



KAISER PERMANENTE®

تصويبات على كتيب الأعضاء لعام 2026

هذه معلومات مهمة بخصوص التغييرات التي طرأت على

كتيب أعضاء Medi-Cal الصادر عن

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. لعام 2026

يُعرف كتيب الأعضاء الخاص بك أيضًا بدليل التغطية ونموذج الإفصاح المدمجين (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, "EOC/DF"). تسمح لك هذه التصويبات التعرف على التحديثات التي طرأت على نسختك من كتيب الأعضاء لعام 2026. يرجى الاحتفاظ بهذه الوثيقة مع نسختك من كتيب الأعضاء لعام 2026.

في هذه التصويبات على كتيب الأعضاء، يشار إلى Kaiser Foundation Health Plan, Inc. بكلمات "نحن" أو "خاصتنا" أو "إيانا". ويشار إلى الأعضاء أحياناً بكلمة "أنت". بعض العبارات المكتوبة بحروف كبيرة يكون لها معنى خاص في كتيب الأعضاء هذا. راجع الفصل 8 "أرقام وكلمات مهمة يجب معرفتها" لمعرفة العبارات التي ينبغي أن تعرفها. إن التغييرات التي طرأت على المزايا تـرد أدناه.

وصف معدل ضمن "الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)" في الفصل 3 (كيفية الحصول على الرعاية)

الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)

الإذن المسبق في شمال كاليفورنيا

بالنسبة للخدمات المدرجة ضمن العنوان "الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)" لاحقًا في هذا الفصل، سيحتاج طبيب الرعاية الأولية (Primary Care Provider, PCP) أو الطبيب الأخصائي المتابع لك إلى طلب الإذن من The Permanente Medical Group قبل حصولك على الرعاية. ويُسمى ذلك طلب موافقة مسبقة أو إذن مسبق. وهذا يعني أنه يجب على The Permanente Medical Group التأكد من أن الرعاية ضرورية طبيًا (مطلوبة).

اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-839-7613** (TTY 711). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.



3 | كيفية الحصول على الرعاية

الخدمات الضرورية طبيًا هي الخدمات المعقولة والضرورية لحماية حياتك، أو منع تعرضك لمرض خطير أو إعاقة، أو تخفيف الآلام الشديدة الناتجة عن مرض أو علة أو إصابة تم تشخيصها. بالنسبة للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، تشمل الخدمات الضرورية طبيًا الرعاية الضرورية طبيًا لعلاج أو مساعدة تخفيف مرض أو حالة جسدية أو نفسية.

بالنسبة لطلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) القياسية، يجب على The Permanente Medical Group الرد على طلبك بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلامها للمعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول للبت في طلبك (الموافقة، أو التعديل، أو الرفض). يجب على The Permanente Medical Group الرد في مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام طلبك.

بالنسبة للطلبات التي يشير فيها مقدم الرعاية، أو يحدد الشخص المناسب المكلف من The Permanente Medical Group، إلى أن اتباع الإطار الزمني القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق وظائفك القصوى أو الحفاظ عليها أو استعادتها لخطر جسيم، ستتخذ The Permanente Medical Group قرار موافقة مسبقة (إذن مسبق) معدل بشكل أسرع. سترد The Permanente Medical Group بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز 72 ساعة من تاريخ استلام طلبك.

في حالات معينة، قد تحتاج The Permanente Medical Group إلى مزيد من المعلومات للبت في طلب الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) الخاص بك (الموافقة، أو التعديل، أو الرفض). إذا حدث ذلك، فلدَى The Permanente Medical Group مهلة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا للبت في الطلب. بمجرد الحصول على المعلومات المطلوبة، يجب على The Permanente Medical Group اتخاذ القرار بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل للطلبات القياسية أو 72 ساعة للطلبات المعجلة.

يقوم الكادر السريري أو الطبي مثل الأطباء والمرضى والصيادلة بمراجعة طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق).

نحن لا نؤثر في قرار المراجعين بخصوص رفض التغطية أو الخدمات أو تعديلها أو الموافقة عليها بأي شكل من الأشكال. إذا لم توافق The Permanente Medical Group على الطلب، فسنرسل لك خطاب إشعار بالإجراء (Notice of Action, NOA). وسيخبرك إشعار NOA بكيفية تقديم طلب تقديم طعن إذا لم تكن موافقًا على القرار.

سننتصل بك إذا كانت The Permanente Medical Group بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو مزيد من الوقت لمراجعة طلبك.

الإذن المسبق في جنوب كاليفورنيا

بالنسبة للخدمات المدرجة ضمن العنوان "الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)" لاحقًا في هذا الفصل، سيحتاج PCP أو الطبيب الأخصائي المتابع لك إلى طلب الإذن من Southern California Permanente Medical Group قبل حصولك على الرعاية. ويُسمى ذلك طلب موافقة مسبقة أو إذن مسبق. وهذا يعني أنه يجب على Southern California Permanente Medical Group التأكد من أن الرعاية ضرورية طبيًا (مطلوبة).

الخدمات الضرورية طبيًا هي الخدمات المعقولة والضرورية لحماية حياتك، أو منع تعرضك لمرض خطير أو إعاقة، أو تخفيف الآلام الشديدة الناتجة عن مرض أو علة أو إصابة تم تشخيصها. بالنسبة للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، تشمل الخدمات الضرورية طبيًا الرعاية الضرورية طبيًا لعلاج أو مساعدة تخفيف مرض أو حالة جسدية أو نفسية.

بالنسبة لطلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) القياسية، يجب على Southern California Permanente Medical Group الرد على طلبك بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلامها

اتصل بخدمات الأعضاء على 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.



للمعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول للبت في طلبك (الموافقة، أو التعديل، أو الرفض). يجب على Southern California Permanente Medical Group الرد في مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام طلبك.

بالنسبة للطلبات التي يشير فيها مقدم الرعاية، أو يحدد الشخص المناسب المكلف من Southern California Permanente Medical Group، إلى أن اتباع الإطار الزمني القياسي قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على تحقيق وظائفك القصوى أو الحفاظ عليها أو استعدادتها لخطر جسيم، ستتخذ Southern California Permanente Medical Group قرار موافقة مسبقة (إذن مسبق) معجل بشكل أسرع. سترد Southern California Permanente Medical Group بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز 72 ساعة من تاريخ استلام طلبك.

في حالات معينة، قد تحتاج Southern California Permanente Medical Group إلى مزيد من المعلومات للبت في طلب الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) الخاص بك (الموافقة، أو التعديل، أو الرفض). إذا حدث ذلك، فلدى Southern California Permanente Medical Group مهلة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا للبت في الطلب. بمجرد الحصول على المعلومات المطلوبة، يجب على Southern California Permanente Medical Group اتخاذ القرار بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل للطلبات القياسية أو 72 ساعة للطلبات المعجلة.

يقوم الكادر السريري أو الطبي مثل الأطباء والمرضى والصيادلة بمراجعة طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق). نحن لا نؤثر في قرار المراجعين بخصوص رفض التغطية أو الخدمات أو تعديلها أو الموافقة عليها بأي شكل من الأشكال. إذا لم توافق Southern California Permanente Medical Group على الطلب، فسنرسل لك خطاب إشعار بالإجراء (NOA). وسيخبرك إشعار NOA بكيفية تقديم طلب تقديم طعن إذا لم تكن موافقًا على القرار. سنتصل بك إذا كانت Southern California Permanente Medical Group بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو مزيد من الوقت لمراجعة طلبك.

الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)

فيما يلي أمثلة على خدمات تستلزم دائمًا موافقة مسبقة:

- خدمات العلاج بالإبر الصينية عندما تحتاج إلى أكثر من زيارتين في الشهر
- خدمات البالغين المجتمعية ("CBAS", Community-Based Adult Services)
- تخدير الأسنان
- المعدات الطبية المعمرة
- الرعاية الصحية المنزلية
- مستلزمات الفغر والمسالك البولية
- الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام
- الخدمات غير المتاحة لدى موفري شبكة Medi-Cal
- زراعة الأعضاء

اتصل بخدمات الأعضاء على 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.



■ النقل الطبي عندما لا يتعلق الأمر بحالة طارئة

لا تتطلب الرعاية الطارئة، بما في ذلك خدمات إسعاف الطوارئ، موافقة مسبقة (إذنا مسبقاً).

أنت لا تحتاج مطلقاً إلى موافقة مسبقة (إذن مسبق) للحصول على الرعاية الطارئة، حتى لو كانت خارج شبكة Kaiser Permanente الطبية أو خارج منطقة خدمة منطقتك الرئيسية. ويشمل ذلك المخاض والولادة إذا كنتِ حاملاً. لا تحتاج إلى موافقة مسبقة (إذن مسبق) لبعض خدمات الرعاية الحساسة. لمعرفة المزيد حول خدمات الرعاية الحساسة، اقرأ قسم "الرعاية الحساسة" لاحقاً في هذا الفصل.

للحصول على قائمة كاملة بالخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة والمعايير المستخدمة لاتخاذ قرارات الإذن، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org/UM أو الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

الآراء الثانية

قد تود الحصول على رأي ثانٍ حول الرعاية التي يقول الموفر الخاص بك إنك تحتاج إليها أو حول تشخيصك أو خطة علاجك. على سبيل المثال، قد تود رأيًا ثانيًا إذا كنت تريد التأكد من صحة تشخيصك، أو إذا لم تكن متأكدًا من حاجتك إلى علاج أو جراحة موصوفة، أو إذا حاولت اتباع خطة علاجية ولم تنجح.

سنقوم بالسداد لقاء الرأي الثاني إذا قام موفر خدمات Medi-Cal في الشبكة بطلب ذلك وحصلت على الرأي الثاني من موفر خدمات Medi-Cal في الشبكة. لا تحتاج إلى إذن منا للحصول على رأي ثانٍ من موفر خدمات Medi-Cal في الشبكة. يمكن لموفر خدمات Medi-Cal في الشبكة مساعدتك في الحصول على إحالة لرأي ثانٍ إذا لزم الأمر.

للحصول على رأي ثانٍ، تواصل مع PCP الخاص بك. يمكن لـ PCP الخاص بك إحالتك إلى موفر خدمات Medi-Cal في الشبكة وهو مهني طبي مؤهل بشكل مناسب لحالتك الطبية للحصول على رأي ثانٍ، أو اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)** لمساعدتك في الحصول على إحالة لرأي ثانٍ إذا كنت ترغب في ذلك.

إذا لم يكن هناك موفر خدمات Medi-Cal في الشبكة مؤهل لإعطائك رأي ثانٍ، فستساعدك خدمات الأعضاء لدينا في الحصول على رأي من موفر خدمات خارج الشبكة. إذا أهلكناك إلى موفر خدمات خارج الشبكة للحصول على رأي ثانٍ، فسنغطي تكاليف هذا الرأي الثاني. سنخبرك بما إذا كان موفر الخدمات الذي اخترته للحصول على رأي ثانٍ قد تمت الموافقة عليه بأسرع ما تتطلبه حالتك الطبية، ولكن في مدة لا تتجاوز خمسة أيام عمل من تاريخ استلام الخطة للمعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول للبت في طلبك، ويجب علينا الرد في مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام طلبك.

إذا كنت تعاني من مرض مزمن أو شديد أو خطير، أو تواجه تهديدًا فوريًا وخطيرًا لصحتك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو جزء رئيسي من الجسم أو وظيفة جسدية، فنسحبك خطيًا في غضون 72 ساعة من استلام طلبك.

إذا رفضنا طلبك بشأن الرأي الثاني، يمكنك تقديم شكوى. لمعرفة المزيد حول الشكاوى، اقرأ قسم "الشكاوى" في الفصل 6، "الإبلاغ عن المشكلات وحلها" من كتيب الأعضاء.

اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-839-7613 (TTY 711)**. نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.



وصف معدل ضمن "برامج وخدمات Medi-Cal الأخرى التي لا تغطيها Kaiser Permanente" في الفصل 4 (المنافع والخدمات)

لا تغطي Kaiser Permanente بعض الخدمات، ولكن لا يزال بإمكانك الحصول عليها من خلال نظام الخدمة مقابل الرسوم (Fee-for-Service, FFS) التابع لبرنامج Medi-Cal أو برامج Medi-Cal الأخرى. سننسق مع البرامج الأخرى للتأكد من حصولك على جميع الخدمات الضرورية طبيًا، بما في ذلك تلك التي يغطيها برنامج آخر ولا نغطيها نحن. يستعرض هذا القسم بعضًا من هذه الخدمات. لمعرفة المزيد، تواصل مع خدمات الأعضاء لدينا على **1-855-839-7613** (TTY 711).

تتوفر Dental Managed Care في مقاطعتي سكرامنتو ولوس أنجلوس

يستخدم برنامج Dental Managed Care التابع لبرنامج Medi-Cal خطط رعاية مدارة لتقديم خدمات الأسنان لك. يجب عليك التسجيل في برنامج Dental Managed Care. في بعض الحالات، قد تتأهل للحصول على استثناء من التسجيل في برنامج Dental Managed Care. لمعرفة المزيد، انتقل إلى خيارات الرعاية الصحية على: <http://dhcs.ca.gov/mymedi-cal>. يمكنك أيضًا الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم **1-800-430-4263**.

ملاحظة: تتم تغطية خدمات التخدير لبعض إجراءات الأسنان بموجب شروط كتيب الأعضاء هذا. راجع عنوان "خدمات أطباء التخدير" ضمن "رعاية المرضى غير المقيمين" في الفصل 4، "المزايا والخدمات" من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة المزيد من المعلومات.

خدمات الأسنان في المقاطعات الأخرى

تعتبر خدمة Medi-Cal Dental FFS هي نفسها Medi-Cal FFS لخدمات الأسنان الخاصة بك. قبل الحصول على خدمات الأسنان، يجب عليك إبراز بطاقة تحديد الهوية (Benefits Identification Card, BIC) التابعة لبرنامج Medi-Cal لموفر خدمات الأسنان. تأكد من أن مقدم الخدمة يقبل Dental FFS وأنت لست جزءًا من خطة رعاية مدارة تغطي خدمات الأسنان.

يغطي برنامج Medi-Cal مجموعة واسعة من خدمات الأسنان من خلال Medi-Cal Dental بما في ذلك:

- الفلورايد الموضعي
- الحشوات
- أطقم الأسنان الكاملة والجزئية
- تقويم الأسنان للأطفال المؤهلين
- التيجان (المصنعة مسبقًا/المخبرية)
- علاجات عصب الأسنان (الأمامية/الخلفية)
- خدمات الأسنان التشخيصية والوقائية مثل الفحوصات، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان
- تقطيع الأسنان وتخطيط الجذور
- خلع الأسنان
- الرعاية الطارئة للسيطرة على الألم



اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-839-7613** (TTY 711). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.

3 | كيفية الحصول على الرعاية

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في معرفة المزيد عن خدمات الأسنان، فاتصل بـ Medi-Cal Dental على الرقم **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** أو **711**). يمكنك أيضًا الانتقال إلى موقع Medi-Cal Dental الإلكتروني على <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-839-7613** (TTY **711**). نحن متواجدون على مدار 24 ساعة يوميًا، و7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات الرسمية). المكالمات مجانية. تفضل بزيارة موقع kp.org.

وصف معدل ضمن "خدمات أخرى يمكن للأطفال الحصول عليها من خلال نظام الخدمة مقابل الرسوم (FFS) التابع لبرنامج Medi-Cal أو برامج أخرى" في الفصل 5 (رعاية صحة الأطفال والشباب)

يمكن للأعضاء من الأطفال والشباب الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا الحصول على خدمات الرعاية الصحية اللازمة بموجب تسجيلهم. وهذا يضمن حصولهم على الرعاية الوقائية ورعاية الأسنان والصحة النفسية المناسبة، بما في ذلك الخدمات النمائية والتخصصية. يشرح هذا الفصل هذه الخدمات.

خدمات أخرى يمكن للأطفال الحصول عليها من خلال نظام الخدمة مقابل الرسوم (FFS) التابع لبرنامج Medi-Cal أو برامج أخرى

فحوصات الأسنان

حافظ على نظافة لثة طفلك عن طريق مسح اللثة برفق بقطعة قماش كل يوم. في عمر أربعة إلى ستة أشهر تقريبًا، ستبدأ مرحلة "التسنين" حيث تبدأ أسنان الطفل في الظهور. يجب عليك تحديد موعد لزيارة طفلك الأولى لطبيب الأسنان بمجرد ظهور سنه الأولى أو بحلول عيد ميلاده الأول، أيهما أسبق.

خدمات أسنان Medi-Cal هذه هي خدمات مجانية لكل من:

الأطفال الرضع من عمر 0 إلى 3 سنوات

- زيارة الأسنان الأولى للطفل
- فحوصات الأسنان الأولى للطفل
- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر)
- فحوصات الأشعة السينية
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر)
- طلاء الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحيانًا أكثر)
- الحشوات
- الخلع (إزالة السن)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- *التخدير (إذا كان ضروريًا طبيًا)



الأطفال من عمر 4 إلى 12 سنة

- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- الحشوات
- فحص الأشعة السينية
- قنوات الجذر
- طلاء الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- الخلع (إزالة السن)
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- مادة سد الحفر والشقوق للأضراس
- *التخدير (إذا كان ضرورياً طبياً)

الشباب من عمر 13 إلى 20 سنة

- فحوصات الأسنان (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- قنوات الجذر
- فحص الأشعة السينية
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة
- طلاء الفلورايد (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- تقليح الأسنان وتخطيط الجذور
- تنظيف الأسنان (كل ستة أشهر، وأحياناً أكثر)
- الخلع (إزالة السن)
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- تقويم الأسنان (الأقواس) للمؤهلين
- الحشوات
- التيجان
- *التخدير (إذا كان ضرورياً طبياً)

* ينبغي لموفري الخدمة مراعاة التهذنة والتخدير العام عندما يحددون ويثبتون سبباً يجعل التخدير الموضعي غير مناسب طبياً، وتكون معالجة الأسنان معتمدة مسبقاً أو لا تتطلب موافقة مسبقة (إنذاً مسبقاً).

هذه بعض الأسباب التي تمنع استخدام التخدير الموضعي وتدعو إلى استخدام التهذنة أو التخدير العام بدلاً منه:

- حالة جسدية أو سلوكية أو نمائية أو عاطفية تمنع المريض من الاستجابة لمحاولات مقدم الخدمة لإجراء العلاج
- الإجراءات الترميمية أو الجراحية الكبرى
- طفل غير متعاون
- عدوى حادة في موقع الحقن



■ فشل المخدر الموضعي في السيطرة على الألم

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في معرفة المزيد عن خدمات الأسنان، فاتصل بخط خدمة عملاء Medi-Cal Dental على الرقم **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922** أو **711**)، أو انتقل إلى <https://smilecalifornia.org/>



وصف معدل ضمن "جلسات الاستماع بالولاية" في الفصل 6 (الإبلاغ عن المشكلات وحلها)

جلسات الاستماع بالولاية

جلسة الاستماع بالولاية هي اجتماع معنا ومع قاضٍ من إدارة الخدمات الاجتماعية ("CDSS", California Department of Social Services). سيساعد القاضي في حل مشكلتك وتحديد ما إذا كنا قد اتخذنا القرار الصحيح أم لا. يحق لك الطلب لعقد جلسة استماع بالولاية إذا كنت قد تقدمت بالفعل بطلب طعن لدى Kaiser Permanente وما زلت غير راضٍ عن قرارنا، أو إذا لم تحصل على قرار بشأن طعنك بعد 30 يومًا.

يجب أن تطلب جلسة استماع بالولاية في خلال 120 يومًا تقويميًا من التاريخ المدوّن في خطاب إشعار قرار الطعن ("Notice of Appeal Resolution, "NAR") الخاص بنا. إذا قدمنا لك المساعدة المستمرة أثناء الانتظار أثناء طعنك وأردت استمرارها لحين صدور قرار بشأن جلسة الاستماع بالولاية، فيجب عليك طلب جلسة استماع بالولاية في خلال 10 أيام تقويمية من تاريخ خطاب NAR الخاص بنا أو قبل التاريخ الذي ذكرنا أن خدماتك ستتوقف فيه، أيهما أحدث.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتأكد من استمرار المساعدة المستمرة أثناء الانتظار حتى صدور قرار نهائي بشأن جلسة الاستماع بالولاية، فاتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (711 TTY) على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يمكن للممثل المخول أو مقدم الرعاية الخاص بك طلب جلسة استماع بالولاية نيابة عنك بإذن كتابي منك.

في بعض الأحيان يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية دون إكمال عملية الطعن لدينا.

على سبيل المثال، يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية دون الحاجة إلى إكمال عملية الطعن لدينا، إذا لم نقم بإخطارك بشكل صحيح أو في الوقت المناسب بشأن خدماتك. ويسمى هذا بالاستنفاد المُعتَبَر. فيما يلي بعض الأمثلة على الاستنفاد المُعتَبَر:

▪ لم نقم بإتاحة خطاب إشعار بالإجراء ("Notice of Action, "NOA") أو خطاب NAR لك بلغتك المفضلة

▪ ارتكبنا خطأً يؤثر في أي من حقوقك

▪ لم نمنحك خطاب NOA

▪ لم نمنحك خطاب NAR

▪ ارتكبنا خطأً في خطاب NAR الخاص بنا

▪ لم نبت في طعنك خلال 30 يومًا

▪ قررنا أن حالتك عاجلة ولكننا لم نرد على طعنك خلال 72 ساعة



يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية بالطرق التالية:

▪ **عبر الهاتف:** اتصل بقسم جلسات الاستماع بالولاية التابع لـ CDSS على الرقم **1-800-743-8525**
(TTY **1-800-952-8349** أو **711**)

▪ **عبر البريد:** املأ النموذج المرفق مع إشعار البت في الطعن وأرسله بالبريد إلى:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814

▪ **عبر الإنترنت:** يمكنك طلب عقد جلسة استماع عبر الإنترنت على www.cdss.ca.gov

▪ **أو البريد الإلكتروني:** املأ النموذج الذي جاء مع إشعار البت في الطعن وأرسله عبر البريد الإلكتروني إلى
Scopeofbenefits@dss.ca.gov

□ **ملاحظة:** إذا أرسلته عبر البريد الإلكتروني، فهناك خطر من أن يقوم شخص آخر غير قسم جلسات الاستماع بالولاية اعترض بريدك الإلكتروني. فكر في استخدام طريقة أكثر أمانًا لإرسال طلبك.

▪ **عبر الفاكس:** املأ النموذج الذي جاء مع إشعار البت في الطعن وأرسله عبر الفاكس إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية
على الرقم **916-309-3487** أو الرقم المجاني **1-833-281-0903**

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب جلسة استماع بالولاية، فيمكننا مساعدتك. ويمكننا تقديم خدمات لغوية مجانية لك. تواصل مع خدمات الأعضاء لدينا على **1-855-839-7613** (TTY **711**).

في جلسة الاستماع، ستخبر القاضي بسبب عدم موافقتك على قرارنا. وسنخبر القاضي كيف اتخذنا قرارنا. وقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 90 يومًا حتى يفصل القاضي في مسألتك. وعلينا الالتزام بقرار القاضي.

إذا كنت تريد أن تتخذ CDSS قرارًا سريعًا لأن الوقت الذي تستغرقه جلسة الاستماع بالولاية قد يعرض حياتك أو صحتك أو قدرتك على العمل بشكل كامل للخطر، فيمكنك أنت أو ممثلك المخول أو مقدم الرعاية الخاص بك الاتصال بـ CDSS وطلب جلسة استماع معجلة (سريعة) بالولاية. يجب على CDSS اتخاذ قرار في موعد لا يتجاوز ثلاثة أيام عمل بعد استلام ملف قضيتك الكامل منا.



وصف معدل ضمن "إشعار بالإجراء" في الفصل 7 (الحقوق والمسؤوليات)

بصفتك عضوًا في Kaiser Permanente، لديك بعض الحقوق والمسؤوليات. يشرح هذا الفصل هذه الحقوق والمسؤوليات. كما يتضمن هذا الفصل أيضًا إشعارات قانونية والتي هي من حقك كعضو في Kaiser Permanente.

إشعار بإجراء

سترسل لك Kaiser Permanente خطاب إشعار بالإجراء ("NOA", Notice of Action) في أي وقت ترفض فيه Kaiser Permanente طلب الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو تأجيله أو تنهيه أو تعديله. إذا كنت لا توافق على قرارنا، يمكنك دائمًا تقديم طعن لدينا. انتقل إلى قسم "الطعون" في الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات مهمة حول تقديم طعنك. عندما نرسل لك إشعار NOA، فإنه سيخبرك بجميع الحقوق التي تمتلكها إذا كنت لا توافق على قرار اتخذناه. إذا تلقيت هذا الإشعار من أي شخص آخر غيرنا، فاتصل بـ Kaiser Permanente على الفور.

المحتويات في الإشعارات

إذا بنينا عمليات الرضا أو التأجيل أو التعديل أو الإنهاء أو التعليق أو التخفيض لخدماتك كليًا أو جزئيًا على الضرورة الطبية، فيجب أن يحتوي إشعار NOA الخاص بك على ما يلي:

- بيان بالإجراء الذي ننوي اتخاذه
- شرح واضح وموجز لأسباب قرارنا
- كيفية اتخاذنا للقرار، بما في ذلك القواعد التي استخدمناها
- الأسباب الطبية للقرار. يجب أن نوضح بوضوح كيف لا تستوفي حالتك القواعد أو الإرشادات.
- معلومات حول حقك في طلب نسخ مجانية من جميع الوثائق والسجلات ذات الصلة بإشعار NOA.

الترجمات

نحن مطالبون بترجمة معلومات الأعضاء المكتوبة بالكامل وتقديمها باللغات المفضلة الشائعة، بما في ذلك جميع إشعارات الشكاوى والطعون.

يجب أن يتضمن الإشعار المترجم بالكامل السبب الطبي لقرارنا برفض طلب الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو تأجيله أو تعديله أو إنهائه أو تعليقه أو تخفيضه.

إذا كانت الترجمة بلغتك المفضلة غير متوفرة، فسنقدم مساعدة شفوية بلغة المفضلة حتى تتمكن من فهم المعلومات التي نتلقاها.



إشعار عدم التمييز

في هذه الوثيقة، تعني كلمة "نحن" أو "لنا" أو "لدينا" شركة Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.)، Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group). يتوفر هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني على kp.org.

التمييز مخالف للقانون. نحن نتبع قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولائية.

لا نميز بشكل مخالف للقانون ولا تستثني الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية في الوقت المناسب:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
 - ◆ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - ◆ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
 - ◆ مترجمين شفويين مؤهلين
 - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا على الأرقام أدناه. المكالمات مجانية. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: 1-800-443-0815 (TTY 711)، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
- Medi-Cal: 1-855-839-7613 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- الآخرين جميعاً: 1-800-464-4000 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، ملف صوتي، أو بصيغ إلكترونية. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلينا إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يمكنك تقديم تظلم بواسطة الهاتف أو بواسطة البريد أو شخصياً أو عبر الإنترنت. يرجى الرجوع إلى دليل التغطية (Evidence of Coverage) أو شهادة التأمين للحصول على التفاصيل. يمكنك الاتصال مع مركز اتصال خدمة الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات حول الخيارات التي تنطبق على حالتك أو للحصول على المساعدة في تقديم تظلم. يمكنك التقدم بتظلم بخصوص التمييز من خلال إحدى الطرق التالية:

- هاتفياً: اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا. أرقام الهاتف مدرجة أعلاه.
- بالبريد: نزل نموذج من أو اتصل مع kp.org خدمات الأعضاء واطلب منهم إرسال نموذج إليك بحيث يمكنك إعادته.
- شخصياً: املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين الخاص بك على الموقع kp.org/facilities للاطلاع على العناوين)
- عبر الإنترنت: استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني kp.org

ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

**كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا
(للمستفيدين من Medi-Cal فقط)**

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمكتب إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا على:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **عبر الإنترنت:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابيًا أو عبر الإنترنت:

- **عبر الهاتف:** اتصل بالرقم **1-800-368-1019 (TTY 711) أو 1-800-537-7697**

- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **عبر الإنترنت:** قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>