طرح بیمه درمانی Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
پیشنهادشده توسط
Health Net Community Solutions, Inc.

اطلاعیه سالانه تغییرات سال 2020

مقدمه

در حال حاضر به عنوان عضوی از طرح Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)ثبت‌نام شده‌اید. سال بعد، تغییراتی در مزایا، پوشش، قوانین و هزینه‌های طرح اعمال خواهد شد. این *اعلامیه تغییرات سالیانه*، اطلاعاتی در خصوص تغییرات در اختیار شما قرار می‌دهد و اینکه کجا می‌توانید اطلاعات بیشتری در خصوص آنها بیابید. کلیدواژه‌ها و تعبیرات آنها به ترتیب الفبایی در فصل آخر *دفترچه اعضا* آمده است.

فهرست مطالب

A. سلب مسئولیت 3

B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده 3

B1. منابع اضافی 4

B2. اطلاعات در خصوص Health Net Cal MediConnect 5

B3. اقدامات مهمی که باید انجام دهید 6

C. تغییرات ایجادشده در تأمین‌کنندگان شبکه و داروخانه‌ها 7

D. تغییرات صورت‌گرفته در مزایا و هزینه‌های سال آینده 8

D1. تغییرات صورت‌گرفته در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی 8

D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی 9

D3. مرحله 1: «مرحله ابتدایی پوشش بیمه» 11

D4. مرحله 2: «مرحله نهایی پوشش بیمه» 13

E. تغییرات اداری 13

F. چطور یک طرح انتخاب کنیم 13

F1. چطور در طرح ما باقی بمانید 13

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

F2. چطور طرح‌های بهداشتی خود را عوض کنیم 14

G. چطور کمک دریافت کنیم 17

G1. دریافت کمک از Health Net Cal MediConnect 17

G2. دریافت راهنمایی از واسطه ایالتی ویژه ثبت نام 17

G3. دریافت راهنمایی از برنامه رسیدگی به شکایات Cal MediConnect 17

G4. دریافت راهنمایی از برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy..... 18

G5. دریافت راهنمایی از Medicare..... 18

G6. دریافت راهنمایی از سازمان مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا..... 19

A. سلب مسئولیت

❖ این یک لیست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایا، خلاصه کوتاهی است و توصیف کاملی از مزایای موجود نیست. برای کسب اطلاعات بیشتر، با مسئولین طرح تماس بگیرید یا دفترچه اعضا Health Net Cal MediConnect را مطالعه کنید.

B. بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal شما برای سال آینده

بسیار مهم است که پوشش سلامت شما اکنون مورد بررسی قرار گیرد تا مشخص شود که آیا مطابق با نیازهای سال آینده شما می‌باشد یا خیر. چنانچه مطابق با نیازهای شما نباشد، می‌توانید از طرح خارج شوید. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه کنید.

چنانچه تصمیم به خروج از طرح Health Net Cal MediConnect گرفته‌اید، عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست خود را ارائه کرده‌اید به پایان خواهد رسید.

اگر از طرح ما خارج شوید، تا زمانی که صلاحیت داشته باشید همچنان در برنامه‌های Medicare و Medi-Cal ماندگار هستید.

- امکان انتخاب نحوه دریافت مزایای Medicare برای شما فراهم است (برای مشاهده گزینه‌های انتخاب به صفحه 14 مراجعه کنید).
- مزایای Medi-Cal خود را از طریق یک طرح مراقبت بهداشتی تحت مدیریت Medi-Cal دریافت خواهید کرد (برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 16 مراجعه کنید).

B1. منابع اضافی

- ATENCIÓN: si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия TTY: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulog sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- XIN LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi săn co dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miên phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.
- 알림:귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- 請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午 8 點到下午 8 點。非營業時間、週末及假日您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Զանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

- توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

- ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃចន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំឡេងបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតគិតថ្លៃឡើយ។

- تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات ، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- می‌توانید درخواست دهید که این اطلاعیه سالانه تغییرات را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر دریافت کنید، مانند حروف درشت، خط بریل یا فایل‌های صوتی. می‌توانید با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب تماس بگیرید. در خارج از ساعات اداری، آخرهفته‌ها و در تعطیلات می‌توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است.

- چنانچه تمایل دارید بخش خدمات اعضا مدارک عضویت شما را از حالا به بعد در قالب دیگری، مانند حروف بریل یا حروف درشت یا به زبانی به غیر از انگلیسی، برایتان ارسال کند، لطفاً با شماره تلفن زیر با ما تماس بگیرید. به بخش خدمات اعضا اطلاع دهید که همیشه مایلید مدارک خود را در قالب یا زبان دیگری دریافت کنید.

B2. اطلاعات در خصوص Health Net Cal MediConnect

- Health Net Community Solutions, Inc. یک طرح سلامت است که برای ارائه مزایای هر دو برنامه Medicare و Medi-Cal به ثبت نام کنندگان با آن دو دارای قرارداد می‌باشد.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

- پوشش Health Net Cal MediConnect یک پوشش تأیید صلاحیت بهداشتی به نام «حداقل پوشش ضروری» است. این پوشش الزامات مسئولیت مشترک فردی مربوط به قانون محافظت از بیمار و مراقبت‌های قابل‌پرداخت (ACA) را برآورده می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص الزامات مسئولیت مشترک فردی، به وبسایت خدمات درآمد داخلی (IRS) به‌آدرس https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families مراجعه کنید.
- Health Net Cal MediConnect توسط *Health Net Community Solutions, Inc.* ارائه می‌شود و زمانی که *اعلامیه تغییرات سالیانه* از کلمات «ما»، «به ما» یا «متعلق به ما» استفاده می‌کند، منظور *Health Net Community Solutions, Inc* است. زمانی که از واژه‌های «طرح» یا «طرح ما» استفاده می‌شود، منظور Health Net Cal MediConnect می‌باشد.

B3. اقدامات مهمی که باید انجام دهید:

- **بررسی کنید تا ببینید که آیا تغییراتی در مزایا و هزینه‌های ما صورت گرفته است که به شما مربوط باشد یا خیر.**
  - آیا تغییراتی صورت گرفته است که خدمات دریافتی شما را تحت تأثیر قرار دهد؟
  - لازم است که تغییرات مزایا و هزینه ها را بررسی کنید تا مطمئن شوید که برای سال آینده شما نیز کارآمد خواهند بود.
  - برای کسب اطلاعات در خصوص تغییرات مربوط به مزایا و هزینه‌های طرح ما، به قسمت D و E مراجعه کنید.
- **بررسی کنید آیا تغییراتی در پوشش داروهای نسخه‌دار صورت گرفته است که مربوط به شما باشد.**
  - آیا داروهای شما تحت پوشش قرار خواهند گرفت؟ آیا این داروها در ردیف تقسیم هزینه‌های دیگری قرار دارند؟ آیا می توانید همچنان از داروخانه های قبلی دارو تهیه کنید؟
  - توجه به این مسئله اهمیت دارد که تغییرات را بررسی کنید تا مطمئن شوید که این طرح برای سال آینده شما نیز سودمند واقع خواهند شد.
  - برای کسب اطلاعاتی راجع به تغییرات قابل اعمال در پوشش دارویی ما، به قسمت D2 مراجعه کنید.
  - هزینه داروهای شما ممکن است نسبت به سال پیش افزایش پیدا کرده باشد.
    - در خصوص گزینه‌های کم‌هزینه دیگری که ممکن است برایتان قابل استفاده باشد، با پزشک خود صحبت کنید؛ این کار ممکن است باعث کاهش هزینه‌های نقدی سالیانه شما شود.
    - برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص هزینه داروها، به آدرس https://go.medicare.gov/drugprices مراجعه کنید. این داشبوردها نشان می‌دهند که کدام تولیدکنندگان دارویی قیمت‌های خود را افزایش داده‌اند و همچنین اطلاعات قیمتی سال به سال داروهای دیگر را نیز برایتان نمایش می‌دهد.

– یادتان باشد که مزایای طرح شما دقیقاً مشخص می‌کند که هزینه‌های دارویی شما به چه میزان تغییر خواهند کرد.

- **بررسی کنید که آیا ارائه دهندگان و داروخانه های شما سال آینده در شبکه ما خواهند بود یا خیر.**
  - آیا پزشکان شما، شامل متخصصینی که مرتباً به آنها مراجعه می‌کنید، در شبکه ما هستند؟ داروخانه هایتان چطور؟ همچنین بیمارستان ها و دیگر ارائه دهندگانی که از آنها استفاده می‌کنید؟
  - برای کسب اطلاعات در خصوص *کتابچه تأمین‌کننده و دارو* به بخش C مراجعه کنید.
- **به هزینه‌های کلی خود در طرح فکر کنید.**
  - چقدر بابت خدمات و داروهای نسخه‌داری که مرتب مصرف می‌کنید هزینه نقدی پرداخت خواهید کرد؟
  - کل هزینه ها در مقایسه با دیگر پوشش ها چطور است؟
- **ببینید که آیا از طرح ما راضی هستید یا نه.**

چنانچه تصمیم به ماندن در Health Net Cal MediConnect گرفتید:

اگر می خواهید سال دیگر هم در طرح ما بمانید، ساده است – لازم نیست کار خاصی انجام دهید. اگر تغییری ایجاد نکنید، به طور خودکار در طرح ما باقی خواهید ماند.

چنانچه تصمیم به تغییر طرح خود گرفتید:

چنانچه تصمیم بگیرید که طرح پوششی دیگری بهتر پاسخگوی نیازهای شماست، می‌توانید از طرح دیگری استفاده کنید (برای کسب اطلاعات بیشتر به قسمت F2 مراجعه کنید). اگر در طرح جدیدی ثبت نام کنید، پوشش جدید شما از اولین روز ماه بعد آغاز خواهد شد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد انتخاب های ممکن، به قسمت F2 در صفحه 14 مراجعه کنید.

C. تغییرات ایجادشده در تأمین‌کنندگان شبکه و داروخانه‌ها

شبکه‌های تأمین‌کنندگان و داروخانه‌های ما در سال 2020 دچار تغییر خواهند شد.

اکیداً توصیه **می‌کنیم *راهنمای تأمین‌کنندگان و داروخانه‌های*** ما را مطالعه کنید تا ببینید تأمین‌کننده یا داروخانه شما هنوز در شبکه ما حضور دارند یا خیر.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

نسخه به‌روزشده *راهنمای تأمین‌کنندگان و داروخانه‌ها* در وبسایت ما به نشانی mmp.healthnetcalifornia.com/findadoctor موجود می‌باشد. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، از روزهای دوشنبه تا جمعه تماس گرفته و درخواست ارسال اطلاعات به‌روزشده تأمین‌کنندگان دهید یا از ما درخواست کنید تا برایتان یک نسخه به‌روزشده *راهنمای تأمین‌کنندگان و داروخانه‌ها* را برایتان ارسال کنیم.

همچنین آگاهی از این امر اهمیت دارد که ما ممکن است در طول سال نیز تغییراتی در شبکه خود اعمال کنیم. اگر ارائه دهنده شما از طرح خارج شده است، شما از حقوق و محافظت های خاصی برخوردار خواهید بود. برای اطلاعات بیشتر، بخش 3 *دفترچه اعضا* را مطالعه کنید.

D. تغییرات صورت‌گرفته در مزایا و هزینه‌های سال آینده

D1. تغییرات صورت‌گرفته در مزایا و هزینه‌های خدمات پزشکی

در حال ایجاد تغییراتی در پوشش برخی از خدمات پزشکی و هزینه پرداختی از طرف شما برای این خدمات پزشکی تحت پوشش برای سال آینده هستیم. در جدول زیر این تغییرات توصیف شده اند.

	2019 (امسال)	2020 (سال آینده)
مزایای تناسب اندام	مزایای تناسب اندام تحت پوشش **نمی‌باشند**.	ممکن است نیاز به تأیید قبلی (تأیید از پیش) باشد. برای جزئیات بیشتر، لطفاً با مسئولین طرح تماس بگیرید. شما به صورت پرداخت مشترک **$0** پرداخت‌خواهیدکرد. اعضا تحت پوشش طرح عضویت تناسب اندام پایه در یک باشگاه تناسب اندام یا در یک برنامه باشگاه تناسب اندام خانگی قرار می‌گیرند.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

	2019 (امسال)	2020 (سال آینده)
خدمات برنامه درمانی مصرف‌کنندگان مواد شبه افیونی	خدمات درمان مواد شبه افیونی در قالب مزایای مجزا تحت پوشش نمی‌باشند. برخی از خدمات مربوط به درمان استفاده از مواد شبه افیونی تحت پوشش مزایای سوء مصرف مواد مخدر شما قرار داشتند.	ممکن است نیاز به تأیید قبلی (تأیید از پیش) باشد. برای جزئیات بیشتر، لطفاً با مسئولین طرح تماس بگیرید. شما به صورت پرداخت مشترک **$0** پرداخت‌خواهیدکرد. طرح، هزینه خدمات زیر برای درمان اعتیاد به مواد شبه افیونی را می پردازد: • داروهای مورد تأیید سازمان غذا و دارو (FDA) و، در صورت لزوم، مدیریت و فراهم کردن این داروها برای شما • مشاوره درباره اعتیاد به مواد مخدر • درمان فردی و گروهی • آزمایش برای وجود مواد مخدر یا مواد شیمیایی در بدن شما (آزمایش سم شناسی)

D2. تغییرات در پوشش داروهای تجویزی

تغییرات در لیست داروهای ما

نسخه به‌روزشده *لیست داروهای تحت‌پوشش* در وبسایت ما به نشانی mmp.healthnetcalifornia.com/formulary موجود می‌باشد. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، از روزهای دوشنبه تا جمعه تماس گرفته و درخواست ارسال اطلاعات به‌روزشده داروها را دهید یا از ما درخواست کنید تا یک نسخه به‌روزشده *لیست داروهای تحت‌پوشش* را برایتان ارسال کنیم.

به *لیست داروهای تحت‌پوشش* «لیست داروها» نیز گفته می‌شود.

ما تغییراتی را در لیست داروهایمان اعمال کرده ایم، از جمله تغییراتی در نوع داروهایی که تحت پوشش قرار می دهیم و همچنین تغییراتی در محدودیت هایی که به پوشش ما برای برخی داروها قابل اعمال است.

لیست داروها را مورد بررسی قرار دهید تا **اطمینان حاصل کنید که داروهای شما سال آینده تحت پوشش قرار می گیرند** و همچنین متوجه شوید که آیا محدودیت هایی برای شما اعمال خواهد شد یا نه.

اگر پوشش دارویی شما تغییر یافته باشد، توصیه می‌کنیم:

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

- با همکاری پزشک خود (یا شخص تجویزکننده دیگر) داروی دیگری بیابید که تحت پوشش ما باشد.

o می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، از روزهای دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید و لیستی از داروهای تحت‌پوشش را درخواست کنید که مخصوص درمان همان بیماری باشد.

o این لیست به ارائه دهنده شما کمک می کند دارویی را پیدا کند که می تواند برایتان مؤثر واقع شود.

- از مسئولین طرح بخواهید تا تأمین داروی خاصی را برای مدت محدودی تحت پوشش قرار دهند.

o در برخی از موارد، ما داروی موردنظر را برای مدت **محدودی** برای دوره 90 روز سال تقویمی تحت پوشش قرار می‌دهیم.

o این تأمین موقت دارویی برای حداکثر استفاده 30 روز دارو و از طریق یک داروخانه و برای حداکثر 31 روز از طریق داروخانه مراقبت‌های بلندمدت خواهد بود. (برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص زمان تأمین موقت و نحوه درخواست برای این موضوع، به فصل 5 *دفترچه اعضا*) مراجعه کنید.

o هنگامی که موقتاً دارویی را دریافت می کنید، باید با پزشکتان صحبت کنید تا در صورت تمام شدن تأمین موقت دارو، تصمیمی اتخاذ کند. می‌توانید یا از داروی تحت‌پوشش دیگری استفاده کنید یا از مسئولین طرح بخواهید تا برای شما استثناء قائل شوند و داروی موردنیاز شما را تحت پوشش قرار دهند.

– چنانچه بیش از 90 روز از عضویت شما در این طرح می‌گذرد و در حال زندگی در یک مرکز مراقب بلندمدت هستید، داروی شما را به صورت تک مرحله‌ای و به مدت 31 روز یا در صورتی که نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری تجویزی شده باشد، برای دوره کوتاه‌تری تأمین خواهیم نمود. این علاوه بر تأمین داروهای انتقالی مراقبت بلندمدت است.

– اگر در حال منتقل شدن از یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت یا بیمارستان به منزل هستید، ما داروهای یک دوره 30 روزه را تحت پوشش قرار خواهیم داد یا چنانچه نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری نوشته شده باشد برای دوره کوتاه‌تری دارو تأمین خواهد شد (که در این صورت ما در چند نوبت و در مجموع برای یک دوره 30 روزه دارو تأمین خواهیم نمود).

– اگر در حال منتقل شدن از منزل یا بیمارستان به یک مرکز مراقبت‌های بلندمدت هستید، ما داروهای یک دوره 31 روزه را تحت پوشش قرار خواهیم داد یا چنانچه نسخه شما برای دوره کوتاه‌تری نوشته شده باشد برای دوره کوتاه‌تری دارو تأمین خواهد شد (که در این صورت ما در چند نوبت و در مجموع برای یک دوره 31 روزه دارو تأمین خواهیم نمود). باید نسخه را در داروخانه شبکه پر کنید.

برخی از استثنائات موجود در لیست دارو در سال آینده نیز تحت پوشش خواهند بود.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

تغییرات در هزینه های داروهای تجویزی

دو مرحله پرداخت برای هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش بخش D از Medicare در Health Net Cal MediConnect وجود دارد. مقداری که شما پرداخت می کنید به مرحله ای که در هنگام دریافت یا دریافت مجدد داروهای نسخه در آن هستید بستگی دارد. این مراحل دو مورد هستند:

مرحله 1 مرحله ابتدایی پوشش بیمه	مرحله 2 مرحله نهایی پوشش بیمه
در طول این مرحله، طرح بخشی از هزینه های داروها را پرداخت می کند و شما سهم خودتان را پرداخت خواهید کرد. به سهم شما «پرداخت مشترک» گفته می شود. هنگامی که اولین نسخه را در سال تهیه می کنید، این مرحله برایتان شروع می شود.	در طول این مرحله، تمام هزینه های داروی شما تا تاریخ 31 دسامبر 2020 توسط این طرح پرداخت می‌شوند. این مرحله زمانی برای شما شروع می شود که هزینه هایی که از جیب خود پرداخت کرده اید، به میزان خاصی برسد.

مرحله ابتدایی پوشش زمانی به پایان می رسد که مجموع مبالغی که از جیب خود برای داروهای نسخه‌دار پرداخت کرده اید، به $6,350. در آن زمان برسد. در آن هنگام، مرحله نهایی پوشش بیمه آغاز می شود. از آن زمان، طرح هزینه تمام داروهای شما را تا پایان سال پوشش می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار، به فصل 6 *دفترچه اعضا* مراجعه کنید.

D3. مرحله 1: «مرحله ابتدایی پوشش بیمه»

در طول مرحله ابتدایی پوشش بیمه، طرح بخشی از هزینه داروهای تجویزی تحت پوشش را می پردازد و شما نیز سهم خودتان را پرداخت می کنید. به سهم شما پرداخت مشترک گفته می شود. میزان پرداخت مشترک به دسته‌بندی تقسیم هزینه‌ها برای آن دارو و محل دریافت آن بستگی دارد. هربار که نسخه‌ای را تهیه می کنید، مبلغی را به عنوان پرداخت مشترک می‌پردازید. اگر هزینه‌های داروی تحت پوشش شما کمتر از پرداخت مشترک باشد، قیمت کمتر را پرداخت خواهید کرد.

با برخی از داروهای داخل لیست داروها را به دسته بندی بالاتر یا پایین تری انتقال داده ایم. اگر دسته بندی داروهای شما تغییر کند، می تواند در پرداخت مشترک شما تأثیر بگذارد. برای آگاهی از اینکه داروهای شما در دسته بندی متفاوتی قرار گرفته اند یا نه، آنها را در لیست داروها بیابید.

در جدول زیر، هزینه هایی که برای داروهای هر یک از 3 دسته ما باید پرداخت کنید عنوان شده است. این مبالغ **فقط** برای زمانی است که در مرحله ابتدایی پوشش باشید.

	2019 (امسال)	**2020 (سال آینده)**
داروهای دسته 1 (داروهای دسته 1 دارای حق پرداخت کمتری هستند. این داروها از دسته داروهای عمومی می‌باشند.) هزینه هر یک از داروهای دسته 1 به مدت یک ماه که در یکی از داروخانه های شبکه تهیه شود	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر با **$3.40 - $0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر **$3.60 - $0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.
داروهای دسته 2 (داروهای دسته 2 دارای حق پرداخت بیشتری هستند. این داروها، داروهای برند هستند.) هزینه هر یک از داروهای دسته 2 به مدت یک ماه که در یکی از داروخانه های شبکه تهیه شود	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر **$8.50 - $0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر **$8.95 - $0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.
داروهای دسته 3 (داروهای دسته 3 داروهای نسخه‌دار و بی‌نسخه می‌باشند که تحت پوشش Medi-Cal هستند.) هزینه هر یک از داروهای دسته 3 به مدت یک ماه که در یکی از داروخانه های شبکه تهیه شود	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر **$0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.	حق پرداخت مشترک شما برای تجهیزات دارویی دوره یک‌ماهه (30-روزه) برابر **$0 به ازای هر نسخه می‌باشد**.

مرحله ابتدایی پوشش بیمه زمانی تمام می شود که مقدار کلی هزینه سهم مشارکت استفاده کننده از خدمات درمانی شما به $6,350 برسد. در این زمان، مرحله پوشش نهایی شروع می شود. از آن زمان، طرح هزینه تمام داروهای شما را تا پایان سال پوشش می دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر در خصوص نحوه پرداخت هزینه داروهای نسخه‌دار، به فصل 6 *دفترچه اعضا* مراجعه کنید.

D4. مرحله 2: «مرحله نهایی پوشش بیمه»

وقتی هزینه هایی که از جیب خود پرداخت کرده ای به مرز مشخص شده $6,350 برای داروهای تجویزیتان برسد، مرحله نهایی پوشش بیمه شروع می شود. شما تا پایان همان سال در مرحله پوشش نهایی خواهید ماند.

- برای دستیابی به اطلاعات بیشتر در خصوص اینکه کدام نسخه‌ها تحت پوشش Medi-Cal یا Medicare قرار دارند، به *لیست داروهای تحت‌پوشش* مراجعه کنید. لیست داروهای تحت پوشش را می توانید در وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com/formulary مشاهده کنید.

E. تغییرات اداری

تغییرات اداری تغییراتی هستند که تأثیری بر روی پوشش یا هزینه‌های شما ندارند. برای کسب اطلاعات در خصوص این تغییرات، بخش زیر را مطالعه کنید.

	2019 (امسال)	2020 (سال آینده)
محدودیت تأمین دارویی روز برای برخی از داروها	در سال 2019، می‌توانید برای اکثر داروها در هر بار برای یک دوره 90 روزه دارو دریافت کنید.	در سال 2020، برخی از این داروها در هر بار به یک دوره 30 روزه محدود خواهند شد. به لیست داروها مراجعه کنید. داروهایی که دارای محدودیت تأمین 30 روزه هستند یک کد NSD (تأمین روزانه تمدیدنشده) در کنارشان خواهند داشت.

F. چطور یک طرح انتخاب کنیم

F1. چطور در طرح ما باقی بمانید

امیدواریم سال دیگر نیز عضوی از طرح ما باشید.

برای ماندن در طرح سلامت خود نیازی نیست کاری بکنید. اگر در طرح Cal MediConnect دیگری ثبت نام نکنید، طرح خود را به یکی از طرح های Medicare Advantage تغییر ندهید، یا آن را به Original Medicare عوض نکنید، عضویت شما به طور خودکار برای سال 2020 تمدید خواهد شد.

F2. چطور طرح‌های بهداشتی خود را عوض کنیم

می‌توانید در هر زمانی با ثبت‌نام در طرح Medicare Advantage دیگری یا ثبت‌نام در طرح Cal MediConnect دیگر یا انتخاب Original Medicare به عضویت خود پایان دهید.

چطور خدمات Medicare را دریافت می کنید

شما برای برخورداری از خدمات Medicare، سه انتخاب خواهید داشت. با انتخاب یکی از این گزینه ها، شما به صورت خودکار عضویتتان در طرح Cal MediConnect را پایان می‌دهید:

1. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:	**در اینجا نحوه انجام کار آورده شده است:**
یک طرح بهداشتی Medicare، مانند طرح Medicare Advantage یا، در صورت داشتن صلاحیت لازم و زندگی در منطقه خدماتی طرح مربوطه، یک برنامه مراقبتی جامع برای سالخورده‌ها (PACE)	از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، که 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته آماده پاسخگویی است، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای پرسش در خصوص PACE، با شماره 1-855-921-PACE (7223) تماس بگیرید. اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از طریق شماره 1-800-434-0222 از روز دوشنبه تا جمعه از ساعات 8 صبح الی 5 عصر با California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا به منظور یافتن اداره HICAP در محل زندگی خود، لطفاً به آدرس https://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه نمایید. با شروع پوشش‌دهی طرح جدید، ثبت نام شما به صورت خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو می‌شود.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

2. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: **Medicare اصلی همراه با یک طرح تجویز داروی Medicare جداگانه**	**در اینجا نحوه انجام کار آورده شده است:** از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، که 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته آماده پاسخگویی است، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از طریق شماره 1-800-434-0222 از روز دوشنبه تا جمعه از ساعات 8 صبح الی 5 عصر با California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا به منظور یافتن اداره HICAP در محل زندگی خود، لطفاً به آدرس https://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه نمایید. با شروع پوشش‌دهی طرح Original Medicare خود، ثبت نام شما به صورت خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو می‌شود.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

3. شما می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید: **Medicare اصلی بدون یک طرح تجویز داروی Medicare جداگانه** **توجه**: اگر به طرح Medicare اصلی جابجا شوید و در یک طرح داروی تجویزی Medicare جداگانه ثبت نام نکنید، Medicare ممکن است شما را در طرح دارو ثبت نام کند مگر اینکه به Medicare بگویید که نمی خواهید در این طرح ملحق شوید. فقط در صورتی باید پوشش داروی تجویزی را لغو کنید که پوشش دارویتان را از منابع دیگری مانند کارفرما یا اتحادیه دریافت کنید. چنانچه سوالی در خصوص اینکه آیا نیاز به پوشش دارویی دارید یا خیر، از طریق شماره 1-800-434-0222 از روز دوشنبه تا جمعه از ساعات 8 صبح الی 5 عصر با California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا به منظور یافتن اداره HICAP در محل زندگی خود، لطفاً به آدرس http://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه نمایید.	**در اینجا نحوه انجام کار آورده شده است:** از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، که 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته آماده پاسخگویی است، با Medicare تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. اگر به راهنمایی یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید: • از طریق شماره 1-800-434-0222 از روز دوشنبه تا جمعه از ساعات 8 صبح الی 5 عصر با California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا به منظور یافتن اداره HICAP در محل زندگی خود، لطفاً به آدرس https://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه نمایید. با شروع پوشش‌دهی طرح Original Medicare خود، ثبت نام شما به صورت خودکار از Health Net Cal MediConnect لغو می‌شود.

چطور خدمات Medi-Cal را دریافت خواهید کرد

اگر از طرح Cal MediConnect خارج شوید، در طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal به انتخاب خودتان ثبت نام می کنید. خدمات Medi-Cal شما اکثر خدمات طولانی مدت و خدمات مراقبت از سلامت رفتاری و پشتیبانی ها را شامل می شود.

هنگامی که درخواست پایان عضویتتان در طرح Cal MediConnect ما را دارید، لازم است که به Health Care Options اطلاع دهید می خواهید به کدام طرح مراقبت مدیریت شده Medi-Cal ملحق شوید. می‌توانید از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 عصر با Health Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

G. چطور کمک دریافت کنیم

G1. دریافت کمک از Health Net Cal MediConnect

سؤالی دارید؟ ما در اینجا برای کمک کردن آماده‌ایم. از طریق شماره 1-855-464-3571 با خدمات اعضا تماس بگیرید (فقط کاربران TTY با 711 تماس بگیرند). ما از روز دوشنبه الی جمعه از ساعت 8 صبح تا 8 شب آماده پاسخگویی به تماس‌های شما هستیم. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است.

دفترچه اعضا 2020 *خود را مطالعه کنید*

نسخه *2020 دفترچه اعضا* حاوی توصیفی قانونی و دقیق در مورد مزایای طرح شما است. در این دفترچه، جزئیاتی در مورد مزایا و هزینه های سال آینده بیان شده است. همچنین حقوق و قوانینی که لازم است برای دریافت پوشش ویژه خدمات و داروهای تجویزی رعایت کنید در این دفترچه توضیح داده شده است.

دفترچه اعضا 2020 در تاریخ 15 اکتبر در دسترس قرار گرفته خواهد شد. یک نسخه به‌روز *دفترچه اعضا 2020* همیشه در وبسایت ما به نشانی mmp.healthnetcalifornia.com موجود می‌باشد. همچنین می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، از روزهای دوشنبه تا جمعه تماس گرفته و درخواست ارسال *دفترچه اعضا 2020* از طریق ایمیل را دهید.

وبسایت ما

همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید. یادآور می‌شویم وبسایت ما حاوی جدیدترین اطلاعات مربوط به شبکه ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها (*فهرست ارائه‌دهندگان و داروخانه‌ها*) و لیست داروها (*لیست داروهای تحت پوشش*) می‌باشد.

G2. دریافت راهنمایی از واسطه ایالتی ویژه ثبت نام

کارگزار ثبت‌نام ایالتی می‌تواند در خصوص سوالات ثبت‌نام به شما کمک کند. می‌توانید از طریق شماره 1-844-580-7272 روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 6 عصر با Health Care Options تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

G3. دریافت راهنمایی از برنامه رسیدگی به شکایات Cal MediConnect

اگر مشکلی با Health Net Cal MediConnect داشتید، برنامه Cal MediConnect Ombuds می‌تواند به شما کمک کند. خدمات ombudsman رایگان هستند. برنامه Cal MediConnect Ombuds:

- به عنوان یک حامی از جانب شما عمل می‌کند. چنانچه مشکل یا شکایتی داشتید آنها می‌توانند به سوالات شما پاسخ دهند و می‌توانند به شما کمک کنند تا بفهمید که چه باید بکنید.
- مطمئن شوید که اطلاعات لازم را در خصوص حقوق و حق محافظت خود دارید و اینکه چطور می‌توانید نگرانی‌های خود را برطرف کنید.
- با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی مرتبط نیست. شماره تلفن تماس با Cal MediConnect Ombuds Program، 1-855-501-3077 است.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

G4. دریافت راهنمایی از برنامه Health Insurance Counseling and Advocacy

همچنین می‌توانید با State Health Insurance Assistance Program (SHIP) تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP تحت عنوان Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) شناخته می‌شود. مشاورین HICAP می توانند به شما کمک کنند که از انواع انتخاب هایی که برای طرح های Cal MediConnect در اختیار دارید آگاه شوید و به سؤالات مربوط به تغییر طرح ها پاسخ دهند. HICAP با ما یا هیچ شرکت بیمه یا طرح سلامتی مرتبط نیست. HICAP می تواند مشاورین را در هر کشور تعلیم دهد و خدمات به صورت رایگان هستند. شماره تلفن HICAP 1-800-434-0222 است. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن اداره HICAP در محل زندگی خود، لطفاً به وبسایت https://www.aging.ca.gov/HICAP/ مراجعه کنید.

G5. دریافت راهنمایی از Medicare

برای دریافت مستقیم اطلاعات از Medicare، می‌توانید با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعت در روز، 7 روز در هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

وبسایت Medicare

می‌توانید از وبسایت Medicare به آدرس https://www.medicare.gov/) دیدن کنید. اگر تصمیم دارید عضویت خود را در طرح Cal MediConnect لغو کرده و در یکی از طرح های Medicare Advantage ثبت نام کنید، در وبسایت Medicare اطلاعاتی راجع به هزینه ها، پوشش و رتبه بندی کیفیت ارائه شده است تا به شما کمک کند طرح های Medicare Advantage را با هم مقایسه کنید. می‌توانید با استفاده از قابلیت Medicare Plan Finder در وبسایت Medicare، اطلاعاتی را راجع به طرح‌های Medicare Advantage موجود در منطقه خود بیابید. (برای مشاهده اطلاعاتی راجع به طرح ها، به وب سایت https://www.medicare.gov/ بروید و روی «Find Health & drug plans» کلیک کنید.)

Medicare و شما 2020

می‌توانید دفترچه *Medicare و شما 2020* را مطالعه کنید. این دفترچه هر ساله در پاییز به افراد عضو Medicare پست می شود. خلاصه ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت ها و پاسخ متداول ترین سؤالات مربوط به Medicare در این دفترچه گنجانده شده است. اگر این دفترچه را ندارید، می توانید آن را از وب سایت Medicare به آدرس (https://www.medicare.gov/) دریافت کنید یا 24 ساعته و 7 روز هفته با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید و نسخه ای از آن را درخواست دهید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

G6. دریافت راهنمایی از سازمان مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا

«اداره مراقبت های بهداشتی مدیریت شده کالیفرنیا» مسئولیت کنترل و نظارت بر طرح های مربوط به خدمات مراقبت های بهداشتی را بر عهده دارد. چنانچه شکوائیه‌ای علیه طرح سلامت خود دارید، ابتدا باید با مسئولین طرح سلامت خود به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) از ساعت 8 صبح تا 8 شب، از روز دوشنبه الی جمعه تماس بگیرید و قبل از تماس با اداره از فرایند ثبت شکوائیه طرح سلامت خود استفاده کنید. اقدام بر طبق این روند تنظیم شکایت هیچ یک از حقوق قانونی یا روش های دادخواهی ممکن را از شما سلب نمی کند.

برای درخواست راهنمایی در خصوص شکوائیه‌ای درباره مورد اضطراری، شکایتی که به طور رضایت بخش توسط طرح سلامت شما رسیدگی نشده است، یا شکایتی که ظرف 30 روز به آن رسیدگی نشده است، می توانید با اداره تماس بگیرید. برای موارد اضطراری، می‌توانید بدون ثبت شکوائیه علیه طرح سلامت خود ابتدا با اداره تماس بگیرید.

ممکن است واجد شرایط برخورداری از «بازنگری مستقل پرونده های پزشکی» (IMR) نیز باشید. اگر برای IMR واجد شرایط باشید، در مراحل IMR یک بررسی جزئی از تصمیم گیری های پزشکی توسط طرح سلامت در رابطه با ضرورت ارائه خدمات یا درمان ها، تصمیم گیری های مربوط به پوشش دهی برای موارد درمانی تجربی یا تحقیقاتی و بحث درباره پرداخت برای شرایط اورژانسی یا خدمات فوریتی، انجام می گیرد.

اداره همچنین دارای خط تلفن رایگان به شماره (1-888-HMO-2219) و یک خط تلفن TTY (1-877-688-9891) ویژه افراد دارای مشکلات شنوایی و گفتاری می‌باشد. فرم های شکایت، فرم درخواست «بازنگری مستقل پرونده های پزشکی» (IMR) و دستورالعمل ها به صورت آنلاین در وب سایت اداره به آدرس http://www.dmhc.ca.gov موجود می باشد.

چنانچه سوالی دارید, لطفاً از طریق شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه 8 صبح تا 8 شب با Health Net Cal MediConnect تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. برقراری تماس رایگان است. **برای کسب اطلاعات بیشتر،** از mmp.healthnetcalifornia.com دیدن کنید.

Health Net Cal MediConnect Nondiscrimination Notice

Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Health Net Cal MediConnect does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Health Net Cal MediConnect:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as qualified sign language interpreters and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center at 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

If you believe that Health Net Cal MediConnect has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance by calling the number above and telling them you need help filing a grievance; the Health Net Cal MediConnect Customer Contact Center is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (TDD: 1-800-537-7697). Complaint forms are available at **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego)（TTY: 711）。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오 .

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।.

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).