تشخیصی شنوایی و تعادل تحت پوشش تحت پوشش Medicare به تعیین اینکه آیا به درمان پزشکی نیاز دارید یا خیر، کمک می‌کند.

این معاینه فقط بر اساس نیاز پزشکی، مانند از دست دادن شنوایی به دلیل بیماری، کسالت، آسیب یا جراحی انجام می‌شود.

## خدمات شنوایی (تکمیلی)\*

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد.

علاوه بر خدمات شنوایی تحت پوشش Medicare، هر سال تقویمی یک بار می‌توانید تست شنوایی روتین را انجام دهید. پس از تست شنوایی روتین، مشخص می‌شود که آیا شرایط دریافت وسایل کمک شنوایی را دارید یا خیر.

به‌منظور یافتن ارائه‌دهندگان خدمات شنوایی داخل شبکه نزدیک به شما به یکی از روش‌های زیر اقدام کنید:

1. با بخش خدمات اعضای ما تماس بگیرید، یا
2. آنلاین جستجو کنید – با استفاده از ابزار جستجوی آنلاین ارائه‌دهندگان خدمات شنوایی تکمیلی ما به‌نشانی [MolinaHealthcare.com/Medicare](https://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

نصب / ارزیابی سمعک را می‌توان یک بار در سال تقویمی انجام داد.

اگر به شما گفته شود که به سمعک نیاز دارید، می‌توانید در هر 2 سال یک بار، حداکثر 2 سمعک پیش‌انتخاب‌شده را از یک ارائه‌دهنده تأییدشده طرح برای هر دو گوش دریافت کنید.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت میکنید

غریبالگری HIV 

برای اعضای واجد شرایط غریبالگری HIV پیشگیرانه تحت پوشش Medicare هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

برای افرادی که درخواست آزمایش غریبالگری HIV میکنند یا در معرض خطر بالای ابتلا به عفونت HIV هستند، موارد زیر را پوشش می‌دهیم:

- معاینه دهان هر 12 ماه یکبار
- اگر باردار هستید، موارد زیر را پوشش می‌دهیم:
- حداکثر 3 آزمایش غریبالگری در طول بارداری.

## ارائه‌دهنده مراقبت درمانی در خانه

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمات وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

قبل از دریافت خدمات درمانی در خانه، پزشک باید تأیید کند که شما به خدمات درمانی در خانه نیاز دارید و دستور می‌دهد که خدمات مراقبت درمانی در خانه توسط یک آژانس خدمات درمانی در خانه ارائه شود. باید خانه‌نشین شده باشید، یعنی ترک خانه برای تان به شدت دشوار باشد.

این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:

- پرستاری حرفه‌ای دوره‌ای یا پار موقت و کمک‌های مراقبت درمانی در خانه (تحت پوشش مزیت مراقبت درمانی در خانه، پرستاری تخصصی و خدمات کمک‌رسانی مراقبت درمانی در خانه باید در مجموع کمتر از 8 ساعت در روز و 35 ساعت در هفته باشد).
- فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی
- خدمات پزشکی و اجتماعی
- تجهیزات و لوازم پزشکی

## تزریقات در منزل

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

تزریق درمانی در منزل شامل تزریق داخل وریدی یا زیر جلدی دارو یا مواد بیولوژیکی به فرد در خانه است. اجزای مورد نیاز برای انجام تزریق در منزل شامل دارو (به عنوان مثال، داروهای ضد ویروسی، گلوبولین ایمنی)، تجهیزات (به عنوان مثال، پمپ) و لوازم (به عنوان مثال، لوله و کاتتر) است. این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:

- خدمات حرفه‌ای از جمله خدمات پرستاری، که طبق طرح خدمات درمانی شما ارائه می‌شود
- آموزش و تحصیلات بیمار که در غیر این صورت تحت پوشش مزایای تجهیزات پزشکی ماندگار نیست.
- پایش از راه دور
- خدمات پایشی برای ارائه تزریقات در منزل و تزریق دارو در منزل که زیر نظر یک ارائه‌دهنده خدمات تزریقات واجد شرایط ارائه می‌شود

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت میکنید

## مراقبت در آسایشگاه بیماران لا علاج

هنگامی که در یک برنامه آسایشگاه بیماران لا علاج دارای تأیید Medicare ثبت نام میکنید، هزینه خدمات آسایشگاه شما و خدمات بخش A و بخش B مربوط به تشخیص بیماری لا علاج شما توسط Original Medicare پرداخت میشود، نه Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

هزینه خدمات مشاوره درون آسایشگاه برای بیمار لا علاجی که شخصاً مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است توسط طرح ما تحت پوشش قرار میگیرد (فقط یک بار). برای بیمارانی که واجد شرایط این مزایا هستند، این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

شما زمانی واجد شرایط دریافت مزایای مراقبت از بیماران لا علاج هستید که پزشک و مدیر پزشکی مراقبت از بیماران لا علاج، تشخیص بیماری لا علاج به شما داده باشند که تأیید کند شما بیماری لا علاجی دارید و در صورت روند طبیعی بیماری، 6 ماه یا کمتر زنده خواهید ماند. شما میتوانید از هر برنامه مراقبت از بیماران لا علاج مورد تأیید Medicare دریافت کنید. طرح ما موظف است به شما در یافتن برنامه‌های مراقبت از بیماران لا علاج مورد تأیید Medicare در منطقه خدمات‌رسانی طرح ما، از جمله برنامه‌هایی که مالک یا کنترل‌کننده آن هستیم یا دارای منافع مالی در آن هستیم کمک کند. پزشک مراقبت از بیماران لا علاج شما میتواند یک ارائه‌دهنده شبکه یا یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه باشد.

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- داروهای کنترل علائم و تسکین درد
- مراقبت‌های فرجه‌ای کوتاه‌مدت
- مراقبت در منزل

وقتی در یک آسایشگاه بستری می‌شوید، حق دارید در طرح ما بمانید؛ اگر در طرح ما بمانید، باید به پرداخت حق بیمه طرح ادامه دهید.

**برای خدمات آسایشگاه بیماران لا علاج و برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B**

**و مرتبط با تشخیص بیماری لا علاج شما:** Original Medicare (و نه طرح ما) هزینه خدمات آسایشگاهی شما و هرگونه خدمات بخش A و بخش B مربوط به پیش‌آگهی بیماری لا علاجتان را به ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاهی‌تان پرداخت خواهد کرد. در مدتی که در برنامه آسایشگاه هستید، ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاه شما هزینه خدماتی را که Original Medicare بابت آنها پرداخت می‌کند، از Original Medicare اخذ خواهد کرد. هزینه شما به صورت تسهیم هزینه Original Medicare محاسبه خواهد شد.

**برای خدمات تحت پوشش Medicare Part A یا B که مرتبط با تشخیص بیماری لا علاج شما**

**نیستند:** اگر به خدمات غیر اورژانسی و غیر فوری تحت پوشش Medicare Part A یا B نیاز دارید که به تشخیص بیماری لا علاج شما مربوط نمی‌شوند، هزینه این خدمات به این بستگی دارد که آیا از ارائه‌دهنده‌ای در شبکه طرح ما استفاده میکنید و از قوانین طرح پیروی میکنید یا خیر (مانند اینکه آیا نیاز به دریافت اجازه قبلی وجود دارد یا خیر).

- اگر خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده شبکه دریافت کنید و از قوانین طرح برای دریافت خدمات پیروی کنید، فقط مبلغ تسهیم هزینه طرح ما را برای خدمات درون شبکه پرداخت میکنید.
- اگر خدمات تحت پوشش را از یک ارائه‌دهنده خارج از شبکه دریافت کنید، تسهیم هزینه را تحت پوشش Original Medicare پرداخت میکنید.

**برای خدماتی که تحت پوشش Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**

**هستند اما تحت پوشش Medicare Part A یا B نیستند:** Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) همچنان خدمات تحت پوشش طرح را که تحت پوشش بخش A یا B نیستند پوشش میدهد، چه مربوط به تشخیص بیماری لا علاج شما باشند چه نباشند. شما مبلغ تسهیم هزینه طرح ما را برای این خدمات پرداخت میکنید.

### خدمات تحت پوشش

### آنچه شما پرداخت می‌کنید

#### مراقبت آسایشگاهی (ادامه)

برای داروهایی که ممکن است تحت پوشش مزایای بخش D طرح ما قرار گیرد: اگر این داروها ربطی به بیماری لا علاج شما در آسایشگاه نداشته باشند، شما تسهیم هزینه را پرداخت می‌کنید. اگر مربوط به بیماری لا علاج شما در آسایشگاه باشند، تسهیم هزینه Original Medicare را پرداخت می‌کنید. داروها هرگز به طور همزمان تحت پوشش آسایشگاه بیماران لا علاج و طرح درمانی ما قرار نمی‌گیرند. برای اطلاعات بیشتر، به فصل 5، بخش 9.4 مراجعه کنید.

**توجه:** اگر به مراقبت‌های غیر آسایشگاهی نیاز دارید (مراقبت‌هایی که به تشخیص بیماری لا علاج شما مربوط نمی‌شوند)، برای هماهنگی خدمات با ما تماس بگیرید.

هزینه خدمات مشاوره درون آسایشگاه برای بیمار لا علاجی که شخصاً مزایای آسایشگاه را انتخاب نکرده است توسط طرح ما تحت پوشش قرار می‌گیرد (فقط یک بار).



#### ایمن‌سازی

خدمات پزشکی تحت پوشش Medicare Part B عبارتند از:

برای واکسن‌های ذات‌الریه، سرماخوردگی/آنفولانزا، هپاتیت B و COVID-19 هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

- واکسن ذات‌الریه
  - واکسن آنفولانزا، یک بار در هر فصل شیوع آنفولانزا در پاییز و زمستان، با واکسن‌های آنفولانزای اضافی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد
  - واکسن هپاتیت B در صورتی که ریسک ابتلا به هپاتیت B در شما بالا یا متوسط باشد
  - واکسن COVID-19
  - سایر واکسن‌ها در صورتی که تحت پوشش قرار می‌گیرند که در معرض خطر باشید و واکسن‌های مربوطه با مقررات پوشش بخش Medicare Part B مطابقت داشته باشند
- ما همچنین اکثر واکسن‌های دیگر بزرگسالان را تحت مزایای دارویی بخش D خود پوشش می‌دهیم. برای اطلاعات بیشتر به بخش 8 از فصل 6 مراجعه کنید.

#### مراقبت‌های بستری در بیمارستان

شما برای روزهای 1 تا 90 بستری در بیمارستان در هر دوره مزایا \$0 پرداخت می‌کنید.

شامل بستری شدن در بیمارستان برای بیماری‌های حاد، بستری توانبخشی، مراقبت بلندمدت در بیمارستان و سایر انواع خدمات بستری در بیمارستان می‌شود. مراقبت‌های بستری در بیمارستان از روزی شروع می‌شود که رسماً با دستور پزشک در بیمارستان بستری می‌شوید. روز قبل از ترخیص، آخرین روز بستری شما است.

طرح ما همچنین 60 «روز تأمین مادام‌العمر» را پوشش می‌دهد. چنین روزهایی، روزهای «اضافه‌ای» هستند که ما آن را پوشش می‌دهیم. در صورتیکه بیش از 90 روز در هر دوره مزایا بیمارستان بستری شوید، می‌توانید از این روزهای اضافی استفاده کنید. اما پس از استفاده از این 60 روز اضافی، پوشش بستری در بیمارستان شما به 90 روز در هر دوره مزایا محدود خواهد شد.

این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:

- اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد)
- وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص
- خدمات پرستاری معمولی
- هزینه‌های واحدهای مراقبت ویژه (مثل آی‌سی‌یو یا سی‌سی‌یو)
- داروها
- تست‌های آزمایشگاهی
- عکس برداری با اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی
- لوازم جراحی و پزشکی ضروری

### خدمات تحت پوشش

### آنچه شما پرداخت می‌کنید

#### مراقبت‌های بستری در بیمارستان (ادامه)

- استفاده از لوازم، مانند صندلی چرخدار
- هزینه اتاق عمل و اتاق احیاء
- فیزیوتراپی، کار درمانی و زبان گفتار درمانی
- خدمات سوء مصرف مواد به صورت بستری

اگر پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود، مراقبت بستری مجاز را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، هزینه شما تسهیم هزینه‌ای است که در یک بیمارستان شبکه پرداخت می‌کنید.

**ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.**

- در برخی موارد، انواع پیوندهایی که در ادامه آمده‌اند تحت پوشش است: قرنیه، کلیه، کلیه/پانکراس، قلب، کبد، ریه، قلب/ریه، مغز استخوان، سلول‌های بنیادی، و روده‌ای/چنداحشایی. اگر به پیوند عضو نیاز دارید، ما ترتیب بررسی پرونده شما توسط یک مرکز پیوند مورد تأیید Medicare را می‌دهیم که تصمیم می‌گیرد آیا شما کاندید پیوند عضو هستید یا خیر. ارائه‌دهندگان خدمات پیوند ممکن است محلی یا خارج از منطقه خدمات‌رسانی باشند. اگر خدمات پیوند عضو درون شبکه ما خارج از الگوی مراقبت جامعه باشد، می‌توانید تا زمانی که ارائه‌دهندگان پیوند عضو محلی مایل به پذیرش نرخ Original Medicare باشند، به صورت محلی اقدام کنید. اگر Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خدمات پیوند عضو را در مکانی خارج از الگوی مراقبت پیوند عضو در جامعه شما ارائه دهد و شما تصمیم به دریافت پیوند در این مکان دور دارید، هزینه‌های اقامت و حمل و نقل مناسب را برای شما و یک همراه ترتیب داده یا پرداخت خواهیم کرد. طرح Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) هزینه‌هایی را که زمان اقامت‌تان، دور از خانه، برای مراقبت‌های پزشکی مرتبط با پیوند، بابت مسکن و غذا پرداخت کرده‌اید، تا سقف روزانه \$150، به شما باز می‌گرداند. علاوه بر این، می‌توانید از طرح ما درخواست کنید هزینه رفت و آمدتان را طبق نرخ‌های استاندارد برای مالیات‌دهندگان که در خدمات درآمد داخلی (IRS) شرح داده شده است و به صورت عمومی منتشر می‌شد به شما باز گرداند. طبق دستورالعمل‌های طرح، حداکثر مبلغ قابل پرداخت بابت کل هزینه‌های سفر، مسکن، غذا، و رفت و آمد معادل پنج هزار دلار (\$5,000) به ازای هر سفر است.
- خون - از جمله نگهداری و امور اجرایی. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده با اولین پاینت خون مورد نیاز شما آغاز می‌شود. تمام اجزای دیگر خون با شروع استفاده از اولین پاینت پوشش داده می‌شوند.
- خدمات پزشک

**توجه:** برای اینکه بیمار بستری تلقی شوید، ارائه‌دهنده خدمات شما باید دستوری را برای پذیرش رسمی شما به عنوان یک بیمار بستری بیمارستان بنویسد. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی تلقی شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید یا بستری، از کارکنان بیمارستان سؤال کنید.

اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان مزایای بیمارستانی Medicare بیابید. برای دریافت این برگه اطلاعات، به وبسایت [www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت میکنید

## خدمات بستری در بیمارستان روانی

خدمات تحت پوشش شامل خدمات مراقبت سلامت روانی می‌شود که نیازمند بستری شدن در بیمارستان هستند.

- شما می‌توانید این خدمات را یا در یک بیمارستان عمومی یا یک بیمارستان روانی که فقط از افراد دارای بیماری‌های روانی مراقبت می‌کند، دریافت کنید.
- اگر در بیمارستان روانی (به جای بیمارستان عمومی) بستری هستید، Medicare فقط هزینه خدمات بستری در بیمارستان روانی تا سقف 190 روز را در طول عمر شما پرداخت می‌کند.
- اگر قبل از ثبت‌نام در طرح ما، بخشی از محدودیت 190 روزه خود را استفاده کرده باشید، تعداد روزهای بستری در کل عمر شما در بیمارستان به میزان تعداد روزهای بستری برای درمان مراقبت از سلامت روان که قبلاً تحت پوشش Medicare در یک بیمارستان روانی بوده است کاهش می‌یابد.
- محدودیت 190 روزه به خدمات سلامت روان که در واحد روان‌پزشکی بیمارستان‌های عمومی ارائه می‌شود اعمال نمی‌شود.
- هیچ محدودیتی برای تعداد دوره‌های مزایای خدمات سلامت روان در بیمارستان عمومی وجود ندارد. همچنین می‌توانید در بیمارستان روانی چندین دوره مزایای درمانی داشته باشید، اما محدودیت 190 روز در طول عمر وجود دارد.

Medicare موارد زیر را پوشش نمی‌دهد:

- پرستاران خصوصی
- تلفن یا تلویزیون در اتاق شما
- اتاق خصوصی (مگر اینکه موارد ضروری از نظر پزشکی باشد)

## بستری: خدمات تحت پوششی که در بیمارستان یا SNF و در طول اقامت بستری که تحت پوشش نیست دریافت می‌کنید

اگر مزایای بستری خود را کاملاً استفاده کرده‌اید یا اگر بستری شدن منطقی و ضروری نیست، ما هزینه بستری شدن شما را پوشش نخواهیم داد. در برخی موارد، ما خدمات خاصی را که در طول بستری بودن در بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی (SNF) دریافت می‌کنید، پوشش خواهیم داد. این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:

- خدمات پزشک
- تست‌های تشخیصی (مثل تست‌های آزمایشگاهی)
- تصاویر رادیولوژی، رادیوم و ایزوتوپ درمانی از جمله مواد و خدمات فنی
- پانسمان‌های جراحی
- وسایل شکسته‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و جا انداختن
- خدمات پزشک/متخصص شامل ویزیت در مطب پزشک نیز می‌شود
- "تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی"
- "پروتزها و تجهیزات مرتبط"
- "خدمات توانبخشی سرپایی"

شما برای روزهای 1 تا 90 بستری در بیمارستان در هر دوره مزایا \$0 پرداخت می‌کنید.

طرح ما همچنین 60 «روز تأمین مادام‌العمر» را پوشش می‌دهد. چنین روزهایی، روزهای «اضافه‌ای» هستند که ما آن را پوشش می‌دهیم. در صورتیکه بیش از 90 روز در هر دوره مزایا بیمارستان بستری شوید، می‌توانید از این روزهای اضافی استفاده کنید. اما پس از استفاده از این 60 روز اضافی، پوشش بستری در بیمارستان شما به 90 روز در هر دوره مزایا محدود خواهد شد.

اگر پس از تثبیت وضعیت اورژانسی خود، مراقبت بستری مجاز را در یک بیمارستان خارج از شبکه دریافت کنید، هزینه شما تسهیم‌هزینه‌ای است که در یک بیمارستان شبکه پرداخت می‌کنید.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

### خدمات تحت پوشش

### آنچه شما پرداخت میکنید

**بستری: خدمات تحت پوششی که در بیمارستان یا SNF و در طول اقامت بستری که تحت پوشش نیست دریافت میکنید (ادامه)**

- دستگاه‌های پروتز و ارتز (به غیر از دندان) که جایگزین تمام یا بخشی از یک عضو داخلی بدن (از جمله بافت مجاور) یا تمام یا بخشی از عملکرد یک عضو داخلی بدن که به طور دائم غیرفعال یا دچار نقص است، از جمله تعویض یا تعمیر چنین دستگاه‌هایی
- بریس، فتق بند و پابند پا، بازو، کمر و گردن، و پاها، بازوها و چشم‌های مصنوعی شامل تنظیمات، تعمیرات و تعویض‌های مورد نیاز به دلیل شکستگی، ساییدگی، از دست دادن یا تغییر در وضعیت جسمی بیمار
- فیزیوتراپی، گفتار درمانی و کار درمانی

### مزایای غذا (تکمیلی)\*

#### وعده‌های غذایی ویژه بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن:

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.  
**ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.**

برای واجد شرایط بودن برای این مزایا، باید دیابت، نارسایی مزمن قلب، اختلالات قلبی عروقی (محدود به آریتمی‌های قلبی، بیماری عروق کرونر قلب، بیماری عروق محیطی و اختلال ترومبوآمبولی مزمن وریدی)، زوال عقل یا اختلالات مزمن ریه، برای شما تشخیص داده شده باشد. «مدیر پرونده» یا پزشکتان درباره لزوم نیاز شما به این مزایا تصمیم‌گیری می‌کند.

این مزایا شامل 14 وعده غذایی در هر ماه، به مدت 12 ماه در سال تقویمی و در مجموع 168 وعده غذایی می‌شود. نوع وعده‌های غذایی بر اساس نیازهای غذایی شما خواهد بود.

مدیر پرونده‌تان و وعده‌های غذایی را برای شما سفارش می‌دهد و به خانه‌تان ارسال می‌کند. اولین وعده غذایی معمولاً ظرف 72 ساعت (3 روز کاری) پس از پردازش سفارشتان ارسال می‌شود. قبل از تاریخ(های) ارسال با شما تماس گرفته خواهد شد.

#### وعده‌های غذایی پس از ترخیص:

این مزایا برای حفظ سلامت و قدرت شما پس از «بستری شدن در بیمارستان» یا «مرکز پرستاری ماهرانه» (SNF) یا برای یک وضعیت پزشکی یا وضعیت پزشکی بالقوه‌ای که نیاز به ماندن شما در خانه برای مدتی دارد، در نظر گرفته شده است. «مدیر پرونده» یا پزشکتان درباره لزوم نیاز شما به این مزایا تصمیم‌گیری می‌کند. در صورتی که بیماری مزمن خاصی داشته باشید، پزشکتان می‌تواند این مزایا را برای شما درخواست کند. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد. این مزایا 2 وعده غذایی در روز به مدت 14 روز و در مجموع 28 وعده غذایی را ارائه می‌دهد. انواع وعده‌های غذایی بر اساس نیازهای غذایی شما تعیین می‌شود. این مزایا را می‌توان تا 4 بار در سال استفاده کرد، که تا سقف 112 وعده غذایی در هر سال تقویمی است. مدیر پرونده‌تان وعده‌های غذایی را برای شما سفارش می‌دهد و به خانه‌تان ارسال می‌کند. اولین وعده غذایی معمولاً ظرف 72 ساعت (3 روز کاری) پس از پردازش سفارشتان ارسال می‌شود. قبل از تاریخ(های) ارسال با شما تماس گرفته خواهد شد.

## آنچه شما پرداخت میکنید

## خدمات تحت پوشش

تغذیه درمانی پزشکی 

این مزایا برای افراد مبتلا به دیابت، بیماری کلیوی (اما نه تحت دیالیز) یا پس از پیوند کلیه در صورت دستور پزشک شما است.

ما 3 ساعت خدمات مشاوره فردی را در طول سال اولی که خدمات تغذیه درمانی پزشکی را تحت Medicare دریافت میکنید (این شامل طرح ما، هر طرح Medicare Advantage دیگر یا Original Medicare می شود) و 2 ساعت در هر سال پس از آن را پوشش می دهیم. اگر شرایط پزشکی، درمان یا تشخیص بیماری شما تغییر کند، ممکن است بتوانید ساعت های درمان بیشتری را بنا به توصیه پزشک دریافت کنید. در صورتی که درمان در سال تقویمی بعدی نیز لازم باشد، پزشک باید این خدمات را تجویز کند و هر سال دستورش را تمدید کند.

برای اعضای واجد شرایط خدمات تغذیه درمانی پزشکی تحت پوشش Medicare، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

برنامه پیشگیری از دیابت Medicare (به اختصار MDPP) 

خدمات MDPP برای افراد واجد شرایط تحت همه طرح های درمانی Medicare پوشش داده می شود.

MDPP یک مداخله تغییر رفتار سلامتی ساختار یافته است که اعضا را در زمینه های تغییر بلندمدت رژیم غذایی، افزایش فعالیت جسمانی، و استراتژی های حل مسئله حفظ کاهش وزن و سبک زندگی سالم آموزش می دهد.

برای مزایای MDPP هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

## داروهای Medicare Part B

این داروها تحت پوشش بخش B از Original Medicare هستند. اعضای طرح ما پوشش را از طریق طرح ما برای این داروها دریافت می کنند. داروهای تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- داروهایی که معمولاً بیمار خودش تزریق نمی کند و در حین دریافت خدمات پزشکی، خدمات سرپایی بیمارستانی یا مرکز جراحی سرپایی به صورت تزریق یا انفوزیون وارد بدن شما می شوند
- انسولین تزریق شده از طریق یکی از تجهیزات پزشکی ماندگار (مثلاً پمپ انسولین که از نظر پزشکی ضروری است)
- سایر داروهایی که با استفاده از تجهیزات پزشکی ماندگار (مانند نبولایزر) مصرف می کنید که طرح ما مجاز شمرده است
- داروی آلزایمر، Leqembi® (نام Lecanemab ژنریک) که به صورت داخل وریدی تزریق می شود. علاوه بر هزینه های دارو، ممکن است قبل و/یا در طول درمان به اسکن ها و آزمایش های اضافی نیاز داشته باشید که می تواند به هزینه های کلی شما اضافه کند. با پزشک خود در مورد اسکن ها و آزمایش هایی که ممکن است به عنوان بخشی از درمان خود نیاز داشته باشید، صحبت کنید.
- فاکتورهای انعقاد خون که در صورت ابتلا به بیماری هموفیلی از طریق تزریق دریافت می کنید

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.

داروهای بخش B ممکن است تابع درمان مرحله ای باشند.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

## آنچه شما پرداخت میکنید

## خدمات تحت پوشش

## داروهای Medicare Part B (ادامه)

- داروهای پیوند عضو/سرکوبکننده سیستم ایمنی: اگر Medicare هزینه پیوند عضو شما را پوشش داده باشد، درمان دارویی پس از پیوند نیز تحت پوشش قرار میگیرد. در زمان انجام عمل پیوندی که تحت پوشش قرار میگیرد، شما باید عضو بخش A باشید و در زمان دریافت داروهای مهارکننده سیستم ایمنی نیز باید عضو بخش B باشید. در صورتی که Medicare Part B هزینه داروهای سرکوبکننده سیستم ایمنی را پوشش ندهد، پوشش دارویی Medicare Part D آنها را پوشش میدهد.
  - اگر خانه نشین هستید، شکستگی استخوان دارید که پزشک تأیید میکند مربوط به پوکی استخوان پس از یائسگی است و نمیتوانید خودتان دارو را تزریق کنید
  - برخی آنتی ژن ها: طرح Medicare آنتی ژن ها را به شرطی پوشش میدهد که پزشک آنها را آماده کند و یک فرد (که میتواند شما، یعنی فرد بیمار باشد) آنها را تحت نظارت مناسب به بیمار بدهد.
  - برخی از داروهای ضد سرطان خوراکی: طرح Medicare برخی از داروهای خوراکی سرطان را که به شکل خوراکی مصرف میکنید، پوشش میدهد به شرطی که همان دارو به شکل تزریقی در دسترس باشد یا دارو یک پیش دارو از داروی تزریقی باشد (شکل خوراکی دارویی که هنگام مصرف، به همان ماده فعال موجود در داروی تزریقی تجزیه میشود). با در دسترس قرار گرفتن داروهای خوراکی سرطان، بخش B ممکن است آنها را پوشش دهد. اگر بخش B آنها را پوشش ندهد، بخش D پوشش میدهد.
  - داروهای خوراکی ضد تهوع: Medicare داروهای ضد تهوع خوراکی را که به عنوان بخشی از رژیم شیمی درمانی ضد سرطان استفاده میکنید، تحت پوشش قرار میدهد به شرطی که قبل، یا در طی 48 ساعت پس از شیمی درمانی تجویز شوند یا به عنوان یک جایگزین درمانی کامل برای یک داروی ضد تهوع داخل وریدی استفاده شوند
  - برخی داروهای خوراکی «نارسایی کلیوی مرحله نهایی» (ESRD) تحت پوشش Medicare Part B
  - داروهای تقلیدکننده کلسیم و جذبکننده فسفات تحت سیستم پرداخت ESRD، از جمله داروی داخل وریدی Parsabiv® و داروی خوراکی Sensipar®
  - داروهای خاص برای دیالیز خانگی، از جمله هپارین، پادزهر هپارین در صورت ضرورت پزشکی و بی حس کننده های موضعی
  - عوامل محرک اریتروپوئز: اگر «بیماری کلیوی مرحله نهایی» (ESRD) دارید یا برای درمان کمخونی ناشی از برخی بیماری های دیگر (مانند Aranesp®، Retacrit®) به این دارو نیاز دارید، Medicare هزینه تزریق اریتروپوئین را پوشش میدهد
  - داروی ایمونوگلوبولین وریدی برای درمان بیماری های نقص ایمنی اولیه در منزل
  - تغذیه تزریقی و روده ای (تغذیه داخل وریدی و لوله ای)
- همچنین بعضی از واکسن ها را تحت مزایای داروهای نسخه ای Medicare Part B و اکثر واکسن های بزرگسالان را تحت مزایای نسخه ای بخش D از طرح Medicare پوشش میدهم.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش

## داروهای Medicare Part B (ادامه)

در فصل 5 مزایای داروی نسخه‌ای بخش D، از جمله قوانینی که باید برای تحت پوشش قرار گرفتن نسخه‌ها رعایت کنید را توضیح داده شده است. هزینه‌ای که برای داروهای نسخه‌ای بخش D در طرح ما پرداخت کنید، در بخش 6 توضیح داده شده است.

در برخی موارد، ما از شما می‌خواهیم که ابتدا داروهای خاصی را برای درمان شرایط پزشکی خود امتحان کنید تا بتوانیم داروی دیگری را برای همان شرایط پوشش دهیم. به عنوان مثال، اگر هر دو داروی A و B بیماری را درمان کنند اما هزینه داروی A در مقایسه با کمتر باشد، ممکن است نیاز باشد که ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای شما مؤثر نبود، داروی B را پوشش خواهیم داد. می‌توانید با مراجعه به [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)، اطلاعات بیشتری در مورد نحوه تعیین نیاز به درمان مرحله‌ای کسب کنید.

## کارت نقدی پیش‌پرداخت\*

وجوه از طریق کارت نقدی ارائه می‌شود که بر اساس فراوانی هر مزیت، تأمین مالی خواهد شد. مبالغ استفاده‌نشده به دوره بعد منتقل نمی‌شوند.

وجوه هر دسته از مزایا در همان کارت نقدی ذخیره می‌شود، اما فقط می‌توان از آنها برای ارقام/خدمات موجود در آن دسته استفاده کرد.

## اقلام بدون نسخه (OTC) و سمک‌های OTC\*

تا سقف \$320 هر 3 ماه، وجوه استفاده‌نشده OTC به سه‌ماهه بعدی منتقل نمی‌شوند.

- اقلام OTC، داروها و محصولات مرتبط با سلامت هستند که نیازی به نسخه پزشک ندارند.
- برای خرید اقلام OTC مورد تأیید طرح و سمک OTC، کمک هزینه دریافت خواهید کرد.

## کاتالوگ داروهای گیاهی\*

- شما می‌توانید از کمک هزینه OTC خود برای خرید اقلام کاتالوگ داروهای گیاهی سلامت و تندرستی استفاده کنید.

تا سقف \$20 در هر ماه. وجوه استفاده‌نشده کمک هزینه تناسب اندام به ماه بعد منتقل نمی‌شود.

## کمک هزینه تناسب اندام\*

- شما مبلغی به‌عنوان کمک هزینه برای مخارج واجد شرایط مربوط به تناسب اندام یا مکان‌های تناسب اندام خواهید داشت.

می‌توانید کاتالوگی را که فهرستی از اقلام تأییدشده برای OTC و داروهای گیاهی سلامت و تندرستی ارائه می‌دهد را در [www.centralhealthplan.com](http://www.centralhealthplan.com) پیدا کنید. قبل از استفاده از کارت نقدی خود، باید آن را فعال کنید. برای دریافت کمک در مورد مزایای کارت نقدی پیش‌پرداخت‌شده، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید (شماره تلفن‌ها در پشت جلد این سند چاپ شده است).

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت میکنید



## غربالگری چاقی و درمان آن به منظور ترغیب به پایین نگه داشتن وزن

اگر شاخص توده بدنی شما 30 یا بیشتر باشد، ما هزینه مشاوره فشرده کاهش وزن شما را پرداخت می‌کنیم. این مشاوره در صورتی پوشش داده می‌شود که آن را در یک مرکز مراقبت اولیه دریافت کنید، جایی که می‌تواند با طرح جامع پیشگیری شما هماهنگ شود. برای اطلاعات بیشتر، با ارائه‌دهنده مراقبت اولیه خود تماس بگیرید.

## خدمات برنامه درمان اعتیاد به مواد مخدر

اعضای طرح ما که اختلال مصرف مواد مخدر (OUD) دارند، می‌توانند از طریق یک برنامه درمان مواد مخدر تحت پوشش Medicare را دریافت کنند. هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

- داروهای درمان دارویی (MAT) آگونیسست و آنتاگونیسست مواد افیونی مورد تأیید سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA)
- توزیع و تجویز داروهای MAT (در صورت وجود)
- خدمات اختلال سوء مصرف مواد
- درمان انفرادی یا گروهی
- آزمایش سم‌شناسی
- فعالیت‌های مصرف مواد
- ارزیابی‌های دوره‌ای

## تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی\*

- این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:
- تصاویر رادیولوژی
  - پرتودرمانی (رادایوم و ایزوتوپ)، شامل مواد و لوازم
  - لوازم جراحی، از قبیل پانسمان
  - وسایل شکست‌بندی، گچ‌گیری و دیگر دستگاه‌های مورد استفاده برای شکستگی و جاندختن
  - تست‌های آزمایشگاهی
  - خون - از جمله نگهداری و امور اجرایی. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده با اولین پاینت خون مورد نیاز شما آغاز می‌شود. تمام اجزای دیگر خون با شروع استفاده از اولین پاینت پوشش داده می‌شوند.
  - آزمایش‌های تشخیصی غیر آزمایشگاهی مانند CT اسکن، EKG، MRI و اسکن PET زمانی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت آنها را برای درمان یک مشکل پزشکی تجویز می‌کنند.
  - سایر آزمایش‌های تشخیصی سرپایی - خدمات تشخیصی غیر رادیولوژیکی مانند EKG قلب، EEG مغز، آزمایش عملکرد ریوی، مطالعات خواب و آزمایش استرس تردمیل.
- هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات رادیولوژی سرپایی به اجازه قبلی نیازی نیست. تست‌های آزمایشگاهی در زمینه ژنتیک به اجازه قبلی نیاز دارند.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی (ادامه)

- خدمات رادیولوژی تشخیصی (اعم از پیچیده و غیر پیچیده) مانند اسکن‌های تخصصی، CT اسکن، PET، SPECT اسکن، MRI، MRA، مطالعات هسته‌ای، سونوگرافی، ماموگرافی تشخیصی و اقدامات رادیولوژی مداخله‌ای (میلوگرام، سیستوگرام، آنژیوگرافی و مطالعات باریم).

## رسیدگی سرپایی در بیمارستان

خدمات مشاهده، خدمات سرپایی بیمارستانی هستند که برای تعیین نیاز به بستری شدن یا امکان ترخیص شما ارائه می‌شوند.

برای اینکه خدمات پایش سرپایی بیمارستانی تحت پوشش قرار گیرد، باید معیارهای Medicare را برآورده کرده و منطقی و ضروری تلقی شوند. خدمات پایش فقط زمانی تحت پوشش قرار می‌گیرند که به دستور پزشک یا شخص دیگری که طبق قانون صدور مجوز ایالتی و آیین‌نامه کارکنان بیمارستان مجاز به پذیرش بیمار آن در بیمارستان یا سفارش آزمایش‌های سرپایی است، ارائه شوند.

**توجه:** در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات دستور کتبی برای پذیرش شما جهت بستری در بیمارستان ن داده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه خدمات سرپایی در بیمارستان را پرداخت می‌کنید. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی تلقی شوید. اگر مطمئن نیستید که سرپایی هستید یا خیر، از کارکنان بیمارستان سوال کنید.

اطلاعات بیشتر را در برگه اطلاعات Medicare با عنوان مزایای بیمارستانی Medicare بیابید. برای دریافت این برگه اطلاعات، به وبسایت [www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf](http://www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf) مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## خدمات سرپایی در بیمارستان

- ما هزینه آن دسته از خدمات ضروری از نظر پزشکی را که در بخش سرپایی بیمارستان به‌منظور تشخیص یا درمان آسیب‌دیدگی‌ها یا بیماری‌ها دریافت می‌کنید پوشش می‌دهیم.
- این خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما تنها به این موارد محدود نمی‌شوند:
- خدمات ارائه‌شده در بخش اورژانس یا کلینیک سرپایی، مثل خدمات معاینه‌ای یا عمل سرپایی
  - تست‌های آزمایشگاهی یا تشخیصی که بیمارستان صورت حساب کرده است
  - خدمات سلامت روان، از جمله خدمات ارائه‌شده به شیوه‌های نیمه بستری، در صورتی که دکتر تصدیق کند که بدون آن به درمان به‌صورت بستری نیاز خواهد بود
  - عکس رادیولوژی و سایر خدمات رادیولوژی که صورت حساب آن توسط بیمارستان صادر می‌شود
  - لوازم پزشکی، مثل وسایل شکسته‌بندی و گچ‌گیری
  - بعضی از دارو‌ها یا بیولوژیک‌ها که نمی‌توانید خودتان مصرف کنید
- هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.
- خدمات سرپایی بیمارستان تحت پوشش سایر مزایای این جدول قرار دارند. این مزایا و سایر مزایای ارائه شده در محیط بیمارستان سرپایی مشاهده کنید:
- «خدمات درمانی اورژانسی»
  - «پوشش اضطراری/ فوری در سراسر جهان»

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات سرپایی در بیمارستان (ادامه)

- «تست‌های تشخیصی سرپایی و خدمات و لوازم درمانی»
  - «جراحی سرپایی، ارائه شده در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی»
  - «بستری جزئی در بیمارستان»
- ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- برای خدمات آزمایشگاهی سرپایی و خدمات رادیولوژی سرپایی به اجازه قبلی نیازی نیست.
- تست‌های آزمایشگاهی در زمینه ژنتیک به اجازه قبلی نیاز دارند.

**توجه:** در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات دستور کتبی برای پذیرش شما جهت بستری در بیمارستان نداده باشد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه خدمات سرپایی در بیمارستان را پرداخت می‌کنید. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی تلقی شوید. اگر مطمئن نیستید که بیمار سرپایی هستید، باید از کارکنان بیمارستان سؤال کنید.

همچنین می‌توانید اطلاعات بیشتری را در برگه اطلاعاتی Medicare با عنوان «آیا شما بستری هستید یا سرپایی؟ اگر Medicare دارید - بپرسید!» برای دریافت این برگه اطلاعات، به «وبسایت» به آدرس <https://es.medicare.gov/publications/11435> **Medicare-Hospital-Benefits.pdf** مراجعه کنید یا با شماره 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به‌صورت رایگان با این شماره‌ها تماس بگیرید.

## خدمات سلامت روان سرپایی

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

خدمات سلامت روان ارائه‌شده توسط روان‌پزشک یا پزشک دارای مجوز ایالتی، روانشناس بالینی، مددکار اجتماعی بالینی، متخصص پرستاری بالینی، مشاور حرفه‌ای دارای مجوز (LPC)، درمانگر از دواج و خانواده دارای مجوز (LMFT)، پرستار متخصص (NP)، دستیار پزشک (PA) یا سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت روان دارای مجوز Medicare که طبق قوانین ایالتی مربوطه مجاز هستند.

پوشش خدمات سلامت روان سرپایی Medicare شما شامل موارد زیر است:

- یک غربالگری افسردگی در هر سال تقویمی. این غربالگری باید در مطب پزشک مراقبت اولیه یا کلینیک مراقبت اولیه‌ای انجام شود که قادر به ارائه درمان بعدی یا ارجاع باشد.
- روان‌درمانی فردی و گروهی با پزشکان یا متخصصان دارای مجوز خاص که از سوی ایالتی که این خدمات را دریافت می‌کنید مجاز هستند.
- مشاوره خانواده، در صورتی که هدف اصلی کمک به درمان شما باشد.
- آزمایش برای فهمیدن اینکه آیا خدمات مورد نیاز خود را دریافت می‌کنید و آیا درمان فعلی شما برایتان مفید است یا خیر.
- ارزیابی روان‌پزشکی.
- مدیریت دارو.

- هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.
- برای غربالگری افسردگی سالانه خود به «غربالگری افسردگی» در این جدول مراجعه کنید.
- اگر به این درمان سرپایی مشکلات روان تحت پوشش Medicare نیاز دارید، به «بستری شدن جزئی» در این جدول مراجعه کنید.
- ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات توانبخشی سرپایی

خدمات تحت پوشش شامل فیزیوتراپی، کاردرمانی و گفتاردرمانی می‌شود. خدمات توانبخشی سرپایی در مراکز مختلف سرپایی، مانند بخش‌های سرپایی بیمارستان، مطب‌های درمانی مستقل و مراکز جامع توانبخشی سرپایی (CORF) ارائه می‌شوند. هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

## خدمات سرپایی اختلال سوء مصرف مواد

ما مراقبت‌های سرپایی برای درمان وابستگی به مواد مخدر یا الکل را بدون استفاده از داروها پوشش می‌دهیم. خدمات ممکن است شامل خدمات سرپایی ویژه و همچنین مشاوره سنتی باشد. هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

جراحی سرپایی، از جمله خدماتی که در مراکز سرپایی بیمارستان و مراکز جراحی سرپایی ارائه می‌شود.

**توجه:** اگر قرار است در یک مرکز بیمارستانی جراحی شوید، باید با ارائه‌دهنده خدمات در مورد بستری یا سرپایی بودن خود چک کنید. در صورتی که ارائه‌دهنده خدمات دستور کتبی برای پذیرش شما جهت بستری در بیمارستان ندهد، شما بیمار سرپایی محسوب می‌شوید و مبالغ تسهیم هزینه جراحی سرپایی را پرداخت می‌کنید. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی تلقی شوید.

## خدمات بستری جزئی در بیمارستان و خدمات سرپایی ویژه

بستری شدن جزئی یک برنامه ساختار یافته درمان روانپزشکی فعال است که به عنوان خدمات سرپایی بیمارستان یا توسط یک مرکز سلامت روان محلی ارائه می‌شود و شدیدتر از مراقبتی است که شما در مطب پزشک، درمانگر، درمان‌گر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT) یا مطب مشاوران حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید و جایگزینی برای بستری شدن در بیمارستان است.

خدمات سرپایی ویژه برنامه‌ای ساختار یافته برای درمان فعالانه سلامت رفتاری (روان) است که در بخش سرپایی بیمارستان، مراکز سلامت روان جامعه، مراکز سلامت دارای گواهینامه فدرال، یا کلینیک‌های سلامت روستایی ارائه می‌شود، و نسبت به خدمات درمانی که در مطب پزشک، درمانگر، درمان‌گر ازدواج و خانواده دارای مجوز (LMFT)، یا دفتر مشاوران حرفه‌ای دارای مجوز دریافت می‌کنید، شدیدتر اما نسبت به بستری جزئی شدت کمتری دارد.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## سیستم واکنش اورژانسی فردی (PERS) (تکمیلی) \*

برای این مزایا \$0 می‌پردازید.  
«مدیر پرونده‌تان» تصمیم می‌گیرد که  
واجد شرایط این مزایا هستید یا خیر. اجازه  
قبلی لازم است.

سیستم واکنش اورژانسی فردی (PERS) نوعی سیستم هشدار پزشکی در خانه است که در مواقع اضطراری می‌تواند برای شما کمک ارسال کند. اگر واجد شرایط باشید، دستگاه همراه، تلفن همراه، یا خط ثابت و آویز کوچکی به شما داده می‌شود که باید همیشه همراهتان باشد. آویز را می‌توانید به گردن، مچ، یا کمر بندتان آویزان کنید. با فشار دادن یک دکمه، به «نماینده مرکز مراقبت» در شرکت ناظر متصل خواهید شد.

اپراتورها 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته در دسترس‌اند و در مواقع اضطراری، با شما روی خط باقی خواهند ماند. اگر به خدمات پزشکی فوری نیاز داشته باشید یا بخواهید یکی از اعضای خانواده‌تان برای کمک به شما بیاید، «نماینده مرکز مراقبت» کمک مورد نیازتان را به شما ارائه می‌دهد.

با استفاده از دستگاه PERS همراه یا ثابت خودتان می‌توانید دکمه‌ای را برای نیازهای غیر اضطراری فعال کنید. اگر احساس تنهایی می‌کنید، می‌خواهید با کسی صحبت کنید، برای زمان‌بندی قرار ملاقات با پزشک به کمک نیاز دارید، می‌خواهید برای حمل و نقل هماهنگ کنید، یا به هرگونه کمک دیگری نیاز دارید، «نماینده مرکز مراقبت» به شما کمک می‌کند و در صورت نیاز، شما را به «خدمات اعضای» Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) یا «مدیر پرونده‌تان» وصل می‌کند تا بتوانید کمک مورد نیازتان را دریافت کنید.

## خدمات پزشکی/متخصص شامل ویزیت در مطب پزشک

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- خدمات مراقبت‌های پزشکی یا جراحی ضروری پزشکی که در مطب پزشک، مرکز جراحی سرپایی مجاز، بخش سرپایی بیمارستان یا هر مکان دیگری دریافت می‌کنید. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- مشاوره، تشخیص و درمان توسط متخصص
- معاینات شنوایی و توازن اولیه که توسط PCP شما ارائه می‌شوند، در صورتیکه پزشک شما آنرا برای ارزیابی لزوم به مداوا تجویز کرده باشد.
- برخی خدمات سلامت از راه دور شامل: خدمات توانبخشی قلبی، خدمات پزشک مراقبت‌های اولیه، خدمات کایروپراکتیک، خدمات کاردرمانی، خدمات پزشک متخصص، جلسات فردی برای خدمات تخصصی سلامت روان، جلسات گروهی برای خدمات تخصصی سلامت روان، خدمات پاپزشکی، سایر متخصصان مراقبت‌های بهداشتی، جلسات فردی برای خدمات روانپزشکی، جلسات گروهی برای خدمات روانپزشکی، خدمات فیزیوتراپی و آسیب‌شناسی گفتار-زبان، خدمات برنامه درمان مواد افیونی، جلسات فردی برای درمان سرپایی سوء مصرف مواد و جلسات گروهی برای درمان سرپایی سوء مصرف مواد.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا  
فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک (ادامه)

- شما می‌توانید این خدمات را از طریق مراجعه حضوری یا از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید. اگر انتخاب‌تان این باشد که یکی از این خدمات را از طریق سلامت از راه دور دریافت کنید، باید از ارائه‌دهنده شبکه‌ای استفاده کنید که خدمات را از طریق سلامت از راه دور ارائه می‌دهد. برای یافتن یک ارائه‌دهنده شبکه، به وبسایت ما به آدرس [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) مراجعه کنید.
- ویزیت‌های پزشکی مجازی، ویزیت‌های پزشکی هستند که در خارج از مراکز پزشکی توسط ارائه‌دهندگان خدمات مجازی که از فناوری آنلاین و قابلیت‌های صوتی/تصویری زنده استفاده می‌کنند، به شما ارائه داده می‌شوند.
- توجه: تمامی شرایط پزشکی را نمی‌توان از طریق ویزیت مجازی درمان کرد. پزشک در خلال ویزیت مجازی تشخیص می‌دهد که آیا برای درمان نیاز به مراجعه حضوری به پزشک دارید یا خیر.
- خدمات سلامت از راه دور برای ویزیت‌های ماهانه مربوط به بیماری کلیوی مرحله نهایی برای اعضای دیالیز خانگی در یک مرکز دیالیز کلیوی مستقر در بیمارستان یا دسترسی حیاتی به مرکز دیالیز کلیه مستقر در بیمارستان، مرکز دیالیز کلیوی، یا در منزل شخص عضو. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- خدمات سلامت از راه دور برای تشخیص ارزیابی یا درمان علائم سکتته، صرفنظر از مکان شما.
- خدمات سلامت از راه دور برای اعضای مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد یا اختلالات سلامت روان همراه آن، صرفنظر از مکان آنها.
- خدمات درمانی از راه دور برای تشخیص، ارزیابی و درمان اختلالات سلامت روان در موارد زیر:
  - شما ظرف 6 ماه قبل از اولین ویزیت از راه دور، یک ویزیت حضوری دارید
  - در حین دریافت این خدمات از راه دور، هر 12 ماه یک بار یک ویزیت حضوری دارید
  - در شرایط خاص می‌توان در موارد فوق استثنای قائل شد
- خدمات درمانی از راه دور برای ویزیت‌های سلامت روان که کلینیک‌های بهداشت روستایی و مراکز بهداشتی فدرال واجد شرایط ارائه می‌دهند.
- اعلام حضور مجازی (به عنوان مثال، از طریق تلفن یا چت ویدئویی) به پزشکتان به مدت 5-10 دقیقه اگر:
  - شما بیمار جدیدی نباشید و
  - اعلام حضور مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذشته نباشد، و
  - اعلام حضور منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت یا نزدیکترین زمان ویزیت در دسترس نشود
- ارزیابی فیلم و/یا تصاویری که برای پزشک ارسال می‌کنید و تفسیر و پیگیری توسط پزشکتان ظرف 24 ساعت، اگر:
  - شما بیمار جدیدی نباشید و
  - ارزیابی مربوط به ویزیت اخیر شما در مطب طی 7 روز گذشته نباشد، و

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات پزشکی/ارائه‌دهنده شامل ویزیت‌ها در مطب پزشک (ادامه)


- ارزیابی منجر به ویزیت در مطب طی 24 ساعت یا نزدیک‌ترین زمان ویزیت موجود نشود
- مشورت پزشک شما با دیگر پزشکان به صورت تلفنی یا اینترنتی یا مطالعه پرونده سلامت الکترونیک شما در صورتی که بیمار جدیدی نباشید
- نظر ثانوی از سوی دیگر ارائه‌دهنده شبکه قبل از جراحی
- مراقبت‌های دندانپزشکی غیر روتین (خدمات تحت پوشش محدود به جراحی فک یا ساختارهای مرتبط، جایگذاری شکستگی‌های فک یا استخوان‌های صورت، کشیدن دندان برای آماده‌سازی فک برای پرتودرمانی بیماری سرطان نئوپلاستیک یا خدماتی است که در صورت ارائه توسط پزشک پوشش داده می‌شوند). ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.
- خدمات پایشی در مطب پزشک یا مکان سرپایی بیمارستان در صورت مصرف داروهای ضد انعقاد خون مانند کومادین، هپارین یا وارفارین.

## خدمات درمان بیماری‌های پا (تحت پوشش Medicare)

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

- تشخیص و درمان پزشکی یا جراحی صدمات و بیماری‌های پا (مانند انگشت چکشی یا خار پاشنه)
- مراقبت‌های روتین از پا برای اعضای که شرایط پزشکی خاصی دارند که اندام تحتانی را تحت تأثیر قرار می‌دهد

پیش‌گیری قبل از مواجهه (PrEP) برای پیشگیری از HIV 

اگر HIV ندارید، اما پزشک یا سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت شما تشخیص می‌دهند که در معرض خطر ابتلا به HIV هستید، ما هزینه داروهای پیشگیری قبل از مواجهه (PrEP) و خدمات مرتبط را پوشش می‌دهیم.

در صورت واجد شرایط بودن، خدمات تحت پوشش عبارتند از:

- داروی PrEP خوراکی یا تزریقی مورد تأیید FDA. اگر داروی تزریقی دریافت می‌کنید، ما هزینه تزریق دارو را نیز پوشش می‌دهیم.
- حداکثر 8 جلسه مشاوره فردی (شامل ارزیابی خطر HIV، کاهش خطر HIV و پایبندی به دارو) هر 12 ماه یک بار.
- حداکثر 8 غربالگری HIV هر 12 ماه یک بار.

یکبار غربالگری ویروس هپاتیت B.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

آزمایش‌های غربالگری سرطان پروستات 

- برای افراد 50 سال و بالاتر، خدمات تحت پوشش شامل موارد زیر هر 12 ماه یک بار است:
- معاینه رکتال دیجیتال
  - آزمایش آنتی‌ژن خاص پروستات (PSA)
- برای آزمایش سالانه PSA، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

## دستگاه‌های پروتز و اورتری و لوازم مربوطه

- دستگاه‌هایی (به غیر از دندان) که جایگزین کل یا بخشی از اندام بدن یا عملکرد آن می‌شوند. این موارد شامل، اما نه محدود به، آزمایش، نصب کردن، یا آموزش استفاده از دستگاه‌های پروتز و اورتز می‌شود؛ و همچنین کیسه‌های کولوستومی و لوازمی که مستقیماً مربوط به مراقبت از کولوستومی، ضربان‌سازها، بریس‌ها، کفش‌های پروتزی، اندام‌های مصنوعی و پروتزهای سینه (از جمله سینه‌بند جراحی پس از ماستکتومی) هستند. شامل برخی لوازم مربوط به دستگاه‌های پروتز و اورتز، و تعمیر و/یا تعویض دستگاه‌های پروتز و اورتری می‌شود. همچنین شامل برخی پوشش‌ها پس از تخلیه آب مروارید یا جراحی آب مروارید می‌شود— برای جزئیات بیشتر به بخش مراقبت‌های بینایی در ادامه این جدول مراجعه کنید.
- برای اعضای که واجد شرایط این مزایا هستند، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

## خدمات توانبخشی ریوی

- برنامه‌های جامع توانبخشی ریوی برای اعضای پوشش داده می‌شود که بیماری انسدادی مزمن ریوی (COPD) متوسط تا بسیار شدید دارند و دستور توانبخشی ریوی از پزشک معالج بیماری مزمن تنفسی دارند.
- برای اعضای که واجد شرایط این مزایا هستند، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

غربالگری و مشاوره برای کاهش سوء مصرف الکل 

- ما یک غربالگری سوء مصرف الکل را برای بزرگسالانی (از جمله زنان باردار) پوشش می‌دهیم که سوء مصرف الکل دارند، اما وابسته به الکل نیستند.
- اگر نتیجه غربالگری شما برای سوء مصرف الکل مثبت باشد، هر سال حداکثر 4 جلسه مشاوره کوتاه و حضوری (اگر بتوانید و در طول مشاوره، هوشیار باشید) توسط یک پزشک یا متخصص واجد شرایط مراقبت‌های اولیه در محیط مراقبت‌های اولیه به شما ارائه می‌شود.
- هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای غربالگری و مشاوره تحت پوشش Medicare جهت کاهش مزایای پیشگیرانه سوء مصرف الکل وجود ندارد.

غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری با دوز پایین (LDCT) 

برای افراد واجد شرایط، هر 12 ماه یک بار LDCT پوشش داده می‌شود

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید



## غربالگری سرطان ریه با توموگرافی کامپیوتری دوز پایین (LDCT) (ادامه)

**اعضای واجد شرایط:** افراد 50 تا 77 که هیچ علامت یا نشانه‌ای از سرطان ریه ندارند، اما سابقه مصرف دخانیات حداقل 20 بسته در سال دارند و کسانی که در حال حاضر سیگار می‌کشند یا در 15 سال گذشته سیگار را ترک کرده‌اند، که در طول مشاوره غربالگری سرطان ریه و ویزیت تصمیم‌گیری مشترک که معیارهای Medicare را برای چنین ویزیت‌هایی برآورده می‌کند، دستور کتبی برای LDCT دریافت می‌کنند و این ویزیت توسط یک پزشک یا متخصص واجد شرایط غیرپزشک ارائه می‌شود.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای مشاوره تحت پوشش و ویزیت‌های تصمیم‌گیری مشترک یا برای LDCT وجود ندارد.

برای غربالگری‌های سرطان ریه LDCT پس از غربالگری اولیه LDCT: اعضا باید دستور کتبی برای غربالگری سرطان ریه LDCT دریافت کنند که ممکن است در هر ویزیت مناسب با یک پزشک یا متخصص غیرپزشک واجد شرایط ارائه شود. اگر یک پزشک یا متخصص غیرپزشک واجد شرایط تصمیم بگیرد که برای غربالگری‌های بعدی سرطان ریه با LDCT، مشاوره غربالگری سرطان ریه و ویزیت تصمیم‌گیری مشترک ارائه دهد، این ویزیت باید معیارهای Medicare برای چنین ویزیت‌هایی را داشته باشد.



## غربالگری برای عفونت ویروس هپاتیت C

برای غربالگری تحت پوشش برای ویروس هپاتیت C، هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

اگر پزشک مراقبت اولیه یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت واجد شرایط، غربالگری هپاتیت C را تجویز کند و شما یکی از این شرایط را داشته باشید، ما یک غربالگری هپاتیت C را پوشش می‌دهیم:

- شما به دلیل استفاده یا سابقه استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی در معرض خطر بالا هستید.
- قبل از سال 1992 تزریق خون داشته‌اید.
- بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید.

اگر بین سال‌های 1945 تا 1965 متولد شده‌اید و پرخطر محسوب نمی‌شوید، ما هزینه یک غربالگری را پرداخت می‌کنیم. اگر در معرض خطر بالا هستید (به عنوان مثال، از زمان آزمایش غربالگری منفی قبلی هپاتیت C خود، به استفاده از مواد مخدر تزریقی غیرقانونی ادامه داده‌اید)، غربالگری‌های سالانه را پوشش می‌دهیم.



## غربالگری بیماری‌های مقاربتی (STI) و مشاوره برای پیشگیری از STI‌ها

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای غربالگری تحت پوشش Medicare برای STI‌ها و مشاوره جهت مزایای پیشگیرانه STI‌ها وجود ندارد.

ما هزینه غربالگری بیماری‌های مقاربتی (STI) از جمله کلامیدیا، سوزاک، سیفلیس و هپاتیت B را پوشش می‌دهیم. این غربالگری‌ها برای زنان باردار و برای برخی از افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به STI هستند پوشش داده می‌شود در صورتیکه آزمایشات توسط ارائه‌دهنده مراقبت اولیه تجویز شده باشد. طرح ما هر 12 ماه یک بار یا در زمان‌های مشخصی در طول باری هزینه این تست‌ها را پرداخت می‌کند.

## آنچه شما پرداخت میکنید

## خدمات تحت پوشش



## غربالگری بیماری‌های مقاربتی (STIها) و مشاوره برای پیشگیری از STIها (ادامه)

ما همچنین تا 2 جلسه مشاوره رفتاری حضوری فشرده، هر یک به مدت 20 تا 30 دقیقه در سال را برای بزرگسالانی که از نظر جنسی فعال و در معرض خطر بالای ابتلا به STIها هستند، تحت پوشش قرار می‌دهیم. ما فقط این جلسات مشاوره را به عنوان خدمات پیشگیرانه پوشش می‌دهیم. اگر توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه ارائه شوند و در یک محیط مراقبت‌های اولیه، مانند مطب پزشک، انجام شوند.

## خدمات برای درمان بیماری کلیوی

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- خدمات آموزشی در زمینه بیماری کلیوی به منظور آموزش مراقبت از کلیه به اعضا جهت کمک به اتخاذ تصمیمات آگاهانه درباره مراقبت از خود. برای اعضای که بیماری مزمن کلیه مرحله IV دارند و توسط پزشکشان معرفی می‌شوند، ما تا 6 جلسه خدمات آموزشی بیماری کلیوی را در طول عمر پوشش می‌دهیم.
- درمان‌های دیالیز سرپایی، (از جمله درمان‌های دیالیز زمانی که به‌طور موقت خارج از منطقه خدمات‌رسانی هستند، همانطور که در فصل 3 توضیح داده شده است یا زمانی که ارائه‌دهنده این خدمات به‌طور موقت ناموجود یا غیرقابل دسترسی است)
- درمان‌های دیالیز بیمارستان سرپایی (اگر به‌عنوان بیمار بستری برای درمان‌های خاص در بیمارستان پذیرش شده‌اید)
- آموزش خود دیالیزی (شامل آموزش برای شما و افرادی که در زمینه دیالیز در منزل شما را یاری می‌کنند)
- تجهیزات و لوازم دیالیز در خانه
- برخی خدمات پشتیبانی در خانه، (مثل مراجعه‌های کارشناسان دیالیز در صورت لزوم و به‌منظور نظارت بر دیالیز خانگی شما، به‌منظور کمک در شرایط اورژانسی، و چک کردن تجهیزات دیالیز و تأمین آب)

برخی از داروها برای دیالیز تحت پوشش Medicare Part B هستند. برای کسب اطلاعات در مورد پوشش داروهای بخش B، به داروهای Medicare Part B در این جدول مراجعه کنید.

## خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی (SNF)

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این خدمت وجود ندارد.

(برای تعریف خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی، به فصل 12 این سند مراجعه کنید. مراکز نگهداری تخصصی گاهی اوقات SNF نامیده می‌شوند.)

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند، اما به این موارد محدود نمی‌شوند:

- اتاق‌های نیمه خصوصی (یا اتاق خصوصی در صورتی که از نظر پزشکی لازم باشد)
- وعده‌های غذایی، شامل رژیم غذایی مخصوص
- خدمات پرستاری تخصصی
- فیزیوتراپی، کار درمانی و گفتار درمانی

## آنچه شما پرداخت میکنید

## خدمات تحت پوشش

## مراقبت در مرکز نگهداری تخصصی (SNF) (ادامه)

- داروهایی که به عنوان بخشی از طرح مراقبتی شما تجویز می‌شود، (که شامل مواردی می‌شود که به صورت طبیعی در بدن شما وجود دارد، مانند فاکتورهای انعقاد خون).
  - خون - از جمله نگهداری و امور اجرایی. پوشش خون کامل و گلبول‌های قرمز فشرده با اولین پاینت خون مورد نیاز شما آغاز می‌شود. تمام اجزای دیگر خون با شروع استفاده از اولین پاینت پوشش داده می‌شوند.
  - لوازم پزشکی و جراحی که معمولاً توسط SNFها ارائه می‌شوند
  - تست‌های آزمایشگاهی که معمولاً توسط SNFها ارائه می‌شوند
  - عکس‌برداری با اشعه ایکس و دیگر خدمات رادیولوژی که در حالت عادی توسط SNF ارائه می‌شود
  - استفاده از دستگاه‌هایی مانند صندلی چرخدار که معمولاً در SNF ارائه می‌شود
  - خدمات پزشک/متخصص
- معمولاً، خدمات SNF را از یک مراکز عضو شبکه دریافت می‌کنید. تحت شرایط خاصی که در زیر ذکر شده است، اگر مرکز، مبالغ طرح ما را برای پرداخت بپذیرد، ممکن است بتوانید تسهیم هزینه درون شبکه‌ای را برای مرکزی که ارائه‌دهنده شبکه نیست پرداخت کنید.
- مرکز نگهداری یا انجمن بازنشستگی که در حال حاضر و پیش از انتقال به بیمارستان در آنجا اقامت داشته‌اید (مادامی که خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی را ارائه دهد)
  - SNF که همسر یا شریک زندگی‌تان هنگامی که بیمارستان را ترک می‌کنید در آنجا زندگی می‌کند


**ترک سیگار و دخانیات (مشاوره برای ترک سیگار یا مصرف دخانیات)**

مشاوره ترک سیگار و دخانیات برای بیماران سرپایی و بستری که این معیارها را دارند، پوشش داده می‌شود:

- مصرف دخانیات، صرف نظر از اینکه علائم یا نشانه‌های بیماری‌های مرتبط با دخانیات را نشان می‌دهند یا خیر
  - در طول مشاوره صلاحیت و هوشیاری دارند
  - یک پزشک متخصص یا سایر متخصصان مورد تأیید Medicare مشاوره ارائه می‌دهد
- ما سالانه 2 اقدام برای ترک سیگار را پوشش می‌دهیم (هر اقدام می‌تواند حداکثر شامل 4 جلسه متوسط یا فشرده باشد و بیمار تا 8 جلسه در سال دریافت می‌کند).

**مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری‌های مزمن III \***

در صورتی که از کارت نقدی پیش‌پرداخت خود استفاده کنید، هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی وجود نخواهد داشت.

اگر تشخیص داده شود که به بیماری(های) مزمن زیر مبتلا هستید و معیارهای خاصی را داشته باشید، ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای تکمیلی ویژه برای بیماران مزمن باشید.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری‌های مزمن III \* (ادامه)

شما مبلغ \$0 را به‌عنوان پرداخت مشترک برای حمل‌ونقل غیر پزشکی مورد تأیید طرح می‌پردازید.

ممکن است شرکت در برنامه مدیریت مراقبت ضروری باشد. بر اساس عدم وجود اطلاعات سابقه پزشکی، اعضا برای آزمایش باید تأیید پزشک را نیز داشته باشند.

ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

- اختلالات قلبی عروقی
- نارسایی مزمن قلبی
- زوال عقل
- دیابت ملیتوس (مرض قند)
- اختلالات مزمن ریوی
- بیماری مزمن کلیه (CKD)
- اختلال مزمن مصرف الکل و سایر اختلالات مصرف مواد مخدر (SUDها)
- سرطان
- اختلالات خود ایمنی
- اضافه وزن، چاقی و سندرم متابولیک
- بیماری مزمن گوارشی
- اختلالات خونی شدید
- HIV/ایدز
- بیماری‌های سلامت روان مزمن و ناتوان‌کننده
- اختلالات عصبی
- سکته
- پس از پیوند عضو
- اختلالات نقص ایمنی و سرکوب‌کننده سیستم ایمنی
- شرایط مرتبط با اختلال شناختی
- شرایط دارای چالش‌های عملکردی
- بیماری‌های مزمن که بینایی، شنوایی (ناشنوایی)، چشایی، لامسه و بویایی را تحت تأثیر قرار می‌دهند
- شرایطی که نیاز به خدمات درمانی مداوم دارند تا فرد بتواند عملکرد خود را حفظ یا بازگرداند

به شما کمک می‌کنیم به این مزایا دسترسی پیدا کنید. برای اطلاعات بیشتر یا شروع روند درخواست خود، با خدمات اعضا یا کارشناس هماهنگی مراقبت تماس بگیرید.

توجه: با درخواست کردن این مزایا، به نمایندگان Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) اجازه می‌دهید از طریق تلفن، پست یا سایر روش‌های ارتباطی مشخص شده در درخواستان با شما تماس بگیرند.

پس از تأیید، کارت نقدی پیش‌پرداخت شما به‌طور خودکار با کمک هزینه‌ای به میزان حداکثر \$200 در هر ماه جهت بهر‌مندی از مزایای SSBCI شارژ می‌شود. در پایان هر ماه، اگر هرگونه وجهی بدون استفاده باقی مانده باشد به ماه بعدی منتقل نخواهد شد.

## غذا و محصولات کشاورزی

با استفاده از کمک هزینه موجود در کارت نقدی پیش‌پرداخت خود می‌توانید انواع محصولات غذایی سالم مارک‌دار و ژنریک را از فروشگاه محلی مشارکت‌کننده در نزدیکی خود یا به‌صورت آنلاین با تحویل درب منزل بدون هزینه اضافی از طریق [Members.NationsBenefits.com/Molina](http://Members.NationsBenefits.com/Molina) دریافت کنید.

## خدمات تحت پوشش

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## مزایای تکمیلی ویژه برای بیماری‌های مزمن III\* (ادامه)

برای مشاهده فهرست کامل مزایا و خدماتی که شامل کمک هزینه ترکیبی می‌شود، لطفاً به بخش «کارت نقدی پیش‌پرداخت» مراجعه کنید.

## حمل‌ونقل غیرپزشکی\*

برای واجد شرایط بودن برای حمل‌ونقل غیرپزشکی، باید یک یا چند مورد از بیماری‌های مزمن ذکر شده در بالا را داشته باشید و در یک برنامه مدیریت مراقبت شرکت کنید. مدیر پرونده‌تان تعیین خواهد کرد که واجد شرایط این مزایا هستید یا خیر.

شما می‌توانید تا نصف سفرهای یک‌طرفه خود را از طریق مزایای «حمل‌ونقل (روتین اضافی)» استفاده کنید. این سفرهای یک‌طرفه (تا 50 مایل) برای رفت‌وآمد به فروشگاه‌های مواد غذایی، باشگاه‌های تناسب اندام و مراکز سالمندان است. این سفرهای یک‌طرفه جزو محدودیت 48 سفر یک‌طرفه شما برای «حمل‌ونقل (روتین اضافی)» محسوب می‌شوند.

برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به بخش «حمل‌ونقل (روتین اضافی)» در زیر مراجعه کنید.

## تمرین درمانی تحت نظارت (SET)

SET برای اعضای که بیماری شریان محیطی علامت‌دار (PAD) دارند، پوشش داده می‌شود. برای بیمارانی که واجد شرایط این مزایا هستند، هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترک وجود ندارد. ممکن است به اجازه قبلی نیاز باشد.

برنامه SET باید شرایط زیر را داشته باشد:

- شامل جلساتی است که 30 تا 60 دقیقه طول می‌کشد و شامل یک برنامه تمرینی درمانی برای PAD در بیمارستان مبتلا به لنگش است.
- در بخش سرپایی بیمارستان یا مطب پزشک انجام شود
- باید توسط پرسنل کمکی واجد شرایط و آموزش‌دیده در درمان ورزشی برای بیماری شریانی محیطی (PAD) ارائه شود تا اطمینان حاصل شود که منافع بیشتر از آسیب‌ها است
- تحت نظارت مستقیم یک پزشک، دستیار پزشک، یا پرستار بالینی/متخصص که باید در زمینه تکنیک‌های حمایت از زندگی پیشرفته آموزش‌دیده باشد.

SET ممکن است بیش از 36 جلسه در طول 12 هفته و برای 36 جلسه اضافی در یک دوره زمانی طولانی‌تر پوشش داده شود، چنانچه توسط یک ارائه‌دهنده مراقبت سلامت ضروری از نظر پزشکی ضروری تشخیص داده شود.

## حمل‌ونقل-غیراورژانسی (تکمیلی)\*

شما 48 سفر یک‌طرفه برای حمل و نقل غیر اضطراری دریافت می‌کنید که توسط ارائه‌دهندگان حمل و نقل قراردادی به مقصدهای تأیید شده توسط برنامه انجام می‌شود تا خدمات مراقبت سلامت را از ارائه‌دهندگان عضو شبکه دریافت کنید.

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش

## حمل‌ونقل-غیراورژانسی (تکمیلی) \* (ادامه)

برای هر سفر، محدودیت 50 مایل تعیین شده است. روش‌های حمل و نقل موجود شامل تاکسی، ون، حمل و نقل پزشکی یا خدمات اشتراک وسیله نقلیه هستند.

برای اطمینان از در دسترس بودن روش‌های حمل‌ونقل، باید حمل‌ونقل را حداقل 2 روز کاری پیش از موعد قرار ملاقات برنامه‌ریزی کنید.

لطفاً برای تعیین وقت قرار ملاقات با خدمات اعضا تماس بگیرید (شماره تلفن در پشت این برگه نوشته شده است).

برای جلوگیری از کسر مزایای حمل‌ونقل، لغو سفر باید حداقل 24 ساعت قبل از زمان تعیین‌شده به خدمات اعضا اطلاع داده شود.

## خدمات فوری مورد نیاز

هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی برای این مزایا وجود ندارد.

یک خدمات تحت پوشش طرح که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری دارد و اورژانسی نیست، در صورتی یک خدمات فوری مورد نیاز است که یا موقتاً خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید، یا حتی اگر در داخل منطقه خدمات‌رسانی طرح ما هستید، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه با توجه به زمان، مکان و شرایط شما غیرمنطقی باشد. طرح ما باید خدمات فوری مورد نیاز را پوشش دهد و فقط تسهیم هزینه درون شبکه را از شما دریافت کند. نمونه‌هایی از خدمات فوری مورد نیاز، بیماری‌ها و جراحات پزشکی پیش‌بینی نشده یا تشدید غیرمنتظره بیماری‌های فعلی است. مراجعات پزشکی ضروری روتین به ارائه‌دهنده (مانند معاینات سالانه) حتی اگر خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، فوری تلقی نمی‌شوند.

مراقبت‌های فوری مورد نیاز خارج از ایالات متحده (U.S.) ممکن است تحت پوشش مزایای پوشش اورژانسی/فوری در سراسر جهان قرار گیرند. ما حداکثر \$50,000 پوشش اضطراری جهانی در هر سال تقویمی برای حمل‌ونقل اضطراری، مراقبت فوری، مراقبت‌های اضطراری و مراقبت‌های پس‌از تثبیت ارائه می‌دهیم. برای کسب اطلاعات بیشتر به "پوشش مراقبت اورژانسی/فوری در سراسر جهان" در این جدول مراجعه کنید.

## مراقبت‌های بینایی (تحت پوشش Medicare)



خدمات تحت پوشش شامل این موارد هستند:

برای بیمارانی که واجد شرایط این مزایا هستند، این غربالگری پیشگیرانه هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

- خدمات سرپایی پزشک برای تشخیص و درمان بیماری‌ها و آسیب‌های چشم، از جمله درمان دژنراسیون ماکولا وابسته به سن. Original Medicare معاینات معمول چشم (عیوب انکساری چشم) برای عینک/لنز تماسی را پوشش نمی‌دهد.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش

## مراقبت‌های بینایی (تحت پوشش Medicare) (ادامه)



- برای افرادی که در خطر بالای ابتلای به آب مروارید هستند، ما هزینه یک بار غربالگری آب مروارید را در هر سال پوشش می‌دهیم. افرادی که در معرض خطر بالای ابتلا به آب مروارید هستند شامل افرادی با سابقه خانوادگی آب مروارید، افراد مبتلا به دیابت، آمریکایی‌های آفریقایی‌تبار 50 سال به بالا و آمریکایی‌های اسپانیایی‌تبار 65 سال به بالا می‌شود.
- برای افراد مبتلا به دیابت، غربالگری رتینوپاتی دیابتی سالی یک بار تحت پوشش قرار می‌گیرد.
- پس از هر بار جراحی آب مروارید که شامل قرار دادن لنز داخل چشم شما می‌شود، ما هزینه عینک یا یک جفت لنز تماسی را پرداخت می‌کنیم. اگر 2 عمل آب مروارید جداگانه داشته باشید، نمی‌توانید پس از جراحی اول، این مزایا را رزرو کنید و پس از جراحی دوم، 2 عینک خریداری کنید.

## مراقبت‌های بینایی (تکمیلی)\*

هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای این مزایا وجود ندارد.

برای اینکه هزینه‌های بیشتری را جهت برآورده کردن نیازهای چشمپزشکی روتین شما در اختیارتان قرار دهیم با یک «ارائه‌دهنده خدمات بینایی» وارد همکاری شده‌ایم! خدمات بینایی مکمل تحت پوشش شامل موارد زیر هستند، اما به این موارد محدود نمی‌شوند: موارد تحت پوشش شامل این موارد هستند:

- یک معاینه معمول چشم در هر سال تقویمی
- یک کمک هزینه خرید لوازم بینایی

از کمک هزینه خرید لوازم بینایی‌تان \$300 می‌توانید برای خرید این موارد استفاده کنید:

- لنزهای تماسی\*
- عینک (شامل لنز و قاب)
- عدسی و / یا فریم عینک

\*در صورتی که لنزهای تماسی را انتخاب کنید، از کمک هزینه خرید لوازم بینایی‌تان می‌توانید برای پرداخت همه یا بخشی از دستمزد تنظیم لنز تماسی نیز استفاده کنید. مسئولیت هزینه هرگونه لوازم بینایی اصلاحی که از محدودیت کمک هزینه لوازم بینایی طرح فراتر رود با شماست. حداکثر یک برای یک معاینه معمول چشم (و انکسار) برای عینک در هر سال تقویمی \$0 به صورت پرداخت مشترک می‌پردازید.

## ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید»



برای ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» هیچ بیمه مشترک، پرداخت مشترک یا فرانشیزی وجود ندارد.

طرح ما یک‌بار هزینه ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» را پوشش می‌دهد. این ویزیت شامل بررسی سلامت شما و همچنین آموزش و مشاوره در مورد خدمات پیشگیرانه مورد نیاز شما (از جمله غربالگری‌ها و تزریق‌های خاص) و در صورت نیاز، ارجاع برای سایر مراقبت‌ها می‌شود.

## آنچه شما پرداخت می‌کنید

## خدمات تحت پوشش



## ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» (ادامه)

**مهم:** ما هزینه ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» را فقط در 12 ماه اولی که عضو Medicare Part B بوده‌اید پوشش می‌دهیم. وقتی می‌خواهید نوبت ویزیت بگیرید، به مطب پزشک خود بگویید که می‌خواهید برای ویزیت پیشگیرانه «به Medicare خوش آمدید» نوبت بگیرید.

## پوشش اورژانسی / فوری در سراسر جهان (تکمیلی)\*

به‌عنوان مزیتی تکمیلی، در هر سال تقویمی تا سقف \$50,000 برای مراقبت اضطراری/فوری در سراسر دنیا در خارج از ایالات متحده (آمریکا) به شما تعلق می‌گیرد.

این مزایا محدود به خدماتی است که اگر در ایالات متحده ارائه شوند، به‌عنوان مراقبت فوری یا اضطراری طبقه‌بندی می‌شوند. پوشش جهانی شامل خدمات اورژانسی یا مراقبت فوری مورد نیاز، حمل‌ونقل اورژانسی، مراقبت فوری، حمل‌ونقل اورژانسی با آمبولانس از محل وقوع حادثه اضطراری به نزدیکترین مرکز درمان پزشکی و مراقبت پس از تثبیت شرایط است.

در موقعیت‌هایی که انتقال به اتاق اورژانس به‌شيوه‌های دیگر سلامت شما را به خطر اندازد خدمات آمبولانس تحت پوشش قرار می‌گیرند.

از شما می‌خواهیم که در چنین موقعیت‌هایی خودتان یا فردی که مراقبت شما است با ما تماس بگیرید. تلاش می‌کنیم در سریع‌ترین زمان ممکن با توجه به شرایط و وضعیت پزشکی‌تان، ارائه‌دهندگان شبکه را برای انجام خدمات درمانی‌تان فرابخوانیم.

حمل‌ونقل شما از کشوری دیگر به ایالات متحده تحت پوشش نیست. مراقبت‌های معمول و عمل‌های جراحی از پیش‌زمان‌بندی‌شده یا اختیاری پوشش داده نمی‌شوند.

مالیات و کارمزدهای خارجی (شامل تبدیل ارز یا کارمزد معاملات، اما نه فقط این موارد) تحت پوشش نیستند.

ایالات متحده به معنای 50 ایالت، District of Columbia، پورتوریکو، جزایر ویرجین، Guam، Mariana Island و ساموآی آمریکایی است.

هیچ بیمه مشترک یا پرداخت مشترکی برای این مزایا وجود ندارد.

اگر مراقبت‌های اضطراری در خارج از ایالات متحده دریافت کنید و پس از تثبیت وضعیت اضطراری‌تان به مراقبت تحت بستری نیاز داشته باشید، باید به بیمارستان عضو شبکه بازگردید تا مراقبت شما همچنان تحت پوشش باشد «یا» باید مراقبت تحت بستری‌تان را در بیمارستان خارج از شبکه انجام دهید که مجوز طرح را داشته باشد. هزینه پرداختی شما همان سهمتان از هزینه است که در بیمارستان عضو شبکه پرداخت می‌کنید. حداکثر مبلغ طرح اعمال می‌شود.

برای استرداد هزینه مراقبت فوری/ اضطراری که در خارج از آمریکا دریافت کرده‌اید باید درخواست‌تان را ثبت کنید.

هر سال تقویمی تا سقف \$50,000 که حداکثر مبلغ طرح است به این مزایا تعلق می‌گیرد.

## خدمات تحت پوشش خارج از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

## بخش 3

شما به‌عنوان عضوی از طرح، تحت پوشش برنامه Medicare Savings هستید. برنامه Medicare Savings به افراد با درآمد محدود در هزینه‌های Medicare مانند حق بیمه یا تسهیم هزینه‌های Medicare کمک می‌کند. کمک در مورد این هزینه‌های Medicare به سطح کمک شما بستگی دارد. لطفاً برای پوشش خاص خود به جدول ذیل فصل 2، بخش 6 مراجعه کنید. برای برخی، Medicaid کمک‌های اضافی با مزایای اضافی ارائه می‌دهد.

برای دریافت کمک در مورد Medicaid، با خدمات اعضای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) تماس بگیرید. خوشحال خواهیم شد که به شما کمک کنیم. همچنین می‌توانید مستقیماً با California Medicaid تماس بگیرید. اطلاعات تماس California Department of Health Care Services در فصل 2، بخش 6 ارائه شده است.

## بخش 4 خدماتی که تحت پوشش طرح ما نیستند

این بخش به شما می‌گوید چه خدماتی حذف شده‌اند.

جدول زیر خدمات و مواردی را فهرست می‌کند که تحت هیچ شرایطی تحت پوشش طرح ما نیستند یا فقط تحت شرایط خاصی، تحت پوشش Medicaid هستند.

اگر خدماتی را دریافت کنید که حذف شده‌اند (پوشش داده نمی‌شوند)، باید خودتان هزینه آنها را بپردازید، مگر تحت شرایط خاص ذکر شده در زیر. حتی اگر خدمات حذف شده را در یک مرکز اورژانس دریافت کنید، خدمات حذف همچنان تحت پوشش نیستند و طرح ما هزینه آنها را پرداخت نخواهد کرد. تنها استثنا زمانی است که خدماتی مورد اعتراض قرار گیرد و در مورد آنها تصمیم گرفته شود: پس از اعتراض، به عنوان یک خدمات پزشکی که ما باید به دلیل وضعیت خاص شما هزینه آن را پرداخت می‌کردیم یا پوشش می‌دادیم، در نظر گرفته شود. (برای کسب اطلاعات در مورد درخواست تجدیدنظر در مورد تصمیمی که ما برای عدم پوشش خدمات پزشکی گرفته‌ایم، به فصل 9، بخش 6.3 مراجعه کنید.)

<b>خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند فقط تحت شرایط خاص پوشش داده می‌شوند</b>	
<p>در موارد آسیب تصادفی یا برای بهبود عملکرد یک عضو بدشکل بدن پوشش داده می‌شوند</p> <p>برای تمام مراحل بازسازی پستان پس از ماستکتومی و همچنین برای ایجاد ظاهری متقارن در پستان سالم پوشش داده می‌شوند</p>	<p><b>جراحی یا عمل‌های زیبایی</b></p>
<p>تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند</p>	<p><b>مراقبت سرپرستی</b></p> <p>مراقبت سرپرستی مراقبت شخصی است که نیازی به توجه مداوم پرسنل پزشکی یا پیراپزشکی آموزش دیده ندارد، مانند مراقبتی که به شما در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند حمام کردن یا لباس پوشیدن کمک می‌کند.</p>
<p>ممکن است تحت یک مطالعه تحقیقاتی بالینی مورد تأیید Medicare یا توسط طرح ما، تحت پوشش Original Medicare باشند</p> <p>(برای اطلاعات بیشتر در خصوص مطالعات تحقیقاتی بالینی به فصل 3، بخش 5 مراجعه کنید)</p>	<p><b>روش‌ها، تجهیزات و داروهای پزشکی و جراحی تجربی</b></p> <p>روش‌ها و اقلام تجربی، اقلام و رویه‌هایی هستند که توسط Original Medicare تعیین شده‌اند و به طور کلی توسط جامعه پزشکی پذیرفته نمی‌شوند</p>
<p>تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند</p>	<p><b>هزینه‌های درخواستی بابت مراقبت توسط بستگان نزدیک یا اعضای خانوار شما</b></p>
<p>تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند</p>	<p><b>پرستاری تمام‌وقت در منزل شما</b></p>

<b>خدماتی که تحت پوشش Medicare نیستند فقط تحت شرایط خاص پوشش داده می‌شوند</b>	
تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند	خدمات خانه‌داری شامل کمک‌های اولیه خانگی، از جمله خانه‌داری سبک یا تهیه غذای سبک است.
تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند	خدمات طبیعت درمانی (استفاده از درمان‌های طبیعی یا جایگزین)
کفش‌هایی که بخشی از آتل یا باشند و هزینه آنها جزو هزینه آتل باشد، یا کفش‌ها طبی یا ارتوپدی برای فرد مبتلا به بیماری پای دیابتی	کفش‌های ارتوپدی یا وسایل کمکی برای پاها
تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند	اقلام شخصی در اتاق شما در بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی، مانند تلفن یا تلویزیون
فقط در صورت ضرورت پزشکی پوشش داده می‌شود	اتاق خصوصی در بیمارستان
تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند	معکوس کردن روال‌های عقیم‌سازی و لوازم ضدبارداری غیرنسخه‌ای
این طرح پوشش بینایی بیشتری ارائه می‌دهد. برای اطلاعات بیشتر، به بخش «مراقبت از بینایی» در «جدول مزایا»، بخش 2.1 این «فصل» مراجعه کنید.	کراتوتومی رادیال (برش شعاعی قرنیه)، جراحی لازیک و سایر وسایل کمکی کم بینایی
برخی پوشش‌های محدود طبق دستورالعمل‌های Medicare ارائه می‌شوند (مثلاً اگر دیابت دارید)	مراقبت از پای روتین
تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شوند	خدماتی که طبق استانداردهای <b>Original Medicare</b> ، منطقی و ضروری تلقی نمی‌شوند

## فصل 5:

# استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D

چگونه می‌توانید از هزینه‌های دارویی خود مطلع شوید؟



به‌دلیل اینکه شما واجد شرایط Medicaid هستید، شرایط دریافت Extra Help از Medicare برای پرداخت هزینه‌های طرح داروی نسخه‌ای‌تان را دارید. از آنجا که شما در برنامه Extra Help هستید، ممکن است برخی از اطلاعات موجود در این «مدارک بیمه» در مورد هزینه‌های داروهای تجویزی بخش D برای شما صدق نکند. ضمیمه جداگانه‌ای با عنوان «الحاقیه مدارک بیمه ویژه افرادی که برای پرداخت داروهای نسخه‌ای، Extra Help دریافت می‌کنند» (همچنین با عنوان «الحاقیه یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS Rider») نیز شناخته می‌شود) برایتان ارسال کرده‌ایم که پوشش دارویی شما را توضیح می‌دهد. اگر این ضمیمه را در اختیار ندارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید. (شماره تلفن‌های خدمات اعضا در پشت جلد این سند چاپ شده است.)

### بخش 1 قوانین اساسی برای پوشش دارویی بخش D طرح ما

برای مزایای دارویی Medicare Part B و مزایای دارویی آسایشگاه، به جدول مزایای پزشکی در فصل 4 مراجعه کنید. علاوه بر داروهای تحت پوشش Medicare، برخی از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش مزایای Medicaid شما هستند. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی Medicaid، باید با خدمات اعضا یا دفتر Medicaid ایالت خود تماس بگیرید (اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ذکر شده است).

طرح ما معمولاً داروهای شما را تا زمانی که از این قوانین پیروی کنید، تحت پوشش قرار می‌دهد:

- باید یک ارائه‌دهنده (پزشک، دندانپزشک، یا سایر تجویزکنندگان) نسخه‌ای را برای شما بنویسد، و این نسخه باید طبق قوانین ایالتی مربوطه معتبر باشد.
- تجویزکننده شما نباید در فهرست‌های مستثنی یا ممنوعه Medicare باشد.
- شما معمولاً باید برای تهیه نسخه خود از یک داروخانه عضو شبکه استفاده کنید (به بخش 2 مراجعه کنید) یا می‌توانید نسخه خود را از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما تهیه کنید.
- داروی شما باید در «لیست داروی» طرح ما باشد (به بخش 3 مراجعه کنید).
- داروی شما باید برای درمانی که از لحاظ پزشکی مورد قبول است استفاده شود. «نشانه پزشکی پذیرفته شده» به استفاده از دارویی گفته می‌شود که یا از سوی FDA تأیید شده باشد یا توسط مراجع خاصی پشتیبانی شود. (برای اطلاعات بیشتر درباره مبحث «از نظر پزشکی مورد قبول بودن» به بخش 3 مراجعه کنید.)
- داروی شما ممکن است قبل از پوشش، نیاز به تأیید طرح ما بر اساس معیارهای خاصی داشته باشد. (برای اطلاعات بیشتر به بخش 4 مراجعه کنید.)

### بخش 2 نسخه خود را از یک داروخانه عضو شبکه یا از طریق سرویس سفارش پستی طرح ما تهیه کنید.

در اکثر مواقع، نسخه‌های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که از داروخانه‌های شبکه طرح ما تهیه شده باشند. (برای کسب اطلاعات بیشتر درباره اینکه چه زمانی ما هزینه نسخه‌های تهیه‌شده در داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم، به بخش 2.5 مراجعه کنید.)

داروخانه شبکه داروخانه‌ای است که با طرح ما برای ارائه داروهای تحت پوشش شما قرارداد دارد. اصطلاح «داروهای تحت پوشش» به تمام داروهای بخش D موجود در فهرست دارویی طرح ما اطلاق می‌شود.

## بخش 2.1 داروخانه‌های عضو شبکه

### یافتن یک داروخانه شبکه در منطقه خود

برای یافتن داروخانه‌های شبکه، به فهرست داروخانه‌های خود مراجعه کنید، از وبسایت ما ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)) دیدن کنید، و/یا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید. می‌توانید به هر کدام از داروخانه‌های شبکه ما مراجعه کنید.

### اگر داروخانه شما شبکه را ترک کند

اگر داروخانه‌ای که استفاده می‌کنید از شبکه طرح ما خارج شود، باید داروخانه جدیدی در شبکه پیدا کنید. برای یافتن داروخانه دیگری در منطقه خود، از خدمات اعضا کمک بگیرید یا از فهرست داروخانه‌ها استفاده کنید. همچنین می‌توانید این اطلاعات را در وبسایت ما به آدرس [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) پیدا کنید.

### داروخانه‌های تخصصی

بعضی نسخه‌ها باید از یک داروخانه تخصصی تهیه شود. داروخانه‌های تخصصی شامل موارد زیر می‌شود:

- داروخانه‌هایی که داروهای مورد استفاده برای تزریق در منزل را تأمین می‌کنند.
- داروخانه‌هایی که داروهای مورد نیاز ساکنین مراکز مراقبت طولانی‌مدت (LTC) را تأمین می‌کنند. معمولاً یک مرکز LTC (مانند خانه سالمندان) داروخانه مخصوص به خود را دارد. اگر در دریافت داروهای بخش D خود در یک مرکز LTC مشکل دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).
- داروخانه‌هایی که به «برنامه Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health Service» خدمات ارائه می‌دهند (در پورتوریکو موجود نیست). به جز در شرایط اضطراری، فقط آمریکایی‌های اصیل یا بومی‌های آلاسکا می‌توانند به این داروخانه‌ها در ما دسترسی داشته باشند.
- داروخانه‌هایی که داروهای محدودشده توسط FDA را به مکان‌های خاصی توزیع می‌کنند یا نیاز به جابه‌جایی خاص، هماهنگی ارائه‌دهنده یا آموزش نحوه استفاده از آن‌ها را دارند. برای یافتن یک داروخانه تخصصی، به فهرست داروخانه‌های خود مراجعه کنید یا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).

## بخش 2.2 خدمات ارسال پستی دارو طرح ما

برای انواع خاصی از داروها می‌توانید از خدمات سفارش پستی شبکه طرح استفاده کنید. به طور کلی داروهای ارائه شده از طریق سفارش پستی داروهایی است که شما آنها را به صورت مداوم جهت درمان شرایط پزشکی مزمن یا بلند مدت مصرف می‌کنید. داروهایی که از طریق سرویس سفارش پستی طرح در دسترس نیست، در «لیست داروی» ما، با «NM» به معنای «بدون امکان سفارش پستی» مشخص شده است.

خدمات سفارش پستی طرح ما به شما امکان می‌دهد تا سقف تأمین 100 روز دارو سفارش دهید.

برای دریافت فرم‌های سفارش و اطلاعات مربوط به تهیه نسخه‌های خود از طریق پست، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا به وبسایت ما به نشانی [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) مراجعه کنید.

معمولاً یک سفارش پستی داروخانه ظرف حداکثر 14 روز به شما تحویل داده می‌شود. اگر نیاز فوری دارید یا زمان تحویل از این بیشتر شد، لطفاً برای دریافت کمک در زمینه دریافت تأمین موقت نسخه‌تان با خدمات اعضا تماس بگیرید.

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

پس از اینکه داروخانه نسخه‌ای را از ارائه‌دهنده مراقبت سلامت شما دریافت می‌کند، با شما تماس خواهد گرفت تا از شما بپرسد که آیا مایلید داروهای خود را بلافاصله یا در زمان دیگری دریافت کنید. مهم است که هر بار که داروخانه با شما تماس می‌گیرد، پاسخ دهید تا به آنها اطلاع دهید که آیا نسخه جدید را ارسال کنند، به تأخیر بیندازند یا متوقف کنند.

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

**تکرار نسخه‌های سفارش پستی.** جهت سفارش مجدد داروهای خود، می‌توانید در طرح تجدید خودکار نسخه ثبت‌نام کنید. ما در این طرح هنگامی که سوابق نشان دهد داروهای شما در حال اتمام است، به صورت خودکار فرآیند تجدید نسخه را آغاز خواهیم کرد. داروخانه پیش از ارسال مقدار جدید دارو با شما تماس خواهد گرفت تا اطمینان حاصل کند که به داروهای بیشتر نیاز دارید یا خیر و در صورتی که به اندازه کافی دارو دارید یا نسخه شما تغییر کرده است، بتوانید تمدید خودکار دارو را لغو کنید.

اگر تصمیم دارید از برنامه تمدید خودکار ما استفاده نکنید، اما همچنان می‌خواهید داروخانه سفارش پستی نسخه‌تان را برای شما ارسال کند، لطفاً 14 روز قبل از اتمام داروی نسخه فعلی‌تان با داروخانه تماس بگیرید. این کار تضمین می‌کند که سفارش شما به موقع برایتان ارسال شود.

برای انصراف از برنامه ما که به‌طور خودکار داروهای نسخه تمدیدشده سفارش پستی را آماده می‌کند، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید یا از وبسایت ما به آدرس [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) دیدن کنید.

اگر به‌طور خودکار از طریق پست نسخه‌ای را دریافت کردید که نمی‌خواهید، ممکن است واجد شرایط بازپرداخت باشید.

**بخش 2.3 نحوه دریافت تأمین بلند مدت داروها**

هنگامی که تأمین بلندمدت دارو دریافت می‌کنید، ممکن است تسهیم هزینه شما کمتر باشد. طرح ما 2 روش برای دریافت تأمین بلندمدت (که تأمین تمدیدشده نیز نامیده می‌شود) داروهای همیشگی در لیست داروی طرح ما ارائه می‌دهد. (داروهای همیشگی داروهایی هستند که شما آن‌ها را به صورت مداوم برای یک بیماری مزمن یا برای یک شرایط پزشکی بلندمدت مصرف می‌کنید.)

- 1. بعضی از داروخانه‌های خرده‌فروشی در شبکه ما به شما امکان می‌دهد تأمین بلندمدت داروهای همیشگی را دریافت کنید.** در فهرست داروخانه‌ها شما ذکر شده است که کدام داروخانه‌ها در شبکه ما می‌توانند تأمین بلند مدت داروهای همیشگی را به شما ارائه دهند. همچنین می‌توانید برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس می‌گیرند).
- 2. همچنین می‌توانید داروهای همیشگی را از طریق برنامه‌ی سفارش پستی ما دریافت کنید.** برای اطلاعات بیشتر به بخش 2.3 مراجعه کنید.

**بخش 2.4 استفاده از داروخانه‌ای که عضو شبکه طرح ما نیست**

به‌طور کلی ما هزینه داروهای که از داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود را فقط در صورتی پوشش می‌دهیم که شما قادر به استفاده از داروخانه عضو شبکه نباشید. ما داروخانه‌های عضو شبکه‌ای در خارج از منطقه خدمات‌رسانی خود داریم که شما به عنوان یکی از اعضای طرح ما می‌توانید داروهای نسخه خود را از آنجا دریافت کنید. ابتدا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) تا ببینید آیا داروخانه‌ای در نزدیکی شما وجود دارد که عضو شبکه باشد یا خیر.

فقط در شرایط زیر، هزینه نسخه‌هایی را که در یکی از داروخانه‌های خارج از شبکه پیچیده شده‌اند پوشش می‌کنیم:

- اگر آن نسخه مربوط به خدمات درمانی فوری و مورد نیاز باشد
- اگر نسخه به شرایط اورژانس پزشکی مرتبط باشد
- پوشش دارو به تأمین 31 روزه محدود می‌شود، مگر اینکه نسخه برای بازه زمانی کوتاه‌تری نوشته شده باشد.

اگر مجبور به استفاده از داروخانه خارج از شبکه هستید، معمولاً باید کل هزینه (به جای سهم هزینه عادی خود) را در زمان تهیه داروی نسخه خود بپردازید. می‌توانید از ما درخواست کنید سهم خودمان از هزینه را به شما عودت دهیم. (برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست بازپرداخت از طرح ما، به فصل 7، بخش 2 مراجعه کنید.) ممکن است از شما خواسته شود مابه‌التفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه‌های خارج از شبکه پرداخت می‌کنید و مبلغی که در داروخانه داخل شبکه پرداخت می‌کنید را خودتان پرداخت کنید.

**بخش 3 داروهای شما باید در لیست داروی طرح ما باشند.****بخش 3.1 لیست دارو نشان می‌دهد که کدام داروهای بخش D تحت پوشش قرار می‌گیرند**

طرح ما یک فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه) دارد. در این مدارک بیمه، ما آن را لیست دارو می‌نامیم.

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

داروهای موجود در لیست دارو توسط طرح ما و با کمک تیمی از پزشکان و داروسازان انتخاب می‌شود. این لیست مطابق با الزامات Medicare است و توسط Medicare تأیید شده است.

لیست دارو فقط داروهای تحت پوشش Medicare Part D را نشان می‌دهد. علاوه بر داروهای تحت پوشش Medicare، برخی از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش مزایای Medicaid شما هستند. برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی Medicaid، باید با خدمات اعضا یا دفتر Medicaid ایالت خود تماس بگیرید (اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ذکر شده است).

ما معمولاً دارویی را که در لیست داروی طرح ما قرار دارد، پوشش می‌دهیم، مادامی که سایر قوانین پوشش توضیح داده شده در این فصل و استفاده از دارو برای مورد پزشکی پذیرفته شده را رعایت کنید. تجویز مورد قبول پزشکی به استفاده از دارویی گفته می‌شود که یا:

- توسط FDA برای تشخیص یا بیماری که برای آن تجویز شده، تأیید شده باشد، یا
- توسط مراجع خاصی مانند اطلاعات دارویی سرویس دارو نامه بیمارستان آمریکا و سیستم اطلاعات Micromedex DRUGDEX پشتیبانی شود.

لیست دارو شامل داروهای مارکدار، داروهای ژنریک، و محصولات بیولوژیکی است (که ممکن است بیوسیمیلارها را نیز در بر بگیرد).

یک داروی مارکدار، داروی نسخه‌ای است که با نام تجاری متعلق به سازنده دارو فروخته می‌شود. محصولات بیولوژیکی نسبت به داروهای معمولی پیچیده‌تر هستند. در لیست دارو، وقتی به داروها اشاره می‌کنیم، می‌تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد.

داروهای ژنریک یک داروهای نسخه‌ای دارای ترکیبات فعال مشابه داروهای مارکدار هستند. محصولات بیولوژیکی جایگزین‌هایی دارند که بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. به طور کلی، داروهای ژنریک و بیوسیمیلارها به همان خوبی داروهای مارکدار یا محصولات بیولوژیکی اصلی عمل می‌کنند و معمولاً هزینه کمتری دارند. جایگزین‌های دارویی ژنریک برای بسیاری از داروهای مارکدار و جایگزین‌های مشابه بیوسیمیلار برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی موجود هستند. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل جایگزینی هستند و بسته به قانون ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی در داروخانه شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای مارکدار شوند.

برای مشاهده تعاریف انواع داروهایی که ممکن است در لیست دارو باشند به فصل 12 مراجعه کنید.

**داروهای بدون نسخه (OTC)**

طرح ما برخی از داروهای بدون نسخه را نیز تحت پوشش قرار می‌دهد. برخی داروهای بدون نسخه ارزان‌تر از داروهای نسخه‌ای می‌باشند اما به همان میزان مؤثر هستند. برای اطلاعات بیشتر با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

**داروهایی که در لیست دارو نیست**

این طرح تمامی داروهای نسخه‌ای را تحت پوشش قرار نمی‌دهد.

- در برخی موارد، قانون به هیچ طرح Medicare اجازه پوشش انواع خاصی از داروها را نمی‌دهد. (برای اطلاعات بیشتر، به بخش 7 مراجعه کنید).
- در موارد دیگر، تصمیم می‌گیریم داروی خاصی را در لیست داروی خود قرار ندهیم.
- در برخی موارد، ممکن است بتوانید دارویی را تهیه کنید که در لیست داروی ما نیست. (برای اطلاعات بیشتر، لطفاً به فصل 9 مراجعه کنید).

**بخش 3.2 شش (6) ردیف تسهیم هزینه برای داروهای موجود در لیست دارو**

هر دارویی در لیست داروی طرح ما در یکی از شش (6) ردیف تسهیم هزینه است. به‌طور کلی، هر چه ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است:

- ردیف 1 - ژنریک ترجیحی
- ردیف 2 - ژنریک
- ردیف 3 - برند ترجیحی

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

- ردیف 4 - داروی غیرترجیحی
- ردیف 5 - داروهای تخصصی
- ردیف 6 - داروهای مراقبتی را انتخاب کنید

برای اطلاع درباره ردیف تسهیم هزینه داروی خود، آن را در لیست داروی طرح ما جستجو کنید. مبلغی که برای داروها در هر ردیف تسهیم هزینه پرداخت می‌کنید در فصل 6 نشان داده شده است.

**بخش 3.3 نحوه یافتن یک دارو در لیست دارو**

برای یافتن داروها در لیست داروی ما، این گزینه‌ها را دارید:

- جدیدترین لیست دارویی را که به صورت الکترونیکی برای شما ارسال کردیم بررسی کنید.
- به وبسایت طرح ما به نشانی زیر مراجعه کنید: ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)). لیست داروی موجود در وبسایت ما همیشه به‌روز است.
- برای اطلاع از وجود یک داروی خاص در لیست داروی ما یا درخواست نسخه‌ای از لیست، با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- از ابزار Real-Time Benefit Tool طرح ما ([Caremark.com](http://Caremark.com)) استفاده کنید تا داروهای موجود در لیست دارو را جستجو کنید و برآوردی از هزینه‌ای که باید بپردازید را دریافت کنید و از وجود داروهای جایگزین در لیست دارو که قادر به درمان همان عارضه باشند مطلع شوید. همچنین می‌توانید از طریق شماره 314-2427 (866) با خدمات اعضا تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید).

**بخش 4 داروهای با محدودیت‌های پوشش****بخش 4.1 چرا برخی داروها محدودیت‌هایی دارند**

طرح ما از مقررات ویژه‌ای پیروی می‌کند که زمان و نحوه پوشش‌دهی برخی داروهای نسخه‌ای خاص را محدود می‌کنند. تیمی از پزشکان و داروسازان این قوانین را تدوین کرده‌اند تا شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما را به استفاده از داروهای موثرترین روش تشویق کنند. جهت اطلاع از این که آیا داروی فعلی شما یا دارویی که می‌خواهید مصرف کنید مشمول این محدودیت‌ها می‌شود یا خیر، لیست دارو را بررسی کنید. اگر یک داروی ایمن و کم‌هزینه از نظر پزشکی به‌خوبی یک داروی گران‌قیمت اثر کند، قوانین طرح ما به‌گونه‌ای طراحی شده‌اند که شما و ارائه‌دهنده‌تان را به استفاده از آن گزینه کم‌هزینه‌تر تشویق کنند.

توجه داشته باشید که گاهی اوقات یک دارو ممکن است بیش از یک بار در لیست داروی ما ظاهر شود. به این دلیل که داروهای مشابه می‌توانند بر اساس قدرت، مقدار یا شکل داروی تجویز شده توسط ارائه‌دهنده مراقبت سلامت شما متفاوت باشند و محدودیت‌ها یا تسهیم هزینه متفاوتی ممکن است برای نسخه‌های مختلف دارو اعمال شود (به عنوان مثال، 10 میلی‌گرم در مقابل 100 میلی‌گرم؛ یک عدد در روز در مقابل 2 عدد در روز؛ قرص در مقابل مایع).

**بخش 4.2 انواع محدودیت‌ها**

بخش‌های زیر اطلاعات بیشتری در مورد انواع محدودیت‌هایی که ما برای داروهای خاص اعمال می‌کنیم، به شما می‌دهند.

**اگر قانون خاصی در مورد داروی شما وجود داشته باشد، معمولاً به این معنا است که شما یا ارائه‌دهنده شما باید مراحل بیشتری را طی کنید تا ما آنها را تحت پوشش قرار دهیم.** برای اطلاع از اینکه شما یا ارائه‌دهنده‌تان برای دریافت پوشش دارویی چه کاری می‌توانید انجام دهید، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید). اگر می‌خواهید ما این محدودیت را برای شما لغو کنیم، باید از فرآیند تصمیم‌گیری پوشش استفاده کنید و از ما بخواهید که استثنای قائل شویم. ما ممکن است با لغو این محدودیت برای شما موافقت کنیم یا نکنیم. (به فصل 9 بروید)

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D****دریافت تأییدیه طرح پیش از سفارش**

برای برخی داروها، شما یا ارائه‌دهنده‌تان باید قبل از اینکه با پوشش دارو برای شما موافقت کنیم، از طرح ما بر اساس معیارهای خاصی تأییدیه بگیرید. به این امر **اجازه قبلی** می‌گویند. این امر برای اطمینان از ایمنی دارو و کمک به راهنمایی در مورد استفاده مناسب از داروهای خاص وضع شده است. اگر این تأییدیه را دریافت نکنید، ممکن است داروی شما تحت پوشش طرح درمانی ما نباشد. معیارهای مجوز قبلی طرح ما را می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) یا مراجعه به وبسایت ما [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) دریافت کنید.

**نخست امتحان کردن دارویی متفاوت**

این الزام شما را تشویق می‌کند تا داروهای کم‌هزینه‌تر اما معمولاً به همان اندازه مؤثر را قبل از اینکه طرح درمانی ما داروی دیگری را پوشش دهد، امتحان کنید. به عنوان مثال، اگر داروی A و داروی B شرایط پزشکی یکسانی را درمان می‌کنند و داروی A هزینه کمتری دارد، ممکن است طرح ما الزام کند که ابتدا داروی A را امتحان کنید. اگر داروی A برای درمان شما مؤثر نباشد، طرح ما سپس داروی B را تحت پوشش قرار می‌دهد. به این الزام برای امتحان کردن دارویی متفاوت **درمان مرحله‌ای** می‌گویند. معیارهای درمان مرحله‌ای طرح ما را می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) یا مراجعه به وبسایت ما [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare) دریافت کنید.

**محدودیت تعداد**

برای برخی داروها، ممکن است مقدار دارویی که با هر نسخه در اختیار شما قرار گیرد را محدود کنیم. برای مثال، اگر مصرف فقط یک قرص در روز برای یک داروی خاص معمولاً بی‌خطر تلقی می‌شود، ممکن است پوشش نسخه شما را به حداکثر یک قرص در روز محدود کنیم.

**بخش 5 اگر یکی از داروهای شما آنطور که می‌خواهید پوشش داده نشود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟**

موقعیت‌هایی وجود دارد که دارویی نسخه‌ای که مصرف می‌کنید یا دارویی که شما و ارائه‌دهنده‌تان فکر می‌کنید باید مصرف کنید در فهرست دارویی ما نیست یا محدودیت‌هایی دارد. برای مثال:

- ممکن است آن دارو اصلاً تحت پوشش نباشد. نسخه بدون مارک دارو ممکن است تحت پوشش قرار گیرد، اما نسخه مارک‌دار که می‌خواهید مصرف کنید تحت پوشش نباشد.
  - دارو تحت پوشش است، اما مقررات یا محدودیت‌های بیشتری بر پوشش‌دهی آن دارو اعمال می‌شود.
- اگر داروی شما در ردیف تسهیم‌هزینه‌ای قرار دارد که هزینه شما را بیشتر از آنچه می‌کند که فکر می‌کنید باید باشد، برای اطلاع از کاری که می‌توانید انجام دهید، به بخش 5.1 مراجعه کنید.

اگر داروی شما در فهرست داروها نیست یا محدودیت دارد، در اینجا گزینه‌هایی ارائه شده است که می‌توانید انجام دهید:

- ممکن است بتوانید موقتاً دارو را تهیه کنید.
- می‌توانید داروی دیگری انتخاب کنید.
- شما می‌توانید درخواست استثنا کنید و از طرح ما بخواهید که دارو را پوشش دهد یا محدودیت‌های مربوط به آن دارو را حذف کند.

**ممکن است بتوانید موقتاً دریافت کنید**

تحت شرایط خاص، طرح ما باید موقتاً دارویی را که از قبل مصرف می‌کنید تأمین کند. این تأمین موقت به شما فرصت می‌دهد تا ارائه‌دهنده خود در مورد تغییر صحبت کنید.

برای واجد شرایط بودن برای تأمین موقت، دارویی که مصرف می‌کنید نباید دیگر در فهرست دارویی طرح ما باشد «یا» اکنون به نوعی محدود شده باشد.

- اگر عضو جدیدی هستید، ما تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول عضویت‌تان در طرح خود پوشش می‌دهیم.
- اگر سال گذشته عضو طرح ما بوده باشید، تأمین موقت داروی شما را در 90 روز اول سال تقویمی پوشش می‌دهیم.

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

- این تأمین موقت حداکثر برای یک دوره 31 روزه خواهد بود. اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد، اجازه خواهیم داد که نسخه‌تان چندین بار پیچیده شود تا دوره تهیه دارو به سقف 31 روز برسد. نسخه باید از یک داروخانه عضو شبکه تهیه شود. (توجه داشته باشید که داروخانه ارائه‌دهنده مراقبت بلندمدت ممکن است به‌منظور جلوگیری از اسراف، هر بار دارو را در مقادیر کم ارائه دهد).
- برای اعضای که بیش از 90 روز در طرح ما بوده‌اند و در مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنند و فوراً به تأمین نیاز دارند: ما یک تأمین (31) روزه یا کمتر (اگر نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویز شده باشد) را تحت پوشش قرار می‌دهیم. این افزون بر تأمین موقت ذکر شده در بالا است.
- اگر در یک مرکز LTC اقامت دارید و بیش از 90 روز عضو طرح ما بوده‌اید و به دارویی نیاز دارید که در لیست ما نیست یا مشمول محدودیت‌های دیگر، مانند درمان مرحله‌ای یا محدودیت‌های مقدار (محدودیت مصرف)، است، ما یک دوره موقت و اورژانسی 31 روزه برای آن دارو را تحت پوشش قرار می‌دهیم (مگر این که مدت زمان کمتری در نسخه مشخص شده باشد)، همچنین عضو می‌تواند درخواست اعمال استثنای داشته باشد. موارد استثنای هنگامی اعمال می‌شود که تغییری را در میزان خدمات درمانی دریافتی خود مشاهده کنید که لازم باشد در پی آن از یک مرکز درمانی به یک مرکز دیگر جابجا شوید. در چنین شرایطی، حتی اگر در خارج از 90 روز اول به‌عنوان عضوی از طرح باشید، واجد شرایط یک مورد مستثنی موقت و یک‌باره خواهید بود. لطفاً توجه داشته باشید که سیاست جابجایی ما فقط در مورد داروهای کاربردی دارد که در لیست «داروهای بخش D» قرار دارد و از داروخانه عضو شبکه خریداری شده است. سیاست جابجایی برای خرید داروهایی که در لیست بخش D قرار ندارند یا خرید دارو از ارائه‌دهنده خارج شبکه اعمال نمی‌شود، مگر اینکه شما واجد شرایط دسترسی به خارج از شبکه باشید.

از طریق شماره 314-2427 (866) با خدمات اعضا تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند).

هنگامی که تأمین موقت دارویی را دریافت می‌کنید، باید با ارائه‌دهنده خود مشورت کنید تا در مورد زمانی که داروی شما به اتمام می‌رسد تصمیم بگیرید. شما 2 گزینه دارید:

**گزینه 1. می‌توانید داروی دیگری انتخاب کنید**

با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید که آیا داروی دیگری که تحت پوشش طرح ما است ممکن است برای شما به همان خوبی عمل کند یا خیر. برای درخواست فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند). این فهرست به ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند داروی تحت پوششی را که مناسب شرایط شما است پیدا کند.

**گزینه 2. از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم**

شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید از طرح ما بخواهید که استثنای قائل شود و دارو را به‌روشی که شما می‌خواهید پوشش دهد. اگر ارائه‌دهنده‌تان بگوید شما دلایلی پزشکی دارید که درخواست استثنای ما را توجیه می‌کند، ارائه‌دهنده‌تان می‌تواند به شما کمک کند درخواست استثنای داشته باشید. به‌عنوان مثال، می‌توانید از طرح ما بخواهید دارویی را که حتی در لیست داروی طرح ما نیست پوشش دهیم. یا می‌توانید از طرح ما بخواهید که استثنای قائل شود و دارو را بدون محدودیت پوشش دهد.

اگر عضو فعلی هستید و دارویی که مصرف می‌کنید از فهرست دارویی حذف می‌شود یا به نحوی برای سال آینده محدود خواهد شد، قبل از سال جدید، شما را از هرگونه تغییری مطلع خواهیم کرد. شما می‌توانید قبل از سال آینده درخواست استثنای کنید، و ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما (یا بیانیته پشتیبان تجویزکننده شما) به شما پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما را تأیید کنیم، قبل از اجرایی شدن تغییر، پوشش دارویی را مجاز خواهیم کرد.

اگر شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌خواهید درخواست استثنای بدهید، برای اطلاع از آنچه باید انجام دهید، به فصل 9، بخش 7.4 مراجعه کنید. این بخش، رویه‌ها و مهلت‌های تعیین‌شده توسط Medicare را برای اطمینان از رسیدگی سریع و منصفانه به درخواست شما توضیح می‌دهد.

**بخش 5.1 اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید خیلی بالاست، چه باید کرد**

اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید خیلی بالاست، می‌توانید این کارها را انجام دهید:

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D****می‌توانید داروی دیگری انتخاب کنید**

اگر داروی شما در ردیف تسهیم هزینه‌ای قرار دارد که فکر می‌کنید خیلی بالاست، با ارائه دهنده خود صحبت کنید. ممکن است داروی متفاوتی در ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر وجود داشته باشد که به همان خوبی برای شما مؤثر باشد. برای درخواست فهرستی از داروهای تحت پوشش که همان بیماری را درمان می‌کنند، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند). این فهرست به ارائه‌دهنده شما کمک می‌کند داروی تحت پوششی را که مناسب شرایط شما است پیدا کند.

**از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم**

شما و ارائه‌دهنده خدمات درمانی‌تان می‌توانید از طرح ما بخواهید که در ردیف تسهیم هزینه برای دارو استثناء قائل شود تا شما هزینه کمتری برای آن بپردازید. اگر ارائه‌دهنده‌تان بگوید شما دلایل پزشکی‌ای دارید که درخواست استثناء را توجیه می‌کند، ارائه‌دهنده‌تان می‌تواند به شما کمک کند درخواست استثناء از این قانون را داشته باشید.

اگر شما و ارائه‌دهنده‌تان می‌خواهید درخواست استثناء بدهید، برای اطلاع از اقدامات لازم به فصل 9، بخش 7.4 مراجعه کنید. این فصل، رویه‌ها و مهلت‌های تعیین‌شده توسط Medicare را برای اطمینان از رسیدگی سریع و منصفانه به درخواست شما توضیح می‌دهد.

داروهای ردیف 5 ما: تخصص‌ها و اجد شرایط این نوع استثناء نیستند. ما مبلغ تسهیم هزینه را برای داروهای این ردیف کاهش نمی‌دهیم.

**بخش 6 لیست داروی ما می‌تواند در طول سال تغییر کند.**

بیشتر تغییرات در پوشش دارویی در ابتدای هر سال (1 ژانویه) اتفاق می‌افتد. با این حال، در طول سال، طرح ما می‌تواند تغییراتی در لیست دارو ایجاد کند. به عنوان مثال، طرح ما ممکن است:

- داروها را به لیست دارو اضافه یا از آن حذف کند.
- یک دارو را به سطح تسهیم هزینه بالاتر یا پایین‌تر منتقل کند.
- محدودیت پوشش برای یک دارو را اضافه یا حذف کند.
- یک داروی مارکدار را با یک نسخه ژنریک دارو جایگزین کند.
- یک محصول بیولوژیکی اصلی را با یک نسخه بیوسیمیلار جایگزین آن محصول بیولوژیکی تعویض کنیم.

ما باید قبل از تغییر لیست داروی طرح خود، الزامات Medicare را رعایت کنیم.

**اطلاعات مربوط به تغییرات در پوشش دارویی**

هنگامی که تغییراتی در لیست دارو رخ می‌دهد، اطلاعات مربوط به آن تغییرات را در وبسایت خود منتشر می‌کنیم. همچنین لیست داروی آنلاین خود را مرتباً به‌روزرسانی می‌کنیم. گاهی اوقات اگر تغییراتی در دارویی که مصرف می‌کنید ایجاد شود، مستقیماً به شما اطلاع داده می‌شود.

**تغییرات در پوشش دارویی که در طول این سال طرح بر شما تأثیر می‌گذارد**

- اضافه کردن داروهای جدید به لیست دارو و حذف یا ایجاد تغییرات فوری در داروی مشابه در لیست دارو.
  - ممکن است فوراً یک داروی مشابه را از فهرست داروها حذف کنیم، داروی مشابه را به یک ردیف تسهیم هزینه متفاوت منتقل کنیم، محدودیت‌های جدیدی اضافه کنیم، یا هر دو کار را انجام دهیم. نسخه دارویی جدیدی که اضافه می‌کنیم در همان ردیف تسهیم هزینه یا ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر و با محدودیت‌های مشابه یا کمتر خواهد بود.
  - ما این تغییرات فوری را فقط در صورتی اعمال خواهیم کرد که یک نسخه ژنریک جدید از یک داروی تجاری یا نسخه‌های بیوسیمیلار جدید خاصی از یک محصول بیولوژیکی اصلی که قبلاً در لیست دارو بوده است را اضافه کنیم.
  - ممکن است این تغییرات را فوراً اعمال کنیم و بعداً به شما اطلاع دهیم، حتی اگر دارویی را مصرف می‌کنید که حذف می‌کنیم یا تغییراتی در آن ایجاد می‌کنیم. اگر در زمانی که ما تغییر را اعمال می‌کنیم، داروی مشابه را مصرف کنید، در مورد هرگونه تغییر خاصی که اعمال کرده‌ایم به شما اطلاع خواهیم داد.

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

- **اضافه کردن داروهای به لیست دارو و حذف یا ایجاد تغییرات در داروی مشابه در لیست دارو**
    - هنگام اضافه کردن نسخه دیگری از یک دارو به لیست دارو، ممکن است داروی مشابه را از لیست دارو حذف کنیم، آن را به یک ردیف تسهیم هزینه متفاوت منتقل کنیم، محدودیت‌های جدیدی اضافه کنیم یا هر دو کار را انجام دهیم. نسخه دارویی که اضافه می‌کنیم در همان ردیف تسهیم هزینه یا ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر و با محدودیت‌های مشابه یا کمتر خواهد بود.
    - ما این تغییرات را فقط در صورتی اعمال خواهیم کرد که یک نسخه ژنریک جدید از یک داروی تجاری یا نسخه‌های بیوسیمیلار جدید خاصی از یک محصول بیولوژیکی اصلی که قبلاً در لیست دارو بوده است را اضافه کنیم.
    - ما حداقل 30 روز قبل از اعمال تغییر، به شما اطلاع خواهیم داد، یا در مورد تغییر به شما اطلاع خواهیم داد و هزینه نسخه 31 روزه دارویی که مصرف می‌کنید را پوشش خواهیم داد.
  - **حذف داروهای پرخطر و سایر داروهای موجود در لیست دارو که از بازار خارج شده‌اند**
    - گاهی اوقات ممکن است یک دارو به دلیل دیگری پرخطر تلقی شود یا از بازار حذف شود. در این صورت، ممکن است بلافاصله دارو را از لیست دارو حذف کنیم. اگر در حال مصرف آن دارو باشید، پس از اعمال این تغییر به شما اطلاع می‌دهیم.
  - **ایجاد تغییرات دیگر در داروهای موجود در لیست دارو**
    - ممکن است پس از شروع سال، تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر می‌گذارد. به عنوان مثال، ما بر اساس هشدارهای موجود در جعبه‌های FDA یا دستورالعمل‌های بالینی جدید مورد تأیید Medicare عمل می‌کنیم.
    - ما حداقل 30 روز قبل از اعمال این تغییرات، یا به شما می‌گوییم که این تغییرات را اعمال می‌کنیم، یا در مورد تغییر به شما اطلاع خواهیم داد و هزینه تمدید 31 روزه داروی مصرفی شما را پوشش خواهیم داد.
- اگر هر یک از این تغییرات را در مورد هر یک از داروهای مصرفی شما اعمال کنیم، با پزشک تجویزکننده خود در مورد گزینه‌هایی که برای شما مناسب‌تر است، از جمله تغییر به داروی متفاوت برای درمان بیماری شما، یا درخواست تصمیم پوشش برای برآورده کردن هرگونه محدودیت جدید در مورد دارویی که مصرف می‌کنید، صحبت کنید. شما یا پزشک تجویزکننده شما می‌توانید از ما درخواست استثنا برای ادامه پوشش دارو یا نسخه‌ای از دارویی که مصرف می‌کردید، داشته باشید. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه درخواست تصمیم پوشش، از جمله استثنا، به فصل 9 مراجعه کنید.
- تغییراتی در لیست دارو که در طول سال جاری طرح بر شما تأثیری ندارد**
- ممکن است تغییرات خاصی در لیست دارو ایجاد کنیم که در بالا توضیح داده نشده‌اند. در این موارد، اگر در زمان اعمال تغییر، دارو را مصرف کنید، این تغییر شامل شما نخواهد شد. با این حال، اگر در همان طرح باقی بمانید، این تغییرات احتمالاً از 1 ژانویه سال بعد طرح، شما را تحت تأثیر قرار خواهند داد.
- به طور کلی، تغییراتی که در طول سال طرح فعلی بر شما اثر نمی‌گذارد عبارتند از:
- داروی شما را به ردیف تسهیم هزینه بالاتری منتقل می‌کنیم.
  - محدودیت جدیدی برای استفاده از داروی شما اعمال می‌کنیم.
  - داروی شما را از لیست دارو حذف می‌کنیم.
- اگر هر یک از این تغییرات برای دارویی که مصرف می‌کنید رخ دهد (به جز خروج از بازار، جایگزینی داروی ژنریک با داروی مارکدار یا سایر تغییرات ذکر شده در بخش‌های بالا)، این تغییر تا 1 ژانویه سال بعد بر مصرف شما یا تسهیم هزینه شما تأثیری نخواهد گذاشت. تا آن تاریخ، احتمالاً هیچ افزایشی در پرداخت‌های خود یا هیچ محدودیت اضافی بر استفاده خود از دارو مشاهده نخواهید کرد.
- ما در طول سال جاری طرح به طور مستقیم در مورد این نوع تغییرات به شما اطلاع نمی‌دهیم. شما باید لیست دارو را برای سال آتی طرح بررسی کنید (زمانی که لیست در طول دوره ثبت‌نام آزاد موجود است) تا ببینید آیا تغییراتی در داروی مصرفی شما وجود دارد که در طول سال آتی طرح بر شما تأثیر بگذارد یا خیر.

**بخش 7 انواع داروهایی که پوشش نمی‌دهیم**

برخی از انواع داروهای نسخه‌ای حذف شده‌اند. این بدان معناست که هزینه این داروها را Medicare پرداخت نمی‌کند.

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

اگر درخواست تجدیدنظر بدهید و مشخص شود که داروی درخواستی طبق بخش D مستثنی نشده است، ما هزینه آن را پرداخت خواهیم کرد یا پوشش خواهیم داد (برای اطلاعات در مورد تجدیدنظر خواهی از تصمیم، به فصل 9 مراجعه کنید). اگر دارو حذف شود، باید خودتان هزینه آن را بپردازید.

در اینجا 3 قانون کلی در مورد داروهایی که طرح‌های دارویی Medicare، تحت پوشش D، پوشش نمی‌دهند آورده شده است:

- پوشش دارویی بخش D طرح ما نمی‌تواند دارویی را پوشش دهد که تحت پوشش Medicare Part A یا Part B است.
  - طرح ما نمی‌تواند دارویی که خارج از ایالات متحده یا قلمروهای آن خریداری شده است را تحت پوشش قرار دهد.
  - طرح ما نمی‌تواند استفاده خارج از برچسب دارو را پوشش دهد، زمانی که استفاده توسط منابع خاصی مانند اطلاعات دارویی سرویس دارونامه بیمارستان آمریکایی و سیستم اطلاعات Micromedex DRUGDEX پشتیبانی نمی‌شود. استفاده خارج از برچسب، هرگونه استفاده از دارو به غیر از مواردی است که روی برچسب دارو ذکر شده و توسط FDA تأیید شده است.
- علاوه بر این، طبق قانون، دسته‌های دارویی ذکر شده در زیر تحت پوشش Medicare نیستند. با این حال، برخی از این داروها ممکن است تحت پوشش دارویی Medicaid شما باشند.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد پوشش دارویی Medicaid، باید با خدمات اعضا یا دفتر Medicaid ایالت خود تماس بگیرید (اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ذکر شده است).

- داروهای بدون نسخه (که داروهای بدون نسخه نیز نامیده می‌شوند)
  - داروهای مورد استفاده برای تقویت باروری
  - داروهای مورد استفاده برای تسکین سرفه یا علائم سرماخوردگی
  - داروهای مورد استفاده برای اهداف زیبایی یا برای تقویت رشد موی سر
  - ویتامین‌ها و مکمل‌های معدنی با نسخه، به جز ویتامین‌های دوران بارداری (پریناتال) و فرآورده‌های حاوی فلوراید
  - داروهای مورد استفاده برای درمان ناتوانی جنسی یا اختلال نعوظ
  - داروهای مورد استفاده برای درمان کم‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن
  - داروهای سرپایی که به عنوان شرط فروش، سازنده آنها را ملزم به خرید آزمایش‌ها یا خدمات پیشی مرتبط با آنها فقط از سازنده می‌کند.
- اگر Extra Help می‌گیرید** که هزینه داروهایتان را پرداخت کنید، Extra Help هزینه داروهایی که معمولاً تحت پوشش نیستند را پرداخت نخواهد کرد. اگر از طریق Medicaid پوشش دارویی دارید، برنامه Medicaid ایالت شما ممکن است برخی از داروهای تجویزی را که معمولاً در طرح دارویی Medicare پوشش داده نمی‌شوند پوشش دهد. برای اطلاع از پوشش دارویی‌ای که ممکن است برای شما در دسترس باشد، با برنامه Medicaid ایالت خود تماس بگیرید. (شماره تلفن‌ها و اطلاعات تماس Medicaid را در فصل 2، بخش 6 ببینید.)

**بخش 8 نحوه دریافت نسخه**

برای دریافت نسخه خود، اطلاعات عضویت در طرح ما را که در کارت عضویت طرح شما موجود است به داروخانه عضو شبکه‌ای که انتخاب می‌کنید، ارائه دهید. داروخانه عضو شبکه به‌طور خودکار سهم ما از هزینه‌های داروی شما را از طرح ما دریافت می‌کند. شاید لازم باشد هنگام دریافت نسخه خود سهم خود از هزینه را به داروخانه پرداخت کنید.

برای دریافت نسخه‌های تحت پوشش Medicaid، باید کارت عضویت California طرح Medicaid خود را نشان دهید.

اگر هنگام دریافت نسخه، اطلاعات عضویت خود در طرح ما را همراه ندارید، داروخانه شما می‌تواند برای دریافت اطلاعات لازم با طرح ما تماس بگیرد، یا می‌توانید از داروخانه بخواهید تا اطلاعات عضویت شما در طرح را جستجو کند.

اگر داروخانه نتواند اطلاعات لازم را دریافت کند، ممکن است مجبور شوید نسخه را هنگام تحویل دارو بپردازید. سپس می‌توانید از ما درخواست کنید تا سهم خود را به شما برگردانیم. برای کسب اطلاعات درباره نحوه درخواست بازپرداخت از طرح ما، به فصل 7، بخش 2 مراجعه کنید.

## بخش 9 پوشش دارویی بخش D در شرایط خاص

### بخش 9.1 برای بستری تحت پوشش طرح ما در یک بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی

اگر در بیمارستان یا در مرکز نگهداری تخصصی تحت پوشش طرح ما بستری هستید ما معمولاً هزینه داروهای نسخه‌ای شما طی مدتی که بستری هستید را پرداخت می‌کنیم. پس از اینکه از بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی مرخص شدید، تا زمانی که داروهای نسخه‌ای شما تابع کلیه قوانین مربوط به پوشش دهی طرح ما، که در این فصل آمده، باشد طرح ما همچنان آن دارو را تحت پوشش قرار می‌دهد.

### بخش 9.2 به عنوان ساکن در یک مرکز مراقبت بلندمدت (LTC)

معمولاً، یک مرکز مراقبت بلندمدت (LTC) (مانند خانه سالمندان) دارای داروخانه مخصوص به خود یا داروخانه‌ای است که داروهای مورد نیاز همه ساکنانش را تأمین می‌کند. اگر در یک مرکز LTC زندگی می‌کنید، در صورتی که عضو شبکه ما باشد، می‌توانید داروهای نسخه‌ای خود را از طریق داروخانه آن مرکز دریافت کنید.

برای اطلاع از اینکه آیا داروخانه مرکز LTC شما یا داروخانه‌ای که از آن استفاده می‌کند بخشی از شبکه ما است یا خیر، فهرست داروخانه‌های خود را بررسی کنید. اگر اینطور نیست، یا اگر به اطلاعات یا کمک بیشتری نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). اگر در یک مرکز LTC هستید، باید اطمینان حاصل کنیم که می‌توانید به‌طور معمول مزایای بخش D خود را از طریق شبکه داروخانه‌های LTC ما دریافت کنید.

اگر ساکن یک مرکز LTC هستید و به دارویی نیاز دارید که در لیست داروی ما نیست یا به نوعی محدود شده است، برای کسب اطلاعات در مورد دریافت موقت یا اورژانسی، به بخش 5 مراجعه کنید.

### بخش 9.3 اگر پوشش دارویی را از یک طرح گروهی کارفرما یا بازنشسته نیز دریافت می‌کنید

اگر از طریق کارفرما یا گروه بازنشستگی خود (یا همسرتان یا شریک زندگی‌تان) پوشش دارویی دیگری دارید، با مدیر مزایای آن گروه تماس بگیرید. او می‌تواند اطلاعاتی را درباره چگونگی کارکرد پوشش داروی فعلی شما با طرح ما را به شما بدهد.

به‌طور کلی، اگر پوشش گروهی کارمند یا بازنشسته دارید، پوشش دارویی که از ما دریافت می‌کنید، نسبت به پوشش گروهی شما در درجه دوم اهمیت قرار خواهد گرفت. این یعنی پوشش گروهی شما اول پرداخت می‌کند.

#### نکته ویژه در مورد پوشش معتبر:

هر ساله کارفرما یا گروه بازنشسته شما باید اطلاعاتی برای شما ارسال کند که به شما می‌گوید آیا پوشش دارویی شما برای سال تقویمی بعدی معتبر است یا خیر.

اگر پوشش طرح گروهی معتبر باشد، به این معنی است که طرح ما پوششی دارویی دارد که انتظار می‌رود به طور متوسط حداقل به اندازه پوشش دارویی استاندارد Medicare پرداخت کند.

**هرگونه اطلاعیه در مورد پوشش معتبر را نگر دارید زیرا ممکن است بعداً به این اطلاعیه‌ها نیاز داشته باشید تا نشان دهید که پوشش معتبری را حفظ کرده‌اید.** اگر اطلاعیه پوشش معتبر دریافت نکردید، از کارفرما یا مدیر مزایای طرح بازنشستگی یا کارفرما یا اتحادیه خود یک نسخه درخواست کنید.

### بخش 9.4 اگر در آسایشگاه دارای مجوز Medicare هستید

آسایشگاه و طرح ما همزمان داروی یکسانی را پوشش نمی‌دهند. اگر در یک آسایشگاه Medicare ثبت‌نام کرده‌اید و به داروهای خاصی نیاز دارید (مانند داروهای ضدتهوع، ملین، داروی ضد درد یا داروهای ضد اضطراب) که تحت پوشش آسایشگاه شما نیستند و دلیل این امر این است که با بیماری لا‌علاج شما و شرایط مربوطه ارتباطی ندارند، طرح ما قبل از اینکه بتواند دارو را پوشش دهد باید از طرف تجویزکننده یا

**فصل 5: استفاده از پوشش طرح برای داروهای بخش D**

ارائه‌دهنده آسایشگاه شما خطاریه دریافت کند که نشانگر این موضوع باشد که چنین دارویی مرتبط نیست. برای جلوگیری از تأخیر در دریافت این داروهایی که باید توسط طرح ما پوشش داده شوند، از ارائه‌دهنده خدمات آسایشگاه یا تجویزکننده خود بخواهید که قبل از تهیه داروی نسخه شما، اطلاع‌رسانی کنند.

در صورتی که گزینه آسایشگاهی خود را لغو کنید یا از آسایشگاه مرخص شوید، طرح ما باید داروهای شما را همانطور که در این سند توضیح داده شده، پوشش دهد. برای جلوگیری از هرگونه تأخیر در داروخانه، وقتی مزایای آسایشگاه بیماران را علاج Medicare شما پایان می‌یابد، مستندات را به داروخانه ببرید تا اثبات کنید که آسایشگاه را ترک کرده‌اید.

**بخش 10 برنامه‌های مربوط به ایمنی دارویی و مدیریت داروها**

ما بررسی‌های مصرف دارو را برای اعضای خود انجام می‌دهیم تا مطمئن شویم که آنها مراقبت‌های ایمن و مناسبی دریافت می‌کنند.

هر بار که نسخه‌ای را می‌پیچید، ما بررسی می‌کنیم. ما همچنین به‌طور منظم سوابق خود را بررسی می‌کنیم. در طول این بررسی‌ها، به‌دنبال مشکلات احتمالی مانند موارد زیر هستیم:

- خطاهای احتمالی دارویی
  - داروهایی که ممکن است به‌دلیل مصرف داروی مشابه دیگری برای درمان همان بیماری، ضروری نباشند.
  - داروهایی که ممکن است به‌دلیل سن یا جنسیت شما ایمن یا مناسب نباشند
  - ترکیبات خاصی از داروها که در صورت مصرف همزمان می‌توانند به شما آسیب برسانند
  - نسخه‌هایی برای داروهایی که حاوی ترکیباتی هستند که به آنها حساسیت دارید
  - خطاهای احتمالی در مقدار (دوز) دارویی که مصرف می‌کنید
  - مقادیر غیر ایمنی از داروهای مسکن شبه‌مخدر
- اگر متوجه یک مشکل احتمالی در استفاده شما از داروها شویم، برای تصحیح مشکل با ارائه‌دهنده شما همکاری خواهیم کرد.

**بخش 10.1 Drug Management Program (DMP) برای کمک به اعضا در استفاده ایمن از داروهای مخدر**

برنامه‌ای داریم که کمک می‌کند اعضا از داروهای شبه‌مخدر تجویز شده و سایر داروهایی که عمدتاً با سوء مصرف همراه هستند به‌صورت ایمن استفاده کنند. این برنامه، برنامه مدیریت دارویی (DMP) خوانده می‌شود. اگر از داروهای شبه‌مخدر استفاده می‌کنید که آنها را از چند پزشک یا داروخانه دریافت می‌کنید یا اگر اخیراً با داروهای شبه‌مخدر دچار آوردوز شده‌اید، شاید برای بررسی اینکه آیا مصرف داروهای شبه‌مخدر برای شما مناسب است یا از نظر پزشکی ضرورت دارند یا خیر با تجویزکننده داروهای‌تان مشورت کنیم. اگر در همکاری با تجویزکننده‌تان به این نتیجه برسیم که استفاده شما از داروهای شبه‌مخدر تجویزی یا بنزودیازپین‌ها ایمن نیست، ممکن است نحوه دسترسی شما به این داروها را محدود کنیم. اگر شما را در DMP خود قرار دهیم، محدودیت‌ها ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- الزام شما برای دریافت تمام نسخه‌های داروهای شبه‌مخدر یا بنزودیازپین از یک یا چند داروخانه
- الزام شما برای دریافت تمام نسخه‌های خود برای داروهای شبه‌مخدر یا بنزودیازپین از یک یا چند پزشک معین
- محدود کردن مقدار آن دسته از داروهایی که ما برای شما پوشش خواهیم داد

اگر قصد داشته باشیم نحوه دریافت این داروها یا میزانی که می‌توانید مصرف کنید را محدود کنیم، از قبل نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد. در صورتی که پوشش این داروها را محدود کنیم، یا در صورتی که ملزم باشید این نسخه را فقط از ارائه‌دهنده یا داروخانه خاصی دریافت کنید، در این نامه به شما اطلاع می‌دهیم. فرصتی در اختیار شما قرار خواهد گرفت تا به ما اطلاع دهید کدام پزشک‌ها یا داروخانه‌ها را برای استفاده ترجیح می‌دهید و اطلاعاتی را که به نظرتان مهم هستند برای ما ارسال کنید. پس از آنکه فرصت پاسخگویی پیدا کردید، اگر تصمیم بگیریم پوشش شما را برای این داروها محدود کنیم، نامه دیگری برای شما ارسال خواهیم کرد که این محدودیت را تأیید می‌کند. اگر احساس می‌کنید که ما مرتکب اشتباهی شده‌ایم یا با تصمیم ما یا محدودیت مخالف هستید، شما و تجویزکننده شما حق دارید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، پرونده شما را مرور می‌کنیم و تصمیم جدیدمان را به شما اعلام می‌کنیم. اگر همچنان بخشی از درخواستتان در ارتباط با محدودیت‌های اعمال شده بر دسترسی شما به این داروها را رد کنیم، به‌صورت خودکار پرونده‌تان را برای بررسی‌کننده مستقلی خارج از طرحمان ارسال می‌کنیم. در فصل 9 درباره نحوه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.

اگر شرایط پزشکی خاصی مانند درد فعال مرتبط با سرطان یا بیماری سلول داسی شکل دارید، تحت مراقبت‌های تسکینی، مراقبت‌های پایان عمر یا مراقبت‌های آسایشگاهی هستید، یا در یک مرکز مراقبت بلندمدت زندگی می‌کنید، در DMP ما قرار نخواهید گرفت.

## بخش 10.2 برنامه مدیریت درمان دارویی (MTM) برای کمک به اعضا در مدیریت داروها

ما برنامه‌ای داریم که می‌تواند به اعضای ما که نیازهای پیچیده سلامت دارند کمک کند. برنامه ما Medication Therapy Management (MTM) نام دارد. این برنامه داوطلبانه و رایگان است. تیمی از داروسازان و پزشکان این برنامه را برای ما ایجاد کرده‌اند تا مطمئن شویم اعضای ما بیشترین بهره را از داروهای مصرفی خود می‌برند.

برخی از اعضا که بیماری‌های مزمن خاصی دارند و داروهایی مصرف می‌کنند که هزینه آنها از حد مشخصی بیشتر است یا در DMP هستند تا به آنها در استفاده ایمن از مواد مخدر کمک کند، ممکن است بتوانند از طریق یک برنامه MTM خدمات دریافت کنند. اگر واجد شرایط شرکت در این برنامه باشید، یک داروساز یا سایر متخصصان سلامت یک بررسی جامع از همه داروهای تان ارائه می‌دهند. در طول بررسی، می‌توانید در مورد داروهای خود، هزینه‌هایتان و هرگونه مشکل یا سوالی که در مورد داروهای نسخه‌ای و بدون نسخه خود دارید، صحبت کنید. یک خلاصه کتبی مشتمل بر یک لیست توصیه‌شده برای کارها دریافت خواهید کرد که شامل مراحل است که باید برای گرفتن بهترین نتیجه از داروهایتان انجام دهید. همچنین لیستی از داروها را دریافت خواهید کرد که شامل کلیه داروهای مصرفی شما، میزان مصرف و زمان و دلیل مصرف آن‌هاست. همچنین، اعضای برنامه MTM اطلاعاتی دریافت خواهند کرد مبنی بر اینکه چگونه داروهای نسخه‌ای که مواد تحت کنترل هستند را به طور ایمن دور بریزند.

بهتر است درباره لیست کارهای توصیه‌شده و لیست داروی خود با پزشکتان صحبت کنید. هنگام مراجعه به پزشک یا هر بار که با پزشکان، داروسازان یا دیگر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت صحبت می‌کنید، خلاصه را همراه داشته باشید. لیست داروهای خود را به‌روز نگه دارید و همراه خود داشته باشید (مثلاً همراه با کارت شناسایی خود) تا در صورت مراجعه به بیمارستان یا اورژانس، بتوانید از آن استفاده کنید.

اگر برنامه‌ای داشته باشیم که با نیازهای تان مطابقت داشته باشد، شما را به‌طور خودکار در آن برنامه شرکت می‌دهیم و اطلاعات مربوطه را برای شما ارسال می‌کنیم. اگر تصمیم به شرکت ندارید، به ما اطلاع دهید تا شما را از این برنامه خارج کنیم. برای سوالات مربوط به این برنامه، از طریق شماره 314-2427 (866) با خدمات اعضا تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند).

## فصل 6:

# آنچه برای داروهای بخش D میپردازید

## بخش 1 هزینه‌ای که برای داروهای بخش D پرداخت می‌کنید

ما در این فصل از واژه «دارو» به معنای داروی تجویزی بخش D استفاده می‌کنیم. همه داروها جزو داروهای بخش D نیستند. برخی از داروها طبق قانون از پوشش بخش D مستثنی هستند. برخی از داروهایی که از پوشش بخش D مستثنی هستند تحت پوشش Part A یا Part B قرار دارند.

برای درک اطلاعات پرداخت، باید بدانید چه داروهایی تحت پوشش هستند، نسخه‌های خود را از کجا تهیه کنید و هنگام دریافت داروهای تحت پوشش خود چه قوانینی را باید رعایت کنید. فصل 5 این قوانین را توضیح می‌دهد. وقتی از «ابزار مزایای آبی» طرح ما برای جستجوی پوشش دارویی ([centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com)) استفاده می‌کنید، هزینه‌ای که مشاهده می‌کنید، تخمینی از هزینه‌های پرداختاز جیب مورد انتظار شما را نشان می‌دهد. همچنین می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید) اطلاعات ارائه‌شده در «ابزار مزایای آبی» را دریافت کنید.

اگر برای هزینه‌های داروهای تجویزی بخش D خود از طرح **Extra Help** استفاده می‌کنید، چگونه می‌توانید در مورد هزینه‌های دارویی خود اطلاعات کسب کنید؟

به‌دلیل اینکه شما واجد شرایط Medicaid هستید، شرایط دریافت Extra Help از Medicare برای پرداخت هزینه‌های طرح داروی نسخه‌ای‌تان را دارید. از آنجا که شما Extra Help دارید، ممکن است برخی از اطلاعات موجود در این «مدارک بیمه» در مورد هزینه‌های داروهای نسخه‌ای بخش D برای شما صدق نکنند. ضمیمه جداگانه‌ای با عنوان «الحاقیه مدارک بیمه ویژه افرادی که برای پرداخت هزینه داروهای نسخه‌ای، Extra Help دریافت می‌کنند» (همچنین با عنوان «الحاقیه یارانه کم‌برآمدها» یا «LIS Rider» نیز شناخته می‌شود) ارسال کرده‌ایم که پوشش دارویی شما را توضیح می‌دهد. اگر این ضمیمه را ندارید، با «خدمات اعضا» به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید) و LIS Rider را درخواست کنید.

### بخش 1.1 انواع هزینه‌های قابل‌پرداخت از جیب که ممکن است برای داروهای تحت پوشش پرداخت کنید

انواع مختلف از هزینه‌های قابل‌پرداخت از جیب برای داروهای تحت پوشش بخش D وجود دارد که ممکن است از شما خواسته شود آنها را پرداخت کنید:

- **فرائض مبلغی** است که قبل از شروع پرداخت سهم ما توسط طرح، برای داروهای پرداخت می‌کنید.
- **پرداخت مشترک مبلغ ثابتی** است که هر بار که نسخه‌ای را تهیه می‌کنید، پرداخت می‌کنید.
- **بیمه مشترک درصدی** از کل هزینه‌ای است که هر بار که نسخه‌ای را تهیه می‌کنید، پرداخت می‌کنید.

### بخش 1.2 نحوه محاسبه هزینه‌های قابل‌پرداخت از جیب شما توسط Medicare

Medicare در مورد اینکه چه مواردی در هزینه‌های پرداختی از جیب شما لحاظ می‌شوند و چه مواردی لحاظ نمی‌شوند قوانینی دارد. در اینجا قوانینی آمده که ما باید برای پیگیری هزینه‌های پرداختی از جیب شما رعایت کنیم.

### این پرداخت‌ها در هزینه‌های قابل پرداخت از جیب شما لحاظ می‌شوند

هزینه‌های پرداختی از جیب شما شامل پرداخت‌های ذکر شده در زیر می‌شود (تا زمانی که برای داروهای تحت پوشش بخش D باشند و شما قوانین پوشش دارویی توضیح داده شده در فصل 5 را رعایت کرده باشید):

- مبلغی که در هر یک از مراحل پرداخت داروی زیر، برای داروها پرداخت می‌کنید:
    - مرحله کسرپذیر
    - مرحله پوشش اولیه
  - هرگونه پرداختی که قبل از پیوستن به طرح ما، در طول این سال تقویمی به عنوان عضوی از یک طرح دارویی Medicare متفاوت انجام داده‌اید.
  - هرگونه پرداخت برای داروهای شما که توسط خانواده یا دوستان انجام شده است
  - هرگونه پرداختی که برای داروهای شما توسط Extra Help از Medicare، طرح‌های سلامت اتحادیه یا کارفرما، خدمات سلامت سرخپوستان، برنامه‌ها کمک داروی ایدز، برنامه‌های کمک داروی ایالتی (SPAPها) و اغلب خیریه‌ها صورت گرفته است.
- انتقال به مرحله پوشش در زمان فاجعه:**

وقتی شما (با کسانی که از سوی شما پرداخت می‌کنند) در مجموع مبلغ \$2,100 در یک سال تقویمی از هزینه‌های پرداختی از جیب خود را پرداخت کنید، از «مرحله پوشش اولیه» به «مرحله پوشش در زمان فاجعه» وارد می‌شوید.

### این پرداخت‌ها در هزینه‌های پرداختی از جیب شما لحاظ نمی‌شوند

هزینه‌های پرداختی از جیب شما شامل هیچ یک از این نوع پرداخت‌ها نمی‌شود:

- داروهایی که خارج از ایالات متحده و قلمروهای آن خریداری می‌کنید.
  - داروهایی که تحت پوشش طرح ما نیستند.
  - داروهایی که از داروخانه خارج از شبکه دریافت می‌کنید و الزامات طرح ما برای پوشش خارج از شبکه را برآورده نمی‌کنند.
  - داروهای غیر از بخش D، شامل داروهای نسخه‌ای تحت پوشش بخش A یا بخش B و سایر داروهایی که از پوشش Medicare حذف شده‌اند.
  - پرداخت‌هایی که برای داروهای نسخه‌ای انجام می‌دهید و معمولاً در طرح دارویی Medicare پوشش داده نمی‌شوند.
  - پرداخت‌های مربوط به داروهای شما که توسط برخی از طرح‌های بیمه و برنامه‌های سلامت تحت حمایت دولت مانند TRICARE و Veteran's Health Administration (VA) انجام می‌شود.
  - پرداخت‌های مربوط به داروهای شما که توسط شخص ثالثی با تعهد قانونی برای پرداخت هزینه‌های نسخه (به عنوان مثال، غرامت کارگران) انجام می‌شود.
  - پرداخت‌های انجام شده توسط تولیدکنندگان دارو تحت برنامه Manufacturer Discount
- یادآوری: اگر هر سازمان دیگری مانند سازمان‌های ذکر شده در بالا، بخشی یا تمام هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای داروها را پرداخت می‌کند، لازم است با تماس با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) به طرح ما اطلاع دهید.

### پیگیری مجموع هزینه‌های پرداختی از جیب خود

- توضیح مزایای بخش D (EOB) که دریافت می‌کنید شامل کل هزینه‌های فعلی قابل پرداخت از جیب شما می‌شود. وقتی این مبلغ به \$2,100 برسد، EOB بخش D به شما می‌گوید که از مرحله پوشش اولیه خارج شده و به مرحله پوشش در زمان فاجعه منتقل شده‌اید.

- حتماً کلیه اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار دهید. برای اطلاع از اینکه چه کاری می‌توانید انجام دهید تا مطمئن شوید اطلاعات ما از هزینه‌های شما کامل و به‌روز است، به بخش 3.1 مراجعه کنید.

## بخش 2 مراحل پرداخت دارو برای اعضای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

**3 مرحله پرداخت دارو** برای پوشش داروی شما تحت Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وجود دارد. میزان پرداخت شما برای هر نسخه بستگی به این دارد که وقتی داروهای نسخه را می‌گیرید یا تجدید می‌کنید، در چه مرحله‌ای هستید. جزئیات هر مرحله در این فصل توضیح داده شده است. مراحل عبارتند از:

**مرحله 1: مرحله کسرپذیر سالانه**

**مرحله 2: مرحله پوشش اولیه**

**مرحله 3: مرحله پوشش در زمان فاجعه**

## بخش 3 شرح مزایای بخش D شما، مرحله پرداختی که در آن قرار دارید را توضیح می‌دهد

- طرح ما هزینه‌های داروی نسخه‌ای شما و پرداخت‌هایی را که هنگام دریافت نسخه از داروخانه انجام می‌دهید، پیگیری می‌کند. به این ترتیب، می‌توانیم به شما بگوییم که چه زمانی از یک مرحله پرداخت دارو به مرحله بعدی منتقل می‌شوید. ما 2 نوع هزینه را پیگیری می‌کنیم:
- **هزینه‌های قابل پرداخت از جیب:** این مبلغی است که شما پرداخت کرده‌اید. این مبلغ شامل مبالغی است که هنگام دریافت داروی تحت پوشش بخش D پرداخت کرده‌اید، مبالغی که خانواده یا دوستان‌تان برای داروهای شما پرداخت کرده‌اند، و مبالغی که برای داروهای شما توسط Extra Help طرح Medicare، طرح‌های درمانی کارفرما یا اتحادیه، خدمات سلامتی سرخپوستان، برنامه‌های کمک دارویی ایدز، مؤسسات خیریه، و اکثر برنامه‌های امداد دارویی دولتی (SPAPها) پرداخت کرده‌اید.
  - **مجموع هزینه‌های دارو:** این مبلغ نشانگر مجموع تمام مبالغ پرداخت‌شده برای داروهای تحت پوشش بخش D شماست. این مبلغ شامل مبالغی است که طرح پرداخت کرده است، آنچه شما پرداختید و مبالغی که سایر برنامه‌ها یا سازمان‌ها برای داروهای تحت پوشش بخش D شما پرداخت کرده‌اند.
- اگر در ماه قبل یک یا چند نسخه را از طریق طرح ما تهیه کرده‌اید، یک گزارش EOB بخش D برای شما ارسال خواهیم کرد. بخش D از EOB شامل این موارد است:
- **اطلاعات مربوط به آن ماه.** این گزارش جزئیات پرداخت مربوط به نسخه‌هایی را که در ماه قبل تهیه کرده‌اید، ارائه می‌دهد. این خلاصه، کل هزینه‌های دارو، مبلغی که طرح ما پرداخت کرده، و مبلغی که شما یا دیگران به‌نماینده‌ای از شما پرداخت می‌کنید را نشان می‌دهد.
  - **مجموع هزینه‌های سالانه از 1 ژانویه.** این گزارش کل هزینه‌های دارو و کل پرداخت‌های مربوط به داروهای شما را از ابتدای سال نشان می‌دهد.
  - **اطلاعات قیمت دارو.** این گزارش کل قیمت دارو و اطلاعات مربوط به تغییرات قیمت از اولین نسخه برای هر درخواست نسخه به همان میزان را نشان می‌دهد.
  - **نسخه‌های جایگزین با هزینه کمتر موجود.** این اطلاعات مربوط به سایر داروهای موجود با تسهیم هزینه کمتر برای هر درخواست نسخه در صورت لزوم را نشان می‌دهد.

### بخش 3.1 به ما کمک کنید تا اطلاعات خود را در مورد پرداخت‌های دارویی شما به‌روز نگه داریم.

- جهت پیگیری هزینه‌های داروی شما و پرداخت‌هایی که برای دارو انجام می‌دهید، ما از سوابق دریافتی از داروخانه استفاده می‌کنیم. در اینجا نحوه کمک به ما در صحیح و به‌روز نگه داشتن اطلاعات شما آمده است:
- **هر بار که نسخه‌ای را دریافت می‌کنید، کارت عضویت خود را نشان دهید.** این کار کمک می‌کند مطمئن شویم که چه نسخه‌هایی را درخواست می‌کنید و چه مبلغی را پرداخت می‌کنید.

**فصل 6: آنچه برای داروهای بخش D میپردازید**

- **حتماً کلیه اطلاعات مورد نیاز را در اختیار ما قرار دهید.** مواقعی وجود دارد که ممکن است کل هزینه یک داروی نسخه‌ای را پرداخت کنید. در این موارد، ما به‌طور خودکار اطلاعات مورد نیاز برای پیگیری هزینه‌های قابل پرداخت از جیب شما را دریافت نمی‌کنیم. برای کمک به ما در پیگیری هزینه‌های قابل پرداخت از جیب شما، کپی رسیدهای خود را به ما بدهید. **نمونه‌هایی از مواقعی که باید کپی رسیدهای مبلغ پرداختی خود را در اختیار ما قرار دهید:**
  - هنگامی که داروی تحت پوشش را در داروخانه عضو شبکه با قیمتی خاص خریداری می‌کنید یا از کارت تخفیفی استفاده می‌کنید که بخشی از مزایای طرح ما نیست.
  - هنگامی که پرداخت مشترکی برای دارو‌هایی انجام می‌دهید که تحت برنامه امداد بیمار از سوی تولید کننده دارو دریافت می‌کنید.
  - هر زمان که داروهای تحت پوشش را از داروخانه‌های خارج از شبکه خریداری می‌کنید یا تحت شرایط خاص، قیمت کامل داروی تحت پوشش را پرداخت کنید
  - اگر برای داروی تحت پوشش، صورتحساب دریافت کرده‌اید، می‌توانید از طرح ما بخواهید که سهم ما از هزینه را پرداخت کند. برای دستورالعمل نحوه انجام این کار، به فصل 7، بخش 2 مراجعه کنید.
- **اطلاعات مربوط به مبالغی که سایرین از جانب شما پرداخت می‌کنند را برای ما ارسال کنید.** مبالغی که برخی افراد و سازمان‌های خاص می‌پردازند به‌عنوان هزینه‌های پرداختی از جیب شما محاسبه می‌شوند. برای مثال، مبالغی که توسط AIDS drug assistance program (ADAP)، خدمات بهداشتی سرخپوستان و بیشتر خیریه‌ها پرداخت شود به عنوان هزینه پرداختی از جیب شما محسوب می‌شود. این پرداخت‌ها را ثبت کنید و برای ما ارسال کنید تا بتوانیم هزینه‌های شما را پیگیری کنیم.
- **گزارش‌هایی که برایتان ارسال می‌کنیم را مطالعه کنید** هنگامی که EOB بخش D را دریافت کردید، آن را بررسی کنید تا مطمئن شوید که اطلاعات کامل و صحیح است. اگر فکر می‌کنید چیزی از قلم افتاده است یا سوالی دارید، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند). اعضای طرح می‌توانند به صورت آنلاین در [Caremark.com](http://Caremark.com) به EOB های خود دسترسی داشته باشند. این گزارش‌ها را نزد خود نگهدارید.

**بخش 4 مرحله فرانشیز**

از آنجا که اکثر اعضای ما برای هزینه‌های داروهای تجویزی خود Extra Help دریافت می‌کنند، مرحله فرانشیز برای اکثر اعضا اعمال نمی‌شود. اگر Extra Help می‌گیرید، این مرحله پرداخت شامل شما نمی‌شود.

برای اطلاعات مربوط به مبلغ فرانشیز خود، به ضمیمه جداگانه (LIS Rider) مراجعه کنید.

اگر Extra Help دریافت نکنید، مرحله فرانشیز اولین مرحله پرداخت برای پوشش دارویی شما است. این مرحله زمانی شروع می‌شود که اولین نسخه خود را در سال دریافت می‌کنید. وقتی در این مرحله پرداخت هستید، باید هزینه کامل داروهای خود را پرداخت کنید تا زمانی که به مبلغ فرانشیز طرح ما برسید، که برای سال 2026، \$250 است. فرانشیز شامل محصولات انسولین تحت پوشش و اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، از جمله زونا، کزاز و واکسن‌های مسافرتی نمی‌شود. شما فرانشیز سالانه \$250 را برای داروهای ردیف‌های 2 تا 5 پرداخت خواهید کرد. شما باید هزینه کامل داروهای ردیف 2 تا 5 خود را پرداخت کنید تا زمانی که به مبلغ فرانشیز طرح ما برسید. برای سایر داروها، نیازی به پرداخت هیچ فرانشیزی نخواهید داشت. این هزینه کامل معمولاً کمتر از قیمت کامل معمول دارو است، زیرا طرح ما برای اکثر داروها در داروخانه‌های شبکه، برای هزینه‌های کمتری مذاکره کرده است. هزینه کامل نمی‌تواند از حداکثر قیمت منصفانه به علاوه هزینه‌های توزیع برای دارو‌هایی که قیمت‌های توافقی تحت برنامه Medicare Drug Price Negotiation دارند، تجاوز کند.

پس از پرداخت \$250 برای داروهای ردیف 2 تا 5 خود، از مرحله فرانشیز خارج شده و به مرحله پوشش اولیه می‌روید.

**بخش 5 مرحله پوشش اولیه****بخش 5.1 هزینه‌ای که برای دارو پرداخت می‌کنید به دارو و محل تهیه داروی نسخه بستگی دارد.**

در طول مرحله پوشش اولیه، طرح ما سهم خود از هزینه داروهای تحت پوشش شما را پرداخت می‌کند و شما نیز سهم خود (مبلغ پرداخت مشترک یا بیمه مشترک خود) را می‌پردازید. سهم شما از هزینه بسته به دارو و محل تهیه داروی نسخه متفاوت خواهد بود.

**فصل 6: آنچه برای داروهای بخش D میپردازید****طرح ما شش (6) ردیف تسهیم هزینه دارد**

هر دارویی در لیست داروی طرح ما در یکی از شش (6) ردیف تسهیم هزینه است. به‌طور کلی، هر چه شماره ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است:

- ردیف 1 - ژنریک ترجیحی
- ردیف 2 - ژنریک
- ردیف 3 - برند ترجیحی
- ردیف 4 - داروی غیرترجیحی
- ردیف 5 - تخصصی
- ردیف 6 - داروهای مراقبتی را انتخاب کنید

برای اطلاع درباره ردیف تسهیم هزینه داروی خود، آن را در لیست داروی طرح ما جستجو کنید.

**انتخاب داروخانه**

مبلغ پرداختی توسط شما برای داروها به این امر بستگی دارد که آیا دارو را از مکان‌های زیر دریافت کرده‌اید یا خیر:

- یک داروخانه خرده‌فروشی
  - داروخانه‌ای که در شبکه طرح ما نیست. ما نسخه‌هایی را که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شوند، فقط در موارد محدودی پوشش می‌دهیم. برای اطلاع از زمان پوشش هزینه نسخه‌ای که در داروخانه‌های خارج از شبکه تهیه می‌شود، به فصل 5، بخش 2.5 مراجعه کنید.
  - شبکه داروخانه سفارش پستی طرح ما.
- برای اطلاعات بیشتر در مورد این گزینه‌های داروخانه‌ای و تهیه داروهای نسخه خود، به فصل 5 یا فهرست ارائه‌دهندگان/داروخانه‌های طرح ما مراجعه کنید.

**بخش 5.2 هزینه‌های شما برای تأمین یک‌ماهه داروی تحت پوشش**

در طول مرحله پوشش اولیه، سهم شما از هزینه داروی تحت پوشش یا به صورت پرداخت مشترک یا بیمه مشترک خواهد بود.

**هزینه‌های شما برای تأمین یک‌ماهه داروی تحت پوشش بخش D**

به‌دلیل اینکه شما واجد شرایط Medicaid هستید، شرایط دریافت Extra Help از Medicare برای پرداخت هزینه‌های طرح داروی نسخه‌ای‌تان را دارید. از آنجا که شما در برنامه Extra Help هستید، ممکن است برخی از اطلاعات موجود در این «مدارک بیمه» در مورد هزینه‌های داروهای نسخه‌ای بخش D برای شما صدق نکند. ضمیمه جداگانه‌ای با عنوان «الحاقیه مدارک بیمه ویژه افرادی که برای پرداخت داروهای نسخه‌ای، Extra Help دریافت می‌کنند» (همچنین با عنوان «الحاقیه یارانه افراد کم‌درآمد» یا «LIS Rider» نیز شناخته می‌شود) ارسال کرده‌ایم که پوشش دارویی شما را توضیح می‌دهد. اگر این ضمیمه را در اختیار ندارید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید و «LIS Rider» را درخواست کنید.

تسهیم هزینه خارج از شبکه (پوشش محدود به شرایط خاصی است؛ برای جزئیات به فصل 5 مراجعه کنید.) (تأمین حداکثر 31 روزه)	تسهیم هزینه مراقبت بلندمدت (LTC) (تأمین حداکثر 31 روزه)	تسهیم هزینه سفارش از طریق پست (تأمین حداکثر 31 روزه)	تسهیم هزینه داخل شبکه خرده‌فروشی استاندارد (تأمین حداکثر 31 روزه)	ردیف
\$0	\$0	\$0	\$0	ردیف 1 تسهیم هزینه (عمومی ترجیحی)
\$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	\$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	\$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	\$0، \$1.60، یا \$4 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	ردیف 2 تسهیم هزینه (عمومی)
\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	ردیف 3 تسهیم هزینه (داروهای مارکدار ترجیحی)
\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	ردیف 4 تسهیم هزینه (داروی غیر ترجیحی)
\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	ردیف 5 تسهیم هزینه (ردیف تخصصی)
\$0	\$0	\$0	\$0	ردیف 6 تسهیم هزینه (داروهای مراقبتی را انتخاب کنید)

برای اطلاعات بیشتر در مورد تسهیم هزینه واکسن‌های بخش D برای واکسن‌های بخش D، به بخش 8 مراجعه کنید.

### بخش 5.3 اگر پزشک شما کمتر از یک ماه کامل دارو تجویز کند، ممکن است مجبور نباشید هزینه داروی کل ماه را پرداخت کنید.

معمولاً مبلغی که برای یک دارو پرداخت می‌کنید، تأمین داروی کل ماه را پوشش می‌دهد. ممکن است مواقعی پیش بیاید که شما یا پزشکتان بخواهید کمتر از یک ماه کامل دارو مصرف کنید (مثلاً وقتی برای اولین بار دارویی را امتحان می‌کنید). همچنین می‌توانید از پزشک خود بخواهید که کمتر از یک ماه کامل دارو را تجویز کند و داروساز شما کمتر از یک ماه کامل دارو را تهیه کند، چنانچه این امر به شما کمک می‌کند تا تاریخ‌های تجدید دارو را بهتر برنامه‌ریزی کنید.

اگر کمتر از یک ماه کامل دارو مصرف می‌کنید، لازم نیست هزینه کل دارو را بپردازید.

- اگر مسئول بیمه مشترک هستید، درصدی از کل هزینه دارو را پرداخت می‌کنید. از آنجایی که بیمه مشترک بر اساس کل هزینه دارو است، هزینه شما کمتر خواهد بود زیرا کل هزینه دارو کمتر خواهد بود.
- اگر مسئول پرداخت فرانشیز دارو هستید، فقط هزینه تعداد روزهایی که دارو دریافت می‌کنید را به جای یک ماه کامل پرداخت خواهید کرد. ما مبلغی را که در روز برای داروی خود می‌پردازید («نرخ اشتراک هزینه روزانه») محاسبه می‌کنیم و آن را در تعداد روزهایی که برای آن دارو دریافت می‌کنید ضرب می‌کنیم.

### بخش 5.4 هزینه‌های شما برای تأمین بلندمدت (تا 100 روز) داروی تحت پوشش بخش D

برای برخی داروها، می‌توانید تأمین بلندمدت درخواست کنید (تأمین تمدید یافته نیز خوانده می‌شود). تأمین بلندمدت دارو ها حداکثر 100 روزه است.

#### هزینه‌های شما برای تأمین بلندمدت داروی بخش D

ردیف	تسهیم هزینه خرده‌فروشی استاندارد (داخل شبکه)	تسهیم هزینه سفارش از طریق پست (تأمین 100 روزه)
ردیف 1 تسهیم هزینه (عمومی ترجیحی)	\$0	\$0
ردیف 2 تسهیم هزینه (عمومی)	\$0، \$1.60، یا \$5.10 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه	\$0، \$1.60، یا \$5.10 سهم پرداخت مشترک برای همه داروهای دیگر در هر نسخه
ردیف 3 تسهیم هزینه (داروهای مارکدار ترجیحی)	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است
ردیف 4 تسهیم هزینه (داروی غیرترجیحی)	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است	\$0، \$1.60، یا \$5.10 پرداخت مشترک برای داروهای ژنریک (از جمله داروهای مارکداری که ژنریک تلقی می‌شوند)، \$0، \$4.90، یا \$12.65 برای همه داروهای دیگر در هر نسخه است
ردیف 5 تسهیم هزینه (ردیف تخصصی)	ارائه بلندمدت دارو برای داروهای ردیف پنج (5) در دسترس نیست.	سفارش پستی برای تأمین بلندمدت داروهای ردیف پنج (5) در دسترس نیست.

ردیف	تسهیم هزینه خرده‌فروشی استاندارد (داخل شبکه)	تسهیم هزینه سفارش از طریق پست (تأمین 100 روزه)
ردیف 6 تسهیم هزینه (داروهای مراقبتی را انتخاب کنید)	\$0	\$0

### بخش 5.5 شما در مرحله پوشش اولیه باقی می‌مانید تا زمانی که هزینه‌های قابل پرداخت از جیب شما برای سال به \$2,100 برسد

شما در مرحله پوشش اولیه باقی می‌مانید تا زمانی که کل هزینه‌های پرداختی از جیب شما به \$2,100 برسد. سپس به مرحله پوشش در زمان فاجعه منتقل می‌شوید.

EOB بخش D که دریافت می‌کنید به شما کمک می‌کند میزان هزینه‌ای را که شما، طرح ما و هر شخص ثالثی از طرف شما در طول سال خرج کرده است پیگیری کنید. همه اعضا در یک سال به حد \$2,100 پرداختی از جیب نخواهند رسید.

اگر به این محدودیت رسیدید، به شما اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد نحوه محاسبه هزینه‌های پرداخت از جیب شما توسط Medicare، به بخش 1.3 مراجعه کنید.

### بخش 6 مرحله پوشش در زمان فاجعه

در مرحله پوشش در زمان فاجعه، شما هزینه‌ای بابت داروهای تحت پوشش بخش D خود پرداخت نمی‌کنید. زمانی که هزینه‌های پرداختی از جیب شما به حد \$2,100 برای سال تقویمی برسد، وارد مرحله پوشش در زمان فاجعه می‌شوید. هنگامی که در مرحله پوشش در زمان فاجعه قرار گرفتید، تا پایان سال تقویمی در این مرحله پرداخت باقی می‌مانید. در این مرحله پرداخت، شما هیچ هزینه‌ای برای داروهای تحت پوشش بخش D خود پرداخت نمی‌کنید.

### بخش 7 هزینه‌ای که برای واکسن‌های بخش D پرداخت می‌کنید

پیام مهم در مورد هزینه‌ای که برای واکسن‌ها پرداخت می‌کنید—برخی از واکسن‌ها مزایای پزشکی محسوب می‌شوند و تحت پوشش بخش B قرار دارند. برخی دیگر از واکسن‌ها داروهای بخش D محسوب می‌شوند. شما می‌توانید این واکسن‌ها را در لیست داروی طرح پیدا کنید. طرح ما اکثر واکسن‌های دوران بزرگسالی بخش D را بدون هیچ هزینه‌ای برای شما پوشش می‌دهد. برای اطلاع از جزئیات پوشش و تسهیم هزینه در مورد واکسن‌های خاص، به لیست داروی طرح ما مراجعه کنید یا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).

2 بخش برای پوشش‌دهی واکسن‌های بخش D ما وجود دارد

- نخستین بخش پوشش‌دهی شامل هزینه خود واکسن است.
  - دومین بخش پوشش‌دهی شامل هزینه تزریق واکسن است. (این مرحله گاهی اوقات «تزریق» واکسن نامیده می‌شود).
- هزینه‌های شما برای واکسیناسیون بخش D به 3 چیز بستگی دارد:

1. اگر واکسن را سازمانی تحت عنوان «کمیته مشورتی یا شیوه‌های ایمن‌سازی (ACIP)» برای بزرگسالان تجویز کرده باشد.
  - بیشتر واکسن‌های بخش D بزرگسالان توسط ACIP توصیه می‌شوند و هیچ هزینه‌ای برای شما ندارند.
2. محل دریافت واکسن.
  - خود واکسن ممکن است توسط داروخانه توزیع شود یا توسط مطب پزشک ارائه شود.

### 3. چه کسی واکسن را به شما می‌دهد.

- یک داروساز یا ارائه‌دهنده دیگر ممکن است واکسن را در داروخانه به شما بدهد. یا، یک ارائه‌دهنده ممکن است آن را در مطب پزشک بدهد.
- آنچه در زمان دریافت واکسن بخش D پرداخت می‌کنید، بسته به شرایط و مرحله پرداخت دارویی که در آن هستید، می‌تواند متفاوت باشد.
- وقتی واکسن دریافت می‌کنید، ممکن است مجبور شوید کل هزینه خود واکسن و هزینه ارائه‌دهنده واکسن را بپردازید. در این صورت می‌توانید از طرح ما درخواست کنید سهم خودمان از هزینه را به شما عودت دهیم. برای اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، این بدان معناست که کل هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود.
  - در موارد دیگر، وقتی واکسن دریافت می‌کنید، فقط سهم خود از هزینه را تحت مزایای بخش D خود پرداخت می‌کنید. برای اکثر واکسن‌های بزرگسالان بخش D، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.
- در ادامه 3 مثال از روش‌های دریافت واکسن‌های بخش D آورده شده‌اند.
- وضعیت 1:** شما واکسن بخش D خود را در یک داروخانه عضو شبکه دریافت می‌کنید. (اینکه آیا این گزینه را دارید یا خیر، به محل زندگی شما بستگی دارد. برخی از ایالت‌ها به داروخانه‌ها اجازه دادن واکسن‌های خاصی را نمی‌دهند.)
- برای اکثر واکسن‌های بزرگسالان بخش D، هیچ هزینه‌ای پرداخت نخواهید کرد.
  - برای سایر واکسن‌های بخش D، شما هزینه بیمه مشترک «یا» پرداخت مشترک خود را که شامل هزینه واکسن می‌شود، به داروخانه پرداخت می‌کنید.
  - طرح ما مابقی هزینه‌ها را پرداخت خواهد کرد.
- وضعیت 2:** شما واکسن بخش D را در مطب پزشک خود دریافت می‌کنید.
- هنگامی که واکسن را دریافت می‌کنید، ممکن است مجبور شوید کل هزینه خود واکسن و هزینه ارائه‌دهنده آن را بپردازید.
  - سپس می‌توانید با استفاده از رویه‌های شرح‌داده‌شده در فصل 7، از طرح ما بخواهید که سهممان از هزینه را پرداخت کند.
  - برای اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، کل مبلغی که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود. برای سایر واکسن‌های بخش D، مبلغی که پرداخت کرده‌اید منهای هرگونه هزینه بیمه مشترک «یا» پرداخت مشترک برای واکسن (شامل تزریق) و منهای هرگونه تفاوت بین مبلغی که پزشک دریافت می‌کند و آنچه که معمولاً ما پرداخت می‌کنیم به شما بازپرداخت می‌شود. (اگر Extra Help دریافت کنید، ما این مابه‌التفاوت را به شما بازپرداخت خواهیم کرد).
- وضعیت 3:** شما خود واکسن بخش D را در داروخانه عضو شبکه می‌خرید و آن را به مطب پزشک خود می‌برید تا برای شما تزریق کند.
- برای اکثر واکسن‌های بزرگسالان بخش D هیچ هزینه‌ای برای خود واکسن پرداخت نمی‌کنید.
  - برای دیگر واکسن‌های بخش D، بیمه مشترک «یا» پرداخت مشترک را برای خود واکسن به داروخانه می‌پردازید.
  - وقتی پزشک شما واکسن را به شما تزریق می‌کند، ممکن است مجبور شوید کل هزینه این سرویس را بپردازید.
  - سپس می‌توانید با استفاده از رویه‌های فصل 7، از طرح ما بخواهید که سهم ما از هزینه را پرداخت کند.
  - برای اکثر واکسن‌های بخش D بزرگسالان، کل مبلغی که پرداخت کرده‌اید به شما بازپرداخت می‌شود. برای سایر واکسن‌های بخش D، مبلغ پرداختی شما منهای هرگونه تفاوت بین مبلغی که پزشک دریافت می‌کند و مبلغی که ما معمولاً پرداخت می‌کنیم به شما بازپرداخت می‌شود. (اگر Extra Help دریافت کنید، ما این مابه‌التفاوت را به شما بازپرداخت خواهیم کرد).

## فصل 7:

# درخواست از ما برای پرداخت سهمان از صورتحساب برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش

## بخش 1 موقعیت‌هایی که باید از ما بخواهید سهم خود را برای خدمات یا داروهای تحت پوشش پرداخت کنیم

ارائه‌دهندگان شبکه ما مستقیماً صورتحساب خدمات و داروهای تحت پوشش شما را برای طرح ما صادر می‌کنند. اگر صورتحسابی برای کل هزینه مراقبت‌های پزشکی یا داروهای دریافتی خود دریافت کردید، این صورتحساب را برای ما ارسال کنید تا بتوانیم آن را پرداخت کنیم. وقتی صورتحساب را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات و داروها باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تشخیص دهیم که آنها باید پوشش داده شوند، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.

**اگر قبلاً هزینه خدمات یا اقلام تحت پوشش طرح Medicare ما را پرداخت کرده‌اید**، می‌توانید از طرح ما بخواهید که هزینه شما را بازپرداخت کند (پرداخت هزینه اغلب به‌عنوان بازپرداخت به شما شناخته می‌شود). حق شماست که هر زمان که هزینه خدمات پزشکی یا داروهای را که تحت پوشش طرح ما هستند پرداخت کرده‌اید، طرح ما هزینه را به شما بازپرداخت کند. ممکن است مهلت‌هایی وجود داشته باشد که برای بازپرداخت باید آنها را رعایت کنید. به بخش 2 این فصل مراجعه کنید. وقتی صورتحسابی که قبلاً پرداخت کرده‌اید را برای ما ارسال می‌کنید، آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا داروها باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا داروی مزبور پوشش داده شود، هزینه آن خدمات یا داروها را به شما بازپرداخت خواهیم کرد.

همچنین ممکن است مواقعی پیش بیاید که از یک ارائه‌دهنده، صورتحسابی دریافت کنید که برای کل هزینه مراقبت‌های پزشکی دریافتی شماست یا برای بیش از سهم شما از هزینه‌هاست. ابتدا، سعی کنید صورتحساب را با ارائه‌دهنده حل و فصل کنید. اگر این روش جواب نداد، به جای پرداخت، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما آن را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات باید پوشش داده شوند یا خیر. اگر تشخیص دهیم که آنها باید پوشش داده شوند، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد. اگر تصمیم بگیریم که آن را پرداخت نکنیم، به ارائه‌دهنده اطلاع خواهیم داد. شما هرگز نباید بیش از هزینه مجاز طرح پرداخت کنید. اگر این ارائه‌دهنده با شما قرارداد دارد، شما همچنان حق دریافت درمان را دارید. در اینجا نمونه‌هایی از شرایطی عنوان شده است که می‌توانید از طرح ما درخواست بازپرداخت یا پرداخت صورتحساب دریافتی خود را داشته باشید:

### 1. وقتی از ارائه‌دهنده‌ای که در شبکه طرح ما نیست، مراقبت‌های پزشکی اورژانسی یا فوری مورد نیاز دریافت کردید

- شما می‌توانید خدمات اورژانسی یا فوری مورد نیاز را از هر ارائه‌دهنده‌ای دریافت کنید، چه ارائه‌دهنده عضوی از شبکه ما باشد چه نباشد. در این موارد باید از ارائه‌دهنده درخواست کنید تا صورتحساب را برای طرح ما ارسال کند.
- اگر شما در زمانی که مراقبت را دریافت کردید، کل مبلغ را خودتان بپردازید، باید از ما بخواهید سهم خود از هزینه را به شما بازپرداخت کنیم. صورتحساب را به همراه هرگونه مدرک مبنی بر هرگونه مبالغ پرداختی خود برای ما ارسال کنید.
- ممکن است صورتحسابی از ارائه‌دهنده دریافت کنید که به نظر شما به او بدهکار نیستید. این صورتحساب را به همراه هرگونه مدرک مبنی بر هرگونه مبالغ پرداختی خود برای ما ارسال کنید.
  - اگر باید به ارائه‌دهنده پرداخت شود، ما مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
  - اگر قبلاً بیشتر از سهم خود از هزینه خدمات را پرداخت کرده‌اید، ما تعیین می‌کنیم شما چقدر باید می‌پرداختید و سهم خود از هزینه‌ها را به شما بازپرداخت می‌کنیم.

### 2. وقتی یک ارائه‌دهنده شبکه، صورتحسابی را برای شما ارسال می‌کند که فکر می‌کنید نباید آن را پرداخت کنید

ارائه‌دهندگان شبکه باید همیشه صورتحساب را برای طرح ما ارسال کنند. اما گاهی اوقات ممکن است مرتکب اشتباه شوند، و از شما درخواست کنند هزینه خدمات خود را پرداخت کنید.

**فصل 7: درخواست از ما برای پرداخت سهممان از صورتحساب برای خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش**

- وقتی یک ارائه‌دهنده شبکه صورتحسابی را به شما می‌دهد که به نظر تان از مبلغی که باید پرداخت کنید بیشتر است، صورتحساب را برای ما ارسال کنید. ما مستقیماً با ارائه‌دهنده تماس می‌گیریم و مشکل صورتحساب را بررسی می‌کنیم.
- اگر صورتحسابی را به ارائه‌دهنده شبکه پرداخت کردید، اما احساس می‌کنید بیش از حد پرداخت کرده‌اید، صورتحساب و مدرک مربوط به هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را برای ما ارسال کنید. از ما بخواهید مابه‌تفاوت مبلغ پرداختی شما و مبلغی که تحت طرح ما می‌بایست پرداخت می‌کردید را به شما بازگردانیم.

**3. در صورتی که عضویت شما در طرح ما عطف به ماسبق باشد**

گاهی اوقات ثبت‌نام یک فرد در طرح ما عطف به ماسبق می‌شود. (این یعنی اولین روز عضویت آنها گذشته باشد. تاریخ ثبت‌نام حتی ممکن است سال گذشته اتفاق افتاده باشد.)

اگر به صورت عطف به ماسبق در طرح ما ثبت‌نام کرده‌اید و پس از تاریخ ثبت‌نامتان، هزینه هر یک از خدمات یا داروهای تحت پوشش خود را از جیب پرداخت کرده‌اید، می‌توانید از ما بخواهید که سهم خود از هزینه‌ها را به شما بازپرداخت کنیم. شما باید مدارکی مانند رسید و صورتحساب را برای ما ارسال کنید تا بازپرداخت را انجام دهیم.

**4. هنگامی که نسخه خود را از داروخانه خارج از شبکه تهیه می‌کنید**

اگر به داروخانه خارج از شبکه مراجعه کنید، ممکن است داروخانه نتواند درخواست را مستقیماً به ما ارسال کند. وقتی این اتفاق می‌افتد، باید هزینه کامل نسخه خود را پرداخت کنید.

هرگاه از ما درخواست می‌کنید که سهم خود از هزینه را به شما عودت دهیم، رسید خود را نگاه دارید و یک نسخه از آن را بر ایمان ارسال کنید. به یاد داشته باشید که ما فقط در شرایط محدود، داروخانه‌های خارج از شبکه را پوشش می‌دهیم. جهت اطلاع از این شرایط، به فصل 5 بخش 2.5 مراجعه کنید. ما ممکن است مابه‌التفاوت بین مبلغی که برای دارو در داروخانه‌های خارج از شبکه پرداخت کرده‌اید و مبلغی که در داروخانه‌های درون شبکه پرداخت می‌کنید را به شما بازپرداخت نکنیم.

**5. هنگامی که هزینه کامل نسخه‌ها را پرداخت می‌کنید زیرا کارت عضویت طرح ما را با خود به همراه ندارید**

اگر کارت عضویت طرح ما را همراه ندارید، می‌توانید از داروخانه بخواهید با طرح ما تماس بگیرد یا اطلاعات ثبت‌نام طرح شما را جستجو کند. اگر داروخانه نتواند سریعاً به اطلاعات مورد نیاز دسترسی پیدا کند، شاید مجبور باشید هزینه کل نسخه را خودتان پرداخت کنید.

هرگاه از ما درخواست می‌کنید که سهم خود از هزینه را به شما عودت دهیم، رسید خود را نگاه دارید و یک نسخه از آن را بر ایمان ارسال کنید. اگر مبلغی که نقداً پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید را به شما بازپرداخت نکنیم.

**6. هنگامی که کل هزینه نسخه را در شرایط دیگر پرداخت می‌کنید**

ممکن است ناچار شوید کل هزینه نسخه خود را بپردازید زیرا فهمیدید داروی مزبور به دلایلی تحت پوشش طرح ما نیست.

- مثال، ممکن است این دارو در فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه) ما نباشد، یا ممکن است الزام یا محدودیتی داشته باشد که شما درباره آن نمی‌دانید یا احساس می‌کنید نباید برای شما اعمال شود. اگر تصمیم دارید دارو را بلافاصله دریافت کنید، شاید لازم باشد کل هزینه را خودتان پرداخت کنید.
- رسید خود را نگه دارید و وقتی از ما درخواست بازپرداخت کردید، یک کپی برای ما ارسال کنید. در برخی موارد، ممکن است لازم باشد اطلاعات بیشتری را از پزشکتان دریافت کنیم تا سهم خود از این هزینه‌ها دارو را به شما بازپرداخت کنیم. اگر مبلغی که نقداً پرداخت کرده‌اید از قیمت مورد توافق ما برای نسخه بالاتر باشد، ممکن است تمام هزینه‌ای که پرداخت کرده‌اید را به شما بازپرداخت نکنیم.

**7. وقتی در داروخانه در رابطه با داروی دارونامه‌ای خطایی رخ می‌دهد.**

هنگامی که درخواست پرداخت هزینه را برای ما ارسال می‌کنید، ما درخواست شما را بررسی می‌کنیم و تصمیم می‌گیریم که آیا خدمات یا داروی مزبور باید تحت پوشش قرار بگیرد یا خیر. به این امر تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی گفته می‌شود. اگر تصمیم بگیریم که خدمات یا دارو باید تحت پوشش باشد، سهم خود از هزینه آن را پرداخت می‌کنیم. اگر درخواست شما برای پرداخت را رد کنیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر برای ما ارسال کنید. در فصل 9 درباره نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر توضیح داده شده است.

## بخش 2 نحوه درخواست بازپرداخت هزینه یا پرداخت صورتحساب دریافتی

با ارسال درخواست کتبی به ما، می‌توانید از ما درخواست کنید هزینه‌ای را که بابت دارو پرداخت کرده‌اید به شما عودت دهیم. اگر درخواست کتبی ارسال می‌کنید، صورتحساب و مدارک مربوط به هرگونه پرداختی که انجام داده‌اید را ارسال کنید. بهتر است که یک کپی از صورتحساب و رسیدها را نزد خود نگه دارید.

برای اطمینان از اینکه تمام اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری را در اختیار ما قرار می‌دهید، می‌توانید فرم درخواست پرداخت ما را پر کنید. باید ظرف یک (1) سال تقویمی از تاریخ دریافت خدمات و/یا اقلام مربوطه، یا در ظرف 36 ماه از تاریخ دریافت دارو، درخواست خود را برای ما ارسال کنید.

- لازم نیست از این فرم استفاده کنید، اما به ما کمک می‌کند تا اطلاعات را سریع‌تر پردازش کنیم.
- یک نسخه از فرم را از وبسایت ما [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) دانلود کنید یا با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) و فرم را درخواست کنید.

درخواست برای پرداخت را به همراه هرگونه صورتحساب یا رسید مربوطه به این نشانی برای ما ارسال کنید:

### بازپرداخت‌های خدمات پزشکی:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)  
Attn: Medicare Member Services  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802  
یا فکس به 507-6186 (310)

### بازپرداخت داروی نسخه‌ای:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)  
Attn: Medicare Pharmacy Department  
7050 Union Park Center, Suite 600  
Midvale, UT 84047

## بخش 3 درخواست شما برای پرداخت را بررسی می‌کنیم و بله یا خیر می‌گوییم

وقتی درخواست شما برای پرداخت را دریافت کردیم، در صورت نیاز به اطلاعات اضافی، به شما اطلاع خواهیم داد. در غیر این صورت، درخواست شما را بررسی کرده و در مورد پوشش تصمیم می‌گیریم.

- اگر تصمیم بگیریم که مراقبت‌های پزشکی یا دارو تحت پوشش است و شما تمام قوانین را رعایت کرده‌اید، سهم خود از هزینه خدمات یا دارو را پرداخت خواهیم کرد. اگر قبلاً هزینه خدمات یا دارو را پرداخت کرده‌اید، ما بازپرداخت سهم خود از هزینه را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر شما هزینه کامل یک دارو را پرداخت کرده باشید، ممکن است تمام مبلغی را که پرداخت کرده‌اید به شما عودت ندهیم (به عنوان مثال، اگر دارو را از داروخانه‌ای خارج از شبکه تهیه کرده باشید یا اگر مبلغ نقدی که برای یک دارو پرداخت کرده‌اید بالاتر از قیمت توافقی ما باشد). اگر هنوز هزینه آن خدمات یا دارو را پرداخت نکرده‌اید، ما این پرداختی را مستقیماً به ارائه‌دهنده پست خواهیم کرد.
- اگر تصمیم بگیریم که مراقبت‌های پزشکی یا دارو تحت پوشش نیست، یا شما تمام قوانین را رعایت نکرده‌اید، سهم خود از هزینه مراقبت یا دارو را پرداخت نخواهیم کرد. نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که دلایل عدم پرداخت وجه توسط ما و حقوق شما برای اعتراض به این تصمیم را توضیح می‌دهد.

### **بخش 3.1 اگر به شما بگوییم که هزینه تمام یا بخشی از مراقبت های پزشکی یا دارو را پرداخت نمی کنیم، می توانید درخواست تجدیدنظر دهید**

اگر احساس می کنید در رد درخواست شما برای پرداخت یا مبلغی که می پردازیم اشتباه کرده ایم، می توانید از ما درخواست تجدیدنظر کنید. اگر درخواست تجدیدنظر دهید، به این معنی است که از ما می خواهید تصمیمی را که هنگام رد درخواست پرداخت شما گرفته ایم، تغییر دهیم. مراحل درخواست تجدیدنظر یک فرآیند رسمی با رویه های دقیق و ضرب الاجل های مهم است. به منظور اطلاع از جزئیات بیشتر در مورد درخواست تجدیدنظر، به فصل 9 مراجعه کنید.

## فصل 8:

### حقوق و مسئولیتهای شما

#### بخش 1 طرح ما باید به حقوق و حساسیت‌های فرهنگی شما احترام بگذارد.

##### بخش 1.1 ما باید اطلاعات را به گونه‌ای ارائه دهیم که برای شما مفید باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان‌هایی غیر از انگلیسی، بریل، چاپ بزرگ یا سایر قالب‌های جایگزین و غیره).

طرح ما موظف است اطمینان حاصل کند که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای مناسب از نظر فرهنگی ارائه می‌شوند و برای همه ثبت‌نام‌کنندگان، از جمله افرادی که تسلط محدودی به زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا افرادی با پیشینه‌های فرهنگی و قومی متنوع دارند قابل دسترسی هستند. نمونه‌هایی از اینکه چگونه طرح ما ممکن است این الزامات دسترسی را برآورده کند، شامل موارد زیر است، اما محدود به آنها نیست: ارائه خدمات مترجم، خدمات مترجم شفاهی، دستگاه‌های تایپ از راه دور یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن از راه دور).

طرح ما برای پاس‌دهی به سؤالات اعضای غیر انگلیسی‌زبان، خدمات ترجمه شفاهی رایگان را ارائه می‌دهد. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز، مطالب را به صورت بریل، چاپ بزرگ یا سایر قالب‌های جایگزین به صورت رایگان در اختیار شما قرار دهیم. ما موظفیم اطلاعات مربوط به مزایای طرح خود را در قالبی که برای شما قابل دسترسی و مناسب باشد، در اختیارتان قرار دهیم. برای دریافت اطلاعات از ما به روشی که برای شما مناسب باشد، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند).

طرح ما موظف است به اعضای زن امکان دسترسی مستقیم به یک متخصص سلامت زنان در داخل شبکه برای خدمات مراقبت سلامت معمول و پیشگیرانه زنان را بدهد.

اگر ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی در شبکه طرح ما در دسترس نباشند، طرح ما مسئول یافتن ارائه‌دهندگان خدمات تخصصی در خارج از شبکه است که مراقبت‌های لازم را به شما ارائه دهند. در این صورت، شما فقط تسهیم هزینه درون شبکه‌ای را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایطی قرار گرفتید که هیچ متخصصی در شبکه طرح ما وجود ندارد که خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای کسب اطلاعات در مورد محل دریافت این خدمات با تسهیم هزینه درون شبکه‌ای با طرح ما تماس بگیرید.

اگر در دریافت اطلاعات از طرح ما به شکلی که برای شما قابل دسترسی و مناسب باشد، مراجعه به یک متخصص سلامت زنان یا یافتن یک متخصص شبکه، مشکلی دارید، با شماره‌گیری 314-2427 (866)، از 1 اکتبر تا 31 مارس از 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی، 7 روز هفته، با خدمات اعضا تماس بگیرید و شکایت خود را ثبت کنید. از 1 آوریل تا 30 سپتامبر، روزهای دوشنبه تا جمعه، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی. کاربران TTY، لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با شماره تلفن (1-800-633-4227) یا 1-800-MEDICARE یا مستقیماً با دفتر حقوق مدنی 1-800-368-1019 یا TTY به شماره 1-800-537-7697 شکایت خود را به Medicare ارائه دهید.

##### بخش 1.2 ما باید تضمین کنیم شما دسترسی به موقع به خدمات و داروهای تحت پوشش خواهید داشت

شما حق دارید یک ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP) را در شبکه طرح ما برای ارائه و ترتیب دادن خدمات تحت پوشش خود انتخاب کنید. زنان از این حق برخوردار هستند که بدون دریافت ارجاع، به متخصصان سلامت زنان (مانند متخصص زنان و زایمان) مراجعه کنند.

حق دریافت وقت ملاقات و خدمات تحت پوشش از شبکه ارائه‌دهندگان طرح ما طی بازه زمانی منطقی برای شما محفوظ است. این حق شامل حق دریافت به‌موقع خدمات از طرف متخصصان در زمان نیاز به آن مراقبت است. حق تهیه داروهای نسخه از هر کدام از داروخانه‌های عضو شبکه ما بدون تأخیرهای بلند مدت برای شما محفوظ است.

اگر فکر می‌کنید که مراقبت‌های پزشکی یا داروهای بخش D خود را در مدت زمان معقولی دریافت نمی‌کنید، فصل 9 به شما می‌گوید که چه کاری می‌توانید انجام دهید.

### بخش 1.3 ما باید از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت کنیم

قوانین فدرال و ایالتی از حریم خصوصی سوابق پزشکی و اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت می‌کنند. ما بر اساس الزام قانونی از اطلاعات سلامت شخصی شما محافظت می‌کنیم.

- اطلاعات سلامت شخصی شما شامل **اطلاعات شخصی** است که هنگام ثبت‌نام در این طرح به ما داده‌اید و همچنین سوابق پزشکی و سایر اطلاعات پزشکی و سلامت شما می‌شود.
- حقوق شما در ارتباط با اطلاعات سلامت شخصی‌تان و کنترل نحوه استفاده از آن برای شما محفوظ است. ما اطلاعات مربوط به این حقوق و همچنین شیوه محافظت از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شما را به صورت یک اطلاعیه کتبی با عنوان اطلاعیه رویه حفظ حریم خصوصی در اختیار شما قرار می‌دهیم.

#### چگونه از حریم خصوصی اطلاعات سلامت شما محافظت می‌کنیم؟

- ما اطمینان حاصل می‌کنیم که افراد غیر مجاز به سوابق شما دسترسی نخواهند داشت یا آن را تغییر نمی‌دهند.
- به جز شرایط ذکر شده در زیر، اگر قصد داشته باشیم اطلاعات سلامت شما را به هر کسی که مراقبت شما را ارائه نمی‌دهد یا هزینه مراقبت شما را پرداخت نمی‌کند ارائه دهیم، موظفیم ابتدا از شما یا شخصی که به او اختیار قانونی جهت تصمیم‌گیری برای خودتان داده‌اید اجازه کتبی بگیریم.
- استثنائات خاصی وجود دارند که در آن ما ملزم به دریافت مجوز کتبی از شما نیستیم. این موارد استثناً طبق قانون مجاز یا الزامی شمرده شده است.
  - ما موظف هستیم که اطلاعات سلامت شما را در اختیار سازمان‌های دولتی که کیفیت مراقبت ما را ارزیابی می‌کنند، قرار دهیم.
  - از آنجا که شما از طریق Medicare عضو طرح ما هستید، موظفیم اطلاعات سلامت شما، از جمله اطلاعات مربوط به داروهای نسخه‌ای بخش D شما را در اختیار Medicare قرار دهیم. اگر Medicare اطلاعات شما را برای تحقیق یا سایر موارد استفاده منتشر کند، این کار طبق قوانین و مقررات فدرال انجام خواهد شد؛ معمولاً این امر مستلزم آن است که اطلاعاتی که منحصرأً منجر به شناسایی شما می‌شود، به اشتراک گذاشته نشود.

**شما می‌توانید اطلاعات موجود در سوابق خود را مشاهده کنید و بدانید که چگونه با دیگران به اشتراک گذاشته شده است.**

حق شما مشاهده سوابق پزشکی‌تان نزد طرح ما و دریافت یک کپی از آن محفوظ است. جهت تهیه یک نسخه، ما مجاز به دریافت هزینه از شما هستیم. حق شما برای درخواست اضافه کردن یا اصلاح سوابق پزشکی‌تان محفوظ است. اگر از ما درخواست چنین کاری را داشته باشید، ما با همکاری ارائه‌دهنده مراقبت سلامت شما در مورد لزوم اعمال تغییرات تصمیم‌گیری می‌کنیم.

شما حق دارید بدانید که چگونه اطلاعات سلامت شما برای هر هدف غیر معمول با دیگران به اشتراک گذاشته شده است.

اگر در مورد حریم خصوصی اطلاعات سلامت شخصی خود سؤال یا نگرانی دارید، با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).

#### حریم خصوصی شما

Central Health Plan of California, Inc. («Molina Healthcare») یا «مال ما» برای ارائه مزایای سلامت شما، از اطلاعات سلامت محافظت شده شما استفاده می‌کند و آنها را به اشتراک می‌گذارد. ما از اطلاعات شما برای درمان، پرداخت و عملکردهای مربوط به مراقبت سلامتی، استفاده می‌کنیم و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده می‌کنیم و به اشتراک می‌گذاریم. ما موظفیم که اطلاعات سلامت شما را به صورت محرمانه نگه داریم و از شرایط این اطلاعیه پیروی کنیم. تاریخ اجرایی این اطلاعیه مصادف با تاریخ اطلاعیه است.

عبارت **PHI** به معنی اطلاعات سلامت محافظت شده است. در واقع PHI به اطلاعات سلامتی گفته می‌شود که شامل نام، شماره عضویت یا دیگر اطلاعات شناسایی شماست و Molina Healthcare آنها را مورد استفاده قرار می‌دهد یا به اشتراک می‌گذارد.

**چرا Molina Healthcare از PHI شما استفاده می‌کند یا آن را به اشتراک می‌گذارد؟**

ما با هدف ارائه مزایای مراقبت سلامت از PHI شما استفاده می‌کنیم و آن را به اشتراک می‌گذاریم. در واقع PHI شما در راستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت استفاده و به اشتراک گذاشته می‌شود.

**برای درمان**

Molina Healthcare از PHI شما برای ارائه مراقبت‌های پزشکی به شما یا ترتیب دادن آن، استفاده می‌کند و آن را به اشتراک می‌گذارد. همچنین این درمان شامل موارد ارجاع بین شما و پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات مربوط به وضعیت درمانی شما را با یک متخصص به اشتراک بگذاریم. این امر به متخصص کمک می‌کند تا درباره درمان شما با پزشک شما گفتگو کند.

**برای پرداخت**

Molina Healthcare ممکن است PHI شما را به منظور تصمیم‌گیری درباره پرداخت مورد استفاده قرار دهد یا به اشتراک بگذارد. این امر شامل موارد دعوی، تأیید درباره درمان و تصمیم‌گیری‌های مربوط به نیازهای پزشکی است. امکان دارد نام شما، وضعیت پزشکی شما، درمان شما و اقلامی که به شما ارائه می‌شود در صورت حساب نوشته شود. به عنوان مثال، ممکن است ما به پزشک اطلاع دهیم که شما از مزایای ما برخوردار هستید. همچنین درباره مبلغ صورتحسابی که قصد پرداخت آن را داریم به پزشک اطلاع می‌دهیم.

**برای عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت**

Molina Healthcare ممکن است PHI شما را در راستای اجرای طرح درمانی ما مورد استفاده قرار دهد یا به اشتراک بگذارد. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات دعوی شما را جهت اطلاع رسانی به شما درباره یک طرح سلامت مفید برای شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است جهت رفع نگرانی اعضا از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه بر این، PHI شما به ما کمک می‌کند که بدانیم آیا مبلغ مطالبه شده توسط شما به درستی پرداخت شده است.

عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت مستلزم بسیاری از نیازهای تجاری روزانه است. این عملکردها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- عملکرد در برنامه‌های درمانی برای کمک به اعضا در شرایطی خاص (مثلاً بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی از جمله شناسایی کلاهبرداری و سوءاستفاده و برنامه‌های مربوط به پیگرد؛
- اقداماتی برای کمک به ما در زمینه پیروی از قوانین؛
- رسیدگی به نیازهای عضو، از جمله حل و فصل شکایات و نارضایتی‌ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت‌هایی که («همکاران تجاری») برنامه‌های مختلف را برای طرح درمانی ما اجرا می‌کنند به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ممکن است از PHI شما جهت یادآوری قرارهای ملاقات‌تان استفاده کنیم. ممکن است از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان‌ها، مزایا و خدمات مربوط به سلامت استفاده کنیم.

**طرح Molina چه زمانی می‌تواند بدون دریافت رضایت‌نامه کتبی (تأییدیه) از PHI شما استفاده کند یا آن را به اشتراک بگذارد؟**

علاوه بر مداوا، پرداخت هزینه و خدمات بهداشتی، Molina Healthcare از نظر قانونی مجاز یا ملزم است که از PHI شما در راستای اهداف مختلف زیر استفاده کند و آن را به اشتراک بگذارد:

**الزامات قانونی**

همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده و به اشتراک می‌گذاریم. ما PHI شما را زمانی به اشتراک می‌گذاریم که به واسطه معاونت (HHS) Department of Health and Human Services این امر لزومی داشته باشد. این امر ممکن است جهت پیروی از یک حکم دادگاه، سایر بررسی‌های حقوقی یا اعمال قانون انجام شود.

**بهداشت عمومی**

ممکن است PHI شما برای اجرای فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار بگیرد یا به اشتراک گذاشته شود. این امر ممکن است شامل کمک به سازمان‌های بهداشت عمومی برای پیشگیری از بروز بیماری یا کنترل آن باشد.

**نظارت بر خدمات بهداشتی**

ممکن است سازمان‌های دولتی از PHI شما استفاده کنند یا آن را به اشتراک بگذارند. این سازمان‌ها ممکن است جهت انجام ارزیابی‌ها، به PHI شما نیاز داشته باشند.

**تحقیقات**

ممکن است PHI شما در راستای اهداف تحقیقاتی خاص از قبیل تحقیقات مورد تأیید هیئت محرمانگی یا بررسی سازمانی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

**رویه‌های حقوقی یا اداری**

ممکن است PHI شما در مراحل قانونی، مانند پیروی از دستور دادگاه، مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

**اجرای قانون**

ممکن است PHI شما جهت اجرای قانون، به عنوان مثال جهت کمک به یافتن مظنون، شاهد یا شخص گمشده، با پلیس به اشتراک گذاشته شود یا در این زمینه استفاده شود.

**ایمنی و بهداشت**

ممکن است PHI شما جهت پیشگیری از یک تهدید جدی برای بهداشت یا ایمنی عمومی به اشتراک گذاشته شود.

**وظایف حکومت**

ممکن است PHI شما در راستای اهداف عملکردهایی خاص با دولت به اشتراک گذاشته شود. یک نمونه از این امر می‌تواند حفاظت از رئیس جمهور باشد.

**قربانیان بهره‌کشی، بی‌توجهی یا خشونت خانگی**

اگر ما معتقد باشیم که فردی قربانی موارد سوء استفاده یا غفلت شده است، ممکن است PHI شما با مقامات قضایی به اشتراک گذاشته شود.

**جبران خسارت کارگران**

ممکن است PHI شما در راستای پیروی از قوانین جبران خسارت کارگری مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

**سایر موارد افشای اطلاعات**

ممکن است PHI شما با مسئولان کفن و دفن یا مسئولان پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا بتوانند مسئولیت خودشان را ابراء کنند.

**طرح Molina Healthcare چه زمانی برای استفاده از PHI شما یا به اشتراک‌گذاری آن، به اجازه کتبی (تأییدیه) شما نیاز دارد؟** Molina Healthcare جهت استفاده از PHI شما و به اشتراک‌گذاری آن در راستای اهدافی به جز موارد مذکور در این اطلاعیه، به اجازه کتبی شما نیاز دارد. طرح Molina Healthcare پیش از افشای PHI شما در راستای اهداف زیر، به اجازه شما نیاز دارد: (1) اکثر موارد استفاده و افشای اطلاعات روانشناسی؛ (2) استفاده و افشای اطلاعات در راستای اهداف بازآرایی؛ و (3) موارد استفاده و افشای اطلاعات که شامل فروش PHI است. شما می‌توانید رضایت کتبی که در اختیار ما گذاشته‌اید را لغو کنید. لغو رضایت نامه در مورد اقدامات پیشین ما کاربرد ندارد، زیرا پیش از انجام اقدامات مذکور رضایت خود را اعلام کرده بودید.

**حقوق مربوط به اطلاعات سلامت شما چیست؟**

شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- درخواست اعمال محدودیت‌هایی درباره موارد استفاده یا افشای PHI (اشتراک‌گذاری PHI شما)

می‌توانید از ما درخواست کنید تا برای انجام درمان، پرداخت یا سایر عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت، PHI شما را با دیگران به اشتراک نگذاریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید PHI شما را با خانواده، دوستان یا سایر افرادی که نام می‌برید و در مراحل مراقبت بهداشتی شما حضور دارند به اشتراک نگذاریم. اما ما ملزم نیستیم تا با این درخواست شما موافقت کنیم. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina Healthcare برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

- درخواست مکاتبات محرمانه PHI

می‌توانید از Molina Healthcare درخواست کنید تا به شیوه‌ای خاص یا در مکانی خاص، PHI شما را در اختیار شما قرار دهد تا PHI شما خصوصی بماند. ما درخواست‌های منطقی را پیگیری می‌کنیم، یعنی شما برای ما توضیح دهید که چگونه به اشتراک‌گذاری بخشی یا تمام PHI شما می‌تواند زندگی شما را به خطر بیندازد. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina Healthcare برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

### • بررسی و کپی کردن PHI

شما از این حق برخوردار هستید تا PHI که در اختیار ما قرار دارد را بررسی و یک کپی از آن را دریافت کنید. این مورد شامل سوابقی است که جهت پوشش دهی، اقامه دعوی و سایر موارد تصمیم‌گیری به‌عنوان عضوی از Molina Member استفاده می‌کنید. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina Healthcare برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای کپی برداری یا پست سوابق، هزینه‌ای متناسب از شما دریافت کنیم. در برخی شرایط خاص، ممکن است درخواست شما را رد کنیم. نکته مهم: ما نسخه کامل سوابق پزشکی شما را در اختیار نداریم. در صورت تمایل به مطالعه سوابق پزشکی خود دریافت یک کپی از آن یا تغییر آن، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.

### • اصلاح PHI

می‌توانید از ما درخواست کنید که PHI شما را تغییر دهیم (عوض کنیم). این امر فقط شامل آن سوابق شما است که ما به دلیل عضویت شما در طرح نگه داشته‌ایم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina Healthcare برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نامه‌ای مبنی بر عدم موافقت خود با این تصمیم برای ما ارسال کنید.

### • دریافت گزارش درباره موارد افشای PHI (اشتراک‌گذاری PHI)

می‌توانید از ما درخواست کنید تا لیست اشخاص خاصی که PHI شما ظرف مدت شش سال پیش از تاریخ درخواست شما با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار شما قرار دهیم. این فهرست شامل اشتراک‌گذاری PHI به دلایل زیر نمی‌باشد:

- برای درمان، پرداخت یا عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت؛
- با افراد درباره PHI خودشان؛
- اشتراک‌گذاری که با اجازه شما انجام شود؛
- حادثه‌ای که منجر به استفاده یا افشای اطلاعاتی شود که طبق قانون مربوطه مجاز یا الزامی است؛
- انتشار PHI برای مسائل امنیتی ملی یا برای اهداف اطلاعاتی؛ یا
- بخشی از یک مجموعه محدود از داده‌ها با توجه به قانون مربوطه.

اگر شما این لیست را بیشتر از یک بار در طول مدت 12 ماهه درخواست کنید، ما هزینه‌ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می‌گیریم. باید درخواست‌تان را به‌صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم Molina Healthcare برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.

می‌توانید هر کدام از درخواست‌های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید. 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به‌وقت محلی، لطفاً با خدمات اعضای Molina Healthcare به شماره تلفن رایگان موجود بر روی کارت شناسایی Molina Healthcare خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

### اگر از حقوق شما محافظت نمی‌شود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید به Molina Healthcare یا Department of Health and Human Services شکایت کنید. در صورت ثبت شکایت هیچ اقدامی علیه شما انجام نمی‌دهیم. خدمات درمانی و مزایای شما به هیچ عنوان تغییر نمی‌کنند.

شکایت خود را می‌توانید با ما به آدرس زیر ارسال کنید:

با خدمات اعضای Molina Healthcare به شماره تلفن رایگان پشت کارت شناسایی Molina Healthcare خود، 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. به وقت محلی تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

### به این نشانی نامه ارسال کنید:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)  
برسد به دست: Medicare Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801

می‌توانید شکایت خود را به نشانی زیر برای معاونت U.S. Department of Health and Human Services ارسال کنید:

### وظایف Molina Healthcare چیست؟

طرح Molina Healthcare موظف به رعایت موارد زیر است:

- حفظ PHI شما به صورت خصوصی؛

- ارائه اطلاعات به صورت کتبی، مانند این فرم در رابطه با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما؛
- در صورت افشای PHI محافظت نشده شما، یک اطلاعیه در اختیار تان قرار دهد؛
- از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهدافی به جز موارد عنوان شده استفاده نکند یا آنها را در اختیار دیگران قرار ندهد؛
- از شرایط این اطلاعیه تبعیت کند.

این اطلاعیه ممکن است تغییر کند

طرح **Molina Healthcare** حق تغییر رویه های جمع آوری اطلاعات خود و شروط این اطلاعیه در هر زمانی را برای خود محفوظ می داند. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد **PHI** اعمال می شود. در صورت اعمال تغییرات اساسی، **Molina Healthcare** اطلاعیه اصلاح شده را در وبسایت ما پست خواهد کرد. همچنین، اطلاعیه اصلاح شده یا اطلاعات مرتبط با این تغییرات اساسی و نحوه دسترسی به اطلاعیه اصلاح شده را در ارسال های پستی سالانه بعدی برای آن دسته از اعضای ما که در آن زمان تحت پوشش **Molina Healthcare** هستند می گنجاند.

اطلاعات تماس

اگر پرسشی دارید، لطفاً با دفتر زیر تماس بگیرید:

از طریق تلفن:

7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی، با خدمات اعضای **Molina Healthcare** به شماره تلفن رایگان موجود بر روی کارت شناسایی **Molina Healthcare** خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند.

شما می توانید این متن را به صورت رایگان به سایر قالب ها، مانند چاپ درشت، بریل، یا فایل صوتی، دریافت کنید. 7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی، با خدمات اعضای **Molina Healthcare** به شماره تلفن رایگان موجود بر روی کارت شناسایی **Molina Healthcare** خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

## بخش 1.4 ما باید به شما اطلاعاتی در مورد برنامه درمانی ما، شبکه ارائه دهندگان ما و خدمات تحت پوشش به شما ارائه دهیم

شما به عنوان یکی از اعضای Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، از این حق برخوردار هستید که انواع مختلفی از اطلاعات را از جانب ما دریافت کنید.

اگر به هر یک از انواع اطلاعات زیر نیاز دارید، لطفاً با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند):

- **اطلاعاتی درباره طرح ما.** این، به عنوان مثال، شامل اطلاعاتی در مورد وضعیت مالی طرح ما می شود.
- **مشخصاتی درباره ارائه دهندگان و داروخانه های شبکه ما.** شما حق دارید در مورد صلاحیت ارائه دهندگان مراقبت سلامت و داروخانه های شبکه ما و نحوه پرداخت ما به ارائه دهندگان مراقبت سلامت در شبکه خود اطلاعات کسب کنید.
- **اطلاعات مربوط به پوشش شما و قوانینی که باید هنگام استفاده از پوشش خود تبعیت کنید را توضیح می دهد.** فصل های 3 و 4 اطلاعاتی در مورد خدمات پزشکی ارائه می دهند. فصل های 5 و 6 اطلاعاتی در مورد پوشش دارویی بخش D ارائه می دهند.
- **اطلاعاتی در مورد اینکه چرا چیزی تحت پوشش نیست و شما چه کاری می توانید در مورد آن انجام دهید.** فصل 9 اطلاعاتی در مورد درخواست توضیح کتبی درباره اینکه چرا یک سرویس پزشکی یا داروی بخش D تحت پوشش نیست یا اینکه پوشش شما محدود است ارائه می دهد. فصل 9 همچنین اطلاعاتی در مورد درخواست از ما برای تغییر تصمیم، که به آن درخواست تجدیدنظر نیز گفته می شود، ارائه می دهد.

## بخش 1.5 شما حق دارید در مورد گزینه‌های درمانی خود بدانید و در تصمیم‌گیری‌های مربوط به مراقبت خود شرکت کنید.

شما حق دارید گزینه‌های درمانی خود را بدانید و در تصمیم‌گیری درباره مراقبت سلامت خود شرکت کنید.

شما از این حق برخوردار هستید تا اطلاعات کاملی درباره پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات مراقبت سلامتی در اختیارتان قرار گیرد. ارائه‌دهندگان شما باید شرایط پزشکی شما و گزینه‌های درمانی‌تان را به یک روش قابل‌درک برای شما توضیح دهند.

شما حق مشارکت کامل در تصمیمات مربوط به مراقبت سلامت خود را دارید. برای کمک به شما در تصمیم‌گیری با پزشکان خود در مورد اینکه کدام درمان برایتان بهترین است، حقوق شما شامل موارد زیر است:

- **اطلاع از تمام گزینه‌های موجود برای شما.** شما حق دارید در مورد تمام گزینه‌های درمانی توصیه‌شده برای وضعیت خود، صرف‌نظر از هزینه آنها یا اینکه آیا تحت پوشش طرح ما هستند یا خیر، مطلع شوید. همچنین شامل مطلع شدن از برنامه‌هایی است که طرح ما برای کمک به اعضا در مدیریت داروهایشان و استفاده ایمن از داروها ارائه می‌دهد.
- **اطلاع از خطرات.** شما حق دارید از تمامی ریسک‌های موجود در درمان خود مطلع شوید. در صورتی که مراقبت‌های پزشکی یا درمان‌های ارائه‌شده بخشی از آزمایش‌های تحقیقاتی هستند، باید از قبل شما را مطلع سازیم. شما حق دارید از دریافت هرگونه درمان آزمایشی امتناع کنید.
- **حق “نه” گفتن.** شما حق دارید از هرگونه درمان توصیه شده امتناع کنید. این حق شامل حق ترک بیمارستان یا سایر مراکز پزشکی، حتی در صورت توصیه پزشکتان به ماندن است. شما حق دارید مصرف داروهای خود را متوقف کنید. با این حال، اگر از درمانی خودداری کنید یا مصرف دارویی را متوقف کنید، مسئولیت کلیه عواقب آن برای بدنتان بر عهده شما خواهد بود.

شما حق دارید در مورد کارهایی که باید انجام شود، دستورالعمل‌هایی ارائه دهید چنانچه نتوانید خودتان تصمیمات پزشکی بگیرید.

بعضی مواقع افراد توانایی خود برای تصمیم‌گیری درباره امور مراقبت سلامت خود را از دست می‌دهند. شما حق دارید بگویید که چنانچه در این شرایط باشید، می‌خواهید چه اتفاقی بیفتد. این بدان معناست که اگر بخواهید، می‌توانید:

- در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری برای خودتان، یک فرم کتبی پر کنید تا به کسی اختیار قانونی بدهید که برای شما تصمیم‌گیری پزشکی کند.
- دستورالعمل‌های کتبی را در اختیار پزشک خود قرار دهید که در صورت عدم توانایی در تصمیم‌گیری، چگونه می‌خواهید مراقبت‌های پزشکی شما را مدیریت کنند.

اسناد قانونی که می‌توانید برای ارائه دستورالعمل‌ها قبلی در این شرایط استفاده کنید، دستورالعمل‌های احتیاطی نامیده می‌شوند. اسنادی مانند وصیت‌نامه و وکالت‌نامه برای مراقبت سلامت، نمونه‌هایی از دستورالعمل‌های احتیاطی هستند.

### نحوه تنظیم دستورالعمل احتیاطی برای ارائه دستورالعمل‌ها:

- **یک فرم تهیه کنید.** می‌توانید فرم دستورالعمل احتیاطی را از وکیل، مددکار اجتماعی یا برخی از فروشگاه‌های نوشت افزار تهیه کنید. گاهی اوقات می‌توانید فرم‌های دستورالعمل احتیاطی را از سازمان‌هایی که به افراد در مورد Medicare اطلاعات می‌دهند، دریافت کنید. همچنین می‌توانید با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس می‌گیرند) تا فرم‌ها را درخواست کنید.
- این فرم‌ها همچنین از طریق لینک Caring Connections در وبسایت ما و در آدرس <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/> در دسترس هستند.
- **فرم را پر و امضا کنید.** فرقی نمی‌کند این فرم را از کجا تهیه کنید، این یک سند قانونی است. برای پر کردن فرم از یک وکیل درخواست کمک کنید.
- **نسخه‌هایی از فرم را به افراد مناسب بدهید.** یک نسخه از فرم را به پزشک خود و به شخصی که در فرم نام می‌برید و می‌تواند در صورت عدم توانایی شما برای تصمیم‌گیری، از طرف شما تصمیم‌گیری کند، بدهید. می‌توانید نسخه‌هایی را به دوستان نزدیک یا اعضای خانواده خود بدهید. نسخه‌ای از فرم را در خانه نگه دارید.

اگر از قبل می‌دانید که قرار است در بیمارستان بستری شوید و یک دستورالعمل احتیاطی را امضا کرده‌اید، یک نسخه از آن را به بیمارستان ببرید.

- در بیمارستان از شما سؤال می‌شود که آیا دستورالعمل احتیاطی را امضا کرده‌اید و آیا آن را با خود به همراه دارید یا خیر.

• اگر فرم دستور العمل احتیاطی را امضا نکرده‌اید، در بیمارستان این فرم موجود است و از شما خواسته می‌شود در صورت رضایت آن را امضا کنید.

پر کردن فرم دستور العمل احتیاطی به انتخاب شما بستگی دارد (از جمله اینکه آیا در صورت بستری بودن در بیمارستان می‌خواهید آن را امضا کنید یا خیر). بر طبق قانون، هیچکس نمی‌تواند بر اساس اینکه آیا "دستور العمل احتیاطی" دریافت کرده‌اید یا خیر شما را از خدمات درمانی محروم کند یا با شما با تبعیض برخورد کند.

اگر از دستور العمل‌های شما پیروی نشود چه کاری باید انجام دهید؟

اگر دستور العمل احتیاطی را امضا کرده‌اید و فکر می‌کنید که پزشک یا بیمارستان از دستور العمل‌های موجود در آن تبعیت نمی‌کند، می‌توانید نزد این مرجع شکایت کنید:

برای شکایات مربوط به متخصصان مراقبت‌های سلامت:  
برای شکایات مربوط به مراکز درمانی و بیمارستان‌ها:

### بخش 1.6 شما حق دارید شکایت کنید و درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمی که گرفته‌ایم بدهید

اگر مشکل، نگرانی یا شکایتی دارید و نیاز به درخواست پوشش یا تجدیدنظر دارید، فصل 9 این سند به شما می‌گوید که چه کاری می‌توانید انجام دهید. هر کاری که انجام می‌دهید - درخواست تصمیم‌گیری در خصوص پوشش‌دهی، تجدیدنظر یا شکایت کنید - ما ملزم به رفتار منصفانه با شما هستیم.

### بخش 1.7 اگر فکر می‌کنید که برخورد با شما غیرمنصفانه است یا اینکه حقوق شما مورد احترام قرار نمی‌گیرد، باید چه کاری انجام دهید

اگر معتقدید که با شما ناعادلانه رفتار شده است یا حقوق شما به دلیل نژاد، معلولیت، مذهب، جنسیت، وضعیت سلامتی، قومیت، عقیده (باورها)، سن یا ملیت شما رعایت نشده است با دفتر حقوق مدنی Department of Health and Human Services به شماره 1-800-368-1019 (کاربران TTY با 1-800-537-7697 تماس بگیرید) یا با دفتر حقوق مدنی محلی خود تماس بگیرید.

اگر معتقدید که با شما ناعادلانه رفتار شده است یا حقوق شما رعایت نشده است و این موضوع ربطی به تبعیض ندارد، می‌توانید از این مکان‌ها برای حل مشکل خود کمک بگیرید:

- با خدمات اعضای طرح ما به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید).
- با SHIP محلی خود در شهرستان Ventura تماس بگیرید: (805) 477-7310
- با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید)

### بخش 1.8 نحوه دریافت اطلاعات درباره حقوق شما

اطلاعات بیشتر در مورد حقوق خود را از این مکان‌ها دریافت کنید:

- از طریق شماره (866) 314-2427 با خدمات اعضا تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرید)
- با SHIP محلی خود در شهرستان Ventura تماس بگیرید: (805) 477-7310
- با Medicare تماس بگیرید
- برای مطالعه نشریه Medicare Rights & Protections به [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مراجعه کنید (موجود در: حقوق و مصونیت‌های Medicare)
- با (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید)

## بخش 2 مسئولیت‌های شما به عنوان یک عضو طرح ما

- کارهایی که باید به عنوان عضوی از طرح ما انجام دهید در زیر فهرست شده است. از طریق شماره 314-2427 (866) با خدمات تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند).
- با خدمات تحت پوشش خود و قوانینی که باید برای دریافت این خدمات تحت پوشش رعایت کنید، آشنا شوید. از این مدارک بیمه برای اطلاع از موارد تحت پوشش و قوانینی که باید برای دریافت خدمات تحت پوشش رعایت کنید، استفاده کنید.
    - فصل‌های 3 و 4 جزئیاتی در مورد خدمات پزشکی ارائه می‌دهند.
    - فصل‌های 5 و 6 جزئیاتی در مورد پوشش دارویی بخش D ارائه می‌دهند.
  - اگر علاوه بر طرح ما، پوشش درمانی یا پوشش دارویی دیگری دارید، باید به ما اطلاع دهید. فصل 1 در مورد هماهنگی این مزایا به شما می‌گوید.
  - به پزشک و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت بگویید که در طرح ما ثبت‌نام کرده‌اید. هر زمان که مراقبت‌های پزشکی یا داروهای بخش D دریافت می‌کنید، کارت عضویت طرح ما و کارت Medicaid خود را نشان دهید.
  - با ارائه اطلاعات، پرسیدن سؤال و پیگیری روند مراقبت‌های خود، به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات درمانی کمک کنید تا به شما کمک کنند.
    - برای دریافت بهترین مراقبت، مشکلات سلامتی خود را به پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت اطلاع دهید. از طرح‌های درمانی و دستورالعمل‌هایی که شما و پزشکتان بر سر آن به توافق رسیده‌اید پیروی کنید.
    - مطمئن شوید که پزشکان شما از تمام داروهای شما که مصرف می‌کنید، از جمله داروهای بدون نسخه، ویتامین‌ها و مکمل‌ها، مطلع هستند.
    - اگر سؤالی دارید، حتماً بپرسید و پاسخی که برایتان قابل فهم است دریافت کنید.
  - با ملاحظه باشید. از تمامی اعضای طرح انتظار داریم به حقوق دیگر بیماران احترام بگذارند. ما همچنین از شما انتظار داریم به گونه‌ای عمل کنید که به تسهیل روند کاری مطب پزشک، بیمارستان‌ها و سایر مراکز درمان کمک کند.
  - **بدهی خود را پرداخت کنید.** شما به عنوان عضوی از طرح، وظیفه دارید این هزینه‌ها را پرداخت کنید:
    - شما باید حق بیمه طرح ما را پرداخت کنید.
    - برای اینکه عضو طرح ما بمانید، باید به پرداخت حق بیمه Medicare خود ادامه دهید.
    - برای اکثر خدمات پزشکی یا داروهای تحت پوشش طرح ما، باید سهم خود از هزینه را هنگام دریافت خدمات یا دارو پرداخت کنید.
  - اگر به منطقه خدمات‌رسانی طرح ما نقل مکان کنید، باید از این موضوع مطلع شویم تا بتوانیم سابقه عضویت شما را به روز نگه داریم و بدانیم چگونه با شما تماس بگیریم.
  - اگر به خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما نقل مکان کنید، نمی‌توانید عضو طرح ما بمانید.
  - اگر نقل مکان می‌کنید، به تأمین اجتماعی (یا هیئت بازنشستگی کارکنان راه‌آهن) اطلاع دهید.

## فصل 9:

# اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)

## بخش 1 اگر مشکل یا نگرانی داشتید چه کاری باید انجام دهید

در این فصل نحوه رسیدگی به مشکلات و نگرانی‌ها توضیح داده شده است. روندی که برای رسیدگی به مشکل خود استفاده می‌کنید به 2 مورد بستگی دارد:

1. اینکه مشکل شما مربوط به مزایای تحت پوشش **Medicare** است یا **Medicaid**. اگر برای تصمیمگیری در مورد استفاده از فرآیند **Medicare** یا فرآیند **Medicaid** یا هر دو به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید) تماس بگیرید.
2. نوع مشکلی که دارید:
  - برای برخی از مشکلات، باید از فرآیند تصمیم‌گیری درباره پوشش‌دهی طرح و درخواست بررسی استفاده کنید.
  - برای سایر مشکلات، باید از فرآیند طرح شکایت استفاده کنید؛ (که به آن شکایات نیز گفته می‌شود).

هر دو فرآیند توسط Medicare تأیید شده‌اند. هر فرآیند شامل مجموعه‌ای از قوانین، مراحل و تاریخ‌های معین است که باید ما و شما آنها را رعایت کنیم.

اطلاعات موجود در این فصل به شما کمک می‌کند تا فرآیند صحیح و کاری را که باید انجام دهید را بدانید.

### بخش 1.1 اصطلاحات حقوقی

برای برخی از قوانین، رویه‌ها و مواعید معین اصطلاحات حقوقی وجود دارد که در این فصل توضیح داده شده‌اند. بسیاری از این اصطلاحات برای اکثر مردم ناآشنا هستند و درک آنها می‌تواند دشوار باشد. برای آسان‌تر شدن این امر، این فصل:

با این حال، گاهی اوقات دانستن اصطلاحات حقوقی صحیح مهم است. ما به منظور کمک به شما در اینکه بفهمید از کدام اصطلاحات برای دریافت کمک یا اطلاعات مناسب برای خود استفاده کنید، هنگام ارائه جزئیات برای رسیدگی به موقعیت‌های خاص، اصطلاحات حقوقی را نیز درج می‌کنیم.

## بخش 2 اطلاعات بیشتر و راهنمایی شخصی‌سازی شده را از کجا کسب کنید

همیشه اینجا هستیم تا به شما کمک کنیم. حتی اگر از نحوه برخورد ما با خود شکایتی دارید، ما موظفیم به حق شما برای شکایت احترام بگذاریم. برای راهنمایی، با «خدمات اعضا» به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرید). در برخی موقعیت‌ها، می‌توانید از کسی که با ما ارتباطی ندارد، کمک یا راهنمایی بخواهید. دو سازمانی که می‌توانند کمک کنند عبارتند از:

### برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP)

هر ایالت یک برنامه دولتی با مشاوران آموزش دیده دارد. این برنامه هیچ ارتباطی با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح درمانی دیگری ندارد. مشاوران این برنامه می‌توانند به شما کمک کنند تا بفهمید برای رسیدگی به مشکلی که دارید، باید از کدام فرآیند استفاده کنید. آنها همچنین می‌توانند به سؤالات پاسخ دهند، اطلاعات بیشتری در اختیار شما قرار دهند و در مورد اقدامات لازم راهنمایی ارائه دهند.

در صورت وجود هرگونه مشکل، خدمات مشاوران SHIP رایگان است.

**Medicare**

همچنین می‌توانید برای دریافت کمک با Medicare تماس بگیرید.

- در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- به وبسایت [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مراجعه کنید.

می‌توانید از Medicaid کمک و اطلاعات دریافت کنید.

**روش اداره خدمات درمانی California (برنامه Medicaid در California) - اطلاعات تماس**

اطلاعات تماس	(916) 449-5000
	N/A
<b>TTY</b>	711
	این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413
وبسایت	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/">https://www.dhcs.ca.gov/</a>

**روش «دفتر بازرس مراقبت مدیریت شده Medi-Cal» (California's Ombudsman Program) - اطلاعات تماس**

اطلاعات تماس	(888) 452-8609
	دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت اقیانوس آرام؛ به جز تعطیلات رسمی
<b>TTY</b>	N/A
	این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	N/A
وبسایت	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx</a>

**روش اداره سالمندان California، برنامه LTCOP Long-Term Care Ombudsman - اطلاعات تماس**

اطلاعات تماس	(800) 231-4024
	دوشنبه تا جمعه از 8 a.m. تا 5 p.m. به وقت اقیانوس آرام؛ به جز تعطیلات رسمی
ارسال نامه	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
وبسایت	<a href="http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP">/http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP</a>

<b>روش Livanta – (سازمان بهبود کیفیت California) - اطلاعات تماس</b>	
اطلاعات تماس	(877) 588-1123
	دوشنبه تا جمعه از 9 a.m. تا 5 p.m. به وقت محلی؛ آخر هفته‌ها و تعطیلات: 10 a.m. تا 4 p.m. به وقت محلی سرویس پیام صوتی 24 ساعته در دسترس است
TTY	با شماره 711 887-6668 (855) تماس بگیرید این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
وبسایت	<a href="https://www.livantaqio.cms.gov/">https://www.livantaqio.cms.gov/</a>

### بخش 3 از کدام فرآیند برای مشکل خود استفاده کنید

از آنجا که شما Medicare دارید و از Medicaid کمک می‌گیرید، فرآیندهای مختلفی وجود دارد که می‌توانید برای رسیدگی به مشکل یا شکایت خود استفاده کنید. اینکه از کدام فرآیند استفاده می‌کنید بستگی به این دارد که مشکل مربوط به مزایای Medicare یا مزایای Medicaid باشد. اگر مشکل شما مربوط به مزایای تحت پوشش Medicare است، از فرآیند Medicare استفاده کنید. اگر مشکل شما مربوط به مزایای تحت پوشش Medicaid است، از فرآیند Medicaid استفاده کنید. اگر برای تصمیم‌گیری در مورد استفاده از فرآیند Medicare یا Medicaid به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا تماس بگیرید.

فرآیند Medicare و فرآیند Medicaid در بخش‌های مختلف این فصل شرح داده شده‌اند. برای اینکه بدانید کدام بخش را باید بخوانید، از جدول زیر استفاده کنید.

#### آیا مشکل شما مربوط به مزایای Medicare است یا مزایای Medicaid ؟

مشکل من در مورد مزایای Medicare است.

به بخش 4، رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare خود مراجعه کنید.

مشکل من درباره پوشش Medicaid است.

به بخش 12، رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid خود مراجعه کنید.

### بخش 4 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicare شما

آیا مشکل یا نگرانی شما به مزایای پوششدهی خدمات شما مربوط می‌شود؟

این موضوع شامل مشکلاتی در مورد پوشش یا عدم پوشش مراقبت‌های پزشکی (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B)، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی است.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

بله.

به بخش 5، راهنمای تصمیمگیری درباره پوششدهی طرح و درخواست تجدیدنظر مراجعه کنید.

خیر.

به بخش 11، نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتریان یا سایر نگرانی‌ها مراجعه کنید.

**تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح و درخواست بررسی****بخش 5****راهنمای تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح و درخواست بررسی**

تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح و درخواست تجدیدنظر درباره مشکلات مربوط به مزایا و پوشش مراقبت‌های پزشکی شما (خدمات، اقلام و داروهای بخش B، از جمله پرداخت) سروکار دارد. جهت تسهیل امر، ما به‌طور کلی به اقلام پزشکی، خدمات و داروهای Medicare Part B به عنوان **مراقبت‌های پزشکی** اشاره می‌کنیم. شما از فرآیند تصمیم‌گیری و استیناف در مورد پوشش برای مسائلی مانند اینکه آیا موردی تحت پوشش است یا خیر و نحوه پوشش آن استفاده می‌کنید.

**درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوشش قبل از دریافت خدمات**

اگر قبل از دریافت مراقبت‌های پزشکی می‌خواهید بدانید که آیا ما آن را پوشش می‌دهیم یا خیر، می‌توانید از ما بخواهید که درباره پوششدهی خدمات شما تصمیم بگیریم. تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح یک تصمیم‌گیری اولیه درباره مزایا یا پوششدهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای مراقبت‌های پزشکی شما است. به عنوان مثال، اگر پزشک شبکه طرح ما، شما را به یک پزشک متخصص که در شبکه نیست ارجاع دهد، این ارجاع به عنوان یک تصمیم مطلوب در مورد پوشش در نظر گرفته می‌شود، مگر اینکه شما یا پزشک شبکه شما بتوانید نشان دهید که یک اطلاعیه رد استاندارد برای این پزشک متخصص دریافت کرده‌اید، یا مدارک بیمه روشن می‌کند که خدمات ارجاع شده هرگز تحت هیچ شرایطی پوشش داده نمی‌شود. همچنین اگر پزشک شما مطمئن نیست که آیا ما یک خدمات پزشکی خاص را پوشش خواهیم داد یا از ارائه مراقبت‌های پزشکی که فکر می‌کنید نیاز دارید خودداری می‌کند، شما یا پزشکتان می‌توانید با ما تماس بگیرید و درخواست تصمیم‌گیری در مورد پوششدهی کنید. تحت شرایط محدودی، درخواست برای تصمیم‌گیری درباره پوششدهی رد می‌شود، به این معنی که ما آن را بررسی نخواهیم کرد. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از: اگر درخواست ناقص باشد، اگر کسی از طرف شما درخواست کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا اگر شما بخواهید که درخواستتان لغو شود. اگر درخواست برای تصمیم‌گیری در خصوص پوششدهی را رد کنیم، اطلاعیه‌ای را برایتان ارسال می‌کنیم و دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست برای بررسی رد درخواست را توضیح می‌دهیم.

تصمیم‌گیری درباره پوششدهی به تصمیم‌هایی اطلاق می‌شود که درباره اینکه کدام خدمات برای شما تحت پوشش هستند و چه مبلغی را پرداخت می‌کنیم گرفته می‌شوند. در برخی موارد، ممکن است تصمیم بگیریم که مراقبت‌های پزشکی تحت پوشش نیست یا دیگر برای شما پوشش داده نمی‌شود. اگر با تصمیم ما موافق نیستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.

**ارائه درخواست تجدیدنظر**

اگر قبل یا بعد از دریافت مزایا، تصمیمی در مورد پوشش بیمه بگیریم و شما راضی نباشید، می‌توانید در مورد **درخواست تجدیدنظر** بدهید. درخواست تجدیدنظر یک روش رسمی برای درخواست بررسی و تغییر تصمیمی است که برای پوششدهی گرفته‌ایم. تحت شرایط خاصی، می‌توانید برای یک **درخواست تجدیدنظر سریع** یا تسریع‌شده درباره یک تصمیم پوششدهی درخواست دهید. درخواست تجدیدنظر شما توسط بازرسانی متفاوت با کسانی که تصمیم اولیه را گرفته‌اند، بررسی می‌شود.

وقتی برای اولین بار درخواست تجدیدنظر درباره تصمیمی می‌دهید، به آن درخواست تجدیدنظر سطح 1 گفته می‌شود. در این درخواست تجدیدنظر، ما تصمیم پوشش بیمه‌ای که گرفته‌ایم را بررسی می‌کنیم تا ببینیم آیا به درستی از قوانین پیروی کرده‌ایم یا خیر. پس از اتمام بررسی، تصمیم‌مان را به شما اطلاع می‌دهیم.

تحت شرایط محدودی، ممکن است درخواست تجدیدنظر سطح 1 رد شود، به این معنی که ما درخواست را بررسی نخواهیم کرد. نمونه‌هایی از مواردی که درخواست رد می‌شود عبارتند از: اگر درخواست ناقص باشد، اگر کسی از طرف شما درخواست کند اما از نظر قانونی مجاز به انجام این کار نباشد، یا اگر شما بخواهید که درخواستتان لغو شود. اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 را رد کنیم، اطلاعیه‌ای را برایتان ارسال می‌کنیم و دلیل رد شدن درخواست و نحوه درخواست برای بررسی رد درخواست را توضیح می‌دهیم.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر به تمام یا بخشی از درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما برای مراقبت‌های پزشکی پاسخ منفی بدهیم، درخواست تجدیدنظر شما به طور خودکار به درخواست تجدیدنظر سطح 2 که توسط یک سازمان بررسی مستقل غیرمرتبط با ما انجام می‌شود، منتقل می‌شود.
- برای شروع درخواست تجدیدنظر سطح 2 لازم نیست کار خاصی انجام دهید. قوانین Medicare ایجاب می‌کند که اگر کاملاً با درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما موافق نباشیم، درخواست تجدیدنظر شما برای مراقبت‌های پزشکی را به‌طور خودکار به سطح 2 ارسال کنیم.
  - برای اطلاعات بیشتر درباره درخواست تجدیدنظر سطح 2 برای مراقبت‌های پزشکی به **بخش 6.4** بروید.
  - درخواست‌های تجدیدنظر بخش D، در بخش 7 مورد بحث قرار گرفته است.
- اگر از تصمیم گرفته شده در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 راضی نیستید، ممکن است بتوانید مراحل تجدیدنظر بیشتری را ادامه دهید (در این فصل مراحل استیناف سطح 3، 4 و 5 توضیح داده شده است).

**بخش 5.1 برای درخواست تصمیمگیری در مورد پوششدهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر کمک بگیرید**

- در اینجا منابعی وجود دارد که اگر می‌خواهید برای هر نوع تصمیم پوششدهی یا تجدیدنظر در مورد یک تصمیم درخواست دهید، به آنها مراجعه کنید:
- از طریق شماره (866) 314-2427 با خدمات تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند)
  - از برنامه State Health Insurance Assistance **خودتان کمک بگیرید**.
  - **پزشک شما** اگر پزشک شما در تجدیدنظر خواهی پس از سطح 2 کمک می‌کند، باید به عنوان نماینده شما منصوب شود. با خدمات اعضا تماس بگیرید و فرم انتصاب نماینده را درخواست کنید. (این فرم نیز موجود است)
    - برای مراقبت‌های پزشکی، پزشکتان می‌تواند از طرف شما درخواست تصمیمگیری درباره پوششدهی یا تجدیدنظر سطح 1 کند، این درخواست به‌طور خودکار به سطح 2 ارسال می‌شود.
    - برای داروهای بخش D شما، پزشک شما یا تجویزکننده دیگر می‌توانند به‌نماینده‌گی از شما برای تصمیمگیری درباره پوششدهی یا تجدیدنظر سطح 1 درخواست دهند. اگر تجدیدنظر سطح 1 شما رد شود، پزشک یا تجویزکننده شما می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 کند.
  - **همچنین می‌توانید از کسی بخواهید به‌نماینده‌گی از شما اقدام کند.** می‌توانید از فرد دیگری نام ببرید تا به‌نماینده‌گی از شما برای تصمیمگیری درباره پوششدهی طرح یا برای تجدیدنظر درخواست دهد.
    - اگر می‌خواهید دوست، خویشاوند یا شخص دیگری به‌عنوان نماینده شما باشد، با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس بگیرند) و درخواست فرم انتصاب نماینده کنید. (این فرم در [www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) یا وبسایت ما به نشانی [Centralhealthplan.com](http://Centralhealthplan.com) در دسترس است.) این فرم به آن فرد اجازه داده می‌دهد که از طرف شما اقدام کند. این فرم باید توسط شما و شخصی که می‌خواهید از طرف شما اقدام کند، امضا شود. باید یک نسخه از فرم امضا شده را در اختیار ما قرار دهید.
    - ما می‌توانیم درخواست تجدیدنظر را بدون این فرم از نماینده بپذیریم، اما تا زمانی که آن را دریافت نکنیم، نمی‌توانیم بررسی خود را تکمیل کنیم. اگر فرم را قبل از مهلت خود برای تصمیمگیری در مورد درخواست تجدیدنظر شما دریافت نکنیم، درخواست تجدیدنظر شما رد خواهد شد. در صورت وقوع این امر، یک اطلاعیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم که در آن حق شما را برای درخواست از سازمان بررسی مستقل جهت بررسی تصمیم ما برای رد درخواست تجدیدنظر شما توضیح می‌دهیم.
  - **همچنین حق دارید که یک وکیل استخدام کنید.** می‌توانید با وکیل خودتان تماس بگیرید، یا اسم وکیل را از کانون وکلای محلی خود یا دیگر مراکز ارجاع دریافت کنید. در صورت واجد شرایط بودن، گروه‌هایی وجود دارند که خدمات حقوقی رایگان به شما ارائه می‌دهند. اما **نیازی نیست که یک وکیل استخدام کنید** تا درباره تصمیمگیری درباره پوششدهی یا درخواست تجدیدنظر اقدام کنید.

**بخش 5.2 قوانین و مهلت‌ها برای موقعیت‌های مختلف**

- 4 موقعیت مختلف وجود دارد که تصمیمگیری درباره پوششدهی طرح و درخواست بررسی را شامل می‌شود. هر موقعیت قوانین و مهلت‌های متفاوتی دارد. ما جزئیات هر یک از این بخش‌ها را ارائه می‌دهیم:
- **بخش 6: مراقبت‌های پزشکی:** نحوه درخواست برای تصمیمگیری درباره پوششدهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- **قسمت 7:** داروهای بخش D شما: نحوه درخواست برای تصمیمگیری درباره پوششدهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر
  - **قسمت 8:** نحوه درخواست پوشش برای مدت بستری طولانی‌تر در بیمارستان، اگر احساس می‌کنید خیلی زودتر از موعد مناسب مرخص می‌شوید
  - **قسمت 9:** نحوه درخواست از ما برای تداوم پوششدهی برخی خدمات پزشکی اگر احساس می‌کنید خیلی زودتر از موعد مناسب مرخص می‌شوید (فقط برای این خدمات اعمال می‌شود: مراقبت درمانی در خانه، خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی، و خدمات مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF).)
- اگر مطمئن نیستید که از کدام بخش باید استفاده کنید، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید از سازمان‌های دولتی مانند برنامه State Health Insurance Assistance خود کمک یا اطلاعات دریافت کنید.

**بخش 6 مراقبت‌های پزشکی نحوه درخواست برای تصمیمگیری درباره پوششدهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر****بخش 6.1 اگر در دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مشکل دارید یا از ما می‌خواهید سهم خود از هزینه مراقبتان را به شما بازپرداخت کنیم، چه باید بکنید**

مزایای مراقبت‌های پزشکی شما در فصل 4 جدول مزایای پزشکی شرح داده شده است. در برخی موارد، ممکن است قوانین متفاوتی برای درخواست داروی بخش B اعمال شود. در این موارد، توضیح خواهیم داد که چگونه قوانین مربوط به داروهای بخش B با قوانین مربوط به اقلام و خدمات پزشکی متفاوت است.

این بخش درباره اقداماتی که می‌توانید در هر یک از 5 موقعیت زیر انجام دهید توضیح داده است:

1. شما مراقبت‌های پزشکی درخواستی خود را دریافت نمی‌کنید و معتقدید که طرح ما چنین مراقبت‌هایی را پوشش می‌دهد. **درخواست تصمیمگیری درباره پوششدهی خدمات بدهید. بخش 6.2.**
2. طرح ما مراقبت‌های پزشکی که پزشک یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات پزشکی می‌خواهند به شما ارائه دهند را تأیید نمی‌کند و شما معتقدید که طرح ما این مراقبت را پوشش می‌دهد. **درخواست تصمیمگیری درباره پوششدهی خدمات بدهید. بخش 6.2.**
3. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید که معتقدید طرح ما باید پوشش دهد، اما ما گفتیم که هزینه این مراقبت را پرداخت نمی‌کنیم. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**
4. شما مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید و هزینه آن را پرداخت کرده‌اید که معتقدید طرح ما باید پوشش دهد، و می‌خواهید از طرح ما درخواست کنید که هزینه این مراقبت را به شما بازپرداخت کند. **صورتحساب را برای ما ارسال کنید. بخش 6.5.**
5. به شما گفته شده است که پوشش برخی از مراقبت‌های پزشکی که قبلاً تأیید کرده‌ایم و دریافت می‌کردید، کاهش داده یا متوقف خواهد شد و شما معتقدید که کاهش یا توقف این مراقبت می‌تواند به سلامت شما آسیب برساند. **درخواست تجدیدنظر بدهید. بخش 6.3.**

**توجه:** اگر پوششی که متوقف خواهد شد برای مراقبت‌های بیمارستانی، خدمات مراقبت درمانی در خانه، خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF) می‌باشد، به بخش‌های 8 و 9 بروید. قوانین ویژه‌ای برای این نوع مراقبت‌ها اعمال می‌شود.

**بخش 6.2 نحوه درخواست برای تصمیمگیری درباره پوششدهی****اصطلاحات حقوقی**

یک تصمیم پوشش که شامل مراقبت‌های پزشکی شما می‌شود، تعیین تکلیف سازمانی نامیده می‌شود.

تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی تعیین تکلیف تسریع شده نامیده می‌شود.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

**مرحله 1:** مشخص کنید که آیا به تصمیم پوشش استاندارد یا تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی نیاز دارید.

تصمیم پوشش استاندارد معمولاً در صورتی که کالا یا خدمات پزشکی مشمول قوانین اجازه قبلی ما باشد، ظرف 7 روز تقویمی، و برای سایر اقلام و خدمات ظرف 14 روز تقویمی، یا برای داروهای بخش B، ظرف 72 ساعت گرفته می‌شود. تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی معمولاً ظرف 72 ساعت، برای خدمات پزشکی، یا 24 ساعت برای داروهای بخش B گرفته می‌شود. شما فقط در صورتی می‌توانید تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی دریافت کنید که استفاده از مهلت‌های استاندارد می‌تواند به سلامت شما آسیب جدی برساند یا به توانایی شما در بازیابی عملکرد آسیب برساند.

- اگر پزشک شما به ما بگوید که به دلیل وضعیت سلامت شما به تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی نیاز است، ما به صورت خودکار موافقت می‌کنیم که تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را انجام دهیم.
- اگر خودتان، بدون حمایت پزشکتان درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را داشته باشید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا وضعیت سلامت شما نیاز به استفاده از تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی دارد یا خیر. اگر تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را تأیید نکنیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که:
  - توضیح می‌دهد که ما از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
  - توضیح می‌دهد که اگر پزشک شما درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را داشته باشد، ما به‌طور خودکار تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را برای شما صادر خواهیم کرد.
  - توضیح می‌دهد که چطور می‌توانید درباره تصمیم ما برای اتخاذ رویه استاندارد تصمیمگیری به‌جای تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی خدمات، یک "اعتراض سریع" مطرح کنید.

**مرحله 2:** از طرح ما بخواهید که تصمیم پوشش یا تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را اتخاذ کند.

- با تماس تلفنی، نامه نگاری یا فکس کردن به طرح ما، درخواست خود را برای تأیید یا ارائه پوشش برای مراقبت‌های پزشکی مورد نظر خود، مطرح کنید. شما، پزشک یا نماینده شما می‌توانید این کار را انجام دهید. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.

**مرحله 3:** ما درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی را بررسی می‌کنیم و به شما پاسخ می‌دهیم.

برای تصمیمات پوشش استاندارد، ما از مهلت‌های استاندارد استفاده می‌کنیم.

این بدان معناست که ما ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی که مشمول قوانین اجازه قبلی ما است، به شما پاسخ خواهیم داد. اگر کالا یا خدمات پزشکی درخواستی شما مشمول قوانین اجازه قبلی ما نباشد، ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما برای یک داروی بخش B باشد، ما در ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست شما تصمیم خواهیم گرفت.

- با این حال، اگر درخواست زمان بیشتری داشته باشید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفعتان باشد، در صورت درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی، می‌توانیم تا 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیمگیری اختصاص دهیم. اگر به روزهای بیشتری نیاز باشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، نمی‌توانیم زمان بیشتری برای تصمیمگیری اختصاص دهیم.
- اگر معتقدید که نباید روزهای بیشتری طول بکشد، می‌توانید یک شکایت سریع ثبت کنید. به محض اینکه تصمیمگیری کنیم، به شکایت شما پاسخ خواهیم داد. (روند شکایت با روند تصمیمگیری درباره پوششدهی طرح و درخواست بررسی متفاوت است. برای اطلاعات بیشتر درباره شکایات، به قسمت 11 این فصل مراجعه کنید.)

برای تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی، از یک بازه زمانی تسریع‌شده استفاده می‌کنیم.

تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی به این معنی است که اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی باشد، ظرف 72 ساعت پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، ظرف 24 ساعت پاسخ خواهیم داد.

- با این حال، اگر به زمان بیشتری نیاز داشته باشید، یا اگر نیاز به جمع‌آوری اطلاعات بیشتری باشد که به نفع شماست، می‌توانیم تا 14 روز تقویمی دیگر برای تصمیمگیری اختصاص دهیم. اگر به روزهای بیشتری نیاز باشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، نمی‌توانیم زمان بیشتری برای تصمیمگیری اختصاص دهیم.
- اگر معتقدید که نباید روزهای بیشتری طول بکشد، می‌توانید یک شکایت سریع ثبت کنید. (برای اطلاعات مربوط به شکایت به بخش 11 مراجعه کنید.) به محض اینکه تصمیمگیری کنیم، با شما تماس خواهیم گرفت.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانییه کتبی برای شما ارسال خواهیم کرد که دلیل پاسخ منفی ما را توضیح می‌دهد.

**مرحله 4: اگر به درخواست شما برای پوشش مراقبت‌های پزشکی پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دهید.**

اگر پاسخ ما منفی باشد، شما حق دارید با یک درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید که این تصمیم را تغییر دهیم. این به معنای درخواست مجدد برای دریافت پوشش مراقبت‌های پزشکی مورد نظر شماست. اگر تصمیم به درخواست تجدیدنظر دارید، به این معنی است که به سطح 1 از مراحل استیناف خواهید رفت.

**بخش 6.3 نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1****اصطلاحات حقوقی**

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش مراقبت‌های پزشکی، تعیین مجدد طرح نامیده می‌شود. درخواست تجدیدنظر سریع تعیین مجدد تسریع شده نیز نامیده می‌شود.

**مرحله 1: تصمیم بگیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر سریع نیاز دارید.**

درخواست تجدیدنظر استاندارد معمولاً ظرف 30 روز تقویمی یا 7 روز تقویمی برای داروهای بخش B انجام می‌شود. درخواست تجدیدنظر سریع معمولاً ظرف 72 ساعت انجام می‌شود.

- اگر در مورد تصمیمی که ما در مورد پوشش‌دهی مراقبت درخواست تجدیدنظر می‌کنید، شما و/یا پزشکتان تصمیم می‌گیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز دارید یا خیر. اگر پزشک شما به ما بگوید که وضعیت سلامتی شما نیاز به تجدیدنظر سریع دارد، ما به شما درخواست تجدیدنظر سریع می‌دهیم.
- شرایط لازم برای دریافت درخواست تجدیدنظر سریع مشابه شرایط تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی است که در بخش 6.2 این فصل توضیح داده شد.

**مرحله 2: از طرح ما درخواست تجدیدنظر یا تجدیدنظر سریع کنید.**

- اگر درخواست تجدیدنظر استاندارد دارید، تجدیدنظر استاندارد خود را کتباً ارسال کنید. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.
- اگر درخواست تجدیدنظر سریع دارید، می‌توانید درخواست خود را به صورت کتبی ارائه دهید یا با ما تماس بگیرید. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.
- شما باید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ اطلاعیه کتبی که برای اعلام پاسخ خود در مورد تصمیم پوشش برایتان ارسال کرده‌ایم، ارائه دهید. اگر این موعد مقرر را از دست بدهید و دلیل موجهی برای این امر دارید، دلیل تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید. ممکن است زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. نمونه‌هایی از دلایل موجه می‌تواند شامل بیماری جدی باشد که مانع از تماس شما با ما شده است یا چنانچه اطلاعات نادرست یا ناقصی در مورد مهلت درخواست تجدیدنظر به شما ارائه داده باشیم.
- می‌توانید یک کپی از اطلاعات مربوط به تصمیم پزشکی خود را درخواست کنید. شما و پزشکتان هم می‌توانید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به درخواست تجدیدنظر تان به ما ارائه دهید.

**مرحله 3: ما به درخواست تجدیدنظر تان رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.**

- هنگام بررسی درخواست تجدیدنظر شما، تمام اطلاعات را با دقت بررسی می‌کنیم. بررسی می‌کنیم که آیا هنگام پاسخ منفی به درخواست شما، تمام قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- در صورت نیاز، اطلاعات بیشتری جمع‌آوری خواهیم کرد و ممکن است با شما یا پزشک شما تماس بگیریم.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****مهلت‌های درخواست تجدیدنظر سریع**

- برای درخواست‌های تجدیدنظر سریع، باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، زودتر پاسخ خواهیم داد.
- اگر درخواست زمان بیشتری داشته باشید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفع شما باشد، اگر درخواست شما مربوط به یک کالا یا خدمات پزشکی باشد، می‌توانیم تا **14 روز تقویمی دیگر به آن زمان بدهیم**. اگر به روزهای بیشتری نیاز باشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. در صورتیکه درخواست شما برای یک داروی بخش B باشد، ما نمی‌توانیم وقت بیشتری صرف کنیم.
- اگر ظرف 72 ساعت (یا تا پایان دوره زمانی تمدید شده اگر روزهای اضافی در نظر گرفته باشیم) به شما پاسخ ندهیم، موظفیم درخواست شما را به طور خودکار به مرحله 2 مراحل استیناف ارسال کنیم، جایی که توسط یک سازمان بررسی مستقل بررسی خواهد شد. در بخش 6.4 مراحل استیناف سطح 2 توضیح داده شده است.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه شما درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما تأیید یا ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه شما درخواست کرده‌اید منفی باشد، تصمیم خود را به صورت کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و به طور خودکار درخواست تجدیدنظر شما را برای تجدیدنظر سطح 2 به سازمان بررسی مستقل ارسال می‌کنیم. سازمان بررسی مستقل پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، کتباً به شما اطلاع خواهد داد.

**مهلت‌های درخواست تجدیدنظر استاندارد**

- برای درخواست سریع ما ظرف **30 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما برای یک داروی بخش B است که دریافت نکرده‌اید، ما پاسخ خود را ظرف **7 روز تقویمی**، پس از دریافت درخواست تجدیدنظر، به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامت شما ایجاب کند، ما نتیجه این تصمیم‌گیری را سریع‌تر به شما اطلاع می‌دهیم.
- با این حال، اگر درخواست زمان بیشتری داشته باشید، یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم که ممکن است به نفعتان باشد، در صورت درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی، می‌توانیم تا **14 روز تقویمی دیگر برای تصمیم‌گیری اختصاص دهیم**. اگر به روزهای بیشتری نیاز باشد، کتباً به شما اطلاع خواهیم داد. اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، نمی‌توانیم زمان بیشتری برای تصمیم‌گیری اختصاص دهیم.
- اگر معتقدید که نباید روزهای بیشتری طول بکشد، می‌توانید یک شکایت سریع ثبت کنید. وقتی شکایت سریعی مطرح می‌کنید، ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخ می‌دهیم. (برای اطلاعات مربوط به شکایت به بخش 11 مراجعه کنید.)
- اگر تا مهلت مقرر (یا تا پایان دوره زمانی تمدید شده) به شما پاسخی ندهیم، درخواست شما را به یک درخواست تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم که در آنجا یک سازمان بررسی مستقل، درخواست تجدیدنظر را بررسی خواهد کرد. در بخش 6.4 مراحل استیناف سطح 2 توضیح داده شده است.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید پوشش را ظرف 30 روز تقویمی در صورتیکه درخواست شما برای یک کالا یا خدمت پزشکی، یا ظرف **7 روز تقویمی** در صورتیکه درخواست شما برای داروی بخش B باشد، تأیید یا ارائه کنیم. اگر طرح ما به بخشی یا تمام درخواست شما پاسخ منفی بدهد، به‌طور خودکار درخواست تجدیدنظر شما را به سازمان بررسی مستقل برای تجدیدنظر سطح 2 ارسال می‌کنیم.

**بخش 6.4 مراحل استیناف سطح 2****اصطلاح حقوقی**

نام رسمی بر "ای سازمان بررسی مستقل"، **Independent Review Entity** است. گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

**سازمان بررسی مستقل**، سازمانی مستقل است که توسط **Medicare** استخدام شده است. این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفته‌ایم صحیح است یا باید تغییر کند. طرح Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****مرحله 1: سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظران را بررسی می‌کند.**

- ما اطلاعات مربوط به درخواست تجدیدنظر شما را برای این سازمان ارسال خواهیم کرد. این اطلاعات، مدارک پرونده نامیده می‌شوند. شما حق دارید از ما بخواهید یک کپی از مدارک پرونده را به شما بدهیم.
  - شما حق دارید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به موفقیت درخواست تجدیدنظران به سازمان بررسی مستقل ارائه دهید.
  - مسئولین بررسی در سازمان بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- اگر درخواست تجدیدنظر سریع در سطح 1 داشتید، یک درخواست تجدیدنظر سریع در سطح 2 هم خواهید داشت.**

- برای درخواست تجدیدنظر سریع، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **72 ساعت** از زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را دریافت می‌کند به درخواستتان پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما برای یک کالا یا خدمات پزشکی است و سازمان بررسی مستقل نیاز به جمع‌آوری اطلاعات بیشتری دارد که ممکن است به نفع شما باشد، ممکن است تا **14 روز تقویمی بیشتر طول بکشد**. اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، سازمان بررسی مستقل نمی‌تواند زمان بیشتری را برای تصمیم‌گیری اختصاص دهد.

**اگر تجدیدنظر استاندارد در سطح 1 داشتید، به‌طور خودکار یک تجدیدنظر استاندارد در سطح 2 هم خواهید داشت.**

- برای درخواست تجدیدنظر استاندارد، اگر درخواست شما مربوط به یک اقلام یا خدمات پزشکی باشد، سازمان بررسی مستقل باید به درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما باید ظرف **30 روز تقویمی** از زمانی که آن را دریافت می‌کند پاسخ دهد.
- اگر درخواست شما برای داروی بخش B باشد، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **7 روز تقویمی** از زمانی که درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را دریافت می‌کند، به درخواستتان پاسخ دهد.

**مرحله 2: سازمان بررسی مستقل پاسخ خود را به شما می‌دهد.**

سازمان بررسی مستقل، تصمیم خود را کتباً به شما اطلاع می‌دهد و دلایل آن را توضیح می‌دهد.

- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست برای یک کالا یا خدمات پزشکی پاسخ مثبت دهد، ما باید پوشش مراقبت‌های پزشکی را ظرف **72 ساعت** تأیید کنیم یا خدمات را ظرف **14 روز تقویمی** پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل برای درخواست‌های استاندارد ارائه دهیم. برای درخواست‌های تسریع‌شده، ما **72 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل فرصت داریم.
- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست برای داروی بخش B پاسخ مثبت دهد، ما باید داروی بخش B را ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل برای درخواست‌های استاندارد تأیید یا ارائه کنیم. برای درخواست‌های تسریع‌شده، ما **24 ساعت** از تاریخ دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل فرصت داریم.
- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، این یعنی آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) در خصوص پوشش‌دهی مراقبت‌های پزشکی موافق هستند. (به این پاسخ، حمایت از تصمیم گرفته‌شده یا رد کردن درخواست تجدیدنظر شما گفته می‌شود). در این صورت، سازمان بررسی مستقل نامه‌ای برای شما ارسال خواهد کرد:

- تصمیم را توضیح می‌دهد.
- در صورتی که ارزش دلاری پوشش مراقبت‌های پزشکی مورد درخواست شما به حداقل مشخصی برسد، به شما اطلاع می‌دهد که حق تجدیدنظرخواهی سطح 3 را دارید. اطلاعات کتبی که از طرف واحد بررسی مستقل دریافت می‌کنید حد نصاب مبلغ دلاری که باید برای طی مراحل استیناف کسب کنید را به شما اطلاع می‌دهد.
- در مورد نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 3 به شما می‌گوید.

**مرحله 3: اگر پرونده‌تان شرایط لازم را داشته باشد، تصمیم‌گیری درباره ادامه درخواست تجدیدنظران در سطوح بالاتر به عهده شماست.**

- مراحل استیناف 3 سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد (برای مجموعاً 5 سطح درخواست تجدیدنظر). اگر می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر سطح 3 بروید، جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعات کتبی که پس از درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید شرح داده شده است.
- درخواست تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری رسیدگی می‌شود. بخش 10 مراحل استیناف سطح 3، 4 و 5 را توضیح می‌دهد.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****بخش 6.5 اگر از ما می‌خواهید سهم خودمان را از صورتحسابی که برای مراقبت‌های پزشکی دریافت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم**

درخواست بازپرداخت به معنای درخواست تصمیمگیری در مورد پوشش از سوی ماست.

اگر مدارک درخواست بازپرداخت را برای ما ارسال کنید، در واقع درخواست تصمیمگیری در مورد پوشش را دارید. برای تصمیمگیری در این مورد، ما بررسی خواهیم کرد که آیا مراقبت‌های پزشکی که هزینه آن را پرداخت کرده‌اید، تحت پوشش قرار می‌گیرد یا خیر. همچنین بررسی خواهیم کرد که آیا شما از قوانین استفاده از پوشش خود برای مراقبت‌های پزشکی پیروی کرده‌اید یا خیر.

- اگر مراقبت‌های پزشکی تحت پوشش باشد و تمام قوانین را رعایت کرده باشید، ما معمولاً ظرف 30 روز تقویمی، حداکثر تا 60 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما، پرداخت سهم خود از هزینه را برای شما ارسال خواهیم کرد. اگر هنوز هزینه مراقبت‌های پزشکی را پرداخت نکرده‌اید، ما این هزینه را مستقیماً به ارائه‌دهنده پرداخت خواهیم کرد.
- **اگر پاسخ‌مان به درخواست شما منفی باشد:** اگر مراقبت‌های پزشکی تحت پوشش نباشد، یا شما از همه قوانین پیروی نکرده باشید، ما پرداختی انجام نخواهیم کرد. در عوض، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که در آن آمده است که ما هزینه مراقبت‌های پزشکی را پرداخت نمی‌کنیم و دلایل آن را نیز ذکر خواهیم کرد.

اگر با تصمیم ما مبنی بر عدم پرداخت مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید. اگر درخواست تجدیدنظر دهید، به این معنی است که از ما می‌خواهید تصمیم پوششی را که هنگام رد درخواست پرداخت شما اتخاذ کرده‌ایم، تغییر دهیم.

**برای انجام این تجدیدنظر، مراحل استیناف در بخش 6.3 را انجام دهید.** برای درخواست‌های تجدیدنظر در مورد بازپرداخت، توجه داشته باشید:

- ما در مدت زمان 60 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خواهیم داد. اگر از ما بخواهید برای مراقبت‌های پزشکی که دریافت کرده‌اید و هزینه آن‌ها را خودتان پرداخت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم، امکان درخواست تجدیدنظر سریع ندارید.
- اگر سازمان بررسی مستقل تصمیم بگیرد که ما باید هزینه را پرداخت کنیم، باید ظرف 30 روز تقویمی، مبلغ پرداختی را برای شما یا ارائه‌دهنده خدمات ارسال کنیم. اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر شما در هر یک از مراحل استیناف بعد از مرحله 2 مثبت باشد، باید هزینه درخواستی را در مدت زمان 60 روز تقویمی برای شما یا ارائه‌دهنده شما ارسال کنیم.

**بخش 7 داروهای بخش D: نحوه درخواست برای تصمیمگیری درباره پوشش‌دهی یا ارائه درخواست تجدیدنظر****بخش 7.1 اگر مشکلی در رابطه با دریافت داروهای بخش D داشتید یا اگر از ما می‌خواهید که هزینه داروهای بخش D را برگردانیم، این بخش به شما می‌گوید که چه کاری انجام دهید**

مزایای شما شامل پوشش‌دهی بسیاری از داروهای نسخه‌ای است. برای اینکه داروهای شما پوشش داده شوند باید برای درمانی که از لحاظ پزشکی مورد قبول است استفاده شود. (برای اطلاعات بیشتر درباره مبحث «مورد قبول بودن از نظر پزشکی» به فصل 5 مراجعه کنید.) برای جزئیات بیشتر در مورد داروهای بخش D، قوانین، محدودیت‌ها و هزینه‌ها، به فصل‌های 5 و 6 مراجعه کنید. **این بخش فقط در مورد داروهای بخش D شما است.** برای ساده‌سازی، ما معمولاً در بقیه این بخش، به جای تکرار داروی نسخه‌ای سرپایی تحت پوشش یا داروی بخش D در هر بار، از کلمه دارو استفاده می‌کنیم. ما همچنین به جای فهرست داروهای تحت پوشش یا دارونامه، از اصطلاح لیست دارو استفاده می‌کنیم.

- اگر نمی‌دانید که آیا دارویی تحت پوشش است یا خیر یا اینکه آیا شما شرایط لازم را دارید، می‌توانید از ما بپرسید. برای پوشش برخی از داروها، قبل از اینکه ما آن را پوشش دهیم، نیاز به تأیید ما دارید.
- توجه اگر داروخانه‌تان به شما بگوید که نسخه‌تان را نمی‌تواند آنطور که نوشته شده است، بپیچد، داروخانه به شما اطلاعیه کتبی خواهد داد که در آن توضیح می‌دهد چگونه برای درخواست تصمیمگیری درباره پوشش‌دهی با ما تماس بگیرید.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****بخش D تصمیم گیری درباره پوشش دهی طرح و درخواست بررسی****اصطلاحات حقوقی**

تصمیم پوشش اولیه در خصوص داروهای بخش D شما تعیین تکلیف پوششدهی نامیده می‌شود.

تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح به تصمیم‌گیری درباره مزایا یا پوششدهی شما، یا درباره مبلغ پرداختی توسط ما برای داروهای شما گفته می‌شود. این قسمت درباره اقدامات مربوط به مشکلات زیر توضیح داده است:

- درخواست برای پوششدهی داروی بخش D که در لیست داروی طرح ما نیست. از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. **بخش 7.2**
- درخواست برای برداشتن یکی از محدودیت‌های طرح در زمینه پوششدهی که به یکی از داروها مربوط می‌شود (مانند محدودیت در مقدار دارویی که می‌توانید دریافت کنید) از ما درخواست کنید استثناء قائل شویم. **بخش 7.2**
- درخواست پرداخت مبلغ کمتر برای تسهیم هزینه برای داروی تحت پوشش در ردیف تسهیم هزینه بالاتر درخواست استثناء کنید. **بخش 7.2**

- درخواست دریافت پیش‌تأیید برای دارو. درخواست تصمیم‌گیری درباره پوششدهی خدمات بدهید. **بخش 7.4**
- پرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریده‌اید. از ما درخواست کنید مبلغ را به شما عودت دهیم. **بخش 7.4**

اگر با تصمیم ما در خصوص پوششدهی مخالف هستید، می‌توانید درباره تصمیم ما درخواست تجدیدنظر کنید.

در این بخش به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید برای تصمیم‌گیری درباره پوششدهی و تجدیدنظر در خصوص تصمیمات درخواست دهید.

**بخش 7.2 درخواست برای استثناء****اصطلاحات حقوقی:**

درخواست پوشش دارویی که در لیست دارو نیست، یک استثنای دارونامه‌ای نامیده می‌شود.

درخواست حذف محدودیت پوشش برای یک دارو، یک استثنای دارونامه‌ای نامیده می‌شود.

درخواست برای پرداخت قیمت پایین‌تر برای یک داروی غیرترجیحی تحت پوشش، استثنای ردیفی نامیده می‌شود.

اگر دارویی به شکلی که شما می‌خواهید پوشش داده نشود، می‌توانید از ما بخواهید که استثناء قائل شویم. استثناء یک نوعی تصمیم‌گیری در خصوص پوششدهی است.

برای اینکه ما یک درخواست استثناء را لحاظ کنیم، ممکن است لازم باشد پزشک شما یا تجویزکننده دیگر دلایل پزشکی مبنی بر نیاز شما به این مورد استثناء را توضیح دهند. در ادامه 3 نمونه از استثناهایی را ارائه می‌کنیم که شما یا پزشک یا سایر تجویزکنندگان‌تان ممکن است از ما درخواست کنید که قائل شویم:

- 1. پوششدهی یک داروی بخش D که در لیست داروی ما نیست.** اگر موافقت کنیم دارویی را که در لیست داروها نیست پوشش دهیم، شما باید مبلغ تسهیم‌هزینه را که برای داروهای «ردیف 4، غیرترجیحی» اعمال می‌شود پرداخت کنید. شما نمی‌توانید درخواست قائل شدن استثناء برای مبلغ تسهیم هزینه که ما از شما برای دارو درخواست می‌کنیم، ارائه دهید.
- 2. حذف محدودیت برای داروی تحت پوشش.** فصل 5 قوانین یا محدودیت‌های دیگری را که در مورد برخی از داروهای خاص در لیست داروی ما اعمال می‌شوند، توضیح می‌دهد. اگر ما موافقت کنیم که استثناء قائل شویم و محدودیتی را برای شما لغو کنیم، می‌توانید درخواست استثناء برای مبلغ تسهیم‌هزینه داشته باشید که ما از شما می‌خواهیم برای دارو پرداخت کنید.
- 3. تغییر پوشش دارو به ردیف تسهیم‌هزینه پایین‌تر.** هر یک از داروها در لیست داروی ما به یکی از شش (6) ردیف تسهیم‌هزینه مربوط می‌شود. به‌طور کلی، هرچه شماره ردیف تسهیم‌هزینه کمتر باشد، شما سهم کمتری از هزینه دارو را پرداخت می‌کنید.
- اگر لیست داروی ما دارو(های) جایگزینی برای درمان شرایط پزشکی شما را شامل شود که در ردیف تسهیم‌هزینه پایین‌تری نسبت به داروی شما قرار دارد، می‌توانید از ما بخواهید داروی شما را با مبلغ تسهیم‌هزینه داروی جایگزین پوشش دهیم.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر دارویی که مصرف می‌کنید دارویی مارک‌دار است، می‌توانید از ما درخواست کنید که داروی شما را با مبلغ تسهیم هزینه‌ای پوشش دهیم که به پایین‌ترین ردیفی مربوط می‌شود که حاوی جایگزین‌های داروی مارک‌دار برای درمان بیماری شما هستند.
- اگر دارویی که مصرف می‌کنید دارویی ژنریک است، می‌توانید از ما درخواست کنید که داروی شما را با مبلغ تسهیم هزینه‌ای پوشش دهیم که به پایین‌ترین ردیفی مربوط می‌شود که حاوی جایگزین‌های داروی مارک‌دار یا ژنریک برای درمان بیماری شما هستند.
- شما نمی‌توانید از ما بخواهید که ردیف سهم هزینه را برای دارویی در ردیف 5 تخصصی تغییر دهیم.
- اگر ما درخواست استثنای ردیفی شما را تأیید کنیم و بیش از یک ردیف تسهیم هزینه پایین‌تر با داروهای جایگزین وجود دارد که نمی‌توانید مصرف کنید، معمولاً کمترین مبلغ را پرداخت می‌کنید.

**بخش 7.3 نکات مهمی که باید هنگام درخواست اعمال استثنا از آنها مطلع باشید****پزشک شما باید درباره دلایل پزشکی آن به ما توضیح دهد**

پزشک شما یا سایر تجویزکنندگان باید بیانیه‌ای به ما بدهند که دلایل پزشکی چنین درخواستی برای استثناء قائل‌شدن را توضیح دهند. برای تصمیمگیری سریع‌تر، هنگامی که برای استثناء قائل‌شدن درخواست می‌دهید، این اطلاعات پزشکی را که از پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان دریافت می‌کنید پیوست کنید.

لیست داروی ما اغلب شامل بیش از یک دارو برای درمان یک بیماری خاص است. به این گزینه‌های متفاوت، داروهای جایگزین گفته می‌شود. اگر یک داروی جایگزین تأثیری دقیقاً مشابه دارویی را داشته باشد که شما درخواست کرده‌اید و عوارض جانبی بیشتر یا مشکلات سلامتی دیگری ایجاد نکند، ما معمولاً درخواست شما برای اعمال مورد استثنا را تأیید نمی‌کنیم. اگر از ما درخواست استثناء ردیف‌بندی کنید، ما معمولاً درخواست شما را تأیید نمی‌کنیم، مگر اینکه تمامی داروهای جایگزین در ردیف(های) تسهیم‌هزینه پایین‌تر برای شما مؤثر نباشند یا احتمالاً واکنش‌ها یا آسیب‌های دیگری را برای شما به‌دنبال داشته باشند.

**پاسخ ما به درخواست شما برای استثناء قائل‌شدن ممکن است مثبت باشد یا منفی**

- اگر درخواست شما برای استثنا را تأیید کنیم، تأییدیه ما معمولاً تا پایان سال طرح ما معتبر است. این پاسخ تا زمانی که پزشکتان آن دارو را برای شما تجویز کند و آن دارو همچنان ایمن و برای درمان شرایط شما مؤثر باشد به قوت باقی می‌ماند.
- اگر پاسخ ما به درخواست شما برای اعمال استثنا منفی باشد، می‌توانید با درخواست تجدیدنظر، بررسی مجدد تصمیمگیری را از ما بخواهید.

**بخش 7.4 نحوه درخواست تصمیمگیری در مورد پوشش‌دهی، از جمله قائل‌شدن استثنا****اصطلاحات حقوقی**

تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی تعیین‌تکلیف تسریع‌شده پوشش‌دهی نامیده می‌شود.

**مرحله 1: مشخص کنید که آیا به تصمیم پوشش استاندارد یا تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی نیاز دارید.**

**تصمیمگیری استاندارد درباره پوشش‌دهی** زمانی است که شما ظرف **72 ساعت** پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت کنید. **تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی** زمانی است که شما ظرف **24 ساعت** پس از اینکه ما بیانیه پزشک شما را دریافت کردیم، پاسخ را دریافت کنید.

**اگر به دلیل وضعیت سلامت شما این مورد الزامی است، از ما درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی داشته باشید. برای دریافت تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی، باید 2 شرط زیر را داشته باشید:**

- شما باید درخواست دارویی را داشته باشید که هنوز دریافت نکرده‌اید. (شما نمی‌توانید درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی برای بازپرداخت دارویی را که قبلاً خریداری کرده‌اید، داشته باشید.)
- استفاده از موعدهای زمانی استاندارد می‌تواند به سلامتی شما آسیب جدی وارد کند یا به توانایی عملکرد شما آسیب برساند.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر به ما بگوید که به دلیل وضعیت سلامت شما به "تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی" نیاز است، ما به صورت خودکار یک تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را انجام می‌دهیم.
  - اگر خودتان، بدون حمایت پزشکتان یا تجویزکننده درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را داشته باشید، ما تصمیم می‌گیریم که آیا وضعیت سلامت شما نیاز به استفاده از تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی دارد یا خیر. اگر تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را تأیید نکنیم، نامه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد که:
    - توضیح می‌دهد که ما از مهلت‌های استاندارد استفاده خواهیم کرد.
    - توضیح می‌دهد که اگر پزشک شما یا تجویزکننده دیگر درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را داشته باشد، ما به‌طور خودکار تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی را برای شما صادر خواهیم کرد.
    - به شما می‌گوید که چطور می‌توانید درباره تصمیم ما برای اتخاذ رویه استاندارد تصمیمگیری به‌جای تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی خدمات، یک "اعتراض سریع" مطرح کنید. ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت شکایت شما، به آن پاسخ خواهیم داد.
- مرحله 2: درخواست تصمیم پوشش استاندارد یا تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی کنید.**

- با تماس تلفنی، نامه نگاری یا فکس کردن به طرح ما، شروع کنید به درخواست از ما برای تأیید یا ارائه پوشش برای مراقبت‌های پزشکی مورد نظر خودتان. همچنین می‌توانید از طریق وبسایت ما به فرآیند تصمیمگیری پوشش دسترسی پیدا کنید. ما باید هرگونه درخواست کتبی را بپذیریم، از جمله درخواستی که در فرم درخواست تعیین پوشش *CMS Model* که در وبسایت ما [centralhealthplan.com](http://centralhealthplan.com) موجود است، ارسال شده است. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است. برای کمک به ما در پردازش درخواست شما، نام، اطلاعات تماس و اطلاعاتی را که نشان می‌دهد کدام ادعای رد شده مورد تجدیدنظر قرار گرفته است، ذکر کنید.
  - شما، پزشک، (یا تجویزکننده دیگر) یا نماینده شما می‌توانید این کار را انجام دهید. همچنین می‌توانید وکیل را برای اقدام به‌نماینده‌گی از شما استخدام کنید. بخش 4 این فصل نحوه ارائه اجازه کتبی به شخص دیگری برای نمایندگی شما را شرح می‌دهد.
  - اگر درخواست استثنا دارید، بیانیه پشتیبان را ارائه دهید، که دلایل پزشکی برای استثنا است. پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر می‌تواند بیانیه کتبی را برای ما فکس کرده یا از طریق پست ارسال کند. یا اینکه پزشک شما یا تجویزکننده‌ای دیگر می‌تواند از طریق تلفن به اطلاع ما برساند و سپس بیانیه کتبی را از طریق فکس یا نامه برای ما بفرستد.
- مرحله 3: ما به درخواست تجدیدنظر شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.**

**موعدای معین‌شده برای تصمیمگیری سریع درباره پوششدهی**

- ما ظرف 24 ساعت بعد از دریافت درخواست استیناف شما، پاسخ خواهیم داد.
    - برای استثنا، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه پشتیبان پزشکتان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، زودتر پاسخ خواهیم داد.
    - اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، ما باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا به تمام آنچه که درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید در مدت زمان 24 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشک یا تجویزکننده دیگر، پوششدهی مورد توافق را ارائه کنیم.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن را بیان می‌کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.
- موعدای معین‌شده برای تصمیمگیری استاندارد درباره پوششدهی هزینه دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید**
- ما ظرف 72 ساعت تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خواهیم داد.
    - برای استثنا، ما ظرف 72 ساعت پس از دریافت بیانیه پشتیبان پزشکتان پاسخ‌مان را به شما می‌دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، زودتر پاسخ خواهیم داد.
    - اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، ما باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا به تمام آنچه که درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید در مدت زمان 72 ساعت بعد از دریافت درخواست شما یا بیانیه پشتیبان پزشک یا تجویزکننده دیگر، پوششدهی مورد توافق را ارائه کنیم.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن را بیان می‌کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.
  - **موعداهای مقرر برای تصمیم‌گیری استاندارد درباره پوششدهی برای هزینه دارویی که قبلاً آن را خریداری کرده‌اید**
  - ما باید در مدت زمان **14 روز تقویمی** بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
    - اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، ما باید درخواست شما را، برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل، به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، باید در مدت زمان **14 روز تقویمی** پس از دریافت درخواست شما هزینه را پرداخت کنیم.
  - اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن را بیان می‌کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.
- مرحله 4: اگر به درخواست‌تان برای پوشش قابل‌شدن پاسخ منفی بدهیم، می‌توانید درخواست تجدیدنظر کنید.**
- اگر پاسخ ما منفی باشد، شما حق دارید با یک درخواست تجدیدنظر از ما بخواهید که این تصمیم را تغییر دهیم. این به معنای درخواست مجدد برای دریافت پوشش دارویی مورد نظر شماست. اگر درخواست تجدیدنظر کنید، به این معنی است که به سطح 1 از مراحل استیناف خواهید رفت.

**بخش 7.5 نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 1****اصطلاحات حقوقی**

درخواست تجدیدنظر برای طرح ما درباره تصمیم پوشش دارویی قسمت D، «تعیین مجدد طرح» نامیده می‌شود. درخواست تجدیدنظر سریع همچنین «تعیین مجدد تسریع شده» نامیده می‌شود.

- مرحله 1: تصمیم بگیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر استاندارد یا تجدیدنظر سریع نیاز دارید.**
- درخواست تجدیدنظر استاندارد معمولاً ظرف 7 روز تقویمی انجام می‌شود. درخواست تجدیدنظر سریع معمولاً ظرف 72 ساعت انجام می‌شود. اگر بر اساس شرایط سلامت‌تان لازم است، می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید.**
- اگر شما برای تصمیم ما در رابطه با دارویی که هنوز آن را دریافت نکرده‌اید درخواست تجدیدنظر کنید، شما و پزشکتان یا یک تجویزکننده دیگر باید تصمیم بگیرید که آیا به درخواست تجدیدنظر سریع نیاز است یا خیر.
  - شرایط لازم برای دریافت درخواست تجدیدنظر سریع مشابه شرایط تصمیم‌گیری سریع درباره پوششدهی است که در بخش 7.4 این فصل توضیح داده شد.

**مرحله 2: شما، نماینده شما، پزشک یا سایر تجویزکنندگان باید با ما تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ارائه دهید. اگر شرایط سلامت شما نیاز به یک تجدیدنظر سریع داشته باشد، باید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید.**

- برای درخواست‌های تجدیدنظر استاندارد، یک درخواست کتبی ارسال کنید. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.
- برای درخواست‌های تجدیدنظر سریع، درخواست تجدیدنظر خود را به صورت کتبی ارسال کنید یا با شماره **(866) 314-2427** با ما تماس بگیرید. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.
- ما باید هرگونه درخواست کتبی را بپذیریم، از جمله درخواستی که در فرم درخواست تعیین مجدد *CMS Model* که در وبسایت ما [MolinaHealthcare.com/Medicare](http://MolinaHealthcare.com/Medicare) موجود است، ارسال شده است. برای کمک به ما در پردازش درخواست‌تان، نام، اطلاعات تماس و اطلاعات مربوط به ادعای خود را ذکر کنید.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- شما باید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف 65 روز تقویمی از تاریخ اطلاعیه کتبی که برای اعلام پاسخ خود در مورد تصمیم پوشش برایتان ارسال کرده‌ایم، ارائه دهید. اگر این موعد مقرر را از دست بدهید و دلیل موجهی برای این امر دارید، دلیل تأخیر در درخواست تجدیدنظر خود را در هنگام درخواست تجدیدنظر توضیح دهید. ممکن است زمان بیشتری برای ارائه درخواست تجدیدنظر به شما بدهیم. نمونه‌هایی از دلایل موجه می‌تواند شامل بیماری جدی باشد که مانع از تماس شما با ما شده است یا چنانچه اطلاعات نادرست یا ناقصی در مورد مهلت درخواست تجدیدنظر به شما ارائه داده باشیم.
- شما می‌توانید یک کپی از اطلاعات موجود در درخواست تجدیدنظر خود را درخواست کنید و اطلاعات بیشتری اضافه کنید. شما و پزشکتان هم می‌توانید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به درخواست تجدیدنظرتان به ما ارائه دهید.

**مرحله 3: ما به درخواست تجدیدنظرتان رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.**

- هنگام بررسی درخواست تجدیدنظر شما، بار دیگر تمام اطلاعات مربوط به درخواست پوشش شما را با دقت بررسی می‌کنیم. بررسی می‌کنیم که آیا هنگام پاسخ منفی به درخواست شما، تمام قوانین را رعایت کرده‌ایم یا خیر.
- ممکن است با شما یا پزشکتان یا تجویزکننده دیگر تماس بگیریم تا اطلاعات بیشتری دریافت کنیم.

**مهلت‌های درخواست تجدیدنظر سریع**

- برای درخواست‌های تجدیدنظر سریع، باید ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم. اگر وضعیت سلامتی شما ایجاب کند، زودتر پاسخ خواهیم داد.
  - اگر ظرف 72 ساعت به شما پاسخ ندهیم، ما باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم. در بخش 7.6 مراحل استیناف سطح 2 توضیح داده شده است.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه شما درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید پوششی را که با آن موافقت کرده‌ایم ظرف 72 ساعت پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن و همچنین نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر را بیان می‌کنیم.

**مهلت‌های تصمیمگیری استاندارد در خصوص دارویی که هنوز دریافت نکرده‌اید**

- برای درخواست سریع ما ظرف 7 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خواهیم داد. اگر دارو را هنوز دریافت نکرده‌اید و وضعیت سلامتی شما ایجاب می‌کند، تصمیم خود را زودتر به شما می‌دهیم.
  - اگر ظرف 7 روز تقویمی به شما تصمیمی ارائه ندهیم، ما باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم. در بخش 7.6 مراحل استیناف سطح 2 توضیح داده شده است.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام آنچه شما درخواست کرده‌اید مثبت باشد، باید پوشش را ظرف 7 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر شما ارائه کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن و همچنین نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر را بیان می‌کنیم.
- ما باید در مدت زمان 14 روز تقویمی بعد از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، پاسخ خود را به شما ارائه دهیم.
  - اگر این موعد زمانی را رعایت نکنیم، ما باید درخواست شما را برای بررسی توسط یک سازمان بررسی مستقل به سطح 2 مراحل استیناف ارسال کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما مثبت باشد، باید در مدت زمان 30 روز تقویمی پس از دریافت درخواست شما هزینه را پرداخت کنیم.
- اگر پاسخ ما به بخشی یا تمام درخواست شما منفی باشد، یک بیانیه کتبی برای شما ارسال می‌کنیم و در آن دلیل منفی بودن را بیان می‌کنیم. همچنین توضیح خواهیم داد که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

**مرحله 4: اگر به تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهیم، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید مراحل استیناف را ادامه دهید و درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید.**

- اگر تصمیم به ارائه درخواست تجدیدنظر دیگری بگیرید، به این معنی است که تجدیدنظر شما به سطح 2 مراحل استیناف می‌رود.

## بخش 7.6 نحوه درخواست تجدیدنظر مرحله 2

## اصطلاحات حقوقی

نام رسمی سازمان بررسی مستقل **Independent Review Entity** است. گاهی اوقات **IRE** نامیده می‌شود.

**سازمان بررسی مستقل**، سازمانی مستقل است که توسط **Medicare** استخدام شده است. این سازمان با ما در ارتباط نیست و یک سازمان دولتی نیست. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تصمیمی که گرفته‌ایم صحیح است یا باید تغییر کند. طرح Medicare بر کار این سازمان نظارت دارد.

**مرحله 1: شما (یا نماینده شما، یا پزشک یا تجویزکننده دیگر) باید با سازمان بررسی مستقل تماس گرفته و درخواست بررسی پرونده‌تان را داشته باشید.**

- اگر به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی بدهیم، طی یک اطلاعیه کتبی دستورالعمل‌های نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 2 نزد سازمان بررسی مستقل را به شما توضیح می‌دهیم. دستورالعمل‌ها به شما می‌گویند که چه کسی می‌تواند درخواست تجدیدنظر سطح 2 را انجام دهد، از چه موعدهایی باید پیروی کنید و چگونه به سازمان بررسی مستقل دسترسی پیدا کنید.
- شما باید درخواست تجدیدنظر خود را ظرف مدت **65 روز** تقویمی از تاریخ موجود در اطلاعیه کتبی بدهید.
- اگر بررسی خود را در بازه زمانی مربوطه تکمیل نکرده باشیم یا در مورد تشخیص در معرض خطر تحت برنامه مدیریت داروی خود تصمیم نامطلوبی نگرفته باشیم، درخواست شما را به طور خودکار به نهاد بررسی مستقل ارسال خواهیم کرد.
- ما اطلاعات مربوط به تجدیدنظر شما را برای سازمان بررسی مستقل ارسال خواهیم کرد. این اطلاعات، مدارک پرونده نامیده می‌شوند. شما حق دارید از ما بخواهید یک کپی از مدارک پرونده را به شما بدهیم.
- شما حق دارید اطلاعات بیشتری را جهت کمک به موفقیت درخواست تجدیدنظرتان به سازمان بررسی مستقل ارائه دهید.

**مرحله 2: سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظرتان را بررسی می‌کند.**

مسئولین بررسی در سازمان بررسی مستقل به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست تجدیدنظر شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

**مهلت‌های درخواست تجدیدنظر سریع**

- اگر وضعیت سلامتی‌تان ایجاب کند، می‌توانید از سازمان بررسی مستقل درخواست تجدیدنظر سریع داشته باشید.
- اگر سازمان بررسی مستقل با ارائه "درخواست تجدیدنظر سریع" به شما موافقت کند، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **72 ساعت** پس از دریافت درخواست، به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد.

**مهلت‌های درخواست تجدیدنظر استاندارد**

- برای تجدیدنظرهای استاندارد، سازمان بررسی مستقل باید ظرف **7 روز تقویمی** پس از دریافت تجدیدنظر شما، در صورتی که مربوط به دارویی باشد که هنوز دریافت نکرده‌اید، به تجدیدنظر سطح 2 شما پاسخ دهد. اگر از ما درخواست بازپرداخت هزینه دارویی را دارید که قبلاً خریداری کرده‌اید، سازمان بررسی مستقل باید به درخواست تجدیدنظر مرحله 2 شما ظرف **14 روز تقویمی** از تاریخ دریافت درخواست شما پاسخ دهد.

**مرحله 3: سازمان بررسی مستقل پاسخ خود را به شما می‌دهد.**

**برای یک درخواست تجدیدنظر سریع:**

- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام آنچه شما درخواست کرده‌اید، پاسخ مثبت دهد، ما باید پوشش دارویی را که توسط سازمان بررسی مستقل تأیید شده است، ظرف **24 ساعت** پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل، ارائه دهیم.

**برای درخواست تجدیدنظر استاندارد:**

- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای پوشش، پاسخ مثبت دهد، ما باید پوشش دارویی را که توسط سازمان بررسی مستقل تأیید شده است، ظرف **72 ساعت** پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل، ارائه دهیم.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا تمام درخواست شما برای بازپرداخت هزینه دارویی که قبلاً خریداری کرده‌اید، پاسخ مثبت دهد، ما موظفیم پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل، ظرف 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم از سازمان بررسی مستقل وجه را برای شما ارسال کنیم.

**اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، چه می‌شود؟**

اگر سازمان بررسی مستقل به بخشی یا کل درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، این یعنی آنها با تصمیم ما مبنی بر عدم تأیید درخواست شما (یا بخشی از درخواست شما) موافق هستند. (به این حالت حمایت از تصمیم گفته می‌شود. همچنین به آن لغو درخواست بررسی گفته می‌شود. در این صورت، سازمان بررسی مستقل نامه‌ای برای شما ارسال خواهد کرد که:

- تصمیم را توضیح می‌دهد.
- در صورتی که ارزش دلاری پوشش دارویی مورد درخواست شما به حداقل مشخصی برسد، به شما اطلاع می‌دهد که حق درخواست تجدیدنظر سطح 3 را دارید. اگر ارزش دلاری پوشش دارویی مورد درخواست شما خیلی پایین باشد، نمی‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری بدهید و تصمیم در سطح 2 قطعی است.
- ارزش دلاری مورد اختلاف برای ادامه مراحل استیناف را به شما می‌گوید.

**مرحله 4: اگر پرونده‌تان شرایط لازم را داشته باشد، تصمیمگیری درباره ادامه درخواست تجدیدنظران در سطوح بالاتر به عهده شماست.**

- مراحل استیناف 3 سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد (برای مجموعاً 5 سطح درخواست تجدیدنظر).
- اگر می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر سطح 3 بروید، جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از تصمیم در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید شرح داده شده است.
- درخواست تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری رسیدگی می‌شود. بخش 10 مراحل استیناف سطح 3، 4 و 5 را توضیح می‌دهد.

**بخش 8 نحوه درخواست از ما برای پوشش‌دهی بستری طولانی‌تر در بیمارستان اگر احساس می‌کنید خیلی زودتر از موعد مناسب مرخص می‌شوید**

هنگامی که در بیمارستان بستری می‌شوید از این حق برخوردار هستید تا تمام خدمات بیمارستانی تحت پوشش که برای تشخیص بیماری و درمان بیماری یا جراحی شما لازم است را دریافت کنید.

در طول مدت بستری در بیمارستان که تحت پوشش است، پزشک شما و پرسنل بیمارستان با شما همکاری می‌کنند تا برای روز ترخیص از بیمارستان آماده شوید. آنها کمک می‌کنند برای ارائه خدمات مراقبتی مورد نیازتان پس از ترخیص برنامه‌ریزی شود.

- روزی که از بیمارستان خارج می‌شوید تاریخ ترخیص شما نامیده می‌شود.
- وقتی تاریخ ترخیص شما تعیین شد، پزشک یا کارکنان بیمارستان به شما اطلاع خواهند داد.
- اگر فکر می‌کنید که از شما خواسته شده است بسیار زود بیمارستان را ترک کنید، می‌توانید درخواست کنید که مدت بیشتری در آنجا بمانید.

**بخش 8.1 در طول مدت بستری در بیمارستان، یک اطلاعیه کتبی از Medicare دریافت خواهید کرد که در مورد حقوق شما توضیح می‌دهد.**

ظرف 2 روز تقویمی پس از پذیرش در بیمارستان، یک اطلاعیه کتبی با عنوان پیام مهم Medicare در مورد حقوق شما به شما داده خواهد شد. هر فردی که تحت پوشش بیمه درمانی Medicare است، یک نسخه از این اطلاعیه را دریافت می‌کند. اگر اطلاعیه را از کسی در بیمارستان (مثلاً مددکار یا پرستار) دریافت نکردید، از هر یک از کارمندان بیمارستان آن را بخواهید. ساگر به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 (کاربران TTY) با شماره 711 تماس بگیرید (یا (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید). (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند).

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

1. این اطلاعیه را به دقت مطالعه کنید و اگر موردی را متوجه نمی شوید، سؤال بپرسید. این لیست اطلاعات زیر را در اختیارتان قرار می‌دهد:
  - حق شما برای دریافت خدمات تحت پوشش بیمه درمانی Medicare در طول و بعد از بستری در بیمارستان، طبق دستور پزشک. این حق عبارتست از دریافت اطلاعات لازم درباره اینکه چه خدماتی را دریافت می‌کنید، چه کسی هزینه آنها را می‌پردازد، و از کجا می‌توانید آنها را دریافت کنید.
  - حق شما برای مشارکت در هرگونه تصمیم‌گیری در مورد بستری شما در بیمارستان.
  - نگرانی‌هایتان درباره کیفیت مراقبت‌های بیمارستانی که دریافت کردید را به کجا گزارش دهید.
  - حق شما برای درخواست بررسی فوری تصمیم ترخیص شما در صورتی که فکر می‌کنید خیلی زود از بیمارستان مرخص می‌شوید. این یک روش رسمی و قانونی برای درخواست عقب افتادن تاریخ ترخیص شماست، بنابراین ما مراقبت‌های بیمارستانی شما را برای مدت طولانی‌تری پوشش خواهیم داد.
2. از شما خواسته می‌شود اطلاعیه کتبی را امضا کنید تا نشان بدهید اطلاعیه را دریافت کرده‌اید و از حقوق‌تان آگاهی کامل دارید.
  - از شما یا فردی به نمایندگی از شما خواسته می‌شود اطلاعیه را امضا کنید.
  - امضا کردن اطلاعیه صرفاً نشان‌دهنده این است که اطلاعات لازم درباره حقوق‌تان را دریافت کرده‌اید. تاریخ ترخیص شما در این اطلاعیه ذکر نشده است. امضا کردن اطلاعیه به این معنی نیست که شما با تاریخ ترخیص موافقت می‌کنید.
3. یک نسخه از اطلاعیه را نگه دارید تا در صورت نیاز، اطلاعات لازم برای درخواست تجدیدنظر (یا گزارش نگرانی در مورد کیفیت مراقبت) را داشته باشید.
  - اگر اطلاعیه را زودتر از 2 روز تقویمی قبل از تاریخ ترخیص امضا کنید، قبل از اینکه ترخیص شوید یک کپی دیگر از آن را دریافت می‌کنید.
  - برای مشاهده نسخه‌ای از این اطلاعیه از قبل، با خدمات اعضا از طریق 314-2427 (866) (کاربران TTY با 711 تماس بگیرند) یا 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید این اطلاعیه را به صورت آنلاین از طریق [www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im) دریافت کنید.

**بخش 8.2 نحوه ارائه درخواست بررسی سطح 1 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان**

برای درخواست پوشش خدمات بستری بیمارستانی شما برای مدت طولانی‌تر، از مراحل استیناف برای ارائه این درخواست استفاده کنید. پیش از شروع ارائه درخواست، باید متوجه شوید که چه نیازی دارید و مهلت‌ها کدام هستند.

- مراحل را طی کنید
- از مهلت‌های تعیین‌شده پیروی کنید
- در صورت نیاز، درخواست کمک کنید. اگر سؤالی دارید یا راهنمایی می‌خواهید، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند). یا برای دریافت کمک شخصی با برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP) خود تماس بگیرید. شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging شهرستان Ventura: 805) 477-7310. اطلاعات تماس SHIP در فصل 2، بخش 3 موجود است.

در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1، سازمان بهبود کیفیت، درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. بررسی می‌کند که آیا تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی‌شده شما از نظر پزشکی برای شما مناسب است یا خیر. سازمان بهبود کیفیت، گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت است که توسط دولت فدرال برای بررسی و کمک به بهبود کیفیت مراقبت از افراد تحت پوشش Medicare، حقوق دریافت می‌کنند. این شامل بررسی تاریخ‌های ترخیص از بیمارستان برای افراد تحت پوشش Medicare می‌شود. این متخصصان بخشی از طرح ما نیستند.

**مرحله 1:** با سازمان بهبود کیفیت ایالت خود تماس بگیرید و درخواست بررسی فوری ترخیص از بیمارستان خود را داشته باشید. شما باید سریع اقدام کنید.

چگونه می‌توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- اطلاعیه کتبی که دریافت کرده‌اید (پیامی مهم از Medicare درباره حقوق شما) به شما می‌گوید که چگونه با این سازمان تماس بگیرید. (یا نام، آدرس و شماره تلفن «سازمان بهبود کیفیت» ایالت خود را در فصل 2 پیدا کنید.)

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****سریع اقدام کنید:**

- برای درخواست تجدیدنظر، باید قبل از ترک بیمارستان و حداکثر تا نیمه شب روز ترخیص خود با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید.
  - اگر قبل از ترخیص تماس بگیرید، می‌توانید بعد از تاریخ ترخیص در نظر گرفته شده بدون پرداخت هزینه همچنان در بیمارستان بمانید و منتظر تصمیمگیری مربوطه از طرف سازمان بهبود کیفیت باشید.
  - اگر مهلت را از دست دادید، با ما تماس بگیرید. اگر تصمیم بگیرید که بعد از تاریخ ترخیص همچنان در بیمارستان بمانید، ممکن است لازم باشد که تمام هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی دریافت شده بعد از تاریخ ترخیص تعیین شده را خودتان پرداخت کنید.
- به محض اینکه درخواست بررسی فوری ترخیص خود از بیمارستان را بدهید، سازمان بهبود کیفیت با ما تماس خواهد گرفت. تا ظهر روز بعد از تماس با ما، یک اطلاعیه دقیق ترخیص به شما ارائه خواهیم داد. این اطلاعیه تاریخ ترخیص برنامه‌ریزی شده شما را مشخص می‌کند و دلایلی را که پزشک، بیمارستان و ما فکر می‌کنیم ترخیص شما در آن تاریخ درست (از نظر پزشکی مناسب) است، به تفصیل توضیح می‌دهد.
- شما می‌توانید با تماس با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید) یا 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) نمونه‌ای از اطلاعیه دقیق ترخیص را دریافت کنید. (کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرید). یا می‌توانید نمونه‌ای از اطلاعیه را به صورت آنلاین از طریق [www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im](http://www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im) دریافت کنید.

**مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقلی از پرونده شما انجام می‌دهد.**

- متخصصان سلامت در سازمان بهبود کیفیت (کارشناسان بررسی) از شما (یا نماینده شما) سؤال می‌کنند که چرا فکر می‌کنید پوششدهی باید ادامه یابد. لازم نیست چیزی را به صورت کتبی آماده کنید، اما در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- کارشناسان بررسی به سوابق پزشکی شما نیز مراجعه می‌کنند، با پزشک شما صحبت می‌کنند و اطلاعاتی که بیمارستان و طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا ظهر روز بعد از زمانی که کارشناسان بررسی درباره درخواست بررسی شما به ما اطلاع دهند، اطلاعیه کتبی دریافت می‌کنید که تاریخ ترخیص تعیین شده در آن مشخص شده است. این نامه دلایلی را توضیح می‌دهد که چرا پزشک شما، بیمارستان و ما معتقدیم که مرخص شدن شما در تاریخ مقرر تصمیم درستی (از نظر پزشکی) است.

**مرحله 3: ظرف یک روز کامل پس از دریافت تمامی اطلاعات مورد نیاز، سازمان بهبود کیفیت پاسخ خود به درخواست تجدیدنظرتان را ارائه می‌دهد.****اگر پاسخ مثبت باشد چه اتفاقی می‌افتد؟**

- اگر سازمان بررسی مستقل، پاسخ مثبت بدهد، ما باید تا زمانی که این خدمات از نظر پزشکی ضروری باشند، به ارائه خدمات بستری در بیمارستان تحت پوشش برای شما ادامه دهیم.
- شما باید سهم خود از هزینه‌ها (مانند فرانشیز یا پرداخت مشترک، در صورت وجود) را پرداخت کنید. علاوه بر این، ممکن است محدودیت‌هایی در مورد خدمات بیمارستانی تحت پوشش به شما وجود داشته باشد.

**اگر پاسخ منفی باشد چه اتفاقی می‌افتد؟**

- اگر سازمان بررسی مستقل پاسخ منفی داشته باشد، منظورشان این است که تاریخ ترخیص تعیین شده از نظر پزشکی مناسبی است. در صورتیکه چنین اتفاقی بیفتد، پوشش ما برای خدمات بستری در بیمارستان شما ظهر روز بعد از ارائه پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر شما پایان می‌یابد.
- اگر سازمان بررسی مستقل به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد و شما تصمیم بگیرید که در بیمارستان بمانید، ممکن است مجبور شوید هزینه کامل مراقبت‌های بیمارستانی را بپردازید که بعد از ظهر روز بعد از پاسخ سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظرتان دریافت می‌کنید.

**مرحله 4: اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما منفی باشد، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید یا خیر.**

- اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست شما را رد کند و شما پس از تاریخ ترخیص تعیین شده همچنان در بیمارستان بمانید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر دیگری داشته باشید. ارائه درخواست تجدیدنظر دیگر به این معنی است که شما به سطح 2 مراحل استیناف خواهید رفت.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****بخش 8.3 نحوه ارائه درخواست بررسی سطح 2 برای تغییر تاریخ ترخیص شما از بیمارستان**

طی درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که درباره تصمیمی که در خصوص درخواست تجدیدنظر اول شما گرفتند تجدیدنظر کنند. اگر سازمان بررسی کیفیت درخواست تجدیدنظر سطح 2 شما را رد کند، ممکن است لازم باشد هزینه کامل بستری شدن در بیمارستان پس از تاریخ ترخیص تعیین شده را پرداخت کنید.

**مرحله 1: دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و درخواست یک بررسی دیگر را داشته باشید.**

- درخواست را باید ظرف **60 روز تقویمی** پس از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است ارائه دهید. تنها در صورتی می‌توانید این بازبینی را درخواست کنید که پس از تاریخ پایان پوشش خدمات درمانی در بیمارستان بمانید.

**مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مجددی از پرونده شما انجام می‌دهد.**

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت مجدداً و به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست بررسی شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

**مرحله 3: ظرف 14 روز تقویمی پس از دریافت درخواست تجدیدنظر مرحله 2، بررسی‌کنندگان در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم‌گیری کرده و تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنند.****اگر سازمان بررسی مستقل پاسخ مثبت بدهد:**

- ما باید سهم خود از هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی را که از ظهر روز بعد از تاریخ رد درخواست تجدیدنظر اول شما توسط سازمان بهبود کیفیت دریافت کرده‌اید، به شما بازپرداخت کنیم. تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم باشد ما باید همچنان پوشش‌دهی خدمات را در مورد مراقبت‌های بستری در بیمارستان ادامه دهیم.
- شما باید به پرداخت سهم خود از هزینه‌ها ادامه دهید و ممکن است محدودیت‌های پوشش اعمال شود.

**اگر سازمان بررسی مستقل پاسخ منفی بدهد:**

- این به این معناست که آن‌ها با تصمیمی که در مورد تجدیدنظر سطح 1 گرفته شده‌اند، موافقت می‌کنند.
- در نامه‌ای که دریافت می‌کنید به صورت کتبی گفته شده است که اگر می‌خواهید به مراحل درخواست بررسی ادامه دهید، باید چه کارهایی انجام دهید.

**مرحله 4: اگر پاسخ منفی باشد، باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید با رفتن به مرحله 3، درخواست تجدیدنظر خود را ادامه دهید یا خیر.**

- مراحل استیناف 3 سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد (برای مجموعاً 5 سطح درخواست تجدیدنظر). اگر می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر سطح 3 بروید، جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از تصمیم در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید شرح داده شده است.
- درخواست تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری رسیدگی می‌شود. بخش 10 این فصل اطلاعات بیشتری در مورد سطوح 3، 4 و 5 مراحل استیناف ارائه می‌دهد.

**بخش 9 نحوه درخواست از ما برای ادامه پوشش برخی از خدمات پزشکی در صورتی که فکر می‌کنید پوشش بیمه‌ای شما خیلی زود پایان یافته است**

هنگامی که از مراقبت درمانی در خانه، مراقبت تخصصی پرستاری یا مراقبت توانبخشی (مرکز جامع توانبخشی سرپایی) تحت پوشش استفاده می‌کنید، حق دارید تا زمانی که این مراقبت برای تشخیص و درمان بیماری یا آسیب شما لازم است، به دریافت خدمات خود برای آن نوع مراقبت ادامه دهید.

هنگامی که تصمیم می‌گیریم زمان توقف پوشش هر یک از این 3 نوع مراقبت برای شما فرا رسیده است، موظفیم از قبل به شما اطلاع دهیم. هنگامی که پوشش بیمه‌ای شما برای آن مراقبت به پایان می‌رسد، پرداخت سهم خود را برای مراقبت شما متوقف خواهیم کرد.

اگر فکر می‌کنید که ما پوشش‌دهی را بسیار زود تمام کرده‌ایم، می‌توانید درخواست دهید درباره تصمیم‌مان تجدیدنظر کنیم. در این قسمت به شما گفته می‌شود که چطور می‌توانید درخواست تجدیدنظر داشته باشید.

## بخش 9.1 پیش از اینکه پوششدهی خدمات را تمام کنیم، از پیش به شما اطلاع خواهیم داد.

### اصطلاح حقوقی:

اطلاعیه عدم پوشش بیمه‌ای Medicare. این بخش به شما می‌گوید که چگونه می‌توانید درخواست تجدیدنظر سریع بدهید. درخواست تجدیدنظر سریع، روشی رسمی و قانونی برای درخواست تغییر در تصمیمگیری درباره پوششدهی ما در مورد زمان توقف مراقبت شما است.

1. شما حداقل چند روز تقویمی قبل از اینکه طرح ما پوشش مراقبت شما را متوقف کند، یک اخطار کتبی دریافت خواهید کرد. مواردی که در این اطلاعیه آمده است:
  - تاریخی که ما پوشش مراقبت شما را متوقف خواهیم کرد.
  - نحوه درخواست تجدیدنظر سریع برای درخواست ادامه پوشش خدمات مراقبتی شما برای مدت طولانی‌تر.
2. از شما یا کسی که از طرف شما اقدام می‌کند، خواسته می‌شود که اطلاعیه کتبی را امضا کنید تا نشان دهد که آن را دریافت کرده‌اید. امضای این اطلاعیه فقط نشان می‌دهد که شما اطلاعات مربوط به زمان توقف پوشش خود را دریافت کرده‌اید. امضای آن به این معنی نیست که شما با تصمیم طرح ما برای توقف خدمات مراقبتی موافق هستید.

## بخش 9.2 نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 1 از طرح ما برای پوششدهی خدمات مراقبتی برای مدت زمان بیشتر

اگر می‌خواهید از ما درخواست کنید که خدمات مراقبتی شما را برای مدت طولانی‌تری پوشش دهیم، باید از مراحل استیناف برای ارائه این درخواست استفاده کنید. پیش از شروع ارائه درخواست، باید متوجه شوید که چه نیازی دارید و مهلت‌ها کدام هستند.

- مراحل را طی کنید
  - از مهلت‌های تعیین‌شده پیروی کنید
  - در صورت نیاز، درخواست کمک کنید. اگر سؤالی دارید یا راهنمایی می‌خواهید، با خدمات اعضا به شماره (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با شماره 711 تماس می‌گیرند). یا برای دریافت کمک شخصی با برنامه State Health Insurance Assistance (SHIP) خود تماس بگیرید.
- شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging  
 (805) 477-7310. اطلاعات تماس SHIP در فصل 2، بخش 3 موجود است.

در طول درخواست تجدیدنظر سطح 1، سازمان بهبود کیفیت، درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند. این سازمان تصمیم می‌گیرد که آیا تاریخ پایان مراقبت شما از نظر پزشکی مناسب است یا خیر. سازمان بهبود کیفیت، گروهی از پزشکان و سایر متخصصان مراقبت‌های سلامت است که توسط دولت فدرال برای بررسی و کمک به بهبود کیفیت مراقبت از افراد تحت پوشش Medicare، حقوق دریافت می‌کنند. این شامل بررسی تصمیمات طرح در مورد زمان توقف پوشش انواع خاصی از مراقبت‌های پزشکی است. این متخصصان بخشی از طرح ما نیستند.

**مرحله 1: درخواست تجدیدنظر سطح 1 خود را ارائه دهید: با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و درخواست تجدیدنظر پیگیری سریع کنید. شما باید سریع اقدام کنید.**

چگونه می‌توانید با این سازمان تماس بگیرید؟

- اطلاعیه کتبی که دریافت کرده‌اید (اطلاعیه عدم پوشش Medicare) به شما می‌گوید که چگونه با این سازمان تماس بگیرید. (یا نام، آدرس و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالت خود را در فصل 2 پیدا کنید).

سریع اقدام کنید:

- شما باید تا ظهر روز قبل از تاریخ لازم‌الاجرا شدن اطلاعیه عدم پوشش Medicare، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید تا درخواست تجدیدنظر خود را آغاز کنید.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- اگر مهلت را از دست دادید و می‌خواهید درخواست تجدیدنظر دهید، همچنان از حقوق تجدیدنظر برخوردار هستید. با استفاده از اطلاعات تماس موجود در اطلاعیه عدم پوشش Medicare، با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید. نام، آدرس و شماره تلفن سازمان بهبود کیفیت ایالت شما نیز در فصل 2 موجود است.

**مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مستقلی از پرونده شما انجام می‌دهد.**

**اصطلاح حقوقی:**

توضیح مفصل عدم پوشش. اطلاعیه‌ای که جزئیات دلایل پایان پوشش را ارائه می‌دهد.

**طی بررسی چه اتفاقی رخ می‌دهد؟**

- متخصصان سلامت در سازمان بهبود کیفیت (کارشناسان بررسی) از شما یا نماینده شما می‌پرسند که چرا معتقدید پوشش خدمات باید ادامه یابد. لازم نیست چیزی را به صورت کتبی آماده کنید، اما در صورت تمایل می‌توانید این کار را انجام دهید.
- سازمان بررسی مستقل نیز به سوابق پزشکی شما مراجعه می‌کند، با پزشک صحبت کرده و اطلاعاتی که طرح ما در اختیارشان قرار داده است را مورد بررسی قرار می‌دهند.
- تا پایان روزی که کارشناسان بررسی درخواست تجدیدنظر شما را به ما اطلاع می‌دهند، شما توضیح مفصل عدم پوشش را از ما دریافت خواهید کرد که دلایل ما برای پایان پوشش خدمات شما را به تفصیل توضیح می‌دهد.

**مرحله 3: بعد از یک روز کامل که مسئولین بررسی تمام اطلاعات مورد نیاز را در اختیار داشتند، تصمیم‌شان را به شما اطلاع خواهند داد.**

**اگر مسئولین بررسی پاسخ مثبت بدهند چه اتفاقی می‌افتد؟**

- اگر نظر مسئولین بررسی نسبت به درخواست بررسی شما مثبت باشد، ما باید همچنان خدمات تحت پوشش را تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد در اختیار شما قرار دهیم.
- شما باید سهم خود از هزینه‌ها (مانند فرانشیز یا پرداخت مشترک، در صورت وجود) را پرداخت کنید. ممکن است محدودیت‌هایی در خدمات تحت پوشش شما وجود داشته باشد.

**اگر مسئولین بررسی پاسخ منفی بدهند چه اتفاقی می‌افتد؟**

- اگر پاسخ مسئولین بررسی به درخواست بررسی شما منفی باشد، پوشش شما در تاریخی که ما گفته‌ایم تمام می‌شود.
- اگر تصمیم بگیرید که همچنان بعد از این تاریخ پایان پوشش‌دهی، از خدمات مراقبت درمانی در خانه یا خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی یا خدمات مرکز توانبخشی سرپایی جامع (CORF) استفاده کنید، لازم است که هزینه کامل این خدمات درمانی را شخصاً خودتان پرداخت کنید.

**مرحله 4: اگر پاسخ به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما منفی باشد، شما تصمیم می‌گیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر دیگری ارائه دهید یا خیر.**

- اگر سازمان بهبود کیفیت به درخواست بررسی سطح 1 شما پاسخ منفی بدهد و شما بخواهید بعد از پایان دوره پوشش مراقبت همچنان از خدمات بهره‌مند شوید، می‌توانید درخواست بررسی مرحله 2 را ارائه دهید.

### بخش 9.3 نحوه ارائه درخواست تجدیدنظر سطح 2 از طرح ما برای پوشش‌دهی خدمات مراقبتی برای مدت زمان بیشتر

طی درخواست تجدیدنظر سطح 2، از سازمان بهبود کیفیت می‌خواهید که درباره تصمیمی که در خصوص درخواست تجدیدنظر اول شما گرفتند تجدیدنظر کنند. اگر سازمان بهبود کیفیت درخواست‌های تجدیدنظر مرحله 2 شما را رد کند، ممکن است لازم باشد که خودتان هزینه کامل خدمات مراقبت درمانی در خانه، یا خدمات درمانی مرکز نگهداری تخصصی یا خدمات «مرکز توانبخشی سرپایی جامع» (CORF) را پس از تاریخ اتمام پوشش‌دهی‌تان از طرف ما، پرداخت کنید.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****مرحله 1: دوباره با سازمان بهبود کیفیت تماس بگیرید و درخواست یک بررسی دیگر را داشته باشید.**

- درخواست برای این بررسی را باید **ظرف 60 روز تقویمی** پس از تاریخی که سازمان بهبود کیفیت به درخواست تجدیدنظر سطح 1 شما پاسخ منفی داده است ارائه دهید. تنها در صورتی می‌توانید درخواست این بررسی را داشته باشید که همچنان پس از تاریخ پایان خدمات درمانی، خدمات را دریافت کنید.

**مرحله 2: سازمان بهبود کیفیت، بررسی مجددی از پرونده شما انجام می‌دهد.**

- مسئولین بررسی در سازمان بهبود کیفیت مجدداً و به دقت اطلاعات مرتبط با درخواست بررسی شما را مورد بررسی قرار می‌دهند.

**مرحله 3: ظرف 14 روز تقویمی از دریافت درخواست تجدیدنظر شما، بررسی‌کنندگان در مورد درخواست تجدیدنظر شما تصمیم‌گیری کرده و تصمیم خود را به شما اعلام می‌کنند.****اگر پاسخ سازمان بررسی مستقل مثبت باشد چه اتفاقی می‌افتد؟**

- ما سهم خود از هزینه‌های خدمات درمانی که از تاریخ پایان پوشش‌دهی اعلامی قبلی دریافت کرده‌اید به شما باز می‌گردانیم. تا زمانی که از لحاظ پزشکی لازم باشد، ما همچنان پوشش‌دهی خدمات را در مورد شما ادامه می‌دهیم.
- شما باید به پرداخت سهم خود از هزینه‌ها ادامه دهید و ممکن است محدودیت‌های پوشش‌دهی وجود داشته باشد که اعمال شود.

**اگر پاسخ سازمان بررسی مستقل منفی باشد چه اتفاقی رخ می‌دهد؟**

- این به این معناست که آن‌ها با تصمیمی که در مورد تجدیدنظر سطح 1 شما گرفته شده موافقت می‌کنند.
- در اطلاعاتی که دریافت می‌کنید به صورت کتبی گفته شده است که اگر می‌خواهید به مراحل درخواست بررسی ادامه دهید، باید چه کارهایی انجام دهید. در آن درباره نحوه ادامه به مرحله بعدی درخواست تجدیدنظر توضیحاتی ارائه شده است که توسط یک وکیل دادگستری یا وکیل انجام می‌شود.

**مرحله 4: اگر پاسخ منفی باشد، باید تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید درخواست تجدیدنظر خود را بیشتر پیگیری کنید یا خیر.**

- مراحل استیناف 3 سطح دیگر بالاتر از سطح 2 دارد، که در مجموع 5 سطح درخواست است. اگر می‌خواهید به درخواست تجدیدنظر سطح 3 بروید، جزئیات نحوه انجام این کار در اطلاعیه کتبی که پس از تصمیم در مورد درخواست تجدیدنظر سطح 2 دریافت می‌کنید شرح داده شده است.
- درخواست تجدیدنظر سطح 3 توسط قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری رسیدگی می‌شود. بخش 10 این فصل اطلاعات بیشتری در مورد سطوح 3، 4 و 5 مراحل استیناف ارائه می‌دهد.

**بخش 10 پیش بردن درخواست تجدیدنظر تا به مراحل 3، 4 و 5****بخش 10.1 درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست‌های خدمات پزشکی**

- اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و درخواست تجدیدنظر سطح 2 داده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است، این بخش شاید بتواند کمک‌تان کند. اگر ارزش دلاری خدمات که برای آن درخواست تجدیدنظر داده‌اید از مبلغ مشخصی بیشتر باشد، شاید بتوانید درخواست تجدیدنظر را در سطوح بالاتری ادامه دهید. اگر ارزش دلاری کمتر از حداقل سطح باشد، نمی‌توانید بیشتر درخواست تجدیدنظر دهید. پاسخ کتبی که به درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید، نحوه درخواست تجدیدنظر سطح 3 را توضیح می‌دهد.
- در بیشتر مواردی که شامل تجدیدنظر خواهی می‌شود، 3 سطح آخر مراحل استیناف تقریباً مانند 2 سطح اول عمل می‌کنند. در اینجا مشخص شده است که چه کسی درخواست تجدیدنظر شما را در هر یک از این سطوح بررسی می‌کند.

**تجدیدنظر خواهی سطح 3 یک قاضی حقوق اداری یا یک وکیل دادگستری که برای دولت فدرال کار می‌کند، درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد.**

- اگر قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ مثبت بدهد، ممکن است مراحل استیناف به پایان برسد. بر خلاف تصمیم گرفته شده در سطح 2، ما حق داریم در خصوص تصمیم گرفته شده در سطح 3 که به نفع شما است درخواست

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

- تجدیدنظر کنیم. اگر تصمیم به تجدیدنظر خواهی بگیریم، به درخواست تجدیدنظر سطح 4 ارجاع داده می‌شود.
- اگر تصمیم بگیریم که این تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری، این مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم یا به شما ارائه دهیم.
- اگر تصمیم بگیریم در خصوص این تصمیم درخواست تجدیدنظر بدهیم، نسخه‌ای از درخواست تجدیدنظر سطح 4 را با اسناد مربوطه برای شما ارسال می‌کنیم. شاید قبل از تأیید یا ارائه مراقبت‌های پزشکی مورد اختلاف، منتظر صدور رأی در خصوص درخواست تجدیدنظر سطح 4 بمانیم.
- اگر قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است مراحل استیناف به پایان برسد یا نرسد.**
  - اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظر تان موافقت کنید، مراحل استیناف به پایان رسیده است.
  - اگر نخواهید با این تصمیم موافقت نکنید، می‌توانید مراحل بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در اطلاعاتی که دریافت می‌کنید مراحل بعدی برای درخواست تجدیدنظر سطح 4 شرح داده شده است.

**تجدیدنظر سطح 4 شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare (شورا)** درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

- اگر پاسخ مثبت باشد، یا اگر شورا درخواست ما برای بررسی تصمیم مطلوب درخواست تجدیدنظر سطح 3 را رد کند، مراحل استیناف ممکن است تمام شده باشد یا نباشد.** برخلاف تصمیم سطح 2، ما حق داریم نسبت به تصمیم سطح 4 که به نفع شماست، درخواست تجدیدنظر بدهیم. ما تصمیم خواهیم گرفت که آیا این تصمیم را به مرحله 5 ارجاع دهیم یا خیر.
  - اگر تصمیم گرفتیم که تصمیم را مورد تجدیدنظر قرار ندهیم، باید ظرف 60 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم شورا مراقبت‌های پزشکی را تأیید کنیم یا ارائه دهیم.
  - اگر تصمیم بگیریم در خصوص این تصمیم درخواست تجدیدنظر کنیم، به صورت کتبی به شما اطلاع می‌دهیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد یا درخواست بررسی را رد کند، مراحل استیناف ممکن است به پایان برسد یا نرسد.**
  - اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظر تان موافقت کنید، مراحل استیناف به پایان رسیده است.
  - اگر نخواهید با این تصمیم موافقت نکنید، ممکن است بتوانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، اطلاعاتی که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که آیا قوانین به شما اجازه می‌دهند به سطح 5 ادامه دهید و چگونه می‌توانید به سطح 5 ادامه دهید.

**درخواست تجدیدنظر سطح 5 یک قاضی در دادگاه ناحیه فدرال درخواست تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد.**

- یک قاضی تمام اطلاعات را بررسی می‌کند و به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی می‌دهد. این پاسخ نهایی است. هیچ سطحی بالاتر از دادگاه منطقه فدرال برای رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر وجود ندارد.

**بخش 10.2 درخواست تجدیدنظر سطوح 3، 4 و 5 برای درخواست‌های داروی بخش D**

اگر درخواست تجدیدنظر سطح 1 و درخواست تجدیدنظر سطح 2 داده‌اید و هر دو درخواست شما رد شده است، این بخش شاید بتواند کمک‌تان کند. اگر ارزش دارویی که برای آن درخواست تجدیدنظر داده‌اید به مبلغ دلاری مشخصی رسیده باشد، شاید بتوانید درخواست تجدیدنظر را در سطوح بالاتری ادامه دهید. اگر مبلغ کمتر باشد، نمی‌توانید بیشتر درخواست تجدیدنظر دهید. در پاسخ کتبی که در جواب درخواست تجدیدنظر سطح 2 خود دریافت می‌کنید توضیح داده شده است که برای درخواست تجدیدنظر سطح 3 با چه کسی تماس بگیرید و چه کاری باید انجام دهید. در بیشتر مواردی که شامل تجدیدنظر خواهی می‌شود، 3 سطح آخر مراحل استیناف تقریباً مانند 2 سطح اول عمل می‌کنند. در اینجا مشخص شده است که چه کسی درخواست تجدیدنظر شما را در هر یک از این سطوح بررسی می‌کند.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)**

تجدیدنظرخواهی سطح 3 یک قاضی حقوق اداری یا یک وکیل دادگستری که برای دولت فدرال کار می‌کند، درخواست تجدیدنظر شما را بررسی کرده و به شما پاسخ می‌دهد.

- اگر پاسخ مثبت باشد، مراحل استیناف به پایان رسیده است. ما باید ظرف 72 ساعت (24 ساعت برای درخواست‌های تسریع شده) پوشش دارویی تأیید شده توسط قاضی حقوق اداری یا یک وکیل دادگستری را تأیید کرده یا ارائه دهیم، یا در کمتر از 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم هزینه‌ها را پرداخت کنیم.
- اگر قاضی حقوق اداری یا وکیل دادگستری به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، ممکن است مراحل استیناف به پایان برسد یا نرسد.
  - اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظر تان موافقت کنید، مراحل استیناف به پایان رسیده است.
  - اگر نخواهید با این تصمیم موافقت نکنید، می‌توانید مراحل بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. در اطلاعیه‌ای که دریافت می‌کنید مراحل بعدی برای درخواست تجدیدنظر سطح 4 شرح داده شده است.

تجدیدنظر سطح 4 شورای درخواست‌های تجدیدنظر Medicare (شورا) درخواست تجدیدنظر شما را بررسی می‌کند و به شما پاسخ می‌دهد. این شورا بخشی از دولت فدرال است.

- اگر پاسخ مثبت باشد، مراحل استیناف به پایان رسیده است. ما باید ظرف 72 ساعت (24 ساعت برای درخواست‌های تسریع شده) پوشش دارویی تأیید شده توسط شورا را تأیید کرده یا ارائه دهیم، یا در کمتر از 30 روز تقویمی پس از دریافت تصمیم هزینه‌ها را پرداخت کنیم.
- اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد یا درخواست بررسی را رد کند، مراحل استیناف ممکن است به پایان برسد یا نرسد.
  - اگر تصمیم بگیرید با این تصمیم مبنی بر رد درخواست تجدیدنظر تان موافقت کنید، مراحل استیناف به پایان رسیده است.
  - اگر نخواهید با این تصمیم موافقت نکنید، ممکن است بتوانید فرآیند بررسی را در سطح بعدی ادامه دهید. اگر شورا به درخواست تجدیدنظر شما پاسخ منفی بدهد، اطلاعیه‌ای که دریافت می‌کنید به شما خواهد گفت که آیا قوانین به شما اجازه می‌دهند به سطح 5 ادامه دهید و چگونه می‌توانید به سطح 5 ادامه دهید.

درخواست تجدیدنظر سطح 5 یک قاضی در دادگاه ناحیه فدرال درخواست تجدیدنظر شما را بررسی خواهد کرد.

- قاضی تمام اطلاعات را بررسی کرده و به درخواست شما پاسخ مثبت یا منفی می‌دهد. این پاسخ نهایی است. هیچ سطحی بالاتر از دادگاه منطقه فدرال برای رسیدگی به درخواست‌های تجدیدنظر وجود ندارد.

## ارائه شکایات

### بخش 11 نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتریان یا سایر نگرانی‌ها

#### بخش 11.1 چه نوع مشکلاتی در فرآیند شکایت رسیدگی می‌شود؟

فرآیند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود. این شامل مشکلات مربوط به کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری می‌شود. در اینجا نمونه‌هایی از مشکلاتی که در فرآیند شکایت به آن‌ها رسیدگی می‌شود، ارائه شده اند.

## فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)

نمونه شکایت	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا از کیفیت خدمات مراقبتی که دریافت کرده‌اید (از جمله مراقبت در بیمارستان) ناراضی هستید؟</li> </ul>	کیفیت مراقبت‌های پزشکی شما
<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا فردی به حق حفظ حریم خصوصی شما احترام نگذاشته است یا اطلاعات محرمانه شما را به اشتراک گذاشته است؟</li> </ul>	احترام به حریم خصوصی شما
<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا کسی به شما گستاخی یا بی‌احترامی کرده است؟</li> <li>• آیا از خدمات اعضای ما ناراضی هستید؟</li> <li>• آیا احساس می‌کنید که ترغیب به ترک طرح ما می‌شوید؟</li> </ul>	بی‌احترامی، خدمات مشتریان ضعیف، یا دیگر رفتارهای ناشایست
<ul style="list-style-type: none"> <li>• برای گرفتن نوبت ویزیت مشکل داشته‌اید یا مدت زمانی طولانی منتظر دریافت نوبت مانده‌اید؟</li> <li>• آیا پزشکان، داروسازان یا سایر متخصصان سلامت شما را بیش از حد منتظر نگه داشته‌اند؟ یا توسط خدمات اعضا یا سایر کارکنان طرح؟               <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ مثال‌ها شامل انتظار بیش از حد طولانی پشت تلفن، در اتاق انتظار یا معاینه یا دریافت نسخه است.</li> </ul> </li> </ul>	زمان انتظار
<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا از تمیزی یا وضعیت کلینیک، بیمارستان یا مطب پزشک ناراضی هستید؟</li> </ul>	پاکیزگی
<ul style="list-style-type: none"> <li>• آیا ما به شما اطلاعیه لازم را نداده‌ایم؟</li> <li>• آیا اطلاعات کتبی ما به سختی قابل فهم است؟</li> </ul>	اطلاعاتی که از ما دریافت می‌کنید
<p>اگر درخواست تصمیمگیری در مورد پوشش داده‌اید یا درخواست تجدیدنظر داده‌اید و فکر می‌کنید ما با سرعت کافی پاسخ نمی‌دهیم، می‌توانید از کندی ما شکایت کنید. در اینجا مثال‌هایی آورده شده است:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شما از ما درخواست تصمیمگیری سریع درباره پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر سریع کردید و ما جواب منفی دادیم؛ می‌توانید شکایت کنید.</li> <li>• اگر معتقدید که ما مهلت‌های مربوط به تصمیمگیری در مورد پوشش یا تجدیدنظر خواهی را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید.</li> <li>• اگر معتقدید که ما مهلت‌های لازم برای پوشش یا بازپرداخت برخی اقلام یا خدمات پزشکی یا داروهای که تأیید شده‌اند را رعایت نمی‌کنیم، می‌توانید شکایت کنید.</li> <li>• اگر معتقدید که ما مهلت‌های لازم برای ارسال پرونده شما به سازمان بررسی مستقل را رعایت نکرده‌ایم؛ می‌توانید شکایت کنید.</li> </ul>	به‌موقع بودن (این نوع شکایات همگی درباره به‌موقع بودن اقدامات ما در رابطه با تصمیم‌گیری درباره پوشش دهی طرح و درخواست‌های تجدیدنظر است)

## بخش 11.2 نحوه طرح شکایت

## اصطلاح حقوقی:

- شکایت را اعتراض نیز می‌نامیم.
- شکایت کردن را تسلیم شکایت می‌نامند.
- استفاده از فرآیند رسیدگی به شکایات، استفاده از فرآیند ثبت اعتراض نامیده می‌شود.
- شکایت سریع، اعتراض تسریع شده نامیده می‌شود.

**فصل 9: اگر مشکل یا شکایتی داشتید (تصمیمگیری درباره پوششدهی، درخواست تجدیدنظر یا شکایت در این رابطه)****مرحله 1: فوراً با ما تماس بگیرید - چه از طریق تلفن و چه به صورت کتبی.**

- تماس با خدمات اعضا از طریق شماره **314-2427 (866)** (کاربران TTY با **711** تماس بگیرند) معمولاً اولین مرحله است. اگر اقدام دیگری از سوی شما لازم باشد، خدمات اعضا به شما اطلاع می‌دهد.
- اگر نمی‌خواهید تماس بگیرید (یا تماس گرفته‌اید و راضی نبودید)، می‌توانید شکایت خود را به صورت کتبی تنظیم کرده و برای ما ارسال کنید. اگر شکایت‌تان را به صورت کتبی بنویسید، به صورت کتبی به شکایت‌تان پاسخ می‌دهیم.
- ما سعی خواهیم کرد شکایت شما را از طریق تلفن حل کنیم. اگر نتوانیم شکایت شما را از طریق تلفن حل کنیم، یک روال رسمی برای بررسی شکایت شما داریم. ما این روال را «فرآیند رسیدگی به اعتراضات اعضا» می‌نامیم. ما اکثر اعتراضات را ظرف 30 روز تقویمی پاسخ می‌دهیم. اگر شما از ما بخواهید یا اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم، می‌توانیم بیشتر طول بدهیم و این تأخیر به نفع شما است. اگر درخواست پاسخ کتبی داشته باشید، شکایت کتبی ثبت کنید یا از کیفیت مراقبت شکایت کنید، ما به صورت کتبی به شما پاسخ خواهیم داد. اگر درخواست شما برای تصمیم‌گیری سریع در مورد پوشش یا تجدیدنظرخواهی سریع را رد کنیم، یا اگر برای تصمیم‌گیری در مورد پوشش یا تجدیدنظرخواهی زمان بیشتری صرف کنیم و شما بازمان بیشتری که ما اختصاص می‌دهیم مخالف باشید، شکایت تسریع‌شده‌ای به شما ارائه خواهیم داد. ما به شکایات فوری ظرف 24 ساعت پاسخ می‌دهیم.
- مهلت ثبت شکایت 60 روز تقویمی از زمانی است که شما با مشکلی که می‌خواهید در مورد آن شکایت کنید، مواجه شده‌اید.

**مرحله 2: ما به شکایت شما رسیدگی می‌کنیم و پاسخ‌مان را به شما ارائه می‌دهیم.**

- اگر امکان داشته باشد، فوراً به شما پاسخ می‌دهیم. اگر در رابطه با یک شکایت با ما تماس می‌گیرید، ممکن است بتوانیم در همان تماس تلفنی به شما پاسخ دهیم.
- به اکثر شکایات ظرف 30 روز تقویمی پاسخ داده می‌شود. اگر به اطلاعات بیشتری نیاز داشته باشیم و به تعویق انداختن به نفع شما باشد یا اگر بخواهید زمان بیشتری بگیرید، می‌توانیم 14 روز تقویمی دیگر (در مجموع 44 روز تقویمی) را برای پاسخ به شکایت شما در نظر بگیریم. اگر تصمیم بگیریم که روزهای بیشتری اختصاص دهیم، کتیباً به شما اطلاع خواهیم داد.
- اگر به دلیل رد درخواست خود برای تصمیم‌گیری سریع درباره پوشش‌دهی یا درخواست تجدیدنظر سریع شکایتی ارائه می‌کنید، ما به صورت خودکار یک شکایت سریع برای شما ارائه می‌کنیم. اگر شکایت سریع دارید، به این معنی است که ما ظرف 24 ساعت به شما پاسخ خواهیم داد.
- اگر با بخشی یا تمام شکایت شما موافق نباشیم یا مسئولیت مشکلی که از آن شکایت دارید را بر عهده نگیریم، دلایل خود را در پاسخ به شما ذکر خواهیم کرد.

**بخش 11.3 می‌توانید شکایت خود در مورد کیفیت مراقبت را برای سازمان بهبود کیفیت نیز ارسال کنید**

هنگامی که شکایت‌تان درباره کیفیت مراقبت است نیز 2 انتخاب پیش رو دارید:

- یا می‌توانید شکایت خود را مستقیماً نزد سازمان بهبود کیفیت مطرح کنید. سازمان بهبود کیفیت، گروهی متشکل از پزشکان متخصص و دیگر متخصصین خدمات درمانی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند تا خدمات درمانی ارائه شده به بیماران Medicare را بررسی کرده و آن‌ها را بهبود ببخشند. فصل 2 شامل اطلاعات تماس است.

یا

- می‌توانید شکایت خود را هم نزد سازمان بهبود کیفیت و هم نزد طرح ما مطرح کنید.

**بخش 11.4 می‌توانید درباره شکایت خود به Medicare اطلاع دهید**

شما می‌توانید شکایتی در مورد Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) مستقیماً به Medicare ارسال کنید. برای ارسال شکایت به Medicare، به [www.Medicare.gov/my/medicare-complaint](http://www.Medicare.gov/my/medicare-complaint) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD می‌توانند با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

## مشکلات مربوط به مزایای Medicaid شما

### بخش 12 رسیدگی به مشکلات مربوط به مزایای Medicaid شما

برای اطلاعات بیشتر در مورد مزایا و/یا فرآیندهای تحت پوشش Medicaid، باید با خدمات اعضا (شماره تلفن‌ها در پشت جلد این کتابچه چاپ شده‌اند) یا دفتر Medicaid ایالت خود تماس بگیرید (اطلاعات تماس در فصل 2، بخش 6 ذکر شده است).

آیا مشکل یا نگرانی شما به مزایا یا پوششدهی خدمات شما مربوط می‌شود؟

این موضوع شامل مشکلاتی در مورد پوشش یا عدم پوشش مراقبت‌های پزشکی (اقلام پزشکی، خدمات و/یا داروهای بخش B)، نحوه پوشش آنها و مشکلات مربوط به پرداخت هزینه مراقبت‌های پزشکی است.

بله.

به بخش 5، راهنمای تصمیم‌گیری درباره پوششدهی طرح و درخواست تجدیدنظر مراجعه کنید.

خیر.

به بخش 11، نحوه شکایت در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار، خدمات مشتریان یا سایر نگرانی‌ها مراجعه کنید.

## فصل 10:

# پایان دادن به عضویتان در طرح ما

## بخش 1 پایان دادن به عضویت شما در طرح ما

پایان دادن به عضویت خود در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) می‌تواند **داوطلبانه** (به انتخاب خودتان) یا **غیرداوطلبانه** (بدون انتخاب شما) باشد:

- شما می‌توانید از طرح ما خارج شوید زیرا می‌فهمید که می‌خواهید از آن خارج شوید. بخش‌های 2 و 3 اطلاعاتی در مورد پایان دادن داوطلبانه به عضویت شما ارائه می‌دهند.
- همچنین در موقعیت‌های محدودی ما ملزم به پایان دادن به عضویت شما هستیم. بخش 5 در مورد موقعیت‌هایی که باید عضویت شما را پایان دهیم، به شما می‌گوید.
- اگر در حال خروج از طرح ما باشید، طرح ما باید به ارائه مراقبت‌های پزشکی و داروهای نسخه‌ای شما ادامه دهد و شما همچنان تسهیم هزینه خود را تا پایان عضویت خود پرداخت خواهید کرد.

## بخش 2 چه هنگام می‌توانید به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید؟

### بخش 2.1 شما ممکن است بتوانید به عضویت خود پایان دهید زیرا Medicare و Medicaid دارید

اکثر اعضای دارای Medicare می‌توانند طی زمان‌های خاصی از سال به عضویت‌شان پایان دهند. از آنجا که شما Medicaid دارید، می‌توانید با انتخاب یکی از گزینه‌های Medicare زیر در هر ماهی از سال، به عضویت خود در طرح ما خاتمه دهید:

- طرح Original Medicare با یک طرح داروی نسخه‌ای Medicare جداگانه،
- Original Medicare فاقد یک طرح داروی نسخه‌ای Medicare جداگانه (اگر این گزینه را انتخاب کنید و Extra Help دریافت کنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید)، یا
- در صورت واجد شرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که Medicare شما و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌دهد.

**توجه:** اگر از عضویت در پوشش دارویی Medicare خارج شوید، دیگر Extra Help دریافت نکنید و برای یک دوره پیوسته 63 روزه یا بیشتر، بدون پوشش دارویی معتبر باشید، در صورتی‌که بعداً به یک طرح دارویی Medicare بپیوندید، ممکن است مجبور شوید جریمه تأخیر در ثبت‌نام در بخش D را بپردازید.

- برای کسب اطلاعات در مورد گزینه‌های موجود برای طرح Medicaid خود با دفتر Medicaid ایالت خود تماس بگیرید.
- سایر گزینه‌های طرح درمانی Medicare در طول دوره ثبت‌نام آزاد در دسترس هستند. بخش 2.2 اطلاعات بیشتری در مورد «دوره ثبت‌نام آزاد» به شما می‌دهد.
- عضویت شما در اولین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کنیم، پایان می‌یابد. ثبت‌نام شما در طرح جدیدتان نیز از این روز آغاز می‌شود.

## بخش 2.2 شما می‌توانید عضویت خود را در طول دوره ثبت‌نام آزاد خاتمه دهید

شما می‌توانید هر سال در طول دوره ثبت‌نام آزاد به عضویت خود پایان دهید. در این مدت، پوشش درمانی و دارویی خود را بررسی کرده و در مورد پوشش سال آینده تصمیم بگیرید.

- دوره ثبت‌نام آزاد از 15 اکتبر تا 7 دسامبر است.
- انتخاب کنید که پوشش فعلی خود را حفظ کنید یا آن را در سال آینده تغییر دهید. اگر تصمیم به تغییر به یک طرح جدید دارید، می‌توانید هر یک از انواع طرح‌های زیر را انتخاب کنید:
  - یک طرح درمانی Medicare Advantage دیگر، با یا بدون پوشش دارویی.
  - طرح Original Medicare با یک طرح دارویی جداگانه
  - طرح Original Medicare بدون یک طرح دارویی Medicare جداگانه
  - در صورت واجد شرایط بودن، یک D-SNP یکپارچه که Medicare شما و بیشتر یا تمام مزایا و خدمات Medicaid شما را در یک طرح ارائه می‌دهد.

شما از Medicare برای داروهای نسخه‌ای خود Extra Help دریافت می‌کنید: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح دارویی نسخه‌ای Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید.

**توجه:** اگر از پوشش دارویی Medicare خارج شوید، دیگر Extra Help دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به صورت متوالی بدون پوشش دارویی معتبر بمانید، اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare بپیوندید، ممکن است مجبور شوید جریمه تأخیر در ثبت‌نام در بخش D را بپردازید.

- با شروع پوشش طرح جدیدتان در 1 ژانویه، عضویت شما در طرح ما پایان می‌یابد.

## بخش 2.3 شما می‌توانید عضویت خود را در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage خاتمه دهید

شما می‌توانید هر سال در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage یک تغییر در پوشش درمانی خود ایجاد کنید.

- دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage که از 1 ژانویه تا 31 مارس است و برای ذی‌نفعان جدید Medicare که در یکی از طرح‌های MA ثبت‌نام کرده‌اند نیز، از ماهی که در بخش A و بخش B عضو شده‌اند تا آخرین روز از ماه 3 عضویت آنها است.
- در طول دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage می‌توانید:
  - به برنامه Medicare Advantage دیگری با یا بدون پوشش دارویی تغییر دهید.
  - از طرح ما خارج شوید و از طریق Original Medicare پوشش دریافت کنید. اگر در این دوره به Original Medicare تغییر دهید، می‌توانید همزمان به یک طرح دارویی Medicare جداگانه نیز بپیوندید.
- در اولین روز ماه پس از ثبت‌نام در یک طرح Medicare Advantage متفاوت یا دریافت درخواست شما برای تغییر به Original Medicare، عضویت شما پایان می‌یابد. اگر همچنین تصمیم به ثبت‌نام در یک طرح دارویی Medicare بگیرید، عضویت شما در طرح دارویی از اولین روز ماه پس از دریافت درخواست ثبت‌نام شما توسط طرح دارویی آغاز می‌شود.

## بخش 2.4 در شرایط خاص، می‌توانید عضویت خود را در طول یک دوره ثبت‌نام ویژه خاتمه دهید.

در شرایط خاص، ممکن است واجد شرایط پایان عضویت خود در سایر ایام سال باشید. این به عنوان دوره ثبت‌نام ویژه شناخته می‌شود.

اگر هر یک از شرایط زیر برای شما صدق کند، ممکن است واجد شرایط پایان دادن به عضویت خود در طول دوره ثبت‌نام ویژه باشید. اینها فقط مثال هستند. برای مشاهده لیست کامل می‌توانید با طرح ما تماس بگیرید، با Medicare تماس بگیرید یا به وبسایت Medicare به آدرس [www.Medicare.gov](http://www.Medicare.gov) مراجعه کنید.

- معمولاً، وقتی نقل مکان می‌کنید
- اگر California Medicaid دارید

**فصل 10: پایان دادن به عضویتان در طرح ما**

- اگر واجد شرایط دریافت Extra Help برای پرداخت پوشش دارویی Medicare خود باشید
  - اگر ما قرارداد خود را با شما نقض کنیم
  - اگر در یک مؤسسه، مانند خانه سالمندان یا بیمارستان مراقبت بلندمدت (LTC)، مراقبت دریافت می‌کنید
  - اگر در برنامه مراقبت همه‌جانبه برای سالمندان (PACE) ثبت‌نام کرده‌اید.
  - **توجه:** اگر در طرح مدیریت دارویی باشید، ممکن است فقط برای دوره‌های عضویت خاصی واجد شرایط باشید. فصل 5، بخش 10
  - **توجه:** بخش 2.1 اطلاعات بیشتری در مورد دوره ثبت‌نام ویژه برای افراد دارای Medicaid ارائه می‌دهد.
- بسته به شرایط شما، دوره‌های زمانی ثبت‌نام متفاوت است.

برای اطلاع از اینکه آیا واجد شرایط دوره ثبت‌نام ویژه هستید یا خیر، با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به دلیل شرایط خاصتان واجد شرایط پایان دادن به عضویت خود هستید، می‌توانید هم پوشش درمانی Medicare و هم پوشش دارویی خود را تغییر دهید. شما می‌توانید موارد زیر را انتخاب کنید:

- یک طرح درمانی Medicare Advantage دیگر، با یا بدون پوشش دارویی،
- Original Medicare با یک طرح دارویی جداگانه،
- طرح Original Medicare بدون یک طرح دارویی جداگانه.

**توجه:** اگر از پوشش دارویی Medicare خارج شوید، دیگر Extra Help دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به صورت متوالی بدون پوشش دارویی معتبر بمانید، اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare بپیوندید، ممکن است مجبور شوید جریمه تأخیر در ثبت‌نام در بخش D را بپردازید.

شما از Medicare برای پوشش دارویی خود Extra Help دریافت می‌کنید: اگر به Original Medicare تغییر دهید و در یک طرح دارویی نسخه‌ای Medicare جداگانه ثبت‌نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در یک طرح دارویی ثبت‌نام کند، مگر اینکه از ثبت‌نام خودکار انصراف داده باشید.

عضویت شما در اولین روز از ماهی که ما درخواست شما برای تغییر طرحتان را دریافت کنیم، پایان می‌یابد.

**توجه:** بخش‌های 2.1 و 2.2 اطلاعات بیشتری در مورد دوره ثبت‌نام ویژه برای افراد دارای Medicaid و Extra Help ارائه می‌دهند.

**بخش 2.5 اطلاعات بیشتری در مورد نحوه خاتمه عضویت خود کسب کنید**

اگر در مورد پایان دادن به عضویت خود سؤالی دارید، می‌توانید:

- با خدمات اعضا تماس بگیرید.
- اطلاعات را در کتابچه راهنمای Medicare و شما 2026 بیابید.
- 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. TTY) 1-877-486-2048

**بخش 3 چطور به عضویت خود در طرح ما پایان دهید**

جدول زیر نحوه پایان دادن به عضویت شما در طرح ما را توضیح می‌دهد.

این کاری است که باید انجام دهید:	اگر می‌خواهید از طرح ما به موارد زیر تغییر دهید:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در طرح درمانی Medicare جدیدی عضو شوید.</li> <li>• با شروع پوشش طرح جدید شما، به‌طور خودکار از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج خواهید شد.</li> </ul>	یک طرح درمانی دیگر Medicare.

این کاری است که باید انجام دهید:	اگر می‌خواهید از طرح ما به موارد زیر تغییر دهید:
<ul style="list-style-type: none"> <li>• در طرح دارویی Medicare جدید ثبت‌نام کنید.</li> <li>• با شروع پوشش طرح دارویی جدید شما، به‌طور خودکار از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج خواهید شد.</li> </ul>	<p>طرح Original Medicare با یک طرح دارویی نسخه‌ای Medicare جداگانه.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• برای لغو عضویت، درخواست کتبی برای ما ارسال کنید. در صورت نیاز به اطلاعات بیشتر در مورد نحوه انجام این کار، با خدمات اعضا تماس بگیرید.</li> <li>• می‌توانید با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و درخواست خروج از طرح کنید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</li> <li>• با شروع پوشش شما در Original Medicare، به‌طور خودکار از Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خارج خواهید شد.</li> </ul>	<p>طرح Original Medicare بدون طرح دارویی نسخه‌ای Medicare جداگانه.</p>

**توجه:** اگر از پوشش دارویی Medicare خارج شوید، دیگر Extra Help دریافت نکنید و به مدت 63 روز یا بیشتر به‌صورت متوالی بدون پوشش دارویی معتبر بمانید، اگر بعداً به یک طرح دارویی Medicare بپیوندید، ممکن است مجبور شوید جریمه تأخیر در ثبت‌نام در بخش D را بپردازید.

برای سؤالات مربوط به مزایای Medicaid خود، با «اداره خدمات مراقبت‌های بهداشتی California» به شماره 449-5000 (916) تماس بگیرید، TTY: 711، N/A. درباره اینکه پیوستن به طرحی دیگر یا بازگشت به طرح Original Medicare چه تأثیری بر دریافت پوشش Medicaid شما دارد، سؤال کنید.

#### بخش 4 تا پایان عضویت، باید ارقام، خدمات و داروهای پزشکی خود را از طریق طرح ما دریافت کنید.

تازمانی که عضویت شما در Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) به پایان برسد و پوشش جدید Medicare و Medicaid شما شروع شود، باید به دریافت مراقبت‌های پزشکی و داروهای نسخه‌ای خود از طریق طرح ما ادامه دهید.

- برای دریافت مراقبت‌های پزشکی همچنان از ارائه‌دهنده شبکه ما استفاده کنید.
- همچنان از داروخانه‌های عضو شبکه یا داروخانه سفارش پستی ما برای دریافت داروهای نسخه‌ای خود استفاده کنید.
- اگر در روز پایان عضویت خود در بیمارستان بستری شوید، خدمات بستری شما در بیمارستان تا زمان ترخیص تحت پوشش طرح ما خواهد بود. (حتی اگر پس از شروع پوشش درمانی جدید خود ترخیص شوید).

#### بخش 5 ما پایان دهد Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) باید در شرایط خاص به عضویت در طرح

ما پایان دهد

در صورت بروز هر یک از موارد زیر، باید به عضویت شما در طرح ما خاتمه دهد:

- اگر دیگر بیمه درمانی Medicare Part A و Part B را نداشته باشید
- در صورت نقل مکان از منطقه خدمات‌رسانی.
- در صورتی که به مدت بیش از 6 ماه خارج از منطقه خدمات‌رسانی ما باشید

**فصل 10: پایان دادن به عضویتان در طرح ما**

- در صورت نقل مکان یا یک سفر طولانی، با خدمات اعضا تماس بگیرید تا دریابید که محل جدیدی که قصد نقل مکان یا سفر به آن را دارید، داخل منطقه خدمات‌رسانی طرح ما قرار دارد یا خیر.
  - اگر زندانی شوید (به زندان بروید).
  - اگر دیگر شهروند ایالات متحده آمریکا نباشید یا به‌صورت قانونی در ایالات متحده آمریکا حضور نداشته باشید
  - اگر درباره سایر بیمه‌هایی که برای پوشش داروی نسخه‌ای دارید دروغ بگویید یا از ارائه اطلاعات در اینباره امتناع کنید
  - اگر هنگام ثبت‌نام در طرح ما عمداً اطلاعات نادرستی به ما بدهید و این اطلاعات بر واجد شرایط بودن شما برای طرح ما اثر بگذارد. (به این دلیل نمی‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح کنیم مگر اینکه مجوز این کار را از Medicare دریافت کرده باشیم.)
  - اگر مدام به‌گونه‌ای رفتار کنید که مختل‌کننده باشد و ارائه مراقبت‌های پزشکی به شما و سایر اعضا طرح را برای ما دشوار کند. (به این دلیل نمی‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح کنیم مگر اینکه مجوز این کار را از Medicare دریافت کرده باشیم.)
  - اگر اجازه دهید فرد دیگری از کارت عضویت شما برای دریافت مراقبت‌های پزشکی استفاده کند. (به این دلیل نمی‌توانیم شما را مجبور به ترک طرح کنیم مگر اینکه مجوز این کار را از Medicare دریافت کرده باشیم.)
  - اگر به این دلایل به عضویت شما پایان دهیم، Medicare ممکن است پرونده شما را توسط باز پرس مورد بررسی قرار دهد.
- اگر سؤالی دارید یا می‌خواهید اطلاعات بیشتری در مورد زمان پایان عضویت خود کسب کنید، با خدمات اعضا به شماره 314-2427 (866) تماس بگیرید (کاربران TTY با 711 تماس بگیرید).

**بخش 5.1 ما به هیچ دلیل مرتبط با سلامت نمی‌توانیم از شما بخواهیم که از طرح ما خارج شوید**

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) اجازه ندارد از شما بخواهد که به هیچ دلیل مرتبط با سلامت از طرح ما خارج شوید. در صورت بروز این اتفاق، چه باید بکنید؟

اگر احساس می‌کنید که به دلایل مرتبط با سلامت از شما خواسته شده است که از طرح ما خارج شوید، باید از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

**بخش 5.2 در صورتی که به عضویتان در طرح درمانی‌مان خاتمه دهیم، حق شکایت شما محفوظ است**

اگر به عضویتان در طرح درمانی‌مان خاتمه دهیم، باید دلایل‌مان برای خاتمه عضویتان را به‌صورت کتبی به شما اعلام کنیم. همچنین ما باید توضیح دهیم که چطور می‌توانید درباره تصمیم ما نسبت به پایان دادن به عضویت، انتقاد یا شکایتی ارائه کنید.

## فصل 11:

### ابلاغیه‌های قانونی

#### بخش 1 اطلاعیه در مورد قانون حاکم

قانون اصلی که در مورد این سند مدارک بیمه اعمال می‌شود عنوان هجدهم قانون تأمین اجتماعی و مقرراتی است که تحت قانون تأمین اجتماعی برای مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) ایجاد شده است. علاوه بر این، سایر قوانین فدرال ممکن است اعمال شوند و تحت شرایط خاص، قوانین ایالتی که در آن زندگی می‌کنید نیز اعمال می‌شوند. این ممکن است بر حقوق و مسئولیت‌های شما تأثیر بگذارد، حتی اگر قوانین در این سند گنجانده نشده یا توضیح داده نشده باشند.

#### بخش 2 اطلاعیه عدم تبعیض

ما بر اساس نژاد، قومیت، ملیت، رنگ پوست، مذهب، جنس، جنسیت، سن، ناتوانی ذهنی یا جسمی، وضعیت سلامت، تجربه شکایت، سابقه پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، شواهد بیمه‌پذیری یا موقعیت جغرافیایی شما در منطقه خدمات‌رسانی، تبعیض قائل نمی‌شویم. تمام سازمان‌هایی که طرح‌های Medicare Advantage ارائه می‌دهند، مانند طرح ما، باید از قوانین فدرال علیه تبعیض، از جمله عنوان ششم (VI) قانون حقوق مدنی 1964، قانون توانبخشی 1973، قانون تبعیض سنی 1975، قانون آمریکایی‌های دارای معلولیت، بخش 1557 قانون مراقبت‌های مقرون به صرفه، تمام قوانین دیگری که در مورد سازمان‌هایی که بودجه فدرال دریافت می‌کنند اعمال می‌شود و هرگونه قانون و مقررات دیگری که به هر دلیل دیگری اعمال می‌شود، پیروی کنند.

اگر به اطلاعات بیشتری نیاز دارید یا در مورد تبعیض یا رفتار ناعادلانه نگرانی دارید، با دفتر حقوق مدنی Department of Health and Human Services به شماره (TTY 1-800-537-7697) یا (1-800-368-1019) یا دفتر حقوق مدنی محلی خود تماس بگیرید. همچنین می‌توانید اطلاعات دفتر حقوق مدنی Department of Health and Human Services را در [www.HHS.gov/ocr/index.html](http://www.HHS.gov/ocr/index.html) بررسی کنید.

اگر دارای معلولیت هستید و برای دسترسی به مراقبت به کمک نیاز دارید، با خدمات اعضا از طریق (866) 314-2427 تماس بگیرید (کاربران TTY با (866) 314-2427 تماس می‌گیرند). اگر شکایتی دارید، مانند مشکل در دسترسی به ویلچر، خدمات اعضا می‌تواند به شما کمک کند.

#### بخش 3 اطلاعیه در مورد حقوق جانشینی پرداخت‌کننده ثانویه Medicare

ما حق و مسئولیت داریم که برای آن دسته از خدماتی که تحت پوشش Medicare قرار دارند و Medicare پرداخت‌کننده اول هزینه‌های آنها نیست جمع‌آوری کنیم. طبق مقررات CMS در بخش‌های 422.108 و 423.462 از CFR 42، Central Health Medi-Medi Plan II، (HMO D-SNP) به عنوان یک سازمان Medicare Advantage، از همان حقوق بازبایی که وزیر تحت مقررات CMS در زیربخش‌های B تا D از بخش 411 از CFR 42 اعمال می‌کند، استفاده خواهد کرد و قوانین وضع‌شده در این بخش جایگزین هرگونه قانون ایالتی می‌شوند.

## فصل 12:

### تعاریف

**مرکز جراحی سرپایی** – یک «مرکز جراحی سرپایی» نهادی است که منحصراً با هدف ارائه خدمات جراحی سرپایی به بیمارانی که نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارند و مدت اقامت مورد انتظار آنها در مرکز از 24 ساعت تجاوز نمی‌کند، فعالیت می‌کند.

**تجدیدنظر** – اگر با تصمیم ما مبنی بر رد درخواست پوشش خدمات مراقبت سلامت یا داروهای نسخه‌ای یا پرداخت هزینه خدمات یا داروهایی که قبلاً دریافت کرده‌اید مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید. همچنین اگر با تصمیم ما مبنی بر توقف خدماتی که دریافت می‌کنید مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدیدنظر بدهید.

**صورتحساب با مانده بدهی** – موقعیتی که ارائه‌دهنده (از قبیل پزشک یا بیمارستان) بیش از مبلغ تسهیم هزینه طرح ما از شما مطالبه می‌کند. به عنوان عضوی از Central Health Medi-Medi Plan II، شما فقط باید مبالغ تسهیم هزینه طرح ما را هنگام دریافت خدمات تحت پوشش طرح ما پرداخت کنید. ما به ارائه‌دهندگان خدمات اجازه نمی‌دهیم که صورتحساب با مانده بدهی صادر کنند یا بیش از مبلغ تسهیم هزینه‌ای که طرح ما می‌گوید باید پرداخت کنید، از شما اخذ کنند.

**دوره مزایا** – روشی که هم طرح ما و هم Original Medicare از طریق آن میزان استفاده شما از خدمات بیمارستان و مرکز نگهداری تخصصی (SNF) را اندازه‌گیری می‌کنند. دوره مزایا از روزی که وارد بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی می‌شوید، شروع می‌شود. دوره مزایا زمانی پایان می‌یابد که به مدت 60 روز متوالی هیچگونه مراقبت‌های بستری در بیمارستان (یا مراقبت تخصصی در SNF) دریافت نکرده باشید. اگر پس از پایان یک دوره مزایا، به بیمارستان یا مرکز نگهداری تخصصی مراجعه کنید، یک دوره مزایای جدید آغاز می‌شود. هیچ محدودیتی برای تعداد دوره‌های مزایا وجود ندارد.

**داروی بیولوژیکی** – یک داروی نسخه‌ای که از منابع طبیعی و زنده مانند سلول‌های حیوانی، سلول‌های گیاهی، باکتری‌ها یا مخمرها تولید می‌شود. محصولات بیولوژیک پیچیده‌تر از سایر داروها هستند و امکان کپی دقیق آن‌ها وجود ندارد؛ به همین دلیل، نسخه‌های جایگزین آن‌ها بیوسیمیلار نامیده می‌شوند. بیوسیمیلارها عموماً به خوبی محصولات بیولوژیکی اصلی عمل می‌کنند و به اندازه آنها ایمن هستند. (به «محصول بیولوژیکی اصلی» و «بیوسیمیلار» بروید).

**بیوسیمیلار** – یک داروی بیولوژیکی که بسیار شبیه به محصول بیولوژیکی اصلی است، اما کاملاً یکسان نیست. بیوسیمیلارها به اندازه محصول بیولوژیکی اصلی ایمن و مؤثر هستند. برخی از بیوسیمیلارها ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید، در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند (به «بیوسیمیلار قابل جایگزینی» مراجعه کنید).

**داروی مارک‌دار** – یک داروی نسخه‌ای ساخته و فروخته‌شده توسط یک شرکت داروسازی که در اصل دارو را مورد پژوهش و توسعه قرار داده است. داروهای برند، فرمول ماده مؤثر یکسانی با نسخه ژنریک دارو دارند. با این حال، داروهای ژنریک توسط سایر تولیدکنندگان دارو تولید و فروخته می‌شوند و عموماً تا پس از انقضای حق ثبت اختراع داروی مارک‌دار در دسترس نیستند.

**مرحله پوشش در زمان فاجعه** – مرحله‌ای در مزایای دارویی بخش D که از زمانی شروع می‌شود که شما (یا سایر طرف‌های واجد شرایط از طرف شما) در طول سال تحت پوشش، \$2,100 برای داروهای تحت پوشش بخش D هزینه کرده‌اید. در این مرحله پرداخت، طرح ما هزینه کامل بابت داروهای تحت پوشش بخش D خود را پرداخت می‌کند. شما هیچ هزینه‌ای پرداخت نمی‌کنید.

**مراکز خدمات Medicare و Medicaid (CMS)** – سازمان فدرال که Medicare را اجرا می‌کند.

**طرح نیازهای ویژه مراقبت طولانی (C-SNP) – C-SNP** ها SNP‌هایی هستند که ثبت‌نام را به افراد واجد شرایط MA که بیماری‌های شدید و مزمن خاصی دارند، محدود می‌کنند.

**بیمه مشترک** – مبلغی که ممکن است از شما خواسته شود پرداخت کنید، که به صورت درصدی (مثلاً 20%) به عنوان سهم شما از هزینه خدمات یا داروهای نسخه‌ای پس از پرداخت هرگونه فرانشیز از شما بیان می‌شود.

**شکایت** – نامرسمی برای اعتراض کردن، «طرح شکایت» است. روند شکایت فقط برای انواع خاصی از مشکلات استفاده می‌شود. این شامل مشکلاتی در مورد کیفیت مراقبت، زمان انتظار و خدمات مشتری که دریافت می‌کنید، می‌شود. همچنین شامل شکایاتی می‌شود که در صورتی مطرح می‌شوند که طرح ما دوره‌های زمانی در مراحل استیناف را رعایت نکند.

**مرکز توانبخشی جامع بیماران سرپایی (CORF)** – مرکزی که عمدتاً خدمات توانبخشی پس از بیماری یا آسیب‌دیدگی، از جمله فیزیوتراپی، خدمات اجتماعی یا روانشناختی، درمان تنفسی، کاردرمانی و خدمات آسیب‌شناسی گفتار-زبان و خدمات ارزیابی محیط خانه را ارائه می‌دهد.

**پرداخت مشترک (یا پرداختن مشترک)** – مبلغی که ممکن است از شما خواسته شود به عنوان سهم خود از هزینه خدمات یا لوازم پزشکی، مانند ویزیت پزشک، ویزیت سرپایی بیمارستان یا داروی نسخه‌ای، پرداخت کنید. پرداخت مشترک یک مبلغ مشخص (مثلاً \$10) است، نه یک درصد.

**تسهیم هزینه** – تسهیم هزینه به مبلغی اشاره دارد که یک عضو هنگام دریافت خدمات یا داروها باید بپردازد. (این علاوه بر حق بیمه ماهانه طرح ما است.) تسهیم هزینه شامل هر ترکیبی از 3 نوع پرداخت زیر است: (1) هر مبلغ فرانشیزی که یک طرح ممکن است قبل از پوشش خدمات یا داروها اعمال کند؛ (2) هر مبلغ "پرداخت مشترک" ثابت که یک طرح هنگام دریافت خدمات یا داروی خاص نیاز دارد؛ یا (3) هر مبلغ "بیمه مشترک"، در صدی از کل مبلغ پرداختی برای یک خدمات یا دارو که یک طرح هنگام دریافت خدمات یا داروی خاص نیاز دارد.

**ردیف تسهیم هزینه** - هر در لیست داروهای تحت پوشش در یکی از شش (6) ردیف تسهیم هزینه است. به‌طور کلی، هر چه شماره ردیف تسهیم هزینه بالاتر باشد، هزینه پرداختی شما برای دارو هم بیشتر است.

**تعیین پوشش** – تصمیمی در مورد اینکه آیا داروی تجویز شده برای شما تحت پوشش طرح ما است یا خیر و مبلغی که، در صورت وجود، شما ملزم به پرداخت آن نسخه هستید. به‌طور کلی، اگر نسخه خود را به داروخانه ببرید و داروخانه به شما بگوید که نسخه تحت پوشش طرح ما نیست، این تعیین پوشش نیست. شما باید با طرح ما تماس بگیرید یا نامه بنویسید تا درخواست تصمیم‌گیری رسمی در مورد پوشش را داشته باشید. در این سند، تعیین پوشش دهی با عنوان **تصمیم‌های مربوط به پوشش دهی** آمده‌اند.

**داروهای تحت پوشش** – اصطلاحی که ما برای همه داروهای تحت پوشش طرح درمانی خود استفاده می‌کنیم.

**خدمات تحت پوشش** – اصطلاحی که ما برای اشاره به تمام خدمات و لوازم مراقبت سلامتی که تحت پوشش طرح ما هستند، استفاده می‌کنیم.

**پوشش داروی نسخه‌ای معتبر** – پوشش داروی نسخه‌ای (به‌عنوان مثال، از یک کارفرما یا اتحادیه) که انتظار می‌رود به‌طور متوسط حداقل به اندازه پوشش داروی نسخه‌ای استاندارد Medicare پرداخت کند. افرادی که در زمان واجد شرایط شدن برای Medicare، این نوع پوشش را دارند، می‌توانند در صورت تمایل به ثبت‌نام در پوشش داروی نسخه‌ای Medicare در آینده، این پوشش را بدون پرداخت جریمه حفظ کنند.

**مراقبت سرپرستی** – مراقبت سرپرستی مراقبت شخصی است که در خانه سالمندان، آسایشگاه یا سایر مراکز درمانی ارائه می‌شود، زمانی که به مراقبت‌های پزشکی تخصصی یا مراقبت پرستاری تخصصی نیاز ندارید. مراقبت سرپرستی، که توسط افرادی ارائه می‌شود که مهارت یا آموزش حرفه‌ای ندارند، شامل کمک در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند حمام کردن، لباس پوشیدن، غذا خوردن، نشستن یا برخاستن از تخت یا صندلی، حرکت کردن و استفاده از حمام می‌شود. همچنین ممکن است شامل نوعی از مراقبت‌های مرتبط با سلامت باشد که اکثر مردم خودشان انجام می‌دهند، مانند استفاده از قطره چشم. Medicare هزینه مراقبت سرپرستی را پرداخت نمی‌کند.

**نرخ تسهیم هزینه روزانه** – نرخ تسهیم هزینه روزانه‌ای اعمال می‌شود که پزشکتان مقداری کمتر از تأمین یک ماه کامل داروهای خاص را برای شما تجویز می‌کند و شما ملزم به پرداخت مشترک هستید. نرخ روزانه تسهیم هزینه برابر با پرداخت مشترک تقسیم بر تعداد روزهای تأمین یک ماه است. به این مثال توجه کنید: اگر پرداخت مشترک شما برای تأمین یک‌ماهه دارو \$30 باشد و تأمین یک‌ماهه در طرح ما 30 روز باشد، «نرخ تسهیم هزینه روزانه» شما \$1 در روز است.

**فرانشیز** – مبلغی که باید برای مراقبت‌های سلامت یا نسخه‌ها قبل از پرداخت هزینه توسط طرح ما پرداخت کنید.

**لغو کردن ثبت‌نام یا لغو ثبت‌نام** – فرایند پایان دادن به عضویت شما در طرح ما.

**توزیع هزینه** – هزینه‌ای که هر بار که داروی تحت پوشش توزیع می‌شود، برای پرداخت هزینه پیچیدن نسخه، مانند زمان داروساز برای تهیه و بسته‌بندی نسخه، دریافت می‌شود.

**Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP)** – D-SNPها افرادی را ثبت‌نام می‌کنند که هم واجد شرایط Medicare (عنوان هجدهم [XVIII] قانون تأمین اجتماعی) و هم واجد شرایط کمک پزشکی از یک طرح ایالتی تحت Medicaid (عنوان نوزدهم [XIX]) هستند. ایالت‌ها بسته به ایالت و واجد شرایط بودن فرد، برخی از هزینه‌های Medicare را پوشش می‌دهند.

**افراد دارای صلاحیت دوگانه** – شخصی که برای پوشش Medicare و Medicaid واجد شرایط است.

**تجهیزات پزشکی ماندگار (DME)** – برخی از تجهیزات پزشکی که توسط پزشک شما به دلایل پزشکی سفارش داده می‌شود. مثال‌ها شامل واکر، صندلی چرخدار، عصا، سیستم‌های تشک برقی، لوازم دیابت، پمپ‌های تزریق داخل وریدی، دستگاه‌های تولید گفتار، وسایل و لوازم مربوط به اکسیژن، نبولایزر یا تحت‌های بیمارستانی است که توسط ارائه‌دهنده برای استفاده در منزل سفارش داده شده است.

**اورژانس** – هر اورژانس پزشکی زمانی است که شما یا هر فرد غیرمتخصص محتاط دیگری با دانش متوسط در زمینه سلامت و پزشکی، معتقدید که علائمی پزشکی دارید که نیاز به مراقبت پزشکی فوری برای جلوگیری از مرگ (و اگر زن باردار هستید، از دست دادن فرزند متولد نشده)، از دست دادن یک اندام، یا از دست دادن عملکرد یک اندام، یا از دست دادن یا اختلال جدی در عملکرد بدن دارد. علائم پزشکی ممکن است شامل بیماری، آسیب دیدگی، درد شدید، یا شرایط پزشکی باشد که به سرعت در حال وخیم تر شدن است.

**مراقبت اورژانسی** – خدمات تحت پوشش که شرایط زیر را داشته باشد: (1) توسط ارائه دهنده واجد شرایط برای ارائه خدمات اورژانس ارائه می شود؛ و (2) برای درمان، ارزیابی یا تثبیت یک شرایط پزشکی اورژانسی مورد نیاز است.

**مدارک بیمه (EOC) و اطلاعات افشا** – این سند به همراه فرم ثبت نام شما و هرگونه پیوست، الحاقیه یا پوشش اختیاری دیگر انتخاب شده، که پوشش شما، آنچه ما باید انجام دهیم، حقوق شما و آنچه شما به عنوان عضو از طرح ما باید انجام دهید را توضیح می دهد.

**استثنا** – نوعی تصمیم پوشش که در صورت تأیید، به شما امکان می دهد دارویی را که در دارونامه ما نیست (استثنایی در دارونامه) دریافت کنید، یا دارویی غیرترجیحی را با سطح تسهیم هزینه پایین تری دریافت کنید (استثنا در رده بندی). همچنین اگر طرح ما از شما بخواهد قبل از دریافت داروی مورد نظر خود، داروی دیگری را امتحان کنید، اگر طرح ما نیاز به اجازه قبلی برای دارویی داشته باشد و شما بخواهید ما محدودیت معیار را لغو کنیم، یا اگر طرح ما مقدار یا دوز داروی مورد نظر شما را محدود کند (استثنای دارونامه ای).

**Extra Help** – یک برنامه Medicare یا ایالتی که به افراد با درآمد و منابع محدود کمک می کند هزینه های برنامه داروی نسخه ای Medicare را پرداخت کنند، مانند حق بیمه، فرانشیزها، و بیمه مشترک.

**داروی ژنریک** – دارویی نسخه ای که توسط FDA به دلیل داشتن همان ماده (های) فعال داروی مارکدار تأیید شده است. به طور کلی، داروی ژنریک عملکردی مشابه داروی مارکدار دارد و ارزان تر است.

**شکایت** – نوعی شکایت که شما در مورد طرح، ارائه دهندگان یا داروخانه های ما مطرح می کنید، از جمله شکایتی در مورد کیفیت مراقبت شما. این شامل اختلافات مربوط به پوشش یا پرداخت نمی شود.

**کمک های بهداشتی در منزل** – فردی که خدماتی ارائه می کند که برای آن به مهارت های یک پرستار یا درمانگر مورد تأیید نیاز نیست، مانند کمک در انجام امور شخصی (مانند حمام کردن، استفاده از توالت، لباس پوشیدن یا انجام ورزش های توصیه شده).

**آسایشگاه** – مزیتی که درمان خاصی را برای عضوی ارائه می دهد که پزشک گواهی بیماری را برای لاجلاج او را صادر کرده است، یعنی امید به زندگی وی از 6 ماه کمتر است. ما باید لیستی از آسایشگاه های منطقه جغرافیایی شما را در اختیارتان قرار دهیم. اگر آسایشگاه را انتخاب کنید و به پرداخت حق بیمه ادامه دهید، هنوز عضو طرح ما هستید. شما همچنان می توانید از تمام خدمات پزشکی ضروری و همچنین مزایای تکمیلی که ما ارائه می دهیم، بهره مند شوید.

**بستری در بیمارستان** – بستری در بیمارستان، زمانی که به صورت رسمی در بیمارستانی جهت دریافت خدمات پزشکی تخصصی پذیرش می شوید. حتی اگر شب را در بیمارستان بمانید، ممکن است همچنان بیمار سرپایی تلقی شوید.

**مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد (IRMAA)** – اگر درآمد ناخالص تعدیل شده اصلاح شده شما که در اظهارنامه مالیاتی IRS شما از 2 سال پیش گزارش شده است، بالاتر از مبلغ مشخصی باشد، مبلغ حق بیمه استاندارد و «مبلغ تعدیل ماهانه مرتبط با درآمد»، که با نام IRMAA نیز شناخته می شود، را پرداخت خواهید کرد. IRMAA یک هزینه اضافی است که به حق بیمه شما اضافه می شود. کمتر از 5% از افراد تحت پوشش Medicare تحت تأثیر قرار می گیرند، بنابراین اکثر افراد حق بیمه بالاتری پرداخت خواهند کرد.

**حد پوشش اولیه** – حداکثر پوشش در مرحله پوشش اولیه.

**دوره ثبت نام اولیه** – زمانی که برای اولین بار واجد شرایط Medicare می شوید، دوره زمانی است که می توانید برای Medicare Part A و Part B ثبت نام کنید. اگر در سن 65 سالگی واجد شرایط Medicare هستید، دوره ثبت نام اولیه شما یک دوره 7 ماهه است که 3 ماه قبل از ماهی که 65 ساله می شوید شروع می شود، شامل ماهی که 65 ساله می شوید می شود و 3 ماه پس از ماهی که 65 ساله می شوید پایان می یابد.

**D-SNP یکپارچه** – یک D-SNP که خدمات Medicare و بیشتر یا تمام خدمات Medicaid را تحت یک طرح درمانی واحد برای گروه های خاصی از افراد واجد شرایط Medicare و Medicaid پوشش می دهد. این افراد به عنوان افراد واجد شرایط دوگانه با مزایای کامل شناخته می شوند.

**I-SNP – Institutional Special Needs Plan (I-SNP)** – I-SNP ها ثبت نام را به افراد واجد شرایط MA که در جامعه زندگی می کنند اما به سطح مراقبتی که یک مرکز ارائه می دهد نیاز دارند، یا کسانی که حداقل 90 روز متوالی در برخی مراکز بلندمدت زندگی می کنند (یا انتظار می رود زندگی کنند) محدود می کنند. I-SNP ها شامل انواع طرح های زیر هستند: SNP های معادل نهادی (IE-SNPs) SNP های نهادی ترکیبی (HI-SNP ها) و SNP های نهادی مبتنی بر مرکز (FI-SNP ها).

**Institutional-Equivalent Special Needs Plan (IE-SNP)** – یک IE-SNP ثبت‌نام را به افراد واجد شرایط MA که در جامعه زندگی می‌کنند اما به سطح مراقبتی که یک مرکز ارائه می‌دهد نیاز دارند، محدود می‌کند.

**بیوسیمیلار قابل‌جایگزینی** – یک داروی بیوسیمیلار که می‌تواند به‌عنوان جایگزین یک محصول بیوسیمیلار اصلی در داروخانه بدون نیاز به نسخه جدید استفاده شود، زیرا الزامات اضافی در مورد پتانسیل جایگزینی خودکار را برآورده می‌کند. جایگزینی خودکار دارو در داروخانه‌ها تابع قوانین ایالتی است.

**فهرست داروهای تحت پوشش (دارونامه یا لیست دارو)** - یک فهرست از داروهای نسخه‌ای تحت پوشش طرح ما.

یارانه افراد کم‌درآمد (LIS) – به Extra Help مراجعه کنید.

**Manufacturer Discount Program** – یک برنامه که تحت آن تولیدکنندگان دارو بخشی از هزینه کامل طرح ما را برای داروهای مارک‌دار و داروهای بیولوژیک تحت پوشش بخش D پرداخت می‌کنند. تخفیف‌ها بر اساس توافقات بین دولت فدرال و تولیدکنندگان دارو است.

**حداکثر قیمت منصفانه** – قیمتی که Medicare برای یک داروی انتخاب شده مذاکره کرده است.

**حداکثر مبلغ پرداختی از جیب** – بیشترین مبلغی که در طول سال تقویمی برای خدمات تحت پوشش، از جیب خود پرداخت می‌کنید. مبالغی که برای حق بیمه طرح ما، حق بیمه‌های Medicare Part A و Part B و داروهای نسخه‌ای پرداخت می‌کنید جزو حداکثر مبلغ پرداختی از جیب شما محسوب نمی‌شوند. اگر واجد شرایط دریافت کمک تسهیم هزینه Medicare تحت Medicaid هستید، مسئولیتی در قبال پرداخت هیچگونه هزینه قابل‌پرداخت از جیب مشمول حداکثر مبلغ پرداخت از جیب برای خدمات تحت پوشش بخش A و بخش B ندارید. (توجه: از آنجا که اعضای ما از Medicaid نیز کمک دریافت می‌کنند، تعداد بسیار کمی از اعضا به این حداکثر پرداختی از جیب خود می‌رسند.)

**Medicaid (یا کمک پزشکی)** - یک برنامه مشترک فدرال و ایالتی که به برخی از افراد کم‌درآمد و با منابع محدود در هزینه‌های پزشکی کمک می‌کند. برنامه‌های Medicaid ایالتی متفاوت هستند، ولی بیشتر هزینه‌های خدمات درمانی در صورتیکه برای هر دوی Medicare و Medicaid واجد شرایط باشید تحت پوشش قرار می‌گیرند.

**توصیه پذیرفته از نظر پزشکی** – استفاده‌ای از دارویی که یا توسط FDA تأیید شده است یا توسط مراجع خاصی مانند اطلاعات دارویی سرویس دارونامه بیمارستان آمریکایی و سیستم اطلاعات Micromedex DRUGDEX پشتیبانی می‌شود.

**از نظر پزشکی ضروری** – خدمات، لوازم یا داروهایی که برای پیشگیری، تشخیص یا درمان شرایط پزشکی شما مورد نیاز هستند و استانداردهای پذیرفته‌شده پزشکی را برآورده می‌کنند.

**Medicare** – برنامه بیمه درمانی فدرال برای افراد 65 ساله یا بیشتر، بعضی از افراد زیر 65 سال دارای ناتوانی‌های خاص و افرادی مبتلا به مشکلات کلیوی مرحله نهایی (به طور کلی کسانی که نارسایی دائمی کلیه دارند و به دیالیز یا پیوند کلیه نیاز دارند).

**دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage** – دوره زمانی از 1 ژانویه تا 31 مارس که اعضای یک طرح Medicare Advantage می‌توانند ثبت‌نام در طرح آن را لغو کرده و به طرح Medicare Advantage دیگری تغییر دهند یا از طریق Original Medicare پوشش دریافت کنند. اگر در این دوره تصمیم به تغییر به Original Medicare بگیرید، می‌توانید در آن زمان به یک طرح داروی نسخه‌ای Medicare جداگانه نیز بپیوندید. دوره ثبت‌نام آزاد Medicare Advantage همچنین برای یک دوره 3 ماهه پس از واجد شرایط شدن اولیه فرد برای Medicare در دسترس است.

**طرح Medicare Advantage** – گاهی Medicare Part C نیز نامیده می‌شود. طرحی که توسط یک شرکت خصوصی ارائه می‌شود که با Medicare قرارداد دارد تا تمام مزایای Medicare Part A و Part B شما را ارائه دهد. یک طرح Medicare Advantage می‌تواند (i) یک (HMO ii) یک (PPO iii) یک طرح Private Fee-for-Service (PFFS) یا (iv) طرح Medicare Medical Savings Account باشد. علاوه بر انتخاب از بین این نوع طرح‌ها، یک طرح Medicare Advantage HMO یا PPO می‌تواند یک طرح Special Needs (SNP) نیز باشد. در بیشتر موارد، طرح‌های Medicare Advantage، Medicare Part D (پوشش داروی نسخه‌ای) را نیز ارائه می‌دهند. این طرح‌ها طرح‌های Medicare Advantage با پوشش داروی نسخه‌ای نامیده می‌شوند.

**خدمات تحت پوشش Medicare** – خدماتی که تحت پوشش Medicare Part A و Part B هستند. همه طرح‌های درمانی Medicare باید تمام خدماتی را که تحت پوشش Medicare Part A و B هستند، پوشش دهند. اصطلاح خدمات تحت پوشش Medicare شامل مزایای اضافی مانند بینایی، دندانپزشکی یا شنوایی که یک طرح Medicare Advantage ممکن است ارائه دهد، نمی‌شود.

**طرح درمانی Medicare** – یک طرح درمانی Medicare است که توسط یک شرکت خصوصی ارائه می‌شود که با Medicare قرارداد دارد تا مزایای بخش A و بخش B را به افراد دارای Medicare که در طرح ما ثبت‌نام می‌کنند، ارائه دهد. این اصطلاح شامل همه طرح‌های

Medicare Advantage، طرح‌های هزینه Medicare، طرح‌های نیازهای ویژه، برنامه‌های آزمایشی/اثباتی و برنامه‌های مراقبت همه‌جانبه برای سالمندان (PACE) می‌شود.

**پوشش دارویی Medicare Part D (Medicare Part D)** – بیمه‌ای برای کمک به پرداخت هزینه‌های داروهای نسخه‌ای سرپایی، واکسن‌ها، داروهای بیولوژیکی و برخی از لوازمی که تحت پوشش Medicare Part A یا Medicare Part B نیستند.

**برنامه Medicare Part D (MTM) Medication Therapy Management** – یک برنامه Medicare Part D برای نیازهای سلامت پیچیده است که به افرادی که الزامات خاصی را برآورده می‌کنند یا در یک برنامه مدیریت دارو هستند، ارائه می‌شود. خدمات MTM معمولاً شامل گفتگو با یک داروساز یا ارائه‌دهنده مراقبت سلامت برای بررسی داروها است.

**بیمه‌نامه Medigap (بیمه تکمیلی Medicare)** – بیمه تکمیلی Medicare که توسط شرکت‌های بیمه خصوصی برای پر کردن فاصله زمانی موجود در Original Medicare فروخته می‌شود. بیمه‌نامه Medigap فقط با Original Medicare کار می‌کند. (Medicare Advantage یک بیمه‌نامه Medigap نیست).

**عضو (عضو طرح ما، یا عضو طرح)** – فرد دارای Medicare که واجد شرایط دریافت خدمات تحت پوشش است، فردی که در طرح ما ثبت‌نام کرده و ثبت‌نام او توسط مراکز خدماتی Medicare و Medicaid (CMS) تأیید شده است.

**خدمات عضو** – بخشیدر طرح ما که مسئول پاسخگویی سؤالات شما درباره عضویت، مزایا، اعتراض‌ها و درخواست تجدیدنظر است.

**داروخانه شبکه** – داروخانه‌ای که با طرح ما قرارداد دارد و در آن اعضای طرح ما می‌توانند از مزایای داروهای نسخه‌ای خود بهره‌مند شوند. در اکثر مواقع، نسخه‌های شما فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرند که از داروخانه‌های شبکه ما تهیه شده باشند.

**ارائه‌دهنده شبکه** – ارائه‌دهنده اصطلاحی کلی برای پزشکان، سایر متخصصان مراقبت سلامت، بیمارستان‌ها و سایر مراکز مراقبت سلامت است که از سوی Medicare و ایالت برای ارائه خدمات مراقبت سلامت مجوز یا گواهی دارند. ارائه‌دهندگان شبکه با طرح ما توافق‌نامه دارند که پرداخت ما را به عنوان پرداخت کامل بپذیرند و در برخی موارد خدمات تحت پوشش را برای اعضای طرح ما هماهنگ کرده و ارائه دهند. به ارائه‌دهندگان عضو شبکه ارائه‌دهندگان طرح نیز گفته می‌شود.

**دوره ثبت‌نام آزاد** – دوره زمانی از 15 اکتبر تا 7 دسامبر هر سال که اعضا می‌توانند طرح‌های درمانی یا دارویی خود را تغییر دهند یا به Original Medicare تغییر دهند.

**تعیین تکلیف سازمانی** – تصمیمی که طرح ما در مورد این می‌گیرد که آیا ارقام یا خدمات تحت پوشش هستند یا اینکه چقدر باید برای ارقام یا خدمات تحت پوشش پرداخت کنید. تعیین تکلیف سازمانی با عنوان تصمیم‌های مربوط به پوشش‌دهی در این سند عنوان شده‌اند.

**محصول بیولوژیکی اصلی** – یک محصول بیولوژیکی که توسط FDA تأیید شده است و به عنوان مرجع مقایسه‌ای برای تولیدکنندگانی عمل می‌کند که نسخه بیوسیمیلار تولید می‌کنند. از این محصول به عنوان محصول مرجع نیز یاد می‌شود.

**Original Medicare (Traditional Medicare) یا Original Medicare – Fee-for-Service Medicare** توسط دولت ارائه می‌شود و نه یک طرح درمانی خصوصی مانند طرح‌های Medicare Advantage و طرح‌های داروهای نسخه‌ای. در Original Medicare، خدمات Medicare توسط پزشکان، بیمارستان‌ها و دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت ارائه می‌شود که غیر-رایگان هستند و هزینه آنها توسط کنگره تعیین می‌شود. می‌توانید به هر پزشک، بیمارستان یا سایر ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت که Medicare را می‌پذیرند مراجعه کنید. شما باید فرانشیز را پرداخت کنید. Medicare سهم خود را از مبلغ موردتأیید Medicare می‌پردازد و شما سهم خود را می‌پردازید. طرح Original Medicare از 2 بخش تشکیل شده است: بخش A (بیمه بیمارستان) و بخش B (بیمه پزشکی) و در سراسر ایالات متحده در دسترس است.

**داروخانه خارج از شبکه** – داروخانه‌ای که با طرح درمانی ما برای هماهنگ‌سازی یا ارائه داروهای تحت پوشش به اعضای طرح درمانی ما قرارداد ندارد. اکثر داروهایی که از داروخانه‌های خارج از شبکه می‌گیرید تحت پوشش طرح ما نیستند مگر اینکه شرایط خاصی اعمال شود.

**ارائه‌دهنده خارج از شبکه یا مرکز خارج از شبکه** – یک ارائه‌دهنده یا مرکز درمانی که برای ارائه خدمات تحت پوشش به اعضا در طرح ما، قرارداد ندارد. ارائه‌دهندگان خارج از شبکه، ارائه‌دهندگانی هستند که در استخدام، مالکیت یا اداره طرح ما نیستند.

**هزینه‌های پرداختی از جیب** – به تعریف «تسهیم هزینه» در بالا مراجعه کنید. الزام یک عضو به سهیم شدن در پرداخت هزینه بخشی از خدمات یا داروهای دریافتی، به عنوان الزام هزینه «پرداختی از جیب» عضو نیز شناخته می‌شود.

**آستانه پرداخت از جیب** – حداکثر مبلغی که برای داروهای بخش D از جیب خود پرداخت می‌کنید.

**بخش C** – به طرح Medicare Advantage (MA) مراجعه کنید.

**بخش D** – برنامه مزایای داروی نسخه‌ای Medicare داوطلبانه.

**داروهای بخش D** – داروهایی که می‌توانند تحت پوشش بخش D قرار گیرند. ممکن است همه داروهای بخش D را ارائه بدهیم یا ندهیم. دستهبندی‌های خاصی از داروها توسط کنگره از پوشش بخش D حذف شده‌اند. دستهبندی‌های خاصی از داروهای بخش D باید توسط هر طرحی پوشش داده شوند.

**جریمه دیرکرد ثبت‌نام بخش D** – مبلغی که در صورت عدم پوشش معتبر (پوششی که انتظار می‌رود به طور متوسط حداقل به اندازه پوشش دارویی استاندارد Medicare پرداخت کند) برای یک دوره پیوسته 63 روزه یا بیشتر پس از اولین واجد شرایط بودن برای پیوستن به طرح بخش D، به حق بیمه ماهانه طرح شما برای پوشش دارویی Medicare اضافه می‌شود. اگر Extra Help را از دست بدهید، اگر 63 روز یا بیشتر متوالی بدون پوشش بخش D یا پوشش دارویی معتبر دیگری باشید، ممکن است مشمول جریمه تأخیر در ثبت‌نام شوید.

**طرح Medicare Preferred Provider Organization (PPO)** – هر طرح Preferred Provider Organization یک طرح Advantage است که دارای شبکه‌ای از ارائه‌دهندگان طرف قرارداد است که موافقت کرده‌اند اعضای طرح را با مبلغ پرداختی مشخصی درمان کنند. یک طرح PPO باید تمام مزایای طرح را پوشش دهد، چه از ارائه‌دهندگان شبکه و چه از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت شده باشند. تسهیم هزینه اعضا معمولاً زمانی که مزایای طرح از ارائه‌دهندگان خارج از شبکه دریافت می‌شود، بیشتر خواهد بود. طرح‌های PPO محدودیت سالانه‌ای برای هزینه‌های خارج از شبکه شما برای خدمات دریافتی از ارائه‌دهندگان شبکه (ترجیحی) و محدودیت بالاتری برای کل هزینه‌های پرداختی از جیب شما برای خدمات دریافتی از ارائه‌دهندگان شبکه (ترجیحی) و خارج از شبکه (غیرترجیحی) دارند.

**حق بیمه** – پرداخت دوره‌ای به Medicare، یک شرکت بیمه یا یک طرح مراقبت سلامت برای پوشش سلامت یا داروی نسخه‌ای.

**خدمات پیشگیرانه** – مراقبت از سلامت برای جلوگیری از بیماری یا تشخیص بیماری در مراحل اولیه، زمانی که احتمال دارد درمان به بهترین شکل انجام شود (به عنوان مثال، خدمات پیشگیرانه شامل آزمایش پاپ اسمیر، واکسن آنفولانزا و ماموگرافی غربالگری است).

**ارائه‌دهنده مراقبت اولیه (PCP)** – پزشک یا سایر ارائه‌دهندگانی که برای اولین بار برای اکثر مشکلات سلامت خود او را می‌بینید. در بسیاری از طرح‌های درمانی Medicare، قبل از مراجعه به هر ارائه‌دهنده مراقبت سلامت دیگری نخست باید ارائه‌دهنده مراقبت اولیه مراجعه کنید.

**اجازه قبلی** – تأیید قبلی برای دریافت خدمات یا داروهای خاص بر اساس معیارهای خاص. خدمات تحت پوششی که به اجازه قبلی نیاز دارند در جدول مزایای پزشکی فصل 4 مشخص شده‌اند. داروهای تحت پوشش که نیاز به اجازه قبلی دارند، در دارونامه تحت پوشش علامت‌گذاری شده و معیارهای ما در وبسایت طرح درج شده است.

**پروتز و ارتز** – اقلام تحت پوشش شامل، اما نه محدود به، آتل دست، کمر و گردن؛ اندام مصنوعی؛ چشم مصنوعی و دستگاه‌های مورد نیاز برای جایگزینی اجزای داخلی بدن یا عملکردهای آن، شامل وسایل استومی و درمان تغذیه انترال و پرنترال.

**سازمان بهبود کیفیت (QIO)** – گروهی متشکل از پزشکان متخصص و دیگر متخصصان خدمات درمانی است که دستمزد خود را از دولت فدرال دریافت می‌کنند تا خدمات درمانی ارائه‌شده به بیماران Medicare را بررسی کنند و آن‌ها را بهبود ببخشند.

**محدودیت‌های مقدار** – یک ابزار مدیریتی که برای محدود کردن استفاده از دارو به دلایل کیفیت، ایمنی یا نحوه مصرف طراحی شده است. ممکن است محدودیت‌هایی در مورد مقدار دارویی که ما در هر نسخه تحت پوشش قرار می‌دهیم یا برای مدت زمان مشخصی اعمال شوند.

«ابزار مزایای آنلاین پلادرنگ» (**Real Time Benefit Tool**) – یکپورتال یا برنامه‌ای کامپیوتری که اعضا با استفاده از آن می‌توانند اطلاعات مزایا و دارونامه مختص اعضا که کامل، دقیق، به‌موقع و از لحاظ بالینی مناسب است را دریافت کنند. این اطلاعات شامل مبالغ تسهیم هزینه، داروهای دارونامه‌ای جایگزین قابل استفاده به‌جای داروی مورد نظر در شرایط سلامتی خاص، و محدودیت‌های احتمالی (اجازه قبلی، درمان مرحله‌ای، محدودیت‌های مقدار) اعمال‌شده بر داروهای جایگزین هستند.

**ارجاع** – یک دستور کتبی از پزشک مراقبت اولیه شما برای مراجعه به متخصص یا دریافت خدمات پزشکی خاص. بدون ارجاع، طرح ما ممکن است هزینه خدمات یک متخصص را پرداخت نکند.

**خدمات توانبخشی** – این خدمات شامل مراقبت توانبخشی بستری، فیزیوتراپی (سرپایی)، گفتار و زبان درمانی و کاردرمانی می‌شود.

**داروی انتخابی** – دارویی که تحت پوشش بخش D است و Medicare برای آن حداکثر قیمت منصفانه را تعیین کرده است.

**منطقه خدمات‌رسانی** – یک منطقه جغرافیایی که برای عضویت در یک طرح درمانی خاص باید در آن زندگی کنید. در مورد طرح‌هایی که استفاده شما از پزشکان یا بیمارستان‌ها را محدود می‌کنند، به‌طور کلی به منطقه‌ای اشاره دارد که می‌توانید خدمات روتین (غیراورژانسی) را در آن دریافت کنید. در صورت خروج دائمی‌تان از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما، طرح ما باید عضویت شما را لغو کند.

**مراقبت‌های مرکز نگهداری تخصصی (SNF) – خدمات توانبخشی و مراقبت پرستاری تخصصی ارائه‌شده به صورت ادامه‌دار، روزانه در یک مرکز نگهداری تخصصی.** نمونه‌هایی از مراقبت شامل فیزیوتراپی یا تزریق داخل وریدی است که فقط توسط یک پرستار یا پزشک ثبت شده قابل انجام است.

**طرح Special Needs – نوع خاصی از طرح Medicare Advantage که مراقبت از سلامت متمرکزتری را برای گروه‌های خاصی از افراد، مانند افرادی که هم Medicare و هم Medicaid دارند، در خانه سالمندان زندگی می‌کنند یا شرایط پزشکی مزمن خاصی دارند ارائه می‌دهد.**

**درمان مرحله‌ای –** یک ابزار کاربردی که شما را ملزم می‌کند قبل از اینکه دارویی را که پزشک شما در ابتدا تجویز کرده است، پوشش دهیم، ابتدا داروی دیگری را برای درمان شرایط پزشکی خود امتحان کنید.

**درآمد تأمین اجتماعی تکمیلی (SSI) –** مزیتی ماهانه که توسط تأمین اجتماعی به اشخاصی پرداخت می‌شود که درآمد و منابع مالی محدود دارند و معلول، نابینا یا 65 ساله به بالا هستند. مزایای SSI با مزایای تأمین اجتماعی تفاوت دارند.

**خدمات فوری مورد نیاز –** خدماتی تحت پوشش طرح که نیاز به مراقبت‌های پزشکی فوری دارند و اورژانسی نیستند، در صورتی که موقتاً خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید، یا با توجه به زمان، مکان و شرایط شما، دریافت این خدمات از ارائه‌دهندگان شبکه غیرمنطقی باشد، یک خدمت فوری مورد نیاز محسوب می‌شوند. نمونه‌هایی از خدمات فوری مورد نیاز، بیماری‌ها و جراحات پزشکی پیش‌بینی‌نشده یا تشدید غیرمنتظره بیماری‌های فعلی است. مراجعات پزشکی ضروری روتین به ارائه‌دهنده (مانند معاینات سالانه) حتی اگر خارج از منطقه خدمات‌رسانی طرح ما باشید یا شبکه طرح ما موقتاً در دسترس نباشد، فوری تلقی نمی‌شوند.

## اطلاعات مهم تکمیلی درباره مراقبت‌های بهداشتی و منابع اعضا

- اطلاعیه عدم تبعیض (NDN) - بخش 1557
- اطلاعیه دسترسی پذیری (NOA) - خدمات کمک زبانی
- اطلاعیه رویه حفظ حریم خصوصی (NPP)

تبعیض خلاف قانون است. Central Health Plan از قوانین حقوق مدنی ایالتی و فدرال پیروی می‌کند. Central Health Plan برخلاف قوانین و مقررات هیچکس را مورد تبعیض قرار نمی‌دهد و یا براساس جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، ملیت، اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کارافتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی افراد را مستثنی نکرده و یا رفتار متفاوت با آنها ندارد.

Central Health Plan ارائه می‌دهد:

- ابزارها و خدمات رایگان در زمان مناسب به افراد دارای معلولیت برای کمک به ارتباط بهتر، مانند:
  - مترجمان واجد شرایط زبان اشاره
  - اطلاعات کتبی در قالب‌های دیگر (چاپ با حروف درشت، صوتی، قالب‌های الکترونیکی قابل دسترسی، سایر قالب‌ها)
- خدمات زبان رایگان در زمان مناسب به افرادی که زبان اصلی آن‌ها انگلیسی نیست، مانند:
  - مترجمان شفاهی واجد شرایط
  - اطلاعات مکتوب به زبان‌های دیگر

اگر به این خدمات نیاز دارید، بین ساعت 8 a.m. تا 8 p.m. از طریق شماره 1-866-314-2427 با Central Health Plan تماس بگیرید. در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید. در صورت درخواست، این سند می‌تواند به صورت بریل، چاپ با حروف بزرگ، نوار صوتی یا فرمت الکترونیکی در دسترس شما قرار گیرد. برای دریافت نسخه‌ای از این فرمت‌های جایگزین، لطفاً تماس بگیرید یا نامه‌ای به آدرس زیر ارسال کنید:

Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

از طریق تلفن: 1-866-606-3889. در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

## نحوه ثبت شکایت

اگر تصور می‌کنید Central Health Plan در ارائه این خدمات قصور ورزیده یا به هر ترتیب دیگری بر پایه جنسیت، نژاد، رنگ پوست، دین، تبار، اصلیت ملی، اقلیت قومی، سن، ناتوانی ذهنی، از کارافتادگی جسمانی، شرایط پزشکی، اطلاعات ژنتیکی، وضعیت تأهل، جنسیت، هویت جنسیتی یا تمایلات جنسی برخلاف قوانین و مقررات تبعیض قائل شده است می‌توانید نزد «مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan» شکایت کنید. شما می‌توانید شکایت خود را تلفنی، کتبی، یا به صورت الکترونیکی ثبت کنید:

- از طریق تلفن: با «مسئول هماهنگی حقوق مدنی Central Health Plan» به شماره 1-866-606-3889 از ساعت 8:30 a.m. تا 5:30 p.m. تماس بگیرید. یا در صورتی که در شنوایی و تکلم مشکل دارید لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.
- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای بنویسید و آن را به نشانی زیر ارسال کنید:

Central Health Plan  
Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

• به صورت حضوری: به مطب پزشک خود یا به دفتر Central Health Plan مراجعه و اعلام کنید که می‌خواهید شکایت رسمی ثبت کنید.

• به صورت الکترونیکی: به آدرس [Civil.Rights@MolinaHealthcare.com](mailto:Civil.Rights@MolinaHealthcare.com) ایمیل بفرستید. همچنین می‌توانید به وبسایت Central Health Plan به آدرس [MolinaHealthcare.Alertline.com](http://MolinaHealthcare.Alertline.com) مراجعه کنید.

## دفتر حقوق مدنی – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

همچنین می‌توانید شکایت حقوق مدنی را از طریق تلفن، به صورت کتبی یا الکترونیکی به دفتر حقوق مدنی سازمان خدمات مراقبت سلامت ایالات متحده ارائه دهید:

- از طریق تلفن: با شماره 916-440-7370 تماس بگیرید. یا، اگر مشکلات شنوایی یا تکلم دارید، لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید (خدمات رله مخابراتی).

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال کنید:  
معاون مدیر، دفتر حقوق مدنی

Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413  
Sacramento, CA 95899-7413

فرم‌های شکایت در این آدرس در دسترس هستند [DHCS.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- به صورت الکترونیکی: به آدرس [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov) ایمیل بفرستید.

## دفتر حقوق مدنی – U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

اگر معتقدید که بر اساس نژاد، رنگ پوست، ملیت، سن، معلولیت یا جنسیت مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید شکایت حقوق مدنی (شکایت) خود را به صورت تلفنی، کتبی یا الکترونیکی نزد وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (U.S. Department of Health and Human Services)، دفتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) ثبت کنید:

- از طریق تلفن: با شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. در صورتی که در تکلم و شنوایی مشکل دارید لطفاً با TTY/TDD تماس بگیرید: 1-800-537-7697.

- به صورت کتبی: یک فرم شکایت پر کنید، یا نامه‌ای را به نشانی زیر ارسال کنید:

U.S. Department of Health and Human Services  
Independence Avenue, SW 200  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

فرم‌های شکایت در آدرس [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html) موجود است.

- به صورت الکترونیکی: به پورتال شکایات دفتر حقوق مدنی به آدرس زیر مراجعه کنید:

[OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://www.OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf)

## **Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services**

---

### **English**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

### **العربية (Arabic)**

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنك الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

### **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրաստիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

### **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរដុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

### **简体中文 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

### **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

### **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

### **Hmoob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

### **日本語 (Japanese)**

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

### **한국어 (Korean)**

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

### **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

### **Mien**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

## Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

### **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog (Filipino)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Українська (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

# اطلاعیه حفظ حریم خصوصی

این اطلاعیه نحوه استفاده و افشاء اطلاعات پزشکی شما و همچنین نحوه دسترسی شما به این اطلاعات را شرح می‌دهد. لطفاً با دقت آن را مطالعه کنید.

این اطلاعیه، رویه‌های حفظ حریم خصوصی طرح‌های بهداشتی وابسته به Molina Healthcare (که در این متن «Molina»، «ما» یا «مال ما» نامیده می‌شوند) را تشریح می‌کند. ما برای ارائه مزایای بهداشتی شما به‌عنوان عضو Molina از اطلاعات سلامت محافظت شده («PHI») شما استفاده کرده و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. ما از PHI شما برای درمان، پرداخت و عملکردهای مربوط به مراقبت سلامتی استفاده و آنها را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ما PHI شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده می‌کنیم و به اشتراک می‌گذاریم. ما موظفیم که اطلاعات سلامت شما را به صورت محرمانه نگه داریم و از شرایط این اطلاعیه پیروی کنیم. تاریخ اجرایی این اطلاعیه مصادف با 1 ژانویه 2026 است.

در واقع PHI به اطلاعات سلامتی گفته می‌شود که شامل نام، شماره عضویت و دیگر اطلاعات شناسایی شما است و توسط ما استفاده یا به اشتراک گذاشته می‌شود. PHI شامل اطلاعات سلامت مربوط به اختلالات مصرف مواد و اطلاعات بیومتریک (مانند اثر صدا) نیز می‌شود.

## چرا ما از PHI شما استفاده می‌کنیم یا آن را به اشتراک می‌گذاریم؟

ما با هدف ارائه مزایای مراقبت سلامت از PHI شما استفاده می‌کنیم و آن را به اشتراک می‌گذاریم. PHI شما نیز در راستای اهداف درمانی، پرداخت و اجرای عملکردهای مرتبط با خدمات درمانی استفاده و به اشتراک گذاشته می‌شود.

## برای درمان

ما از PHI شما جهت ارائه یا انجام مقدمات مورد نیاز در این زمینه استفاده و آن را به اشتراک می‌گذاریم. همچنین این درمان شامل موارد ارجاع بین شما و پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی است. به عنوان مثال، ممکن است اطلاعات مربوط به وضعیت درمانی شما را با یک متخصص به اشتراک بگذاریم. این امر به متخصص کمک می‌کند تا درباره درمان شما با پزشک شما گفتگو کند.

## برای پرداخت

ما ممکن است PHI شما را به‌منظور تصمیم‌گیری درباره پرداخت استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم. این امر شامل موارد دعوی، تأیید درباره درمان و تصمیم‌گیری‌های مربوط به نیازهای پزشکی است. امکان دارد نام شما، وضعیت پزشکی شما، درمان شما و اقلامی که به شما ارائه می‌شود در صورت‌حساب نوشته شود. به‌عنوان مثال، ممکن است ما به پزشک اطلاع دهیم که شما از مزایای ما برخوردار هستید. همچنین درباره مبلغ صورتحسابی که قصد پرداخت آن را داریم به پزشک اطلاع می‌دهیم.

## برای عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت

ما ممکن است PHI شما را در راستای اجرای طرح درمانی خود استفاده کنیم یا به اشتراک بگذاریم. به عنوان مثال، ممکن است ما اطلاعات دعوی شما را جهت اطلاع رسانی به شما درباره یک طرح سلامت مفید برای شما استفاده کنیم. همچنین ممکن است جهت رفع نگرانی‌تان از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم. علاوه بر این، PHI شما به ما کمک می‌کند که بدانیم آیا مبلغ مطالبه شده توسط شما به درستی پرداخت شده است.

عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت مستلزم بسیاری از نیازهای تجاری روزانه است. این عملکردها شامل موارد زیر می‌شود اما محدود به این موارد نیست:

- بهبود کیفیت؛
- عملکرد در برنامه‌های درمانی برای کمک به اعضا در شرایطی خاص (مثلاً بیماری آسم)؛
- اجرا یا تنظیم جلسات بررسی پزشکی؛
- خدمات حقوقی از جمله شناسایی کلاهبرداری و سوءاستفاده و برنامه‌های مربوط به پیگرد؛
- اقداماتی برای کمک به ما در زمینه پیروی از قوانین؛
- رسیدگی به نیازهای عضو، از جمله حل و فصل شکایات و نارضایتی‌ها.

ما PHI شما را با سایر شرکت‌هایی که («همکاران تجاری») برنامه‌های مختلف را برای طرح درمانی ما اجرا می‌کنند به اشتراک می‌گذاریم. همچنین ممکن است از PHI شما جهت یادآوری قرارهای ملاقات‌تان استفاده کنیم. ممکن است از PHI شما برای ارائه اطلاعات مربوط به سایر درمان(ها)، مزایا و خدمات سلامتی استفاده کنیم.

ما چه زمانی می‌توانیم بدون دریافت رضایت‌نامه کتبی (تأییدیه) از PHI شما استفاده کنیم یا آن را به اشتراک بگذاریم؟ علاوه بر مداوا، پرداخت هزینه و خدمات بهداشتی، Molina از نظر قانونی مجاز یا ملزم است که از PHI شما در راستای اهداف مختلف زیر استفاده کند و آن را به اشتراک بگذارد:

### **الزامات قانونی**

همچنین ما اطلاعات شما را در راستای اهداف مجاز و الزامات قانونی استفاده و به اشتراک می‌گذاریم. ما PHI شما را زمانی به اشتراک می‌گذاریم که به واسطه معاونت (HHS) Department of Health and Human Services این امر لزومی داشته باشد. این امر ممکن است جهت پیروی از یک حکم دادگاه، سایر بررسی‌های حقوقی یا اعمال قانون انجام شود.

### **بهداشت عمومی**

ممکن است PHI شما برای اجرای فعالیت‌های مرتبط با بهداشت عمومی مورد استفاده قرار بگیرد یا به اشتراک گذاشته شود. این امر ممکن است شامل کمک به سازمان‌های بهداشت عمومی برای پیشگیری از بروز بیماری یا کنترل آن باشد.

### **نظارت بر خدمات بهداشتی**

ممکن است سازمان‌های دولتی از PHI شما استفاده کنند یا آن را به اشتراک بگذارند. این سازمان‌ها ممکن است جهت انجام ارزیابی‌ها، به PHI شما نیاز داشته باشد.

### **تحقیقات**

ممکن است PHI شما در راستای اهداف تحقیقاتی خاص از قبیل تحقیقات مورد تأیید هیئت محرمانگی یا بررسی سازمانی مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

### **رویه‌های حقوقی یا اداری**

ممکن است PHI شما در مراحل قانونی، مانند پیروی از دستور دادگاه، مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

### **اجرای قانون**

ممکن است PHI شما جهت اجرای قانون، به‌عنوان مثال جهت کمک به یافتن مظنون، شاهد یا شخص گمشده، با پلیس به اشتراک گذاشته شود یا در این زمینه استفاده شود.

### **ایمنی و بهداشت**

ممکن است PHI شما جهت پیشگیری از یک تهدید جدی و قریب‌الوقوع نسبت به بهداشت یا ایمنی یک فرد یا عموم، به اشتراک گذاشته شود.

### **وظایف حکومت**

ممکن است PHI شما در راستای اهداف عملکردهایی خاص با دولت به اشتراک گذاشته شود. یک نمونه از این امر می‌تواند حفاظت از رئیس‌جمهور باشد.

### **قربانیان بهره‌کشی، بی‌توجهی یا خشونت خانگی**

اگر ما معتقد باشیم که فردی قربانی موارد سوء استفاده یا غفلت شده است، ممکن است PHI شما با مقامات قضایی به اشتراک گذاشته شود.

### **جبران خسارت کارگران**

ممکن است PHI شما در راستای پیروی از قوانین جبران خسارت کارگران مورد استفاده قرار گیرد یا به اشتراک گذاشته شود.

### **سایر موارد افشای اطلاعات**

ممکن است PHI شما با مسئولان کفن و دفن یا مسئولان پزشکی قانونی به اشتراک گذاشته شود تا بتوانند مسئولیت خودشان را ایفاء کنند.

## محدودیت‌های تکمیلی بر استفاده و افشا.

برخی قوانین فدرال و ایالتی ممکن است مستلزم تدابیر ویژه‌ای برای حفظ حریم خصوصی باشند که استفاده و افشای انواع خاصی از اطلاعات سلامت را محدود می‌سازند. چنین قوانینی ممکن است از اطلاعات زیر حفاظت نمایند: اختلالات ناشی از مصرف الکل و مواد، اطلاعات بیومتریک، سوءاستفاده یا غفلت از کودک یا بزرگسال، از جمله تعرض جنسی، بیماری‌های مسری، اطلاعات ژنتیکی، HIV/ایدز، سلامت روان، اطلاعات مربوط به افراد زیر سن قانونی، نسخه‌های دارویی، سلامت باروری، و بیماری‌های مقاربتی. در مواردی که قوانین سخت‌گیرانه‌تر نسبت به ما لازم‌الاجرا باشند، ما ملزم به رعایت و اجرای همان قوانین سخت‌گیرانه‌تر خواهیم بود.

## اطلاعات مربوط به اختلالات مصرف مواد (SUD)

اگرچه ما براساس قوانین فدرال یک «برنامه درمان اختلال مصرف مواد» محسوب نمی‌شویم، ممکن است اطلاعاتی درباره شما از چنین برنامه‌ای دریافت کنیم. ما مجاز به افشای اطلاعات مربوط به اختلالات مصرف مواد (SUD) جهت استفاده در دادرسی‌های مدنی، کیفری، اداری یا تقنینی علیه شما نخواهیم بود، مگر در صورتی که (i) رضایت‌نامه کتبی شما در اختیار ما باشد؛ یا (ii) حکم دادگاه همراه با احضاریه یا سایر الزامات قانونی که افشا را الزامی می‌سازد صادر شده باشد، آن هم پس از آنکه به شما و ما اطلاع‌رسانی شده و فرصت ارائه توضیحات فراهم شده باشد.

## ما چه زمانی برای استفاده یا اشتراک‌گذاری PHI شما به اجازه کتبی (مجوز) شما نیاز داریم؟

ما جهت استفاده از PHI شما و اشتراک‌گذاری آن در راستای اهدافی به‌جز موارد مذکور در این اطلاعیه، به اجازه کتبی شما نیاز داریم. ما پیش‌از اشتراک‌گذاری PHI شما در راستای اهداف زیر، به اجازه شما نیاز داریم: (1) اکثر موارد استفاده و افشای اطلاعات روانشناسی؛ (2) استفاده و افشای اطلاعات در راستای اهداف بازاریابی؛ و (3) موارد استفاده و افشای اطلاعات که شامل فروش PHI است. شما می‌توانید رضایت کتبی که در اختیار ما گذاشته‌اید را لغو کنید. لغو رضایت نامه در مورد اقدامات پیشین ما کاربرد ندارد، زیرا پیش از انجام اقدامات مذکور رضایت خود را اعلام کرده بودید.

## حقوق مربوط به اطلاعات سلامت شما چیست؟

شما از حقوق زیر برخوردار هستید:

- **درخواست اعمال محدودیت‌هایی درباره موارد استفاده یا افشای PHI (اشتراک‌گذاری PHI شما)**  
می‌توانید از ما درخواست کنید تا برای انجام درمان، پرداخت یا سایر عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت، PHI شما را با دیگران به اشتراک نگذاریم. همچنین می‌توانید از ما درخواست کنید تا PHI شما را با خانواده، دوستان یا سایر افرادی که نام می‌برید و در مراحل مراقبت بهداشتی شما حضور دارند، به اشتراک نگذاریم. اما ما ملزم نیستیم تا با این درخواست شما موافقت کنیم. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.
- **درخواست مکاتبات محرمانه PHI**  
می‌توانید از Molina درخواست کنید تا به شیوه‌ای خاص یا در مکانی خاص PHI شما را در اختیار شما قرار دهد تا PHI شما خصوصی بماند. ما درخواست‌های منطقی را پیگیری می‌کنیم، یعنی شما برای ما توضیح دهید که چگونه به اشتراک‌گذاری بخشی یا تمام PHI شما می‌تواند زندگی شما را به خطر بیندازد. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید.
- **بررسی و کپی کردن PHI**  
شما از این حق برخوردار هستید تا PHI که در اختیار ما قرار دارد را بررسی و یک کپی از آن را دریافت کنید. این مورد شامل سوابقی است که جهت پوشش‌دهی، اقامه دعوی یا سایر موارد تصمیم‌گیری به‌عنوان عضو ما استفاده می‌کنید. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. ممکن است برای کپی‌برداری یا پست سوابق، هزینه‌ای متناسب از شما دریافت کنیم. در برخی شرایط خاص، ممکن است درخواست شما را رد کنیم. نکته مهم: ما نسخه کامل سوابق پزشکی شما را در اختیار نداریم. در صورت تمایل به مطالعه سوابق پزشکی خود دریافت یک کپی از آن یا تغییر آن، لطفاً با پزشک یا کلینیک خود تماس بگیرید.
- **اصلاح PHI**  
می‌توانید از ما درخواست کنید که PHI شما را تغییر دهیم (عوض کنیم). این امر فقط شامل آن سوابق شما است که ما به دلیل عضویت شما در طرح نگه داشته‌ایم. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. اگر درخواست شما را رد کنیم، می‌توانید نامه‌ای مبنی بر عدم موافقت خود با این تصمیم برای ما ارسال کنید.
- **دریافت گزارش درباره موارد افشای PHI (اشتراک‌گذاری PHI)**  
می‌توانید از ما درخواست کنید تا لیست اشخاص خاصی که PHI شما ظرف مدت شش سال پیش از تاریخ درخواست شما با آن‌ها به اشتراک گذاشته شده است را در اختیار شما قرار دهیم. این فهرست شامل اشتراک‌گذاری PHI به دلایل زیر نمی‌باشد:

- برای درمان، پرداخت یا عملکردهای مربوط به مراقبت سلامت؛
- با افراد درباره PHI خودشان؛
- اشتراک‌گذاری که با اجازه شما انجام شود؛
- حادثه‌ای که منجر به استفاده یا افشای اطلاعاتی شود که طبق قانون مربوطه مجاز یا الزامی است؛
- انتشار PHI برای مسائل امنیتی ملی یا برای اهداف اطلاعاتی؛ یا
- بخشی از یک مجموعه محدود از داده‌ها با توجه به قانون مربوطه.

اگر شما این لیست را بیشتر از یک بار در طول مدت 12 ماه درخواست کنید، ما هزینه‌ای معقول را برای هر بار درخواست در نظر می‌گیریم. باید درخواست‌تان را به صورت کتبی ارسال کنید. می‌توانید از فرم ما برای ارائه درخواست خود استفاده کنید. می‌توانید هرکدام از درخواست‌های فوق را داشته باشید یا یک نسخه کاغذی از این اطلاعیه را دریافت کنید. 7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، به وقت محلی، لطفاً با «بخش خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید.

### اگر از حقوق شما محافظت نمی‌شود، چه کاری می‌توانید انجام دهید؟

اگر فکر می‌کنید که حقوق حریم خصوصی شما نقض شده است، می‌توانید به ما یا Department of Health and Human Services شکایت کنید. در صورت ثبت شکایت هیچ اقدامی علیه شما انجام نمی‌دهیم. خدمات درمانی و مزایای شما به هیچ عنوان تغییر نمی‌کنند.

شکایت خود را می‌توانید با ما به آدرس زیر ارسال کنید:

7 روز هفته، از ساعت 8 صبح تا 8 شب، به وقت محلی، با «خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرید. یا به نشانی زیر نامه بنویسید:

Molina Healthcare  
Attn: Appeals and Grievances  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801-9977

می‌توانید شکایت خود را به نشانی زیر برای معاونت U.S. Department of Health and Human Services ارسال کنید:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights  
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201  
(800) 368-1019؛ (800) 537-7697 (TDD)؛ (202) 619-3818 (فکس)

### وظایف ما چیست؟

ما موظف هستیم به:

- حفظ PHI شما به صورت خصوصی؛
- ارائه اطلاعات به صورت کتبی، مانند این فرم در رابطه با وظایف و اصول حریم خصوصی ما درباره PHI شما؛
- در صورت افشای PHI محافظت‌نشده شما، یک اطلاعیه در اختیارتان قرار دهد؛
- از اطلاعات ژنتیکی شما برای اهدافی به‌جز موارد عنوان‌شده استفاده نکند یا آنها را در اختیار دیگران قرار ندهد؛
- از شرایط این اطلاعیه تبعیت کند.

این اطلاعیه ممکن است تغییر کند

ما حق تغییر رویه‌های جمع‌آوری اطلاعات خود و شروط این اطلاعیه در هر زمانی را برای خود محفوظ می‌دانیم. در صورت هرگونه تغییر، شرایط و اصول جدید در مورد تمام موارد PHI اعمال می‌شود. در صورت اعمال تغییرات اساسی، ما اطلاعیه اصلاح‌شده را در وبسایت خود پست خواهد کرد همچنین، اطلاعیه اصلاح‌شده یا اطلاعات مرتبط با این تغییرات اساسی و نحوه دسترسی به اطلاعیه اصلاح‌شده را در ارسال‌های پستی سالانه بعدی برای اعضای تحت پوشش‌مان می‌گنجانیم. این اطلاعیه در وبسایت ما به آدرس [MolinaHealthcare.com](http://MolinaHealthcare.com) موجود است.

#### اطلاعات تماس

در صورت داشتن هرگونه سؤال درباره این اطلاعیه، لطفاً با ما تماس بگیرید.

7 روز هفته، از ساعت 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی، با «بخش خدمات اعضا» به شماره تماس رایگان موجود بر پشت کارت شناسایی خود تماس بگیرید. کاربران TTY/TDD لطفاً با شماره 711 تماس بگیرند. یا به «خدمات اعضای Molina» به نشانی 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802 نامه بنویسید.

شما می‌توانید این متن را به صورت رایگان به سایر قالب‌ها، مانند چاپ درشت، بریل، یا فایل صوتی، دریافت کنید. با شماره (855) 882-3901 تماس بگیرید، TTY/TDD: 711، در 7 روز هفته، از 8 a.m. تا 8 p.m.، به وقت محلی. این تماس رایگان است.



### خدمات اعضای (HMO D-SNP) Central Health Medi-Medi Plan I

روش: خدمات اعضا - اطلاعات تماس	
اطلاعات تماس	(866) 314-2427 تماس با این شماره رایگان است. خط خدمات اعضا 24 ساعته و 7 روز هفته باز است، اگر بعد از ساعات کاری تماس بگیرید، می‌توانید پیام صوتی بگذارید. اگر به کمک فوری نیاز دارید یا در شرایط بحرانی هستید، برای دریافت پشتیبانی بیشتر و زنده، IVR شما را به خط مشاوره پرستاری هدایت می‌کند. همچنین خدمات اعضا دارای مترجم شفاهی رایگان برای افرادی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند.
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند. تماس با این شماره رایگان است. ”رله ملی“ در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته موجود است.
فکس	(310) 507-6186
ارسال نامه	Molina Healthcare Attn: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
وبسایت	<a href="http://centralhealthplan.com">centralhealthplan.com</a>
شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging (California 's SHIP) یک برنامه ایالتی است که از دولت فدرال پول دریافت می‌کند تا مشاوره بیمه سلامت محلی رایگان را به افراد تحت پوشش Medicare ارائه دهد.	

روش: اطلاعات تماس	
اطلاعات تماس	شهرستان Ventura: (805) 477-7310 شهرستان Ventura: دوشنبه تا جمعه: 8 AM تا 5 PM
TTY	711 این شماره به تجهیزات تلفنی ویژه نیاز دارد و فقط برای افرادی است که در شنوایی یا صحبت کردن مشکل دارند.
ارسال نامه	شهرستان Ventura: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
وبسایت	<a href="https://www.aging.ca.gov/hicap">https://www.aging.ca.gov/hicap</a>

**بیانیه افشای PRA** بر اساس قانون کاهش تشریفات اداری مصوب سال 1995، هیچ فردی ملزم به پاسخ‌دهی در جمع‌آوری اطلاعات نیست مگر اینکه شماره کنترل OMB معتبر را نشان دهد. شماره کنترل OMB معتبر برای این جمع‌آوری اطلاعات 1051-0938 می‌باشد. اگر نظر یا پیشنهادی برای بهبود این فرم دارید، لطفاً به آدرس زیر نامه بفرستید: *CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports, Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*.