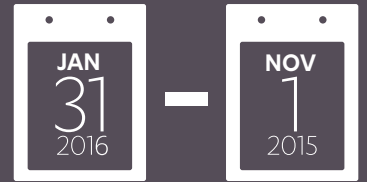


ثبت نام برای پوشش مراقبت های بهداشتی و درمانی با کیفیت راهنمای گام به گام



دوره ثبت نام آزاد از
1 نوامبر 2015 تا
31 فوریه 2016 می
باشد.



Covered California™ طرحی از ایالت کالیفرنیا است که امکان مقایسه و خرید برنامه های بیمه خصوصی درمانی و در صورت واجد شرایط بودن، دریافت کمک مالی برای پرداخت هزینه پوشش بهداشتی و درمانی را به شما می دهد. با مطالعه این راهنما می توانید بهتر با گزینه های موجود آشنا شده و متناسب با نیازهای خود در بهترین برنامه درمانی عضو شوید.

مرحله 1: اگر واجد شرایط باشید، می توانید برای پرداخت هزینه بیمه بهداشتی و درمانی کمک دریافت کنید.

داشتن بیمه بهداشتی و درمانی اطمینان خاطری است که در مقابل رخدادهای پیش بینی نشده خواهید داشت، البته بسیاری از ما نگران هزینه آن هستیم. افرادی که بر اساس تعداد نفرات خانوار و درآمد خود واجد شرایط باشند می توانند از کمک های مالی بصورت اعتبار مالیاتی بهره مند گردند - هرچقدر درآمد شما کمتر باشد، کمک های مالی بیشتری از Covered California دریافت خواهید کرد. اگر واجد شرایط دریافت کمک مالی تشخیص داده نشوید، کماکان می توانید برای دریافت پوشش خدمات بهداشتی و درمانی از طریق Covered California اقدام کنید.

برای آگاهی از هزینه طرح ها و نیز وضعیت واجد شرایط بودن خود برای کمک های مالی یا Medi-Cal به جدول زیر رجوع کرده و یا از ابزار Shop and Compare در CoveredCA.com استفاده کنید.

(تذکر: "ابزار Shop and Compare Too" به زبان انگلیسی در دسترس قرار دارد)

ببینید آیا واجد شرایط دریافت کمک مالی هستید یا خیر:



اگر درآمد خانوار شما در
2016 بین این مقادیر است...



اگر درآمد خانوار شما در
2016 کمتر از مقدار زیر است...



تعداد افراد خانوار شما

\$47,080 - \$16,243

\$16,243

1

\$63,720 - \$21,984

\$21,984

2

\$80,360 - \$27,725

\$27,725

3

\$97,000 - \$33,466

\$33,466

4

\$113,640 - \$39,206

\$39,206

5

ممکن است واجد شرایط دریافت
کمک مالی برای خرید بیمه از طریق
Covered California باشید

ممکن است واجد شرایط
دریافت Medi-Cal باشید

برای شروع پوشش
از 1 ژانویه 2016،
قبل از 15 دسامبر
2015 ثبت نام کنید.

ثبت نام برای پوشش مراقبت های بهداشتی و درمانی با کیفیت راهنمای گام به گام

مرحله 2: گزینه های مختلف پوشش را بررسی کنید.

Covered California مجموعه متنوعی از برنامه ها را ارائه می کند تا بتوانید بهترین گزینه را بر اساس نیازهای بهداشتی و بودجه خود انتخاب کنید.

پیش از انتخاب برنامه، مسائل زیر را در نظر بگیرید:

شما و خانواده شما به چه سطحی از پوشش نیاز خواهید داشت؟ Covered California مجموعه متنوعی از برنامه ها را ارائه می کند تا بتوانید یکی از آنها را بر اساس وضعیت کلی سلامتی و شرایط مالی خود انتخاب کنید. هنگام انتخاب برنامه، به مسائل زیر توجه داشته باشید:

• سطح پوشش:

- اگر نیاز به مراقبت های گسترده تر دارید **Platinum** یا **Gold** را انتخاب کنید. پرداخت ماهیانه شما برای این طرح ها بیشتر است، در نتیجه وقتی نیاز به خدمات پزشکی داشتید مبلغ کمتری پرداخت خواهید کرد.
- اگر در وضعیت سلامتی مناسبی هستید و نیاز به مراقبت های چندانی ندارید **Silver** یا **Bronze** را انتخاب کنید. در این طرح ها پرداختی ماهیانه شما کمتر خواهد بود اما در صورت نیاز به خدمات پزشکی باید مبلغ بیشتری پرداخت کنید. میزان هزینه های خارج از تعهد نیز برای افراد واجد شرایط در طرح های Enhanced Silver پایین تر می باشد.
- **یک طرح حداقل پوشش** برای افرادی که سن آنها کمتر از 30 سال است و یا افرادی که بتوانند دشواری های مالی خود را اثبات نمایند وجود دارد. حق بیمه ماهیانه این طرح ها کم بوده و افراد را در برابر شرایط و وضعیت های وحیم محافظت می نمایند. برای پرداخت هزینه یک طرح حداقل پوشش نمی توانید از کمک مالی استفاده کنید.
- **هزینه های پیش بینی شده:**
- هنگام بررسی یک طرح، حتماً از میزان حق بیمه، فرانشیز، هزینه مشارکت در پرداخت و هزینه های خارج از تعهد که مسئولیت پرداخت آنها بر عهده شماست، انواع خدمات تحت پوشش و اینکه آیا پزشکان فعلی شما پوشش را می پذیرند یا خیر آگاه باشید.



اگر واجد شرایط **Medi-Cal** هستید:

Medi-Cal یک برنامه بیمه درمانی عمومی برای ساکنان کالیفرنیا با درآمد محدود است.

در صورت واجد شرایط بودن، برای درخواست به **CoveredCA.com** یا دفاتر خدمات اجتماعی کانتی محلی خود مراجعه فرمایید. برای کمک گرفتن در خصوص ثبت نام در **Medi-Cal** می توانید از مشاوران رسمی عضویت یا نمایندگان **Covered California** استفاده کنید.

مزایای پوشش استاندارد بر اساس سطح

مزایای کلیدی	60% هزینه سالیانه در طرح Bronze پوشش داده می شود	70% هزینه سالیانه در طرح Silver پوشش داده می شود	80% هزینه سالیانه در طرح Gold پوشش داده می شود	90% هزینه سالیانه در طرح Platinum پوشش داده می شود
فرانشیز	\$6,000	\$2,250**	بدون فرانشیز	بدون فرانشیز
ویزیت سالانه مراقبت های پیشگیرانه	بدون هزینه	بدون هزینه	بدون هزینه	بدون هزینه
مبلغ مشارکت در پرداخت هزینه ویزیت مراقبت های اولیه	\$70*	\$45	\$35	\$20
مبلغ مشارکت در پرداخت هزینه ویزیت مراقبت های فوری	\$120*	\$90	\$60	\$40
مبلغ مشارکت در پرداخت هزینه اتاق اورژانس	Full cost up to deductible	\$250	\$250	\$150
مبلغ مشارکت در پرداخت هزینه داروهای ژنریک	Full cost up to \$500 deductible	\$15	\$15	\$5
حداکثر هزینه خارج از تعهد سالیانه برای یک نفر	\$6,500	\$6,500	\$6,200	\$4,000
حداکثر هزینه خارج از تعهد سالیانه برای یک خانواده**	\$13,000	\$13,000	\$12,400	\$8,000

کلیه مبالغ مشارکت در پرداخت پزشکی و میزان بیمه اتکایی در این جدول ذکر نشده است. برای اطلاعات بیشتر به سایت www.CoveredCA.com مراجعه کنید. در طرح **Bronze**، برای سه ویزیت اول مراقبت های اولیه فرانشیز در نظر گرفته نمی شود. هزینه ویزیت های دیگر تا زمان رسیدن به فرانشیز به طور کامل دریافت می شوند. ** طرح **Silver** تنها طرحی است که در آن فرانشیز و سایر مخارج شما می تواند بر اساس درآمد خانوار کمتر گردد.

برای مشاهده توضیح کامل سطوح مختلف پوشش و بررسی گزینه های موجود به www.CoveredCA.com مراجعه نمایید.



**تهیه پوشش فقط یک
انتخاب مطلوب برای
سلامتی نیست - این کار بر
اساس قانونی الزامی است.**



از ژانویه 2014، اکثریت
افراد ملزم به داشتن بیمه
بهداشتی و درمانی هستند و در
غیراینصورت مشمول جریمه
مالیاتی خواهند شد.

جریمه در سال 2016 معادل 2.5
درصد درآمد سالیانه خانوار و یا
\$695 به ازای هر نفر بزرگسال
(و \$347.50 به ازای هر کودک
زیر 18 سال) - هر کدام که
بیشتر بود - است.

* مدارک نشان دهنده درآمد فعلی
کلیه اعضای خانواده که درخواست
می دهند (درآمد یک شخص
وابسته فقط زمانی باید لحاظ گردد
که میزان درآمد وی در حدی باشد
که می بایست اظهارنامه مالیاتی پر
کند). منظور از خانواده در اینجا
فردی است که بعنوان سرپرست
خانوار اظهارنامه مالیاتی تسلیم
می کند و کلیه وابستگی که در
فرم مالیات ایشان ذکر شده اند. اگر
اظهارنامه مالیاتی تسلیم نمی کنید
شاید باز هم بتوانید واجد شرایط
استفاده از بیمه رایگان یا کم هزینه
از طریق Medi-Cal باشید.

** خانواده هایی که مهاجران
غیرقانونی حاضر در کشور
نیز جزو آنها هست می توانند
درخواست بدهند. شما حتی اگر
واجد شرایط پوشش نباشید می
توانید برای فرزند خود اقدام کنید.

کدام شبکه های ارائه دهنده در منطقه شما حضور دارند؟ Covered California امکان انتخاب و خرید برنامه های بیمه
خصوصی از ارائه دهندگان مورد اطمینان را به شما می دهد. اگرچه تمام شرکت های بیمه سطوح پوشش یکسانی ارائه می کنند
اما طرح ها و شبکه های ارائه دهندگان آنها (پزشکان و بیمارستان هایی که در منطقه شما آن بیمه را می پذیرند) با هم متفاوت
است. اگر می خواهید کماکان به پزشکان فعلی خود مراجعه کنید، ببینید جزو شبکه کدام طرح ها هستند.

کدام نوع طرح برای خانواده شما بهترین انتخاب خواهد بود؟ اکثر شرکت های بیمه سه نوع طرح پوشش ارائه می کنند:
سازمان های حفظ سلامتی (HMOها)، سازمان های ارائه دهندگان ترجیحی (PPOها)، و سازمان های ارائه دهندگان
اختصاصی (EPOها). این انواع طرح ها، نحوه دسترسی شما به برخی خدمات بهداشتی و درمانی خاص و پزشکان و
بیمارستان هایی که می توانید به آنها مراجعه کنید را تعیین می کنند.

- **HMOها** فقط مراجعه به پزشکان و بیمارستان های عضو شبکه طرح را پوشش می دهند. HMOها معمولاً از اعضا می
خواهند که برای مراجعه به یک متخصص ابتدا از پزشک مراقبت های اولیه خود معرفی نامه دریافت کنند.
- **PPOها** هزینه مراجعه به پزشکان عضو و غیر عضو شبکه طرح را می پردازند اما اعضا برای مراقبت های خارج از
شبکه باید مبلغ بیشتری پرداخت کنند.
- **EPOها** معمولاً مراقبت های خارج از شبکه طرح را پوشش نمی دهند اما ممکن است اعضا برای مراجعه به یک
متخصص عضو شبکه نیازی به معرفی نامه نداشته باشند.

بسیار مهم است که بدانید تمام PPOها، HMOها و EPOها یکسان نیستند. پیش از انتخاب، حتماً از کلیه جزئیات طرح - مانند
پزشکان و بیمارستان های تحت پوشش، هزینه مراجعه به یک پزشک خارج از شبکه - آگاه باشید.

مرحله 3: اطلاعات لازم را تهیه کنید.

بعد از اینکه یک طرح مناسب برای خود انتخاب کردید، باید مراحل ثبت نام را آغاز کنید. هنگامی که برای عضویت
درخواست می دهید، حتماً تمام مدارک و اطلاعات لازم را آماده کرده باشید.

**برای هر یک از اعضای خانواده که تحت پوشش برنامه درمانی قرار خواهند گرفت
(و نیز خود شما)، باید این مدارک و اطلاعات را داشته باشید:**



مدارک سیتیزن شپ یا اقامت
قانونی - پاسپورت آمریکایی،
کارت اقامت قانونی و یا مدارک
تابعیت



مدارک شناسایی - گواهینامه
رانندگی کالیفرنایی، کارت شناسایی
کالیفرنایی، پاسپورت آمریکایی، یا
کارت شناسایی دیگر.



اطلاعات درآمد* - فرم های
اظهارنامه مالیاتی 2015، فیش های
حقوق اخیر و/یا فرم های W-2

بعلاوه باید اطلاعات زیر را برای کلیه اعضای خانواده که درخواست می دهند بدانید:



کدپستی های منزل



تاریخ های تولد



شماره های Social Security**
(برای سیتیزن های آمریکا)



آیا سوالی دارید؟

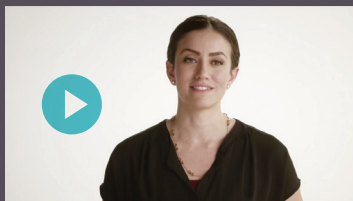
مجموعه ویدیوهای

“Welcome to Answers”

ما را در

CoveredCA.com/FAQs

ملاحظه کنید.



(تذکر: “Welcome to Answers” یک مجموعه ویدیویی اطلاع رسانی است که تنها به زبان انگلیسی در دسترس قرار دارد)

عناوین موجود عبارتند از:

- Covered California چیست؟
- چگونه می توانم ثبت نام کنم؟
- Covered California چگونه می تواند به افراد زیر 30 سال کمک کند؟
- Covered California چگونه بیمه را مقرون به صرفه می سازد؟
- Affordable Care Act به چه ترتیب بیمه های بهداشتی و درمانی را تغییر می دهد؟



برای تماس گیرندگانی که به زبان های دیگر کمک لازم دارند مترجم فراهم خواهد شد

مرحله 4: یک حساب ایجاد کرده و برای عضویت درخواست بدهید.

شما می توانید از طریق www.CoveredCA.com بصورت اینترنتی برای عضویت در طرح مورد نظر خود اقدام کنید. برای این کار باید یک حساب کاربری ایجاد کرده و مراحل درخواست عضویت را با استفاده از اطلاعاتی که در مرحله 3 تهیه کرده اید تکمیل کنید.

اگر برای درخواست عضویت نیاز به کمک داشتید، Covered California می تواند کمک های رایگان و محرمانه در نزدیکی محل شما ارائه نماید. برای کمک گرفتن در منطقه خود به www.CoveredCA.com/enrollment-assistance رفته و کدپستی خود را وارد کنید. البته می توانید بجای این کار از طریق شماره تلفن 300-1506 (800) با ما تماس بگیرید.

مرحله 5: اطلاعات مهم را ذخیره کنید.

بسیار مهم است که سابقه ای از نام ها و شماره های خاص درخواست و طرح بیمه خود را نگهداری کنید تا در صورت داشتن هرگونه سوال در آینده درباره پوشش بتوانید از آنها استفاده کنید. اطلاعات کلیدی زیر را حتماً برای خود یادداشت کنید:

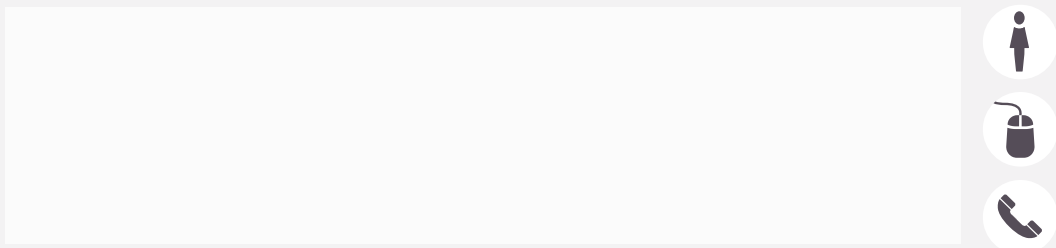
شماره شناسایی درخواست خود	شماره پرونده خود
نام شرکت بیمه درمانی خود	اطلاعات طرح بیمه خود (شماره طرح، شماره گروه، غیره)
نام و مشخصات تماس مشاور رسمی عضویت (CEC)، نماینده رسمی بیمه و یا کارشناس طرح (PBE) که در روند درخواست عضویت به شما کمک کرده اند	

مرحله 6: حق بیمه خود را پرداخت کنید.

هر ماه حق بیمه خود را در موعد مقرر به شرکت بیمه درمانی انتخابی خود - و نه به Covered California - پرداخت کنید.



جهت کسب اطلاعات بیشتر و یا دریافت کمک های رایگان و محرمانه با اینجا تماس بگیرید:



(800) 300-1506 | CoveredCA.com