



## L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) ارائه شده توسط L.A. Care Health Plan اطلاعیه تغییرات سالانه برای سال 2018

شما در حال حاضر به عنوان یک عضو در L.A. Care Cal MediConnect Plan ثبت نام کرده اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، پوشش و هزینه های طرح اعمال خواهد شد. این اطلاعیه تغییرات سالانه، شما را از این تغییرات مطلع می نماید.

### منابع دیگر

- If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. The call is free.
- Si usted habla español, los servicios de asistencia con el idioma estarán disponibles para usted sin costo. Llame al **1-888-522-1298** (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. La llamada es gratuita.
- 如果您說中文，您可免費獲得語言協助服務。請致電 **1-888-522-1298** (TTY: 711)，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。這是免費電話。
- Nếu quý vị nói tiếng Việt, hiện có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho quý vị. Gọi **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần, kể cả các ngày lễ. Cuộc gọi này miễn phí.
- 한국어를 사용하실 경우 언어지원서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 주 7일, 하루 24시간 (공휴일 포함) 동안 이용 가능한 **1-888-522-1298** (TTY: 711) 번으로 전화하십시오. 통화료는 무료입니다.
- Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեր անվճար: Չանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية، متوفرة لك، مجاناً. اتصل على **1-888-522-1298** (TTY: 711) 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. هذه المكالمات مجانية.
- Если вы говорите по-русски, вы можете воспользоваться бесплатными услугами переводчика. Звоните по телефону **1-888-522-1298** (TTY: 711), круглосуточно, без выходных, включая праздничные дни. Звонок бесплатный.
- 日本語のサービスを無料でご利用いただけます。 **1-888-522-1298** (TTY: 711) までお電話ください。このサービスは年中無休(祝祭日を含む)でご利用いただけます。通話料は無料です。
- اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات کمک در زمینه زبان بطور رایگان در اختیار شما قرار دارد. می توانید در تمام 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، حتی روزهای تعطیل با **1-888-522-1298** (TTY: 711) تماس بگیرید. تماس رایگان می باشد.

اگر سوالاتی دارید، لطفاً با L.A. Care Cal MediConnect Plan به شماره **1-888-522-1298** (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است. برای کسب اطلاعات بیشتر به این وب سایت مراجعه نمایید: [www.calmedicconnectla.org](http://www.calmedicconnectla.org)





- L.A. Care Cal MediConnect Plan توسط L.A. Care Health Plan ارائه می‌شود. در این اعلامیه سالانه تغییرات منظور از "ما" یا "مال ما" L.A. Care Health Plan است. در این جا منظور از "بیمه" یا "بیمه ما" L.A. Care Cal MediConnect Plan است.

### رفع مسئولیت

ممکن است محدودیت‌ها، فرانشیزها و ممنوعیت‌هایی اعمال شود. برای اطلاعات بیشتر، با خدمات اعضاء L.A. Care Cal MediConnect Plan تماس بگیرید یا کتابچه راهنمای اعضاء L.A. Care Cal MediConnect Plan را بخوانید. برای این که L.A. Care Cal MediConnect Plan هزینه خدماتی که دریافت کرده‌اید را بپردازد لازم است هزینه بعضی از خدمات مورد نیاز خود را بپردازید و مقرراتی را رعایت کنید.

فهرست داروهای تحت پوشش و/یا شبکه داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان ممکن است در طول سال تغییر کنند. پیش از اعمال تغییراتی که شامل حال شما می‌شود اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.

مزایا و سهم بیمه شده ممکن است در 1 ژانویه هر سال تغییر کنند.

سهم بیمه شده برای داروهای نسخه دار ممکن است برحسب میزان کمک‌های اضافی که دریافت می‌کنید، متغیر باشد. برای اطلاع از جزئیات بیشتر لطفاً با بیمه تماس بگیرید.

این یک فهرست کامل نیست. اطلاعات مربوط به مزایای یک خلاصه مختصر است، و شرح کاملی از مزایا را ارائه نمی‌دهد. برای کسب اطلاعات بیشتر با برنامه درمانی تماس گرفته یا کتابچه راهنمای اعضاء را مطالعه کنید.

فهرست داروهای تحت پوشش و/یا شبکه داروخانه‌ها و ارائه‌کنندگان ممکن است در طول سال تغییر کنند. پیش از اعمال تغییراتی که شامل حال شما می‌شود اطلاعیه‌ای برای شما ارسال خواهیم کرد.



# فهرست

<b>A.</b>	به فکر پوشش <b>Medicare</b> و <b>Medi-Cal</b> خود برای سال آینده باشید.....	5
<b>B.</b>	تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه کنندگان و داروخانه ها.....	6
<b>C.</b>	تغییرات در مزایا و هزینه ها برای سال بعد.....	6
	تغییرات مزایا برای خدمات پزشکی.....	6
	تغییرات در پوشش داروهای نسخه دار.....	7
	مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه".....	8
	مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی".....	9
<b>D.</b>	تغییرات اداری.....	10
<b>E.</b>	تصمیم گیری در مورد انتخاب نوع بیمه.....	10
	در صورتی که قصد دارید در L.A. Care Cal MediConnect Plan باقی بمانید.....	10
	در صورتی که قصد دارید از یک طرح دیگر Cal MediConnect استفاده کنید.....	10
	اگر مایلید برنامه Cal MediConnect را ترک کنید.....	10
<b>F.</b>	دریافت کمک.....	12
	دریافت کمک از L.A. Care Cal MediConnect Plan.....	12
	دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی.....	12
	دریافت کمک از برنامه بازرس کل Cal MediConnect.....	13
	دریافت کمک از برنامه مشاوره و مداوای بیمه درمانی.....	13
	کمک گرفتن از Medicare.....	13
	دریافت کمک و راهنمایی از اداره مراقبت درمانی هم‌هنگ کالیفرنیا.....	14



## A. به فکر پوشش Medicare و Medi-Cal خود برای سال آینده باشید

مهم است که هم اکنون پوشش خود را بررسی کنید و ببینید که در سال آینده نیز نیازهای شما را برآورده خواهد کرد یا خیر. اگر نیاز شما را برای سال آینده برآورده نمی کند، می توانید در هر زمانی طرح را ترک کنید. اگر مایلید L.A. Care Cal MediConnect Plan را ترک کنید، عضویت شما در آخرین روز ماهی که درخواست انصراف داده اید پایان می یابد. اگر برنامه درمانی ما را ترک کنید، همچنان تا زمانیکه واجد شرایط باشید، عضو برنامه های Medicare و Medi-Cal باقی خواهید ماند.

- شما یک انتخاب برای چگونگی دریافت مزایای Medicare خود خواهید داشت (به صفحه 10 برای گزینه های خود مراجعه کنید).
- شما مزایای Medi-Cal خود را از طریق یک برنامه مراقبت هماهنگ Medi-Cal به انتخاب خود دریافت خواهید نمود (برای کسب اطلاعات بیشتر به صفحه 12 مراجعه کنید).

### کارهای مهمی که باید انجام دهید:

- کنترل کنید که آیا تغییراتی در مزایا و هزینه های ما ایجاد شده که ممکن است شامل حال شما شوند. آیا تغییراتی وجود دارد که بر روی خدمات مورد استفاده شما تأثیر می گذارند؟ مهم است که هم اکنون تغییرات مزایا و هزینه را بررسی کنید تا مطمئن شوید در سال آینده نیز احتیاجات بیمه ای شما را برآورده می کنند. برای کسب اطلاعات در مورد تغییرات مزایا و هزینه طرح ما، به بخش C مراجعه کنید.
- کنترل کنید که آیا تغییراتی در پوشش داروی نسخه دار ما ایجاد شده که ممکن است شامل حال شما شوند. آیا داروهای شما تحت پوشش خواهند بود؟ آیا داروهای شما در ردیف سهمی شدن در هزینه دیگری هستند؟ آیا می توانید همچنان به استفاده از این داروخانه ها ادامه دهید؟ مهم است که تغییرات را بررسی کنید تا مطمئن شوید که در سال آینده نیز پوشش دارویی ما احتیاجات شما را برآورده خواهند کرد. برای کسب اطلاعات در مورد تغییرات پوشش دارویی ما، به بخش C مراجعه کنید.
- بررسی کنید و ببینید آیا ارائه دهندگان خدمات و داروخانه های شما در سال آینده نیز در شبکه ما خواهند بود یا خیر. آیا پزشکان شما در شبکه ما هستند؟ داروخانه شما چطور؟ بیمارستان ها یا دیگر ارائه دهندگان خدمات که استفاده می کنید چطور؟ برای کسب اطلاعات در مورد راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه های ما، به بخش B مراجعه کنید.
- به هزینه های کلی خود در طرح فکر کنید. معمولاً چقدر برای خدمات و داروهای نسخه دار از جیب خود هزینه می کنید؟ کل هزینه ها در مقایسه با دیگر گزینه های پوشش بیمه چگونه است؟
- فکر کنید که آیا از طرح بیمه ما راضی هستید یا خیر.

### در صورتی که قصد دارید در L.A. Care Cal MediConnect Plan باقی بمانید:

### اگر قصد دارید طرح ها را تغییر دهید:

اگر به این نتیجه برسید که پوشش دیگری برای احتیاجات شما مناسب تر است، می توانید در هر زمانی طرح بیمه خود را تغییر دهید. اگر در طرح جدیدی ثبت نام کنید، عضویت شما از روز اول ماه بعد آغاز می شود. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد گزینه های خود به بخش E، صفحه 10 مراجعه کنید.

اگر قصد دارید سال آینده نیز با ما بمانید، ساده است - نیازی نیست هیچ کاری انجام دهید. اگر تغییر ندهید، به صورت خودکار در طرح ما باقی خواهید ماند.



## B. تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه کنندگان و داروخانه ها

شبکه های ارائه کنندگان و داروخانه های ما برای سال 2018 تغییر کرده اند.

ما شما را شدیداً تشویق می کنیم که راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه های جاری را بررسی کنید تا ببینید که آیا ارائه کنندگان یا داروخانه شما هنوز در شبکه ما عضو هستند. فهرست به روز شده ای از راهنمای داروخانه ها و ارائه کنندگان بر روی وبسایت ما به آدرس [www.calmediconnectla.org](http://www.calmediconnectla.org) قرار گرفته است. شما می توانید با خدمات اعضا به شماره 1-888-522-1298 (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی، برای اطلاعات بروز شده ارائه کنندگان یا درخواست ارسال یک نسخه از راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها برای شما تماس بگیرید.

لازم است بدانید که ممکن است در طول سال نیز تغییراتی در شبکه خود اعمال نماییم. در صورتی که ارائه کننده شما طرح بیمه را ترک کند، شما دارای حقوق و پشتیبانی های خاصی هستید. برای کسب اطلاعات بیشتر، به فصل 3 کتابچه راهنمای اعضاء مراجعه کنید.

## C. تغییرات در مزایا و هزینه ها برای سال بعد

تغییرات مزایا برای خدمات پزشکی

در سال آینده پوشش بیمه ای خود را برای برخی خدمات پزشکی تغییر خواهیم داد. جدول زیر نشان دهنده ی این تغییرات است.

2018 (سال آینده)	2017 (امسال)	
شما \$0 سهم بیمه شده برای حمل و نقل غیر پزشکی پرداخت می کنید. این مزایا هزینه حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط ماشین مسافربری، تاکسی یا سایر انواع حمل و نقل عمومی / شخصی را پرداخت می کند. شما به سفرهای رفت و برگشت نامحدود در سال دسترسی خواهید داشت. این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما نمی شود.	شما \$0 سهم بیمه شده برای حمل و نقل غیر پزشکی پرداخت می کنید. این مزایا هزینه حمل و نقل به خدمات پزشکی توسط ماشین مسافربری، تاکسی یا سایر انواع حمل و نقل عمومی / شخصی را پرداخت می کند. شما به 40 سفر یکسره در سال دسترسی خواهید داشت. این مزایا موجب محدودیت مزایای حمل و نقل پزشکی غیر اضطراری شما نمی شود.	حمل و نقل غیر پزشکی
شما \$0 سهم بیمه شده برای حداکثر \$200 برای عینک طبی (قاب و لنز) یا حداکثر \$200 برای لنزهای تماسی در هر دو سال پرداخت می کنید	شما \$0 سهم بیمه شده برای حداکثر \$175 برای عینک طبی (قاب و لنز) یا حداکثر \$175 برای لنزهای تماسی در هر دو سال پرداخت می کنید	بینایی - عینک طبی
شما \$0 سهم بیمه شده برای خدمات مراقبت اضطراری یا با نیاز فوری در هر کجای جهان تا سقف ترکیبی \$10,000 در هر سال تقویمی پرداخت می کنید.	پوشش جهانی تحت پوشش نیست.	پوشش در سرتاسر جهان



## تغییرات در پوشش داروهای نسخه دار

### تغییرات در فهرست دارویی ما

در بسته ارسالی، یک نسخه از فهرست داروهای تحت پوشش در سال 2018 را برای شما ارسال نموده ایم.

این فهرست داروهای تحت پوشش را "فهرست دارویی" نیز می نامند.

ما تغییراتی را در فهرست داروهای خود اعمال نموده ایم، از جمله تغییر در داروهایی که تحت پوشش قرار می دهیم و همچنین تغییراتی در محدودیت هایی که بر پوشش بیمه ما نسبت به برخی داروهای خاص اعمال می شود.

**فهرست دارویی را بررسی کنید و مطمئن شوید که داروهای شما در سال آینده تحت پوشش قرار خواهند گرفت و اینکه آیا محدودیتی وجود دارد یا خیر.**

در صورتی که پوشش بیمه بر روی داروهای مورد نیاز شما تغییر یافته است، شما را تشویق می کنیم:

- **با پزشک (یا تجویز کننده دیگری) همکاری کرده تا داروی دیگری که پوشش می دهیم را پیدا کنید.** شما می توانید با خدمات اعضا به شماره **1-888-522-1298 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید تا برای فهرست داروهای تحت پوششی که برای مداوای همان عارضه هستند درخواست کنید. این فهرست می تواند به ارائه کننده شما کمک کند تا داروی تحت پوشش مناسب شما را پیدا کند.
- **از برنامه درمانی درخواست کنید تا یک ذخیره موقت دارو را پوشش دهد.** در برخی موارد، در طول 90 روز اول سال تقویمی، ذخیره موقت دارو را برای یک بار پوشش خواهیم داد. این ذخیره موقتی برای مصرف تا 30 روز خواهد بود. (برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد زمان دریافت ذخیره موقتی و نحوه درخواست برای آن، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه نمایید.) زمانی که ذخیره موقت دارو را دریافت کردید، با پزشک خود صحبت کنید تا مشخص شود که پس از اتمام ذخیره دارویی تان چه باید بکنید. می توانید به داروی دیگری که تحت پوشش برنامه درمانی است تغییر دهید یا از برنامه درمانی درخواست کنید که برای شما استثنا قائل شده و داروی کنونی شما را پوشش دهد.
- **استثناها در مجموعه دارویی برای یک دوره 12 ماهه اعطا می شوند.** لطفاً به اعلامیه تصویب استثنا در مجموعه دارویی برای تاریخ انقضای خاص خود رجوع دهید.
- **اگر تصویب شما در حال انقضاست و مایلید که برای تمدید آن درخواست کنید، لازم خواهد بود که درخواست استثنا در مجموعه دارویی را مجدداً تسلیم کنید.**



## تغییرات در هزینه داروهای نسخه دار

برای پوشش داروهای Medicare بخش D شما طبق L.A. Care Cal MediConnect Plan دو مرحله وجود دارد. اینکه شما چه مبلغی باید بپردازید به این بستگی دارد که در موقع پیچیدن اولین نسخه و تجدید آن، در کدام مرحله قرار داشته باشید. این دو مرحله عبارت است از:

مرحله 2 مرحله پوشش بحرانی	مرحله 1 مرحله پوشش اولیه
<p>در طول این مرحله، برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2018 پرداخت می کند. وقتی که هزینه های پرداخت از جیب شما به حد خاصی رسید، این مرحله آغاز می شود.</p>	<p>در طول این مرحله، برنامه درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می کند و شما سهم خودتان را می پردازید. سهم پرداختی شما سهم بیمه شده نامیده می شود. این مرحله را پس از دریافت اولین نسخه خود در سال شروع می کنید.</p>

### مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"

در مرحله پوشش اولیه، ما سهمی از هزینه داروهای نسخه دار تحت پوشش را به شما پرداخت می کنیم و شما نیز سهم خود را پرداخت می کنید. سهم پرداختی شما سهم بیمه شده نامیده می شود. سهم بیمه شده به ردیف سهم شدن در هزینه دارو و به اینکه دارو را از کجا تهیه می کنید بستگی دارد. هر بار که نسخه ای را می پیچید، سهم بیمه شده را پرداخت می کنید. اگر هزینه داروهای تحت پوشش خریداری شده از سهم بیمه شده کمتر باشد، فقط هزینه کمتر را پرداخت می کنید.

ما برخی از داروها را در فهرست دارویی به ردیفی بالاتر یا پایین تر انتقال داده ایم. در صورتی که داروهای شما از ردیفی به ردیف دیگر منتقل شود، ممکن است سهم بیمه شده شما تحت تاثیر قرار بگیرد. برای آنکه ببینید آیا داروهای شما در ردیفی دیگر قرار خواهد گرفت یا خیر، آنها را در فهرست دارویی بررسی کنید.

جدول زیر هزینه های شما برای داروها در هر یک از چهار (4) ردیف دارویی ما را نشان می دهد. این مقادیر تنها هنگامی اعمال می شود که در مرحله پوشش اولیه قرار دارید.



2018 (سال آینده)	2017 (امسال)	
سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای ردیف 1</b> (داروهای ژنریک) هزینه برای یک ماه ذخیره داروی ردیف 1 که در داروخانه شبکه پیچیده شده باشد
سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 - \$8.35 برای هر نسخه می باشد.	سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 - \$8.25 برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای ردیف 2</b> (داروهای مارک دار) هزینه برای یک ماه ذخیره داروی ردیف 2 که در داروخانه شبکه پیچیده شده باشد
سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای ردیف 3</b> (داروهای نسخه دار غیر Medicare) هزینه برای یک ماه ذخیره داروی ردیف 3 که در داروخانه شبکه پیچیده شده باشد
سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 برای هر نسخه می باشد.	<b>داروهای ردیف 4</b> (داروهای بدون نسخه غیر Medicare) هزینه برای یک ماه ذخیره داروی ردیف 4 که در داروخانه شبکه پیچیده شده باشد

مرحله اولیه پوشش وقتی پایان می یابد که شما مبلغ \$5,000.00 از جیب خود پرداخت کرده باشید. در این زمان مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد.

### مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی"

وقتی که هزینه ها از جیب شما برای داروهای نسخه دار به حد خود برسد، مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. شما تا پایان سال در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند.



## D. تغییرات اداری

تغییرات ذکر شده در جدول زیر بر روی خدماتی که دریافت می کنید یا مبلغی که برای آن خدمات پرداخت می کنید تأثیری ندارند.

2018 (سال آینده)	2017 (امسال)	
<p>اگر برای IHSS واجد شرایط باشید، اداره خدمات اجتماعی کانتی اجازه پرداخت IHSS شما را صادر خواهد کرد تا بتوانید با ایمنی در منزلتان اقامت کنید.</p> <p>شما مبلغ \$0 را پرداخت می کنید مگر اینکه سهم هزینه Medi-Cal داشته باشید.</p> <p>L.A. Care Cal MediConnect Plan در هماهنگ سازی و هدایت شما در خدمات مربوط به IHSS به شما کمک خواهد کرد.</p>	<p>اگر برای واجد شرایط باشید، L.A. Care Cal MediConnect Plan به طوریکه اداره خدمات اجتماعی کانتی اجازه داده هزینه IHSS شما را پرداخت کرده و آنرا هماهنگ می کند تا بتوانید با ایمنی در منزل خودتان اقامت کنید.</p> <p>شما مبلغ \$0 را پرداخت می کنید مگر اینکه سهم هزینه Medi-Cal داشته باشید.</p>	<p>خدمات حمایتی در محیط خانه (In-Home Supportive Services, IHSS)</p>

## E. تصمیم گیری در مورد انتخاب نوع بیمه

در صورتی که قصد دارید در **L.A. Care Cal MediConnect Plan** باقی بمانید امیدواریم که در سال آینده نیز شما را به عنوان یک عضو داشته باشیم.

برای آنکه در این طرح باقی بمانید، نیازی نیست هیچ کاری انجام دهید. در صورتی که در یک طرح دیگر Cal MediConnect ثبت نام نکنید، یا بیمه خود را به Medicare Advantage Plan عوض نکنید یا به Original Medicare تغییر ندهید، به صورت خودکار عضویت شما برای سال 2018 تمدید خواهد شد.

در صورتی که قصد دارید از یک طرح دیگر **Cal MediConnect** استفاده کنید اگر مایلید که مزایای Medicare و Medi-Cal خود را از یک بیمه مشترک دریافت کنید، می توانید در یکی دیگر از بیمه های Cal MediConnect عضو شوید.

برای عضویت در برنامه Cal MediConnect متفاوت، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با گزینه های مراقبت درمانی (Heath Care Options) به شماره 1-844-580-7272 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.

### اگر مایلید برنامه Cal MediConnect را ترک کنید

اگر نمی خواهید پس از ترک عضویت در L.A. Care Cal MediConnect Plan عضو بیمه دیگری از Cal MediConnect بشوید، کماکان خدمات Medicare و Medi-Cal خود را بصورت مجزا دریافت خواهید کرد.

### چگونه به خدمات Medicare دسترسی پیدا کنید

برای دسترسی به خدمات Medicare سه گزینه خواهید داشت. با انتخاب هر یک از این گزینه ها، بطور خودکار عضویت شما در طرح Cal MediConnect پایان می یابد:



آنچه باید انجام دهید:	می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:
<p>در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید برای عضویت در برنامه درمانی جدید فقط Medicare با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از تارنمای <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه جدید شما آغاز می شود، بطور خودکار عضویت L.A. Care Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.</p>	<p>1. یکی از طرح های Medicare مانند برنامه Medicare Advantage یا در صورت برآوری شرایط مشمولیت، برنامه های مراقبت فراگیر برای سالمندان (Programs of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)</p>
<p>در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از تارنمای <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما آغاز می شود، بطور خودکار عضویت L.A. Care Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.</p>	<p>2. Original Medicare با برنامه ای مجزا از Medicare برای داروهای نسخه دار</p>



آنچه باید انجام دهید:	می توانید طرح خود را به موارد زیر تغییر دهید:
<p>در 24 ساعت شبانروز و هفت روز هفته با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از تارنمای <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> بازدید کنید.</li> </ul> <p>وقتی پوشش بیمه Original Medicare شما آغاز می شود، بطور خودکار عضویت L.A. Care Cal MediConnect Plan شما پایان می یابد.</p>	<p><b>3. Original Medicare بدون برنامه ای مجزا از Medicare برای داروهای نسخه دار</b></p> <p><b>توجه:</b> اگر به عضویت Original Medicare درآیید و یک طرح مجزای پوشش داروهای تجویزی Medicare نداشته باشید، Medicare می تواند شما را به عضویت یک طرح پوشش دارویی درآورد مگر اینکه شما اعلام کنید که چنین چیزی را نمی خواهید.</p> <p>فقط در صورتی باید پوشش دارویی را نپذیرید که توسط کارفرما، اتحادیه یا منابع دیگر تحت پوشش باشید. اگر سؤالاتی در مورد نیاز به پوشش دارویی دارید، از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعدازظهر با برنامه مدافعه و مشاوره بیمه درمانی کالیفرنیا (HICAP) به شماره 1-800-434-0222 تماس بگیرید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از تارنمای <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">http://www.aging.ca.gov/HICAP/</a> بازدید کنید.</p>

### چگونه به خدمات Medi-Cal دسترسی پیدا کنید

در صورتی که بیمه Cal MediConnect را ترک کنید، در یک طرح درمانی تحت مدیریت Medi-Cal و با انتخاب خود ثبت نام خواهید شد. خدمات Medi-Cal شما شامل اغلب خدمات درازمدت و مراقبت بهداشت رفتاری می شود.

هنگامی که درخواست پایان عضویت خود را در بیمه Cal MediConnect می دهید، لازم است که به گزینه های مراقبت درمانی اعلام کنید که مایلید به کدام یک از طرح های مراقبت هماهنگ Medi-Cal بپیوندید. می توانید با Heath Care Options به شماره 1-844-580-7272، دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-430-7077 تماس بگیرند.



## F. دریافت کمک

### دریافت کمک از L.A. Care Cal MediConnect Plan

سوالات؟ ما آماده پاسخگویی هستیم. لطفاً با خدمات اعضا به شماره **1-888-522-1298** تماس بگیرید (فقط TTY)، با شماره **711** تماس بگیرید). ما آماده پاسخگویی از طریق تماس تلفنی در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی هستیم.

### کتابچه راهنمای اعضاء 2018 خود را مطالعه نمایید.

کتابچه راهنمای اعضاء 2018 توصیف قانونی و مشروح مزایای طرح بیمه شما می باشد. در این کتابچه جزئیاتی در مورد مزایا و هزینه های سال آینده ارائه شده است. همچنین حقوق شما و قوانینی که باید برای قرار گرفتن تحت پوشش خدمات و داروهای نسخه دار پیروی کنید را توضیح می دهد.

ما یک نسخه از کتابچه راهنمای اعضاء 2018 را تا 31 دسامبر برای شما ارسال خواهیم نمود. کتابچه راهنمای اعضاء 2018 بروز شده همیشه در وبسایت ما به آدرس **www.calmedicconnectla.org** قابل دسترسی می باشد. می توانید با خدمات اعضا به شماره **1-888-522-1298** نیز تماس بگیرید (فقط TTY)، با شماره **711** تماس بگیرید). ما از طریق تماس تلفنی در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی، آمادگی داریم تا کتابچه راهنمای اعضاء 2018 را برای شما ارسال کنیم.

### از وبسایت ما دیدن کنید

همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس **www.calmedicconnectla.org** دیدن کنید. شایان ذکر است که وبسایت ما حاوی آخرین اطلاعات در مورد شبکه ارائه کنندگان و داروخانه های ما (راهنمای ارائه کنندگان و داروخانه ها) و فهرست دارویی ما (فهرست داروهای تحت پوشش) می باشد.

### دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی

کارگزار ثبت نام ایالتی، گزینه های مراقبت درمانی، می تواند در مورد نام نویسی برای برنامه درمانی Cal MediConnect به شما کمک کند. همچنین می توانند به شما در صورت تمایل برای لغو عضویت در برنامه درمانی Cal MediConnect کمک کنند. می توانید با Heath Care Options به شماره **1-844-580-7272**، دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره **1-800-430-7077** تماس بگیرند.



### دریافت کمک از برنامه بازرسی کل Cal MediConnect

اگر با L.A. Care Cal MediConnect Plan مشکلی دارید، برنامه بازرسی کل Cal MediConnect می‌تواند شما را یاری دهد. برنامه بازرسی کل Cal MediConnect با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا طرح های بیمه درمانی ارتباطی ندارد. تلفن برنامه بازرسی کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 است. این خدمات رایگان هستند.

### دریافت کمک از برنامه مشاوره و مداوای بیمه درمانی

می‌توانید به برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) نیز تلفن کنید. مشاوران HICAP می‌توانند شما را در شناخت بهتر گزینه های بیمه Cal MediConnect کمک کنند و به سوالات شما در خصوص تغییر طرح های بیمه پاسخ دهند. HICAP با ما یا با دیگر شرکت های بیمه یا برنامه های درمانی ارتباطی ندارد. HICAP در همه کانتی ها مشاورین ورزیده دارد و این خدمات رایگان است. HICAP به شماره تلفن 1-800-434-0222 می‌باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> بازدید کنید.

### کمک گرفتن از Medicare

برای دریافت اطلاعات به صورت مستقیم از Medicare:

با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید.

شما می‌توانید با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

### از وبسایت Medicare دیدن کنید

می‌توانید از وب سایت Medicare دیدن کنید (<http://www.medicare.gov>). در صورتی که قصد دارید از بیمه Cal MediConnect خارج شوید و در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید، وبسایت Medicare می‌تواند هزینه ها، نوع پوشش و درجه بندی کیفیت را در اختیارتان بگذارد تا بتوانید طرح های Medicare Advantage را با یکدیگر مقایسه نمایید. شما می‌توانید اطلاعات مربوط به طرح های Medicare Advantage موجود در منطقه خود را با استفاده از جستجوگر Medicare Plan Finder (یابنده برنامه Medicare) در وبسایت Medicare پیدا کنید. (برای مشاهده اطلاعات مربوط به طرح ها، به <http://www.medicare.gov> رفته و بر روی "Find health & drug plans" (یافتن برنامه های درمانی و دارویی) کلیک کنید.)

### 2018 Medicare & You را مطالعه کنید

شما می‌توانید کتابچه راهنمای 2018 Medicare & You را مطالعه نمایید. این کتابچه در پاییز هر سال، برای افرادی که دارای Medicare هستند ارسال می‌شود. این کتابچه دارای خلاصه ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت ها و پاسخ به سوالات رایج در خصوص Medicare می‌باشد. اگر نسخه ای از این کتابچه را ندارید می‌توانید آنرا از وبسایت Medicare (<http://www.medicare.gov>) تهیه کرده، یا با شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.



### دریافت کمک و راهنمایی از اداره مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا

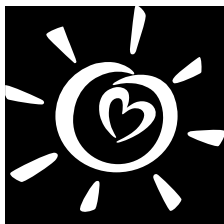
اداره مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا (California Department of Managed Health Care) مسئول نظارت بر طرح های خدمات مراقبت درمانی می باشد. اگر بر علیه برنامه درمانی خود شکایتی دارید، باید ابتدا با شرکت بیمه خود به شماره **1-888-522-1298 (TTY: 711)** در 24 ساعت شبانروز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس گرفته و پیش از تماس با این اداره از روند نارضایتی طرح بیمه خود استفاده کنید. استفاده از این فرایند نارضایتی، شما را از هرگونه حقوق یا راه حل های قانونی احتمالی که ممکن است در اختیارتان باشد منع نمی کند.

اگر در رابطه با شکایتی که مربوط به یک مورد اضطراری است، شکایتی که به نحو قانع کننده ای توسط برنامه درمانی شما حل و فصل نشده، یا شکایتی که برای بیش از 30 روز است که همچنان لاینحل مانده به کمک نیاز دارید می توانید برای تقاضای کمک با این اداره تماس بگیرید.

ممکن است واجد شرایط بررسی مستقل پزشکی (Independent Medical Review, IMR) هم باشید. اگر واجد شرایط IMR باشید، IMR مروری بی طرفانه بر تصمیم گیری طرح بیمه تان مبنی بر ارائه یا عدم ارائه خدمات یا درمان مورد نظر شما، یا برای تعیین میزان پوشش شما در موارد درمانهای آزمایشی و اثبات نشده، و حتی موارد اختلاف نظر درباره اضطراری یا فوری بودن خدمات درمانی، انجام می دهد.

این اداره همچنین یک شماره تلفن رایگان **(1-888-HMO-2219)** و یک خط TDD **(1-877-688-9891)** برای اشخاصی دارد که مشکلات شنوایی و گویایی دارند. وب سایت اینترنتی این اداره به آدرس <http://www.hmohelp.ca.gov> حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای IMR و دستورالعمل های آنلاین است.





**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

For a Healthy Life