



L.A. Care Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)
ارائه شده توسط L.A. Care Health Plan

اطلاعیه تغییرات سالانه برای سال 2019

مقدمه

شما در حال حاضر به عنوان یک عضو در L.A. Care Cal MediConnect Plan ثبت نام کرده اید. سال آینده، تغییراتی در مزایا، مقررات و هزینه های طرح اعمال خواهد شد. این اطلاعیه تغییرات سالانه اطلاعاتی را در مورد تغییرات و مکانی که می توانید اطلاعات بیشتر در مورد آنها را پیدا کنید در اختیار شما قرار می دهد. عبارات کلیدی و تعاریف آنها به ترتیب حروف الفبا در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا گنجانده شده اند.

اگر سؤالاتی دارید، لطفاً با L.A. Care Cal MediConnect Plan به شماره (TTY: 711) 1-888-522-1298، 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



فهرست مطالب

A.	رفع مسئولیت.....	3
B.	بررسی پوشش Medicare و Medi-Cal خود برای سال آینده.....	3
B1	منابع دیگر	4
B2	اطلاعاتی درباره L.A. Care Cal MediConnect Plan	5
B3	کارهای مهمی که باید انجام دهید	6
C.	تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه کنندگان و داروخانه ها.....	7
D.	تغییرات در مزایا و هزینه ها برای سال بعد.....	7
D1	تغییرات در مزایا برای خدمات پزشکی	7
D2	تغییرات در پوشش داروهای نسخه دار	7
D3	مرحله 1: "مرحله پوشش اولیه"	9
D4	مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی"	10
E.	نحوه گزینش برنامه درمانی	10
E1	نحوه باقی ماندن در برنامه درمانی ما	10
E2	روش تغییر برنامه های درمانی	10
F.	چگونگی کمک گرفتن.....	12
F1	دریافت کمک از L.A. Care Cal MediConnect Plan	12
F2	دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی	13
F3	دریافت کمک از برنامه بازرس کل Cal MediConnect	13
F4	دریافت کمک از برنامه مشاوره و مداوای بیمه درمانی	13
F5	کمک گرفتن از Medicare	13
F6	دریافت کمک و راهنمایی از اداره مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا	14



A. رفع مسئولیت

- L.A. Care Health Plan یک برنامه درمانی می باشد که برای ارائه مزایای Medicare و Medi-Cal به اعضا با هر دو برنامه قرارداد دارد.

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

- 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 نیازهای شما را برآورده نمی کند، ممکن است بتوانید برنامه درمانی را ترک کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش F2 مراجعه 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 زمانی که 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).
- ◀ **تذکر:** اگر در برنامه مدیریت دارویی می باشید، ممکن است نتوانید در طرح متفاوتی عضو شوید. برای کسب اطلاعات در مورد برنامه های مدیریت دارویی به بخش 5 کتابچه راهنمای اعضای خود مراجعه کنید.



B1. منابع دیگر

- **ATTENTION:** 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.
- **ATENCIÓN:** 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.
- **請注意：**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。
- **XIN LƯU Ý:** 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.
- **알림:** 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.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝** Եթե խոսում եք հայերեն, լեզվական աջակցության ծառայությունները հասանելի են Ձեզ անվճար: Չանգահարեք **1-888-522-1298** հեռախոսահամարով (TTY: 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոնական օրերը: Հեռախոսազանգն անվճար է:
- **تنبيه:** 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.
- **ВНИМАНИЕ:** 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.
- **注意事項:** 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。
- **توجه:** 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.
- **ध्यान दें:** अगर आप हिंदी बोलते हैं, तो मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं, आपके लिए उपलब्ध हैं। अवकाश के दिनों समेत, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के 7 दिन **1-888-522-1298** (TTY: 711) पर कॉल करें। कॉल नि:शुल्क है।
- **ចំណាប់អារម្មណ៍:** បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយខាងភាសាឥតគិតថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-888-522-1298** (TTY: 711) បាន 24 ម៉ោងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃមួយអាទិត្យ រួមទាំងថ្ងៃបុណ្យផង។ ការហៅគឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។



- PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kabilang ang mga piyesta opisyal. Libre ang pagtawag.
- โปรดทราบ: หากท่านพูดภาษาไทย เรามีบริการช่วยเหลือด้านภาษาให้คุณโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรฟรีที่หมายเลข **1-888-522-1298** (TTY: 711) ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ทุกวัน ไม่เว้นวันหยุด
- ກະລຸນາຟັງ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຍຄ່າ. ໂທສ **1-888-522-1298** (TTY: 711), ໄດ້ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, ລວມເຖິງ ວັນພັກຕ່າງໆ. ເບີໂທສນີ້ແມ່ນບໍ່ເສັຍຄ່າ.
- CEEB TOOM: Yog koj hais lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, hu rau **1-888-522-1298** (TTY: 711), 24 teev hauv ib hnuv, 7 hnuv hauv ib asthiv, suav nrog cov hnuv so tib si. Qhov hu no yog hu dawb xwb.
- यिआन दिउ: जे त्रुमी पंजाबी बोलते हे, तं त्रुआडे लयी मुडत त्रामा सहायिता सेवादां उषलसय रन। कुँटी वाले दिनं समेत 24 पँटे, 7 दिन **1-888-522-1298** (TTY: 711) 'ते बाल बरोबाल मुडत है'

- شما می توانید این اطلاعیه تغییرات سالانه را به صورت های دیگر مانند چاپ درشت، خط بریل، یا نسخه صوتی دریافت کنید. با شماره **1-888-522-1298** (TTY: 711)، در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است.
- اگر می خواهید این مطالب را چه در حال حاضر، چه در آینده، به زبانها یا صورت های دیگری دریافت کنید، با خدمات اعضاء به شماره **1-888-522-1298** (TTY: 711) در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید. تماس با این شماره ها رایگان است.

B2. اطلاعاتی درباره L.A. Care Cal MediConnect Plan

- بیمه L.A. Care Health Plan با هر دو شرکت Medicare و Medi-Cal برای ارائه مزایای هر دو بیمه به افراد عضو قرارداد منعقد کرده است.
- پوشش تحت L.A. Care Cal MediConnect Plan برای حداقل پوشش اساسی (minimum essential coverage, MEC) واجد شرایط می باشد. این پوشش شرایط مسئولیت مشترک شخص قانون محافظت از بیماران و مراقبت مقرون به صرفه (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) را برآورده می کند. لطفاً برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد شرایط مسئولیت مشترک شخص برای MEC از تارنمای اداره مالیات آمریکا (Internal Revenue Service, IRS) به آدرس <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families> بازدید کنید.
- L.A. Care Cal MediConnect Plan توسط L.A. Care Health Plan ارائه می شود. در این اعلامیه سالانه 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.



B3. 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 D 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 سهمیم 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.
 - هزینه داروهای شما ممکن است از سال گذشته افزایش پیدا کرده باشد. با پزشک خود در مورد گزینه های کم هزینه تری که ممکن است در دسترس شما باشند مشورت کنید؛ اینکار ممکن است در هزینه های سالانه که از جیب خودتان در طول سال می پردازید صرفه جویی کند. برای دریافت اطلاعات بیشتر در مورد قیمت دارو ها، از <https://go.medicare.gov/drugprices> بازدید نمایید. این داشبوردها مشخص می کنند که کدامیک از تولیدکنندگان قیمت های خود را افزایش داده و همچنین اطلاعات مربوط به قیمت دارو را به صورت سال به سال نشان می دهند. توجه داشته باشید که مزایای برنامه درمانی شما به طور دقیق مشخص خواهند کرد که هزینه داروهای شما به چه میزان ممکن است تغییر کند.
 - برای کسب اطلاعات در مورد تغییرات پوشش دارویی ما، به بخش D2 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 C مراجعه کنید.
- در مورد 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

اگر قصد دارید طرح ها را تغییر دهید:	در صورتی که قصد دارید در L.A. Care Cal MediConnect Plan باقی بمانید:
<p>اگر تصمیم گرفتید که پوشش دیگری نیازهای شما را بهتر تأمین می کند، ممکن است بتوانید برنامه درمانی را تغییر دهید (برای کسب اطلاعات بیشتر به بخش G2 مراجعه کنید). 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 E2، صفحه 10 مراجعه کنید.</p>	<p>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.</p>

C. تغییرات ایجاد شده در شبکه ارائه کنندگان و داروخانه ها

شبکه های ارائه کنندگان و داروخانه های ما برای سال 2019 تغییر کرده اند.

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 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.

D. تغییرات در مزایا و هزینه ها برای سال بعد

D1. تغییرات در 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.

2019 (سال آینده)	2018 (امسال)
شما برای عضویت در کلوب ورزشی و کلاس های تندرستی تحت قرارداد \$0 سهم بیمه شده پرداخت می کنید. شامل هرگونه خدمات در کلوب ورزشی که معمولاً هزینه اضافی دارند نمی شود.	مزایای کلوب ورزشی و کلاس های تندرستی تحت پوشش نمی باشد.

D2. تغییرات در پوشش داروهای نسخه دار

تغییرات در فهرست دارویی ما

فهرست داروهای تحت پوشش به روز شده بر روی وبسایت ما به آدرس www.calmediconnectla.org قرار گرفته است. شما می توانید با بخش خدمات اعضا به شماره **1-888-522-1298 (TTY: 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، حتی تعطیلات رسمی، برای اطلاعات دارویی بروز شده یا درخواست ارسال فهرست داروهای تحت پوشش تماس بگیرید.

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 تا 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 می‌کنیم:

- با پزشک (یا تجویز کننده دیگری) همکاری کرده تا داروی دیگری که پوشش می‌دهیم را پیدا کنید.
- می‌توانید با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-888-522-1298، در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی تماس بگیرید تا برای فهرست داروهای تحت پوششی که برای مداوی همان عارضه هستند درخواست کنید.
- این فهرست می‌تواند 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، پوشش ذخیره موقت دارو را تقبل می‌کنیم.
- این ذخیره موقتی برای مصرف تا حداکثر 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. می‌توانید 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.
- استثناهای مربوط به مجموعه دارویی برای مابقی سال برنامه درمانی اعطا می‌شود. 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 داروی 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 1 مرحله پوشش اولیه	مرحله 2 مرحله پوشش بحرانی
در طول این مرحله، برنامه درمانی بخشی از هزینه داروهای شما را پرداخت می‌کند و شما سهم خودتان را می‌پردازید. سهم پرداختی شما سهم بیمه شده نامیده می‌شود. این مرحله را پس از پیچیدن اولین نسخه خود در سال شروع می‌کنید.	در طول این مرحله، برنامه درمانی کل هزینه داروهای شما را تا 31 دسامبر 2019 پرداخت می‌کند. وقتی که هزینه‌های پرداختی از جیب شما به حد خاصی رسید، این مرحله آغاز می‌شود.

مرحله اولیه پوشش وقتی پایان می یابد که شما کل مبلغ \$5,100 را از جیب خودتان برای داروهای نسخه دار پرداخت کرده باشید. در این زمان، مرحله پوشش نهایی آغاز می شود. ما همه هزینه های دارویی شما را از این زمان تا پایان سال پرداخت خواهیم کرد. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه پرداخت هزینه داروهای نسخه دار به فصل 6 دفترچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

D3. 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. وقتی که داروهای یک نسخه را خریداری می کنید، 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 شوند که در مرحله پوشش اولیه قرار دارید.

2019 (سال آینده)	2018 (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.	داروهای ردیف 1 (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 - \$8.50 برای هر نسخه می باشد.	سهم بیمه شده شما برای ذخیره یک ماه (30 روز) \$0 - \$8.35 برای هر نسخه می باشد.	داروهای ردیف 2 (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.	داروهای ردیف 3 (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.	داروهای ردیف 4 (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 **\$5,100** 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. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه پرداخت هزینه داروهای نسخه دار به فصل 6 *دفترچه راهنمای اعضا* مراجعه کنید.

D4. مرحله 2: "مرحله پوشش بحرانی"

وقتی که هزینه ها از جیب شما برای داروهای نسخه دار شما به حد **\$5,100** برسد، مرحله پوشش بحرانی آغاز می شود. شما تا پایان سال در مرحله پوشش بحرانی باقی خواهید ماند.

E. نحوه گزینش برنامه درمانی

E1. نحوه باقی ماندن در برنامه درمانی ما

امیدواریم که در سال آینده نیز شما را به عنوان یک عضو داشته باشیم.

برای باقی ماندن در برنامه درمانی خود لازم نیست هیچ کاری بکنید. 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 2019 تمدید خواهد شد.

E2. روش تغییر برنامه های درمانی

شما می توانید توسط عضویت در Medicare Advantage Plan دیگری، عضویت در طرح Cal MediConnect دیگری یا بازگشت به Original Medicare، در هر زمان در طول سال به عضویت خود خاتمه دهید.

تذکر: از 1 ژانویه 2019، اگر در برنامه مدیریت دارویی می باشید، ممکن است نتوانید برنامه های درمانی را تغییر دهید. برای کسب اطلاعات در مورد برنامه های مدیریت دارویی به بخش 5 *کتابچه راهنمای اعضای خود* مراجعه کنید.

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>برای استعلامات مربوط به PACE، با شماره (7223) 1-855-921-PACE تماس بگیرید.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعداز ظهر 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 http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <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 پرآوری 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 تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> از دوشنبه تا جمعه و از ساعت 8:00 صبح تا 5:00 بعداز ظهر 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 http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <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>



آچه 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 تلفن 1-877-486-2048 تماس بگیرند.</p> <p>اگر به کمک یا اطلاعات بیشتر نیاز دارید:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید. <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>3. Original Medicare بدون برنامه ای مجزا از Medicare برای داروهای نسخه دار</p> <p>توجه: اگر به عضویت Original Medicare درآید 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. 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 http://www.aging.ca.gov/HICAP/ بازدید کنید.</p>

چگونه به خدمات Medi-Cal دسترسی پیدا کنید

در صورتی که بیمه Cal MediConnect را ترک کنید، وارد یک طرح درمانی تحت مدیریت Medi-Cal و با انتخاب خود 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 (Health Care Options) اعلام کنید که مایلید به کدام یک از طرح های مراقبت هماهنگ Medi-Cal بپیوندید. می توانید با گزینه های مراقبت درمانی با 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. چگونگی کمک گرفتن

F1. دریافت کمک از L.A. Care Cal MediConnect Plan

سؤالات؟ ما آماده پاسخگویی هستیم. لطفاً با بخش 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 2019 خود را مطالعه نمایید.

کتابچه راهنمای اعضاء 2019 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.



کتابچه راهنمای اعضای سال 2019 بروز شده همیشه در وبسایت ما به آدرس www.calmediconnectla.org قابل دسترسی می باشد. شما می توانید با بخش خدمات اعضا به شماره (TTY: 711) 1-888-522-1298، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته، شامل تعطیلات رسمی، تماس گرفته تا کتابچه راهنمای اعضای سال 2019 را برای شما ارسال کنیم.

تارنمای ما

همچنین می توانید از وبسایت ما به آدرس www.calmediconnectla.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.

F2. دریافت کمک از کارگزار ثبت نام ایالتی

می توانید با گزینه های مراقبت درمانی 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.

F3. دریافت کمک از برنامه بازرس کل Cal MediConnect

اگر با L.A. Care Cal MediConnect Plan مشکلی دارید، برنامه بازرس کل Cal MediConnect می تواند شما را یاری دهد. خدمات بازرس رایگان هستند. برنامه بازرس کل Cal MediConnect:

- به عنوان مدافع از سوی شما عمل می کند. آنها می توانند به سوالات شما در صورتیکه مشکل یا شکایتی داشته باشید پاسخ داده و به شما کمک کنند تا بفهمید چکار کنید.
- مطمئن شوید که اطلاعات مربوط به حقوق و محافظت های خود و نحوه رسیدگی به دلنگرانی های خود را در دست داشته باشید.
- با ما یا هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی باشد. تلفن برنامه بازرس کل Cal MediConnect به شماره 1-855-501-3077 است.

F4. دریافت کمک از برنامه مشاوره و مداوای بیمه درمانی

می توانید با برنامه امداد بیمه درمانی ایالتی (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) نیز تماس بگیرید. در کالیفرنیا، SHIP برنامه مشاوره و مدافعه بیمه درمانی (HICAP) خوانده می شود. مشاوران HICAP می توانند 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 هیچ شرکت بیمه یا برنامه درمانی مرتبط نمی باشد. HICAP مشاورین کارآموزی دیده ای را در هر کانتی در استخدام دارد و خدمات رایگان می باشند. HICAP به شماره تلفن 1-800-434-0222 می باشد. برای کسب اطلاعات بیشتر یا پیدا کردن دفتر محلی HICAP در منطقه شما، لطفاً از <http://www.aging.ca.gov/HICAP/> بازدید کنید.

F5. کمک گرفتن از Medicare

برای دریافت اطلاعات مستقیم از Medicare، می توانید 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.



تارنمای Medicare

می توانید از وب سایت Medicare به آدرس <http://www.medicare.gov> بازدید کنید. در صورتی که قصد دارید از بیمه Cal MediConnect خارج شوید و در یک طرح Medicare Advantage ثبت نام کنید، وبسایت Medicare می تواند هزینه ها، نوع پوشش و درجه بندی کیفیت را در اختیاران بگذارد تا بتوانید طرح های Medicare Advantage را با یکدیگر مقایسه نمایید. شما می توانید اطلاعات مربوط به طرح های Medicare Advantage موجود در منطقه خود را با استفاده از جستجوگر Medicare Plan Finder 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.)

Medicare و شما 2019

شما می توانید کتابچه راهنمای Medicare و شما 2019 را مطالعه نمایید. این کتابچه در پاییز هر سال، برای افرادی که دارای Medicare هستند ارسال می شود. این کتابچه دارای خلاصه ای از مزایای Medicare، حقوق و محافظت ها و پاسخ به سوالات رایج در خصوص Medicare می باشد. اگر نسخه ای از این کتابچه را ندارید می توانید آنرا از وبسایت Medicare (<http://www.medicare.gov>) تهیه کرده، یا با شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.

F6. دریافت کمک و راهنمایی از اداره مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا

اداره مراقبت درمانی هماهنگ کالیفرنیا 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 (TTY: 711) 1-888-522-1298 در 24 ساعت شبانه روز 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 اختیاران 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 یک شماره تلفن رایگان (1-888-HMO-2219) و خط TDD (1-877-688-9891) برای اشخاصی که مشکل شنوایی یا گفتاری دارند نیز ارائه می کند. وب سایت اینترنتی این اداره به آدرس <http://www.dmhc.ca.gov> حاوی فرم های شکایت، فرم های تقاضا برای IMR و دستورالعمل های آنلاین است.



L.A. Care
HEALTH PLAN®

For All of L.A.