

خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 (HMO D-SNP) المقدمة من
Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، منطقة كاليفورنيا الجنوبية

كتيب الأعضاء (Member Handbook)

1 يناير 2024 – 31 ديسمبر 2024

صحتك وتغطية الأدوية بموجب Senior Advantage Medicare Medi-Cal المقدمة من Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، المنطقة كاليفورنيا الجنوبية

مقدمة كتيب الأعضاء

إن كتيب الأعضاء، والمعروف أيضًا باسم "دليل التغطية"، يخبرك عن تغطيتك بموجب خطتنا حتى موعد أقصاه 31 ديسمبر 2024. يشرح خدمات الرعاية الصحي، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)، وتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية، والخدمات والدعم على المدى الطويل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل 12 من كتيب الأعضاء.

ويعد هذا وثيقة قانونية مهمة. احتفظ بها في مكان آمن.

عندما يذكر كتيب الأعضاء هذا الألفاظ "نحن" أو "إننا" أو "الخاص بنا" أو "خطتنا"، فهذا يشير إلى خطة
Senior Advantage Medicare Medi-Cal.

هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية، والأرمنية، والكمبودية، والصينية، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو بتنسيق صوتي عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. المكالمات مجانية.

اتصل بخدمات الأعضاء لطلب ما يلي:

- اللغة المفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو التنسيق البديل،
- طلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
- تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

تتوفر المساعدة اللغوية بدون تكلفة عليك على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يمكنك طلب خدمات الترجمة الفورية أو مواد مترجمة بلغتك أو بأي تنسيقات بديلة. يمكنك أيضًا طلب وسائل مساعدة وأجهزة مساعدة في مرافقتنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000**، المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (مغلق أيام العطل). بإمكان مستخدم الهاتف النصي الاتصال بالرقم **711**.

إخلاء المسؤولية

- تعبر Kaiser Permanente عن خطة HMO D-SNP مع عقد Medicare وعقد مع برنامج Medi-Cal. يعتمد التسجيل في Kaiser Permanente على تجديد العقد.
- التغطية بموجب هذه الخطة هي تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وتفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية الميسرة (ACA). تفضل بزيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS، Internal Revenue Service) على الويب على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families للحصول على مزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية.
- تخضع خدمات الرعاية الصحية المقدمة لأعضاء Kaiser Permanente بموجب Medi-Cal لشروط وأحكام وقيود واستثناءات العقد المبرم بين Kaiser Foundation Health Plan, Inc. وإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS)، وكذلك المدرجة في كتيب الأعضاء بالإضافة إلى أي تعديلات.

الفصل 1: البدء كعضو

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول خطة **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1** وهي خطة للرعاية الصحية تغطي جميع خدمات Medicare وMedi-Cal وتنسيق جميع خدمات Medicare وMedi-Cal المتعلقة بك وعضويتك فيها. يخبرك أيضًا بما يمكن توقعه، وما هي المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيباً أبجدياً في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 1 جدول المحتويات

- A. مرحبًا بك في خطتنا..... 3
- B. معلومات حول Medicare وMedi-Cal..... 3
- B1. Medicare..... 3
- B2. Medi-Cal..... 3
- C. مزايا خطتنا..... 4
- D. منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا..... 4
- E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة..... 5
- F. ماذا تتوقع عندما تنضم لأول مرة إلى خطتنا الصحية..... 5
- G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية..... 7
- G1. فريق الرعاية..... 7
- G2. خطة الرعاية..... 7
- H. تكاليفك الشهرية لخطة Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP)..... 7
- I. كتيب الأعضاء الخاص بك..... 7
- J. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منا..... 7
- J1. بطاقة هوية العضو الخاصة بك..... 8
- J2. دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات..... 8
- تعريف موفري الشبكة..... 9
- تعريف صيدليات الشبكة..... 9

- J3. قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية 9
- J4. شرح المزايا 9
- K. حافظ على تحديث سجل عضويتك 10
- K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) 10

A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تتضمن خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيدليات، ومقدمي الخدمات والدعم على المدى الطويل، ومقدمي خدمات الصحة السلوكية، ومقدمي الخدمات الآخرين. لدينا أيضًا منسقي الرعاية وفرق الرعاية لمساعدتك في إدارة مقدمي الخدمات والخدمات الخاصة بك. إنهم جميعًا يعملون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تقدم Kaiser Permanente خدمات الرعاية الصحية مباشرة إلى الأعضاء من خلال برنامج رعاية طبية متكامل. تعمل Health Plan وPlan Hospitals وSouthern California Permanente Medical Group ("Medical Group") معًا لتزويد أعضائنا برعاية عالية الجودة. يمنحك برنامج الرعاية الطبية الذي نقدمه إمكانية الوصول إلى الخدمات المغطاة التي قد تحتاجها، مثل الرعاية الروتينية والرعاية في المستشفى وخدمات المختبرات والرعاية في حالات الطوارئ والرعاية العاجلة والمزايا الأخرى الموضحة في كتيب الأعضاء المتوفر. إضافةً لذلك، تقدم لك برامجنا للتوعية الصحية طرقًا رائعة لحماية صحتك والحفاظ عليها.

B. معلومات حول Medi-Cal و Medicare**B1. Medicare**

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لكل مما يلي:

- الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكبر
- بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات معينة
- الأشخاص الذين يعانون من داء كلوي بالمرحلة النهائية (الفشل الكلوي).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في كاليفورنيا. تتم إدارة برنامج Medi-Cal من قبل الولاية، ويتم دفع تكاليفه من قبل الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد Medi-Cal الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في دفع تكاليف الخدمات والدعم طويلة الأجل (LTSS) والتكاليف الطبية. يغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية جميع ما يلي:

- ما يُعتبر دخلاً وموارد
- الشخص المؤهل
- الخدمات التي تتم تغطيتها، و
- تكلفة الخدمات.

يمكن للولايات أن تقرر كيفية تشغيل برامجها، طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

وافق Medicare and the state of California على خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا طالما توافر ما يلي:

- نختار تقديم الخطة، و
 - يسمح لنا Medicare and the state of California بمتابعة تقديم هذه الخطة.
- حتى إذا توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فلن تتأثر أهليتك للحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal.

C. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على جميع خدمات Medicare و Medi-Cal المغطاة من خطتنا، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية. لا تدفع مبلغًا إضافيًا للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.

نحن نساعد في جعل إعانات Medicare و Medi-Cal الخاصة بك تعمل بشكل أفضل معًا وتعمل بشكل أفضل لصالحك. تشمل بعض المزايا ما يلي:

- يمكنك العمل معنا من أجل تلبية معظم احتياجاتك للرعاية الصحية.
- يتوفر لديك فريق رعاية تساعد في تشكيكه. قد يشمل فريق الرعاية أنت، أو مقدم الرعاية، أو الأطباء، أو الممرضات، أو الاستشاريين، أو غيرهم من المتخصصين في مجال الصحة.
- تتوفر لديك إمكانية الوصول إلى منسق الرعاية. هذا هو الشخص الذي يعمل معك ومع خطتنا ومع فريق رعايتك للمساعدة في وضع خطة رعاية.
- تكون قادرًا على توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية معك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية احتياجاتك الصحية. يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. على سبيل المثال، هذا يعني أن فريق رعايتك يتأكد من أن:
- الأطباء يعرفون جميع الأدوية التي تتناولها حتى يتمكنوا من التأكد من أنك تتناول الأدوية المناسبة، ويمكنهم تقليل أي آثار جانبية قد تعاني منها من الأدوية.
- نتائجك في الاختبار تتم مشاركتها مع جميع أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين، على نحو ملائم.

الأعضاء الجدد في Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1: في معظم الحالات، سوف يتم تسجيلك في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد أن طلبت التسجيل في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، سنتلقى خدمات Medi-Cal من خلال Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) إذا كانت لديك أي استفسارات. ساعات العمل تبدأ من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع.

D. منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا

تشمل منطقة الخدمة لهذه الخطة مقاطعة أورانج في كاليفورنيا. كما تشمل منطقة الخدمة لدينا ما يلي:

- مقاطعة لوس أنجلوس، باستثناء جزيرة كاتالينا
- مقاطعة ريفرسايد، باستثناء الرموز البريدية التالية: 92028، 92225-26، 92239، 92254، 92274، 92536، 92539، 92549، و 92561.
- مقاطعة سان برناردينو، باستثناء الرموز البريدية التالية: 92242، 92252، 92256، 92267-68، 92277-78، 92280، 92284-86، 92301، 92304، 92309-12، 92323، 92327، 92332، 92338، 92342، 92347، 92356، 92363-66، 92368، 92398، 92316، 93555، 93562، و 93592.
- مقاطعة سان دييغو، باستثناء الرموز البريدية التالية: 91905-06، 91934، 91948، 92004، 92036، 92066، و 92070.

فقط الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا يمكنهم الانضمام إلى خطتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا. راجع الفصل 10 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول تأثيرات الانتقال من منطقة خدمتنا.

E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضواً في الخطة

أنت مؤهل للحصول على خطتنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا متواجدين فيها فعلياً)، و
- تبلغ من العمر 21 عامًا أو أكثر وقت التسجيل، و
- ينطبق عليك كل من الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare، و
- مواطن أمريكي أو موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة، و
- مؤهل حالياً للحصول على Medi-Cal.

إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيد أهليتك خلال 4 أشهر، فأنت لا تزال مؤهلاً للعضوية في خطتنا.

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

F. ماذا تتوقع عندما تنضم لأول مرة إلى خطتنا الصحية

عندما تنضم إلى خطتنا لأول مرة، تحصل على تقييم للمخاطر الصحية (HRA، health risk assessment) في غضون 90 يوماً قبل أو بعد تاريخ التسجيل الفعلي.

يجب علينا إكمال HRA من أجلك. HRA هذا يعد الأساس لتطوير خطة الرعاية الخاصة بك. يتضمن HRA أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية والاحتياجات الصحية السلوكية والوظيفية.

نتواصل معك لإكمال HRA. يمكننا إكمال HRA من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو بريد إلكتروني.

سنرسل لك المزيد من المعلومات حول HRA هذا.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة لك، يمكنك الاستمرار في المتابعة مع الأطباء الذي تقوم باستشارتهم الآن لفترة معينة من الوقت، إذا كانوا ليسوا في شبكتنا. وهذا ما نطلق عليه استمرارية الرعاية. إذا لم يكونوا في شبكتنا، يمكنك الاحتفاظ بمقدمي الخدمة الحاليين وتراخيص الخدمة في وقت التسجيل لمدة تصل إلى 12 شهراً إذا تم استيفاء جميع الشروط التالية:

- يمكنك أنت أو ممثلك أو مقدم الخدمة الخاص بك أن تطلب منا السماح لك بالاستمرار في الاستعانة بمقدم الخدمة الحالي.
- نثبت أن لديك علاقة قائمة مع مقدم رعاية أولية أو متخصص، مع بعض الاستثناءات. تعني "العلاقة القائمة" أنك شاهدت مقدم خدمة غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال الـ 12 شهراً السابقة لتاريخ تسجيلك الأولي في خطتنا.
- نحدد علاقة قائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتوفرة لديك أو المعلومات التي تقدمها لنا.
- نقوم بالرد على طلبك خلال 30 يوماً. يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار أسرع، ويجب أن تتلقى الرد خلال 15 يوماً. إذا كنت معرضاً لخطر الضرر، فيجب أن تتلقى الرد في غضون 3 أيام.
- يجب عليك أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك إظهار وثائق العلاقة القائمة والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملاحظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي الأجهزة الطبية القوية (DME، Durable Medical Equipment) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نسمح بإيجار جديد ويكون لدينا مقدم خدمات تابع للشبكة يقوم بتسليم المستأجر. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو مقدمي خدمات إضافية أخرى، يمكنك تقديم طلب للحصول على خدمات النقل أو خدمات إضافية أخرى غير مضمنة في خطتنا.

بعد انتهاء فترة استمرارية الرعاية، ستحتاج إلى الاستعانة بأطباء ومقدمي خدمات آخرين في شبكة Medicare Medi-Cal Plan لدينا، ما لم نتفق مع طبيبك خارج الشبكة. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

إذا توقف مقدم الرعاية الخاص بك عن العمل معنا، فقد تتمكن من مواصلة تلقي الخدمات من مقدم الرعاية هذا. وهذا شكل آخر من أشكال استمرارية الرعاية.

إذا تم تعيينك لمجموعة من مقدمي الخدمات الذين انتهى عقدهم معنا، فسنرسل لك إشعارًا كتابيًا قبل 60 يومًا على الأقل من الإنهاء (أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول). سنرسل لك أيضًا إشعارًا كتابيًا قبل 60 يومًا على الأقل من إنهاء العقد مع المستشفى الذي يقع في نطاق 15 ميلًا من المكان الذي تعيش فيه. قد تتمكن من مواصلة الاستعانة بمقدم خدمة ضمن مجموعة مقدمي الخدمة هؤلاء أو في ذلك المستشفى لمدة تصل إلى 12 شهرًا أو أكثر في حالات معينة.

بالإضافة إلى المعايير المذكورة أعلاه، يجب تحقق ما يلي حتى تحصل على استمرارية الرعاية:

- تسري تغطية Medi-Cal الخاصة بك في تاريخ تلقيك للخدمات
 - يوافق مقدم الخدمة على الشروط والأحكام التعاقدية القياسية الخاصة بنا
 - تشكل الخدمات ضرورة من الناحية الطبية، وستتم تغطيتها بموجب كتيب الأعضاء إذا حصلت عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة
 - تطلب استمرارية الرعاية ضمن الأطر الزمنية المطلوبة:
 - في غضون 30 يومًا (أو في أقرب وقت ممكن بشكل معقول) من تاريخ سريان التغطية إذا كنت عضوًا جديدًا بموجب استمرارية الرعاية القياسية. سيتم البت في الطلبات الواردة بعد 30 يومًا على أساس كل حالة على حدة.
 - في غضون 30 يومًا من تاريخ مغادرة مقدم الخدمة لشبكة مقدمي خدمات Medi-Cal الخاصة بنا. سيتم البت في الطلبات الواردة بعد 30 يومًا على أساس كل حالة على حدة.
 - لا توجد لدى Kaiser Permanente مخاوف موثقة بشأن جودة الرعاية مع مقدم الرعاية خارج الشبكة
- لا نغطي استمرارية الرعاية من مقدمي الخدمة خارج الشبكة إذا تحقق أي مما يلي:

- الخدمات غير مغطاة من قبل خطة Medicare Medi-Cal لدينا
 - لن يعمل مقدم الخدمة الخاص بك خارج الشبكة معنا. تحتاج إلى البحث عن مقدم خدمة تابع للشبكة جديد
- ليست كل الخدمات مؤهلة للتغطية بموجب استمرارية الرعاية. لمزيد من المعلومات حول استمرارية الرعاية، أو لطلب الخدمات أو نسخة من سياسة "إكمال الخدمات المغطاة" لدينا، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. قد يشمل فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو أي شخص آخر تختاره يعمل في قطاع الصحة.

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاجها. تحصل على منسق رعاية عند التسجيل في خطتنا. يحيلك هذا الشخص أيضًا إلى موارد المجتمع الأخرى التي قد لا توفرها خطتنا، وسيعمل مع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات حول منسق الرعاية وفريق الرعاية الخاص بك.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق رعايتك معك لوضع خطة رعاية. تخبرك خطة الرعاية أنت وأطبائك بالخدمات التي تحتاجها وكيفية الحصول عليها. وتشتمل الخطة على خدماتك الطبية، والخدمات الصحية السلوكية، والخدمات والدعم طويل الأجل (Long-term services and supports) أو خدمات أخرى.

تتضمن خطة الرعاية الخاصة بك ما يلي:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك، و
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها.

يجتمع فريق رعايتك بك بعد HRA التي لديك. يسألك عن الخدمات التي تحتاجها. يخبرونك أيضًا عن الخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم إنشاء خطة الرعاية الخاصة بك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. يعمل فريق رعايتك معك لتحديث خطة الرعاية كل عام على الأقل.

H. تكاليفك الشهرية لخطة Medicare Medi-Cal (HMO D-SNP)

خطتنا لا تتضمن أقساط.

A. كتيب الأعضاء الخاص بك

إن كتيب الأعضاء يمثل جزءًا من عقدنا معك. هذا يعني أنه يجب علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذه الوثيقة. إذا كنت تعتقد أننا فعلنا شيئًا يتعارض مع هذه القواعد، فقد يكون بإمكانك الطعن على قرارنا. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء، أو اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب كتيب الأعضاء عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى كتيب الأعضاء الموجود على موقعنا على الويب على عنوان الويب أسفل الصفحة أو تنزيله.

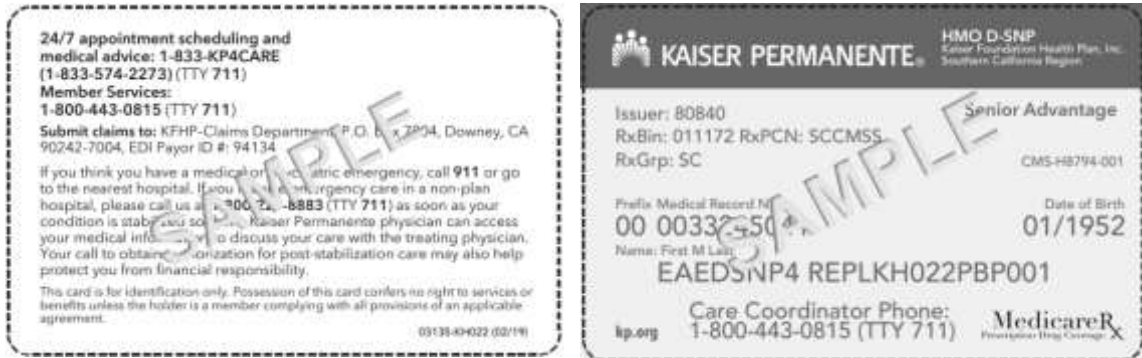
يعد العقد ساري المفعول للأشهر التي سجلت فيها في خطتنا بين 1 يناير 2024 و31 ديسمبر 2024.

J. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منا

تتضمن المعلومات المهمة الأخرى التي نقدمها لك بطاقة هوية العضو، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية، التي تُعرف أيضًا باسم كتيب الوصفات.

J1. بطاقة هوية العضو الخاصة بك

بموجب خطتنا، تتوفر لديك بطاقة واحدة لخدمات Medicare و Medi-Cal، بما في ذلك LTSS، وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. تقوم بعرض هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج لبطاقة هوية العضو:



إذا تعرضت بطاقة هوية العضو الخاصة بك للتلف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة على الفور. وسنرسل لك بطاقة جديدة.

طالما أنك عضو في خطتنا، فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق أو بطاقة Medi-Cal الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن، في حال احتجت إليها لاحقاً. إذا قمت بإيراز بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية العضو، فقد يقوم مقدم الخدمات بإصدار فاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تحصل على فاتورة. راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة من أحد مقدمي الخدمات.

تذكر أنك بحاجة إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (BIC) للوصول إلى الخدمات التالية:

- خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي قد تحصل عليها من خطة الصحة العقلية للمقاطعة (MHP).
- خدمات Medi-Cal Rx
- خدمات الدعم في المنزل
- 1915(c) خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية
- خدمات رعاية الأسنان في Medi-Cal

J2. دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات

يسرد دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات أسماء مقدمي الخدمات والصيدليات المتضمنة في شبكة خطتنا. عندما تكون عضوًا في خطتنا، يجب عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات ضمن الشبكة للحصول على الخدمات المغطاة.

يمكنك طلب دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات (نسخة إلكترونية أو ورقية) عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات على kp.org/directory. سيتم إرسال طلبات النسخة الورقية من دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات عبر البريد الإلكتروني إليك في غضون ثلاثة أيام عمل.

يسرد دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات أسماء مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وموردي الأجهزة الطبية القوية. يقبل جميع مقدمي خدمات شبكتنا كلاً من Medicare و Medicaid ما لم يُذكر خلاف ذلك. في حالة احتياجك إلى خدمة لا تغطيها خطتنا التي يغطيها Medi-Cal، فقد نحيلك إلى وكالة Medi-Cal التابعة للولاية لتحديد موقع مقدم خدمات من خارج الشبكة يمكنه تقديم الرعاية التي يغطيها برنامج Medi-Cal.

تعريف موفري الشبكة

- يشمل موفرو الشبكة لدينا:
 - الأطباء والمرضات وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يمكنك الاستعانة بهم كعضو في خطتنا؛
 - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض والأماكن الأخرى التي تقدم خدمات صحية في خطتنا؛ و
 - LTSS، وخدمات الصحة السلوكية، ووكالات الصحة المنزلية، وموردي الأجهزة الطبية القوية (DME)، وغيرهم ممن يقدمون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medicare أو Medi-Cal.
- يوافق مقدمو الشبكة على قبول الدفع من خطتنا مقابل الخدمات المغطاة كدفعة كاملة.

تعريف صيدليات الشبكة

- صيدليات الشبكة هي صيدليات توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي تريد التعامل معها.
 - باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك ملء الوصفات الطبية الخاصة بك في إحدى صيدليات شبكتنا إذا كنت تريد أن تساعدك خطتنا في دفع ثمنها.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن لكل من خدمات الأعضاء وموقعنا على الويب تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات في الصيدليات ومقدمي الخدمات التابعين للشبكة.

J3. قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية

- تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية. نحن نسميها باختصار "قائمة الأدوية". وتخبرك عن الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تغطيها خطتنا.
- تخبرك قائمة الأدوية أيضًا إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل الحد من الكمية التي يمكنك الحصول عليها.
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

في كل عام، نرسل إليك معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تحدث بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية التي تتم تغطيتها، اتصل بخدمات الأعضاء، أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب على kp.org/seniorrx.

J4. شرح المزايا

- عند استخدام إعانات الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare، نرسل لك ملخصًا لمساعدتك في فهم وتتبع مدفوعات الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare. يسمى هذا الملخص شرح المزايا (EOB).
- يخبرك شرح المزايا (EOB، Explanation of Benefits) بالمبلغ الإجمالي الذي أنفقته أنت، أو من ينوب عنك، على الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare، والمبلغ الإجمالي الذي دفعناه مقابل كل من الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare خلال الشهر. EOB هذا ليس فاتورة. يحتوي EOB على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها، مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة بمشاركة تكلفة أقل.
- يمكنك التحدث مع الواسف حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. يقدم الفصل 6 من كتيب الأعضاء مزيدًا من المعلومات حول EOB، وكيف يساعدك في تتبع تغطية أدويةك.

يمكنك أيضًا طلب EOB. للحصول على نسخة، اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

يمكنك أيضًا اختيار عرض EOB من الجزء D عبر الإنترنت بدلاً من البريد الإلكتروني. يرجى زيارة kp.org/goinggreen وتسجيل الدخول لمعرفة المزيد حول اختيار عرض EOB من الجزء D بأمان عبر الإنترنت.

K. حافظ على تحديث سجل عضويتك

يمكنك تحديث سجل عضويتك عن طريق إخبارنا عندما تتغير معلوماتك.

نحتاج إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. نحتاج الصيدليات ومقدمو الخدمات التابعون لشبكتنا إلى معلومات صحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها ومقدار تكلفتها.

أخبرنا على الفور بما يلي:

- التغييرات في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- التغييرات في أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل تلك التي يتم إجراؤها من صاحب العمل أو صاحب عمل زوجتك أو تعويض العمال؛
- أي مطالبات تتعلق بالمساءلة، مثل المطالبات الناشئة عن حادث سيارة؛
- القبول في مرفق ترميض أو مستشفى؛
- الرعاية من المستشفى أو غرفة الطوارئ.
- التغييرات في مقدم الرعاية (أو أي شخص مسؤول عنك)؛ و،
- إذا شاركت في دراسة بحثية سريرية. (ملاحظة: لست مطالبًا بإخبارنا عن دراسة بحثية سريرية تشارك فيها أو تصبح جزءًا منها، لكننا نشجعك على القيام بذلك).

إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل عضويتك معلومات صحية شخصية (PHI). تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات أن نحافظ على خصوصية PHI. نحن نحمي PHI. لمزيد من التفاصيل حول كيفية حمايتنا لـ PHI، راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء.

الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد المهمة

مقدمة

يمنحك هذا الفصل معلومات الاتصال الخاصة بالموارد المهمة التي يمكن أن تساعدك في الإجابة عن أسئلتك بشأن خطتنا ومزايا الرعاية الصحية المقدمة لك. يمكنك أيضًا الاستعانة بهذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية لديك وبالأخرين الذين يدعمونك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 2 جدول المحتويات

- A. خدمات الأعضاء 12
- قرارات التغطية والطعن والشكاوى حول الرعاية الطبية..... 13
- قرارات التغطية للأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء "D" 14
- الطعون الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" 16
- الشكاوى الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" 17
- طلبات الدفع 18
- B. منسق الرعاية الخاص بك..... 19
- C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) 20
- D. خط مكالمات ممرضات المشورة الهاتفية 21
- E. منظمة تحسين الجودة (QIO) 21
- F. Medicare 22
- G. Medi-Cal 23
- H. مكتب أمين مظالم الرعاية والصحة العقلية المدار من Medi-Cal 24
- I. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة 25
- J. خطة County Specialty Mental Health 27
- K. California Department of Managed Health Care 29
- L. برامج لمساعدة الأشخاص في الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية 29
- L1. المساعدة الإضافية 29
- L2. برنامج AIDS Drug Assistance (ADAP) 30
- M. الضمان الاجتماعي 31

- N. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) 31
- O. موارد أخرى 32
- P. برنامج Medi-Cal Dental 32

A. خدمات الأعضاء

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815 هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي (TTY)	711 هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
المراسلة	مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات للمواقع).
موقع الويب	kp.org

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بالخطة.
- الأسئلة المتعلقة بالشكاوى أو الفواتير.

قرارات التغطية والطعن والشكاوى حول الرعاية الطبية

<p>1-800-443-0815</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكاوى الذي تقدمه مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع كما هو موضح في الفصل 9، فاتصل بوحدة المراجعة العاجلة على 1-888-987-7247، من 8:30 صباحاً إلى 5 مساءً، من الإثنين إلى السبت.</p>	الاتصال الهاتفي
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً.</p>	الهاتف النصي (TTY)
<p>إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكاوى مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فأرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة المراجعة العاجلة على الرقم 1-888-987-2252.</p>	الفاكس
<p>للحصول على قرار أو شكوى تغطية قياسية، قم بمراسلة مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لمعرفة المواقع). لطعن العادي، اكتب إلى العنوان الموضح في إشعار الرفض الذي نرسله إليك. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكاوى الخاص بك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فقم بمراسلة على العنوان التالي:</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>	المراسلة
<p>يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</p>	موقع الويب

اتصل بالأرقام الواردة أعلاه للحصول على مساعدة بشأن:

- قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية.
- قرار التغطية المتعلقة برعايتك الصحية هو قرار يتعلق بما يلي:
 - المزايا والخدمات المغطاة أو
 - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
- اتصل بنا إذا كانت لديك أسئلة حول قرار التغطية المتعلقة برعايتك الصحية.
- لمعرفة المزيد من المعلومات حول قرارات التغطية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.
- الطعون المتعلقة برعايتك الصحية.
- الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه بشأن تغطيتك ومطالبتنا بتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ أو لا نوافق على القرار.

- لمعرفة المزيد حول تقديم طعن، راجع **الفصل 9 من كتيب الأعضاء** أو اتصل بخدمات الأعضاء.
- الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية.
- يمكنك تقديم شكوى عنا أو عن أي مقدم خدمة (بما في ذلك مقدم الخدمة التابع للشبكة أو غير التابع للشبكة). مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (QIO، Quality Improvement Organization) حول جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم F**).
- يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم **1-800-443-0815** (الهاتف النصي **TTY 711**) 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
- إذا كانت شكواك تتعلق بقرار تغطية بخصوص رعايتك الصحية، يمكنك تقديم طعن (راجع القسم أعلاه).
- يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج عبر الإنترنت على **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**، أو، يمكنك الاتصال على **1-800-MEDICARE 1-800-633-4227** لطلب المساعدة.
- يمكنك تقديم شكوى حول خطتنا إلى برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds من خلال الاتصال بالرقم **1-888-804-3536**. من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 5 مساءً، باستثناء أيام العطل الرسمية.
- لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بشأن رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9 من كتيب الأعضاء**.

قرارات التغطية للأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء "D"

الاتصال الهاتفي	1-877-645-1282 هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي (TTY)	711 هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
الفاكس	1-844-403-1028
المراسلة	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
موقع الويب	kp.org

اتصل بالأرقام الواردة أعلاه للحصول على مساعدة بشأن:

- قرارات التغطية بشأن الأدوية الخاصة بك.
- قرار التغطية بشأن الأدوية الخاصة بك هو قرار يتعلق بما يلي:
 - المزايا والأدوية المغطاة الخاصة بك أو
 - المبلغ الذي ندفعه مقابل الأدوية الخاصة بك.
- يمكن تغطية الأدوية غير المشمولة ببرنامج Medicare، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمعرفة المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم **1-800-977-2273** (الهاتف النصي **711 TTY**).
 - لمزيد من المعلومات حول قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

الطعون الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D"

الاتصال الهاتفي	1-866-206-2973 هذا الاتصال مجاني. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي (TTY)	711 هذا الاتصال مجاني. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً
الفاكس	1-866-206-2974
المراسلة	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
موقع الويب	kp.org

اتصل بالأرقام الواردة أعلاه للحصول على مساعدة بشأن:

- الطعون المتعلقة بالأدوية الخاصة بك.
- الطعن عبارة وسيلة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.
- لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم طعن بشأن الأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

الشكاوى الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D"

<p>1-800-443-0815</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً.</p> <p>إذا كانت الشكاوى مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فاتصل بوحدة الجزء D على 1-866-206-2973، من 8:30 صباحاً إلى 5 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. راجع الفصل 9 لمعرفة ما إذا كانت مشكلتك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>إذا كانت شكاوك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، أرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة الجزء D على الرقم 1-866-206-2974.</p>	<p>الفاكس</p>
<p>لإجراء شكاوى قياسية، قم بمراسلة مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لمعرفة المواقع).</p> <p>إذا كانت الشكاوى مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فقم بالمراسلة على العنوان التالي:</p> <p style="text-align: center;">Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>	<p>المراسلة</p>
<p>يمكنك إرسال شكاوى بشأن خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكاوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx</p>	<p>موقع الويب</p>

اتصل بالأرقام الواردة أعلاه للحصول على مساعدة بشأن:

- الشكاوى المتعلقة بالأدوية الخاصة بك.
- يمكنك تقديم شكاوى عنا أو عن أي صيدلية. يتضمن هذا شكاوى بشأن الأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية.
- إذا كانت شكاوك تتعلق بقرار تغطية يتعلق بالأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية، يمكنك تقديم طعن. (راجع القسم أعلاه).

يمكنك إرسال شكاوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج عبر الإنترنت على **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. أو، يمكنك الاتصال على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** لطلب المساعدة.

لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم شكاوى بشأن الأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

طلبات الدفع

<p>1-800-443-0815</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً.</p> <p>ملاحظة: إذا كنت تطلب الدفع مقابل عقار يُصرف بموجب الجزء D تم وصفه من قبل مقدم خدمة تابع للشبكة وتم الحصول عليه من صيدلية تابعة للشبكة، فاتصل بوحدة الجزء D على الرقم 1-866-206-2973. من الساعة 8:30 صباحاً إلى 5 مساءً، بدايةً من الإثنين إلى الجمعة.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	الاتصال الهاتفي
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً.</p>	الهاتف النصي (TTY)
<p>للرعاية الطبية، اكتب إلى:</p> <p>Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004</p> <p>بالنسبة لأدوية الجزء D:</p> <p>إذا كنت تطلب الدفع مقابل عقار من الجزء D تم وصفه وتقديمه من قبل مقدم خدمة بالشبكة، يمكنك إرسال طلبك بالفاكس إلى 1-866-206-2974 أو إرساله بالبريد إلى:</p> <p>Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566</p>	المراسلة
<p>kp.org</p>	موقع الويب

اتصل بالأرقام الواردة أعلاه للحصول على مساعدة بشأن:

- الدفع مقابل أدوية الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت ثمنها بالفعل.

لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا برد أموالك، أو دفع فاتورة حصلت عليها، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء.

إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، يمكنك الطعن على قرارنا. راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

B. منسق الرعاية الخاص بك

نحن نقدم خدمات لمساعدتك في تنسيق احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك دون أي تكلفة عليك. ستقوم بالتنسيق مع البرامج الأخرى لضمان حصولك على جميع الخدمات الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامج Medi-Cal أو Medicare، حتى إذا كانت هذه الخدمات مغطاة ببرنامج آخر وليس ببرنامج تابع لنا.

<p>1-800-443-0815</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات للمواقع).</p>	<p>المراسلة</p>
<p>kp.org</p>	<p>موقع الويب</p>

اتصل بمنسق الرعاية للحصول على مساعدة بشأن ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية.
- الأسئلة المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات).
- أسئلة حول مزايا رعاية الأسنان.
- أسئلة حول نقل المواعيد الطبية.

تشمل الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) خدمات البالغين المجتمعية (Community-Based Adult Services)، (CBAS) ومرافق التمريض (Nursing Facilities، NF)

في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على المساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية. نحن نغطي، للأعضاء المؤهلين، الخدمات والدعم طويل الأجل المقدمة في الأنواع التالية من مرافق الرعاية طويلة الأجل أو المنازل:

- مرافق التمريض الماهر
- مرافق الرعاية دون الحاد
- مرافق الرعاية المتوسطة، بما في ذلك:
- مرافق الرعاية المتوسطة/ذوي الإعاقة المتعلقة بالنمو ("ICF/DD")
- مرافق الرعاية المتوسطة/تأهيل ذوي الإعاقة المتعلقة بالنمو ("ICF/DD-H")
- مرافق الرعاية المتوسطة/تمريض ذوي الإعاقة المتعلقة بالنمو ("ICF/DD-N")

إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات رعاية طويلة الأجل، فسوف نتأكد من وضعك في مرفق أو منزل يوفر مستوى الرعاية الأنسب لاحتياجاتك الطبية.

قد تتمكن أيضًا من الحصول على هذه الخدمات:

- خدمات البالغين المجتمعية
- خدمات الدعم في المنزل من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في المقاطعة

C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يقدم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) استشارة مجانية حول التأمين الصحي للأشخاص في برنامج Medicare. يمكن لاستشاري HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب القيام به للتعامل مع مشكلتك. يضم برنامج HICAP مستشارين مدربين في كل مقاطعة، وتقدم الخدمات بالمجان.

ولا يرتبط برنامج HICAP بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

الاتصال الهاتفي	1-800-434-0222
	من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	مكتب HICAP لمقاطعتك.
موقع الويب	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

اتصل بـ HICAP للحصول على مساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بخطتنا أو برنامج Medicare.
- يمكن لاستشاري HICAP الإجابة على أسئلتك المتعلقة بالتغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك بخصوص:
- فهم حقوقك،
- فهم خيارات خطتك،
- تقديم شكاوى تتعلق برعايتك الصحية أو علاجك الصحي، و
- تسوية مشكلات فواتيرك.

D. خط مكالمات ممرضات المشورة الهاتفية

نعلم أنه من الصعب أحيانًا معرفة نوع الرعاية التي تحتاجها.

في بعض الأحيان، من الصعب علينا معرفة نوع الرعاية التي تحتاجها. لدينا أخصائيو رعاية صحية مرخصون متاحون لمساعدتك عبر الهاتف على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. يمكنك القيام بما يلي:

- تحدث إلى أخصائي الرعاية الصحية الذي سيجيب على الأسئلة الطبية، ويقدم نصائح الرعاية، ويساعدك في تحديد ما إذا كان يجب عليك زيارة موفر الخدمة على الفور.
- الحصول على المساعدة في الحالات الطبية، مثل مرض السكري أو الربو، بما في ذلك المشورة بشأن نوع مقدم الخدمة الذي قد يكون مناسبًا لحالتك.
- احصل على مساعدة بشأن ما يجب القيام به إذا كنت بحاجة إلى رعاية وتم إغلاق مرفق الخطة، أو كنت خارج منطقة خدمتنا

عند الاتصال سيطرح عليك شخص مدرب معني بخدمات الدعم أسئلة للمساعدة في الوصول إلى نتائج مجدية خلال مكالمتك.

1-833-574-2273	الاتصال الهاتفي
إنّ هذا الاتصال مجانيّ. 24 ساعة يوميًا، سبعة أيام أسبوعيًا. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	
711	الهاتف النصي (TTY)
هذا الاتصال مجانيّ.	

E. منظمة تحسين الجودة (QIO)

تضم ولايتنا منظمة تسمى Livanta. وهذه المنظمة عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المنضمين لبرنامج Medicare. ولا ترتبط Livanta بخطتنا.

1-877-588-1123	الاتصال الهاتفي
1-855-887-6668	الهاتف النصي (TTY)
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.	
Livanta LLC BFCC-QIO 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105	المراسلة
www.livantaqio.com	موقع الويب

اتصل بـ Livanta للمساعدة في:

- الأسئلة المتعلقة بحقوقك في الرعاية الصحية.
- يمكنك تقديم شكوى بشأن الرعاية التي حصلت عليها في إحدى الحالات التالية:
- إذا كانت لديك مشكلة في جودة الرعاية،
- أو إذا كنت تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي في وقت قريب للغاية، و
- أو كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية مرفق التمريض الماهر، أو مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي في وقت قريب للغاية.

Medicare .F

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا من ذوي الإعاقة، والأشخاص الذين يعانون من داء كلوي بالمرحلة النهائية (فشل كلوي دائم يتطلب غسيل الكلى أو زرع الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي Centers for Medicare & Medicaid Services، أو تعرف اختصارًا باسم CMS.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>المكالمات الموجهة إلى هذا الرقم مجانية، 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>1-877-486-2048 هذا الاتصال مجاني.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>medicare.gov</p> <p>هذا هو موقع الويب الرسمي لـ Medicare. يمنحك معلومات محدثة حول Medicare. كما يضم معلومات حول المستشفيات، ومرافق التمريض، والأطباء، ووكالات الصحة المنزلية، ومرافق غسيل الكلى، ومرافق إعادة التأهيل للمرضى الداخليين، ودور المسنين.</p> <p>يشتمل على مواقع ويب وأرقام هواتف مفيدة. يحتوي أيضًا على وثائق يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر الخاص بك.</p> <p>إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تتمكن مكتبك المحلية أو مركز كبار السن من مساعدتك في زيارة موقع الويب هذا باستخدام أجهزة الكمبيوتر الخاصة بهما. أو يمكنك الاتصال بـ Medicare على الرقم أعلاه وإخبارهم بما تبحث عنه. سيجدون المعلومات على موقع الويب، ويراجعون المعلومات معك.</p>	<p>موقع الويب</p>

Medi-Cal .G

Medi-Cal هو برنامج Medicaid في كاليفورنيا. إنه برنامج التأمين الصحي العام الذي يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك العائلات التي تشمل على أطفال ومسنين وأشخاص ذوي إعاقة وأطفال وشباب في الرعاية البديلة وحوامل. يتم تمويل Medi-Cal من قبل حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

تشمل مزايا Medi-Cal الخدمات الطبية، وطب الأسنان، والصحة السلوكية، والخدمات والدعم طويل الأجل.

أنت مسجل في Medicare وMedi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة حول مزايا Medi-Cal، فاتصل بمنسق خطة الرعاية الخاصة بك. إذا كانت لديك أسئلة حول التسجيل في خطة Medi-Cal، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية.

الاتصال الهاتفي	1-800-430-4263 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
الهاتف النصي (TTY)	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
موقع الويب	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

H. مكتب أمين مظالم الرعاية والصحة العقلية المدار من Medi-Cal

يعمل مكتب أمين المظالم كمناصر بالنيابة عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى، ويمكنهم تقديم العون في فهم ما يجب القيام به. يساعدك مكتب أمين المظالم أيضًا في حل مشكلات الخدمة أو الفواتير. ولا يرتبط بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. خدماتهم مجانية.

الاتصال الهاتفي	1-888-452-8609 هذا الاتصال مجاني. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي (TTY)	711 هذا الاتصال مجاني.
المراسلة	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
موقع الويب	www.dhcs.ca.gov/services/med-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

1. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة فيما يتعلق بمزايا برنامج Medi-Cal fee-for-service، فاتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك للتقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم في المنزل، والتي ستساعد في دفع مقابل الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. قد تشمل أنواع الخدمات المساعدة في إعداد وجبات الطعام أو الاستحمام أو ارتداء الملابس أو غسل الملابس أو التسوق أو النقل.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية بمقاطعتك إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك لـ Medi-Cal.

إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للخدمات الاجتماعية العامة

الاتصال الهاتفي	1-866-613-3777 1-626-569-1399 1-310-258-7400 1-818-701-8200
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	ابحث عن أقرب مكتب حي لتقديم الطلب.
موقع الويب	https://dpss.lacounty.gov/en.html

مقاطعة أورانج وكالة الخدمات الاجتماعية

الاتصال الهاتفي	1-855-541-5411 هذا الاتصال مجاني. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	بحث عن أقرب مكتب
موقع الويب	https://www.ochealthinfo.com/services-programs/mental-health-crisis-recovery/navigation-help-resources/oc-links ssa.ocgov.com

إدارة مقاطعة ريفرسايد للخدمات الاجتماعية العامة

الاتصال الهاتفي	1-877-410-8827 هذا الاتصال مجاني.
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
موقع الويب	https://rivcodpss.org/

خدمات الشيخوخة والبالغين في مقاطعة سان برناردينو

الاتصال الهاتفي	1-909-891-3900
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
موقع الويب	https://dpss.lacounty.gov/en.html

وكالة الصحة والخدمات الإنسانية التابعة لإدارة مقاطعة سان دييغو

الاتصال الهاتفي	1-866-262-9881 هذا الاتصال مجاني. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى 5 مساءً.
الهاتف النصي (TTY)	711
المراسلة	ابحث عن أقرب مكتب حي.
موقع الويب	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medical_program/index.html

J. خطة County Specialty Mental Health

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal من خلال خطة Mental Health (MHP) في المقاطعة إذا كنت تستوفي معايير الوصول.

إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس

<p>1-800 854-7771</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>المكالمات الموجهة إلى هذا الرقم مجانية، 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711 هذا الاتصال مجاني</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>

خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة أورانج

<p>1-855 625-4657</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711 هذا الاتصال مجاني</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>

إدارة الصحة العقلية بمقاطعة ريفرسايد

<p>1-800-706-7500</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711 هذا الاتصال مجاني</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>

إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة سان برناردينو

<p>1-888 743-1478</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>

إدارة خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو

<p>1-888-724-7240</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p> <p>على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>711</p> <p>هذا الاتصال مجاني.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>

تواصل مع خطة County Specialty Mental Health للمساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية الخاصة التي تقدمها المقاطعة.

California Department of Managed Health Care .K

تعتبر إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية المُدارة (California Department of Managed Health Care - (DMHC)) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) في الالتماسات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal.

الاتصال الهاتفي	1-888-466-2219
خط الصم وضعاف السمع (TDD)	1-877-688-9891
المراسلة	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
موقع الويب	www.dmhc.ca.gov

L. برامج لمساعدة الأشخاص في الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية

يوفر موقع Medicare.gov (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-prescription-costs) الإلكتروني معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية الموصوفة. للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

L1. المساعدة الإضافية

نظرًا لأنك مؤهل للحصول على Medi-Cal، فأنت مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية" وتحصل عليها من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الخاصة بك التي تصرف بوصفة طبية. لا تحتاج إلى فعل أي شيء للحصول على هذه "المساعدة الإضافية".

الاتصال الهاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
الهاتف النصي (TTY)	1-877-486-2048 هذا الاتصال مجاني.
موقع الويب	www.medicare.gov

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح لمشاركة التكلفة عندما تحصل على وصفتك الطبية من الصيدلية، فإن خطتنا بها عملية تتيح لك إما طلب المساعدة في الحصول على دليل لمستوى المشاركة في الدفع الصحيح الخاص بك، أو إذا كان لديك بالفعل الدليل، يمكنك تقديم هذا الدليل إلينا.

إذا لم تكن متأكدًا من الدليل الذي تقدمه لنا، فيرجى الاتصال بصيدلية تابعة للشبكة أو خدمات الأعضاء. يكون الدليل عادةً خطابًا من برنامج Medicaid في ولايتك أو مكتب الضمان الاجتماعي يؤكد أنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية". قد يكون الدليل أيضًا وثيقة صادرة عن الولاية تتضمن معلومات عن أهليتك المرتبطة بالخدمات المنزلية والمجتمعية.

قد تحتاج أنت أو ممثلك المعين إلى تقديم الدليل إلى صيدلية تابعة للشبكة عند الحصول على الأدوية المغطاة المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء D حتى تتمكن من تحصيل المبلغ المناسب لتقاسم التكاليف إلى أن تقوم مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) بتحديث سجلاتها لتعكس حالتك الحالية. بمجرد تحديث CMS لسجلاتها، لن تحتاج بعد الآن إلى تقديم الدليل إلى الصيدلية. يرجى تقديم دليلك بإحدى الطرق التالية حتى تتمكن من إعادة توجيهه إلى CMS لتحديثه:

- اكتب إلى Kaiser Permanente على:

California Service Center

Attn: Best Available Evidence

P.O. Box 232407

San Diego, CA 92193-2407

- أرسله بالفاكس إلى **1-877-528-8579**.

- خذ به إلى صيدلية تابعة للشبكة أو مكتب خدمات الأعضاء المحلي في مرفق تابع للشبكة.

عندما نتلقى الدليل الذي يوضح مستوى المشاركة في الدفع الخاص بك، سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتحمل دفع المبلغ المشترك الصحيح عندما تحصل على الوصفة الطبية التالية في الصيدلية. إذا دفعت أكثر من المبلغ المشترك، فسنعوم برد المبلغ لك. إما أن نرسل لك شيكًا بقيمة الدفعة الزائدة الخاصة بك أو سنقوم بخصم المبلغ من المدفوعات المشتركة المستقبلية. إذا لم تقم الصيدلية بتحصيل دفعة مشتركة منك وتحمل دفعتك المشتركة كدين مستحق عليك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الصيدلية. إذا دفعت الولاية نيابة عنك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الولاية. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة.

L2. برنامج (ADAP) AIDS Drug Assistance

يساعد برنامج ADAP الأفراد المؤهلين الذين يعانون من فيروس العوز المناعي البشري (HIV/متلازمة نقص المناعة المكتسبة) AIDS في الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من الجزء D في Medicare والموجودة في كتيب وصفات ADAP أيضًا مؤهلة للحصول على مساعدة في مشاركة تكاليف الوصفات الطبية. ملاحظة: لكي تكون مؤهلًا لبرنامج ADAP في ولايتك، يجب أن يستوفي الأفراد معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس العوز المناعي البشري، والدخل المنخفض على النحو المحدد من قبل الولاية، وحالة غير مؤمن / مؤمن عليه. إذا قمت بتغيير الخطط، يرجى إخطار موظف التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة، وللحصول على معلومات حول معايير الأهلية، أو الأدوية المغطاة، أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال بمركز الاستعلامات الهاتفية لبرنامج ADAP على **1-844-421-7050** من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 5 مساءً (باستثناء أيام العطل الرسمية).

M. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية ويتعامل مع التسجيل في برنامج Medicare. المواطنون الأمريكيون والحاصلون على إقامة دائمة شرعية الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين يعانون من عجز أو مرض كلوي في المرحلة النهائية (ESRD) ويستوفون شروطاً معينة، مؤهلون للحصول على خدمات Medicare. إذا كنت تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، فعليك التسجيل في برنامج Medicare. للتقدم بطلب للحصول على خدمات Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي.

إذا انتقلت إلى مكان آخر أو قمت بتغيير عنوان المراسلات الخاص بك، فمن المهم أن تتصل بالضمان الاجتماعي لإخبارهم بذلك.

<p>1-800-772-1213</p> <p>إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية.</p> <p>متاح من الساعة 8:00 صباحاً حتى 7:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.</p> <p>يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار الساعة.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>www.ssa.gov</p>	<p>موقع الويب</p>

N. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB، Railroad Retirement Board) هي وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة لعمال السكك الحديدية وعائلاتهم في البلاد. إذا تلقيت Medicare من خلال RRB، فمن المهم أن تخبرهم إذا انتقلت إلى مكان آخر أو قمت بتغيير عنوان المراسلات الخاص بك. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص المزايا التي تحصل عليها من RRB، فاتصل بالوكالة.

<p>1-877-772-5772</p> <p>إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية.</p> <p>إذا ضغطت على "0"، يمكنك التحدث مع ممثل RRB من 9 صباحاً إلى 3:30 مساءً، أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9 صباحاً إلى 12 ظهراً يوم الأربعاء.</p> <p>إذا ضغطت على "1"، يمكنك الوصول إلى خط المساعدة الآلي الخاص بوكالة RRB والمعلومات المسجلة على مدار الساعة، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
---	-------------------------------

<p>1-312-751-4701</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به. إن الاتصالات بهذا الرقم ليست مجانية.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>www.rrb.gov</p>	<p>موقع الويب</p>

O. موارد أخرى

يقدم برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يكافحون للفوز بتغطية صحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا كانت لديك مشكلات مع:

- Medi-Cal
- Medicare
- خطتك الصحية
- الحصول على الخدمات الطبية
- الطعن على الخدمات والعقاقير والأجهزة الطبية القوية (DME) وخدمات الصحة العقلية المرفوضة، إلخ.
- الفواتير الطبية
- IHSS (In-Home Supportive Services)

يساعد برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds في تقديم الشكاوى والطعون وجلسات الاستماع. رقم الهاتف الخاص ببرنامج Ombuds هو **1-888-804-3536**.

P. برنامج Medi-Cal Dental

بعض خدمات رعاية الأسنان متوفرة من خلال برنامج Medi-Cal Dental؛ وتشمل على سبيل المثال، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات وعلاجات الفلورايد
- الترميمات والتيجان
- قناة الجذر العلاج
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة والتعديلات والإصلاحات وإعادة التركيب

<p>1-800-322-6384</p> <p>المكالمة مجانية.</p> <p>تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برنامجي Medi-Cal Dental Fee-for-Service وDental Managed Care (DMC) For-Service. يتوفر ممثلو برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>1-800-735-2922</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.</p>	<p>الهاتف النصي (TTY)</p>
<p>https://smilecalifornia.org/</p>	<p>موقع الويب</p>

بالإضافة إلى برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service، قد تحصل على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية مُدارة للأسنان. تتوفر خطط رعاية الأسنان المدارة في مقاطعة لوس أنجلوس. إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات حول خطط طب الأسنان أو ترغب في تغيير خطط طب الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم **1-800-430-4263** (مستخدمو الهاتف النصي (TTY) يتصلون بالرقم **1-800-430-7077**)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. المكالمات مجانية.

الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات المغطاة الأخرى

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات المغطاة الأخرى مع خطتنا. يخبرك أيضاً عن منسق الرعاية، وكيفية الحصول على الرعاية من أنواع مختلفة من مقدمي الخدمات، وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من الصيدليات أو مقدمي الخدمات خارج الشبكة)، وماذا تفعل إذا تمت محاسبتك مباشرة على الخدمات التي نغطيها، وقواعد امتلاك الأجهزة الطبية القوية (DME). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيباً أبجدياً في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 3 جدول المحتويات

- A. المعلومات المتعلقة بالخدمات ومقدميها 37
- B. قواعد الحصول على الخدمات المغطاة بخطتنا 37
- C. منسق الرعاية الخاص بك 38
- C1. ما المقصود بمنسق الرعاية 38
- C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك 38
- C3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك 38
- D. الرعاية من مقدمي الخدمة 39
- D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية 39
- تعريف PCP وما يفعله من أجلك 39
- اختيارك لـ PCP 39
- الخيار لتغيير PCP الخاص بك 39
- الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون موافقة PCP 40
- D2. الرعاية من الاختصاصيين ومقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة 40
- الإحالات من PCP الخاص بك 40
- الإحالات إلى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة 41
- الإذن المسبق 41
- D3. عند مغادرة مقدم الخدمات لخطتنا 42
- D4. مقدمو الخدمات غير التابعين للشبكة 43

- E. الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) 44
- F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد الإدمانية) 44
- F1. خدمات الصحة السلوكية في Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا 44
- خدمات العيادات الخارجية 45
- خدمات العلاج المنزلية 45
- خدمات المرضى المقيمين 45
- G. خدمات النقل 46
- G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة 46
- حدود النقل الطبي 46
- G2. النقل غير الطبي 47
- حدود النقل غير الطبي 47
- H. الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة الملحة، أو أثناء وقوع كارثة 48
- H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية 48
- الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية 48
- رعاية ما بعد استقرار الحالة 48
- الحصول على رعاية الطوارئ إذا لم تكن حالة طارئة 49
- H2. الرعاية اللازمة العاجلة 49
- الرعاية اللازمة العاجلة في منطقة خدمة خطتنا 49
- الرعاية اللازمة العاجلة خارج منطقة خدمة خطتنا 50
- H3. الرعاية أثناء وقوع كارثة 50
- أ. ماذا تفعل إذا تمت محاسبتك مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا 50
1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات 51
- ج. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية 51
- J. تعريف الدراسة البحثية السريرية 51

- J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية 52
- J3. المزيد عن دراسات البحوث السريرية 52
- K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية 52
- K1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية 52
- K2. الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية 52
- L. الأجهزة الطبية القوية (DME) 53
- L1. DME باعتبارها عضوًا في خطتنا 53
- L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Medicare الأصلي 53
- L3. تستفيد معدات الأكسجين كعضو في خطتنا 54
- L4. معدات الأكسجين عند التبديل إلى برنامج Medicare الأصلي أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى 54

A. المعلومات المتعلقة بالخدمات ومقدميها

تعتبر **الخدمات** عن الرعاية الصحية، والخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS) والإمدادات، وخدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية، والمعدات وغيرها من الخدمات. **الخدمات المغطاة** هي أي من هذه الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. تتوفر الرعاية الصحية المغطاة، والصحة السلوكية، و**LTSS** في **الفصل 4** من **كتيب الأعضاء**. تتوفر الخدمات المغطاة للأدوية المقررة بوصفة طبية الخاصة بك في **الفصل 5** من **كتيب الأعضاء**.

مقدمو الخدمات هم أطباء وممرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. يشمل مقدمو الخدمات أيضاً المستشفيات، ووكالات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وبعض **LTSS**.

مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم مقدمو خدمات يعملون مع خطتنا. يوافق مقدمو الخدمات هؤلاء على قبول دفعنا كدفعة كاملة. يوجه إلينا مقدمو الخدمات التابعون للشبكة الفواتير مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. عندما تستعين بمقدم خدمة تابع للشبكة، فأنت عادة لا تدفع شيئاً مقابل الخدمات المغطاة.

B. قواعد الحصول على الخدمات المغطاة بخطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي تغطيها **Medicare** و**Medi-Cal**. وهذا يشمل بعض خدمات الصحة السلوكية و**LTSS**.

سنقوم خطتنا عموماً بالدفع لخدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية و**LTSS** التي تحصل عليها عندما تتبع قواعداً المطلوب تغطيته من قبل خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها ميزة **خطة**. هذا يعني أننا نقوم بتضمينها في "مخطط المزايا" في **الفصل 4** من **كتيب الأعضاء**.
- يجب أن تكون **الرعاية ضرورية من الناحية الطبية**. حسب الضرورة الطبية، نحن نعني خدمات مهمة معقولة وتحمي الحياة. هناك حاجة إلى الرعاية الطبية اللازمة لمنع الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو إعاقة وتقليل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو الإصابة.
- بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك **مقدم رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة يطلب الرعاية أو يخبرك بالاستعانة بمقدم خدمة آخر. بصفقتك عضواً في الخطة، يجب عليك اختيار مقدم خدمات تابع للشبكة ليكون **PCP** الخاص بك.
- في معظم الحالات، يجب أن يمنحك **PCP** التابع لشبكتك الموافقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمات ليس **PCP** الخاص بك، أو الاستعانة بمقدمي خدمات آخرين في شبكة خطتنا. هذا يسمى **الإحالة**. إذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات. لمعرفة المزيد حول الإحالات، ارجع إلى القسم **D** في هذا الفصل.
- لا تحتاج إلى إحالة من مقدم الرعاية الأولية (**PCP, Primary care provider**) الخاص بك للحصول على رعاية الطوارئ أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل أو للاستعانة بمقدم خدمات صحية للمرأة، أو لأي أنواع أخرى من الرعاية دون إحالة من **PCP** الخاص بك (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم **D1** في هذا الفصل).
- يجب أن تحصل على **رعايتك من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة**. عادة، لن نغطي الرعاية من مقدم الخدمة الذي لا يتعامل مع خطتنا الصحية. هذا يعني أنه سيتعين عليك الدفع إلى مقدم الخدمة بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. فيما يلي بعض الحالات التي لا تنطبق فيها هذه القاعدة:

- نحن نغطي الرعاية في حالات الطوارئ أو المطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات غير تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات، راجع القسم H في هذا الفصل).
- إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولا يمكن لمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا منحها لك، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات غير تابع للشبكة إذا صرحنا نحن أو Medical Group بالخدمات قبل أن تحصل على الرعاية. في هذه الحالة، نقوم بتغطية الرعاية كما لو حصلت عليها من مقدم خدمات الشبكة.
- نحن نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة، أو عندما يكون مقدم الخدمة غير متاح مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليه. يمكنك الحصول على هذه الخدمات في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare. لا يمكن أن تتجاوز تكلفة مشاركة التكلفة التي تدفعها مقابل غسيل الكلى تكلفة المشاركة في برنامج Medicare الأصلي. إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة وحصلت على غسيل الكلى من مقدم خدمة خارج شبكة الخطة، فلا يمكن أن تتجاوز مشاركة التكلفة الخاصة بك مشاركة التكلفة التي تدفعها داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان موفر خدمة غسيل الكلى المعتاد داخل الشبكة غير متاح مؤقتاً، واخترت الحصول على الخدمات داخل منطقة الخدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة، فقد تكون مشاركة تكلفة غسيل الكلى أعلى.
- عندما تنضم إلى خطتنا لأول مرة، يمكنك أن تطلب الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الخدمة الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب أن نوافق على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة قائمة مع مقدمي الخدمة. راجع الفصل 1 من كتيب الأعضاء. إذا وافقنا على طلبك، يمكنك الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الخدمات الذين تتعامل معهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهراً للخدمات. خلال ذلك الوقت، سيتصل بك منسق الرعاية لمساعدتك في العثور على مقدمي الخدمات في شبكتنا. بعد 12 شهراً، لم نعد نغطي رعايتك إذا واصلت الاستعانة بمقدمي خدمات ليسوا في شبكتنا.
- الأعضاء الجدد في Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1: في معظم الحالات، سوف يتم تسجيلك في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد أن طلبت التسجيل في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal من خلال خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) إذا كانت لديك أي استفسارات. ساعات العمل تبدأ من 8 صباحاً حتى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع.

C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. ما المقصود بمنسق الرعاية

منسق برنامج خطة Special Needs لديك هو المسؤول عن تنسيق رعايتك. سيتصل بك سنوياً لتقييم المخاطر الصحية وأيضاً بعد الخروج من المستشفى. (لمعرفة المزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع الفصل 2، القسم G.)

C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

راجع الفصل 2، القسم G لمعرفة المزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية لديك.

C3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك

لتغيير منسق الرعاية الخاص بك (راجع الفصل 2، القسم G للحصول على المعلومات).

D. الرعاية من مقدمي الخدمة**D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية**

يجب عليك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) لتوفير رعايتك وإدارتها.

تعريف PCP وما يفعله من أجلك

مقدم الرعاية الأولية الخاص بك هو طبيب يفي بمتطلبات الولاية، ويتم تدريبه على تقديم الرعاية الطبية الأولية لك. سيقوم PCP الخاص بك أيضاً بتنسيق رعايتك. يتضمن "تنسيق" رعايتك مراجعة مقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة أو التشاور معهم حول رعايتك وكيفية إجرائها. في بعض الحالات، سيحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة) من جانبنا (راجع القسم D2 في هذا الفصل لمعرفة المزيد من المعلومات).

اختيارك لـ PCP

عادةً ما يمارس PCP الطب العام (يُسمى أيضاً طب البالغين أو الطب الباطني وممارسة الأسرة) وأحياناً طب التوليد/أمراض النساء. في بعض مرافق الشبكة، إذا كنت تفضل ذلك، يمكنك اختيار ممرض ممارس أو مساعد طبيب متاح ليكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. تم تحديد مقدمي الرعاية الأولية في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات.

يوفر PCP الخاص بك الخدمات المغطاة اللازمة طبيًا أو يصفها أو يأذن بها. سيقدم PCP الخاص بك معظم الرعاية الروتينية أو الأساسية التي تتلقاها، وسيوفر الإحالة حسب الحاجة لمراجعة مقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة للحصول على الرعاية الأخرى التي تحتاجها. على سبيل المثال، لرؤية أحد الاختصاصيين، عادة ما تحتاج إلى الحصول على موافقة PCP الخاص بك أولاً (وهذا ما يسمى الحصول على "إحالة" إلى اختصاصي). هناك أنواع قليلة من الخدمات المغطاة التي يمكنك الحصول عليها بنفسك دون الاتصال بـ PCP أولاً (راجع "الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون موافقة من PCP" في هذا الفصل).

يرجى الاطلاع على دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات أو الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول اختيار PCP ومقدمي الخدمات الذين يقبلون المرضى الجدد.

الخيار لتغيير PCP الخاص بك

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. أيضاً، من الممكن أن يغادر PCP شبكة خطتنا. إذا غادر PCP شبكتنا، يمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد في شبكتنا. سيصبح اختيار PCP الخاص بك ساريًا على الفور.

لاختيار PCP أو تغييره، يرجى الاتصال برقم اختيار الطبيب الشخصي الخاص بنا على الرقم 1-888-956-1616 (TTY 711)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى 7 مساءً. يمكنك أيضاً تحديد اختيارك على www.kp.org/finddoctors.

عند الاتصال، أخبرنا إذا كنت تقابل اختصاصيين أو تحصل على خدمات مغطاة أخرى تحتاج إلى موافقة PCP الخاص بك (مثل خدمات الصحة المنزلية والأجهزة الطبية القوية) حتى تتمكن من إخبارك إذا كنت بحاجة إلى الحصول على إحالة من PCP الجديد الخاص بك لمتابعة الخدمات. أيضاً، إذا كان هناك اختصاصي شبكة معين أو مستشفى ترغب في استخدامه، فراجع معنا لمعرفة ما إذا كان PCP الخاص بك يقوم بإحالات إلى هذا الاختصاصي أو يستخدم هذا المستشفى.

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون موافقة PCP

في معظم الحالات، تحتاج إلى موافقة من PCP الخاص بك قبل الاستعانة بمقدمي الخدمات الآخرين. هذه الموافقة تسمى إحالة. يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة أدناه دون الحصول على موافقة PCP الخاص بك أولاً:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة.
- الرعاية اللازمة العاجلة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.
- الرعاية اللازمة العاجلة من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عندما لا يمكنك الوصول إلى مقدم الخدمات التابع للشبكة (على سبيل المثال، إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو خلال عطلة نهاية الأسبوع). **ملاحظة:** يجب أن تكون هناك حاجة ماسة على الفور للرعاية اللازمة العاجلة ووجود ضرورة طبية.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمدة من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا. اتصل بخدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة. يمكننا مساعدتك في غسيل الكلى أثناء وجودك بعيداً.
- لقاحات الإنفلونزا وتطعيمات COVID-19، بالإضافة إلى لقاحات التهاب الكبد الفيروسي "بي" والتطعيمات ضد التهاب الرئوي طالما أنك تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
- خدمات الرعاية الروتينية لصحة المرأة وتنظيم الأسرة. يشمل ذلك فحوصات الثدي، وفحص تصوير الثدي بتقنية الماموغرام (الأشعة السينية للثدي)، واختبارات عنق الرحم، وفحوصات الحوض، طالما يتم حصولك عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
- آراء ثانية من مقدم خدمات آخر تابع للشبكة.
- المواعيد في المجالات التالية: قياس البصر وتعاطي المخدرات والطب النفسي.
- العناية بتقويم العمود الفقري التي تغطيها Medicare طالما أنك تحصل عليها من مقدم خدمات الشبكة
- الرعاية الوقائية باستثناء فحوصات تمدد الشريان الأورطي البطني، والعلاج الغذائي الطبي، والتنظير السيني المرن، وتنظير القولون، وفحص كثافة العظام، والاختبارات المعملية.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات من مقدمي الرعاية الصحية الهنود، يمكنك الاستعانة بمقدمي الخدمات هؤلاء دون إحالة.
- المواعيد للخدمات الحساسة.

D2. الرعاية من الاختصاصيين ومقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة

الاختصاصي هو الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء من الجسم. هناك أنواع عديدة من الاختصاصيين، مثل:

- يهتم أطباء الأورام بمرضى السرطان.
- يهتم أطباء القلب بالمرضى الذين يعانون من مشاكل في القلب.
- يعتني أطباء العظام بالمرضى الذين يعانون من مشاكل في العظام أو المفاصل أو العضلات.

الإحالات من PCP الخاص بك

سترى عادةً موفر الرعاية الرئيسية PCP الخاص بك أولاً لمعظم احتياجات الرعاية الصحية الروتينية. لا يوجد سوى عدد قليل من أنواع الخدمات المغطاة التي قد تحصل عليها بمفردك، دون الحصول على موافقة PCP الخاص بك أولاً، والتي تم وصفها أعلاه في القسم D1.

قد تكون الإحالة المكتوبة لزيارة واحدة أو قد تكون إحالة دائمة لأكثر من زيارة واحدة إذا كنت بحاجة إلى خدمات مستمرة. يجب أن نمحك إحالة دائمة إلى أخصائي مؤهل لأي من هذه الحالات:

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض عقلي أو جسدي يهدد الحياة؛
- مرض تنكسي أو عجز؛
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد لدرجة تتطلب العلاج من قبل أخصائي.

إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة، فقد لا يتم دفع الفاتورة. للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الإحالات إلى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

عندما يصف PCP الخاص بك رعاية لا يوفرها PCP (على سبيل المثال، الرعاية المتخصصة)، فسوف يمنحك إحالة لمقابلة اختصاصي الشبكة أو مزود شبكة آخر حسب الحاجة. إذا قام PCP بإحالتك إلى اختصاصي شبكة، فستكون الإحالة لخطة علاج محددة. قد تتضمن خطة العلاج الخاصة بك إحالة دائمة إذا تم وصف تلقي الرعاية المستمرة من الاختصاصي. سوف نرسل لك إحالة مكتوبة للسماح باستشارة مبدئية أو عدد محدد من الزيارات مع اختصاصي الشبكة. بعد التشاور المبدئي مع اختصاصي الشبكة، يجب عليك بعد ذلك الرجوع إلى PCP الخاص بك ما لم نسمح بمزيد من الزيارات على النحو المحدد في الإحالة الكتابية التي قدمناها لك. لا ترجع إلى اختصاصي الشبكة بعد زيارة الاستشارة المبدئية الخاصة بك ما لم نسمح بزيارات إضافية في إحالتك. خلاف ذلك، قد لا تتم تغطية الخدمات.

الإذن المسبق

بالنسبة للخدمات والعناصر المدرجة أدناه، سيحتاج مقدم الخدمات التابع للشبكة إلى الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا أو "Medical Group" (وهذا ما يسمى بالحصول على "إذن مسبق"). سيتم اتخاذ القرارات المتعلقة بشأن طلبات الحصول على الموافقة من قبل الأطباء المرخص لهم أو غيرهم من العاملين في المجال الطبي المرخص لهم حسب الأصول فقط. إذا كنت لا توافق في أي وقت على قرارات الإذن، يمكنك تقديم طعن كما هو موضح في **الفصل 9**.

- الخدمات والعناصر المحددة في **الفصل 4** مع حاشية سفلية (+).
- إذا قرر مقدم الخدمات التابع لشبكتك أنك بحاجة إلى خدمات مغطاة غير متوفرة من مقدمي خدمات الشبكة، فسوف يوصي Medical Group بإحالتك إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة داخل منطقة خدمتنا أو خارجها. سيقوم الشخص المُعين من Medical Group بمنح الإذن على الخدمات إذا قرر أن الخدمات المغطاة ضرورية من الناحية الطبية وليست متوفرة من مقدم الخدمات التابع للشبكة. ستكون الإحالات إلى مقدمي الخدمات من خارج الشبكة لخطة علاج محددة، والتي قد تشمل إحالة دائمة إذا تمت التوصية الطبية بالرعاية المستمرة. وهي تحدد مدة الإحالة دون الحاجة إلى الحصول على موافقة إضافية من جانبنا. يرجى طرح الأسئلة على مقدم الخدمات التابع لشبكتك عن الخدمات المصرح بها إذا لم تكن متأكدًا. إذا أراد منك الاختصاصي غير التابع للشبكة الرجوع للحصول على مزيد من الرعاية، فتأكد من التحقق مما إذا كانت الإحالة تغطي الرعاية الإضافية أم لا. إذا لم يحدث ذلك، يرجى الاتصال بمقدم الخدمات التابع لشبكتك.
- بعد إخطارنا بأنك بحاجة إلى رعاية ما بعد الاستقرار من مقدم خدمات غير تابع للشبكة بعد رعاية الطوارئ، سنناقش حالتك مع مقدم الخدمة غير التابع للشبكة. إذا قررنا أنك بحاجة إلى رعاية ما بعد الاستقرار وأن هذه الرعاية ستتم تغطيتها عند تلقيها من مقدم الخدمات التابع للشبكة، فسنأذن برعايتك من مقدم الخدمة التابع للشبكة فقط إذا لم تتمكن من الترتيب للحصول على مقدم خدمة لشبكة (أو أي مقدم خدمة معين آخر) يقدم الرعاية. الرجاء مراجعة القسم H في هذا الفصل لمزيد من المعلومات.

- جراحة المتحولين جنسيًا اللازمة طبيًا والإجراءات المرتبطة بها.
- الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية موصوفة في **القسم J** من هذا الفصل.
- إذا قام مقدم الخدمات التابع لشبكتك بإحالة كتابية أو إلكترونية لتقييم عملية الزرع، فإن اللجنة الاستشارية الإقليمية للزرع التابعة لـ **Medical Group** أو مجلس الإدارة أو مؤتمر الحالة (إن وجد) سوف يصرح بالإحالة إذا قررت أنك مرشح محتمل لزرع الأعضاء وأن الخدمة تتم تغطيتها وفقًا لإرشادات **Medicare**. في الحالات التي لا توجد فيها لجنة أو مجلس للإقرار بعمليات الزرع، ستحيلك **Medical Group** إلى طبيب (أطباء) في مركز زرع، وستأذن **Medical Group** بالخدمات إذا قرر طبيب (أطباء) مركز الزرع أنها ضرورية من الناحية الطبية أو مغطاة بموجب الاتفاق مع إرشادات **Medicare**. ملاحظة: يجوز لطبيب الشبكة توفير عملية زرع القرنية أو الإذن بها دون استخدام إجراء إذن زرع **Medical Group** هذا.

D3. عند مغادرة مقدم الخدمات لخطتنا

- قد يغادر مقدم الخدمات التابع للشبكة الذي تتعامل معه خطتنا. وإذا ترك أحد مقدمي الخدمات خطتنا، فإن لديك حقوق و ضمانات معينة يتم إيجازها أدناه:
- حتى إذا تغيرت شبكة مقدمي الخدمات لدينا خلال العام، يجب أن نمحك وصولاً غير متقطع إلى مقدمي خدمات مؤهلين.
 - سنخطرك بأن مقدم الخدمة الخاص بك يغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمة جديد.
 - إذا غادر مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الرعاية الصحية السلوكية خطتنا، فسنخطرك إذا كنت قد شاهدت مقدم الخدمة هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا غادر أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسنخطرك إذا تم تعيينك لمقدم الخدمة، أو تلقيت رعاية منه حاليًا، أو شاهدته خلال الأشهر الثلاث الماضية.
 - سنساعدك في اختيار مقدم خدمات داخل الشبكة جديد مؤهل لمواصلة إدارة احتياجاتك من الرعاية الصحية.
 - إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمة الحالي الخاص بك، فيحق لك أن تسأل، ونحن نعمل معك لضمان استمرار العلاج أو العلاجات اللازمة طبيًا.
 - سنزودك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
 - إذا لم تتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع لشبكة يمكنك الوصول إليه، يجب علينا ترتيب اختصاصي خارج الشبكة لتقديم الرعاية لك عندما لا يتوفر مقدم خدمة أو ميزة داخل الشبكة أو تكون غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية. سيقوم الشخص المُعين من **Medical Group** بمنح الإذن على الخدمات إذا قرر أن الخدمات المغطاة ضرورية من الناحية الطبية وليست متوفرة من مقدم الخدمات التابع للشبكة. ستكون الإحالات إلى مقدمي الخدمات من خارج الشبكة لخطة علاج محددة، والتي قد تشمل إحالة دائمة إذا تمت التوصية الطبية بالرعاية المستمرة. وهي تحدد مدة الإحالة دون الحاجة إلى الحصول على موافقة إضافية من جانبنا. يرجى طرح الأسئلة على مقدم الخدمات التابع لشبكتك عن الخدمات المصرح بها إذا لم تكن متأكدًا. إذا أراد منك الاختصاصي غير التابع للشبكة الرجوع للحصول على مزيد من الرعاية، فتأكد من التحقق مما إذا كانت الإحالة تغطي الرعاية الإضافية أم لا. إذا لم يحدث ذلك، يرجى الاتصال بمقدم الخدمات التابع لشبكتك.
 - إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الخدمة السابق بأخر مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، يحق لك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى **QIO**، أو شكوى تتعلق بجودة الرعاية، أو كليهما. (راجع **الفصل 9** لمعرفة المزيد من المعلومات.)
 - إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الخدمات يغادر خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في العثور على مقدم خدمات جديد وإدارة رعايتك. يمكنك الاتصال بنا على **1-800-443-0815** (الهاتف النصي **711 TTY**)، 7 أيام أسبوعيًا من 8 صباحًا إلى 8 مساءً.

D4. مقدمو الخدمات غير التابعين للشبكة

إذا كنت تستخدم مقدم خدمة خارج الشبكة، فيجب أن يكون مقدم الخدمة مؤهلاً للمشاركة في Medicare و/ أو Medi-Cal.

- لا يمكننا الدفع لمقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في Medicare و/ أو Medi-Cal.
 - إذا كنت تستعين بمقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها.
 - يجب أن يخبرك مقدمو الخدمة إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.
- لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة غير تابع للشبكة إلا في الحالات التالية:
- الخدمات الطارئة أو العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمة غير تابع للشبكة. لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، ولمعرفة ما تعنيه الخدمات الطارئة أو العاجلة، راجع القسم D1 في هذا الفصل.
 - نسمح نحن أو Medical Group بالإحالة إلى مقدم خدمة خارج الشبكة كما هو موضح في القسم D2 في هذا الفصل.
 - خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمدة من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا بصورة مؤقتة.
 - إذا قمت بزيارة منطقة الخدمة في منطقة أخرى من Kaiser Permanente، يمكنك تلقي رعاية معينة مغطاة من جانب Medicare بموجب كتيب الأعضاء من مقدمي خدمات معينين في منطقة الخدمة تلك. يرجى الاتصال بخط الرعاية الخاص بالسفر بعيداً عن المنزل على الرقم 1-951-268-3900 (الهاتف النصي 711 TTY)، 24 ساعة يومياً، 7 أيام أسبوعياً (باستثناء أيام العطلات)، أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب على kp.org/travel للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية عند زيارة منطقة خدمة أخرى في منطقة Kaiser Permanente، بما في ذلك معلومات التغطية ومواقع المرفق. يقع Kaiser Permanente في كاليفورنيا ومقاطعة كولومبيا وكولورادو وجورجيا وهاواي وماريلاند وأوريغون وفيرجينيا وواشنطن. ملاحظة: يمكن أيضاً أن يجيب خط الرعاية المتعلق بالسفر بعيداً عن المنزل على الأسئلة المتعلقة بخدمات الطوارئ المغطاة أو خدمات الرعاية العاجلة التي تتلقاها خارج الشبكة، بما في ذلك كيفية الحصول على التعويض.
 - بالنسبة لخدمات Medi-Cal، يمكنك التعامل مع مقدم خدمة خارج الشبكة دون إحالة أو إذن مسبق لخدمات الطوارئ أو لخدمات رعاية حساسة معينة. يمكنك أيضاً الذهاب إلى مزود خارج الشبكة للحصول على رعاية عاجلة خارج المنطقة عندما تكون في منطقة لا نعمل فيها. إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية، يمكنك التوجه إلى مقدم خدمات الشبكة أو مقدم خدمات خطة الصحة العقلية بالمقاطعة دون إذن مسبق. يجب أن تكون لديك إحالة أو موافقة مسبقة لجميع الخدمات الأخرى خارج الشبكة، وإلا فلن تتم تغطيتها.
 - ملاحظة: إذا كنت من الأمريكيين الهنود، يمكنك الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية الصحية الهنود خارج شبكة مقدمي الخدمة لدينا دون إحالة.

E. الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS)

يمكن أن تساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في مستشفى أو مرفق تمرير ماهر. لديك إمكانية الوصول إلى LTSS معينة من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مرافق التمريض الماهرة، وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، ودعم المجتمع. يتوفر نوع آخر من LTSS، وهو برنامج In Home Supportive Services من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في المقاطعة.

- يمكنك أن تطلب من طبيبك أو منسق الرعاية الخاص بك الحصول على مزيد من المعلومات حول LTSS.

F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد الإدمانية)

تتوفر لديك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية اللازمة طبيًا التي يغطيها Medicare وMedi-Cal. نحن نوفر الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها Medicare وللحالات الصحية السلوكية الخفيفة إلى المعتدلة التي يغطيها Medi-Cal. لا تغطي خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تغطيها Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال خطة الصحة العقلية في مقاطعتك. لمزيد من المعلومات حول خدمات الصحة العقلية المتاحة من خلال خطة الصحة النفسية لمقاطعتك، يرجى الاتصال بما يلي:

- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس على **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة أورانج على **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- إدارة الصحة العقلية بمقاطعة ريفرسايد على **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة سان برناردينو على **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو على **1-888-724-7240 (TTY 711)**

F1. خدمات الصحة السلوكية في Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal من خلال خطة ("MHP") Mental Health في المقاطعة إذا كنت تستوفي معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة.

- خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تغطيها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس على **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تغطيها خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة أورانج على **1-855-625-4657 (الهاتف النصي) (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تغطيها إدارة الصحة العقلية بمقاطعة ريفرسايد على **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تغطيها إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة سان برناردينو على **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تغطيها خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو على **1-888-724-7240 (TTY 711)**

خدمات العيادات الخارجية

- خدمات الصحة العقلية (التقييمات، ووضع الخطة، والعلاج، وإعادة التأهيل، والمشارك في العلاج).
- خدمات دعم الأدوية.
- الخدمات المكثفة العلاجية اليومية.
- خدمات التأهيل اليومية.
- خدمات التدخل السريع وقت الأزمات.
- خدمات دعم الاستقرار في الأزمات.
- خدمات إدارة الحالة المستهدفة.
- الخدمات السلوكية العلاجية.

خدمات العلاج المنزلية

- خدمات علاج البالغين المنزلية
- خدمات العلاج السكنية في الأزمات.

خدمات المرضى المقيمين

- خدمات مستشفيات الأمراض النفسية الحادة للمقيمين.
- الخدمات المتخصصة في مستشفى الأمراض النفسية للمقيمين.
- خدمات المنشآت الصحية النفسية.

إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات، تتوفر لك خدمات Organized Delivery System من Medi-Cal أو Drug Medi-Cal من خلال:

- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس على **1-800-854-7771 (TTY 711)**
- خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة أورانج على **1-855-625-4657 (TTY 711)**
- إدارة الصحة العقلية بمقاطعة ريفرسايد على **1-800-706-7500 (TTY 711)**
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة سان برناردينو على **1-888-743-1478 (TTY 711)**
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو على **1-888-724-7240 (TTY 711)**

تشمل خدمات Drug Medi-Cal ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف في العيادات الخارجية.
- خدمات العلاج السكنية.
- خدمات العيادات الخارجية بدون أدوية.
- خدمات العلاج المخدر.
- خدمات النالتريكسون للاعتماد على المواد الأفيونية.

تشمل خدمات Drug Medi-Cal Organized Delivery System ما يلي:

- العيادات الخارجية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة.
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية).
- علاج سكني/داخلي.
- إدارة الانسحاب.
- خدمات العلاج المخدر.
- خدمات الاسترداد.
- تنسيق الرعاية.

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى خدمات إزالة السموم التطوعية للمرضى الداخليين إذا كنت تستوفي المعايير.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة

يحق لك النقل الطبي للحالات غير الطارئة إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام السيارة أو الحافلة أو التاكسي في مواعيدك. يمكن توفير النقل الطبي للحالات غير الطارئة للخدمات المغطاة، مثل الحالات الطبية وصحة الأسنان والصحة العقلية وتعاطي المواد الإدمانية ومواعيد الصيدلية. يمكنك طلب النقل الطبي غير الطارئ من مقدم الخدمات التابع للشبكة أو طبيب الأسنان أو مقدم الرعاية لاضطراب تعاطي المواد الإدمانية. سيقرر مقدم الخدمة نوع النقل المناسب الذي تحتاجه. النقل الطبي للحالات غير الطارئة يمكن أن يكون عبارة عن سيارة إسعاف أو شاحنة مجهزة لنقل المرضى أو عربة نقل ذات كرسي متحرك أو نقل جوي.

يجب استخدام وسائل النقل الطبي للحالات غير الطارئة في الحالات التالية:

- لا يمكنك استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الحافلة جسدًا أو طبيًا للوصول إلى موعدك.
 - إذا كنت تحتاج إلى مساعدة من السائق من مكان إقامتك أو مركبتك أو مكان علاجك أو إليه بسبب إعاقة جسدية أو عقلية.
 - يتم طلب ذلك من قبل طبيب الشبكة والحصول على الإذن مسبقًا.
- إذا قرر طبيبك أنك بحاجة إلى النقل الطبي، فسوف يصفه لك. لمزيد من المعلومات حول كيفية جدولة النقل الطبي، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

حدود النقل الطبي

للحالات غير الطارئة، نغطي النقل الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية إلى أقرب مقدم خدمة حيثما يتوفر موعد. هذا يعني، على سبيل المثال، إذا كان من الممكن نقلك جسدًا أو طبيًا بواسطة سيارة ذات كرسي متحرك، فلن ندفع مقابل سيارة إسعاف. أنت مشمول بتغطية النقل الجوي عند الضرورة الطبية. لا يمكنك الحصول على النقل الطبي إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal لا يغطي الخدمة.

إذا قامت Medi-Cal بتغطية نوع الموعد، ولكن ليس من خلال خطتنا الصحية، فلن نقوم بتغطية تكاليف النقل الطبي. ومع ذلك، يمكننا مساعدتك في جدولة وسيلة النقل التي تحتاجها. إذا كنت بحاجة إلى وسيلة نقل طبية داخل منطقة خدمتنا أو للذهاب إلى مقدم خدمة خارج الشبكة، فسنعطي النقل الطبي فقط إذا كنا قد سمحنا لك بذلك.

G2. النقل غير الطبي

تشمل مزايا النقل غير الطبي السفر من وإلى مواعيدك للحصول على خدمة مصرح بها من قبل مقدم الخدمة لديك. يمكنك الحصول على مشوار، دون أي تكلفة عليك، في إحدى الحالات التالية:

- عند السفر من وإلى موعد للحصول على خدمة مصرح بها من قبل مقدم الخدمة لديك، أو
- أخذ أدوية الوصفات الطبية والمستلزمات الطبية.

تسمح لك خطتنا باستخدام سيارة أو تاكسي أو حافلة أو أي وسيلة عامة / خاصة أخرى للوصول إلى موعدك الطبي للخدمات التي يأذن بها مقدم الخدمة. نحن نغطي أنواع النقل غير الطبي التي تلي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكن أن يتم تعويضك عن مشاويرك في سيارة خاصة قمت بترتيبها. يجب أن توافق خطتنا على هذا قبل أن تحصل على المشوار، ويجب أن نخبرنا لماذا لا يمكنك الحصول على مشوار بطريقة أخرى، مثل ركوب الحافلة. لا يمكن تعويضك عن القيادة بنفسك. يتطلب تعويض الأميال المقطوعة كلاً ما يلي:

- رخصة القيادة للسائق.
- تسجيل المركبة للسائق.
- إثبات تأمين السيارة للسائق.

لطلب توصيلة للخدمات المصرح بها، اتصل بمقدم خدمة النقل الخاص بنا على **1-844-299-6230 (TTY 711)** قبل موعدك بثلاثة أيام عمل على الأقل (من الإثنين إلى الجمعة). بالنسبة إلى المواعيد العاجلة، اتصل في أقرب وقت ممكن. يرجى أن يكون كل ما يلي جاهزاً معك عند الاتصال:

- بطاقة هوية Kaiser Permanente الخاصة بك.
- تاريخ ووقت مواعيدك الطبية.
- عنوان المكان الذي تريد أن يتم اصطحابك إليه وعنوان المكان الذي ستذهب إليه.
- إذا كنت بحاجة إلى رحلة عودة.
- إذا كان شخص ما سيسافر معك (على سبيل المثال، أحد الوالدين/الوصي القانوني أو مقدم الرعاية).

ملاحظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بالعيادة الصحية الهندية المحلية لطلب وسيلة نقل غير طبية.

حدود النقل غير الطبي

توفر خطتنا النقل غير الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية من منزلك إلى أقرب مقدم خدمة حيثما يتوفر موعد.

لا يمكنك القيادة بنفسك أو أن يتم تعويضك مباشرة.

لا ينطبق النقل غير الطبي في الحالات التالية:

- إذا كانت هناك حاجة لسيارة إسعاف، أو سيارة مجهزة لنقل المرضى، أو عربة نقل ذات كرسي متحرك، أو أي شكل آخر من أشكال النقل الطبي غير الطارئ للوصول إلى خدمة.
- تحتاج إلى مساعدة من السائق إلى ومن المنزل أو السيارة أو مكان العلاج بسبب حالة جسدية أو طبية.
- إذا كنت على كرسي متحرك ولا يمكنك التحرك داخل السيارة أو الخروج منها دون مساعدة من السائق.
- خدمة Medicare غير مغطاة من جانبنا.
- الخدمة غير مشمولة بتغطية Medi-Cal.

H. الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة الملحة، أو أثناء وقوع كارثة

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الطوارئ الطبية هي حالة طبية مصحوبة بأعراض، مثل الألم الشديد أو الإصابة الخطيرة. الحالة خطيرة للغاية لدرجة أنه إذا لم تحصل على عناية طبية فورية، يمكنك أنت أو أي شخص لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن تتوقع أن تؤدي إلى:

- خطر جسيم على صحتك أو على صحة طفلك الذي لم يولد بعد، أو
- ضرر جسيم لوظائف الجسم؛ أو
- ضعف خطير في أي عضو أو جزء من الجسم؛ أو
- في حالة المرأة الحامل في المخاض النشط، عندما:
- لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
- قد يشكل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة طفلك الذي لم يولد بعد.

الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية

نحن نغطي الخدمات الطبية أثناء الطوارئ. سيقدر الأطباء الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وانتهت حالة الطوارئ الطبية. قد تحصل على رعاية طبية طارئة مغطاة متى احتجت إليها، في أي مكان داخل الولايات المتحدة أو خارجها.

إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة:

- **احصل على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل برقم **911** أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. قم بطلب سيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. لا تحتاج إلى موافقة أو إحالة من PCP الخاص بك. لا تحتاج إلى الاستعانة بمقدم خدمات تابع للشبكة. قد تحصل على رعاية طبية طارئة، بما في ذلك خدمات الإسعاف، متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها أو في جميع أنحاء العالم، من أي مقدم خدمات يتمتع بترخيص حكومي مناسب.

رعاية ما بعد استقرار الحالة

أخبر خطتنا عن حالة الطوارئ الخاصة بك في أقرب وقت ممكن. نحن نتابع رعاية الطوارئ الخاصة بك. يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال لإخبارنا برعاية الطوارئ الخاصة بك، عادة في غضون 48 ساعة. ومع ذلك، لن تدفع مقابل خدمات الطوارئ إذا تأخرت في إخبارنا. الرقم المراد الاتصال به مُدرج على ظهر بطاقة عضوية خطتك.

سوف نتشارك مع الأطباء الذين يقدمون الرعاية في حالات الطوارئ للمساعدة في إدارة ومتابعة رعايتك. بعد انتهاء حالة الطوارئ، يحق لك متابعة الرعاية للتأكد من أن حالتك مستقرة. سيستمر أطباؤك في علاجك حتى يتصل بنا أطباؤك ويضعون خططًا للحصول على رعاية إضافية. سوف نغطي رعاية المتابعة بعد الاستقرار وفقًا للقانون الساري. من المهم للغاية أن يتصل بنا مقدم الخدمة الخاص بك للحصول على تصريح لرعاية ما بعد الاستقرار **قبل** أن تتلقى الرعاية من مقدم الخدمة غير التابع للشبكة. يجب أن يحصل الموفر الذي يعالجك على إذن منا قبل أن نقوم بسداد تكاليف رعاية ما بعد استقرار الحالة. في معظم الحالات، ستتحمل المسؤولية المالية فقط إذا تم إخطارك من قبل مقدم الخدمة غير التابع للشبكة أو من جانبنا بشأن مسؤوليتك المحتملة.

لطلب موافقة مسبقة لتلقي رعاية ما بعد استقرار الحالة من مقدم خدمات خارج الشبكة، يجب على مقدم الخدمة الاتصال بنا على **1-800-225-8883 (TTY 711)**. يمكنه أيضًا الاتصال برقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة هوية Kaiser Permanente الخاصة بك. يجب أن يتصل الموفر بنا قبل أن تحصل على الخدمات.

عندما يتصل الموفر، سنتحدث إلى الطبيب الذي يعالجك حول مشكلتك الصحية. وإذا قررنا أنك بحاجة إلى الحصول على رعاية ما بعد استقرار الحالة، فسوف نأذن بالخدمات المشمولة بالتغطية. في بعض الأحيان، قد نرتب لتقديم الرعاية من جانب موفر تابع للشبكة.

إذا قررنا أن يكون لدينا مستشفى ضمن الشبكة، أو مرفق ترميز ماهر، أو مقدم خدمة آخر يقدم الرعاية، فقد نسمح بخدمات النقل الضرورية طبيًا لنقلك إلى مقدم الخدمة. قد يشمل ذلك خدمات النقل الخاصة التي لا تشملها عادة بالتغطية.

ينبغي أن تسأل الموفر عن الرعاية (بما في ذلك أي انتقالات) قد أذنا بها. فنحن لا نشمل بالتغطية إلا الخدمات أو خدمات النقل التي أعطينا إذنًا بها. إذا طلبت خدمات غير مشمولة بالتغطية وحصلت عليها، فقد لا نقوم بالسداد إلى الموفر لقاء تلك الخدمات.

تشمل رعاية ما بعد استقرار الحالة أيضًا معدات طبية معمرة ("DME") فقط عند استيفاء جميع الشروط التالية:

- عنصر DME مغطى كما هو موضح في الفصل 4 من كتيب الأعضاء.
- من الضروري طبيًا أن يكون لديك عنصر DME بعد مغادرة المستشفى.
- يرتبط عنصر DME برعاية الطوارئ التي تلقيتها في المستشفى.

الحصول على رعاية الطوارئ إذا لم تكن حالة طارئة

قد يكون من الصعب أحيانًا معرفة ما إذا كانت لديك حالة طبية طارئة أو سلوكية طارئة. يمكنك الذهاب للحصول على رعاية الطوارئ ويقول الطبيب إنها لم تكن حقًا حالة طوارئ. طالما كنت تعتقد بشكل معقول أن صحتك في خطر جسيم، فإننا نغطي رعايتك.

بعد أن قال الطبيب إنها ليست حالة طارئة، فإننا نغطي رعايتك الإضافية فقط في أي من الحالات التالية:

- عند ذهابك إلى مقدم خدمات تابع للشبكة أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تحصل عليها "رعاية ضرورية بشكل عاجل" وأنت تتبع القواعد للحصول عليها. راجع القسم التالي.

H2. الرعاية اللازمة العاجلة

الرعاية اللازمة العاجلة هي الرعاية التي تحصل عليها في حالة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد يكون لديك انتفاخ في حالة حالية أو التهاب حاد في الحلق يحدث خلال عطلة نهاية الأسبوع وتحتاج إلى علاج.

الرعاية اللازمة العاجلة في منطقة خدمة خطتنا

في معظم الحالات، نغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل فقط إذا:

- كنت تحصل على هذه الرعاية من مقدم خدمات الشبكة
- وكنت تتبع القواعد الموضحة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى مزود الشبكة، فسنعطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة.

نعلم أنه من الصعب أحياناً معرفة نوع الرعاية التي تحتاجها. لهذا السبب، تتوفر لدينا ممرضات للمشورة الهاتفية لمساعدتك. ممرضات المشورة الهاتفية هن ممرضات مسجلات مدربات بشكل خاص للمساعدة في تقييم الأعراض الطبية وتقديم المشورة عبر الهاتف، عندما يكون ذلك مناسباً من الناحية الطبية. سواء أكنت تطلب المشورة أم تطلب تحديد موعد، يمكنك التحدث إلى إحدى ممرضات المشورة الهاتفية.

يمكنهن في كثير من الأحيان الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بمخاوف بسيطة، أو إخبارك بما يجب القيام به إذا تم إغلاق أحد مرافق الشبكة، أو تقديم المشورة لك بشأن ما يجب القيام به بعد ذلك، بما في ذلك تحديد موعد رعاية عاجلة في نفس اليوم لك إذا كان ذلك مناسباً من الناحية الطبية. للتحدث مع ممرضة استشارية على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع أو تحديد موعد، يرجى الرجوع إلى دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات للحصول على أرقام هواتف الاستشارة والتعيين.

الرعاية اللازمة العاجلة خارج منطقة خدمة خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا، فقد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من مقدم الخدمات بالشبكة. في هذه الحالة، تغطي خطتنا الرعاية اللازمة العاجلة التي تحصل عليها من أي مقدم خدمة.

تغطي خطتنا خدمات الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة في ظل الظروف التالية:

- كنت خارج منطقة خدمتنا بشكل مؤقت
- كانت الخدمات ضرورية لعلاج مرض أو إصابة غير متوقعة لمنع تدهور خطير في صحتك.
- لم يكن من المعقول تأخير العلاج حتى عودتك إلى منطقة خدمتنا.
- ستتم تغطية الخدمات لو تلقيتها من مزود الشبكة.

H3. الرعاية أثناء وقوع كارثة

إذا أعلن حاكم ولاية كاليفورنيا أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة أو رئيس الولايات المتحدة وقوع كارثة أو حالة طوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطتنا.

قم بزيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء وقوع كارثة معلنة: kp.org.

خلال كارثة معلنة، إذا لم تتمكن من التعامل مع مقدم خدمات الشبكة، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة بمعدل مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من التعامل مع صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة معلنة، يمكنك ملء الأدوية المقررة بوصفة طبية في صيدلية خارج الشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

1. ماذا تفعل إذا تمت محاسبتك مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا

إذا أرسل إليك مقدم الخدمة فاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، يجب أن تطلب منا دفع حصتنا من الفاتورة.

يجب ألا تدفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فقد لا نتمكن من السداد لك.

إذا دفعت أكثر من خطتك لتقاسم التكاليف مقابل الخدمات المغطاة أو إذا تلقيت فاتورة بالتكلفة الكاملة للخدمات الطبية المغطاة، فارجع إلى الفصل 7 من "كتيب الأعضاء" لمعرفة ما يجب القيام به.

11. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي يتم تحديدها على أنها ضرورية طبيًا، و
- التي يتم إدراجها في "مخطط المزايا" الخاص بخطتنا (راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء) و
- التي تحصل عليها باتباع قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، فإنك تدفع التكلفة الكاملة بنفسك.

إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا ندفع مقابل أي خدمة أو رعاية طبية، يحق لك أن تطلب منا ذلك. يتوفر لديك أيضًا الحق في طلب ذلك كتابيًا. إذا قلنا إننا لن ندفع مقابل خدماتك، يحق لك الطعن على قرارنا.

الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا يشرح ما يجب عليك فعله إذا كنت تريد منا تغطية خدمة طبية أو عنصر طبي. ويخبرك أيضًا بكيفية الطعن في قرار التغطية الخاص بنا. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد عن حقوق الطعن الخاصة بك.

نحن ندفع مقابل بعض الخدمات حتى حد معين. إذا تجاوزت الحد، فإنك تدفع التكلفة الكاملة للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. راجع **الفصل 4** لمعرفة حدود المزايا المعينة. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة حدود الإعانات ومقدار الإعانات التي استخدمتها.

ل. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية**ل1. تعريف الدراسة البحثية السريرية**

الدراسة البحثية السريرية (وتسمى أيضًا التجربة السريرية) هي طريقة يختبر بها الأطباء أنواعًا جديدة من الرعاية الصحية أو الأدوية. عادةً ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة من قبل Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة.

بمجرد موافقة Medicare على الدراسة التي تريد أن تكون فيها، يتصل بك شخص يعمل في الدراسة. يخبرك هذا الشخص عن الدراسة ويكتشف ما إذا كنت مؤهلاً للانضمام إليها أم لا. يمكنك أن تكون في الدراسة طالما أنك تستوفي الشروط المطلوبة. يجب أن تفهم وتقبل ما يجب عليك فعله في الدراسة.

أثناء مشاركتك في الدراسة، يمكنك البقاء مسجلًا في خطتنا. بهذه الطريقة، تستمر خطتنا في تغطيتك للخدمات والرعاية غير المرتبطة بالدراسة.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلن تحتاج إلى إخبارنا أو الحصول على موافقة منا أو من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. لا يحتاج مقدمو الخدمة الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة إلى أن يكونوا مقدمي خدمات تابعين للشبكة. يرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزايا التي تكون خطتنا مسؤولة عنها والتي تشمل، كمكون، تجربة سريرية أو سجل لتقييم الميزة. وتشمل هذه المزايا المعينة المحددة بموجب قرارات التغطية الوطنية (NCDS) وتجارب أجهزة التحقيق (IDE) وقد تخضع لترخيص مسبق وقواعد أخرى للخطة.

نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، تمت تغطيتها للمسجلين بواسطة برنامج Medicare الأصلي، فنحن نشجعك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك على الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت في دراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئاً مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة. يدفع Medicare مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، ستتم تغطيتك لمعظم الخدمات والعناصر التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. وهذا يشمل:

- الغرفة والمأكل للإقامة في المستشفى سيدفعهما Medicare حتى لو لم تكن مشتركاً في الدراسة.
- عملية أو إجراء طبي آخر يشكل جزءاً من الدراسة البحثية.
- علاج أي آثار جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة.

إذا كنت جزءاً من دراسة لم يوافق عليها برنامج Medicare، فأنت تدفع أي تكاليف لوجودك في الدراسة.

J3. المزيد عن دراسات البحوث السريرية

يمكنك معرفة المزيد حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة " Medicare & Clinical Research Studies" على موقع Medicare على الويب (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). يمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة يومياً، 7 أيام أسبوعياً. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048).

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية**K1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية**

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي مكان يوفر الرعاية التي ستحصل عليها عادةً في مستشفى أو مرفق ترميز ماهر. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مركز ترميز متخصص يتعارض مع معتقداتك الدينية، فإننا نغطي الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.

هذه الإعانة مخصصة فقط لخدمات المرضى الداخليين من الجزء A من برنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

K2. الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

للحصول على رعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب عليك التوقيع على وثيقة قانونية تفيد بأنك تعارض الحصول على علاج طبي "غير مستثنى".

- العلاج الطبي "غير المستثنى" هو أي رعاية طوعية وغير مطلوبة بموجب أي قانون فيدرالي أو حكومي أو محلي.
- العلاج الطبي "المستثنى" هو أي رعاية غير طوعية ومطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو الخاص بالولاية أو القانون المحلي.

لكي تتم تغطيتها في خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية الشروط التالية:

- يجب أن يكون المرفق الذي يقدم الرعاية معتمداً من قبل Medicare.
- تقتصر تغطية خطتنا للخدمات على الجوانب غير الدينية للرعاية.
- إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة يتم توفيرها لك في مرفق:

- يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على خدمات مغطاة للرعاية بالمستشفى داخليًا أو رعاية مرفق ترميز ماهر.
 - يجب أن تحصل على موافقة منا قبل أن يتم قبولك في المرفق، وإلا فلن تتم تغطية إقامتك.
- ملاحظة:** تخضع الخدمات المغطاة لنفس القيود ومشاركة التكاليف المطلوبة للخدمات المقدمة من قبل مقدم خدمات الشبكة كما هو موضح في **الفصلين 4 و 12**.

L. الأجهزة الطبية القوية (DME)

L1. DME باعتبارها عضوًا في خطتنا

تشمل الأجهزة الطبية القوية ("DME") العناصر التي تفي بالمعايير التالية:

- مخصصة للاستخدام المتكرر
- تُستخدم في المقام الأول وبشكل متعارف عليه لخدمة غرض طبي
- مفيدة بشكل عام فقط للشخص المصاب بمرض أو إصابة
- مناسبة للاستخدام في المنزل
- ضرورية لمساعدتك في أنشطة الحياة اليومية ("ADLs")

تتطلب الأجهزة الطبية القوية موافقة مسبقة. تقتصر التغطية على العناصر الأقل تكلفة والتي تلبى احتياجاتك الطبية. نحن نختار البائع. يجب أن تُعيد المعدات إلينا أو أن تدفع لنا سعر السوق المعقول نظير المعدات عندما نتوقف عن تغطيتها.

تتضمن DME بعض العناصر الضرورية طبيًا التي يطلبها مقدم الخدمة، مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة وإمدادات مرضى السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب الوريدي (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين، البخاخات، والمشايات. تتوفر لديك دائمًا عناصر معينة، مثل الأطراف الصناعية.

في هذا القسم، نناقش DME التي تستأجرها. في برنامج Medicare الأصلي، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من DME المعدات بعد دفع المدفوعات المشتركة للعنصر لمدة 13 شهرًا. بصفتك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك DME، بغض النظر عن المدة التي تستأجرها فيها.

حتى إذا كان لديك DME لمدة تصل إلى 12 شهرًا متتاليًا بموجب Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تمتلك المعدات.

L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Medicare الأصلي

في برنامج Medicare الأصلي، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من DME المعدات بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage (MA)، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص استئجار أنواع معينة من DME فيها قبل أن يمتلكوها.

ملاحظة: يمكنك العثور على تعريفات لبرنامج Medicare الأصلي وخطط MA في **الفصل 12**. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب *Medicare & You* لعام 2024. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو عن طريق الاتصال بالرقم **1-800-MEDICARE 1-800-633-4227**، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

إذا لم يتم اختيار **Medi-Cal**، فسيتم عليك سداد 13 دفعة متتالية بموجب برنامج **Medicare** الأصلي، أو سيتعين عليك سداد عدد المدفوعات على التوالي وفقًا لخطة **MA**، لامتلاك عنصر **DME** في الحالات التالية:

- إذا لم تحصل على ملكية عنصر **DME** أثناء خطتنا، و
 - إذا غادرت خطتنا وحصلت على مزايا **Medicare** الخاصة بك خارج أي خطة صحية في برنامج **Medicare** الأصلي أو خطة **MA**.
- إذا كنت قد سددت مدفوعات مقابل الحصول على عنصر **DME** بموجب خطة **Medicare** الأصلية أو خطة **MA** قبل انضمامك إلى خطتنا، لا يتم احتساب مدفوعات خطة **Medicare** الأصلية أو **MA** هذه ضمن المدفوعات التي تحتاج إلى سدادها بعد مغادرة خطتنا.

- سيتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة على التوالي ضمن برنامج **Medicare** الأصلي أو عدد من المدفوعات الجديدة على التوالي وفقًا لخطة **MA** لامتلاك عنصر **DME**.
- لا توجد استثناءات لذلك عند العودة إلى برنامج **Medicare** الأصلي أو خطة **MA**

L3. تستفيد معدات الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج **Medicare** وكنت عضوًا في خطتنا، فإننا نغطي:

- تأجير معدات الأكسجين.
- توصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين.
- الأنابيب والملحقات ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين.
- صيانة وإصلاح معدات الأكسجين.

يجب إعادة معدات الأكسجين عندما لا تكون ضرورية من الناحية الطبية بالنسبة لك أو إذا غادرت خطتنا.

L4. معدات الأكسجين عند التبديل إلى برنامج **Medicare** الأصلي أو خطة **Medicare Advantage** (**MA**) أخرى

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وتغادر خطتنا وتنتقل إلى برنامج **Medicare** الأصلي، فإنك تستأجرها من مورد لمدة 36 شهرًا. تغطي مدفوعات الإيجار الشهرية معدات الأكسجين والإمدادات والخدمات المذكورة أعلاه.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية بعد استئجارها لمدة 36 شهرًا، يجب على المورد توفير ما يلي:

- معدات الأكسجين وإمداداته وخدماته لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - معدات ومستلزمات الأكسجين لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا لزم الأمر من الناحية الطبية.
- إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية في نهاية فترة الخمس سنوات:
- لم يعد المورد الخاص بك مضطرًا إلى توفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
 - تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
 - يمكنك الاستئجار من مورد لمدة 36 شهرًا.

- يقوم المورد بعد ذلك بتوفير معدات الأكسجين وإمداداته وخدماته لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما أن معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.
- عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وتغادر خطتنا وتنتقل إلى خطة MA أخرى، ستغطي الخطة ما يغطيه برنامج Medicare الأصلي على الأقل. يمكنك أن تسأل عن خطة MA الجديدة الخاصة بك ومعدات ومستلزمات الأكسجين التي تعطيها وما هي تكاليفك.

الفصل 4: مخطط المزايا

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا، وأي قيود، أو حدود على تلك الخدمات، والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. يخبرك أيضًا بالمزايا التي لا تغطيها خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الأعضاء الجدد في Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1: في معظم الحالات، سوف يتم تسجيلك في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1 للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد أن طلبت التسجيل في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، سنتلقى خدمات Medi-Cal من خلال Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) إذا كانت لديك أي استفسارات. ساعات العمل تبدأ من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، 7 أيام على مدار الأسبوع.

الفصل 4 جدول المحتويات

58	A. خدماتك المغطاة والتكاليف خارج الجيب.....
58	A1. خلال حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة العامة.....
58	B. القواعد ضد مقدمي الخدمات الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات.....
58	C. حول مخطط المزايا الخاص بخطتنا.....
60	D. مخطط المزايا في خطتنا.....
109	E. الفوائد المغطاة خارج خطتنا.....
109	E1. برنامج California Community Transitions (CCT).....
109	بالنسبة لخدمات تنسيق الانتقال إلى CCT.....
109	بالنسبة للخدمات التي لا تتعلق بالانتقال إلى CCT الخاص بك.....
109	لا تغيير في مزايا التغطية الدوائية.....
110	E2. برنامج Medi-Cal Dental.....
110	E3. الرعاية في مرحلة الاحتضار.....
111	E4. In-Home Supportive Services (IHSS).....
111	E5. 1915(c) برامج خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية (HCBS).....

- E6. خدمات تقييم وكالة التعليم المحلية ("LEA") 113
- E7. خدمات LEA كما هي محددة في البند CCR 22 القسم 51360 113
- E8. الخدمات المعملية المقدمة في إطار برنامج اختبار بروتين ألفا فيتوبروتين في الدم التابع للدولة 114
- E9. الصلاة أو الاستشفاء الروحي 114
- F. المزايا التي لا تغطيها خطتنا أو برنامج Medicare أو Medi-Cal 114
- استثناءات DeltaCare USA 118

A. خدماتك المغطاة والتكاليف خارج الجيب

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. يمكنك أيضًا التعرف على الخدمات التي لم تتم تغطيتها. توجد معلومات حول إعانات الأدوية في **الفصل 5 من كتيب الأعضاء**. يشرح هذا الفصل أيضًا القيود المفروضة على بعض الخدمات.

بالنسبة لبعض الخدمات، يتم تحصيل تكلفة من الجيب تسمى "الدفع المشترك". وهي عبارة عن مبلغ ثابت (على سبيل المثال، \$5) تدفعه في كل مرة تحصل فيها على هذه الخدمة. أنت تدفع مبلغ الدفع المشترك في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمة الطبية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في فهم الخدمات التي تتم تغطيتها، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.

A1. خلال حالات الطوارئ المتعلقة بالصحة العامة

في حالة إعلان حالة طوارئ متعلقة بالصحة العامة بسبب مرض ما، سنقوم بتغطية الخدمات التالية دون أي تكلفة عليك:

- الخدمات الوقائية، بما في ذلك التحصينات، مع التوصية "أ" أو "ب" من فرقة الخدمات الوقائية الأمريكية.
- الخدمات والمنتجات الضرورية من أجل الفحص والاختبار والتشخيص للمرض موضوع الطوارئ المتعلقة بالصحة العامة.
- العلاج الذي تمت الموافقة عليه أو منحه ترخيص الاستخدام في حالات الطوارئ من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية لعلاج المرض.

B. القواعد ضد مقدمي الخدمات الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات

لا نسمح لمقدمي خدماتنا بتوجيه فواتير لك مقابل الخدمات المغطاة داخل الشبكة. نحن ندفع لمقدمي خدماتنا مباشرة، ونحميك من أي رسوم. هذا صحيح حتى لو دفعنا لمقدم الخدمة أقل من رسوم مقدم الخدمة مقابل الخدمة.

يجب ألا تحصل أبدًا على فاتورة من مزود الخدمات المغطاة. إذا قمت بذلك، فراجع **الفصل 7 من كتيب الأعضاء** لديك، أو اتصل بخدمات الأعضاء.

C. حول مخطط المزايا الخاص بخطتنا


يخبرك مخطط المزايا بالخدمات التي تدفعها خطتنا. ويسرد الخدمات المغطاة بالترتيب الأبجدي ويشرحها.

ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا عند استيفاء القواعد التالية.

- نحن نقدم خدمات Medicare وMedi-Cal المغطاة وفقًا للقواعد التي وضعتها كل من Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات والمعدات والأدوية الموصوفة من الجزء B) ضرورية من الناحية الطبية. تعني عبارة "ضرورية طبيًا" أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية ضرورية للوقاية من حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها وتلبية معايير الممارسة الطبية المقبولة.

- تحصل على رعايتك من مقدم خدمات تابع للشبكة. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمة يعمل معنا. في معظم الحالات، لن يتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مزود خدمة خارج الشبكة ما لم تكن حالة طارئة أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل أو ما لم تمنحك خطتك أو مزود الشبكة إحالة. يحتوي **الفصل 3** من **كتيب الأعضاء** على مزيد من المعلومات حول استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وخارجها.
- يتوفر لديك مقدم رعاية أولية (PCP) أو فريق رعاية يوفر لك الرعاية ويديرها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك الموافقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمات ليس PCP الخاص بك، أو الاستعانة بمقدمي خدمات آخرين في شبكة خطتنا. هذا يسمى الإحالة. يحتوي **الفصل 3** من **كتيب الأعضاء** على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة، وعندما لا تحتاج إليها.
- نحن نغطي بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر في الشبكة على موافقتنا أولاً. يسمى هذا الإذن المسبق (PA). نضع علامة على الخدمات المغطاة في مخطط المزايا التي تحتاج إلى إذن مسبق مع حاشية سفلية (+). علاوة على ما سبق، راجع **الفصل 3**، لمعرفة المزيد من المعلومات حول الإذن المسبق، بما في ذلك الخدمات الأخرى التي تتطلب إذنًا مسبقًا غير المدرجة في مخطط المزايا.
- كل الخدمات الوقائية مجانية. ستجد هذه التفاحة 🍏 بجوار الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.
- وسائل الدعم المجتمعي: قد يكون الدعم المجتمعي متاحًا ضمن خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. وسائل الدعم المجتمعي هي خدمات أو إعدادات بديلة مناسبة طبيًا وفعالة من حيث التكلفة. هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات في العيش بشكل أكثر استقلالية. فهي لا تحل محل المزايا التي تحصل عليها بالفعل بموجب Medi-Cal. لم تكن متوفرة في جميع المجالات. ليس كل الأعضاء مؤهلين لتلقي دعم المجتمع. للتأهل، يجب أن تستوفي معايير محددة. لمزيد من المعلومات حول دعم المجتمع، تحدث إلى موفر الرعاية الرئيسية الخاص بك أو اتصل بخدمات الأعضاء.

D. مخطط المزايا في خطتنا

الخدمات التي تدفعها خطتنا	ما يجب عليك دفعه
<p>فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرية البطني </p> <p>نحن ندفع مقابل الفحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. لا تغطي الخطة هذا الفحص إلا إذا كانت لديك عوامل خطر معينة، وإذا حصلت على إحالة من طبيبك أو مساعد الطبيب أو ممرض ممارس أو اختصاصي تمرير سريري.</p>	<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>
<p>الوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة †</p> <p>ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين من خدمات الوخز بالإبر لمرضى العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي واحد، أو في كثير من الأحيان إذا كانت هناك ضرورة طبية. ندفع أيضًا ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر في 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة، والتي تعرف على النحو التالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض نقلي أو التهابي أو معدي)؛ • لا يرتبط بالجراحة و • لا يرتبط بالحمل. <p>بالإضافة إلى ذلك، ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية من الوخز الإبري لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن إذا أظهرت تحسنًا. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاجًا للوخز بالإبر لآلم أسفل الظهر المزمن كل عام.</p> <p>يجب إيقاف علاجات الوخز الإبري لآلم أسفل الظهر المزمن إذا لم تتحسن أو إذا ساءت.</p>	<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>
<p>الوخز بالإبر غير مشمول من قِبل Medicare †</p> <p>نحن نغطي عادةً الوخز بالإبر فقط لعلاج الغثيان أو كجزء من برنامج شامل لإدارة الألم لعلاج الألم المزمن.</p> <p>قد تتمكن أيضًا من الوصول إلى خدمات الوخز بالإبر ضمن تغطية Medi-Cal الخاصة بك. ضمن Medi-Cal، نغطي خدمات الوخز بالإبر الضرورية طبيًا لمنع أو تعديل أو تخفيف الشعور بالألم المزمن الشديد والمستمر الناتج عن حالة طبية معترف بها بشكل عام. لا تتطلب خدمات الوخز بالإبر في العيادات الخارجية إحالة أو موافقة مسبقة. تتم تغطية خدمات الوخز بالإبر هذه عند الحصول عليها من خلال مقدمي خدمات الشبكة أو مقدمي خدمات شبكة الصحة التخصصية الأمريكية. لمزيد من المعلومات حول خدمات الوخز بالإبر المغطاة من قِبل Medi-Cal، يرجى الاتصال بـ American Specialty Health على 1-800-678-9133 (TTY 711).</p>	<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p>	<p style="text-align: center;">العناية الحساسة للبالغين التي يغطيها Medi-Cal</p> <p>كشخص بالغ (18 عامًا أو أكبر)، قد لا ترغب في الذهاب إلى موفر الرعاية الرئيسية PCP الخاص بك للحصول على رعاية معينة حساسة أو خاصة. إذا كان الأمر كذلك، يمكنك اختيار أي طبيب أو عيادة لأنواع الرعاية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تنظيم الأسرة/تحديد النسل (بما في ذلك خدمات التعقيم). • اختبار واستشارة الحمل. • الوقاية/الاختبار/العلاج لـ HIV/AIDS. • الوقاية/الاختبار/العلاج من الأمراض المنقولة جنسيًا. • رعاية الاعتداء الجنسي. • خدمات الإجهاض في العيادات الخارجية. <p>بالنسبة لاختبارات الحمل أو خدمات تنظيم الأسرة أو خدمات تحديد النسل أو خدمات الأمراض المنقولة جنسيًا، لا يجب أن يكون الطبيب أو العيادة جزءًا من شبكة Kaiser Permanente. يمكنك اختيار أي مقدم خدمات Medi-Cal والذهاب إليه بدون إحالة أو إذن مسبق. للمساعدة في العثور على مقدم خدمات Medi-Cal خارج شبكة Kaiser Permanente، اتصل بخدمات الأعضاء.</p> <p>قد لا تتم تغطية الخدمات المقدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة، والتي لا تتعلق بالعناية الحساسة. للمساعدة في العثور على طبيب أو عيادة تقدم هذه الخدمات، أو للمساعدة في النقل للوصول إلى هذه الخدمات، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الاتصال بخط "المواعيد والمشورة"، والتحدث إلى اختصاصي رعاية صحية مرخص، 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا.</p>
<p>\$0</p>	<p style="text-align: center;">فحص واستشارة إساءة استخدام الكحول</p> <p>ندفع مقابل فحص واحد لإساءة استخدام الكحول (SABIRT) للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول ولكنهم لا يدمنون الكحول. وهذا يشمل النساء الحوامل.</p> <p>إذا كانت نتيجة الفحص إيجابية لإساءة استخدام الكحول، يمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية وجهاً لوجه كل عام (إذا كنت قادرًا مع التنبيه أثناء الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية (PCP) مؤهل أو ممارس في بيئة رعاية أولية.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى خدمات استشارية وعلاجية إضافية بخلاف ما يغطيه برنامج Medicare، فقد تتمكن من الحصول على الخدمات من خلال خطة الصحة العقلية في مقاطعتك. توفر المقاطعة خدمات اضطراب تعاطي المخدرات لأعضاء Medi-Cal الذين يستوفون قواعد الضرورة الطبية. للعثور على أرقام الهواتف لجميع المقاطعات عبر الإنترنت، تفضل بزيارة</p> <p style="text-align: center;">http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPContact.List.aspx</p>



ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
<p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة مشاركة تكلفة Medicare بموجب Medi-Cal، فستقوم بدفع \$0. وإلا، فستقوم بدفع \$150 لكل رحلة ذهاب فقط.</p>	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تشمل خدمات الإسعاف المغطاة خدمات الإسعاف الأرضية والجوية (الطائرات والهليكوبتر). ستأخذك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه أن يقدم لك الرعاية. يجب أن تكون حالتك خطيرة لدرجة أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض صحتك أو حياتك للخطر.</p> <p>يجب الموافقة على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة) من قبلنا. في الحالات التي لا تكون حالات طوارئ، قد ندفع مقابل أجرة سيارة إسعاف. يجب أن تكون حالتك خطيرة لدرجة أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض صحتك أو حياتك للخطر. راجع الفصل 3 للحصول على معلومات إضافية حول النقل في الحالات غير الطارئة.</p> <p>نحن نغطي أيضًا خدمات سيارة إسعاف مرخصة في أي مكان في العالم دون إذن مسبق (بما في ذلك النقل من خلال نظام الاستجابة للطوارئ 911 حيثما كان ذلك متاحًا) إذا كنت تعتقد بشكل معقول أن لديك حالة طبية طارئة وتعتقد بشكل معقول أن حالتك تتطلب الدعم السريع لخدمات النقل بسيارات الإسعاف.</p>	
<p>\$0</p>	<p>الفحوصات الجسدية الروتينية السنوية</p> <p>تتم تغطية الفحوصات الجسدية الروتينية إذا كان الاختبار عبارة عن رعاية وقائية مناسبة من الناحية الطبية وفقًا لمعايير الممارسة المهنية المقبولة عمومًا.</p>	
<p>\$0</p>	<p>زيارة العافية السنوية</p> <p>يمكنك الحصول على فحص سنوي. هذا لإعداد أو تحديث خطة الوقاية بناءً على عوامل الخطر الحالية. ندفع مقابل ذلك مرة كل 12 شهرًا.</p> <p>ملاحظة: لا يمكن أن تتم زيارة العافية السنوية الأولى لك في غضون 12 شهرًا من زيارتك "Welcome to Medicare". ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة "Welcome to Medicare" للحصول على زيارات العافية السنوية بعد حصولك على الجزء B لمدة 12 شهرًا.</p>	
<p>\$0</p>	<p>الخدمات الوقائية من الربو</p> <p>يمكنك تلقي التنقيف حول الربو وتقييم البيئة المنزلية للمحفزات الشائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من الربو الذي لا يتم التحكم فيه بشكل جيد.</p>	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>قياس كتلة العظام </p> <p>نحن ندفع مقابل إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (عادة، شخص معرض لخطر فقدان كتلة العظام أو معرض لخطر الإصابة بهشاشة العظام). تحدد هذه الإجراءات كتلة العظام أو اكتشاف فقدان العظام أو اكتشاف جودة العظام.</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات مرة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا لزم الأمر من الناحية الطبية. ندفع أيضًا للطبيب ليطلع على النتائج ويعلق عليها.</p>
<p>\$0</p>	<p>فحص سرطان الثدي (تصوير الثدي بالأشعة السينية) </p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تصوير شعاعي أساسي للثدي بين سن 35 و39 عامًا. • فحص تصوير الثدي الشعاعي مرة كل 12 شهرًا للنساء في سن 40 عامًا أو أكبر. • فحوصات سريرية للثدي مرة كل 24 شهرًا.
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل القلبية (القلب)</p> <p>نحن ندفع مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب، مثل التمارين والتعليم والاستشارة. يجب أن يفى الأعضاء بشروط معينة مع أمر من الطبيب.</p> <p>نحن نغطي أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة، والتي هي أكثر كثافة من برامج إعادة تأهيل القلب.</p>
<p>\$0</p>	<p>زيارة الحد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب) </p> <p>ندفع مقابل زيارة واحدة في السنة، أو أكثر إذا لزم الأمر طبيًا، مع مقدم الرعاية الأولية (PCP) للمساعدة في تقليل مخاطر الإصابة بأمراض القلب. أثناء الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط الدم و/أو • إسداء نصائح للتأكد من أنك تأكل بشكل جيد.
<p>\$0</p>	<p>اختبار أمراض القلب والأوعية الدموية </p> <p>ندفع مقابل تحاليل الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة كل خمس سنوات (60 شهرًا). تتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من العيوب الناتجة عن ارتفاع مخاطر الإصابة بأمراض القلب.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
\$0	<p>فحص سرطان عنق الرحم والمهبل </p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لجميع النساء: اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة كل 24 شهرًا. • بالنسبة للنساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: اختبار مسحة عنق الرحم مرة كل 12 شهرًا. • بالنسبة للنساء اللواتي خضعن لاختبار مسحة عنق الرحم غير الطبيعي خلال السنوات الثلاث الماضية وفي سن الإنجاب: اختبار مسحة عنق الرحم مرة كل 12 شهرًا. • للنساء من سن 30-65 عامًا: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو اختبار مسحة عنق الرحم وHPV مرة كل 5 سنوات. 	
\$0	<p>خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري †</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تعديلات العمود الفقري لتصحيح المحاذاة. يتم توفير هذه الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare بواسطة اختصاصي تقويم العمود الفقري الشبكي. للحصول على قائمة مقومين العظام الشبكيين، يرجى الرجوع إلى دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات. • قد تغطي Medi-Cal خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري عند تلقيها في مركز صحي مؤهل فيدراليًا (FQHC) أو عيادات الصحة الريفية (RHC) في شبكة Kaiser Permanente. إن المرافق الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHCs) أو في العيادات الصحية الريفية (RHCs) تشترط الإحالة للحصول على الخدمات. لمعرفة المزيد من المعلومات حول الخدمات المتوفرة في FQHC أو RHC، اتصل بخدمات الأعضاء. 	
\$0	<p>فحص سرطان القولون والمستقيم </p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا يوجد لفحص تنظير القولون حد أدنى أو أقصى للسن ويتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى الذين ليس لديهم عوامل خطورة عالية للإصابة، أو بعد 48 شهرًا من التنظير السيني المرن السابق للمرضى الذين ليس لديهم عوامل خطورة عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى الذين لديهم عوامل خطورة عالية بعد فحص سابق لتنظير القولون أو حقنة باريوم. 	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
	<ul style="list-style-type: none"> • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا أو أكبر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى الذين ليس لديهم عوامل خطورة عالية للإصابة بعد خضوعهم لفحص تنظير القولون. مرة كل 48 شهرًا للمرضى الذين ليس لديهم عوامل خطورة عالية للإصابة بعد خضوعهم للتنظير السيني المرن الأخير أو حقنة الباريوم. • فحص الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا أو أكبر. مرة كل 12 شهرًا. • اختبار الحمض النووي في البراز لأهداف متعددة للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير الأكثر عرضه للإصابة. مرة كل ثلاث سنوات. • اختبارات المؤشرات الحيوية في الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير الأكثر عرضه للإصابة. مرة كل ثلاث سنوات. • حقنة الباريوم كبديل لتنظير القولون للمرضى الأكثر عرضه للإصابة وبعد مرور 24 شهرًا منذ آخر فحص بحقنة الباريوم أو فحص تنظير القولون الأخير. • حقنة الباريوم كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى الذين ليس لديهم عوامل خطورة عالية للإصابة والذين يبلغون من العمر 45 عامًا أو أكبر. مرة واحدة على الأقل بعد 48 شهرًا من آخر فحص بحقنة الباريوم أو فحص التنظير السيني المرن. • تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم تنظير القولون للمتابعة بعد أن يظهر اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم غير التوغلي عن طريق البراز نتيجة إيجابية. 	
<p>\$0 مقابل الخدمات المغطاة الموضحة في قسم "رعاية الأسنان (برنامج DeltaCare USA Dental HMO)" في نهاية هذا المخطط.</p>	<p>خدمات رعاية الأسنان</p> <p>أبرمت Health Plan اتفاقية مع Delta Dental of California ("Delta Dental") لتقدم لك برنامج DeltaCare® USA Dental HMO. تقدم DeltaCare USA رعاية أسنان شاملة من خلال شبكة من أطباء الأسنان الذين يتعاقدون مع Delta Dental لتقديم خدمات طب الأسنان. للحصول على معلومات حول مقدمي خدمات طب الأسنان، يرجى الرجوع إلى دليل مقدمي خدمات طب الأسنان.</p>	
<p>\$0</p>	<p>ندفع مقابل خدمات أسنان معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التنظيف والحشو وأطقم الأسنان. يكون ما لا نغطيه متاحًا من خلال برنامج Medi-Cal Dental وهو موضح في القسم E.</p>	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
\$0	<p>فحص الاكتئاب </p> <p>نحن ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. يجب أن يتم الفحص في بيئة رعاية أولية يمكنها متابعة العلاج و/أو الإحالات.</p>
\$0	<p>فحص مرض السكري </p> <p>نحن ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا كان لديك أي من عوامل الخطر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم) • تاريخ غير طبيعي لمستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية (عسر شحميات الدم) • البدانة • تاريخ من ارتفاع نسبة السكر في الدم (الجلوكوز) <p>قد تتم تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثل إذا كنت تعاني من زيادة الوزن ولديك تاريخ عائلي من مرض السكري.</p> <p>بناءً على نتائج الاختبار، قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا.</p>
\$0	<p>التدريب والخدمات والإمدادات على الإدارة الذاتية لمرضى السكري </p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص المصابين بداء السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):</p> <ul style="list-style-type: none"> • مستلزمات مراقبة مستوى الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يلي: • جهاز مراقبة جلوكوز الدم. • شرائط اختبار جلوكوز الدم. • أجهزة وخز ومشارط. • حلول التحكم في الجلوكوز لفحص دقة شرائط الاختبار والشاشات. • بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري الذين يعانون من مرض القدم السكرية الحاد، فإننا ندفع ما يلي: • زوج واحد من الأحذية العلاجية المصنوبة حسب الطلب (بما في ذلك الحشوات)، بما في ذلك التركيبات، وزوجان إضافيان من الملحقات كل سنة تقويمية، أو • زوج واحد من أحذية العمق، بما في ذلك التركيب، وثلاثة أزواج من الملحقات كل عام (لا يشمل الملحقات القابلة للإزالة غير المخصصة المزودة بمثل هذه الأحذية)

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<ul style="list-style-type: none"> • في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك في إدارة مرض السكري لديك. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء. <p>ملاحظة: يمكنك اختيار تلقي تدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري من برنامج خارج خطتنا معترف به من قبل جمعية السكري الأمريكية ومعتمد من قبل Medicare.</p>
\$0	<p>خدمات مدربة الولادة الطبيعية</p> <p>بالنسبة للسيدات الحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات مع مدربة الولادة الطبيعية خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها، بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة.</p>
<p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة مشاركة تكلفة Medicare بموجب Medi-Cal، فستقوم بدفع \$0. بخلاف ذلك، ستدفع تأميناً مشتركاً بنسبة 20%، باستثناء أجهزة قياس ذروة الجريان ومعدات العلاج بالأشعة فوق البنفسجية التي تدفع مقابلها مبلغ قدره \$0.</p>	<p>الأجهزة الطبية القوية (DME) واللوازم ذات الصلة†</p> <p>ارجع إلى الفصل 12 من كتيب الأعضاء للحصول على تعريف "الأجهزة الطبية القوية (DME)".</p> <p>نحن نغطي العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية. • العكازات • أنظمة مراتب كهربائية. • وسادة ضغط جافة للفرش. • مستلزمات مرضى السكري. • أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة لاستخدامها في المنزل. • مضخات الحقن الوريدي والعمود. • أجهزة توليد الكلام. • معدات ومستلزمات الأكسجين. • البخاخات. • المشايات. • مقبض منحني قياسي أو قصب رباعي ومستلزمات الاستبدال. • سحب عينات عنق الرحم (عند الباب). • محفز العظام • معدات العناية بغسيل الكلى. <p>قد تتم تغطية العناصر الأخرى.</p> <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>الأجهزة الطبية القوية (DME) واللوازم ذات الصلة (تابع)</p> <p>نحن ندفع مقابل جميع DME الضرورية طبيًا والتي يدفعها Medicare وMedi-Cal عادةً. إذا كان مورداً في منطقتك لا يحمل علامة تجارية معينة أو صانعاً معيناً، يمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها لك بشكل خاص. تتوفر أحدث قائمة بالموردين على موقعنا على الإنترنت على kp.org/directory.</p>
	<p>نحن نغطي أيضاً DME التالية التي لا يغطيها Medicare عند الضرورة الطبية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ملحقات السرير لسرير المستشفى عند الحاجة إلى تمديد السرير. ● واقيات الكعب أو المرفق لمنع أو تقليل استخدام معدات تخفيف الضغط المتقدمة. ● جهاز الإرحال الأيوني لعلاج فرط التعرق عندما يتم منع استخدام مضادات التعرق ويكون فرط التعرق قد تسبب في مضاعفات طبية (على سبيل المثال عدوى الجلد) أو يمنع الأنشطة الحياتية اليومية. ● كيس الإنعاش إذا كان مريض ثقب القصبة الهوائية يعاني من مشاكل كبيرة في إدارة الإفراز، ويحتاج إلى تقنية الغسل والشفط بمساعدة التنفس العميق عن طريق كيس الإنعاش. ● معدات العلاج بالأشعة فوق البنفسجية لحالات أخرى غير الصدفية حسب الضرورة الطبية، بما في ذلك معدات العلاج بالأشعة فوق البنفسجية للاستخدام المنزلي، إذا (1) تمت الموافقة على إتاحة المعدات لك من خلال عملية الترخيص المسبق لخطتنا، كما هو موضح في الفصل 3 و(2) يتم توفير المعدات داخل منطقة خدمتنا. (تقتصر تغطية معدات العلاج بالأشعة فوق البنفسجية على العنصر القياسي من المعدات التي تلبي احتياجاتك الطبية بشكل مناسب. نحن نقرر ما إذا كنا سنستأجر المعدات أو سنشتريها، ونختار أيضاً البائع. يجب أن تُعيد المعدات إلينا أو أن تدفع لنا سعر السوق المعقول نظير المعدات عندما نتوقف عن تغطيتها.)

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>إذا كنت تحصل على رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية للمرضى المقيمين بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك العودة إلى مستشفى تابعة للشبكة من أجل استمرار تغطية رعايتك، أو يجب أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في مستشفى خارج الشبكة مرخص له بموجب خطتنا، وتكون تكلفتك هي مشاركة التكلفة التي ستدفعها في مستشفى تابعة للشبكة.</p>	<p>الرعاية في حالات الطوارئ</p> <p>رعاية الطوارئ تعني الخدمات التي تتسم بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتم تقديمها من قبل مقدم خدمة مدرب لتقديم خدمات الطوارئ، و • ومطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة. <p>وحالة الطوارئ الطبية عبارة عن حالة طبية يصحبها ألم شديد أو إصابة خطيرة. والحالة على قدر كبير من الخطورة لدرجة أنه إن لم يحصل المريض على العناية الطبية الفورية، يمكن لأي شخص ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب توقع أن تكون العواقب ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جسيم على صحتك أو على صحة طفلك الذي لم يولد بعد، أو • ضرر جسيم لوظائف الجسم؛ أو • ضعف خطير في أي عضو أو جزء من الجسم؛ أو • في حالة المرأة الحامل في المخاض النشط، عندما: • لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. • قد يشكل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة طفلك الذي لم يولد بعد. <p>مشاركة التكاليف لخدمات الطوارئ الضرورية المجهزة خارج الشبكة هي نفسها لتلك الخدمات المقدمة في الشبكة.</p> <p>تتوفر لديك تغطية رعاية الطوارئ في جميع أنحاء العالم.</p>
<p>\$0</p>	<p>خدمات تنظيم الأسرة</p> <p>يتيح لك القانون اختيار أي مزود - سواء كان مزودًا تابعًا للشبكة أو مزودًا خارج الشبكة - لخدمات معينة لتنظيم الأسرة. هذا يعني أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب تنظيم الأسرة.</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي. • مختبر تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية. • طرق تنظيم الأسرة (IUC/IUD، الغرسات، الحقن، أقرص تحديد النسل، اللاصقات، أو الحلقة). • مستلزمات تنظيم الأسرة بوصفة طبية (العازل الذكري، الإسفنج، الرغوة، الغشاء، العازل، الغطاء). • استشارات وتشخيص العقم والخدمات ذات الصلة. • استشارات واختبارات وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا (STI).

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<ul style="list-style-type: none"> • استشارات وفحص فيروس نقص المناعة البشرية ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) وحالات أخرى مرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية. • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الوسيلة لتنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على نموذج موافقة فيدرالية على التعقيم قبل 30 يومًا على الأقل من تاريخ الجراحة، ولكن لا تزيد عن 180 يومًا من تاريخ الجراحة). • التوعية الوراثية. <p>ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب عليك الاستعانة بمقدم خدمات في شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بنا للخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • علاج حالات العقم الطبية (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الاصطناعية للحمل). • علاج AIDS والحالات الأخرى المرتبطة بـ HIV. • الفحوصات الجينية.
<p>\$0</p>	<p>مزايا اللياقة (برنامج Silver&Fit® للشيوخوخة الصحية والتمارين الرياضية)</p> <p>يتضمن برنامج Silver&Fit ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك الانضمام إلى مركز اللياقة البدنية Silver&Fit المشارك والاستفادة من الخدمات المضمنة في العضوية القياسية لمركز اللياقة البدنية (على سبيل المثال، استخدام معدات مركز اللياقة البدنية أو الفصول التي يقودها مدرب والتي لا تتطلب رسومًا إضافية). إذا قمت بالتسجيل للحصول على عضوية مركز اللياقة البدنية Silver&Fit، فسيتم تطبيق ما يلي: • يوفر مركز اللياقة البدنية توجيهًا للمرافق والمعدات. • تختلف الخدمات التي تقدمها مراكز اللياقة البدنية حسب الموقع. لا يتم تضمين أي خدمة غير قياسية في مركز اللياقة البدنية تتطلب عادةً رسومًا إضافية في عضوية مركز اللياقة البدنية القياسي الخاص بك من خلال برنامج Silver&Fit (على سبيل المثال، رسوم الساحة أو خدمات المدرب الشخصي). • للانضمام إلى مركز اللياقة البدنية Silver&Fit المشارك، قم بالتسجيل من خلال kp.org/SilverandFit وحدد موقعك (مواقعك). يمكنك بعد ذلك طباعة أو تنزيل "خطاب الترحيب" الخاص بك، والذي يتضمن بطاقة Silver&Fit الخاصة بك مع رقم معرف اللياقة البدنية لتقديمه إلى مركز اللياقة البدنية المحدد. • بمجرد انضمامك، يمكنك التبديل إلى مركز لياقة بدنية Silver&Fit مشارك آخر مرة واحدة في الشهر وسيصبح التغيير ساريًا في الأول من الشهر التالي (قد تحتاج إلى إكمال اتفاقية عضوية جديدة في مركز اللياقة البدنية).




ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
	<p>مزاي اللياقة (برنامج Silver&Fit® للشيوخوة الصحية والتمارين الرياضية) (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا كنت ترغب في ممارسة التمارين في المنزل فيمكنك اختيار مجموعة Home Fitness Kit لكل سنة تقويمية. هناك العديد من مجموعات أدوات اللياقة البدنية المنزلية للاختيار من بينها، بما في ذلك خيارات منتبج اللياقة البدنية القابل للارتداء، والبيلاتس، والقوة، والسباحة، ومجموعة اليوغا. تخضع المجموعات للتغيير ولا يمكن استبدالها بمجرد اختيارها. لاختيار المجموعة الخاصة بك، تفضل بزيارة kp.org/SilverandFit أو الاتصال بخدمة عملاء Silver&Fit. • تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية • الوصول إلى خدمات Silver&Fit عبر الإنترنت في خدمة kp.org/SilverandFit التي توفر مقاطع فيديو للتمارين الرياضية حسب الطلب، وخطط التمرين، ونادي الرفاهية، والرسالة الإخبارية، وغيرها من الميزات المفيدة. تتيح ميزة "نادي العافية" المحسنة لموقع Silver&Fit على الويب للأعضاء الفرصة لعرض الموارد المخصصة بالإضافة إلى حضور دروس وأحداث البث المباشر. <p>لمزيد من المعلومات حول برنامج Silver&Fit وقائمة مراكز اللياقة البدنية والأطعم المنزلية المشاركة، تفضل بزيارة kp.org/SilverandFit أو اتصل بخدمة عملاء Silver&Fit على الرقم 1-877-750-2746 (TTY 711)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 صباحًا حتى 6 مساءً. (PST).</p> <p>يتوفر برنامج Silver&Fit من خلال شركة American Specialty Health Fitness, Inc، وهي شركة تابعة لشركة American Specialty Health Incorporated (ASH). ويعد برنامج Silver&Fit علامة تجارية مسجلة فيدراليًا لشركة ASH، ولا تُستخدم إلا بتصريح صادر عنها. قد تختلف مراكز اللياقة البدنية وسلاسل اللياقة البدنية المشاركة حسب الموقع وتخضع للتغيير.</p>	
\$0	<p>برامج التنقيف الصحي والعافية</p> <p>نقدم العديد من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. يشمل هذا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فصول التنقيف حول الصحة • فصول التنقيف حول التغذية • الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ و • الخط الساخن للتمرير <p>كجزء من برامج نمط الحياة الصحي لدينا، تغطي خطتنا عددًا من فصول التنقيف الصحي الجماعية بما في ذلك: القلب السليم، والتعايش مع الأمراض المزمنة والاكنتاب (healthy heart, living with chronic conditions and depression). يتم توفير برامج أسلوب الحياة الصحي من قبل معلم صحي معتمد أو غيره من المتخصصين الصحيين المؤهلين.</p>	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>نحن نغطي مجموعة متنوعة من استشارات وبرامج ومواد التثقيف الصحي لمساعدتك في القيام بدور نشط في حماية وتحسين صحتك، بما في ذلك برامج الأمراض المزمنة (مثل مرض السكري والربو). يمكنك أيضًا المشاركة في البرامج التي لا نغطيها، والتي قد تتطلب منك دفع رسوم.</p> <p>لمزيد من المعلومات حول استشارات وبرامج ومواد التثقيف الصحي الخاصة بنا، يرجى الاتصال بقسم التثقيف الصحي المحلي أو الاتصال بخدمات الأعضاء أو الانتقال إلى موقعنا على الإنترنت على kp.org.</p>
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات السمع</p> <p>نحن ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها مقدم الخدمات الخاص بك. تخبرك هذه الاختبارات ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. تتم تغطيتها كإحالة للمرضى الخارجيين عندما تحصل عليها من طبيب أو اختصاصي سمعية أو أي مقدم رعاية مؤهل آخر.</p> <p>المعينات السمعية</p> <p>نحن نغطي المعينات السمعية في الحالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتم خضوعك لاختبار فقدان السمع. • المعينات السمعية ضرورية طبيًا. • تتلقى وصفة طبية من طبيبك. <p>تقتصر التغطية على المعينات الأقل تكلفة والتي تلبى احتياجاتك الطبية. سوف نختار من سيوفر المعينات السمعية. نحن نغطي معينة سمعية واحدة ما لم تكن هناك حاجة إلى معينة سمعية لكل أذن للحصول على نتائج أفضل بكثير مما يمكن الحصول عليه باستخدام معينة سمعية واحدة فقط.</p> <p>نحن نغطي ما يلي لكل سماعة أذن مغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قوالب الأذن اللازمة للتركيب. • حزمة بطارية قياسية واحدة. • زيارات للتأكد من أن المعينات تعمل بشكل صحيح. • زيارات لتنظيف وتركيب المعينة السمعية. • إصلاح معيناتك السمعية. <p>سنغطي مساعدة سمعية بديلة إذا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فقدان السمع الذي تعاني منه هو أن المعينة السمعية الحالية الخاصة بك غير قادرة على تصحيحها. • تم فقد المعينة السمعية الخاصة بك أو سرقته أو كسرها (ولا يمكن إصلاحها) ولم يكن هذا ناتجًا عن خطأ منك. يجب أن تعطينا ملاحظة تخبرنا كيف حدث هذا.

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
	<p>التغطية لا تشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استبدال بطاريات المعينات السمعية 	
\$0	<p>فحص HIV </p> <p>ندفع مقابل اختبار واحد لفحص HIV كل 12 شهرًا للأشخاص الذين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يطلبون اختبار فحص HIV، أو • الذين يتعرضون لخطر متزايد للإصابة بـ HIV. <p>بالنسبة للنساء الحوامل، ندفع ما يصل إلى ثلاثة اختبارات للكشف عن فيروس HIV أثناء الحمل.</p> <p>ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) إضافية لفيروس HIV عندما يوصي به مقدم الخدمة.</p>	
\$0	<p>وجبات منزلية يتم توصيلها</p> <p>بموجب Medi-Cal، قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية للوجبات المنزلية بموجب وسائل الدعم المجتمعي. لا تتوفر وسائل الدعم المجتمعي في جميع المناطق، ويجب عليك تلبية معايير الأهلية المحددة. اطلب من طبيبك الحصول على مزيد من المعلومات حول وسائل دعم Medi-Cal المجتمعية.</p>	
\$0	<p>وكالة الرعاية الصحية المنزلية</p> <p>قبل أن تتمكن من الحصول على خدمات الصحة المنزلية، يجب أن يخبرنا الطبيب أنك بحاجة إليها، ويجب أن توفرها وكالة صحة منزلية. يجب أن تكون نزيل الدار، مما يعني أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا.</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التمريض والمساعدات الصحية المنزلية بدوام جزئي أو متقطع (لكي تتم تغطيتها بموجب مزاي الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون مجموع خدمات التمريض الماهر وخدمات المساعدة الصحية المنزلية مجتمعة أقل من 8 ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع). • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق. • الخدمات الطبية والاجتماعية. • المعدات والمستلزمات الطبية. <p>ملاحظة: لا توجد مشاركة في التكلفة لخدمات الرعاية الصحية المنزلية والعناصر المقدمة وفقًا لإرشادات Medicare. ومع ذلك، سيتم تطبيق مشاركة التكلفة المطبق والمدرج في مكان آخر في مخطط المزايا هذا إذا كان العنصر مغطى ضمن مزاي مختلفة؛ على سبيل المثال، معدات طبية معمرة لا توفرها وكالة رعاية صحية منزلية.</p>	





ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0 للخدمات المهنية والتدريب والمراقبة. قد تخضع المكونات (مثل أدوية الجزء B من برنامج Medicare و DME) والمستلزمات الطبية) اللازمة لإجراء التسريب المنزلي لمشاركة التكلفة المطبقة المدرجة في مكان آخر في "مخطط المزايا" هذا اعتمادًا على العنصر.</p>	<p>العلاج بالتسريب المنزلي†</p> <p>تُدفع خطتنا تكاليف العلاج بالتسريب المنزلي، والذي يُعرّف بأنه عقاقير أو مواد بيولوجية تُعطى في الوريد أو توضع تحت الجلد وتُقدم لك في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي لأداء التسريب في المنزل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ و • والمستلزمات، مثل الأنابيب أو القسطرة. <p>تغطي خطتنا خدمات التسريب المنزلي التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتثقيفهم غير المدرج بالفعل في ميزة DME؛ • المراقبة عن بعد؛ و • وخدمات المراقبة لتوفير العلاج بالتسريب المنزلي وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب المنزلي.
<p>\$0</p> <p>ملاحظة: إذا لم يتم ملء إمداد التسريب المنزلي المغطى أو الدواء من قبل صيدلية شبكة تسريب منزلية، فقد يخضع التوريد أو الدواء لمشاركة التكلفة المطبقة المدرجة في مكان آخر في هذا الكتيب اعتمادًا على الخدمة.</p>	<p>نحن نغطي مستلزمات التسريب المنزلي والأدوية إذا كان كل ما يلي صحيحًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدواء الموصوف لك موجود في كتيب وصفات الجزء D من برنامج Medicare. • لقد وافقنا على دوائك الذي يصفه لك الطبيب للعلاج بالتسريب في المنزل. • تتم كتابة الوصفة الطبية الخاصة بك من قبل مقدم الخدمات التابع للشبكة، وتم تعبئتها في صيدلية تابعة للشبكة للتسريب المنزلي.
<p>\$0</p>	<p>الرعاية في مرحلة الاحتضار</p> <p>لديك الحق في اختيار دار عجزة إذا قرر مقدم الخدمة والمدير الطبي لدار العجزة أن لديك تشخيصًا نهائيًا. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية عجزة معتمد من قبل Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية المسنين المعتمدة من Medicare في منطقة خدمة الخطة. يمكن أن يكون طبيب دار العجزة لديك أحد مقدمي الخدمة في الشبكة أو مقدم خدمة خارج الشبكة.</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية لعلاج الأعراض والألم. • رعاية راحة قصيرة المدى. • رعاية منزلية.

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>يتم إرسال فاتورة بخدمات رعاية المسنين والخدمات التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare والتي تتعلق بتشخيصك النهائي إلى Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> راجع القسم E من هذا الفصل لمزيد من المعلومات. <p>للخدمات التي تغطيها خطتنا ولكن لا يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت تتعلق بتشخيصك النهائي أم لا. أنت تدفع مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بخطتنا مقابل هذه الخدمات. <p>بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بإعانات الجزء D من برنامج Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> لا تتم تغطية الأدوية من قبل كل من رعاية العجزة وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء. <p>ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية المسنين، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو خدمات الأعضاء لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالعجزة هي رعاية لا علاقة لها بالتشخيص النهائي لحالتك.</p>
	<p>تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المسنين (مرة واحدة فقط) للعضو المصاب بمرض عضال والذي لم يختار ميزة رعاية العجزة.</p>
\$0	<p>التطعيمات </p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> لقاح الالتهاب الرئوي. لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا لزم الأمر طبيًا. لقاح التهاب الكبد الوبائي "ب" إذا كنت معرضًا لخطر مرتفع أو متوسط للإصابة بالتهاب الكبد الوبائي "ب". لقاحات COVID-19. لقاحات أخرى إذا كنت في خطر وتفي بقواعد تغطية الجزء B من برنامج Medicare. <p>نحن ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تفي بقواعد تغطية الجزء D من برنامج Medicare. راجع الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p> <p>يجب أن تحصل على موافقة من خطتنا للحصول على رعاية المرضى الداخليين في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالة الطوارئ الخاصة بك.</p>	<p>رعاية المرضى داخل المستشفى</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية والخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا). • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة. • خدمات التمريض المنتظمة. • تكاليف وحدات العناية الخاصة، مثل العناية المركزة أو وحدات العناية بالشريان التاجي. • العقاقير والأدوية. • الفحوصات المعملية. • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى. • الحاجة إلى اللوازم الجراحية والطبية. • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة. • خدمات غرفة العمليات والإنعاش. • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق. • خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى المقيمين. • في بعض الحالات، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية، والكلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، ونخاع العظام، والخلايا الجذعية، والأمعاء/متعددة الأحشاء. • إذا كنت بحاجة إلى عملية زرع، فسيقوم مركز الزراعة المعتمد من Medicare بمراجعة حالتك وتحديد ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع. قد يكون مقدمو خدمات الزرع محليين أو خارج منطقة الخدمة. إذا كان مقدمو خدمات الزرع المحليون على استعداد لقبول معدل Medicare، يمكنك الحصول على خدمات الزرع محليًا أو خارج نمط الرعاية لمجتمعك. إذا كانت خطتنا توفر خدمات زرع خارج نمط الرعاية لمجتمعنا اخترت إجراء عملية الزرع الخاصة بك هناك، فإننا نرتب أو ندفع تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر، وفقًا لإرشادات السفر والإقامة الخاصة بنا، والتي تتوفر من خدمات الأعضاء. • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة. • خدمات الطبيب <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p style="text-align: center;">رعاية المرضى داخل المستشفى (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ملاحظة: لكي تكون مريضاً داخلياً، يجب على مقدم الخدمة الخاص بك كتابة أمر لقبولك رسمياً كمرضى داخلي في المستشفى. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما لا تزال تعتبر "مريضاً بالعيادات الخارجية". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضاً داخلياً أو مريضاً خارجياً، فعليك أن تسأل طاقم المستشفى. ● يمكنك أيضاً العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان "هل أنت مريض داخلي أو مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كان لديك برنامج Medicare - اسأل!". تتوفر صحيفة الوقائع هذه على الويب على www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو عن طريق الاتصال على 1-800-633-4227 MEDICARE-1-800 بإمكان مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجاناً، على مدار اليوم، وطوال أيام الأسبوع.
<p style="text-align: center;">\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p style="text-align: center;">خدمات المرضى المقيمين داخل المستشفى في مستشفى للأمراض النفسية</p> <p>نحن ندفع مقابل خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب الإقامة في المستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● إذا كان عمرك 65 عاماً أو أكثر، فإننا ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في معهد الأمراض العقلية (IMD).
<p style="text-align: center;">\$0</p>	<p style="text-align: center;">إقامة المريض الخدمات المغطاة في مرفق ترميز ماهر (SNF) أثناء إقامة المرضى المقيمين غير المغطاة</p> <p>نحن لا ندفع تكاليف إقامتك في المستشفى أو إذا لم تكن إقامتك معقولة وضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>ومع ذلك، في بعض المواقف التي لا يتم فيها تغطية رعاية المرضى الداخليين، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء تواجدك في مرفق ترميز ماهر. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء.</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات الأطباء ● الاختبارات التشخيصية، مثل الاختبارات المعملية. ● العلاج بالأشعة السينية والراديو والنظائر، بما في ذلك المواد والخدمات الفنية. ● الضمادات الجراحية. ● الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة في الكسور والخلع.

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<ul style="list-style-type: none"> • الأطراف الصناعية وأجهزة تقويم العظام، بخلاف أجهزة طب الأسنان، بما في ذلك استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. هذه هي الأجهزة التي تحل محل كل أو جزء من: • عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك الأنسجة المتجاورة) أو وظيفة عضو داخلي في الجسم معطل أو به خلل. • دعامات الساق والذراع والظهر والرقبة والدعامات والساقان والذراعان والعينان الاصطناعيان. يتضمن ذلك عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال اللازمة بسبب الكسر أو التآكل أو الفقد أو التغيير في حالتك. • العلاج الطبيعي وتقويم النطق والعلاج الوظيفي.
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات ومستلزمات أمراض الكلى</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التثقيف حول أمراض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ قرارات جيدة بشأن رعايتك. يجب أن تكون مصابًا بالمرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن، ويجب أن يحيلك طبيبك. نحن نغطي ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التثقيف حول أمراض الكلى. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا تم إدخالك كمريض داخلي في مستشفى لتلقي رعاية خاصة. • تدريب غسيل الكلى الذاتي، بما في ذلك التدريب لك ولأي شخص يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل. • بعض خدمات الدعم المنزلي، مثل الزيارات الضرورية من قبل عمال غسيل الكلى المدربين للتحقق من غسيل الكلى في المنزل، للمساعدة في حالات الطوارئ، والتحقق من معدات غسيل الكلى وإمدادات المياه. • الاختبارات المعملية الروتينية لمراقبة فعالية غسيل الكلى. • زيارة مكتبية روتينية واحدة شهريًا مع فريق طب الكلى. • إجراءات الوصول إلى الأوعية الدموية والسائل البريتوني عند إجرائها في مستشفى خارجي إذا تم استيفاء معايير معينة. • زيارات مكتبية غير روتينية مع فريق طب الكلى. • إجراءات الوصول إلى الأوعية الدموية والسائل البريتوني عند إجرائها في مكتب طبي. <p>تُدفع إعانات أدوية الجزء B من برنامج Medicare مقابل بعض أدوية غسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء B لبرنامج Medicare" في مخطط المزايا هذا.</p>

الخدمات التي تدفعها خطتنا	ما يجب عليك دفعه
<ul style="list-style-type: none"> • معدات ولوازم غسيل الكلى بالمنزل. • علاجات غسيل الكلى في العيادات الخارجية، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتاً من منطقة الخدمة، كما هو موضح في الفصل 3 من كتيب الأعضاء، أو عندما يكون مزود هذه الخدمة غير متاح مؤقتاً أو يتعذر الوصول إليه. 	<p>إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة مشاركة تكلفة Medicare بموجب Medi-Cal، فستقوم بدفع \$0. وإلا فستدفع تأميناً مشتركاً قدره 20%.</p>
<p>فحص سرطان الرئة </p> <p>ندفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهراً في الحالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا كان عمرك يتراوح بين 50 و77 عاماً، و • وكنت تحصل على استشارة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار مع طبيبك أو مقدم رعاية مؤهل آخر، و • وكنت تدخن ما لا يقل عن عبوة واحدة يومياً لمدة 20 عاماً دون ظهور علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو التدخين الآن، أو أقلعت عن التدخين خلال الـ 15 عاماً الماضية. <p>بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بأمر كتابي من طبيبك أو مقدم رعاية مؤهل آخر.</p>	<p>\$0</p>
<p>علاج التغذية الطبية </p> <p>هذه الميزة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو أمراض الكلى دون غسيل الكلى. كما أنه يستخدم بعد عملية زرع الكلى عندما يأمر طبيبك بذلك.</p> <p>نحن ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة الفردية خلال عامك الأول حتى تحصل على خدمات علاج التغذية الطبية في إطار Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر من الناحية الطبية.</p> <p>ندفع مقابل ساعتين من خدمات الاستشارة الفردية كل عام بعد ذلك. إذا تغيرت حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فقد تتمكن من الحصول على ساعات أكثر من العلاج بأمر من الطبيب. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويجدد الطلب كل عام إذا كنت بحاجة إلى علاج في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر من الناحية الطبية.</p> <p>نحن نغطي أيضاً استشارات التغذية / النظام الغذائي مع مزود شبكة لا علاقة له بمرض السكري أو ESRD.</p>	<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
\$0	<p>برنامج (MDPP) Medicare Diabetes Prevention </p> <p>تدفع خطتنا مقابل خدمات MDPP. تم تصميم MDPP لمساعدتك في زيادة السلوك الصحي. يوفر التدريب العملي في:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، و • وزيادة النشاط البدني، و • وطرق الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.
\$0	<p>الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء B من برنامج Medicare †</p> <p>هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا ثمن الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي لا تعطىها لنفسك عادةً ويتم حقنها أو تسريبها أثناء تلقي خدمات الطبيب أو العيادات الخارجية بالمستشفى أو مركز الجراحة المتنقلة. • يتم تزويد الأنسولين من خلال أحد الأجهزة الطبية القوية (مثل مضخة الأنسولين الضرورية من الناحية الطبية). • الأدوية التي تتطلب استخدام معدات طبية معمرة (مثل أجهزة الاستنشاق) التي تصرح بها خطتنا. • عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصاباً بالهيموفيليا. • الأدوية المثبطة للمناعة، إذا كنت مسجلاً في برنامج Medicare الجزء A وقت زرع العضو. • أدوية هشاشة العظام التي يتم حقنها. نحن ندفع ثمن هذه الأدوية إذا كنت نزيلة الدار، وتعانين من كسر في العظام ويشهد الطبيب أنه مرتبط بهشاشة العظام التي تحدث بعد انقطاع الطمث، ولا يمكنك حقن الدواء بنفسك. • المستضدات. • بعض الأدوية المضادة للسرطان عن طريق الفم والأدوية المضادة للغثيان. • بعض الأدوية المستخدمة لغسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، وترياق الهيبارين (عند الضرورة الطبية)، والمخدرات الموضعية، وعوامل تحفيز الكريات الحمر (مثل EpoenO، وProcritO، وEpoetin Alfa، وDarbepoetin Alfa) • الجلوبيولين المناعي الرابع للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء B من برنامج Medicare (تابع)</p> <p>نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب إعانات الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare.</p> <p>الفصل 5 من كتيب الأعضاء يشرح فوائد الأدوية الطبية لمرضى العيادات الخارجية. يشرح القواعد التي يجب عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية.</p> <p>يشرح الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا ما تدفعه مقابل الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية من خلال خطتنا.</p>
<p>\$0</p>	<p>رعاية منشأة التمريض التي تغطيها تغطية Medicare الخاصة بك</p> <p>مرفق التمريض (NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى التواجد في المستشفى. تشمل الخدمات التي ندفع مقابلها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا). • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة. • خدمات التمريض. • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق. • العلاج التنفسي. • الأدوية التي تُعطى لك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. (يشمل ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة. • يتم تقديم الإمدادات الطبية والجراحية عادةً من قبل مرافق التمريض. • يتم تقديم الاختبارات المعملية عادةً من مرافق التمريض. • يتم تقديم خدمات الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة عادةً من قبل مرافق التمريض. • استخدام الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة، تُقدم عادةً من قبل مرافق التمريض. • خدمات الطبيب / الممارس. • الأجهزة الطبية القوية. • خدمات طب الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان. • إعانات الرؤية. <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
	<ul style="list-style-type: none"> • امتحانات السمع. • العناية بتقويم العمود الفقري. • خدمات علاج القدم. <p>عادة ما تحصل على رعايتك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تتمكن من الحصول على رعايتك من منشأة ليست في شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا قبلت مبالغ خطتنا للدفع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرفق ترميز أو مجتمع تقاعد للرعاية المستمرة حيث كنت تعيش قبل ذهابك مباشرة إلى المستشفى (طالما أنها توفر رعاية لمرفق التمريض). • مرفق ترميز يعيش فيه زوجك أو شريكك المنزلي وقت مغادرتك المستشفى. 	
\$0	<p>فحص السمنة وعلاجها للحفاظ على الوزن منخفضًا</p> <p>إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك 30 أو أكثر، فإننا ندفع مقابل الاستشارة لمساعدتك على إنقاص الوزن. يجب أن تحصل على الاستشارة في مكان للرعاية الأولية. بهذه الطريقة، يمكن إدارتها من خلال خطة الوقاية الكاملة الخاصة بك. تحدث إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك لمعرفة المزيد.</p>	
\$0	<p>خدمات برنامج Opioid treatment (OTP)</p> <p>تدفع خطتنا مقابل الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • أنشطة الجرعات. • التقييمات الدورية. • الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA)، وإذا أمكن، إدارة وإعطائك هذه الأدوية. • الاستشارة لاستخدام المواد المخدرة. • العلاج الفردي والجماعي. • اختبار العقاقير أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السموم). 	
\$0	<p>فحوصات العيادات الخارجية التشخيصية والخدمات والتجهيزات العلاجية</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية والخدمات الأخرى الضرورية طبياً غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أشعة إكس • العلاج الإشعاعي (الراديو والنظائر)، بما في ذلك المواد والإمدادات الفنية. • الإمدادات الجراحية، مثل الضمادات. 	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<ul style="list-style-type: none"> • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة في الكسور والخلع. • الفحوصات المعملية. • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة. • الاختبارات التشخيصية الأخرى لمرضى العيادات الخارجية.
\$0	<p>الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى</p> <p>خدمات المراقبة هي خدمات للمرضى الخارجيين بالمستشفى تُقدم لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى أن يتم قبولك كمريض داخلي أو يمكن الخروج من المستشفى.</p> <p>لكي تتم تغطية خدمات مراقبة العيادات الخارجية بالمستشفى، يجب أن تستوفي معايير Medicare وأن تعتبر معقولة وضرورية. تتم تغطية خدمات المراقبة فقط عندما يتم تقديمها بأمر من طبيب أو فرد آخر مخول بموجب قانون ترخيص الدولة ولوائح موظفي المستشفى بقبول المرضى في المستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين.</p> <p>ملاحظة: ما لم يكن مقدم الخدمة قد كتب أمرًا لقبولك كمريض داخلي في المستشفى، فأنت مريض خارجي وتدفع مبالغ مشاركة التكاليف مقابل خدمات المستشفى الخارجية. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما لا تزال تعتبر مريضًا بالعيادات الخارجية. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فعليك أن تسأل طاقم المستشفى.</p> <p>يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان "هل أنت مريض داخلي أو مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كان لديك برنامج Medicare - اسأل!" تتوفر صحيفة الوقائع هذه على الويب على www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو عن طريق الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بإمكان مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار اليوم، وطوال أيام الأسبوع.</p>
\$0	<p>خدمات العيادات الخارجية بالمستشفيات</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات الضرورية طبيًا التي تحصل عليها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادة الخارجية، مثل جراحة العيادات الخارجية أو خدمات المراقبة. • تساعد خدمات المراقبة طبيبك في معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى "كمريض داخلي". • في بعض الأحيان يمكنك البقاء في المستشفى طوال الليل وما زلت "مريضًا خارجيًا".

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضًا داخليًا أو خارجيًا في ورقة المعلومات هذه: www.medicare.gov/media/11101</p> <ul style="list-style-type: none"> ● المختبرات والاختبارات التشخيصية التي تصدرها المستشفى. ● رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج الاستشفاء الجزئي، إذا شهد الطبيب أن علاج المرضى الداخليين سيكون مطلوبًا بدوره. ● الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي يطلبها المستشفى. ● المستلزمات الطبية مثل الجبائر وضمادات الجبس. ● الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جميع أنحاء مخطط الفوائد. ● بعض الأدوية التي لا يمكنك أن تعطيتها لنفسك. ● بالنسبة لإجراءات طب الأسنان في منشأة شبكية، نقدم تخديرًا عامًا وخدمات المرفق المرتبطة بالتخدير إذا كان كل ما يلي صحيحًا: <ul style="list-style-type: none"> ○ أنت معاق في النمو، أو أن صحتك معرضة للخطر. ○ تتطلب حالتك السريرية أو حالتك الطبية الأساسية أن يتم إجراء الأسنان في مستشفى أو مركز جراحة العيادات الخارجية. ○ لا يتطلب إجراء طب الأسنان عادة تخديرًا عامًا. ● نحن لا نغطي أي خدمات أخرى تتعلق بإجراء طب الأسنان، مثل خدمات طبيب الأسنان، ما لم تكن هذه الخدمات مغطاة من قبل DeltaCare أو Medi-Cal Dental.
\$0	<p>رعاية الصحة النفسية لمرضى العيادات الخارجية</p> <p>ندفع مقابل خدمات الصحة العقلية التي يقدمها:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الدولة. ● طبيب نفسي سريري. ● اختصاصي اجتماعي سريري. ● ممرضة سريرية متخصصة. ● مستشار مهني مرخص (LPC). ● اختصاصي العلاج في وحدة الزواج والأسرة مرخص (LMFT). ● ممرضة ممارسة (NP). ● مساعد طبيب (PA). ● أي متخصص آخر في الرعاية الصحية العقلية مؤهل من Medicare كما هو مسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها.



ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات السريرية. • العلاج النهاري. • خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي. • الاستشفاء الجزئي أو برامج العيادات الخارجية المكثفة. • تقييم وعلاج الصحة النفسية الفردية والجماعية. • الاختبار النفسي عند الإشارة إليه سريريًا لتقييم نتيجة الصحة العقلية. • خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج الدوائي. • معمل العيادات الخارجية والأدوية والمستلزمات والمكملات. • استشارة نفسية.
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية</p> <p>نحن ندفع مقابل العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج النطق.</p> <p>يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى ومكاتب المعالجين المستقلة ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs) وغيرها من المرافق.</p> <p>كما نغطي أيضًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • العلاج الطبيعي لمنع السقوط للبالغين المعرضين لخطر السقوط عندما يأمر به طبيبك. • يتم توفير العلاج البدني والمهني والكلام في برنامج علاج يومي منظم ومتعدد التخصصات لإعادة التأهيل.
<p>\$0</p>	<p>خدمات علاج تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص واستشارة إساءة استخدام الكحول. • علاج تعاطي المخدرات. • استشارة جماعية أو فردية من قبل طبيب مؤهل، بما في ذلك اختصاصي العلاج في وحدة الزواج والأسرة مرخص (LMFT). • إزالة السموم تحت الحاد في برنامج الإدمان السكني. • خدمات الكحول و/أو المخدرات في مركز علاج خارجي مكثف. • علاج نالتريكسون (فيفيتروول) ممتد المفعول.



ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
\$0	<p>العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين</p> <p>نحن ندفع تكاليف جراحة العيادات الخارجية والخدمات في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية المتنقلة.</p>
<p>قد تدفع مبلغ يتراوح من \$0 حتى \$250 بصورة ربع سنوية كحد للمزايا.</p>	<p>أدوية الصحة والعافية غير المقررة بوصفة طبية (OTC)</p> <p>نحن أيضًا نغطي أدوية OTC المدرجة في كتالوج OTC للتوصيل المجاني إلى المنزل. يمكنك طلب عناصر OTC بقيمة \$250 كحد أقصى بالنسبة للإعانات ربع السنوية. يجب أن يكون كل طلب بقيمة \$25 على الأقل. لا يجوز أن يتجاوز طلبك حد المزايا ربع السنوية الخاص بك. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. (تتم إعادة تعيين حد المزايا الخاص بك في 1 يناير و 1 أبريل و 1 يوليو و 1 أكتوبر).</p> <p>لعرض الكتالوج الخاص بنا وتقديم طلب عبر الإنترنت، يُرجى زيارة kp.org/otc/ca. يمكنك تقديم طلب عبر الهاتف أو طلب إرسال كتالوج مطبوع إليك بالبريد عن طريق الاتصال بالرقم التالي 1-833-569-2360 (TTY 711)، من الساعة 7 صباحًا وحتى الساعة 6 مساءً. بتوقيت المحيط الهادي (PST)، من الإثنين إلى الجمعة.</p> <p>قد يكون لديك تغطية إضافية لعناصر معينة بدون وصفة طبية مغطاة بموجب Medi-Cal من خلال برنامج Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات حول Medi-Cal Rx، اتصل بخدمة عملاء Medi-Cal Rx على 1-800-977-2273 24 ساعة يوميًا على مدار 7 أيام أسبوعيًا. مستخدمو خدمات الهاتف النصي (TTY) يمكنهم الاتصال على 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً. يمكنك أيضًا زيارة موقع Medi-Cal Rx على الويب على https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/</p>
\$0	<p>الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) كبديل للنيكوتين</p> <p>نحن نغطي بعض علاجات بدائل النيكوتين المعتمدة من FDA للاستخدام بدون وصفة طبية. يجب أن يتم طلب العناصر من قبل مقدم خدمات الشبكة والحصول عليها من صيدلية الشبكة. سنقوم بتوفير ما يصل إلى 100 يوم مرتين خلال السنة التقويمية.</p>
\$0	<p>خدمات الاستشفاء الجزئي</p> <p>الاستشفاء الجزئي هو برنامج منظم للعلاج النفسي النشط. يتم تقديمه كخدمة لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى أو من خلال مركز للصحة العقلية المجتمعية. إنها أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو معالجك. يمكن أن يساعدك في عدم الاضطرار إلى البقاء في المستشفى.</p> <p>خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم للعلاج الصحي السلوكي (العقلي) الذي يتم تقديمه كخدمة لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى أو من خلال مركز للصحة العقلية المجتمعية، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية وتكون أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو معالجك، ولكن أقل كثافة من الإقامة في المستشفى الجزئية.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>الرعاية التلطيفية</p> <p>نقوم بتغطية الرعاية التلطيفية للأعضاء الذين يستوفون معايير التأهل الخاصة لبرنامج Medi-Cal لهذه الخدمات. تقلل الرعاية التلطيفية من المضايقات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية للعضو المصاب بمرض خطير. يمكن تقديم الرعاية التلطيفية في نفس الوقت مع الرعاية العلاجية.</p> <p>تشمل الرعاية التلطيفية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التخطيط المسبق للرعاية. • تقييم الرعاية التلطيفية والاستشارة. • خطة رعاية تشمل جميع الرعاية التلطيفية والعلاجية المصرح بها. • خطة رعاية فريق تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • دكتور في الطب أو طب العظام. • مساعد طبيب. • ممرض مسجل. • ممرض مهني مرخص أو ممرض ممارس. • أخصائي اجتماعي. • قسيس. • تنسيق الرعاية. • إدارة الألم والأعراض. • الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية الطبية. <p>لا يمكن للبالغين في عمر 21 عامًا أو أكثر الحصول على كل من الرعاية التلطيفية ورعاية مرحلة الاحتضار في الوقت نفسه. إذا كنت تتلقى الرعاية التلطيفية وتستوفي شروط التأهل للحصول على رعاية مرحلة الاحتضار، يمكنك طلب التبديل إلى رعاية مرحلة الاحتضار في أي وقت.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>قد تكون هناك حاجة إلى إحالة لبعض الخدمات التخصصية وخدمات رعاية الأسنان.</p>	<p>خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات مكتب الطبيب</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية الصحية اللازمة طبيًا أو خدمات الجراحة المقدمة في أماكن مثل: <ul style="list-style-type: none"> • مكتب الطبيب. • مركز جراحي متنقل معتمد. • قسم العيادات الخارجية بالمستشفى. • الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل اختصاصي. • فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، إذا طلب منهم طبيبك معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج أم لا. • ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد لحالة طبية أولية للمستفيد. تتضمن بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان الذي يتم إجراؤه استعدادًا للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك. • نحن نغطي أيضًا خدمات طب الأسنان اللازمة لضمان خلو تجويف الفم من العدوى قبل وضعه في قائمة انتظار الزرع للخلايا الجذعية الخيفية/نخاع العظام والقلب والكلى والكبد والرئة والبنكرياس وزرع الأعضاء المتعددة. في حالة الزرع العاجل، يمكن إجراء هذه الخدمات بعد الزرع. الخدمات تشمل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • فحص وتقييم تجويف الفم. • خدمات العلاج بما في ذلك القلع الضروري من أجل الزرع. • الأشعة السينية ذات الصلة. • التنظيف. • علاجات الفلوريد. • المكالمات المنزلية من قبل طبيب الشبكة (أو مقدم خدمات الشبكة الذي يتمثل في ممرضة مسجلة) داخل منطقة خدمتنا عندما يكون من الأفضل تقديم الرعاية في منزلك على النحو الذي يحدده مقدم خدمات الشبكة. • العلاج بالأشعة فوق البنفسجية. • رأي ثانٍ من قبل مقدم خدمة شبكة آخر قبل الجراحة. ضمن تغطية Medi-Cal الخاصة بك، إذا لم يكن مقدم خدمات الشبكة متاحًا أو كنت بحاجة إلى رأي ثانٍ لخدمة مختلفة، فسنترب ذلك. <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات مكتب الطبيب (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك: الرعاية الأولية والمتخصصة، والتي تشمل خدمات المستشفى للمرضى المقيمين، وخدمات مرافق التمريض الماهرة، وخدمات إعادة تأهيل القلب، وخدمات إعادة التأهيل الرئوي، وخدمات الطوارئ، والخدمات اللازمة العاجلة، وخدمات الاستشفاء الجزئية، وخدمات الصحة المنزلية، وخدمات العلاج الوظيفي، والرعاية الصحية العقلية، وعلاج القدم، وخدمات الطب النفسي، وخدمات العلاج الطبيعي، وخدمات مشكلات النطق والتخاطب، وخدمات العلاج بالمواد الأفيونية، وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين، وخدمات العيادات الخارجية بالمستشفيات، وخدمات الملاحظة، وعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين، وخدمات غسيل الكلى، وخدمات التغذية / الأنظمة الغذائية، والتوعية والتنظيف الصحي، والتوعية بأمراض الكلى، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، واختبارات السمع، والتحصير لعملية جراحية أو الإقامة في المستشفى، وزيارات المتابعة بعد الإقامة في المستشفى، أو الجراحة، أو زيارة قسم الطوارئ. لن يتم توفير الخدمات إلا عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد عندما تعتبر مناسبة سريريًا من قبل مقدم خدمات الشبكة الذي يقدم الخدمة. • لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد، يجب عليك الاستعانة بمقدم خدمات الشبكة الذي يقدم الخدمة عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. نحن نقدم الوسائل التالية للرعاية الصحية عن بعد: • زيارات فيديو تفاعلية للخدمات الاحترافية عندما يمكن تقديم الرعاية بهذا التنسيق على النحو الذي يحدده مزود الشبكة. • زيارات موعد هاتفية مجدولة للخدمات الاحترافية عندما يمكن تقديم الرعاية بهذا التنسيق على النحو الذي يحدده مقدم خدمات الشبكة. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية ذات الصلة بداء الكلى بالمرحلة النهائية (ESRD) لأعضاء غسيل الكلى المنزلي في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز الوصول الحرج في المستشفى أو مرفق غسيل الكلى أو في المنزل. • خدمات الرعاية الصحية عن بعد لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب الصحة العقلية المتزامن. <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات مكتب الطبيب (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الصحية عن بعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها إذا: • لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للخدمات الصحية عن بُعد. • لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد هذه. • يمكن إجراء استثناءات لما سبق لظروف معينة. • خدمات الرعاية الصحية عن بعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا. • عمليات تسجيل الوصول الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذا <ul style="list-style-type: none"> • أنت لست مريضًا جديدًا و • لا يتعلق تسجيل الوصول بزيارة مكتب في آخر 7 أيام و • لا يؤدي تسجيل الوصول إلى زيارة المكتب في غضون 24 ساعة، أو في أقرب موعد متاح. • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك في غضون 24 ساعة إذا <ul style="list-style-type: none"> • أنت لست مريضًا جديدًا و • لا يتعلق التقييم بزيارة مكتب في آخر 7 أيام و • لا يؤدي التقييم إلى زيارة المكتب في غضون 24 ساعة، أو في أقرب موعد متاح. • استشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا. <p>الرعاية الصحية عن بُعد ضمن تغطية Medi-Cal: الرعاية الصحية عن بُعد هي طريقة للحصول على الخدمات دون التواجد في نفس الموقع الفعلي لموفر الخدمة الخاص بك. قد تتضمن الرعاية الصحية عن بُعد إجراء محادثة مباشرة مع مقدم الخدمة الخاص بك. أو قد تتضمن الرعاية الصحية عن بُعد مشاركة المعلومات مع مقدم الخدمة الخاص بك دون محادثة مباشرة. يمكنك الحصول على العديد من الخدمات من خلال الخدمات الصحية عن بعد. ومع ذلك، قد لا تكون الخدمات الصحية عن بُعد متاحة لجميع الخدمات المغطاة. يمكنك الاتصال بمزودك لمعرفة أنواع الخدمات التي قد تكون متاحة من خلال الرعاية الصحية عن بعد. إن من المهم أن تتفق أنت والموفر على أن استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لخدمة معينة مناسب لك. لديك الحق في الحصول على الخدمات الشخصية، ولا يلزمك استخدام الخدمات الصحية عن بُعد حتى إذا وافق مقدم الخدمة على أنها مناسبة لك.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات علاج القدم</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقة أو نتوءات الكعب). • العناية الروتينية بالقدم للأعضاء المصابين بحالات تؤثر على الساقين، مثل مرض السكري. <p>تحت تغطية Medi-Cal الخاصة بك، نحن نغطي خدمات علاج الأقدام باعتبارها ضرورية من الناحية الطبية للتشخيص والعلاج الطبي والجراحي والميكانيكي والبيدوي والكهربائي للقدم البشرية. ويشمل ذلك الكاحل والأوتار التي تدخل في القدم والعلاج غير الجراحي لعضلات وأوتار الساق التي تتحكم في وظائف القدم.</p>
<p>\$0</p>	<p>فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا</p> <p>بالنسبة للرجال الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر، ندفع مقابل الخدمات التالية مرة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص المستقيم الرقمي. • اختبار مستضد البروستاتا النوعي (PSA).
<p>\$0</p>	<p>الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة †</p> <p>تستبدل الأجهزة التعويضية كل أو جزء من جزء أو وظيفة من الجسم. ندفع ثمن الأجهزة التعويضية التالية، وربما الأجهزة الأخرى غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أكياس فغر القولون واللوازم المتعلقة برعاية فغر القولون. • التغذية المعوية والحقنية، بما في ذلك مجموعات إمداد التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والحلول، واللوازم للحقن الذاتية. • أجهزة تنظيم ضربات القلب. • دعامات. • أحذية اصطناعية. • أذرع وأرجل اصطناعية. • الثدي الاصطناعي (بما في ذلك حمالة الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي). • الأطراف الاصطناعية لاستبدال كل جزء من جزء خارجي من الوجه تمت إزالته أو تلفه نتيجة مرض أو إصابة أو عيب خلقي. • كريم وحفاضات سلس البول. <p>تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<p>الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة †(تابع)</p> <p>نحن ندفع مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية. نحن ندفع أيضاً لإصلاح أو استبدال الأجهزة التعويضية.</p> <p>نقدم بعض التغطية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة الساد. راجع "رعاية الرؤية" لاحقاً في هذا المخطط للحصول على التفاصيل.</p> <p>نحن نغطي أيضاً هذه العناصر التي لا يغطيها Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جوارب ضغط متدرجة للوذمة اللمفية. • أحذية جراحية معينة بعد الجراحة عند توفيرها أثناء زيارة العيادة الخارجية. • جهاز الانتصاب الفراغي للعجز الجنسي. • بعض المواد المانعة للتسرب للجلد، والمواد الواقية، والمرطبات، والمرام التي تعتبر ضرورية طبياً للعناية بالجروح. • لن ندفع مقابل أجهزة رعاية الأسنان الاصطناعية، باستثناء ما هو موصوف تحت عنوان "خدمات رعاية الأسنان". <p>بموجب تغطية Medi-Cal التي تتمتع بها، نحن نغطي الأطراف الاصطناعية وأجهزة تقويم العظام إذا تم استيفاء جميع الشروط التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • العنصر ضروري طبياً لاستعادة طريقة عمل جزء من الجسم (للأطراف الاصطناعية فقط). • تم إقرار العنصر لك بوصفة طبية. • العنصر ضروري طبياً لدعم جزء من الجسم (لتقويم العظام فقط). • العنصر ضروري طبياً لأداء أنشطة الحياة اليومية. • يعتبر العنصر مناسباً لحالتك الطبية العامة. • العنصر غير مغطى من قبل Medi-Cal. <p>يجب الحصول على موافقة مسبقة على الأدوات لك. ويتضمن هذا أجهزة السمع المزروعة وحملات الصدر التعويضية/استئصال الثدي والملابس المهنية المضغوطة والأطراف الاصطناعية لاستعادة الوظيفة أو استبدال جزء من الجسم، أو لدعم جزء ضعيف أو مشوه. تقتصر التغطية على الأدوات الأقل تكلفة والتي تلبى احتياجاتك الطبية. نحن نختار البائع.</p>
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>نحن ندفع تكاليف برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) بدرجة متوسطة إلى شديدة للغاية. يجب أن يكون لديك طلب لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمة الذي يعالج مرض COPD.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>اضطراب استخدام المواد السكينية وعلاج الصحة العقلية †</p> <p>نحن نغطي الخدمات التالية عندما يتم تقديم الخدمات في مرفق علاج سكني مرخص يوفر اضطراب تعاطي المخدرات الفردي على مدار 24 ساعة أو علاجًا للصحة العقلية، ويتم تقديم الخدمات بشكل عام ومألوف عن طريق اضطراب تعاطي المخدرات أو برنامج علاج سكني للصحة العقلية في منشأة العلاج السكنية المرخصة، والخدمات أعلى من مستوى رعاية الحضانة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الاستشارة الفردية والجماعية. • الخدمات الطبية. • مراقبة الدواء. • غرفة ولوح. • الأدوية الموصوفة من قبل مقدم خدمات الشبكة كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك في مرفق العلاج السكني وفقًا لإرشادات كتيبات الأدوية الخاصة بنا إذا تم إعطاؤها لك في المرفق من قبل طاقم طبي. • ترتيبات الخروج من منشآت الإقامة العلاجية. <p>لا يوجد حد لعدد الأيام اللازمة طبيًا في برنامج العلاج السكني الخاص بنا لعلاج حالات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات عندما يصفه مقدم خدمات الشبكة.</p>	
<p>\$0</p>	<p>فحص واستشارة الأمراض المنقولة جنسيًا (STI)</p> <p>نحن ندفع مقابل فحوصات الكلاميديا والسيلان والزهري والتهاب الكبد ب. تتم تغطية هذه الفحوصات للنساء الحوامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بأمراض STI. يجب على مقدم الرعاية الأولية طلب الاختبارات. تقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة أثناء الحمل.</p> <p>ندفع أيضًا ما يصل إلى جلستين استشارة سلوكية وجهاً لوجه وعالية الكثافة كل عام للبالغين النشطين جنسيًا والمعرضين لخطر متزايد للإصابة بأمراض STI. يمكن أن تتراوح مدة كل جلسة من 20 إلى 30 دقيقة. نحن ندفع مقابل جلسات الاستشارة هذه كخدمة وقائية فقط إذا قدمها مقدم رعاية أولية. يجب أن تكون الجلسات في مكان للرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب.</p>	
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>رعاية مرفق التمريض الماهر (SNF)</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا. • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة. • خدمات التمريض. • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق. 	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
	<ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك، بما في ذلك المواد الموجودة في الجسم بشكل طبيعي، مثل عوامل تجلط الدم. • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة. • يتم تقديم الإمدادات الطبية والجراحية من قبل مرافق التمريض. • الاختبارات المعملية المقدمة من مرافق التمريض. • يتم تقديم خدمات الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة من قبل مرافق التمريض. • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة، تُقدم عادة من قبل مرافق التمريض. • خدمات الطبيب/مقدم الخدمة. <p>عادة ما تحصل على رعايتك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تتمكن من الحصول على رعايتك من منشأة ليست في شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا قبلت مبالغ خطتنا للدفع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرفق تمريض أو مجتمع تقاعد للرعاية المستمرة حيث كنت تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (طالما أنها توفر رعاية لمرفق التمريض). • مرفق تمريض يعيش فيه زوجك وقت مغادرتك المستشفى.
\$0	<p>الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ </p> <p>إذا كنت تستخدم التبغ، فلا تظهر عليك علامات أو أعراض الأمراض المرتبطة بالتبغ، وتريد أو تحتاج إلى الإقلاع عن التدخين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ندفع مقابل محاولتي الإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية لك. تتضمن كل محاولة للإقلاع ما يصل إلى أربع زيارات استشارية وجهًا لوجه. <p>إذا كنت تستخدم التبغ وتم تشخيص إصابتك بمرض متعلق بالتبغ أو كنت تتناول أدوية قد تتأثر بالتبغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارة ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)</p> <p>نحن ندفع مقابل SET للأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي المصحوب بأعراض (PAD) والذين لديهم إحالة لـ PAD من الطبيب المسؤول عن علاج PAD. خطتنا تدفع مقابل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء جميع متطلبات SET. • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا اعتبر مقدم الرعاية الصحية أنها ضرورية من الناحية الطبية. <p>يجب أن يكون برنامج SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلسات لمدة من 30 إلى 60 دقيقة من برنامج تدريبي علاجي لـ PAD في الأعضاء الذين يعانون من تقلصات في الساق بسبب ضعف تدفق الدم (العرج). • في العيادات الخارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب. • يتم تقديمها من قبل موظفين مؤهلين يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر، والذين تم تدريبهم على العلاج بالتمرينات الخاصة بـ PAD. • تحت الإشراف المباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/ممرضة سريرية متخصصة مدربة على تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>النقل: النقل الطبي غير الطارئ†</p> <p>تسمح هذه الميزة بالنقل الأكثر فعالية من حيث التكلفة ويمكن الوصول إليه. يمكن أن يشمل ذلك: سيارة إسعاف، سيارة مجهزة لنقل المرضى، خدمات نقل طبي على كرسي متحرك، وتنسيق مع النقل الجماعي.</p> <p>يُسمح بأشكال النقل عندما:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا تسمح لك حالتك الطبية و/أو البدنية بالسفر بالحافلة أو سيارة الركاب أو التاكسي أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، • اعتمادًا على الخدمة، قد يلزم الحصول على إذن مسبق. <p>للحصول على معلومات حول كيفية طلب النقل الطبي غير الطارئ، راجع الفصل 3.</p>
<p>\$0</p> <p>تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.</p>	<p>النقل: النقل غير الطبي†</p> <p>تسمح هذه الميزة بالنقل إلى الخدمات الطبية بواسطة سيارة ركاب أو سيارة أجرة أو غيرها من وسائل النقل العام / الخاص.</p> <p>النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة، بما في ذلك الانتقال لحضور مواعيد رعاية الأسنان والحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية.</p> <p>لا تحد هذه الميزة من إعانات النقل الطبي غير الطارئ.</p> <p>للحصول على معلومات حول كيفية طلب النقل غير الطبي، راجع الفصل 3.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
\$0	<p>الرعاية اللازمة العاجلة</p> <p>يتم تقديم الرعاية اللازمة العاجلة لعلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية • أو مرض طبي مفاجئ • أو إصابة • أو حالة تحتاج إلى رعاية على الفور. <p>إذا كنت بحاجة إلى رعاية لازمة عاجلة، فعليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم خدمات الشبكة.</p> <p>داخل منطقة خدمتنا: يجب أن تحصل على رعاية عاجلة من مقدم خدمات الشبكة، ما لم تكن شبكة مقدمي الخدمات لدينا غير متوفرة مؤقتاً أو يتعذر الوصول إليها بسبب ظروف غير عادية وغير مألوفة (على سبيل المثال، كارثة كبرى).</p> <p>خارج منطقة خدمتنا: توجد لديك تغطية رعاية عاجلة في جميع أنحاء العالم عندما تسافر إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية على الفور لمرض أو إصابة غير متوقعة وكنت تعتقد بشكل معقول أن صحتك ستتدهور بشكل خطير إذا أخرجت العلاج حتى عودتك إلى منطقة خدمتنا.</p>	
\$0 تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك، واحصل على إحالة.	<p>العناية بالبصر</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص عين روتيني كل عام. • خدمات الطبيب في العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين. على سبيل المثال، يشمل ذلك فحوصات العين السنوية لاعتلال الشبكية السكري للأشخاص المصابين بداء السكري وعلاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. • لمرضى السكري، فحص ومراقبة اعتلال الشبكية السكري. • اختبارات مجال الرؤية. <p>بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالجلوكوما، فإننا ندفع مقابل فحص الجلوكوما مرة واحدة كل عام. الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالجلوكوما هم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من الجلوكوما. • مرضى السكري. • الأمريكيون الأفارقة الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا أو أكبر. • الأمريكيون من أصل إسباني الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكبر. 	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا	
<p>\$0 للنظارات بما يتوافق مع إرشادات Medicare.</p> <p>ملاحظة: إذا كانت تكلفة النظارات التي تشتريها أعلى مما يغطيه برنامج Medicare، فإنك تدفع الفرق.</p>	<p>النظارات بعد جراحة إعتام عدسة العين: نحن ندفع مقابل ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل عملية جراحية لإعتام عدسة العين عندما يقوم الطبيب بإدخال عدسة داخل العين. ندفع ثمن زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل عملية جراحية لإعتام عدسة العين عندما يقوم الطبيب بإدخال عدسة داخل العين. لا يمكنك الحصول على زوجين من النظارات بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على زوج من النظارات بعد الجراحة الأولى. العدسات / الإطارات التصحيحية (والبدايل) اللازمة بعد إزالة الساد بدون زرع عدسة. 	
<p>إذا كانت تكلفة النظارات التي تشتريها تزيد عن \$350، فإنك تدفع الفرق.</p> <p>يغطي Medi-Cal الإطارات الجديدة أو البديلة التي تكلف مبلغ \$80 أو أقل، كل 24 شهرًا. إذا كانت تكلفة النظارات الطبية التي تشتريها تزيد عن \$80، فإنك تدفع الفرق.</p>	<p>النظارات الطبية والعدسات اللاصقة: مرة واحدة كل 12 شهرًا، نوفر لك بدلاً مخصصًا قيمته \$350 لاستخدامه في سعر شراء النظارات من مرفق بصري عندما يصف الطبيب أو اختصاصي البصريات نظارة أو عدسة لاصقة لتصحيح الرؤية. يمكن استخدام البديل لدفع ثمن العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> عدسات النظارات عندما يضع مقدم خدمات الشبكة العدسات في إطار. إطارات النظارات عندما يضع مقدم خدمات الشبكة عدستين (يجب أن يكون لإحدهما على الأقل قيمة انكسارية) في الإطار. العدسات اللاصقة وتركيبها والاستغناء عنها. <p>لن نقدم البديل إذا قدمنا بدلاً (أو التغطية بطريقة أخرى) للعدسات أو الإطارات خلال الـ 12 شهرًا الماضية.</p> <p>لا يمكن استخدام البديل إلا في نقطة البيع الأولية. إذا لم تستخدم كل بدلاتك المخصصة في نقطة البيع الأولى، فلا يمكنك استخدامها لاحقًا.</p>	
<p>\$0</p> <p>إذا كنت تريد عدسات النظارات أو الميزات التي لا يغطيها Medi-Cal، فقد تضطر إلى دفع مبلغ إضافي مقابل تلك الترفقيات.</p>	<p>عدسات النظارات الطبية ضمن تغطية Medi-Cal:</p> <ul style="list-style-type: none"> يتم توفير عدسات النظارات الجديدة أو البديلة من قبل مورّد عدسات النظارات في DHCS. إذا لم يتمكن مورّد DHCS من تزويدك بالعدسات التي تحتاجها، فسنقوم بالترتيب لتصنيع العدسات الخاصة بك في مختبر بصريات آخر. لن تضطر إلى دفع مبلغ إضافي إذا اضطررنا إلى اتخاذ الترتيبات لأن مورّد DHCS لا يمكنه صنع عدسات النظارات الخاصة بك. 	

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
<p>إذا كانت تكلفة العدسة التي تشتريها تزيد عن بدل قيمته \$30 للعدسة الواحدة أو \$45 لعدسة النظارات متعددة البؤر أو العدسية، فإنك تدفع المبلغ الذي يتجاوز البديل الخاص.</p>	<p>العدسات البديلة: إذا كان لديك تغيير في الوصفة الطبية لا يقل عن 0.50 ديوبتر في عين واحدة أو كلتا العينين خلال 12 شهرًا من نقطة البيع الأولية لعدسة النظارات أو العدسات اللاصقة التي قدمناها بدلاً (أو تمت تغطيتها بطريقة أخرى)، فسندم بدلاً نحو سعر شراء عنصر بديل من نفس النوع (عدسة النظارات، أو العدسات اللاصقة، والتركيب، والاستغناء) للعين التي بها تغيير 0.50 ديوبتر. بدل إحدى هذه العدسات البديلة هو \$30 لعدسة نظر واحدة أو عدسة لاصقة (بما في ذلك التركيب والاستغناء) و\$45 لعدسة النظارات متعددة البؤر أو العدسية.</p>
<p>\$0</p>	<p>العدسات اللاصقة الخاصة: نحن نغطي العدسات اللاصقة الخاصة التالية عندما يصفها طبيب الشبكة أو مقدم خدمات الشبكة الذي يعمل في مجال البصريات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما يصل إلى اثنين من العدسات اللاصقة الضرورية طبيًا، والتركيب والاستغناء عن كل عين كل 12 شهرًا لعلاج أنيريديا (فرضية مفقودة). • إذا كانت العدسات اللاصقة (بخلاف العدسات اللاصقة لأنيريديا) ستوفر تحسنًا كبيرًا في رؤيتك لا تستطيع عدسات النظارات توفيرها، فإننا نغطي زوجًا واحدًا من العدسات اللاصقة (بما في ذلك التركيب والاستغناء) أو إمدادًا أوليًا بالعدسات اللاصقة التي يمكن التخلص منها (بما في ذلك التركيب) والاستغناء) ليس أكثر من مرة كل 12 شهرًا. ومع ذلك، لن نغطي أي عدسات لاصقة إذا قدمنا بدلاً (أو تمت تغطيته بطريقة أخرى) للعدسات اللاصقة خلال الاثني عشر شهرًا السابقة، ولكن لا يشمل العدسات اللاصقة المغطاة لأنيريديا.
<p>\$0</p>	<p>أجهزة ضعف البصر: نحن نغطي أجهزة ضعف البصر بموجب Medi-Cal عند استيفاء الشروط التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أفضل حدة بصرية مصححة هي 60/20 أو أسوأ في العين الأفضل، أو أن هناك حدًا للمجال لأي عين إلى 10 درجات أو أقل من نقطة التثبيت. • الحالة التي تسبب الرؤية غير الطبيعية مزمنة، ولا يمكن تخفيفها بالوسائل الطبية أو الجراحية. • الحالة الجسدية والعقلية للمتلق هي مثل أن يكون هناك توقع معقول بأن الوسائل المساعدة ستستخدم لتحسين الوظيفة اليومية للمتلق. <p>تقتصر التغطية على الجهاز الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجات العضو. لا تشمل تغطية Medi-Cal أجهزة التكبير الإلكترونية والأجهزة التي لا تتضمن عدسة للاستخدام مع العين.</p>

ما يجب عليك دفعه	الخدمات التي تدفعها خطتنا
\$0	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"> <p style="text-align: center;">"Welcome to Medicare" الزيارة الوقائية</p> <p>نحن نغطي الزيارة الوقائية لمرة واحدة "Welcome to Medicare". الزيارة تشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة صحتك، • التثقيف والاستشارة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات واللقطات) • والإحالات لرعاية أخرى إذا كنت في حاجة إليها. <p>ملاحظة: نحن نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا من وجود الجزء B من برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، أخبر مكتب طبيبك أنك تريد تحديد موعد زيارتك الوقائية "Welcome to Medicare".</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات التي تتم تغطيتها لك												
	<p>رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)</p> <p>أبرمت Health Plan اتفاقية مع Delta Dental of California ("Delta Dental") لتقديم لك برنامج DeltaCare® USA Dental HMO. تقدم DeltaCare USA رعاية أسنان شاملة من خلال شبكة من أطباء الأسنان الذين يتعاقدون مع Delta Dental لتقديم خدمات طب الأسنان. للحصول على معلومات حول مقدمي خدمات طب الأسنان، يرجى الرجوع إلى "دليل مقدمي خدمات طب الأسنان".</p> <p>يتم تنفيذ المزايا الموضحة أدناه على النحو الذي يراه مناسبًا من قبل طبيب أسنان DeltaCare USA الخاضع للقيود والاستثناءات المنصوص عليها في هذا الفصل. يجب على الأعضاء مناقشة جميع خيارات العلاج مع طبيب أسنان DeltaCare USA قبل تقديم الخدمات. إذا تم تنفيذ خدمات لإجراء مدرج من قبل طبيب الأسنان المعين، يدفع الشخص المسجل بالبرنامج المبلغ المشترك المحدد. الإجراءات المدرجة التي تتطلب من طبيب الأسنان تقديم خدمات متخصصة، والتي تتم إحالتها من قبل طبيب الأسنان المتعاقد المعين، يجب أن تكون مصرح بها من قبل Delta Dental. يدفع الشخص المسجل في البرنامج المبلغ المشترك المحدد لمثل هذه الخدمات.</p> <p>إذا لم يكن الإجراء مدرجًا أدناه، فلن تتم تغطيته. ملاحظة: أي خدمة مدرجة أدناه بعلامة النجمة (*) هي فقط إعانة مغطاة عندما يتم توفيرها مع خدمة أخرى مدرجة غير مميزة بعلامة النجمة.</p> <p>النص الذي يظهر بالخط المائل أدناه يهدف على وجه التحديد إلى توضيح تقديم الإعانات بموجب برامج DeltaCare USA Dental HMO، ولا يجب تفسيره على أنه رموز إجراءات العام 2024 لمصطلحات الأسنان الحالية (CDT) أو التسميات أو الواصفات التي تخضع لحقوق الطبع والنشر من قبل جمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA). يجوز للجمعية الأمريكية لطب الأسنان تغيير رموز CDT أو تعريفاتها بشكل دوري. يمكن استخدام هذه الرموز أو الواصفات أو التسميات المحدثة لوصف هذه الإجراءات المشمولة بالتغطية وفقًا للتشريعات الفيدرالية.</p>												
	<p>تشخيصي (D0999-D0100)†</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td data-bbox="190 1312 443 1396">\$0</td> <td data-bbox="443 1312 1422 1396">D0120: التقييم الشفوي الدوري - المريض الثابت.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1396 443 1480">\$0</td> <td data-bbox="443 1396 1422 1480">D0140: تقييم شفوي محدود - تركيز المشكلة.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1480 443 1564">\$0</td> <td data-bbox="443 1480 1422 1564">D0150: تقييم شفوي شامل - مريض جديد أو قديم.</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1564 443 1648">\$0</td> <td data-bbox="443 1564 1422 1648">D0160: تقييم شفوي مفصل وشامل - تركيز على المشكلة، عن طريق التقرير</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1648 443 1732">\$0</td> <td data-bbox="443 1648 1422 1732">D0180: تقييم شامل للثة - مريض جديد أو موجود</td> </tr> <tr> <td data-bbox="190 1732 443 1812">\$0</td> <td data-bbox="443 1732 1422 1812">D0210: داخل الفم - سلسلة شاملة من الصور الشعاعية - تقتصر على سلسلة واحدة كل 24 شهرًا.</td> </tr> </tbody> </table>	\$0	D0120: التقييم الشفوي الدوري - المريض الثابت.	\$0	D0140: تقييم شفوي محدود - تركيز المشكلة.	\$0	D0150: تقييم شفوي شامل - مريض جديد أو قديم.	\$0	D0160: تقييم شفوي مفصل وشامل - تركيز على المشكلة، عن طريق التقرير	\$0	D0180: تقييم شامل للثة - مريض جديد أو موجود	\$0	D0210: داخل الفم - سلسلة شاملة من الصور الشعاعية - تقتصر على سلسلة واحدة كل 24 شهرًا.
\$0	D0120: التقييم الشفوي الدوري - المريض الثابت.												
\$0	D0140: تقييم شفوي محدود - تركيز المشكلة.												
\$0	D0150: تقييم شفوي شامل - مريض جديد أو قديم.												
\$0	D0160: تقييم شفوي مفصل وشامل - تركيز على المشكلة، عن طريق التقرير												
\$0	D0180: تقييم شامل للثة - مريض جديد أو موجود												
\$0	D0210: داخل الفم - سلسلة شاملة من الصور الشعاعية - تقتصر على سلسلة واحدة كل 24 شهرًا.												

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D0220: داخل الفم - أول صورة شعاعية حول حوائط الذروة.	\$0
D0230: داخل الفم - كل صورة شعاعية إضافية حول حوائط الذروة.	\$0
D0240: داخل الفم - الصورة الشعاعية الإطباقية.	\$0
D0250: خارج الفم - صورة إشعاعية الإسقاط ثنائي الأبعاد خارج الفم تم إنشاؤها باستخدام مصدر إشعاع ثابت وكاشف.	\$0
D0251: صورة شعاعية خلفية للأسنان خارج الفم.	\$0
D0270: المجتحة - صورة شعاعية واحدة.	\$0
D0272: المجتحة - صورتان شعاعية.	\$0
D0274: المجتحة - أربع صور إشعاعية - تقتصر على سلسلة واحدة كل 6 أشهر.	\$0
D0330: صورة شعاعية بانورامية.	\$0
D0350: صور فوتوغرافية ثنائية الأبعاد عن طريق الفم/الوجه تم الحصول عليها داخل أو خارج الفم - لتشخيص وعلاج الحالة السريرية المحددة غير الظاهرة في الصور الشعاعية - 4 لكل تاريخ الخدمة.	\$0
D0396: طباعة ثلاثية الأبعاد لفحص سطح الأسنان ثلاثي الأبعاد.	\$0
D0419: تقييم تدفق اللعاب عن طريق القياس - 1 كل 12 شهرًا.	\$0
D0502: إجراءات أمراض الفم الأخرى، حسب التقرير.	\$0
D0999: إجراء تشخيص غير محدد، حسب التقرير - يشمل زيارة المكتب، في كل زيارة (بالإضافة إلى الخدمات الأخرى).	\$0
وقائي (D1999-D1000) D1110: التنظيف الوقائي - بالغ - D1110 1 أو D4346 لكل 6 أشهر.	\$0
D1206: التطبيق الموضوعي لطلاء الفلورايد - D1206 1 و D1208 لكل 6 أشهر.	\$0
D1208: التطبيق الموضوعي للفلورايد - باستثناء الورنيش - D1206 1 أو D1208 لكل 6 أشهر.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D1354 تطبيق دواء مانع لتسوس الأسنان - لكل سن - 1 لكل 6 أشهر	\$0
استعادة (D2999-D2000)† يشمل التلميع وجميع المواد اللاصقة وعوامل الترابط وتغطية اللب غير المباشرة والقواعد والبطانات وإجراءات الحفر بالحمض. يتطلب استبدال التيجان والترصيعات والترميمات الحالية أن يكون عمرها أكثر من 5 سنوات.	
D2140: ملغم - سطح واحد، أساسي أو دائم - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2150: الملغم - سطحان، أساسي أو دائم - يقتصر على سطح واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2160: الملغم - ثلاثة أسطح، أساسي أو دائم - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2161: الملغم - أربعة أسطح أو أكثر، أساسي أو دائم - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2330: مركب أساسه الراتنج - سطح واحد، أمامي - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2331: مركب أساسه الراتنج - سطحان، أماميان - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2332: مركب أساسه الراتنج - ثلاثة أسطح، أمامية - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2335: مركب أساسه الراتنج - أربعة أسطح أو أكثر (أمامي) - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2390: تاج مركب من الراتنج، أمامي - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2391: مركب أساسه الراتنج - سطح واحد، خلفي - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2392: مركب أساسه الراتنج - سطحان، خلفي - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2393: مركب أساسه الراتنج - ثلاثة أسطح، خلفي - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2394: مركب أساسه الراتنج - أربعة أسطح أو أكثر، خلفي - يقتصر على واحد لكل 36 شهرًا.	\$0
D2910: إعادة تثبيت أو إعادة لصق الحشوات المصبوبة أو الحشوات الضمنية أو القشرة أو ترميم التغطية الجزئية - يقتصر على 1 لكل 12 شهرًا.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D2920: إعادة تثبيت التاج أو إعادة ربطه - يكون المزود الأصلي مسؤولاً عن جميع عمليات إعادة التدعيم خلال أول 12 شهرًا بعد الوضع الأولي للتاج الجاهز أو المعالج في المختبر. بعد فترة الشهر الأولى، تقتصر على 1 لكل 12 شهرًا.	\$0
D2928 تاج من البورسلين / تاج من الخزف الجاهز ذو الأسنان الدائمة - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2931: تاج مسبق الصنع من الفولاذ المقاوم للصدأ - سن دائم - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2932: تاج الراتنج الجاهز - الأسنان الأولية الأمامية - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2933: تاج مسبق الصنع من الفولاذ المقاوم للصدأ مع نافذة من الراتنج - يقتصر على 1 لكل 36 شهرًا.	\$0
D2940: الترميم الوقائي - يقتصر على 1 في 6 أشهر.	\$0
D2952: الدعامة والقلب بالإضافة إلى التاج، مصنعة بشكل غير مباشر - بما في ذلك تحضير القناة - مرة واحدة لكل سن بغض النظر عن عدد الدعائم الموضوعة، فقط بالتزامن مع التيجان المسموح بها (الجاهزة أو المعالجة مخبريًا).	\$0
D2954: الدعامة والقلب الجاهزان بالإضافة إلى التاج - دعامة معدنية أساسية؛ يشمل تحضير القناة - مرة واحدة لكل سن بغض النظر عن عدد الدعائم الموضوعة، فقط بالتزامن مع التيجان المسموح بها (الجاهزة أو المعالجة مخبريًا) على الأسنان الدائمة المعالجة بقناة الجذر.	\$0
D2976: تثبيت نطاق - لكل سن - يقتصر على مرة واحدة في العمر لكل سن	\$0
D2989: حفر سن مما يؤدي إلى تحديد عدم قابلية الترميم	\$0
علاج جذور الاسنان (D3999-D3000) † D3110: غطاء اللب - مباشر (باستثناء الترميم النهائي).	\$0
D3346: إعادة معالجة قناة الجذر السابقة - الأمامية - لا تعود بالفائدة على المزود الأصلي في غضون 12 شهرًا من العلاج الأولي.	\$0
اللثة (D4999-D4000) † يشمل التقييمات والعلاجات قبل الجراحة وبعدها تحت التخدير الموضعي.	
D4341: تحجيم اللثة وكشط الجذر - أربعة أسنان أو أكثر لكل ربع - يقتصر على 1 لكل ربع في 24 شهرًا.	\$0
D4342: تحجيم اللثة وكشط الجذر - واحد إلى ثلاثة أسنان لكل ربع - يقتصر على 1 لكل ربع في 24 شهرًا.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D4346: تقشر في وجود التهاب اللثة المعتدل أو الشديد المعمم - الفم الكامل، بعد التقييم الفموي D1110 أو 1 - D4346 لكل فترة 6 أشهر	\$0
D4355: تنضير كامل للفم لتمكين التقييم الشامل للثة وتشخيصها في زيارة لاحقة - يقتصر على علاج واحد في أي 12 شهرًا متتاليًا.	\$0
D4910: صيانة اللثة - ميزة فقط للمرضى المقيمين في منشأة ترميض ماهرة أو مرفق رعاية متوسطة، فقط عندما يسبقها تحجيم اللثة وتخطيط الجذر (D4342-D4341)، فقط بعد الانتهاء من جميع عمليات القياس الضرورية وتخطيط الجذر، تقتصر على علاج واحد لكل ربع سنة تقويمي، فقط في فترة الـ 24 شهرًا التي تلي آخر تغيير للقياس وتخطيط الجذر.	\$0
التركيبات، سهولة الخلع (D5000-D5899)†	
تقتصر عمليات إعادة القاعدة والتخفيضات وموامة الأنسجة على 1 لكل طقم أسنان خلال أي 12 شهرًا متتاليًا. يتطلب استبدال طقم أسنان أو طقم أسنان جزئي أن يكون عمر طقم الأسنان الحالي أكثر من 5 سنوات. ملاحظة: بالنسبة لجميع أطقم الأسنان المدرجة، يشمل الدفع المشترك لأي بدلة قابلة للإزالة أو إعادة ضبط أو موامة الأنسجة أو إصلاحها جميع التعديلات اللازمة لمدة ستة أشهر بعد تاريخ الخدمة. يجب أن يظل الشخص المسجل مؤهلاً، ويجب تقديم الخدمة في منشأة طبيب الأسنان المتعاقد حيث تم تسليم طقم الأسنان في الأصل.	
D5110: طقم أسنان كامل - الفك العلوي.	\$0
D5120: طقم أسنان كامل - الفك السفلي.	\$0
D5130: طقم أسنان فوري - الفك العلوي.	\$0
D5140: طقم أسنان فوري - الفك السفلي.	\$0
D5410: ضبط طقم الأسنان بالكامل - الفك العلوي - مرة واحدة في تاريخ الخدمة ؛ 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5411: ضبط طقم الأسنان الكامل - الفك السفلي - مرة واحدة في تاريخ الخدمة ؛ 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5511: إصلاح قاعدة الأسنان الكاملة المكسورة، الفك السفلي. واحد لكل قوس في تاريخ الخدمة؛ يقتصر على 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5512: إصلاح قاعدة الأسنان الكاملة المكسورة والفك العلوي. واحد لكل قوس في تاريخ الخدمة؛ يقتصر على 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5520: استبدال الأسنان المفقودة أو المكسورة - طقم أسنان كامل (كل سن) - بحد أقصى أربعة أسنان لكل قوس، حسب تاريخ الخدمة لكل مزود ؛ يقتصر على مرتين لكل قوس، في فترة 12 شهرًا.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D5611: إصلاح قاعدة الأسنان الجزئية الراتنج، الفك السفلي. واحد لكل قوس في تاريخ الخدمة؛ يقتصر على 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5612: إصلاح قاعدة الأسنان الجزئية، الفك العلوي. واحد لكل قوس في تاريخ الخدمة؛ يقتصر على 2 في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5730: إعادة ربط طقم الأسنان العلوي الكامل (مساعد طبيب الأسنان) - يقتصر على طقم أسنان واحد لكل طقم أسنان في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5731: إعادة ربط طقم أسنان الفك السفلي الكامل (مساعد طبيب الأسنان) - يقتصر على طقم أسنان واحد لكل طقم في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5750: إعادة ربط طقم الأسنان العلوي الكامل (المختبر) - يقتصر على طقم أسنان واحد لكل طقم أسنان في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5751: إعادة ربط طقم أسنان الفك السفلي الكامل (المختبر) - يقتصر على طقم أسنان واحد لكل طقم في فترة 12 شهرًا.	\$0
D5850: مواءمة الأنسجة، الفك العلوي - يقتصر على 2 لكل طقم أسنان في فترة 36 شهرًا.	\$0
D5851: مواءمة الأنسجة، الفك السفلي - يقتصر على 2 لكل طقم أسنان في فترة 36 شهرًا.	\$0
D5863: بدلة سنوية ترفيدية - الفك العلوي الكامل - يقتصر على 1 لكل خمس سنوات.	\$0
D5865: بدلة سنوية ترفيدية - الفك السفلي الكامل - تقتصر على 1 لكل فترة خمس سنوات.	\$0
خدمات الزرع (D6000-D6199) †	
إعانة فقط عندما يتم توثيق الحالات الطبية الاستثنائية ومراجعتها للضرورة الطبية. مطلوب إذن مسبق. راجع أيضًا القيود و/أو الاستثناءات. مقدم الخدمات الأصلي هو المسؤول عن جميع عمليات إعادة التثبيت في غضون أول 12 شهرًا بعد التثبيت الأولي للنتيجان المدعومة بالزرع/الدعامة. ثم يقتصر على 1 لكل 12 شهرًا من إعادة التثبيت السابقة من قبل نفس مقدم الخدمات.	
D6092: إعادة تثبيت أو إعادة ربط الغرسة/التاج المدعوم بالدعامة.	\$0
D6093: إعادة تركيب أو إعادة ربط الغرسة/الدعامة المدعومة بالأسنان الجزئية الثابتة.	\$0
D6096: قم بإزالة برغي تثبيت الغرسة المكسور.	\$0
D6100: الاستئصال الجراحي للزرع.	\$0
D6105: إزالة جسم الزرع التي لا تتطلب إزالة العظام أو رفع السديلة.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
D6197: استبدال المواد الترميمية المستخدمة لإغلاق فتحة الوصول للطرف الاصطناعي المدعوم بالبراغي، لكل عملية زرع.	\$0
التركيبات السنوية الثابتة (D6200-D6999) † يشكل كل تجنيب وجسر وحدة في طقم أسنان أو جسر جزئي ثابت. يتطلب استبدال التاج أو الجسر أو الراصعة أو البطانة أو كسر الضغط أن يكون عمر الجسر الحالي أكثر من 5 سنوات.	
D6930: إعادة تثبيت أو إعادة لصق طقم الأسنان الجزئي الثابت.	\$0
D6999: إجراء تعويضات سنوية ثابتة غير محدد، حسب التقرير.	\$0
جراحة الفم والوجه والفكين (D7000-D7999) † يشمل التقييمات والعلاجات قبل الجراحة وبعدها تحت التخدير الموضعي.	
D7111: خلع الأجزاء المتبقية من تاج السن - سن لبني.	\$0
D7140: قلع أو بروز أسنان أو جذر مكشوف (رفع و/أو إزالة ملقط).	\$0
D7210: قلع الأسنان المندفعة التي تتطلب إزالة العظم و/أو تقطيع الأسنان، بما في ذلك رفع السديلة المخاطية العظمية إذا لزم الأمر.	\$0
D7220: إزالة السن المتأثر - الأنسجة الرخوة.	\$0
D7230: إزالة السن المحشور - عظمي جزئياً.	\$0
D7240: إزالة السن المحشور - عظمي بالكامل.	\$0
D7241: إزالة السن المحشور - عظمي بالكامل، مع مضاعفات جراحية غير عادية.	\$0
D7250: إزالة بقايا جذور الأسنان (إجراء القطع).	\$0
D7270: إعادة زرع و/أو تثبيت الأسنان المبعثرة أو النازحة عن طريق الخطأ - للأسنان الأمامية الدائمة فقط - مرة واحدة لكل قنطرة.	\$0
D7284: خزعة استئصالية من الغدد اللعابية الصغيرة.	\$0
D7286: خزعة الأنسجة الفموية - الرخوة - لا تشمل إجراءات المختبر الباثولوجي.	\$0

الخدمات التي تتم تغطيتها لك	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
الخدمات العامة المساعدة (D9000-D9999)†	
D9110: العلاج الملطف لآلام الأسنان - في الزيارة الواحدة.	\$0
D9210: التخدير الموضعي غير متزامن مع العمليات الجراحية أو الجراحية.	\$0
D9211: التخدير الناحي.	\$0
D9212: التخدير الناحي ثلاثي التوائم.	\$0
D9215: التخدير الموضعي بالتزامن مع العمليات الجراحية أو الجراحية.	\$0
D9222: تخدير عميق/تخدير عام - أول 15 دقيقة	\$0
D9223: تخدير عميق/تخدير عام - كل 15 دقيقة زيادة.	\$0
D9230: استنشاق أكسيد النيتروز / مزيل القلق والتسكين.	\$0
D9239: التهدئة/التسكين الوريدي المعتدل (الواعي) - أول 15 دقيقة.	\$0
D9243: التخدير الوريدي المعتدل (الواعي)/تسكين الألم - كل 15 دقيقة زيادة لاحقة.	\$0
D9248: التخدير المعتدل غير الوريدي (الواعي). يقتصر على مرة واحدة لكل تاريخ الخدمة.	\$0
D9310: الاستشارة - خدمة تشخيصية يقدمها طبيب أسنان أو طبيب بخلاف طبيب الأسنان أو الطبيب. يتم حساب هذا الإجراء فقط كإجراءات تشخيصية D0120 أو D0140 أو D0150 أو D0160.	\$0
D9311: التشاور مع اختصاصي الرعاية الصحية الطبية.	\$0
D9430: زيارة مكتبية للمراقبة (خلال ساعات العمل المنتظمة) - لم يتم تنفيذ أي خدمات أخرى. مرة واحدة في تاريخ الخدمة.	\$0
D9440: زيارة المكتب - بعد ساعات محددة بانتظام - مرة واحدة في تاريخ الخدمة و فقط مع العلاج الذي يعتبر فائدة.	\$0
D9910: استخدام دواء مزيل للتحسس - للأسنان الدائمة فقط - يقتصر على دواء واحد كل 12 شهرًا.	\$0

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات التي تتم تغطيتها لك
\$0	D9930: علاج المضاعفات (ما بعد الجراحة) - ظروف غير عادية، عن طريق التقرير. مرة واحدة في تاريخ الخدمة.
\$0	D9986: الموعد الفائت - دون إشعار قبل 24 ساعة.
\$0	D9987: موعد تم إلغاؤه - بدون إشعار قبل 24 ساعة.
\$0	D9990 ترجمة معتمدة أو خدمات لغة الإشارة - لكل زيارة.
\$0	D9991: إدارة حالات الأسنان - معالجة حواجز الامتثال للمواعيد.
\$0	D9992: إدارة حالة الأسنان - تنسيق الرعاية.
\$0	D9995: طب الأسنان عن بعد - متزامن؛ لقاء في الوقت الحقيقي.
\$0	<ul style="list-style-type: none"> D9996: طب الأسنان - غير متزامن. يتم تخزين المعلومات وإرسالها إلى طبيب الأسنان لمراجعتها لاحقاً.
\$0	<p>رعاية الأسنان الطارئة**</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى رعاية أسنان طارئة، يجب عليك الاتصال بطبيب الأسنان التابع لشركة DeltaCare USA أو خدمة عملاء Delta Dental على الرقم 1-877-644-1774، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً. بتوقيت شرق الولايات المتحدة، 7 أيام في الأسبوع من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. بتوقيت شرق الولايات المتحدة، (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 711).</p> <ul style="list-style-type: none"> رعاية الأسنان الطارئة المغطاة التي يتم تلقيها من طبيب أسنان DeltaCare USA المخصص لك.
\$100 كحد أقصى. تقوم بدفع أي مبالغ تتجاوز	<ul style="list-style-type: none"> تقتصر رعاية الأسنان الطارئة المغطاة التي تتلقاها من طبيب أسنان بخلاف طبيب أسنان DeltaCare USA المخصص لك على \$100 لكل حالة طارئة، أقل من مشاركة التكلفة الخاصة بك. أيضاً، تقتصر رعاية الطوارئ المغطاة على الرعاية اللازمة لتحقيق الاستقرار في حالتك وتوفير الراحة اللطيفة. بالإضافة إلى ذلك، إذا لم يتم استيفاء الشروط التالية، فأنت مسؤول عن التكلفة الكاملة للعناية بالأسنان: <ul style="list-style-type: none"> لقد بذلت محاولة معقولة للاتصال بطبيب أسنان DeltaCare USA المخصص لك، ولا يمكن رؤيتك في غضون 24 ساعة أو إذا كنت تعتقد أن حالتك تجعل من غير المعقول أو المستحيل السفر إلى طبيب أسنان DeltaCare USA المخصص لك. إذا كنت عضواً جديداً ولم يتم تعيين طبيب أسنان لك بعد، فيجب عليك الاتصال بخدمة عملاء Delta Dental للمساعدة في تحديد موقع طبيب أسنان DeltaCare USA.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات التي تتم تغطيتها لك
	<ul style="list-style-type: none"> • لقد اتصلت بخدمة عملاء Delta Dental قبل تلقي رعاية الأسنان الطارئة، أو من المعقول أن تحصل على رعاية أسنان طارئة دون الاتصال بخدمة العملاء مع مراعاة حالتك وظروفك. • يجب تقديم المطالبات الخاصة بخدمات طب الأسنان الطارئة المغطاة إلى Delta Dental في غضون 90 يومًا من تاريخ العلاج ما لم تتمكن من إثبات أنه لم يكن من الممكن بشكل معقول تقديم المطالبة في غضون ذلك الوقت. في هذه الحالة، يجب استلام المطالبة في غضون عام واحد من تاريخ العلاج. أرسل مطالبتك إلى: Delta Dental Claims Department, P.O. Box 1803, Alpharetta, GA 30023

E. الفوائد المغطاة خارج خطتنا

نحن لا نغطي الخدمات التالية، لكنها متاحة من خلال رسوم خدمة Medicare أو Medi-Cal الأصلية.

E1. برنامج California Community Transitions (CCT)

يستخدم برنامج California Community Transitions (CCT) المنظمات المحلية الرائدة لمساعدة المستفيدين المؤهلين من Medi-Cal، الذين عاشوا في مرفق للمرضى الداخليين لمدة 90 يومًا على الأقل، والانتقال مرة أخرى إلى بيئة مجتمعية والبقاء فيها بأمان. يمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين في العودة إلى بيئة مجتمعية.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقال من أي منظمة رائدة في CCT تخدم المقاطعة التي تعيش فيها. يمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة في CCT والمقاطعات التي تخدمها على موقع الويب الخاص بوزارة خدمات الرعاية الصحية على: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

بالنسبة لخدمات تنسيق الانتقال إلى CCT

يدفع Medi-Cal مقابل خدمات تنسيق الانتقال. أنت لا تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للخدمات التي لا تتعلق بالانتقال إلى CCT الخاص بك

مقدم الخدمة يدفع لنا مقابل خدماتك. تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. أنت لا تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات.

بينما تحصل على خدمات تنسيق انتقال CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في "مخطط المزايا" في القسم D.

لا تغيير في مزايا التغطية الدوائية

برنامج CCT لا يغطي الأدوية. ستستمر في الحصول على فائدة الأدوية العادية من خلال خطتنا. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية انتقالية غير CCT، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. إن الرعاية التي لا تخضع للانتقال من CCT هي رعاية لا تتعلق بانتقالك من مؤسسة أو مرفق.

E2. برنامج Medi-Cal Dental

بعض خدمات رعاية الأسنان متوفرة من خلال برنامج Medi-Cal Dental؛ وتشمل على سبيل المثال، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات وعلاجات الفلورايد.
- الترميمات والتيجان.
- قناة الجذر العلاج.
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة والتعديلات والإصلاحات وإعادة التركيب.

تتوفر مزاي طب الأسنان في برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service. لمزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، فاتصل بخط خدمة العملاء على **1-800-322-6384** (مستخدمو الهاتف النصي (TTY) يتصلون بالرقم **1-800-735-2922**). المكالمات مجانية. يتوفر ممثلو برنامج خدمات Medi-Cal Dental لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع على <https://smilecalifornia.org/> للمزيد من المعلومات.

بالإضافة إلى برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service، قد تحصل على مزاي طب الأسنان من خلال خطة رعاية مُدارة للأسنان. تتوفر خطط رعاية الأسنان المدارة في مقاطعة لوس أنجلوس. إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات حول خطط طب الأسنان أو ترغب في تغيير خطط طب الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم **1-800-430-4263** (مستخدمو الهاتف النصي (TTY) يتصلون بالرقم **1-800-430-7077**)، من الإثنين حتى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. المكالمات مجانية.

تقدم خطتنا خدمات طب أسنان إضافية. انتقل إلى مخطط المزايا في القسم D لمزيد من المعلومات.

E3. الرعاية في مرحلة الاحتضار

لديك الحق في اختيار دار عجزة إذا قرر مقدم الخدمة والمدير الطبي لدار العجزة أن لديك تشخيصًا نهائيًا. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية عجزة معتمد من قبل Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية العجزة المعتمدة من Medicare. يمكن أن يكون طبيب دار العجزة لديك أحد مقدمي الخدمة في الشبكة أو مقدم خدمة خارج الشبكة.

ارجع إلى مخطط الإعانات القسم D للحصول على مزيد من المعلومات حول ما ندفعه مقابل الحصول على خدمات رعاية العجزة.

لخدمات رعاية المسنين والخدمات التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare والتي تتعلق بتشخيصك النهائي

- يقوم مقدم خدمات العجزة بتوجيه الفواتير إلى Medicare مقابل خدماتك. يدفع Medicare مقابل خدمات رعاية العجزة المتعلقة بتشخيصك النهائي. أنت لا تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات.

للخدمات التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare والتي لا تتعلق بتشخيصك النهائي

- سيقوم مقدم الخدمة بإصدار فاتورة إلى Medicare مقابل خدماتك. ستدفع Medicare مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare، ولن تدفع شيئًا مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بإعانات الجزء د من برنامج Medicare:

- لا تتم تغطية الأدوية من قبل كل من رعاية العجزة وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء المتوفر لديك.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية العجزة، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالعجزة هي رعاية لا علاقة لها بالتشخيص النهائي.

In-Home Supportive Services (IHSS) .E4

- سيساعدك برنامج IHSS في دفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يعتبر IHSS بديلاً عن الرعاية خارج المنزل، مثل دور رعاية المسنين أو مرافق الإقامة والرعاية.
- أنواع الخدمات التي يمكن السماح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل العناية بالأعضاء والمثانة، والاستحمام، والعناية بالمظهر، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي لذوي الإعاقة العقلية.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على IHSS مع وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك.
- إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للخدمات الاجتماعية العامة على الرقم **1-866-613-3777 (TTY 711)**.
- وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة أورانج على **1-855-541-5411 (TTY 711)**.
- إدارة مقاطعة ريفرسايد للخدمات الاجتماعية العامة على **1-877-410-8827 (TTY 711)**.
- خدمات الشيوخ والبالغين في مقاطعة سان برناردينو على **1-909-891-3900 (TTY 711)**.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في سان دييغو **1-866-262-9881 (TTY 711)**.

E5. 1915(c) برامج خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية (HCBS)**Assisted Living Waiver (ALW)**

- يقدم برنامج Assisted Living Waiver (ALW) للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للإيداع طويل الأجل في مرفق ترميز. الهدف من ALW هو تسهيل انتقال مرفق التمريض مرة أخرى إلى بيئة شبيهة بالمنزل ومجتمعية أو منع قبول التمريض الماهر للمستفيدين الذين لديهم حاجة ملحة للإيداع في مرفق ترميز.
- يمكن للأعضاء المسجلين في ALW والذين تم نقلهم إلى Medi-Cal Managed Care أن يظلوا مسجلين في ALW أثناء تلقيهم أيضاً المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة ALW Care Coordination لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على ALW.

استثناء خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Waiver services) ، HCBS) لسكان كاليفورنيا الذين يعانون من إعاقات في النمو (HCBS-DD)

استثناء Self-Determination Program (SDP) في كاليفورنيا للأفراد الذين يعانون من إعاقات في النمو

- يتوفر استثناءان (c)1915، وهما الاستثناء HCBS-DD والاستثناء SDP، وبموجبهما يتم تقديم الخدمات للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بإعاقة في النمو تبدأ قبل عيد ميلاد الفرد الثامن عشر ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. يعد كلا الاستثناءان وسيلة لتمويل خدمات معينة تسمح للأشخاص ذوي الإعاقة في النمو بالعيش في المنزل أو في المجتمع بدلاً من الإقامة في مرفق صحي مرخص. يتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية كاليفورنيا. يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك المساعدة في توصيلك بخدمات استثناء DD.

استثناء Home and Community-Based Alternative (HCBA)

- يقدم استثناء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر العيش في دار رعاية مسنين أو الإيداع في مؤسسة رعاية. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتألف من ممرضة وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات الاستثناء وخطة الولاية (مثل الخدمات الطبية، والصحة السلوكية، وخدمات الدعم في المنزل، وما إلى ذلك)، والترتيب للخدمات الأخرى طويلة الأجل والدعم المتاح في المجتمع المحلي. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية والاستثناء في مكان الإقامة المجتمعية للمشاركة. يمكن أن يكون مكان الإقامة هذا ملكاً خاصاً، أو مؤمناً من خلال ترتيب إيجار المستأجر، أو مكان إقامة أحد أفراد عائلة المشارك.
- يمكن للأعضاء المسجلين في استثناء HCBA والذين تم نقلهم إلى Medi-Cal Managed Care أن يظلوا مسجلين في استثناء HCBA أثناء تلقيهم أيضاً المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة استثناء HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على ALW.

برنامج Medi-Cal Waiver (MCWP)

- يوفر برنامج Medi-Cal Waiver (MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المتعاقبين مع فيروس العوز المناعي البشري كبديل عن رعاية مرفق التمريض أو الإقامة في المستشفى. إدارة الحالات هي نهج جماعي يركز على المشارك ويتألف من ممرضة مسجلة ومدير حالات العمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالات مع المشاركين ومقدمي الرعاية الأولية والأسرة ومقدمي الرعاية ومقدمي الخدمات الآخرين، لتقييم احتياجات الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعهم.
- أهداف MCWP هي: (1) تقديم الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس العوز المناعي البشري الذين قد يحتاجون بخلاف ذلك إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين مع الإدارة الصحية لفيروس العوز المناعي البشري؛ (3) تحسين الوصول إلى الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي و(4) التنسيق بين مقدمي الخدمات والقضاء على ازدواجية الخدمات.
- يمكن للأعضاء المسجلين في استثناء MCWP والذين تم نقلهم إلى Medi-Cal Managed Care أن يظلوا مسجلين في استثناء MCWP أثناء تلقيهم أيضاً المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة استثناء MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على MCWP.

برنامج Multipurpose Senior Services (MSSP)

- يوفر برنامج Multipurpose Senior Services (MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- بينما يتلقى معظم المشاركين في البرنامج أيضًا خدمات الدعم في المنزل، يوفر MSSP تنسيقًا مستمرًا للرعاية، ويربط المشاركين بخدمات وموارد مجتمعية أخرى مطلوبة، وينسق مع مقدمي الرعاية الصحية، ويقوم بشراء بعض الخدمات المطلوبة التي لا تتوفر بطريقة أخرى لمنع أو تأخير الإيداع في مرفق رعاية. يجب أن تكون التكلفة الإجمالية السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مرفق ترميز ماهر.
- يقدم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية لكل مشارك في برنامج MSSP تقييمًا صحيًا ونفسيًا اجتماعيًا كاملاً لتحديد الخدمات المطلوبة. وبعد ذلك يعمل الفريق مع المشارك في برنامج MSSP وطبيبته وأسرته وآخرين لوضع خطة رعاية فردية. الخدمات تشمل ما يلي:
 - إدارة الرعاية.
 - الرعاية النهارية للبالغين.
 - أعمال الإصلاح/الصيانة البسيطة للمنزل.
 - الأعمال الروتينية التكميلية في المنزل، والعناية الشخصية، وخدمات الإشراف الوقائي.
 - خدمات الاستجمام.
 - خدمات النقل.
 - الخدمات الاستشارية والعلاجية.
 - خدمات الوجبات.
 - خدمات الاتصالات.
- يمكن للأعضاء المسجلين في MSSP Waiver والذين تم نقلهم إلى Medi-Cal Managed Care أن يظلوا مسجلين في MSSP Waiver أثناء تلقيهم أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع مقدم MSSP الخاص بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على MSSP.

E6. خدمات تقييم وكالة التعليم المحلية ("LEA")

Health Plan ليست مسؤولة عن تغطية خدمات تقييم LEA كما هو محدد في البند CCR 22 القسم 51360(b) عندما يتم تقديمها لعضو مؤهل لخدمات LEA استنادًا إلى البند CCR 22 في القسم 51190.1.

E7. خدمات LEA كما هي محددة في البند CCR 22 القسم 51360

Health Plan ليست مسؤولة عن تغطية خدمات LEA المقدمة وفقًا لخطة التعليم الفردي (IEP) على النحو المنصوص عليه في قانون التعليم، القسم 56340 وما يليه أو خطة خدمة الأسرة الفردية (IFSP) على النحو المنصوص عليه في قانون الحكومة رقم 95020، أو خدمات LEA المقدمة بموجب خطة الصحة والدعم الفردية (IHSP)، كما هو موضح في البند CCR 22 القسم 51360.

E8. الخدمات المعملية المقدمة في إطار برنامج اختبار بروتين ألفا فيتوبروتين في الدم التابع للدولة

تتم تغطية الخدمات في إطار برنامج اختبار بروتين ألفا فيتوبروتين المصل للولاية من خلال FFS Medi-Cal.

E9. الصلاة أو الاستشفاء الروحي

تتوفر الصلاة أو خدمات الاستشفاء الروحي كما هو محدد في البند 22 CCR القسم 51312 من FFS Medi-Cal. يرجى الاتصال بالمقاطعة للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية الوصول إلى هذه الخدمات.

F. المزايا التي لا تغطيها خطتنا أو برنامج Medicare أو Medi-Cal

يخبرك هذا القسم بالمزايا التي تستبعدنا خطتنا. تعني كلمة "مستثنى" أننا لا ندفع مقابل هذه الإعانات. لا تدفع Medicare وMedi-Cal مقابلهما أيضًا.

تصف القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا نغطيها تحت أي شروط، وبعضها مستبعد من قبلنا فقط في بعض الحالات.

نحن لا ندفع مقابل المزايا الطبية المستبعدة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في كتيب الأعضاء هذا) إلا في ظل شروط محددة مدرجة. حتى إذا تلقيت الخدمات في مرفق طوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا كنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تدفع مقابل خدمة غير مغطاة، يمكنك طلب استئناف. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موصوفة في مخطط المزايا، لا تغطي خطتنا العناصر والخدمات التالية:

- تعتبر الخدمات غير "معقولة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لخطة Medicare وMedi-Cal، ما لم ندرجها على أنها خدمات مغطاة. لا ينطبق هذا الاستثناء على الخدمات أو العناصر التي لا تغطيها خطة Medicare الأصلية ولكنها مشمولة في خطتنا.
- الإجراءات الطبية والجراحية التجريبية والمعدات والأدوية. الإجراءات والعناصر التجريبية هي تلك العناصر والإجراءات التي يحددها برنامج Medicare الأصلي بحيث لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام. قد يتم تغطيتها بواسطة برنامج Medicare الأصلي بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare. (راجع الفصل 3 لمزيد من المعلومات حول دراسات البحوث السريرية.)
- غرفة خاصة في المستشفى إلا عند الضرورة الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة.
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض.
- رعاية ترميزية بدوام كامل في منزلك.
- الرسوم التي يتقاضاها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك.
- إجراءات أو خدمات التعزيز الاختيارية أو الطوعية (بما في ذلك فقدان الوزن وسقوط الشعر أو نموه والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية ومكافحة الشيخوخة والأداء العقلي)، إلا عند الضرورة الطبية.
- العناية بتقويم العمود الفقري، بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري بما يتفق مع إرشادات التغطية.
- العناية الروتينية بالقدم، باستثناء ما هو موصوف في "خدمات علاج الأقدام" في مخطط المزايا في القسم D.

- أحدىة تقويم العظام أو الأجهزة الداعمة، ما لم تكن الأحدىة جزءاً من دعامة الساق ومشمولة في تكلفة الدعامة، أو الأحدىة لشخص مصاب بمرض القدم السكرية.
- جراحات تصحيح النظر (على سبيل المثال، جراحة الليزك).
- إجراءات اعتكاس التعقيم. لاحظ أن وسائل منع الحمل بدون وصفة طبية تخضع للتغطية بواسطة Medi-Cal Rx.
- خدمات العلاج الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة).
- الخدمات المقدمة لقدامى المحاربين في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA). ومع ذلك، عندما يحصل أحد المحاربين القدامى على خدمات الطوارئ في مستشفى VA وتكون مشاركة التكلفة لـ VA أكثر من مشاركة التكلفة المقررة بموجب خطتنا، فسوف نقوم بتعويض المحارب عن الفرق. أنت لا تزال مسؤولاً عن مبالغ مشاركة التكلفة الخاصة بك.
- بعض الاختبارات والخدمات:
 - للحصول على وظيفة أو للاستمرار بها
 - للحصول على تأمين
 - للحصول على أي نوع من الترخيص
 - بموجب أمر من المحكمة أو إذا كانت من أجل الإفراج المشروط أو الوضع تحت الاختبار
 - لا يسري هذا الاستثناء إذا اكتشف الطبيب التابع للشبكة أن الخدمات لازمة طبيًا.
- عناصر الراحة أو الملاءمة. لا تشمل تغطية Medi-Cal الراحة أو الملاءمة أو المعدات أو الميزات الفاخرة. وتشمل هذه العناصر المخصصة فقط لراحة أو ملاءمة العضو، أو أحد أفراد الأسرة، أو مقدم الرعاية الصحية لأحد الأعضاء. لا ينطبق هذا الاستثناء على مضخات الثدي التي تباع بالتجزئة والتي يتم توفيرها للنساء بعد الحمل. لا ينطبق هذا الاستثناء أيضًا على العناصر المعتمدة لك ضمن "وسائل الدعم المجتمعي".
- خدمات أو إجراءات التجميل. لا ينطبق هذا الاستثناء على الحالات التالية:
 - زرع الخصية كجزء من الجراحة الترميمية المغطاة.
 - ثدي اصطناعي مطلوب بعد استئصال الثدي أو استئصال الكتلة الورمية.
 - الأطراف الاصطناعية لاستبدال كل أو جزء من طرف خارجي من الوجه.
- اللوازم التي يمكن التخلص منها. لا تشمل تغطية Medi-Cal المستلزمات التالية التي تستخدم لمرة واحدة للاستخدام المنزلي: ضمادات، شاش، شريط لاصق، مطهرات، حشوات، ورباطات من نوع الأس. لا ينطبق هذا الاستثناء على المستلزمات التي يتم التخلص منها والتي يتم تقديمها كجزء من المزايا التالية الموضحة في **الفصل 4 ("المزايا والخدمات") من كتيب الأعضاء:**
 - علاج غسيل الكلى / الغسيل الكلوي.
 - الأجهزة الطبية القوية.
 - الرعاية الصحية المنزلية.

- الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
- اللوازم والمعدات والأجهزة الطبية.
- الأدوية المقررة بوصفة طبية.
- الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة.
- خدمات الإخصاب:
 - خدمات لعكس خدمات العقم الطوعي والمحرض جراحياً والحفاظ على الخصوبة.
 - الحمل بوسائل اصطناعية، مثل الإخصاب في المختبر، ونقل البويضة الملقحة، وزرع البويضات، ونقل الأمشاج عبر قناة فالوب (باستثناء الإماء الاصطناعي والخدمات ذات الصلة التي يغطيها برنامج Medicare).
- العناصر والخدمات التي لا تعتبر عناصر وخدمات رعاية صحية ما لم تتم الموافقة عليها بموجب تغطية Medi-Cal الخاصة بك بموجب برنامج ILOS أو الأجهزة الطبية القوية. على سبيل المثال، نحن لا نغطي:
 - أساليب التدريس وآدابها.
 - خدمات التدريس والدعم لتطوير مهارات التخطيط، مثل تخطيط النشاط اليومي وتخطيط المشروع أو المهمة.
 - العناصر والخدمات لغرض زيادة المعرفة أو المهارات الأكاديمية.
 - خدمات التدريس والدعم لزيادة الذكاء.
 - تدريب أكاديمي أو دروس خصوصية لمهارات، مثل القواعد والرياضيات وإدارة الوقت.
 - تعليمك كيفية القراءة، سواء أكننت تعاني من عسر القراءة أم لا.
 - اختبار تعليمي.
 - تدريس الفن أو الرقص أو ركوب الخيل أو الموسيقى أو اللعب أو السباحة، فيما عدا أن هذا الاستثناء من "الألعاب التدرسية" لا ينطبق على الخدمات التي تشكل جزءاً من خطة العلاج بالصحة السلوكية والمغطاة في الفصل 4.
 - مهارات التدريس للعمل أو الأغراض المهنية.
 - التدريب المهني أو تعليم المهارات المهنية.
 - دورات النمو المهني.
 - التدريب على وظيفة معينة أو استشارة وظيفية.
- تعديلات على منزلك أو سيارتك، ما لم تكن تغييرات مؤقتة تم تحديدها على أنها ضرورية من الناحية الطبية، أو تمت الموافقة عليها من أجلك بموجب وسائل الدعم المجتمعي.
- العلاج المائي والعلاجات المائية الأخرى. لا ينطبق هذا الاستثناء للعلاج المائي والعلاجات المائية الأخرى على خدمات العلاج التي تعد جزءاً من خطة العلاج الطبيعي، والتي تتم تغطيتها كجزء من الفوائد التالية:
 - الرعاية الصحية المنزلية.
 - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.

- خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.
- خدمات منشأة التمريض الماهر.
- علاج التدليك. لا ينطبق هذا الاستثناء على خدمات العلاج التي تعد جزءًا من خطة العلاج الطبيعي، والتي تتم تغطيتها كجزء من الفوائد التالية:
 - الرعاية الصحية المنزلية.
 - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
 - خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.
 - خدمات منشأة التمريض الماهر.
- خدمات الرعاية الشخصية (رعاية الحضانة)، مثل المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (على سبيل المثال: المشي والدخول إلى السرير والنهوض منه والاستحمام وارتداء الملابس والتغذية واستخدام المراض وتناول الأدوية). لا ينطبق هذا الاستثناء على المساعدة في أنشطة الحياة اليومية التي يتم توفيرها كجزء من التغطية الموضحة في الأقسام التالية:
 - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
 - خدمات الرعاية طويلة الأمد والدعم.
 - تمريض ماهر / رعاية مرفق متوسط / دون الحاد.
 - وسائل الدعم المجتمعي.
- الخدمات غير المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الفيدرالية. نحن لا نغطي الأدوية والمكملات والاختبارات واللقاحات والأجهزة والمواد المشعة وأي خدمات أخرى تتطلب بموجب القانون موافقة إدارة الغذاء والدواء الفيدرالية ("FDA") ليتم بيعها في الولايات المتحدة، ولكن لم تتم الموافقة عليها من قبل إدارة الغذاء والدواء. لا ينطبق هذا الاستثناء على المواقف التالية:
 - الخدمات المغطاة من جانب التجارب السريرية.
 - الخدمات المقدمة كجزء من خدمات التحقيق المغطاة.
- الخدمات التي يودها أشخاص غير مرخص لهم. لا تشمل التغطية عمومًا الخدمات التي يتم إجراؤها بأمان وفعالية من قبل الأشخاص الذين لا يحتاجون إلى تراخيص أو شهادات من قبل الدولة لتقديم خدمات الرعاية الصحية، وحيث لا تتطلب حالة العضو أن يتم تقديم الخدمات من قبل مقدم رعاية صحية مرخص. لا ينطبق الاستثناء على ما يلي:
 - الخدمات المغطاة في الفصل 4 من كتيب الأعضاء.
 - وسائل الدعم المجتمعي المعتمدة من أجلك.
 - خدمات مدربة الولادة الطبيعية المغطاة.
 - تغطية خدمات العاملين الصحيين المجتمعيين.

- الخدمات المتعلقة بخدمة غير مغطاة. عند عدم تغطية الخدمة، يتم استثناء جميع الخدمات المتعلقة بالخدمة غير المغطاة. لا ينطبق هذا الاستثناء على علاج المضاعفات الناتجة عن الخدمات غير المغطاة، إذا كان ستتم تغطية هذه المضاعفات بخلاف ذلك. فعلى سبيل المثال، إذا كان لديك جراحة تجميلية غير مغطاة، فلن تغطي الخدمات التي تحصل عليها للتحضير للجراحة أو لرعاية المتابعة. إذا عانيت لاحقاً من مضاعفات تهدد حياتك مثل عدوى خطيرة، فلن يتم تطبيق هذا الاستثناء وسنغطي الخدمات اللازمة لعلاج المضاعفات، طالما أن الخدمات مشمولة في كتيب الأعضاء.
- إدارة حالات التسمم بالرصاص في مرحلة الطفولة التي تقدمها الإدارات الصحية بالمقاطعة. يرجى الاتصال بمقاطعتك للحصول على مزيد من المعلومات حول خدمات إدارة حالات التسمم بمادة الرصاص.

استثناءات DeltaCare USA

إذا تم تنفيذ خدمات لإجراء مدرج من قبل طبيب الأسنان المعين، يدفع الشخص المسجل بالبرنامج المبلغ المشترك المحدد. الإجراءات المدرجة التي تتطلب من طبيب الأسنان تقديم خدمات متخصصة، والتي تتم إحالتها من قبل طبيب الأسنان المتعاقد المعين، يجب أن تكون مصرح بها من قبل Delta Dental. يدفع الشخص المسجل في البرنامج المبلغ المشترك المحدد لمثل هذه الخدمات.

الخدمات والعناصر التالية غير مغطاة ضمن ميزة أسنان DeltaCare USA الخاصة بك:

- أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد ضمن "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل.
- جميع الرسوم ذات الصلة للقبول أو الاستخدام أو الإقامة في مستشفى أو مركز جراحة للمرضى الخارجيين أو مرفق رعاية ممتدة أو مرفق رعاية آخر مماثل.
- ضياع أو سرقة أطقم الأسنان الكاملة وأجهزة الحفاظ على الفراغ والتيجان.
- بدأت مصاريف طب الأسنان المتكبدة فيما يتعلق بأي إجراءات طب الأسنان بعد إنهاء استحقاق التغطية.
- مصاريف طب الأسنان المتكبدة فيما يتعلق بأي إجراء خاص بالأسنان قبل استحقاق المنتسب في برنامج طب الأسنان المدفوع مقدماً. ومن الأمثلة على ذلك: الأسنان المهيأة للتيجان، التركيبات وأطقم الأسنان، الأنفاق الجذرية المتنامية.
- التشوهات الخلقية (مثل الأسنان المفقودة خلقياً، والأسنان الزائدة عن العدد، والمينا وخلل التنسج السني، وما إلى ذلك) ما لم يتم تضمينها في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل.
- صرف الأدوية التي لا يتم توفيرها عادة في مرفق طب الأسنان ما لم يتم تضمينها في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل.
- أي إجراء يرى طبيب الأسنان المتعاقد أو اختصاصي التعاقد أو استشاري خطة طب الأسنان حسب رأي مهني أن:
 - لديه توقعات سيئة لنتيجة ناجحة وطول عمر معقول بناءً على حالة السن أو الأسنان و/أو التركيبات المحيطة، أو
 - يتعارض مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.

- خدمات طب الأسنان التي يتم تلقيها من أي مرفق أسنان بخلاف طبيب الأسنان الذي تم التعاقد معه بما في ذلك خدمات اختصاصي طب الأسنان ما لم يتم التصريح بذلك صراحةً كتابيًا أو كما هو مذكور تحت عنوان "رعاية الأسنان الطارئة" في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل. للحصول على إذن كتابي، يجب على المنتسب الاتصال بقسم خدمة العملاء على **1-877-644-1774**، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. بتوقيت شرق الولايات المتحدة، 7 أيام في الأسبوع من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. بتوقيت شرق الولايات المتحدة، (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 711).
- استشارات للإعانات غير المغطاة.
- يتم وضع الترميمات فقط بسبب مستحضرات التجميل، والجروح، والتآكل، والإنهاك، واستعادة أو تغيير البعد الرأسي، والتشوه الخلفي أو النمائي للأسنان.
- الإجراءات الوقائية أو العلاجية اللبية أو الترميمية ليست مفيدة للأسنان التي يجب الاحتفاظ بها في حالة الإفراط في تركيب الأسنان.
- الأجهزة أو الترميمات اللازمة لزيادة البعد الرأسي، أو استبدال أو تثبيت فقدان هيكل الأسنان عن طريق التآكل، أو إعادة تنظيم الأسنان، أو تجبير اللثة، أو تركيبات المضغ، أو الموازنة أو علاج اضطرابات المفصل الصدغي الفكي (TMJ)، ما لم يتم تضمينها في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل.
- تعتبر خطة العلاج الأولية التي تتضمن إزالة وإعادة تركيب ملامسات الإطباق لعشرة أسنان أو أكثر ذات نتائج مماثلة ترميم كامل للفم في إطار برنامج طب الأسنان المدفوع مسبقًا. لا تتم تغطية النتائج المرتبطة بخطة العلاج هذه. هذا الاستثناء لا يلغي فائدة الخدمات المغطاة الأخرى.
- معدن ثمين للأجهزة سهلة، وقواعد ناعمة معدنية أو دائمة لأطقم الأسنان الكاملة، وأسنان أطقم الأسنان الخزفية، وتخصيص وتوصيف أطقم الأسنان الكاملة.
- قلع الأسنان، عندما تكون الأسنان بدون أعراض/غير مرضية (لا توجد علامات أو أعراض لعلم الأمراض أو العدوى)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر إزالة الأضراس الثالثة.
- طرق علاج الخلل الوظيفي للمفصل الصدغي الفكي التي تشمل التعويضات السنية وتقويم الأسنان وإعادة التأهيل الإطباق الكامل أو الجزئي أو إجراءات الخلل الوظيفي لـ TMJ فقط لعلاج صرير الأسنان.
- يتم تنفيذ إجراءات تمديد راب الدهليز/النتوء في نفس تاريخ الخدمة مثل القلع (D7250-D7111) على نفس القوس.
- التخدير العميق/التخدير العام للإجراءات المغطاة في نفس تاريخ الخدمة مثل التسكين، أو إزالة القلق، أو استنشاق أكسيد النيتروز أو للتخدير/التسكين الوريدي.
- التخدير/التسكين الواعي عن طريق الوريد للإجراءات المغطاة في نفس تاريخ الخدمة مثل التسكين، أو إزالة القلق، أو استنشاق أكسيد النيتروز أو للتخدير العميق/التخدير العام.
- استنشاق أكسيد النيتروز عند تناوله بإجراءات تخدير أخرى مغطاة.
- يجب تقديم علاج تقويم الأسنان من قبل طبيب أسنان مرخص. تقويم الأسنان الذاتي غير مشمول بالتغطية.
- إزالة أجهزة تقويم الأسنان الثابتة لأسباب أخرى غير استكمال العلاج ليست ميزة مغطاة.

قيود DeltaCare USA

الخدمات والعناصر التالية محدودة ضمن ميزة أسنان DeltaCare USA الخاصة بك:

- تكرر بعض الإعانات محدود. يتم سرد جميع قيود التكرار في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل.
- الحشو هو ميزة لإزالة التسوس، لإصلاحات طفيفة لبنية الأسنان أو لتعويض الحشو المفقود.
- يعتبر التاج ميزة عندما لا يكون هناك بنية أسنان كافية لدعم الحشو أو لاستبدال التاج الحالي الذي لا يعمل أو غير قابل للترميم ويلبي القيد المتمثل في خمس سنوات فأكثر.
- تتم تغطية استبدال تاج موجود أو طقم أسنان كامل سهل الفك في الحالات التالية:
 - لم يعد الترميم الحالي/طقم الأسنان يعمل ولا يمكن تشغيله عن طريق الإصلاح أو التعديل،
 - تم وضع الترميم/طقم الأسنان الحالي غير العامل بخمس سنوات أو أكثر قبل استبداله.
- تقتصر أطقم الأسنان الجزئية المؤقتة (لوحات البقاء)، جنبًا إلى جنب مع الأجهزة الثابتة أو القابلة للإزالة، على استبدال الأسنان الأمامية المخلوعة للبالغين أثناء فترة الشفاء عندما لا يمكن إضافة الأسنان إلى طقم أسنان جزئي موجود.
- تقتصر فوائد برنامج إدارة الأنسجة الرخوة على تلك الأجزاء، والتي تم سردها بالخدمات المغطاة في "رعاية أسنان إضافية (برنامج DeltaCare® USA Dental HMO)" في هذا الفصل. إذا رفض المنتسب الخدمات غير المغطاة ضمن برنامج إدارة الأنسجة الرخوة، فإنه لا يلغي أو يغير الإعانات الأخرى المغطاة.
- يشمل طقم الأسنان الجديد الكامل أو المغطى القابل للإزالة تعديلات ما بعد التسليم وتكييف الأنسجة دون أي تكلفة إضافية للأشهر الستة الأولى بعد التنسيب إذا ظل المنتسب مؤهلاً ويتم تقديم الخدمة في منشأة طبيب الأسنان المتعاقد عليها حيث تم تسليم طقم الأسنان في الأصل.
- تقتصر المزايا على سلسلة شاملة من الصور الشعاعية داخل الفم (D0210) أو صور شعاعية بانورامية (D0330) كل سنة تقويمية.
- قد تتضمن الصور الشاملة داخل الفم أي مجموعة من الصور حول حوائط الذروة والمجتنحة.
- لا تعتبر الصور البانورامية جزءًا من سلسلة الصور الشاملة داخل الفم.
- لا يُسمح بالصور المجتنحة من أي نوع خلال 6 أشهر من السلسلة الشاملة داخل الفم ما لم تبررها ظروف خاصة.
- تتم تغطية أطقم الأسنان الفورية في حالة وجود واحد أو أكثر من الحالات التالية:
 - يُعرض تسوس واسع النطاق أو منتشر في الصور الشعاعية، أو
 - يشار إلى تورط شديد في دواعم السن، أو
 - العديد من الأسنان مفقودة، مما يؤدي إلى تقلص قدرة المضغ مما يؤثر سلبيًا على صحة المنتسب.

- تعتبر خدمات الزرع ميزة فقط عندما يتم توثيق حالات طبية استثنائية ومراجعتها للضرورة الطبية والترخيص المسبق. تشمل الحالات الطبية الاستثنائية، على سبيل المثال لا الحصر:
 - سرطان التجويف الفموي الذي يتطلب جراحة استئصال و/أو إشعاع يؤدي إلى تدمير العظم السنخي، حيث لا تستطيع الهياكل العظمية المتبقية دعم بدلة الأسنان التقليدية.
 - ضمور شديد في الفك السفلي و/أو الفك العلوي لا يمكن تصحيحه بإجراءات التمديد الدهليزي أو إجراءات التكبير العظمي، ولا يستطيع المنتسب العمل مع الطرف الاصطناعي التقليدي.
 - تشوهات الهيكل العظمي التي تحول دون استخدام الأطراف الاصطناعية التقليدية (مثل اعوجاج المفاصل، وخلل التنسج الأديم الظاهر، والتشوه الجزئي للأسنان، وخلل التنسج القحفي المشقوق).
- يمكن اعتبار بعض الإجراءات المدرجة التي يقوم بها اختصاصي أساسية ضمن التغطية الطبية للمنتسب. سيتم تنسيق فوائد طب الأسنان وفقاً لذلك.
- يتطلب التخدير العميق / التخدير العام أو التهدئة / التسكين الوريدي للوعي للإجراءات المغطاة توثيقاً لتبرير الضرورة الطبية بناءً على قيود عقلية أو جسدية أو موانع لعامل التخدير الموضعي.
- يعتبر إعطاء التخدير العميق/التخدير العام (D9223)، وأكسيد النيتروز (D9230)، والتخدير/التسكين الوريدي (D9243) والعقار العلاجي بالحقن (D9610) ميزة مقترنة بالإجراءات المرتبطة المستحقة الدفع. يجب رفض الإذن أو الدفع المسبق إذا تم رفض جميع الإجراءات ذات الصلة من قبل نفس المزود. يُدفع إجراء تخدير واحد فقط في تاريخ الخدمة بغض النظر عن طرق الإعطاء أو الأدوية المستخدمة.
- تتطلب إدارة التخدير الواعي غير الوريدي (D9248) توثيقاً لتبرير الضرورة الطبية بناءً على حالة جسدية أو سلوكية أو تطويرية أو عاطفية تمنع المريض من الاستجابة لمحاولات مقدم العلاج لإجراء العلاج. ليست فائدة في نفس تاريخ الخدمة مثل التخدير العميق/التخدير العام (D9223)، أو التسكين، أو إزالة القلق، أو استنشاق أكسيد النيتروز (D9230) أو التخدير/التسكين الوريدي (D9243) أو عندما تكون جميع الإجراءات ذات الصلة في نفس تاريخ الخدمة من قبل نفس مقدم الخدمة.
- علاج المضاعفات (ما بعد الجراحة) - الظروف غير العادية، عن طريق التقرير (D9930) هو ميزة لعلاج السنخ الجاف أو النزيف المفرط خلال 30 يوماً من تاريخ خدمة القلع أو لإزالة الشظايا العظمية خلال 30 يوماً أيام تاريخ خدمة الاستخراج.

الفصل 5: الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية

مقدمة

يشرح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية. هذه هي الأدوية التي يطلبها لك مقدم الخدمة لديك والتي تحصل عليها من صيدلية أو عن طريق طلب بالبريد. وهي تشمل الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare الجزء D وMedi-Cal. **الفصل 6** من كتيب الأعضاء يخبرك بما تدفعه مقابل هذه الأدوية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

نغطي أيضًا الأدوية التالية، على الرغم من عدم مناقشتها في هذا الفصل:

- الأدوية التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare. وتشمل بصورة عامة بعض الأدوية التي تُعطى لك أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق التمريض.
- الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، الجزء B. وتشمل هذه بعض أدوية العلاج الكيميائي، وبعض حقن الأدوية التي يتم إعطاؤها لك أثناء زيارة مكتب مع طبيب أو مقدم خدمة آخر، والأدوية التي يتم إعطاؤها لك في عيادة غسيل الكلى. لمعرفة المزيد حول ماهية أدوية الجزء B من برنامج Medicare، يرجى الرجوع إلى "مخطط المزايا" في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء.
- بالإضافة إلى الجزء D من خطة Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد يتم تغطية الأدوية الخاصة بك من خلال برنامج Medicare الأصلي إذا كنت في دار رعاية مسنين تابع لـ Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **القسم F** "إذا كنت في برنامج رعاية مسنين معتمد من Medicare".

قواعد تغطية خططنا لأدوية العيادات الخارجية

عادة ما نغطي الأدوية الخاصة بك طالما أنك تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

- يجب أن يكون لديك طبيب أو مقدم خدمة آخر يكتب الوصفة الطبية الخاصة بك، والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية المعمول به. غالبًا ما يكون هذا الشخص هو مقدم الرعاية الأولية (PCP). قد يكون أيضًا مقدم رعاية آخر إذا قام مقدم الرعاية الأولية بإحالتك للحصول على الرعاية.
- يجب ألا يكون الوصف في قوائم الاستبعاد أو الاستثناء الخاصة ببرنامج Medicare أو أي قوائم Medi-Cal مماثلة.
- يجب عليك عمومًا استخدام صيدلية تابعة للشبكة لملء الوصفة الطبية الخاصة بك.
- يجب أن يكون الدواء الموصوف لك مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية. نحن نسميها باختصار "قائمة الأدوية".
- إذا لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية، فقد تتمكن من تغطيته من خلال إعطائك استثناء.
- راجع الفصل 9 وتعرف على طلب استثناء.
- يرجى أيضًا ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف لك سيتم تقييمه وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal.
- يجب استخدام الدواء الخاص بك لمؤشر مقبول طبيًا. هذا يعني أن استخدام الدواء إما تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. قد يكون طبيبك قادرًا على مساعدتك في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للعقار الموصوف.

الفصل 5 جدول المحتويات

- A. صرف وصفاتك الطبية 125
- A1. صرف وصفاتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة 125
- A2. استخدام بطاقة هوية العضو عند صرف وصفة طبية 125
- A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير الصيدلية التابعة لشبكتك 125
- A4. ماذا تفعل إذا غادرت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة 125
- A5. الاستعانة بصيدلية متخصصة 125
- A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدويةك 126
- صرف الوصفات الطبية بالبريد 126
- عمليات الطلب عبر البريد 127
- A7. الحصول على إمدادات طويلة الأجل من الأدوية 127
- A8. الاستعانة بصيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا 127
- A9. رد أموالك مقابل وصفة طبية 128
- B. قائمة الأدوية التابعة لخطتنا 128
- B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا 128
- B2. كيف تجد دواء في قائمة الأدوية لدينا 129
- B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا 129
- C. حدود على بعض الأدوية 130
- D. أسباب عدم تغطية دوائك 131
- D1. الحصول على إمداد مؤقت 131
- D2. طلب إمداد مؤقت 133
- D3. طلب استثناء 133
- E. تغييرات تغطية الأدوية الخاصة بك 133
- F. تغطية الدواء في الحالات الخاصة 135
- F1. في مستشفى أو مرفق تمرير ماهر للإقامة التي تغطيها خطتنا 135
- F2. في مرفق رعاية طويلة الأجل 135

- 135F3. في برنامج رعاية العجزة المعتمد من Medicare
- 136G. برامج حول السلامة الدوائية وإدارة الأدوية
- 136G1. برامج لمساعدتك في استخدام الأدوية بأمان
- 136G2. برامج لمساعدتك في إدارة أدويةك
- 137G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

A. صرف وصفاتك الطبية

A1. صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، ندفع مقابل الوصفات الطبية فقط عند ملئها في أي من صيدليات شبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي متجر أدوية يوافق على ملء الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي من صيدليات شبكتنا.

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، ابحث في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات، أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب، أو اتصل بخدمات الأعضاء.

A2. استخدام بطاقة هوية العضو عند صرف وصفة طبية

لصرف وصفاتك الطبية، أبرز بطاقة هوية العضو في صيدلية شبكتك. نحاسينا الصيدلية التابعة للشبكة على حصتنا من تكلفة دوائك المقرر بوصفة طبية. قد تحتاج إلى الدفع للصيدلية مبلغ الدفع المشترك عند استلام الوصفة الطبية الخاصة بك.

تذكر أنك بحاجة إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (BIC) للوصول إلى أدوية Medi-Cal المغطاة.

إذا لم تكن لديك بطاقة هوية العضو أو BIC عند صرف وصفاتك الطبية، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات الضرورية، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. ثم يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك حصتنا. إذا لم تتمكن من دفع ثمن الدواء، فاتصل بخدمات الأعضاء على الفور. سنعمل كل ما في وسعنا للمساعدة.

• لمطالبتنا برد المبلغ لك، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على وصفة طبية، فاتصل بخدمات الأعضاء.

A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير الصيدلية التابعة لشبكتك

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تغيير صيدلية شبكتك، فاتصل بخدمات الأعضاء.

A4. ماذا تفعل إذا غادرت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

إذا غادرت الصيدلية التي تستخدمها شبكة خطتنا، فستحتاج إلى العثور على صيدلية جديدة تتبع الشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، ابحث في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات، أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب، أو اتصل بخدمات الأعضاء.

A5. الاستعانة بصيدلية متخصصة

يجب أحياناً ملء الوصفات الطبية لدى صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي تورد أدوية العلاج بالحقن المنزلي.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل مرفق ترميز.
- عادة ما يكون لمرافق الرعاية طويلة الأمد صيدليات خاصة بها. إذا كنت مقيماً في مرفق رعاية طويلة الأمد، فنحن نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المرفق.

○ إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك ليست ضمن شبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على الأدوية الخاصة بك في مرفق رعاية طويلة الأجل، فاتصل بخدمات الأعضاء.

- الصيدليات التي تخدم الخدمة الصحية الهندية/برنامج الصحة الهندي القبلي/الحضري. باستثناء حالات الطوارئ، يجوز فقط للأمريكيين الأصليين أو سكان أسكا الأصليين استخدام هذه الصيدليات.
- الصيدليات التي توزع الأدوية المقيدة من قبل FDA في مواقع معينة أو التي تتطلب معالجة خاصة أو تنسيقًا مع المزود أو التثقيف بشأن استخدامها. (ملاحظة: نادرًا ما يحدث هذا السيناريو).
- للعثور على صيدلية متخصصة، ابحث في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات، أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب، أو اتصل بخدمات الأعضاء.

A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدويةك

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر شبكة خطتنا. بشكل عام، الأدوية المتاحة من خلال الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تمييز الأدوية المتاحة من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا كأدوية يتم طلبها عبر البريد في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد في خطتنا طلب ما يصل إلى 100 يوم من التوريد. إن التوريد لمدة 100 يوم له نفس الدفع المشترك مثل التوريد لمدة شهر واحد.

صرف الوصفات الطبية بالبريد

للحصول على معلومات حول ملء الوصفات الطبية الخاصة بك عن طريق البريد، قم بزيارة صيدلية الشبكة المحلية أو موقع الويب الخاص بنا على kp.org/refill. يمكنك طلب إعادة ملء الوصفات الطبية بسهولة بالطرق التالية:

- سجل واطلب بأمان عبر الإنترنت على kp.org/refill.
- اتصل على **1-866-206-2983** (الهاتف النصي 711 TTY)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى الساعة 7 مساءً، أو الرقم المميز المدرج على ملصق الوصفة الطبية الخاص بك واتبع التعليمات. تأكد من تحديد خيار تسليم البريد عند مطابقتك بذلك.
- أرسل الوصفة الطبية أو طلب إعادة الملء بالبريد على نموذج طلب بالبريد متاح في أي صيدلية تابعة لشبكة Kaiser Permanente.

عندما تطلب إعادة الملء للتوصيل إلى المنزل عبر الإنترنت أو عبر الهاتف أو كتابيًا، يجب عليك دفع مشاركة التكلفة عند تقديم طلبك (لا توجد رسوم شحن لتسليم بريد USPS العادي). إذا كنت تفضل ذلك، يمكنك تعيين صيدلية تابعة للشبكة حيث تريد استلام الوصفة الطبية الخاصة بك ودفع ثمنها. يرجى الاتصال بإحدى الصيدليات التابعة للشبكة إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كان يمكن إرسال الوصفة الطبية الخاصة بك بالبريد أو الاطلاع على قائمة الأدوية الخاصة بنا للحصول على معلومات حول الأدوية التي يمكن إرسالها بالبريد.

عادة، تصل الوصفة الطبية عن طريق البريد في غضون 5 أيام. إذا تأخرت الوصفة الطبية الخاصة بطلبك عبر البريد، يرجى الاتصال بالرقم المذكور أعلاه أو على ملصق زجاجة الوصفة الطبية للحصول على المساعدة. إذا كنت لا تستطيع كذلك انتظار وصول وصفتك الطبية من صيدلية الطلب عبر البريد، يمكنك الحصول على إمدادات عاجلة عن طريق الاتصال بصيدلية البيع بالتجزئة التابعة لشبكتك المحلية المدرجة في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات أو على kp.org/directory. يرجى العلم أنك قد تدفع أكثر إذا حصلت على توريد لمدة 100 يوم من صيدلية البيع بالتجزئة التابعة للشبكة بدلاً من الصيدلية التي نطلبها عبر البريد.

عمليات الطلب عبر البريد

تحتوي خدمة الطلب عبر البريد على إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من مكتب مقدم الخدمة الخاص بك، وإعادة ملء الوصفات الطبية الخاصة بطلبك عبر البريد.

1. الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلانية من مكتب مقدمة الخدمة لديك

بعد أن تحصل الصيدلانية على وصفة طبية من مقدم خدمات الرعاية الصحية، تقوم بالاتصال بك لمعرفة ما إذا كنت تريد ملء الدواء على الفور أو في وقت لاحق.

- يمكنك هذا فرصة للتأكد من أن الصيدلانية تقدم الدواء الصحيح (بما في ذلك القوة والكمية والشكل)، ويسمح لك، إذا لزم الأمر، بإيقاف الطلب أو تأخيره قبل إصدار فاتورة لك وشحنه.
- استجب في كل مرة تتصل بك الصيدلانية، لإعلامهم بما يجب عليهم فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

2. عبوات الوصفات الطبية المطلوبة عن طريق البريد

- بالنسبة للعبوات، اتصل بالصيدلانية قبل 5 أيام من نفاذ وصفتك الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

دع الصيدلانية تعرف أفضل الطرق للاتصال بك حتى تتمكن من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. عند تقديم طلبك، يرجى تقديم معلومات الاتصال الحالية الخاصة بك في حال احتجنا إلى التواصل معك.

A7. الحصول على إمدادات طويلة الأجل من الأدوية

يمكنك الحصول على إمدادات طويلة الأجل من أدوية الصيانة في قائمة الأدوية في خطتنا. أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها على أساس منتظم، لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.

تسمح لك بعض الصيدليات التابعة للشبكة بالحصول على إمدادات طويلة الأجل من أدوية المداومة. إن التوريد لمدة 100 يوم له نفس الدفع المشترك مثل التوريد لمدة شهر واحد. يخبرك دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات عن الصيدليات التي يمكنها تزويدك بأدوية المداومة على المدى الطويل. يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة خطتنا للحصول على إمدادات طويلة الأجل من أدوية المداومة. راجع القسم A6 للتعرف على خدمات الطلبات عبر البريد.

A8. الاستعانة بصيدلانية ليست ضمن شبكة خطتنا

بشكل عام، ندفع مقابل الأدوية المعبأة في صيدلانية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلانية تابعة للشبكة.

ندفع مقابل الوصفات الطبية المعبأة في صيدلانية خارج الشبكة في الحالات التالية:

- إذا كنت مسافرًا داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها ولكن خارج منطقة الخدمة وأصبحت مريضًا أو نفذت الأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء "د"، فسنعطي الوصفات الطبية التي يتم ملؤها في صيدلانية خارج الشبكة في نطاق محدود وغير روتيني وفقًا لإرشادات كتيب إرشادات الجزء "د" من برنامج Medicare.

- إذا كنت بحاجة إلى دواء مقرر بوصفة طبية بموجب الجزء D من برنامج Medicare جنبًا إلى جنب مع رعاية الطوارئ المغطاة خارج الشبكة أو الرعاية العاجلة خارج المنطقة، فسنغطي ما يصل إلى 30 يومًا من الإمداد من صيدلية خارج الشبكة. ملاحظة: يتم تغطية الأدوية الموصوفة والمقدمة خارج الولايات المتحدة وأقاليمها كجزء من الرعاية الطارئة أو العاجلة المغطاة حتى 30 يومًا في فترة 30 يومًا. هذه الأدوية غير مغطاة بموجب الجزء "د" من برنامج Medicare؛ لذلك، لا تُحتسب المدفوعات مقابل هذه الأدوية للوصول إلى مرحلة تغطية الكوارث.
 - إذا كنت غير قادر على الحصول على دواء مغطى في الوقت المناسب داخل منطقة خدمتنا لأنه لا توجد صيدلية شبكية ضمن مسافة قيادة معقولة توفر خدمة على مدار 24 ساعة. قد لا تغطي الوصفة الطبية الخاصة بك إذا كان بإمكان شخص عاقل شراء الدواء من صيدلية تابعة للشبكة خلال ساعات العمل العادية.
 - إذا كنت تحاول ملء وصفة طبية لدواء لا يتم تخزينه بانتظام في صيدلية شبكية يمكن الوصول إليها أو متاح من خلال صيدلية الشراء عبر البريد (بما في ذلك الأدوية عالية التكلفة).
 - إذا لم تكن قادرًا على الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك من صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة.
- في هذه الحالات، تحقق من خدمات الأعضاء أولاً لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية شبكة قريبة.

A9. رد أموالك مقابل وصفة طبية

- إذا كان يجب عليك استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة، يجب عليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة بدلاً من الدفع المشترك عندما تحصل على الوصفة الطبية الخاصة بك. يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك نصيبنا من التكلفة.
- إذا دفعت التكلفة الكاملة لوصفاتك الطبية التي قد تغطيها Medi-Cal Rx، فقد تتمكن من تعويضك من الصيدلية بمجرد أن يدفع Medi-Cal Rx مقابل الوصفة الطبية. بدلاً من ذلك، يمكنك أن تطلب من Medi-Cal Rx أن يسدد لك المبلغ عن طريق تقديم مطالبة "تعويض النفقات خارج الجيب من Medi-Cal (Conlan)". يمكن العثور على المزيد من المعلومات على موقع Medi-Cal Rx على الويب: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.
- لمعرفة المزيد حول هذا الموضوع، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.

B. قائمة الأدوية التابعة لخطتنا

- تتوفر لدينا قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية. نحن نسميها باختصار "قائمة الأدوية".
- نختار الأدوية الموجودة في "قائمة الأدوية" بمساعدة فريق من الأطباء والصيدال. تخبرك قائمة الأدوية أيضًا بالقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الأدوية الخاصة بك.
- نحن نغطي بشكل عام أحد الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا عندما تتبع القواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

- تشتمل قائمة الأدوية على الأدوية المغطاة بموجب الجزء D من برنامج Medicare.
- تغطي خطتك معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية. يمكن تغطية الأدوية الأخرى، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمعرفة المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 1-800-977-2273 يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك من خلال Medi-Cal Rx.

تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بنا الأدوية التي تحمل علامات تجارية، والأدوية الجينية، والبدائل الحيوية.

الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية هو دواء بوصفة طبية يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوك من قبل الشركة المصنعة للأدوية. تسمى الأدوية التي تحمل اسم العلامة التجارية والتي تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية (على سبيل المثال، الأدوية التي تعتمد على البروتين) بالمنتجات البيولوجية. في قائمة الأدوية الخاصة بنا، عندما نشير إلى "الأدوية"، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية الجينية لها نفس المكونات الفعالة مثل الأدوية التي تحمل علامات تجارية. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية، فبدلاً من أن يكون لها شكل عام، لديها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية الجينية والبدائل الحيوية تمامًا مثل الأدوية ذات الأسماء التجارية أو المنتجات البيولوجية وعادة ما تكون أقل تكلفة. هناك بدائل دوائية عامة أو بدائل حيوية متاحة للعديد من الأدوية التي تحمل علامات تجارية وبعض المنتجات البيولوجية. تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان الدواء المكافئ أو اسم العلامة التجارية سيلبي احتياجاتك.

B2. كيف تجد دواء في قائمة الأدوية لدينا

لمعرفة ما إذا كان الدواء الذي تتناوله مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا، يمكنك:

- تحقق من أحدث قائمة الأدوية التي قدمناها إلكترونيًا على موقعنا على الويب.
- تفضل بزيارة موقع الخطة على الويب على kp.org/seniorrx. دائمًا ما تكون قائمة الأدوية الموجودة على موقعنا هي الأحدث.
- اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا أو لطلب نسخة من القائمة.
- قد يغطي Medi-Cal Rx الأدوية التي لا يغطيها الجزء D. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمعرفة المزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة Real Time Benefit" الخاصة بنا على kp.org/seniorrx أو اتصل بخدمات الأعضاء. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية تستطيع علاج نفس الحالة.

B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

نحن لا نغطي جميع الأدوية المقررة بوصفة طبية. بعض الأدوية ليست مدرجة في قائمة الأدوية لدينا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية تلك الأدوية. في حالات أخرى، قررنا عدم إدراج أحد الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا

خطتنا لا تدفع ثمن أنواع الأدوية المدرجة في هذا القسم. تسمى هذه الأدوية **الأدوية المستبعدة**. إذا حصلت على وصفة طبية لدواء مستبعد، يجب أن تدفع ثمنه بنفسك. إذا كنت تعتقد أننا يجب أن ندفع ثمن عقار مستبعد بسبب حالتك، يمكنك تقديم طعن. راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء لديك لمعرفة المزيد من المعلومات حول الطعون.

فيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستبعدة:

- لا يمكن لتغطية العيادات الخارجية للأدوية في خطتنا (والتي تشمل أدوية الجزء D من برنامج Medicare) أن تدفع مقابل الدواء الذي يغطيه الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare بالفعل. تغطي خطتنا الأدوية التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare مجانًا، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءًا من إعانات الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية.

- لا يمكن أن تغطي خطتنا عقارًا تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
- يجب أن تتم الموافقة على استخدام الدواء من قبل إدارة الغذاء والدواء أو دعمه بمراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. قد يصف لك طبيبك دواءً معينًا لعلاج حالتك، على الرغم من عدم الموافقة عليه لعلاج الحالة. وهذا ما يسمى "الاستخدام خارج التسمية". لا تغطي خطتنا عادةً الأدوية الموصوفة للاستخدام خارج التسمية.
- بموجب Medi-Cal، تتم تغطية معظم الأدوية التي تتطلب وصفة طبية للمرضى الخارجيين بواسطة Medi-Cal Rx كخدمة من خلال FFS Medi-Cal. لكي تتم تغطيتها بواسطة Medi-Cal Rx، يجب أن يكون العنصر مدرجًا في قائمة الأدوية التعاقدية لـ ("CDL") Medi-Cal، أو يجب أن يتم اعتماده مسبقًا لك من قبل Medi-Cal Rx. يمكن لمزودك إخبارك ما إذا كان الدواء موجودًا في Medi-Cal Rx CDL.
- أيضًا، بموجب القانون، لا يمكن لـ Medicare أو Medi-Cal تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه:
 - الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة.
 - الأدوية المستخدمة للتخفيف من أعراض السعال أو البرد.*
 - الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر.
 - منتجات الفيتامينات والمعادن التي تُصرف بوصفة طبية، باستثناء الفيتامينات في فترة ما قبل الولادة ومستحضرات الفلوريد.*
 - الأدوية المستخدمة في علاج خلل الوظيفة الجنسية أو الخلل الوظيفي في الانتصاب.
 - الأدوية المستخدمة في علاج فقدان الشهية أو فقد الوزن أو زيادة الوزن.*
 - أدوية العيادات الخارجية التي تصنعها شركة تقول إنه يجب أن تجري الاختبارات أو الخدمات فقط من قبلهم.
 - *قد يتم تغطية منتجات محددة بواسطة Medi-Cal. يرجى زيارة موقع Medi-Cal الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمعرفة المزيد من المعلومات.

C. حدود على بعض الأدوية

- بالنسبة لبعض الأدوية المقررة بوصفة طبية، تحد القواعد الخاصة من كيفية وموعد تغطية الخطة. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء مناسب لحالتك الطبية وهو آمن وفعال. عندما يعمل دواء آمن ومنخفض التكلفة تمامًا مثل الدواء عالي التكلفة، نتوقع من مقدم خدمات الشبكة لديك أن يصف لك الدواء الأقل تكلفة.
- إذا كانت هناك قاعدة خاصة لدوائك، فعادةً ما يعني ذلك أنه يجب عليك أنت أو مقدم الخدمة اتخاذ خطوات إضافية لنا لتغطية الدواء. على سبيل المثال، قد يتعين على مقدم الخدمة إخبارنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك أنه لا ينبغي أن تنطبق قاعدتنا على حالتك، فاطلب منا إجراء استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ خطوات إضافية.
- لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.
1. الحد من استخدام دواء يحمل علامة تجارية عند توفر نسخة جنييسة

بشكل عام، يعمل الدواء العام بنفس طريقة عمل الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية وعادة ما يكون أقل تكلفة. إذا توفرت نسخة جنيسة مكافئة من دواء يحمل اسم علامة تجارية، وتمنحك صيدليات الشبكة الخاصة بنا النسخة الجنيسة.

- عادة لا ندفع ثمن دواء العلامة التجارية عندما تكون هناك نسخة جنيسة متوفرة.
- ومع ذلك، إذا كان مقدم الخدمة الذي تتعامل معه أخبرنا بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء الجنيس أو الأدوية الأخرى المغطاة التي تعالج نفس الحالة لا تعمل لصالحك، فسنقوم بتغطية الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية.
- قد تكون قيمة الدفع المشترك الخاصة بك أكبر بالنسبة للدواء الذي يحمل العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي مقارنةً بالدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل.

2. الحصول على الموافقة المسبقة على الخطة

بالنسبة لبعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو طبيبك على موافقة من خطتنا قبل ملء الوصفة الطبية الخاصة بك. إذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الدواء.

3. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نحد من كمية الدواء التي يمكنك تناولها. هذا يسمى حد الكمية. على سبيل المثال، قد نحد من كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد المذكورة أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، تحقق من قائمة الأدوية الخاصة بنا. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء أو تحقق من موقعنا على الإنترنت على kp.org/seniorrx. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب طعن. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9 من كتيب الأعضاء**.

D. أسباب عدم تغطية دوائك

نحاول أن نجعل تغطيتك للأدوية تعمل بشكل جيد بالنسبة لك، ولكن في بعض الأحيان قد لا تتم تغطية الدواء بالطريقة التي تريدها. على سبيل المثال:

- خطتنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا. قد نغطي نسخة جنيسة من الدواء ولكن ليس النسخة التي تحمل اسم العلامة التجارية التي تريد تناولها. قد يكون الدواء جديدًا، ولم نقم بمراجعته للتحقق من سلامته وفعالته حتى الآن.
- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود خاصة على التغطية. كما هو موضح في **القسم C**، بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا لها قواعد تحد من استخدامها. في بعض الحالات، قد ترغب أنت أو الوصف في طلب استثناء منا.

هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا لم نغطِ الأدوية بالطريقة التي نريدنا أن نغطيها.

D1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا أن نمنحك إمدادًا مؤقتًا بالدواء عندما لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا أو يكون محدودًا بطريقة ما. يمنحك هذا الوقت للتحدث مع مقدم الخدمات لديك حول الحصول على دواء مختلف أو أن تطلب منا تغطية الدواء.

للحصول على إمداد مؤقت للدواء، يجب أن تستوفي القاعدتين التاليتين:**1. الدواء الذي كنت تتناوله:**

- لم يعد مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا
- أو لم يكن مدرجًا على قائمة الأدوية لدينا
- أو يتوفر الآن بشكل محدود بطريقة ما.

2. يجب أن تكون في إحدى الحالات التالية:

- كنت في خطتنا العام الماضي.
 - نغطي إمدادًا مؤقتًا من الدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - هذا الإمداد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، فإننا نسمح بعدة عبوات لتوفير ما يصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من الأدوية. يجب أن تملأ الوصفة الطبية في صيدلية تابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الأدوية الموصوفة لك بكميات صغيرة في وقت واحد لمنع الهدر.
 - أنت جديد على خطتنا.
 - نحن نغطي إمدادًا مؤقتًا لدوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.
 - هذا الإمداد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، فإننا نسمح بعدة عبوات لتوفير ما يصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من الأدوية. يجب أن تملأ الوصفة الطبية في صيدلية تابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الأدوية الموصوفة لك بكميات صغيرة في وقت واحد لمنع الهدر.
 - لقد كنت في خطتنا لأكثر من 90 يومًا، وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، وتحتاج إلى إمدادات على الفور.
 - نحن نغطي إمدادًا واحدًا لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى العرض المؤقت أعلاه.
 - إذا دخلت أو خرجت من مستشفى أو مرفق ترميز ماهر أو مرفق رعاية طويلة الأجل إلى مكان أو منزل رعاية مختلف، فهذا ما يُعرف باسم تغيير مستوى الرعاية. عندما يتغير مستوى رعايتك، قد تحتاج إلى تعبئة إضافية من أدويةك. سنغطي بشكل عام ما يصل إلى شهر واحد من إمدادك بالأدوية بموجب الجزء "د" خلال هذا المستوى من فترة الانتقال للرعاية حتى لو لم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

D2. طلب إمداد مؤقت

لطلب إمداد مؤقت بدواء، اتصل بخدمات الأعضاء.

عندما تحصل على إمداد مؤقت من الدواء، تحدث مع مقدم الخدمة لديك في أسرع وقت ممكن لتقرر ما يجب القيام به عندما ينفذ الإمداد الخاص بك. فيما يلي اختياراتك:

- التغيير إلى دواء آخر.

قد تغطي خطتنا دواء مختلفًا يناسبك. اتصل بخدمات الأعضاء لطلب قائمة الأدوية التي نغطيها وتعالج نفس الحالة الطبية. يمكن أن تساعد القائمة مقدم الخدمة الخاص بك في العثور على دواء ضمن التغطية قد يجدي نفعًا مع حالتك.

أو

- اطلب استثناء.

يمكنك أنت ومقدم الخدمة مطالبتنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية عقار غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو أن تطلب منا تغطية الدواء دون حدود. إذا قال مقدم الخدمة أن لديك سببًا طبيًا جيدًا للاستثناء، يمكنه مساعدتك في طلب واحد.

D3. طلب استثناء

إذا تم حذف الدواء الذي تتناوله من قائمة الأدوية لدينا أو سيتم تقييده بطريقة ما في العام المقبل، فإننا نسمح لك بطلب استثناء قبل العام المقبل.

- نخبرك عن أي تغيير في تغطية الدواء الخاص بك للعام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية الدواء للعام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- نحيب على طلبك للحصول على استثناء في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم للوصف الخاص بك).

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9 من كتيب الأعضاء**.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب استثناء، فاتصل بخدمات الأعضاء.

E. تغييرات تغطية الأدوية الخاصة بك

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في الأول من يناير، لكننا قد نضيف أو نزيل الأدوية من قائمة الأدوية الخاصة بنا خلال العام. يمكننا أيضًا تغيير قواعدنا بشأن الأدوية. على سبيل المثال، قد نقوم بما يلي:

- قرر أن تطلب موافقة مسبقة (PA) على دواء أو لا تطلبه (إذن من جانبنا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- قم بإضافة أو تغيير كمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه (حدود الكمية).
- أضف أو غير قيود العلاج التدريجي على دواء (يجب أن تجرب دواءً واحدًا قبل أن نغطي دواءً آخر).

لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية هذه، راجع **القسم C**.

إذا كنت تتناول دواءً قمنا بتغطيته في بداية العام، فلن نزيل أو نغير تغطية هذا الدواء بشكل عام خلال الفترة المتبقية من العام إلا إذا:

- يتم طرح دواء جديد أرخص في السوق ويعمل أيضًا كدواء في قائمة الأدوية لدينا الآن، أو
- نتعلم أن الدواء ليس آمنًا، أو
- تتم إزالة دواء من السوق.

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عندما تتغير قائمة الأدوية الخاصة بنا، يمكنك دائمًا:

- التحقق من قائمة الأدوية الحالية الخاصة بنا عبر الإنترنت على kp.org/seniorrx أو
- اتصل بخدمات الأعضاء للتحقق من "قائمة الأدوية" الحالية لدينا.

تحدث بعض التغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا على الفور على سبيل المثال:

- **يتوفر دواء جنيس جديد.** في بعض الأحيان، يتم طرح دواء جنيس جديد في السوق يجدي نفعًا، بالإضافة إلى دواء يحمل علامة تجارية في قائمة الأدوية لدينا الآن. عندما يحدث ذلك، قد نزيل عقار العلامة التجارية ونضيف الدواء الجنيس المكافئ الجديد، لكن تكلفة الدواء الجديد ستظل كما هي أو تصبح أقل. عندما نضيف الدواء الجنيس المكافئ الجديد، قد نقرر أيضًا الاحتفاظ بدواء العلامة التجارية في القائمة مع تغيير قواعد أو حدود تغطيته.

○ قد لا نخبرك قبل أن نجري هذا التغيير، لكننا سنرسل لك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

○ يمكنك أنت أو مقدم الخدمة طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

- **تمت إزالة دواء من السوق.** إذا ذكرت إدارة الغذاء والدواء (FDA) إن الدواء الذي تتناوله ليس آمنًا أو أن الشركة المصنعة للدواء تقوم بإزالة الدواء من السوق، فإننا نزيله من قائمة الأدوية الخاصة بنا. إذا كنت تتناول الدواء، فإننا سنخبرك. سيعرف الوصف أيضًا بهذا التغيير، ويمكنه العمل معك لإيجاد دواء آخر لحالتك.

قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. نخبرك مقدمًا عن هذه التغييرات الأخرى في قائمة الأدوية الخاصة بنا. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

- تقدم FDA إرشادات جديدة أو توجد إرشادات سريرية جديدة حول الدواء.

- نضيف دواءً جنيسًا ليس جديدًا في السوق، و

○ نستبدل دواءً ذا علامة تجارية مدرج حاليًا في قائمة الأدوية لدينا أو

○ نقوم بتغيير قواعد أو حدود التغطية لدواء العلامة التجارية.

عندما تحدث هذه التغييرات، فإننا:

- نخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير على قائمة الأدوية الخاصة بنا أو

- نخبرك ونمنحك إمدادًا لمدة 30 يومًا من الدواء بعد أن تطلب إعادة الملء.

يمكنك هذا الوقت للتحدث مع طبيبك أو غيره من الوافدين. يمكنهم مساعدتك في تحديد ما يلي:

- إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية الخاصة بنا، يمكنك تناوله بدلاً من ذلك
- أو إذا كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.

قد تجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها ولا تؤثر عليك الآن. لمثل هذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً قمنا بتغطيته في بداية العام، فإننا عمومًا لا نزيل أو نغير تغطية هذا الدواء خلال الفترة المتبقية من العام.

- على سبيل المثال، إذا أزلنا دواءً تتناوله للحد من استخدامه، فلن يؤثر التغيير على استخدامك للدواء لبقية العام.

F. تغطية الدواء في الحالات الخاصة

F1. في مستشفى أو مرفق ترميز ماهر للإقامة التي تغطيها خطتنا

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو مرفق ترميز ماهر من أجل إقامة تغطيها خطتنا، فإننا نغطي بشكل عام تكلفة أدويةك المقررة بوصفة طبية أثناء إقامتك. لن تدفع مبلغ الدفع المشترك. بمجرد مغادرة المستشفى أو مرفق الترميز الماهر، فإننا نغطي الأدوية الخاصة بك طالما أن الأدوية تلي جميع قواعد التغطية الخاصة بنا. لمعرفة المزيد حول تغطية الأدوية والمبالغ التي تدفعها، راجع الفصل 6 من كتيب الأعضاء.

F2. في مرفق رعاية طويلة الأجل

عادةً ما يكون لمرفق الرعاية طويلة الأجل، مثل مرفق ترميز ماهر، صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين فيه. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على الأدوية الموصوفة لك من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من شبكتنا.

تحقق من دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك جزءًا من شبكتنا أم لا. إذا لم تكن كذلك أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بخدمات الأعضاء.

F3. في برنامج رعاية العجزة المعتمد من Medicare

لا تتم تغطية الأدوية من قبل كل من رعاية العجزة وخطتنا في نفس الوقت.

- قد تكون مسجلًا في دار رعاية للعجزة تابع لـ Medicare وتحتاج إلى دواء للألم أو مضاد للعدوى أو ملين أو مضاد للقلق لا تغطيه دار الرعاية التي تقيم بها لأنه لا يرتبط بتشخيصك النهائي وحالتك. في هذه الحالة، يجب أن تتلقى خطتنا إخطارًا من الوافدين أو مقدم خدمات رعاية العجزة بأن الدواء غير ذات صلة قبل أن تتمكن من تغطية الدواء.

- لمنع التأخير في الحصول على أي عقاقير غير ذات صلة يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم خدمات رعاية العجزة أو الوافدين الخاص بك التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء غير ذات صلة قبل أن تطلب من الصيدلية ملء الوصفة الطبية الخاصة بك.

إذا غادرت دار لرعاية العجزة، فإن خطتنا تغطي جميع أدويةك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء إعانات رعاية العجزة في برنامج Medicare، خذ الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من أنك غادرت دار العجزة.

راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تتحدث عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات حول إعانات رعاية المسنين.

G. برامج حول السلامة الدوائية وإدارة الأدوية

G1. برامج لمساعدتك في استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تقوم فيها بملء وصفة طبية، نبحث عن المشكلات المحتملة، مثل الأخطاء الدوائية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون هناك حاجة لأنك تتناول دواء آخر يفعل نفس الشيء.
- قد لا يكون آمنًا بالنسبة لعمرك أو جنسك.
- يمكن أن يؤذيكَ إذا تناولته في نفس الوقت.
- يحتوي على مكونات أو قد تكون لديك حساسية منه.
- يحتوي على كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية.

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية، فإننا نعمل مع مقدم الخدمة الخاص بك لتصحيح المشكلة.

G2. برامج لمساعدتك في إدارة أدويةكَ

تتضمن خطتنا برنامجًا لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات، دون أي تكلفة عليك، من خلال برنامج medication therapy management (MTM). هذا البرنامج تطوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج ومقدم الخدمة على التأكد من أن أدويةكَ تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، سيقدم لك الصيدلي أو غيره من المهنيين الصحيين مراجعة شاملة لجميع الأدوية الخاصة بك ويتحدث معك عن:

- كيفية حصولك على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها.
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الأدوية والتفاعلات الدوائية.
- أفضل طريقة لتناول أدويةكَ.
- أي أسئلة أو مشاكل لديك حول الوصفة الطبية والأدوية غير المقررة بوصفة طبية.

بعد ذلك، سوف يعطونك:

- ملخص مكتوب لهذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل دوائية توصي بما يمكنك القيام به لتحقيق أفضل استخدام لأدويةكَ.
- قائمة الأدوية الشخصية التي تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها وجرعات الأدوية ووقتها وسبب تناولها.
- معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة من المواد الخاضعة للرقابة.
- من الجيد التحدث مع طبيبك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.
- اصطحب خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع الأطباء والصيدلة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- خذ معك قائمة الأدوية الخاصة بك إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

برامج MTM تطوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فإننا نسجلك في البرنامج ونرسل لك المعلومات. إذا كنت لا تريد أن تكون في البرنامج، فأخبرنا وسنخرجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بخدمات الأعضاء.

G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

تتضمن خطتنا برنامجًا يمكن أن يساعد الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة لهم بأمان والأدوية الأخرى التي يساء استخدامها بشكل متكرر. يعرف هذا البرنامج باسم برنامج (DMP) Drug Management.

إذا كنت تستخدم الأدوية الأفيونية التي تحصل عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات أو إذا كنت قد تناولت مؤخرًا جرعة زائدة من المواد الأفيونية، فقد نتحدث إلى أطباءك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. من خلال العمل مع أطباءك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين الموصوفة طبيًا غير آمن، فقد نحد من كيفية الحصول على هذه الأدوية. قد تشمل القيود:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية لتلك الأدوية من صيدليات معينة و/أو من بعض الأطباء
- الحد من كمية تلك الأدوية التي نغطيها لك

إذا اعتقدنا أنه يجب تطبيق قيد واحد أو أكثر عليك، فإننا نرسل لك خطابًا مقدمًا. سيخبرك الخطاب بما إذا كنا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، أو إذا كان سيطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من مقدم خدمة أو صيدلية معينة.

ستكون لديك فرصة لإخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل التعامل معهم وأي معلومات تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا أن نعرفها. إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، فإننا نرسل لك خطابًا آخر يؤكد القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو أنك لا توافق على أنك معرض لخطر إساءة استخدام الأدوية المقررة بوصفة طبية، أو أنك لا توافق على القيد، يمكنك أنت والواصف تقديم طعن. إذا قدمت طعنًا، فسنقوم بمراجعة حالتك ونمنحك قرارنا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طعنك المتعلق بالقيود المفروضة على وصولك إلى هذه الأدوية، فإننا نرسل حالتك تلقائيًا إلى منظمة مراجعة مستقلة (IRO، Independent Review Organization). (لمعرفة المزيد حول الطعون و IRO، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.)

قد لا تنطبق عليك DMP إذا كنت:

- لديك حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي،
- تحصل على رعاية في إحدى دور العجزة، أو المسكنات، أو تتلقى رعاية في نهاية العمر، أو
- كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: المبالغ التي تدفعها مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية في Medicare وMedi-Cal

مقدمة

يخبرك هذا الفصل بما تدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية. نعي بكلمة "أدوية" ما يلي:

- الأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء D من برنامج Medicare، و
- الأدوية والعناصر التي يغطيها Medi-Cal Rx، و
- الأدوية والعناصر التي تغطيها خطتنا كإعانات إضافية.
- نظرًا لأنك مؤهل للحصول على Medi-Cal، فإنك تحصل على "مساعدة إضافية" من Medicare للمساعدة في دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء D من برنامج Medicare. لقد أرسلنا إليك وثيقة منفصلة تُسمى "ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية في الدفع مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية" (يُسمى أيضًا "ملحق إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS Rider")، والذي يخبرك عن تكاليف أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء واطلب "LIS Rider".

المساعدة الإضافية هو برنامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare، مثل العلاوات والخصومات والتكاليف المشتركة. "المساعدة الإضافية" تسمى أيضًا "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

لمعرفة المزيد حول الأدوية المقررة بوصفة طبية، يمكنك البحث في هذه المواضيع:

- قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية التابعة لنا.

○ نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية". وتخبرك عن الآتي:

– ما الأدوية التي ندفع ثمنها.

– إذا كان هناك أي حدود على الأدوية.

- إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا، فاتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا العثور على أحدث نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا على موقعنا على الويب على

[.kp.org/seniorrx](http://kp.org/seniorrx)

- تغطي خطتنا معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية. يمكن تغطية الأدوية الأخرى، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمعرفة المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 1-800-977-2273 يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) Medi-Cal الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

● الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

- تخبرك عن كيفية الحصول على الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية من خلال خطتنا.
- تتضمن القواعد التي تحتاج إلى اتباعها. كما نخبرنا عن أنواع الأدوية الموصوفة التي لا تغطيها خطتنا.

- عند استخدام "أداة Real Time Benefit" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع **الفصل 5 والقسم B2**) ، يتم توفير التكلفة المعروضة في "الوقت الفعلي" مما يعني أن التكلفة المعروضة في الأداة تعكس لحظة من الزمن لتقديم تقدير للتكاليف التي يُتوقع أن تدفعها من جيبك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

● دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات الخاص بنا.

- في معظم الحالات، يجب عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على الأدوية المغطاة. صيدليات الشبكة هي صيدليات توافق على العمل معنا.
- يدرج **دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات الصيدليات التابعة لشبكتنا**. راجع **الفصل 5 من كتيب الأعضاء** لديك لمعرفة المزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة.

الفصل 6 جدول المحتويات

- A. شرح المزايا (EOB) 141
- B. كيفية تتبع تكاليف الأدوية الخاصة بك 141
- C. مراحل دفع الأدوية الخاصة بأدوية الجزء D من برنامج Medicare 143
- D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية 143
- D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية 145
- E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث 145
- F. تكاليف الأدوية الخاصة بك إذا وصف طبيبك أقل من إمداد شهر كامل 145
- G. المساعدة في مشاركة تكاليف الوصفات الطبية للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS 146
- G1. برنامج (ADAP) AIDS Drug Assistance 146
- G2. إذا لم تكن مسجلاً في برنامج ADAP 146
- G3. إذا كنت مسجلاً في برنامج ADAP 146
- H. التطعيمات 147
- H1. ما الذي يجب أن تعرفه قبل أن تحصل على التطعيم 147
- H2. ما تدفعه مقابل التطعيم المغطى في الجزء D من برنامج Medicare 147

A. شرح المزايا (EOB)

خطتنا تتعقب الأدوية المقررة بوصفة طبية. إننا نتعقب نوعين من التكاليف:

- **التكاليف خارج الجيب الخاصة بك.** إنها المبلغ الذي تدفعه أنت، أو الآخرون نيابة عنك، مقابل وصفاتك الطبية.
- **إجمالي تكاليف أدويةك.** إنها المبلغ الذي تدفعه أنت، أو الآخرون نيابة عنك، مقابل وصفاتك الطبية بالإضافة إلى المبالغ التي ندفعها.

عندما تحصل على الأدوية الموصوفة من خلال خطتنا، نرسل لك ملخصًا يسمى **شرح المزايا**. إذا كان لديك وصفة طبية واحدة أو أكثر تم صرفها من خلال الخطة خلال الشهر السابق، فسنرسل لك **شرح المزايا**. ونطلق عليها اختصارًا **EOB**. **EOB** ليس فاتورة. يحتوي **EOB** على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. يتضمن **EOB**:

- **معلومات عن الشهر.** يخبرنا الملخص عن الأدوية الموصوفة التي حصلت عليها في الشهر السابق. يعرض إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، وما دفعته أنت والآخرون لك.
- **معلومات العام حتى تاريخه.** هذا هو إجمالي تكاليف الأدوية الخاصة بك وإجمالي المدفوعات التي تم سدادها منذ 1 يناير.
- **معلومات سعر الدواء.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء وأي نسبة مئوية للتغير في سعر الدواء منذ التعبئة الأولى.
- **بدائل منخفضة التكلفة.** عند توفرها، تظهر في الملخص أدناه الأدوية الحالية الخاصة بك. يمكنك التحدث إلى الوصف لمعرفة المزيد.

نحن نقدم تغطية للأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

- لا يتم احتساب المبالغ المدفوعة مقابل هذه الأدوية من إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك الخاص.
- تغطي الخطة معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية. يمكن تغطية الأدوية الأخرى، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة **Medi-Cal Rx**. يرجى زيارة موقع **Medi-Cal Rx** على الويب (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمعرفة المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء **Medi-Cal** على الرقم **1-800-977-2273**. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد **Medi-Cal (BIC)** الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال **Medi-Cal Rx**.
- لمعرفة الأدوية التي تغطيها خطتنا، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

B. كيفية تتبع تكاليف الأدوية الخاصة بك

لتتبع تكاليف الأدوية الخاصة بك والمدفوعات التي تقوم بها، نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك ومن الصيدلية الخاصة بك. فيما يلي كيفية مساعدتك لنا:

1. استخدم بطاقة هوية العضو الخاصة بك.

أظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. يساعدنا هذا في معرفة الوصفات الطبية التي تملأها وما تدفعه.

2. تأكد من حصولنا على المعلومات التي نحتاجها.

قدم لنا نسخًا من إيصالات الأدوية المغطاة التي دفعت ثمنها. يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك مقابل حصتنا من تكلفة الدواء.

فيما يلي بعض الأوقات التي يجب أن تقدم لنا فيها نسخًا من الإيصالات الخاصة بك:

- عند شراء دواء مغطى من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من إعانات خطتنا
- عندما تدفع مبلغًا مشتركًا مقابل الأدوية التي تحصل عليها في إطار برنامج مساعدة المرضى التابع لصانع الأدوية
- عندما تشتري أدوية مغطاة من صيدلية خارج الشبكة
- عندما تدفع الثمن الكامل لدواء مغطى

لمزيد من المعلومات حول مطالبتنا برد أموالك مقابل حصتنا في تكلفة دواء، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء.

3. أرسل لنا معلومات حول المدفوعات التي قدمها الآخرون لك.

يتم احتساب المدفوعات التي يقوم بها بعض الأشخاص والمؤسسات الأخرى أيضًا ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك الخاص. على سبيل المثال، يتم احتساب المدفوعات التي يتم سدادها بواسطة برنامج AIDS drug assistance (ADAP)، و Indian Health Service، ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك الخاص. يمكن أن يساعدك هذا في التأهل للحصول على تغطية كوارث. عندما تصل إلى مرحلة تغطية الكوارث، تدفع خطتنا جميع تكاليف أدوية الجزء D من برنامج Medicare لبقية العام.

4. تحقق من ملخصات EOB التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على EOB في البريد، تأكد من أنها كاملة وصحيحة.

- هل تعرف اسم كل صيدلية؟ تحقق من التواريخ. هل حصلت على الأدوية في ذلك اليوم؟
- هل حصلت على الأدوية المدرجة؟ هل تتطابق مع تلك المدرجة في الإيصالات الخاصة بك؟ هل الأدوية مطابقة لما وصفه لك الطبيب؟

للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء محير أو لا يبدو صحيحًا في EOB هذا، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

ماذا بشأن الاحتيال المحتمل؟

إذا كان هذا الملخص يتضمن أدوية لا تتناولها، أو شيئًا آخر يبدو مثيرًا للشك بالنسبة لك، يرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمات الأعضاء.

- أو اتصل بـ Medicare على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار اليوم، وطوال أيام الأسبوع.
- إذا كنت تظن بأن هناك مقدم للخدمة مستفيد من Medi-Cal قد ارتكب احتيالاً أو هدرًا أو سوء استخدام، فمن حقك الإبلاغ عنه عن طريق الاتصال بالرقم المجاني السري **1-800-822-6222**. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن احتيال مقدم الخدمة من Medi-Cal على: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx

إذا كنت تعتقد أن هناك شيئًا خاطئًا أو مفقودًا، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا اختيار عرض **EOB** عبر الإنترنت بدلاً من البريد الإلكتروني. يرجى زيارة kp.org/goinggreen وتسجيل الدخول لمعرفة المزيد حول اختيار عرض **EOB** بأمان عبر الإنترنت. احتفظ بملخصات **EOB** هذه. فهي سجل مهم لمصاريف الأدوية الخاصة بك.

C. مراحل دفع الأدوية الخاصة بأدوية الجزء D من برنامج Medicare

هناك مرحلتان للدفع لتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" من برنامج Medicare بموجب الخطة. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند تعبئة الوصفة الطبية أو إعادة تعبئتها. فيما يلي المرحلتان:

المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك، وأنت تدفع حصتك. تسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". تبدأ في هذه المرحلة عندما تملأ أول وصفة طبية لك في العام.	وخلال هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2024. تبدأ هذه المرحلة عندما تدفع مبلغ معين من التكاليف خارج الجيب.

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية

خلال مرحلة التغطية المبدئية، ندفع حصة من تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية التي نتناولها، وتدفع أنت حصتك. تسمى حصتك باسم "الدفع المشترك". يعتمد الدفع المشترك على طبقة مشاركة التكاليف الذي يقع فيه الدواء ومكان الحصول عليه.

طبقات المشاركة في التكلفة هي مجموعات من الأدوية لها نفس الدفع المشترك. كل دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا يقع في إحدى طبقتين من طبقات مشاركة التكلفة. بشكل عام، كلما ارتفع رقم الطبقة، زاد الدفع المشترك. للعثور على طبقات مشاركة تكلفة الأدوية الخاصة بك، ارجع إلى قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- أدوية الطبقتين 1 و 2 تحتوي على أقل مبالغ من الدفع المشترك. قد تكون أدوية جنيسة. مبلغ الدفع المشترك من **0 دولار إلى 4.50 دولار**، حسب ذلك.
- أدوية الطبقات 3 و 4 و 5 تحتوي على أعلى مبالغ من الدفع المشترك. وهي الأدوية التي تحمل علامات تجارية أو الأدوية المتخصصة. مبلغ الدفع المشترك من **0 دولار إلى 11.20 دولار**، حسب ذلك.

D1. اختياراتك من الصيدليات

يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء على ما إذا كنت تحصل عليه من:

- صيدلية تابعة للشبكة أو
- صيدلية خارج الشبكة.

في حالات محدودة، نغطي الوصفات الطبية المعبأة في الصيدليات خارج الشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء لمعرفة متى نقوم بذلك.

لمعرفة المزيد عن هذه الاختيارات، راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء ودليل الصيدليات ومقدمي الخدمات.

D2. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يسمى أيضًا "الإمداد الموسع") عند ملء الوصفة الطبية الخاصة بك. الإمداد طويل الأجل يصل إلى إمداد لمدة 100 يوم. يكلفك نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

للحصول على تفاصيل حول مكان وكيفية الحصول على إمدادات طويلة الأجل من الدواء، راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء أو دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات الخاص بخطتنا.

D3. ماذا تدفع

خلال مرحلة التغطية الأولية، يمكنك دفع مبلغ مشترك في كل مرة تقوم فيها بملء وصفة طبية. إذا كانت تكلفة الدواء المشمول ضمن التغطية أقل من مبلغ الدفع المشترك، فإنك تدفع السعر الأقل.

اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة مبلغ التأمين المشترك الذي تحصل عليه مقابل أي دواء مغطى.

حصتك من التكلفة عندما تحصل على إمداد لمدة شهر واحد أو إمداد طويل الأجل من دواء مغطى مقرر بوصفة طبية:

صيدلية خارج الشبكة إمداد حتى 30 يومًا. التغطية محدودة لحالات معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة التفاصيل.	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة إمداد حتى 31 يومًا	إحدى صيدليات الشبكة أو خدمة الطلب بالبريد الخاصة بخطتنا إمداد حتى 100 يومًا	
0 دولار - 4.50 دولار لكل وصفة طبية، حسب مستوى المساعدة الإضافية لديك			مشاركة تكلفة أدوية الطبقة 1 (الأدوية الجينية)
0 دولار - 11.20 دولار لكل وصفة طبية، حسب مستوى المساعدة الإضافية لديك			مشاركة تكلفة أدوية الطبقة 2 (الأدوية التي تحمل علامات تجارية والأدوية المتخصصة)

للحصول على معلومات حول الصيدليات التي يمكن أن توفر لك إمدادات طويلة الأجل، راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات.

D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي التكاليف خارج الجيب إلى **\$8,000**. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تغطي الخطة جميع تكاليف أدويةك بدايةً من ذلك الحين وحتى نهاية العام. يساعدك شرح الإعانات (EOB) على تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل الأدوية الخاصة بك خلال العام. نخبرك إذا وصلت إلى الحد البالغ **\$8,000**. كثير من الناس لا يصلون إليه في غضون عام.

E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث

عندما تصل إلى حد التكلفة خارج الجيب البالغ **\$8,000** للأدوية المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. تظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية السنة التقويمية. خلال هذه المرحلة، تدفع خطتنا جميع تكاليف أدوية Medicare.

F. تكاليف الأدوية الخاصة بك إذا وصف طبيبك أقل من إمداد شهر كامل

عادة، تقوم بدفع مبلغ مالي مشترك لتغطية إمداد شهر كامل من الدواء المغطى. ومع ذلك، يمكن لطبيبك أن يصف كمية من الأدوية تكفي أقل من شهر.

- قد تكون هناك أوقات تريد فيها أن تسأل طبيبك عن وصف كمية من الدواء تكفي أقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواء لأول مرة من المعروف أن له آثارًا جانبية خطيرة).
- إذا وافق طبيبك، فلن تدفع مقابل إمداد الشهر الكامل لبعض الأدوية.

عندما تحصل على كمية أقل من شهر من الدواء، فإن المبلغ الذي تدفعه يعتمد على عدد أيام الدواء الذي تحصل عليه. نحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل دوائك ("معدل المشاركة اليومية في التكلفة") ونضربه في عدد أيام الدواء الذي تحصل عليه.

- فيما يلي مثال: لنفترض أن الدفع المشترك لدوائك مقابل إمداد شهر كامل (إمداد لمدة 30 يومًا) هو \$1.35. هذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء الخاص بك أقل من \$0.05 في اليوم. إذا حصلت على كمية كافية من الدواء لمدة 7 أيام، فستكون دفعتك أقل من \$0.05 في اليوم مضروبًا في 7 أيام، بإجمالي دفعة أقل من \$0.35.
- تتيح لك مشاركة التكلفة اليومية التأكد من أن الدواء يجدي نفعًا معك قبل أن تدفع مقابل إمداد شهر كامل.
- يمكنك أيضًا أن تطلب من مقدم الخدمة أن يصف لك دواءً أقل من شهر كامل لمساعدتك في:
 - التخطيط بشكل أفضل عند إعادة ملء أدويةك،
 - وتنسيق إعادة الصرف مع الأدوية الأخرى التي تتناولها و
 - التوجه مرات أقل إلى الصيدلية.

G. المساعدة في مشاركة تكاليف الوصفات الطبية للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS

G1. برنامج ADAP AIDS Drug Assistance (ADAP)

يساعد برنامج ADAP الأفراد المؤهلين الذين يعانون من فيروس العوز المناعي البشري/متلازمة نقص المناعة المكتسبة في الحصول على أدوية فيروس العوز المناعي البشري المنقذة للحياة. الأدوية التي تصرف بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية من الجزء D في Medicare والتي يغطيها ADAP أيضًا مؤهلة للحصول على مساعدة في مشاركة تكاليف الوصفات الطبية من خلال إدارة الصحة العامة في كاليفورنيا، مكتب AIDS للأفراد المسجلين في ADAP.

G2. إذا لم تكن مسجلًا في برنامج ADAP

للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، أو الأدوية المغطاة، أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل بالرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من موقع ADAP على الويب على www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. إذا كنت مسجلًا في برنامج ADAP

يمكن لـ ADAP الاستمرار في تزويد عملاء ADAP بمساعدات مشاركة التكلفة للوصفات الطبية للجزء D من برنامج Medicare للأدوية الموجودة في كتيب وصفات ADAP. للتأكد من استمرار تلقي هذه المساعدة، قم بإخطار موظف التسجيل المحلي في ADAP بأي تغييرات في اسم خطة Medicare الجزء D أو رقم السياسة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على أقرب موقع تسجيل لـ ADAP و/ أو عامل التسجيل، فاتصل بالرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من موقع الويب المذكور أعلاه.

H. التطعيمات

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات: تعتبر بعض اللقاحات مزايا طبية. تعتبر التطعيمات الأخرى من أدوية الجزء D من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاحات في قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية الخاصة بخططنا (كتيب الوصفات). تغطي خططنا معظم لقاحات الجزء D من برنامج Medicare للبالغين بدون أي تكلفة عليك. راجع قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية الخاصة بخططنا (كتيب الوصفات) أو اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية ومشاركة التكلفة الخاصة بلقاحات معينة.

هناك جزءان لتغطيتنا لتطعيمات الجزء D من برنامج Medicare:

1. الجزء الأول من التغطية هو تكلفة التطعيم نفسه. التطعيم هو دواء يُصرف بوصفة طبية.
2. الجزء الثاني من التغطية هو تكلفة إعطاء التطعيم. على سبيل المثال، في بعض الأحيان قد تحصل على التطعيم على شكل حقنة أعطاها لك طبيبك.

H1. ما الذي يجب أن تعرفه قبل أن تحصل على التطعيم

نوصي بالاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على التطعيم.

- يمكننا إخبارك عن كيفية تغطية خططنا للتطعيم الخاص بك.
- يمكننا إخبارك بكيفية خفض التكاليف من خلال الاستعانة بصيديات الشبكة ومقدمي الخدمات.
- إذا لم تكن قادرًا على الاستعانة بمقدم خدمات الشبكة والصيديات، يمكننا إخبارك بما عليك القيام به لمطالبتنا برد أموالك مقابل حصتنا من التكلفة.

H2. ما تدفعه مقابل التطعيم المغطى في الجزء D من برنامج Medicare

يعتمد ما تدفعه مقابل التطعيم على نوع التطعيم (ما يتم تطعيمك من أجله).

- تعتبر بعض التطعيمات إعانات صحية وليست أدوية. تتم تغطية هذه اللقاحات دون أي تكلفة عليك. لمعرفة المزيد حول تغطية هذه التطعيمات، راجع مخطط المزايا في الفصل 4 من كتيب الأعضاء.
 - تعتبر التطعيمات الأخرى من أدوية الجزء D من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه التطعيمات في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا. قد تضطر إلى سداد قيمة الدفع المشترك للحصول على تطعيمات الجزء D من برنامج Medicare. إذا تم التوصية باللقاح للبالغين من قبل منظمة تسمى **or Immunization Practices (ACIP) Advisory Committee** فلن يكلفك اللقاح شيئاً.
- فيما يلي ثلاث طرق شائعة يمكنك من خلالها الحصول على التطعيم بموجب الجزء D من برنامج Medicare.
1. تحصل على التطعيم بموجب الجزء D من برنامج Medicare ويتم الحصول على التطعيم في صيدلية تابعة للشبكة.

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً.
- بالنسبة للقاحات الأخرى من الجزء D، فأنت تسدد قيمة دفع مشترك مقابل الحصول على اللقاح.

2. تحصل على التطعيم بموجب الجزء D من برنامج Medicare في عيادة طبيبك، ويعطيك طبيبك الحقنة.

- أنت تسدد قيمة دفع مشترك للطبيب مقابل اللقاح.
- تدفع خطتنا تكلفة إعطائك الحقنة.
- يجب على عيادة الطبيب الاتصال بخطتنا في هذه الحالة حتى تتمكن من التأكد من أنها تعلم أن عليك فقط دفع مبلغ مشترك مقابل اللقاح.

3. تحصل على اللقاح بموجب الجزء D من برنامج Medicare في صيدلية، وتأخذه إلى مكتب طبيبك للحصول على اللقاح.

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً مقابل الحصول على اللقاح نفسه.
- بالنسبة للقاحات الأخرى من الجزء D، فأنت تسدد قيمة دفع مشترك مقابل الحصول على اللقاح.
- تدفع خطتنا تكلفة إعطائك الحقنة.

الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي تلقيتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة

مقدمة

يخبرك هذا الفصل كيف ومتى ترسل إلينا فاتورة للمطالبة بالدفع. يخبرك أيضًا بكيفية تقديم طعن إذا كنت لا توافق على قرار التغطية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 7 جدول المحتويات

- A. مطالبتنا بالدفع مقابل خدماتك أو أدويةك 150
- B. إرسال طلب للدفع لنا 153
- C. قرارات التغطية 154
- D. الطعون 154

A. مطالبتنا بالدفع مقابل خدماتك أو أدويةك

إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم B.

- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف ندفع لمقدم الخدمة مباشرة.
- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية ودفعت بالفعل أكثر من حصتك من التكلفة، فمن حقا أن تسترد أموالك
 - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسوف نعيد لك المال.
- إذا دفعت مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للتعويض (استرداد أموالك) إذا استوفيت جميع الشروط التالية:
 - الخدمة التي تلقيتها هي خدمة تغطيها Medi-Cal والتي نتحمل مسؤولية دفعها. لن نقوم بتعويضك عن خدمة لا تغطيها خطتنا.
 - تلقيت الخدمة المغطاة بعد أن أصبحت عضواً مؤهلاً في برنامج Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
 - تطلب استرداد المبلغ خلال عام واحد من تاريخ تلقيك للخدمة المغطاة.
 - تقدم دليلاً على أنك دفعت مقابل الخدمة المغطاة، مثل إيصال مفصل من مقدم الخدمة.
 - تلقيت الخدمة المغطاة من مقدم خدمات Medi-Cal مسجل في شبكتنا. لا تحتاج إلى استيفاء هذا الشرط إذا تلقيت رعاية طوارئ أو خدمات تنظيم الأسرة أو خدمة أخرى يتيح برنامج Medi-Cal لمقدمي الخدمات خارج الشبكة أدائها دون موافقة مسبقة (إذن مسبق).
- إذا كانت الخدمة المغطاة تتطلب عادةً موافقة مسبقة (إذن مسبق)، فأنت بحاجة إلى تقديم إثبات من مقدم الخدمة يوضح الحاجة الطبية للخدمة المغطاة.
- سنخبرك بما إذا كان سيتم تعويضك في رسالة باسم إشعار باتخاذ إجراء. إذا استوفيت جميع الشروط المذكورة أعلاه، فيجب على مقدم الخدمة المسجل في Medi-Cal أن يعيد لك المبلغ الذي دفعته بالكامل. إذا رفض مقدم الخدمة رد المبلغ لك، فسوف ترد لك خطتنا المبلغ الذي دفعته بالكامل. سنقوم بتعويضك في غضون 45 يوم عمل من استلام المطالبة. إذا كان مقدم الخدمة مسجلاً في Medi-Cal، ولكنه ليس في شبكتنا ويرفض رد المبلغ لك، فسوف ترد لك خطتنا المبلغ، ولكن فقط إلى قيمة المبلغ الذي سيدفعه FFS Medi-Cal. سنعيد لك كامل المبلغ الذي دفعته من جيبك مقابل الحصول على خدمات الطوارئ أو خدمات تنظيم الأسرة أو أي خدمة أخرى يتيح Medi-Cal تقديمها من قبل مقدمي خدمات خارج الشبكة دون موافقة مسبقة. إذا لم تستوف أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نقوم برد المبلغ لك.
- لن نرد المبلغ لك في الحالات التالية:
 - إذا طلبت وتلقيت خدمات لا يغطيها Medi-Cal، مثل خدمات التجميل.
 - إذا كانت الخدمة ليست خدمة مغطاة بموجب Senior Advantage Medicare Medi-Cal.
 - إذا ذهبت إلى طبيب لا يستخدم Medi-Cal ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد أن تتم مقابلتك على أي حال وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.
- إذا لم نقم بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة. إذا كنت لا تعرف ما كان يجب عليك دفعه، أو إذا تلقيت فاتورة ولا تعرف ما يجب عليك فعله حيال ذلك، يمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت تريد إخبارنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

فيما يلي أمثلة على الأوقات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا بسداد المبلغ لك أو دفع فاتورة حصلت عليها:

1. عندما تحصل على رعاية صحية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات من خارج الشبكة

اطلب من مقدم الخدمات إرسال فاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، فاطلب منا سداد المبلغ مقابل حصتنا من التكلفة. أرسل إلينا الفاتورة وإثبات أي دفعة قمت بسدادها.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمة يطلب منك الدفع الذي تعتقد أنك لست مدينًا به. أرسل إلينا الفاتورة وإثبات أي دفعة قمت بسدادها.
 - إذا كان يجب الدفع لمقدم الخدمة، فسوف ندفع لمقدم الخدمة مباشرة.
 - إذا كنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك من تكلفة خدمة Medicare، فسنددد المبلغ المستحق لك وسندفع لك نصيبنا من التكلفة.

2. عندما يرسل لك مقدم الخدمة التابع للشبكة فاتورة

يجب على مقدمي خدمات الشبكة دائمًا إرسال الفاتورة إلينا. من المهم إظهار بطاقة هوية العضو الخاصة بك عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. لكن قد يحدث خطأ في بعض الأحيان، ويُطلب منك الدفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أو دفع مبلغ أكبر من حصتك في التكاليف. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا حصلت على أي فواتير.

- بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك تدفع فقط المبلغ المشترك عندما تحصل على الخدمات التي نغطيها. لا نسمح لمقدمي الخدمة بإصدار فواتير لك بأكثر من هذا المبلغ. هذا صحيح حتى لو دفعنا لمقدم الخدمة أقل من رسوم مقدم الخدمة مقابل الخدمة. حتى إذا قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فإنك لا تزال لا تدفعها.
- كلما حصلت على فاتورة من موفر خدمات شبكة تعتقد أنه أكثر مما يجب أن تدفعه، أرسل لنا الفاتورة. سوف نتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونعتني بالمشكلة.
- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة من مزود الشبكة مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، لكنك تشعر أنك دفعت الكثير، فأرسل إلينا الفاتورة وإثبات أي دفعة قمت بسدادها. سوف نعيد لك المال للفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق عليك بموجب خطتنا.

3. إذا كنت مسجلًا بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان، يمكن أن يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (هذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد انقضى. ربما كان العام الماضي.)

- إذا تم تسجيلك بأثر رجعي ودفعت فاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا رد المبلغ لك.
- أرسل إلينا الفاتورة وإثبات أي دفعة قمت بسدادها.

4. عند استخدام صيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا كنت تستخدم صيدلية خارج الشبكة، فإنك تدفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية.

- في حالات قليلة فقط، سنغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته مقابل حصتنا من التكلفة.
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة المزيد من المعلومات حول الصيدليات غير التابعة للشبكة.

5. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل من الجزء D من برنامج Medicare لأنه ليست لديك بطاقة هوية خطتك معك

إذا لم يكن لديك بطاقة هوية العضو الخاصة بك معك، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات التسجيل في خطتك.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد تضطر إلى دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل بنفسك أو الرجوع إلى الصيدلية ببساطة هوية العضو الخاصة بك.
- أرسل إلينا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته مقابل حصتنا من التكلفة.

6. عندما تدفع التكلفة الكاملة للوصفات الطبية من الجزء D من برنامج Medicare مقابل دواء لم تتم تغطيته

قد تدفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية التابعة لنا (قائمة الأدوية)، على موقع الويب، أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعرفها أو تعتقد أنها لا تنطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فقد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة.
 - إذا كنت لا تدفع ثمن الدواء ولكنك تعتقد أنه يجب علينا تغطيته، يمكنك طلب قرار التغطية (راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء).
 - إذا كنت تعتقد أنت وطبيبك أو غيرك من الوافدين أنك بحاجة إلى الدواء على الفور (في غضون 24 ساعة)، يمكنك طلب قرار تغطية سريع (راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء).
- أرسل إلينا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو غيره من الوافدين لسداد حصتنا من تكلفة الدواء. عندما ترسل إلينا طلبًا للدفع، نقوم بمراجعتنا ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يسمى هذا إعداد "قرار التغطية". إذا قررنا أنه يجب تغطية الخدمة أو الدواء، فإننا ندفع حصتنا من تكلفته.
- إذا رفضنا طلبك للدفع، يمكنك الطعن على قرارنا. لمعرفة كيفية تقديم طعن، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.

B. إرسال طلب للدفع لنا

يمكنك أن تطلب منا رد الأموال إليك عن طريق إرسال طلب خطي إلينا. إذا أرسلت طلبًا كتابيًا، فأرسل فاتورتك ووثائق أي مدفوعات قمت بسدادها للحصول على خدمات Medicare. من الجيد عمل نسخة من فاتورتك وإيصالاتك في سجلاتك. يجب عليك تقديم مطالبتك إلينا في غضون 12 شهرًا (للمطالبات الطبية من الجزء "C") وفي غضون 36 شهرًا (بالنسبة لمطالبات الأدوية من الجزء D) من تاريخ تلقيك للخدمة.

للتأكد من قيامك بتزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب الدفع. لست مطالبًا باستخدام النموذج، ولكنه يساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع. يمكنك تقديم مطالبة لطلب الدفع عن طريق:

- إكمال نموذجنا الإلكتروني وإرساله على **kp.org** وتحميل المستندات الداعمة.
- قم بتنزيل نسخة من النموذج من موقعنا على الويب (**kp.org**) أو اتصل بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة واطلب منهم إرسال النموذج إليك. أرسل النموذج المكتمل بالبريد إلى عنوان إدارة الشكاوى المعني بإدارة الشكاوى المدرج أدناه.
- إذا لم تتمكن من الحصول على النموذج، يمكنك تقديم طلبك للدفع عن طريق إرسال المعلومات التالية إلينا إلى عنوان إدارة الشكاوى المدرج أدناه:
 - بيان بالمعلومات التالية:
 - اسمك (اسم العضو/المريض) ورقم السجل الطبي/الصحي.
 - التاريخ الذي تلقيت فيه الخدمات.
 - أين تلقيت الخدمات.
 - من قدم الخدمات.
 - لماذا تعتقد أننا يجب أن ندفع مقابل الخدمات.
 - توقيعك وتاريخ التوقيع. (إذا كنت تريد من شخص آخر غيرك تقديم الطلب، فسنحتاج أيضًا إلى نموذج "تعيين ممثل" مكتمل، والمتوفر على **kp.org**.)
 - نسخة من الفاتورة، وسجلك الطبي (سجلاتك الطبية) لهذه الخدمات، وإيصالك إذا كنت قد دفعت مقابل الخدمات.

أرسل طلبك للدفع بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات على هذا العنوان:

- أرسل لنا طلبك لدفع تكاليف الرعاية الطبية مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلينا على هذا العنوان:

Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 7004
Downey, CA 90242-7004

اطلب الدفع مقابل عقار من الجزء D تم وصفه من قبل مقدم خدمات الشبكة وتم الحصول عليه من صيدلية تابعة للشبكة، اكتب على العنوان أدناه. لجميع طلبات الجزء D الأخرى، أرسل طلبك إلى العنوان أعلاه.

Kaiser Permanente
Medicare Part D Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة. إذا كنت لا تعرف ما كان يجب عليك دفعه، أو إذا تلقيت فواتير ولا تعرف ما يجب عليك فعله حيال ذلك، يمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت تريد إخبارنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

C. قرارات التغطية

عندما نحصل على طلبك للدفع، نتخذ قرار التغطية. هذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خططنا تغطي خدمتك أو غرضك أو دواءك.

نقرر أيضًا مبلغ المال، إن وجد، الذي يجب عليك دفعه.

- سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خططنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء، واتبعت جميع القواعد للحصول عليه، فإننا سندفع حصتنا من التكلفة مقابلته. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل لك شيكًا بالبريد مقابل حصتنا من التكلفة. إذا لم تكن قد دفعت، فإننا سندفع لمقدم الخدمة مباشرة.

الفصل 3 من كتيب الأعضاء يشرح القواعد للحصول على الخدمات المغطاة. **الفصل 5 من كتيب الأعضاء** يشرح القواعد للحصول على الأدوية المغطاة المقررة بوصفها طبية بموجب الجزء D من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم دفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، سنرسل لك رسالة بالأسباب. توضح الرسالة أيضًا حقوقك في تقديم طعن.
- لمعرفة المزيد حول قرارات التغطية، راجع **الفصل 9**.

D. الطعون

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ في رفض طلبك للدفع، يمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. وهذا ما يسمى "تقديم طعن". يمكنك أيضًا تقديم طعن إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي ندفعه.

تتضمن عملية الطعن الرسمية إجراءات مفصلة ومواعيد نهائية. لمزيد من المعلومات عن الطعون، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء:

- لتقديم طعن بشأن استرداد أموالك مقابل خدمة رعاية صحية، راجع **القسم F**.
- لتقديم طعن بشأن استرداد أموالك مقابل دواء، راجع **القسم G**.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في خطتنا. يجب أن نحترم حقوقك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيباً أبجدياً في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 8 جدول المحتويات

- A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك 156
- B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة 156
- C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) 158
- C1. كيف نحمي PHI 159
- C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية 159
- D. مسؤوليتنا في إعطائك المعلومات 159
- E. عدم قدرة مقدمي خدمات الشبكة على إصدار فاتورتك مباشرة 160
- F. حقك في مغادرة خطتنا 160
- G. حقك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية 161
- G1. حقك في معرفة خيارات العلاج واتخاذ القرارات 161
- G2. حقك في أن تقول ما تريد أن يحدث إذا كنت لا تستطيع اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك 161
- G3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع تعليماتك 162
- H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في قراراتنا 162
- H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك 162
- I. معلومات حول تقييمات التكنولوجيا الجديدة 163
- J. يمكنك تقديم اقتراحات حول الحقوق والمسؤوليات 163
- K. مسؤولياتك كعضو في الخطة 163

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالشكل الذي يلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك كل عام أنك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع الفصل 2). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
 - طلب اللغة المفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل،
 - الاحتفاظ بمعلوماتك كطلب دائم للرسائل البريدية والاتصالات المستقبلية، و
 - تغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم **1-800-MEDICARE 1-800-633-4227** (TTY). يمكنك الاتصال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم **1-916-440-7370**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **711**.
- الولايات المتحدة الأمريكية الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم **1-800-368-1019**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-537-7697**.

B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة

لديك حقوق كعضو في خطتنا.

- لديك الحق في اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) في شبكتنا. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمة يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع مقدمي الخدمة الذين قد يعملون كـ PCP وكيفية اختيار PCP في الفصل 3 من كتيب الأعضاء.
 - اتصل بخدمات الأعضاء، أو ابحث في دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لمعرفة المزيد حول مقدمي الخدمات والأطباء التابعين للشبكة الذين يقبلون المرضى الجدد.
- لديك الحق في الاستعانة باختصاصي صحة المرأة دون إحالة إلى جانب مقدمي الخدمات الآخرين الموصوفين في الفصل 3 من كتيب الأعضاء. الإحالة هي موافقة من PCP الخاص بك للاستعانة بمقدم خدمات ليس PCP الخاص بك.
- لديك الحق في الحصول على الخدمات المغطاة من مقدمي خدمات الشبكة في غضون فترة زمنية معقولة.
 - وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من الاختصاصيين.
 - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات في غضون فترة زمنية معقولة، يجب علينا دفع تكاليف الرعاية خارج الشبكة.

- لديك الحق في الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية التي تمس الحاجة إليها دون موافقة مسبقة (PA).
- لديك الحق في ملء الوصفات الطبية الخاصة بك في أي من صيدليات شبكتنا دون تأخير طويل.
- لديك الحق في معرفة متى يمكنك استخدام مزود خارج الشبكة. للتعرف على مقدمي الخدمات خارج الشبكة، راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء.
- عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، يحق لك الاحتفاظ بمقدمي الخدمة الحاليين وتراخيص الخدمة لمدة تصل إلى 12 شهرًا إذا تم استيفاء شروط معينة. لمعرفة المزيد حول الاحتفاظ بمقدمي الخدمة وأذونات الخدمة، راجع الفصل 1 من كتيب الأعضاء.
- لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاصين بك.
- تتمتع بالحق في:
 - أن تُعامل باحترام وكرامة، مع إيلاء الاعتبار الواجب لحقك في الخصوصية وضرورة الحفاظ على سرية معلوماتك الطبية
 - تزويدك بمعلومات حول الخطة وخدماتها، بما في ذلك الخدمات المغطاة ومزودي الشبكة وحقوق الأعضاء ومسؤولياتهم.
 - لتكون قادرًا على اختيار مقدم رعاية أولية داخل شبكتنا.
 - لمعرفة أسماء الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية ونوع التدريب الذي يتلقونه.
 - الحصول على الرعاية في مكان آمن، ونظيف، ويمكن الوصول إليه.
 - الحصول على رأي ثانٍ من طبيب الشبكة في أي وقت.
 - التعبير عن المظالم، سواء شفهيًا أو كتابيًا، بشأن المنظمة أو الرعاية التي حصلت عليها.
 - الحصول على تنسيق الرعاية.
 - طلب الطعن على قرارات رفض أو تأجيل أو تقييد الخدمات أو المزايا.
 - الحصول على خدمات الترجمة الفورية بلغتك.
 - الحصول على مساعدة قانونية مجانية من مكتب المساعدة القانونية المحلي أو مجموعات أخرى.
 - صياغة التوجيهات المسبقة.
 - طلب جلسة استماع رسمية في حالة رفض خدمة أو ميزة. يمكنك طلب جلسة استماع رسمية إذا كنت قد قدمت بالفعل طعنًا معنا ولم تكن راضيًا عن القرار. يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع رسمية إذا لم تحصل على قرار في غضون 30 يومًا بشأن الطعن الذي قدمته معنا. يتضمن ذلك معلومات عن الظروف التي يمكن بموجبها عقد جلسة استماع عاجلة.
 - الوصول إلى، وتلقي نسخ من سجلك الطبي أو تعديله أو تصحيحه.
 - الحصول على معلومات مكتوبة عن الأعضاء بدون تكلفة بتنسيقات أخرى، مثل طريقة برايل، وطباعة كبيرة الحجم، وصيغ صوتية، وتنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها، عند الطلب وفي الوقت المناسب للتنسيق المطلوب ووفقًا لقسم الرعاية الاجتماعية والمؤسسات 14182 (ب) (12).

- التحرر من أي شكل من أشكال التقييد أو العزلة المستخدمة كوسيلة للإكراه أو الانضباط أو الملاءمة أو الانتقام.
 - مناقشة المعلومات بصدق حول خيارات وبدائل العلاج المتاحة، المقدمة بطريقة تتناسب مع حالتك وقدرتك على الفهم، بغض النظر عن التكلفة أو التغطية.
 - الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية، واطلب تعديلها أو تصحيحها، على النحو المحدد في 164.526 CFR و§164.524 45.
 - حرية ممارسة هذه الحقوق دون التأثير سلبيًا على كيفية معاملتك من قبل Kaiser Permanente، أو مقدمي الخدمة، أو الولاية.
 - الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة ومراكز الولادة المستقلة والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا ومقدمي الرعاية الصحية الهنود وخدمات القبالة والمراكز الصحية الريفية وخدمات الأمراض المنقولة جنسيًا وخدمات الطوارئ خارج شبكتنا وفقًا للقانون الفيدرالي.
- الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك** يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويةك في غضون فترة زمنية معقولة. كما يوضح أيضًا ما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية خدماتك أو أدويةك ولم توافق على قرارنا.

C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI، personal health information) على النحو المطلوب بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات.

- تتضمن PHI المعلومات التي قدمتها لنا عند التسجيل في خطتنا. تتضمن أيضًا سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- تتمتع بحقوق فيما يتعلق بالمعلومات الخاصة بك والتحكم في كيفية استخدام PHI. نقدم لك إشعارًا كتابيًا يخبرك عن هذه الحقوق ويشرح كيف نحمي خصوصية PHI. يسمى الإشعار "إشعار ممارسة الخصوصية".
- لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على إذن من أي شخص آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبات بشأن خدمات حساسة. ستوجه Kaiser Permanente المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل للعضو أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف أو، في حالة عدم وجود وجهة، باسم العضو على العنوان أو رقم الهاتف المسجل في الملف. لن تفصح Kaiser Permanente عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى أي شخص آخر دون إذن كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. سوف تستوعب Kaiser Permanente طلبات المراسلة السري بالشكل والتنسيق المطلوبين، إذا كان من السهل إعدادها بالشكل والتنسيق المطلوبين، أو في مواقع بديلة. سيكون طلب العضو للمراسلات السرية المتعلقة بالخدمات الحساسة ساريًا حتى يقوم العضو بإلغاء الطلب أو تقديم طلب جديد للمراسلات السرية.
- يجوز للأعضاء طلب اتصال سري من خلال استكمال نموذج طلب اتصال سري، والذي يتوفر على موقع kp.org ضمن "طلب نماذج اتصالات سرية".

C1. كيف نحمي PHI

نتأكد من عدم قيام أي أشخاص غير مصرح لهم بالنظر في سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، لا نعطي PHI لأي شخص لا يقدم رعايتك أو يدفع مقابل رعايتك. إذا فعلنا ذلك، يجب أن نحصل على إذن كتابي منك أولاً. يمكنك أنت، أو أي شخص مصرح له قانوناً اتخاذ القرارات نيابة عنك، إعطاء إذن كتابي.

في بعض الأحيان، لا نحتاج إلى الحصول على إذن كتابي منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا الإفصاح عن PHI للوكالات الحكومية للتحقق من جودة الرعاية في خطتنا.
- يجب علينا الإفراج عن PHI بأمر من المحكمة.
- يجب أن نعطي Medicare PHI. إذا أصدر برنامج Medicare PHI لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنهم يفعلون ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- تتمتع بالحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك قد نفرض عليك رسومًا مقابل عمل نسخة من سجلاتك الطبية
 - تتمتع بالحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فإننا نعمل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء تغييرات.
 - لديك الحق في معرفة ما إذا كنا نشارك PHI مع الآخرين وكيفية القيام بذلك.
- إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية PHI، فاتصل بخدمات الأعضاء.

D. مسؤوليتنا في إعطائك المعلومات

بصفتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري شبكتنا وخدماتك المغطاة.

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فلدينا خدمات الترجمة للإجابة على الأسئلة التي لديك حول خطتنا. للحصول على مترجم، اتصل بخدمات الأعضاء. هذه خدمة مجانية لك. هذه الوثيقة متاحة باللغات [العربية، والأرمينية، والكمبودية، والصينية، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية، من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكننا أيضًا تزويدك بمعلومات مكتوبة بخط كبير أو بطريقة برايل أو صوتية.

إذا كنت تريد معلومات حول أي مما يلي، فاتصل بخدمات الأعضاء:

- كيفية اختيار أو تغيير الخطط
- خطتنا، بما في ذلك:
 - المعلومات المالية.
 - كيف قام أعضاء الخطة بتقييمنا.
 - عدد الطعون المقدمة من قبل الأعضاء.
 - كيفية مغادرة خطتنا.

- مقدمو الخدمات والصيدليات الخاصة بشبكتنا، بما في ذلك:
 - كيفية اختيار أو تغيير مقدمي الرعاية الأولية.
 - مؤهلات مقدمي خدمات شبكتنا والصيدليات التابعة لنا.
 - كيف ندفع لمقدمي الخدمة في شبكتنا.
- الخدمات والأدوية المشمولة ضمن التغطية، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع الفصلين 3 و 4 من كتيب الأعضاء) والأدوية (راجع الفصلين 5 و 6 من كتيب الأعضاء) المغطاة بموجب خطتنا.
 - حدود التغطية والأدوية.
 - القواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة.
- لماذا لا تتم تغطية شيء ما وما الذي يمكنك القيام به حيال ذلك (ارجع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
 - اكتب سبب عدم تغطية شيء ما.
 - تغيير قرار اتخذناه.
 - دفع فاتورة حصلت عليها.

E. عدم قدرة مقدمي خدمات الشبكة على إصدار فاتورتك مباشرة

لا يمكن للأطباء والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكتنا جعلك تدفع مقابل الخدمات المغطاة. لا يمكنهم أيضًا موازنة الفاتورة أو تحصيل رسوم منك إذا دفعنا أقل من المبلغ الذي فرضه المزود. لمعرفة ما يجب فعله إذا حاول مقدم خدمات تابع للشبكة فرض رسوم عليك مقابل الخدمات المغطاة، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.

F. حَقَّك في مغادرة خطتنا

لا أحد يستطيع أن يجعلك تبقى في خطتنا إذا كنت لا تريد ذلك.

- لديك الحق في الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك من خلال برنامج Medicare الأصلي أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- يمكنك الحصول على إعانات الأدوية الموصوفة من الجزء D من برنامج Medicare من خطة أدوية بوصفة طبية أو من خطة MA أخرى.
- راجع الفصل 10 من كتيب الأعضاء:
 - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى خطة MA جديدة أو خطة إعانات الأدوية المقررة بوصفة طبية.
 - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على إعانات Medi-Cal إذا غادرت خطتنا.

G. حَقِّكَ فِي اتِّخَاذِ قَرَارَاتٍ بِشَأْنِ رِعَايَتِكَ الصَّحِيَّةِ

لديك الحق في الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك على اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية.

G1. حَقِّكَ فِي مَعْرِفَةِ خِيَارَاتِ الْعِلَاجِ وَاتِّخَاذِ الْقَرَارَاتِ

يجب أن يشرح مقدمو الخدمة حالتك وخيارات العلاج الخاصة بك بطريقة يمكنك فهمها. لك الحق في:

- **معرفة اختياراتك.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بجميع خيارات العلاج.
- **التعرف على المخاطر.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بأي مخاطر تنطوي عليها. يجب أن نخبرك مسبقًا إذا كانت أي خدمة أو علاج جزءًا من تجربة بحثية. لديك الحق في رفض العلاجات التجريبية.
- **الحصول على رأي ثانٍ.** لديك الحق في الاستعانة بطبيب آخر قبل اتخاذ قرار بشأن العلاج.
- **قول لا.** لديك الحق في رفض أي علاج. وهذا يشمل الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى لو نصحك طبيبك بعدم القيام بذلك. لديك الحق في التوقف عن تناول دواء موصوف. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء موصوف، فلن نحذقك من خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فأنت تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لك.
- **اطلب منا توضيح سبب رفض مقدم الرعاية القيام بدوره.** لديك الحق في الحصول على تفسير منا إذا رفض مقدم الرعاية توفير الرعاية التي تعتقد أنك يجب أن تحصل عليها.
- **اطلب منا تغطية خدمة أو عقار رفضناه أو لا نغطيه في العادة.** هذا يسمى قرار التغطية. الفصل 9 من كتيب الأعضاء يخبرنا كيف تطلب منا قرار التغطية.

G2. حَقِّكَ فِي أَنْ تَقُولَ مَا تَرِيدُ أَنْ يَحْدُثَ إِذَا كُنْتَ لَا تَسْتَطِيعُ اتِّخَاذَ قَرَارَاتِ الرِّعَايَةِ الصَّحِيَّةِ لِنَفْسِكَ

في بعض الأحيان يكون الناس غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم. قبل أن يحدث لك ذلك، يمكنك:

- ملء نموذج كتابي يمنح شخص ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك.
- امنح أطباءك تعليمات مكتوبة حول كيفية التعامل مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات لنفسك، بما في ذلك الرعاية التي لا تريدها.

يُطلق على المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك اسم "التوجيه المسبق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن الأمثلة على ذلك وصية سارية وتوكيل رسمي للرعاية الصحية.

لا يلزم أن يكون لديك توجيه مسبق، ولكن يمكنك ذلك. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام توجيه مسبق:

- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على النموذج من طبيبك أو محاميك أو وكالة خدمات قانونية أو اختصاصي اجتماعي. غالبًا ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب التزويد النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب النموذج.
- **املأ النموذج ووقع عليه.** النموذج هو وثيقة قانونية. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد الأسرة أو PCP الخاص بك، لمساعدتك في إكماله.
- **أعط نسخًا للأشخاص الذين يحتاجون إلى المعرفة.** يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج لطبيبك. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة إلى الشخص الذي تسميه لاتخاذ القرارات نيابة عنك. قد ترغب في إعطاء نسخ للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.

- إذا كنت في المستشفى وكان لديك توجيه مسبق، خذ نسخة منه إلى المستشفى.
- سوف يسألك المستشفى عما إذا كان لديك نموذج توجيه مسبق موقع وما إذا كان بحوزتك.
- إذا لم يكن لديك نموذج توجيه مسبق موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وسوف تسألك عما إذا كنت تريد التوقيع عليها.

لك الحق في:

- وضع التوجيهات المسبقة الخاصة بك في سجلاتك الطبية.
- تغيير أو إلغاء التوجيه المسبق الخاص بك في أي وقت.
- التعرف على التغييرات في قوانين التوجيه المتقدمة. ستخبرك خطتنا بالتغييرات التي تطرأ على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا بعد التغيير.

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

G3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع تعليماتك

إذا وقعت على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، يمكنك تقديم شكوى إلى منظمة تحسين الجودة المدرجة في الفصل 2، القسم F من كتيب الأعضاء.

H. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بإعادة النظر في قرارنا

الفصل 9 من كتيب الأعضاء يخبرك بما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف بشأن خدماتك أو رعايتك المغطاة. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية، أو تقديم طعن لتغيير قرار التغطية، أو تقديم شكوى. لديك الحق في الحصول على معلومات حول الطعون والشكاوى التي قدمها أعضاء الخطة الآخرون ضدنا. اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بطريقة غير عادلة - ولا يتعلق الأمر بالتمييز لأسباب مدرجة في الفصل 11 من كتيب الأعضاء الخاص بك - أو إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك الاتصال بـ:

- خدمات الأعضاء على **1-800-443-0815**، 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **711**.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم **1-800-434-0222**. لمزيد من التفاصيل حول HICAP، راجع الفصل 2، القسم E من كتيب الأعضاء.
- برنامج Medicare وMedi-Cal Ombudsman على الرقم **1-888-804-3536**. لمعرفة المزيد حول هذا البرنامج، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.
- برنامج DHCS Ombudsman على الرقم **1-888-452-8609**، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً.
- Medicare على الرقم **1-800-MEDICARE 1-800-633-4227**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "حقوق وحماية Medicare"، الموجودة على موقع Medicare على الويب على www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)

أ. معلومات حول تقييمات التكنولوجيا الجديدة

تؤثر التكنولوجيا المتغيرة بسرعة على الرعاية الصحية والطب مثل أي صناعة أخرى. لتحديد ما إذا كان دواءً جديدًا أو تطوير طبي آخر له فوائد طويلة الأجل، تقوم خطتنا بمراقبة وتقييم التقنيات الجديدة بعناية لإدراجها كمزايا مغطاة. تشمل هذه التقنيات الإجراءات الطبية والأجهزة الطبية والأدوية الجديدة.

ب. يمكنك تقديم اقتراحات حول الحقوق والمسؤوليات

كعضو في خطتنا، لديك الحق في تقديم توصيات حول الحقوق والمسؤوليات الواردة في هذا الفصل. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء مع أي اقتراحات.

ك. مسؤولياتك كعضو في الخطة

بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمات الأعضاء.

- اقرأ كتيب الأعضاء لمعرفة ما تغطي خطتنا والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة. للحصول على تفاصيل حول:
 - الخدمات المغطاة، راجع الفصولين 3 و4 من كتيب الأعضاء. تخبرك هذه الفصول بما تتم تغطيته، وما لم تتم تغطيته، وما القواعد التي يجب عليك اتباعها، وما تدفعه.
 - الأدوية المغطاة، راجع الفصولين 5 و6 من كتيب الأعضاء.
- أخبرنا عن أي تغطية صحية أو أدوية أخرى. يجب أن نتأكد من استخدام جميع خيارات التغطية الخاصة بك عندما تحصل على رعاية صحية. اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين أنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك عندما تحصل على خدمات أو أدوية.
- ساعد أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين في توفير أفضل رعاية لك.
 - امنحهم المعلومات التي يحتاجونها عنك وعن صحتك. تعلم بقدر ما تستطيع عن مشاكلك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي توافق عليها أنت ومقدمو الرعاية.
 - تأكد من أن أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين على دراية بجميع الأدوية التي تتناولها. يشمل ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية، والأدوية غير المقررة بوصفة طبية، والفيتامينات، والمكملات الغذائية.
 - اسأل أي أسئلة لديك. يجب على أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين شرح الأشياء بطريقة يمكنك فهمها. إذا طرحنا سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- اعمل مع منسق الرعاية الخاص بك بما في ذلك إكمال تقييم سنوي للمخاطر الصحية.
- كن متفهمًا. نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. نتوقع منك أيضًا أن تتصرف باحترام في مكتب طبيبك والمستشفيات ومع مكاتب مقدمي الخدمات الآخرين.

- **ادفع ما تدين به.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - أقساط الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء الخطة، يدفع Medi-Cal قسط الجزء A من برنامج Medicare الخاص بك وقسط الجزء B من برنامج Medicare الخاص بك.
 - بالنسبة لبعض الخدمات والدعم طويل الأجل أو الأدوية التي تمت تغطيتها من قبل خطتنا، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عندما تحصل على الخدمة أو الدواء. **الفصل 4** يخبرك بما يجب عليك دفعه مقابل الخدمات والدعم طويل الأجل. **الفصل 6** يخبرك بما يجب عليك دفعه مقابل الأدوية الخاصة بك.
 - إذا حصلت على أي خدمات أو أدوية لا تغطيها خطتنا، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملاحظة: إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، فيمكنك تقديم طعن. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** لمعرفة كيفية تقديم طعن.)
- **أخبرنا إذا انتقلت.** إذا كنت تخطط للانتقال، فأخبرنا على الفور. اتصل بخدمات الأعضاء.
 - إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكنك البقاء في خطتنا. يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا أن يكونوا أعضاء في هذه الخطة. **الفصل 1** من كتيب الأعضاء يخبرنا عن منطقة خدمتنا.
 - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت تنتقل خارج منطقة خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاصة، يمكنك التبديل إلى برنامج Medicare الأصلي أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة في موقعك الجديد. يمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
 - أخبر Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد عندما تنتقل. راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء للحصول على أرقام هواتف Medicare وMedi-Cal.
 - إذا انتقلت إلى منطقة خدمتنا وأقمت فيها، فلا زلنا بحاجة إلى معرفة ذلك. نحتاج إلى تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- **أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.**
- **اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**

الفصل 9. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الطعون، الشكاوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات حول حقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ما يجب فعله إذا:

- لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خطتك.
- أنت بحاجة إلى خدمة أو عنصر أو دواء قالت خطتك أنها لن تدفع ثمنها.
- أنت لا توافق على القرار الذي اتخذته خطتك بشأن رعايتك.
- تعتقد أن خدماتك المغطاة ستنتهي في وقت قريب جدًا.
- لديك مشكلة أو شكوى بشأن خدماتك ودعمك طويل الأجل، والتي تشمل خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) ومرفق التمريض (NF).

يوجد هذا الفصل في أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور بسهولة على ما تبحث عنه. إذا كانت لديك مشكلة أو استفسار، فاقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.

يجب أن تحصل على الرعاية الصحية والأدوية والدعم والخدمات طويلة الأجل التي يقرر طبيبك ومقدمو الخدمات الآخرون أنها ضرورية لرعايتك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. إذا كانت لديك مشكلة في رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على الرقم 1-888-804-3536 للحصول على المساعدة. يشرح هذا الفصل الخيارات المختلفة التي لديك لمشاكل وشكاوى مختلفة، ولكن يمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج Ombuds للمساعدة في إرشادك خلال مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.

الفصل 9 جدول المحتويات

169	A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف
169	A1. نبذة عن المصطلحات القانونية
170	B. من أين تحصل على المساعدة
170	B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة
170	المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)
170	المساعدة من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds
170	المساعدة والمعلومات من Medicare
170	المساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا
170	المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)
171	C. فهم شكوى وطعون Medicare و Medi-Cal في خطتنا
171	D. مشكلات في المزايا التي تتلقاها
172	E. قرارات التغطية والطعون
172	E1. قرارات التغطية
172	E2. الطعون
173	E3. المساعدة في قرارات التغطية والطعون
173	E4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك
174	F. الرعاية الطبية
174	F1. استخدام هذا القسم
175	F2. طلب قرار التغطية
175	قرار التغطية القياسية
175	قرار تغطية سريع
176	F3. تقديم طعن من المستوى 1
177	إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعناً سريعاً.

- إذا أخبرناك أننا نتوقف أو نخفض الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل، فقد تتمكن من الاستمرار في تلك الخدمات أو العناصر أثناء الطعن. 177
- نحن نأخذ طعنك في الاعتبار، ونقدم لك إجابتنا. 177
- هناك مواعيد نهائية للطعن السريع. 178
- هناك مواعيد نهائية للطعن القياسي. 178
- إذا قلنا "لا" لجزء من طلبك أو كله، فأنت لديك حقوق طعن إضافية: 178
- F4. تقديم طعن من المستوى 2. 179
- عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً. 179
- عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه Medi-Cal عادةً. 180
- F5. مشاكل الدفع. 184
- G. الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" من برنامج Medicare. 185
- G1. تغطية قرارات وطعون الجزء D من برنامج Medicare. 185
- G2. استثناءات الجزء D من برنامج Medicare. 186
- تغطية دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا. 186
- إزالة القيد عن عقار مغطى. 187
- G3. أشياء مهمة يجب معرفتها حول طلب استثناء. 187
- يجب أن يخبرنا طبيبك أو الوصف الآخر بالأسباب الطبية. 187
- يمكننا أن نقول نعم أو لا لطلبك. 187
- G4. طلب قرار تغطية، بما في ذلك استثناء. 187
- إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا "قرار تغطية سريع". 188
- المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية سريع. 188
- المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن دواء لم تحصل عليه. 188
- المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن دواء اشتريته بالفعل. 189
- G5. تقديم طعن من المستوى 1. 189

- 189 إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعناً سريعاً.
- 190 المواعيد النهائية للطعن السريع في المستوى 1
- 190 المواعيد النهائية للطعن القياسي في المستوى 1
- 191 G6. تقديم طعن من المستوى 2
- 191 المواعيد النهائية للطعن السريع في المستوى 2
- 191 المواعيد النهائية للطعن القياسي في المستوى 2
- 192 H. مطالبتنا بتغطية فترة الإقامة الطويلة في المستشفى
- 192 H1. التعرف على حقوق Medicare الخاصة بك
- 193 H2. تقديم طعن من المستوى 1
- 194 ماذا يحدث خلال المراجعة السريعة
- 195 H3. تقديم طعن من المستوى 2
- 195 H4. تقديم طعن بديل من المستوى 1
- 196 H5. تقديم طعن بديل من المستوى 2
- 197 I. مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية
- 197 I1. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك
- 197 I2. تقديم طعن من المستوى 1
- 198 الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة
- 198 ماذا يحدث أثناء الطعن سريع التعقب
- 199 I3. تقديم طعن من المستوى 2
- 199 I4. تقديم طعن بديل من المستوى 1
- 200 I5. تقديم طعن بديل من المستوى 2
- 200 J. تقديم طعن ما بعد المستوى 2
- 200 J1. الخطوات التالية لخدمات وعناصر Medicare
- 201 طعن من المستوى 3
- 201 طعن من المستوى 4

201	.....	طعن من المستوى 5
201	.....	J2. طعون Medi-Cal الإضافية
202	.....	J3. مستويات الطعن 3 و4 و5 لطلبات أدوية الجزء D من برنامج Medicare
202	.....	طعن من المستوى 3
202	.....	طعن من المستوى 4
202	.....	طعن من المستوى 5
203	.....	K. كيفية تقديم شكوى
203	.....	K1. ما أنواع المشاكل التي يجب تقديم شكوى بشأنها
204	.....	K2. الشكاوى الداخلية
205	.....	K3. الشكاوى الخارجية
205	.....	Medicare
205	.....	Medi-Cal
205	.....	مكتب الحقوق المدنية (OCR ،Office for Civil Rights)
206	.....	QIO

A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشاكل والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدام عملية واحدة لقرارات التغطية والطعون وأخرى لتقديم الشكاوى؛ وتسمى أيضاً المظالم. لضمان الإنصاف والسرعة، لكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب علينا وعليك اتباعها.

A1. نبذة عن المصطلحات القانونية

توجد مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. قد يكون من الصعب فهم العديد من هذه المصطلحات، لذلك نستخدم كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة عندما نستطيع ذلك. نحن نستخدم الاختصارات بأقل قدر ممكن.

على سبيل المثال نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "إعداد مظلمة".
- "قرار التغطية" بدلاً من "تحديد المنظمة" أو "تحديد المزاياء" أو "تحديد المخاطر" أو "تحديد التغطية".

- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "قرار عاجل".
 - "منظمة مراجعة مستقلة" (IRO) بدلاً من "هيئة مراجعة مستقلة" (IRE)
- قد تساعدك معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة على التواصل بشكل أكثر وضوحًا، لذلك نقدمها أيضًا.

B. من أين تحصل على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة

أحيانًا يكون من المحير بدء أو متابعة عملية التعامل مع مشكلة ما. يمكن أن يكون هذا صحيحًا بشكل خاص إذا كنت لا تشعر بالراحة أو لديك طاقة محدودة. في أوقات أخرى، قد لا تكون لديك المعلومات التي تحتاجها لاتخاذ الخطوة التالية.

المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لاستشاري HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب القيام به للتعامل مع مشكلتك. ولا يرتبط برنامج HICAP بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يضم برنامج HICAP مستشارين مدربين في كل مقاطعة، وتقدم الخدمات بالمجان. رقم هاتف برنامج HICAP هو **1-800-434-0222**.

المساعدة من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds والتحدث مع أحد المسؤولين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. فهم يقدمون مساعدة قانونية مجانية. ولا يرتبط برنامج Ombuds بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ورقم هاتفها هو **1-888-804-3536** وموقعها على الويب هو **www.healthconsumer.org**.

المساعدة والمعلومات من Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال بـ Medicare. فيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- اتصل على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بإمكان مستخدمي الهاتف النصي TTY الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.
- تفضل بزيارة موقع Medicare على الويب (**www.medicare.gov**).

المساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا

يمكن أن يساعد محقق الشكاوى للرعاية المدارة من Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS). يمكنه المساعدة إذا كنت تواجه مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو مغادرتها. كما يمكنه المساعدة إذا انتقلت وكنت تواجه صعوبة في نقل Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً على **1-888-452-8609**.

المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا

(California Department of Managed Health Care)

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تتولى DMHC المسؤولية عن الإشراف على خطط الرعاية الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشاكل الفوترة. رقم الهاتف هو **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال بالهاتف النصي (TDD) على رقم **1-877-688-9891**. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC على الويب على **www.HealthHelp.ca.gov**.

تعتبر دائرة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (California Department of Managed Health Care) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كانت لديك شكوى بخصوص خطتك الصحية، يجب عليك أولاً القيام بالاتصال بخطتك الصحية على الرقم **1-800-464-4000 (TTY 711)** واستخدام آلية التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. لا يؤدي استخدام هذا الإجراء الخاص بالتظلمات إلى منع الحصول على أي حقوق أو إجراءات علاجية قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم بخصوص حالة طارئة، أو بشأن تظلم لم تقم خطتك الصحية بالتعامل معه بشكل مرضٍ، أو بشأن تظلم ظل بدون حل لأكثر من 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالوزارة للحصول على المساعدة. يمكن أن تكون أيضاً مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة ("IMR"). إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمة IMR، فستجري عملية IMR مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية بخصوص الضرورة الطبية للحصول على خدمة أو علاج مقترح أو قرارات بشأن تغطية تكاليف العلاج التجريبي أو الاستقصائي بطبيعته والمشكلات المتعلقة بالدفع مقابل تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. يتوفر لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني **(1-888-466-2219)** وخط للصم وضعاف السمع (TDD) **(1-877-688-9891)** لضعاف السمع والكلام. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة <https://www.dmhc.ca.gov> على نماذج شكوى ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR، Independent Medical Reviews) وتعليمات عبر الإنترنت.

C. فهم شكوى وطعون Medicare و Medi-Cal في خطتنا

يتوفر لديك Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا Medicare و Medi-Cal الخاصة بك. يُطلق على هذا أحياناً "عملية متكاملة" لأنه يجمع أو يدمج عمليات Medicare و Medi-Cal. في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal. في هذه الحالات، يمكنك استخدام عملية واحدة للحصول على ميزة Medicare وعملية أخرى للحصول على ميزة Medicare. يشرح القسم **F4** هذه الحالات.

D. مشكلات في المزايا التي تتلقاها

إذا كانت لديك مشكلة أو استفسار، فاقراً أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. يساعدك المخطط التالي في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل للمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو قلقك بشأن مزاياك أو تغطيتك؟	
يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت رعاية طبية معينة أو أدوية موصوفة طبيياً مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بالدفع مقابل الرعاية الطبية أو العقاقير التي تستلزم وصفة طبية.	
لا.	نعم.
مشكلتي لا تتعلق بالمزايا أو التغطية. راجع القسم K ، "كيفية تقديم شكوى".	مشكلتي تتعلق بالمزايا أو التغطية. راجع القسم E ، "قرارات التغطية والطعون".

E. قرارات التغطية والطعون

تتعامل عملية طلب قرار التغطية وتقديم طعن مع المشكلات المتعلقة بالإعانات والتغطية الخاصة بك. كما يتضمن مشاكل الدفع.

E1. قرارات التغطية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن الإعانات والتغطية الخاصة بك أو حول المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدويةك. على سبيل المثال، يتخذ طبيب شبكة خطتك قرار تغطية (مناسب) لك كلما تلقيت رعاية طبية منه (راجع الفصل 4، القسم H من كتيب الأعضاء).

يمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار التغطية. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكد مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل الحصول عليها، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية نيابة عنك.

نتخذ قرارًا بشأن التغطية عندما نقرر ما هو مغطى بالنسبة لك ومقدار ما ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الخدمة أو الدواء غير مشمول أو لم يعد مغطى من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، يمكنك تقديم طعن.

E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار التغطية ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، يمكنك "الطعن" على القرار. الطعن هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة وتغيير قرار التغطية الذي اتخذناه.

عندما تطعن على قرار لأول مرة، فإن هذا يسمى الطعن من المستوى الأول. في هذا الطعن، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتعامل مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار غير المواتي الأصلي مع طعنك.

في معظم الحالات، يجب أن تبدأ الطعن من المستوى 1. إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة من قسم الرعاية الصحية المدارة في www.dmhc.ca.gov. راجع قسم "الشكاوى والمراجعات الطبية المستقلة" ("IMR") مع إدارة الرعاية الصحية المدارة" لاحقًا في هذا الفصل لمزيد من المعلومات.

عندما ننتهي من المراجعة، نصدر لك قرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب "قرار تغطية سريع" أو عاجل أو طعن سريع لقرار التغطية.

إذا قلنا لا لجزء من أو كل ما طلبته، فنحن نرسل لك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر طبي أو أدوية الجزء B من برنامج Medicare، فإن الخطاب سيخبرك بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) للطعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية الجزء D من برنامج Medicare أو خدمة أو عنصر من Medicaid، فإن الخطاب سيخبرك بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول طعون المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من قبل كل من Medicare و Medicaid، فإن الخطاب سيقدم لك معلومات بشأن كلا النوعين من طعون المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الطعن من المستوى 2، فقد تتمكن من المرور بمستويات إضافية من الطعن.

E3. المساعدة في قرارات التغطية والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على الرقم 1-888-804-3536.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
- مركز المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تتولى DMHC المسؤولية عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشاكل الفوترة. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال بالهاتف النصي (TDD) على رقم 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC على الويب على www.HealthHelp.ca.gov.
- طبيبك أو مزود آخر. يمكن لطبيبك أو مقدم خدمة آخر أن يطلب قرار التغطية أو الطعن نيابة عنك.
- صديق أو أحد أفراد الأسرة. يمكنك تسمية شخص آخر ليقوم بدور "ممثلك" وطلب قرار التغطية أو تقديم طعن.
- محام. لديك الحق في توكيل محام، لكن لا يلزمك توكيل محام لطلب قرار التغطية أو تقديم طعن.
 - اتصل بمحاميك الخاص، أو احصل على اسم محام من نقابة المحامين المحلية أو خدمة الإحالة الأخرى.
 - ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً.
 - اطلب محامي المساعدة القانونية من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على الرقم 1-888-804-3536.
- املأ نموذج تعيين الممثل إذا كنت تريد محامياً أو شخصاً آخر للعمل كممثل لك. يمنح النموذج شخصاً الإذن بالتصرف نيابة عنك.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك الحصول على النموذج عن طريق زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا على الويب على www.kp.org. يجب أن تعطينا نسخة من الاستمارة الموقعة.

E4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك

هناك أربع حالات تتضمن قرارات التغطية والطعن. لكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. نقدم تفاصيل عن كل واحد في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق:

- القسم F، "الرعاية الطبية"
- القسم G، "الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء D من برنامج Medicare"
- القسم H، "مطالبتنا بتغطية فترة الإقامة الطويلة في المستشفى"
- القسم I، "مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة (ينطبق هذا القسم فقط على هذه الخدمات: الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية مرافق التمريض الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية) (CORF)".

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي تريد استخدامه، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة أو المعلومات من المنظمات الحكومية، مثل برنامج الولاية للتأمين الصحي (الفصل 2، القسم E، من كتيب الأعضاء على أرقام الهواتف الخاصة بهذا البرنامج).

F. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب القيام به إذا كنت تواجه مشاكل في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن نعيد لك حصتنا من تكلفة رعايتك.

يدور هذا القسم حول مزايا الرعاية والخدمات الطبية الموضحة في **الفصل 4 من كتيب الأعضاء**. نشير عمومًا إلى "تغطية الرعاية الطبية" أو "الرعاية الطبية" في بقية هذا القسم. يشمل مصطلح "الرعاية الطبية" الخدمات والعناصر الطبية بالإضافة إلى الأدوية الموصوفة من الجزء B في Medicare، والتي تتم إدارتها من قبل طبيبك أو أخصائي الرعاية الصحية. قد تنطبق قواعد مختلفة على الدواء الموصوف من الجزء B في Medicare. عندما يحدث ذلك، نوضح كيف تختلف قواعد الأدوية الموصوفة من الجزء B في Medicare عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

F1. استخدام هذا القسم

يوضح هذا القسم ما يمكنك القيام به في أي من الحالات التالية:

1. نعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاجها ولكن لا تحصل عليها.

ما تستطيع فعله: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية. راجع **القسم F2**.

2. لم نوافق على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر أن يقدمها لك، ونعتقد أنه ينبغي لنا ذلك.

ما تستطيع فعله: يمكنك الطعن على قرارنا. راجع **القسم F3**.

3. لقد تلقيت رعاية طبية نعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفعها.

ما تستطيع فعله: يمكنك الطعن على قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم F5**.

4. لقد تلقيت ودفعت مقابل الرعاية الطبية التي اعتقدت أننا نغطيها، وتريد منا أن نعيد لك المال.

ما تستطيع فعله: يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك. راجع **القسم F5**.

5. لقد قللنا أو أوقفنا تغطيتك لرعاية طبية معينة، ونعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

ما تستطيع فعله: يمكنك طعن قرارنا لتقليل أو إيقاف الرعاية الطبية. راجع **القسم F4**.

- إذا كانت التغطية للرعاية في المستشفى، أو الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية مرفق التمريض الماهر، أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية (Comprehensive outpatient rehabilitation facility، CORF)، يتم تطبيق قواعد خاصة. راجع **القسم H** أو **القسم I** لمعرفة المزيد.
- بالنسبة لجميع المواقع الأخرى التي تتضمن تقليل أو إيقاف التغطية الخاصة بك لرعاية طبية معينة، استخدم هذا القسم (**القسم F**) كدليلك.
- كنت تعاني من تأخيرات في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.
- ما تستطيع فعله: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K2**.

F2. طلب قرار التغطية

عندما يتضمن قرار التغطية رعايتك الطبية، يطلق عليه اسم **"تحديد منظمة متكاملة"**.

- يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك أن يطلب منا قرار التغطية من خلال:
- الاتصال: **1-800-443-0815** أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، الهاتف النصي TTY: **711**. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكوى الخاص بك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فاتصل بوحدة المراجعة المعجلة على **1-888-987-7247** من 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً، من الإثنين إلى السبت.
- الفاكس: **1-888-987-2252**.
- المراسلة:

○ للحصول على قرار أو شكوى تغطية قياسية، قم بمراسلة مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات لمعرفة المواقع).

○ للطعن العادي، اكتب إلى العنوان الموضح في إشعار الرفض الذي نرسله إليك. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكوى الخاص بك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فقم بمراسلة على العنوان التالي:

Kaiser Permanente
Expedited Review Unit
P.O. Box 1809
Pleasanton, CA 94566

قرار التغطية القياسية

عندما نصدر لك قرارنا، فإننا نستخدم المواعيد النهائية "القياسية" ما لم نوافق على استخدام المواعيد النهائية "السريعة". يعني قرار التغطية القياسي أننا نقدم لك إجابة حول:

- الخدمة الطبية أو العنصر في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلبك. بالنسبة لخطط Knox-Keene، في غضون 5 أيام عمل بعد استلامنا لطلبك وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا تقويميًا من وقت استلامنا لطلبك.
- الدواء الموصوف من الجزء B من برنامج Medicare في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لطلبك.

قرار تغطية سريع

المصطلح القانوني لـ "قرار التغطية السريعة" هو **"التحديد العاجل"**.

- عندما تطلب منا اتخاذ قرار تغطية بشأن رعايتك الطبية وتتطلب صحتك استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ "قرار تغطية سريع". يعني قرار التغطية القياسي أننا نقدم لك إجابة حول:
- الخدمة الطبية أو العنصر في غضون 72 ساعة بعد تلقي طلبك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.
 - الدواء الموصوف من الجزء B من برنامج Medicare في غضون 24 ساعة بعد تلقينا لطلبك.

للحصول على قرار تغطية سريع، يجب أن تستوفي متطلبين:

- أنت تطلب تغطية للرعاية الطبية التي لم تحصل عليها.
- قد يؤدي استخدام المواعيد النهائية القياسية إلى إلحاق ضرر جسيم بصحتك، أو الإضرار بقدرتك على العمل. نمحك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا إذا أخبرنا طبيبك أن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت بدون دعم طبيبك، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع أم لا.

إذا قررنا أن صحتك لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فإننا نرسل لك خطابًا يفيد بذلك، ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. يخبرك الخطاب ما يلي:

- نمحك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا إذا طلب طبيبك ذلك.
- كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار تغطية قياسي بدلاً من قرار تغطية سريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم K.
- إذا قلنا "لا" لجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك رسالة توضح الأسباب.
- إذا قلنا لا، يحق لك تقديم طعن. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم طعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم طعن، فستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الطعون (راجع القسم F3).
- في ظروف محدودة، يجوز لنا رفض طلبك للحصول على قرار التغطية، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة على وقت رفض الطلب ما يلي:
- إذا كان الطلب غير مكتمل،
- إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابة عنك، ولكنه غير مخول قانونًا للقيام بذلك، أو
- إذا طلبت سحب طلبك.
- إذا رفضنا طلبًا للحصول على قرار تغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض

F3. تقديم طعن من المستوى 1

لبدء الطعن، يجب عليك أنت أو طبيبك أو من يملك الاتصال بنا. اتصل بخدمات الأعضاء.

اطلب طعنًا عاديًا أو طعنًا سريعًا كتابيًا، أو عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء.

- إذا طلب طبيبك أو الواصف الآخر الاستمرار في خدمة أو عنصر تحصل عليه بالفعل أثناء الطعن، فقد تحتاج إلى تسميته كممثل لك للعمل نيابةً عنك.
- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الطعن نيابةً عنك، فقم بتضمين نموذج تعيين ممثل يخول هذا الشخص لتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج عن طريق زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقع الويب على [kp.org](http://www.kp.org).
- يمكننا قبول طلب طعن بدون النموذج، لكن لا يمكننا بدء أو إكمال مراجعتنا حتى نحصل عليها. إذا لم نحصل على النموذج خلال 30 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلب الطعن الخاص بك:
- نحن نرفض طلبك، و
- نرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض طعنك.

يجب أن تطلب طعنًا في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الرسالة التي أرسلناها لإخبارك بقرارنا.

إذا فاتك الموعد النهائي، وكان لديك سبب وجيه لتضييعه، فقد نمحك مزيدًا من الوقت لتقديم طعنك. هناك أمثلة على الأسباب الوجيهة، مثل إصابتك بمرض خطير أو إعطائك معلومات خاطئة عن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر الطعن عند تقديم الطعن.

تتمتع بالحق في أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. قد تعطينا أنت وطبيبك أيضًا مزيدًا من المعلومات لدعم طعنك. يجب أن يكون هذا الطلب كتابيًا.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعناً سريعاً.

المصطلح القانوني للفظ "الطعن السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

- إذا طعنت على قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية التي لم تحصل عليها، تقرر أنت و/أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.
- سنقدم لك تلقائياً طعناً سريعاً إذا أخبرنا طبيبك بأن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت بدون دعم طبيبك، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على طعن سريع.
- إذا قررنا أن صحتك لا تفي بمتطلبات الطعن السريع، فإننا نرسل لك خطاباً يفيد بذلك، ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. يخبرك الخطاب ما يلي:
 - نمحك تلقائياً طعناً سريعاً إذا طلب طبيبك ذلك.
 - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك طعن قياسي بدلاً من الطعن السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم K.
- إذا أخبرناك أننا نتوقف أو نخفض الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل، فقد تتمكن من الاستمرار في تلك الخدمات أو العناصر أثناء الطعن.
- إذا قررنا تغيير أو إيقاف تغطية خدمة أو عنصر تحصل عليه، فإننا نرسل إليك إشعاراً قبل اتخاذ أي إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، يمكنك تقديم طعن من المستوى الأول.
- نواصل تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت طعناً من المستوى 1 في غضون 10 أيام تقويمية من التاريخ المدون على الخطاب، أو بحلول التاريخ الفعلي المقصود للإجراء، أيهما يأتي لاحقاً.
 - إذا استوفيت هذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر دون أي تغييرات أثناء انتظار الطعن من المستوى 1.
 - ستحصل أيضاً على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (التي ليست موضوع الطعن الخاص بك) دون أي تغييرات.
 - إذا لم تستأنف قبل هذه التواريخ، فلن تستمر خدمتك أو عناصرك أثناء انتظار قرار الطعن.

نحن نأخذ طعنك في الاعتبار، ونقدم لك إجابتنا.

- عندما نراجع الطعن الذي تقدمت به، فإننا نلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطبيبك لتغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما قلنا لا على طلبك.
- نجمع المزيد من المعلومات إذا احتجنا إليها. قد نتصل بك أو بطبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

هناك مواعيد نهائية للطعن السريع.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.. سنقدم لك إجابتنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- إذا لم نعطيك إجابة في غضون 72 ساعة، يجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. ثم تقوم IRO بمراجعته. لاحقاً في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الطعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة ما يغطيه Medi-Cal، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. نقوم بتضمين المزيد من المعلومات لاحقاً في هذا الفصل. لا نقدم لك طعنًا من المستوى 2 تلقائيًا لخدمات أو أدوات Medi-Cal.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب أن نفوض أو نوفر التغطية التي اتفقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على الطعن الخاص بك، أو قبل ذلك إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، نرسل طعنك إلى IRO لتقديم طعن من المستوى الثاني.

هناك مواعيد نهائية للطعن القياسي.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية القياسية، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن نحصل على الطعن الخاص بك لتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء لم تحصل عليه بوصفة طبية بموجب الجزء B من برنامج Medicare، فنحن نقدم لك إجابتنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن نحصل على الطعن أو عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
 - إذا لم نعطيك إجابة بحلول هذا الموعد النهائي، يجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. ثم تقوم IRO بمراجعته. لاحقاً في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الطعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة ما يغطيه Medi-Cal، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. نقوم بتضمين المزيد من المعلومات لاحقاً في هذا الفصل. لا نقدم لك طعنًا من المستوى 2 تلقائيًا لخدمات أو أدوات Medi-Cal.

إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب أن نسمح بالتغطية التي اتفقنا على تقديمها أو نوفرها في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا طلب الطعن الخاص بك، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ تلقينا الطعن الخاص بك إذا كان طلبك يتعلق بأحد الأدوية الموصوفة في الجزء B من برنامج Medicare.

إذا قلنا "لا" لجزء من طلبك أو كله، فأنت لديك حقوق طعن إضافية:

- إذا قلنا لا لجزء من أو كل ما طلبته، فنحن نرسل لك خطابًا.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من خدمات Medicare، فإن الخطاب يخبرك بأننا أرسلنا حالتك إلى IRO للطعن من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medi-Cal، فإن الخطاب يخبرك بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم طعن من المستوى 2

إذا قلنا لا لجزء من أو كل من الطعن من المستوى 1، فسوف نرسل لك خطابًا. يخبرك هذا الخطاب بما إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal أو كلا البرنامجين عادةً ما يغطيان الخدمة أو العنصر.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً، فإننا نرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الطعن بمجرد اكتمال الطعن من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادةً ما يغطيه Medi-Cal، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. يخبرك الخطاب بكيفية القيام بذلك. نقوم أيضًا بتضمين المزيد من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر قد يغطيه كل من Medicare و Medi-Cal، فستحصل تلقائيًا على طعن من المستوى 2 مع IRO. بالإضافة إلى الطعن التلقائي من المستوى 2، يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع رسمية ومراجعة طبية مستقلة مع الولاية. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع رسمية.

إذا كنت مؤهلاً لاستمرار المزايا عند تقديم الطعن من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو الدواء قيد الطعن خلال المستوى 2. راجع القسم F3 للحصول على معلومات حول استمرار المزايا الخاصة بك أثناء الطعن من المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة لا تتم تغطيتها عادةً إلا من قبل Medicare، فإن مزاياك لهذه الخدمة لا تستمر أثناء عملية الطعن من المستوى 2 مع IRO.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً Medi-Cal فقط، فستستمر مزاياك لهذه الخدمة إذا قمت بتقديم طعن من المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية بعد الحصول على خطاب القرار الخاص بنا.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً

تقوم IRO بمراجعة الطعن الخاص بك. إنها منظمة مستقلة وظفتها Medicare.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو "هيئة المراجعة المستقلة"، والتي تسمى أحيانًا "IRE".

- هذه المنظمة غير مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار Medicare الشركة لتكون IRO، ويشرف Medicare على عملها.
- نرسل معلومات حول الطعن الخاص بك ("ملف القضية" الخاص بك) إلى هذه المنظمة. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف قضيتك.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم طعنك.
- يلقي المراجعون في IRO نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بطعنك.

إذا كان لديك طعن سريع في المستوى 1، فلديك أيضًا طعن سريع في المستوى 2.

- إذا كان لديك طعن سريع من المستوى 1 إلينا، فلديك أيضًا طعن سريع من المستوى 2. يجب أن تتمكنك IRO إجابة على طعنك من المستوى 2 خلال 72 ساعة للحصول على الطعن الخاص بك.

إذا كان لديك طعن قياسي في المستوى 1، فلديك أيضًا طعن قياسي في المستوى 2.

- إذا كان لديك طعن قياسي في المستوى 1 إلينا، فلديك أيضًا طعن قياسي في المستوى 2.
 - إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية، يجب أن تعطيك IRO إجابة على طلب الطعن من المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا للحصول على الطعن الخاص بك.
 - إذا كان طلبك يتعلق بدواء Medicare المقرر بوصفه طبية بموجب الجزء B، يجب أن تعطيك IRO إجابة لطعن المستوى 2 الخاص بك في غضون 7 أيام تقويمية للحصول على الطعن الخاص بك.
- تمنحك IRO إجابتها كتابيًا وتشرح الأسباب.

- إذا قالت IRO نعم لجزء أو كل طلب لعنصر أو خدمة طبية، يجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
 - تخويل تغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة، أو
 - تقديم الخدمة في غضون 5 أيام عمل بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات القياسية، أو
 - تقديم الخدمة خلال 72 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة.
- إذا قالت IRO نعم لجزء أو كل طلب لدواء Medicare الجزء B المقرر بوصفه طبية، يجب أن نسمح أو نوفر الدواء الموصوف من برنامج Medicare الجزء B محل النزاع:
 - في غضون 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات القياسية أو
 - في غضون 24 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة.
- إذا قالت IRO لا لجزء من الطعن الخاص بك أو كله، فهذا يعني أنها توافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض طعنك".
 - إذا كانت قضيتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في الطعن.
 - هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعن بعد المستوى 2، ليصبح المجموع خمسة مستويات.
 - إذا تم رفض الطعن من المستوى 2 واستوفيت المتطلبات لمواصلة عملية الطعن، فيجب أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم طعن ثالث. التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الطعن من المستوى 2.
 - يتعامل قاضي القانون الإداري (Administrative Law Judge، قاضي القانون الإداري) أو المحامي مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم J لمزيد من المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه Medi-Cal عادةً

(1) المراجعة الطبية المستقلة

هناك طريقتان لتقديم طعن من المستوى 2 لخدمات وعناصر Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة استماع رسمية.

يمكنك تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (DMHC). من خلال تقديم شكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا واتخاذ قرار. تتوفر IMR لأي خدمة مغطاة من Medi-Cal أو عنصر طبي بطبيعته. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل أطباء ليسوا جزءًا من خطتنا أو جزءًا من DMHC. إذا كان قرار IMR في صالحك، يجب أن نقدم لك الخدمة أو العنصر الذي طلبته. أنت لا تدفع أي تكاليف مقابل IMR.

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على IMR إذا كانت خطتنا:

- ترفض أو تغير أو تؤخر خدمة أو علاج Medi-Cal لأن خطتنا تحدد أنه ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاج Medi-Cal التجريبي أو الاستقصائي لحالة طبية خطيرة.
- تتنازع بشأن ما إذا كانت الخدمة أو الإجراء الجراحي تجميليًا أو ترميميًا بطبيعته.
- لن تدفع مقابل خدمات Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي تلقيتها بالفعل.
- لم تحل الطعن من المستوى 1 الخاص بك في خدمة Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا للاستئناف القياسي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، من أجل الطعن السريع.

ملاحظة: إذا قدم مزود الخدمة لديك طعنًا نيابةً عنك، لكننا لم نحصل على نموذج تعيين الممثل الخاص بك، فستحتاج إلى إعادة إرسال الطعن الخاص بك معنا قبل أن تتمكن من تقديم طلب للحصول على IMR من المستوى 2 لدى قسم الرعاية الصحية المدارة ما لم ينطوي الطعن الخاص بك على تهديد وشيك وخطير لصحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال الوفاة أو فقدان الأطراف أو الوظائف الجسدية الرئيسية.

يجق لك الحصول على كل من IMR وجلسة استماع رسمية، ولكن لا يجق لك الحصول على IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل دليلًا في جلسة استماع رسمية وحصلت على جلسة استماع رسمية بشأن نفس المشكلة.

في معظم الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب IMR. راجع القسم G5 للحصول على معلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم شكوى إلى DMHC أو طلب IMR من مركز مساعدة DMHC.

إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو استقصائيًا، فلا يتعين عليك المشاركة في عملية الطعن قبل التقدم بطلب للحصول على IMR.

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك إبلاغ DMHC بها على الفور دون المرور أولاً بعملية الطعن الخاصة بنا.

عليك التقدم بطلب للحصول على IMR في غضون 6 أشهر بعد أن نرسل إليك قرارًا مكتوبًا بخصوص الطعن الذي قدمته. قد تقبل DMHC طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه، كأن يكون لديك حالة طبية منعتك من طلب IMR في غضون 6 أشهر أو أنك لم تتلق إخطارًا مناسبًا منا بعملية IMR.

لطلب IMR:

- املاً طلب المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكاوى المتوفر على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx أو اتصل بمركز مساعدة DMHC على الرقم 1-888-466-2219. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-688-9891.

• قم بإرفاق نسخ من الرسائل أو المستندات الأخرى حول الخدمة أو العنصر الذي رفضناه، إذا كانت بحوزتك. هذا يمكن أن يسرع عملية IMR. أرسل نسخ من المستندات، وليس النسخ الأصلية. لا يمكن لمركز المساعدة إرجاع أي مستندات.

- املاً نموذج المساعد المعتمد إذا كان شخص ما يساعدك في IMR الخاص بك. يمكنك الحصول على النموذج في www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx أو اتصل بمركز مساعدة القسم على الرقم 1-888-466-2219. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-688-9891.

- أرسل النماذج وأية مرفقات بالبريد أو الفاكس إلى:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 1-916-255-5241

- يمكنك أيضًا تقديم المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكاوى و نموذج المساعد المعتمد عبر الإنترنت:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستراجع DMHC حالتك وترسل إليك خطابًا في غضون 7 أيام تقويمية تخبرك أنك مؤهل للحصول على IMR. بعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطتك، سيتم اتخاذ قرار IMR في غضون 30 يومًا تقويميًا. يجب أن تتلقى قرار IMR في غضون 45 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستراجع DMHC حالتك وترسل إليك خطابًا في غضون 2 أيام تقويمية تخبرك أنك مؤهل للحصول على IMR. بعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطتك، سيتم اتخاذ قرار IMR في غضون 3 أيام تقويمية. يجب أن تتلقى قرار IMR في غضون 7 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع رسمية.

يمكن أن يستغرق IMR وقتًا أطول إذا لم تتلق DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تستعين بطبيب ليس في شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها إلينا من ذلك الطبيب. تكون خطتك الصحية مطلوبة للحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة للحصول على IMR، فستقوم DMHC بمراجعة حالتك من خلال عملية شكاوى المستهلك العادية. يجب حل شكاوك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوك عاجلة، فسيتم حلها عاجلاً.

(2) جلسة استماع رسمية

يمكنك طلب جلسة استماع عامة للخدمات والعناصر المغطاة بـ Medi-Cal. إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر خدمة أو عنصرًا لن نوافق عليه، أو لن نستمر في الدفع مقابل خدمة أو عنصر لديك بالفعل وقلنا لا على طعن المستوى 1، فلديك الحق في طلب "جلسة استماع رسمية".

في معظم الحالات يكون لديك 120 يومًا لطلب جلسة استماع رسمية بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الطعن" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا طلبت جلسة استماع رسمية لأننا أخبرناك أن الخدمة التي تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، فلديك أيام أقل لإرسال طلبك إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمة أثناء انتظار جلسة استماع الرسمية الخاصة بك. اقرأ قسم "هل ستستمر المزايا الخاصة بي أثناء الطعن من المستوى 2" الوارد في هذا الفصل لمزيد من المعلومات.

هناك طريقتان لطلب جلسة استماع رسمية:

1. يمكنك إكمال "طلب جلسة استماع رسمية" على ظهر إشعار الإجراء. يجب عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة، مثل اسمك الكامل، وعنوانك، ورقم هاتفك، واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك، وبرامج المساعدة المعنية، والسبب التفصيلي لرغبتك في جلسة استماع. بعد ذلك يمكنك إرسال طلبك بإحدى الطرق التالية:

- إلى إدارة رعاية المقاطعة على العنوان المبين في الإشعار.
- إلى California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- لقسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية، قم بإرسال فاكس على رقم الفاكس **1-916-651-5210** أو **1-916-651-2789**.

2. يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية بكاليفورنيا على الرقم **1-800-743-8525**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-952-8349**. إذا قررت طلب جلسة استماع عبر الهاتف، يجب أن تدرك أن خطوط الهاتف مشغولة للغاية.

لن يتوجب عليك الدفع للحصول على جلسة استماع حكومية أو مراجعة طبية مستقلة IMR.

يحق لك الحصول على جلسة استماع رسمية وIMR. إلا أنه إذا طلبت جلسة استماع حكومية أولاً وحدثت الجلسة بالفعل، فلا يمكنك طلب IMR. في هذه الحالة، فإن جلسة الاستماع سيكون لها القول الفصل. لا تخضع قرارات مزايا صيدلية Medi-Cal Rx لعملية IMR.

ستزودك الأقسام التالية بمزيد من المعلومات حول كيفية طلب جلسة استماع حكومية أو IMR.

لا تتعامل Kaiser Permanente مع الشكاوى والطعون المتعلقة بمزايا صيدلية Medi-Cal Rx. يمكنك إرسال شكاوى وطعون حول مزايا صيدلية Medi-Cal Rx عن طريق الاتصال بالرقم **1-800-977-2273** (**1-800-977-2273 TTY والضغظ على رقم 5 أو 711**). ومع ذلك، فإن الشكاوى والطعون المتعلقة بمزايا الصيدلية التي لا تخضع لبرنامج Medi-Cal Rx قد تكون مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة. إذا كنت لا توافق على قرار يتعلق بمزايا صيدلية Medi-Cal Rx الخاصة بك، يمكنك طلب جلسة استماع حكومية.

ملاحظة: العناصر والخدمات التي تتلقاها في إطار برنامج دعم المجتمع غير مؤهلة للحصول على IMR.

يعطيك قسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية قراره كتابيًا ويشرح الأسباب.

- إذا قال قسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية نعم لجزء أو كل طلب لعنصر أو خدمة طبية، يجب علينا الإذن بالخدمة أو العنصر أو تقديمه خلال **72 ساعة** بعد أن نحصل على قرارهم.
- إذا ذكر قسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية لا لجزء من الطعن الخاص بك أو كله، فهذا يعني أنه يوافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض طعنك".

إذا كان قرار IRO أو جلسات الاستماع الرسمية بالولاية هو لا لكل أو جزء من طلبك، فلديك حقوق طعن إضافية.

إذا انتقل طعنك من المستوى 2 إلى IRO، يمكنك الطعن مرة أخرى فقط إذا كانت القيمة بالدولار للخدمة أو العنصر الذي تريده تفي بحد أدنى معين من المبلغ. يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي مع الطعن من المستوى 3. يوضح الخطاب الذي تحصل عليه من IRO حقوق الطعن الإضافية التي قد تكون لديك.

يصف الخطاب الذي تحصل عليه من قسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية خيار الطعن التالي.

راجع القسم 2 لمزيد من المعلومات حول حقوق طعون المستوى 2.

F5. مشاكل الدفع

لا نسمح لمقدمي خدمات شبكتنا بتوجيه فواتير مقابل الخدمات والعناصر المغطاة. هذا صحيح حتى لو دفعنا لمقدم الخدمة أقل من رسوم مقدم الخدمة مقابل الخدمة المغطاة أو العنصر المشمول بالتغطية. لا يُطلب منك أبدًا دفع رصيد أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يجب أن يُطلب منك دفعه هو الدفع المشترك لسيارة الإسعاف وغسيل الكلى وبعض عناصر DME كما هو موضح في "مخطط المزاي" الوارد في **الفصل 4**، أو مشاركة التكلفة الموضح في **الفصل 6**، إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على "مساعدة إضافية".

إذا حصلت على فاتورة تزيد عن مبلغ الدفع المشترك مقابل الخدمات والعناصر المغطاة، أرسل الفاتورة إلينا. **يجب ألا تدفع الفاتورة بنفسك.** سوف نتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونعتني بالمشكلة. إذا دفعت الفاتورة، يمكنك استرداد أموالك إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو العناصر.

لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7 من كتيب الأعضاء.** فهو يصف المواقف التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا بسداد مستحقاتك أو دفع فاتورة حصلت عليها من مقدم الخدمة. كما يوضح أيضًا كيفية إرسال الأوراق التي تطلب منا الدفع.

إذا طلبت استرداد أموالك، فأنت تطلب قرار التغطية. سوف نتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته مشمولاً وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته مشمولاً واتبعت جميع القواعد، فسنرسل لك نصيبنا من تكلفة الخدمة أو العنصر في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل الدفعة مباشرة إلى مقدم الخدمة. عندما نرسل الدفعة، فهذا يماثل قول **نعم** لطلبك للحصول على قرار التغطية.
- إذا لم تتم تغطية الخدمة أو العنصر أو لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل لك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع مقابل الخدمة أو العنصر ونشرح السبب.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، **يمكنك تقديم طعن.** اتبع عملية الطعن الموضحة في **القسم F3.** عند اتباع هذه التعليمات، لاحظ ما يلي:

- إذا قدمت طعنًا لنا لسداد المبلغ لك، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن نحصل على الطعن الخاص بك.
- إذا طلبت منا أن نرد لك مقابل الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعتها لنفسك، فلا يمكنك طلب طعن سريع. إذا كان ردنا على الطعن الخاص بك هو لا وعادة ما يغطي برنامج **Medicare** الخدمة أو العنصر، فسنرسل حالتك إلى **IRO.** سوف نرسل لك خطابًا إذا حدث هذا.

• إذا تراجعت **IRO** عن قرارها وقالت إننا يجب أن ندفع لك، يجب أن نرسل الدفعة إليك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان الجواب على طعنك هو **نعم** في أي مرحلة من مراحل عملية الطعن بعد المستوى 2، يجب أن نرسل الدفعة إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا.

• إذا قالت **IRO** لا في الطعن الخاص بك، فهذا يعني أنها توافق على عدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض طعنك". سنتلقى خطابًا يشرح حقوق الطعن الإضافية التي قد تكون لديك. راجع **القسم J** لمزيد من المعلومات حول المستويات الإضافية للطعون.

إذا كان ردنا على طلب الطعن الخاص بك هو لا وعادة ما يغطي **Medi-Cal** الخدمة أو العنصر، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

G. الأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء "D" من برنامج Medicare

تشمل المزايا التي تحصل عليها كعضو في خطتنا تغطية للعديد من الأدوية المقررة بوصفة طبية. معظم هذه الأدوية هي أدوية الجزء D من برنامج Medicare. هناك عدد قليل من الأدوية التي لا يغطيها الجزء D من برنامج Medicare والتي قد يغطيها Medi-Cal. ينطبق هذا القسم فقط على طلبات الطعن المتعلقة بأدوية الجزء D من برنامج Medicare. سنقول "أدوية" في بقية هذا القسم بدلاً من قول "أدوية الجزء D من برنامج Medicare" في كل مرة.

من أجل التغطية، يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا. هذا يعني أن الدواء تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات حول المؤشر المقبول.

G1. تغطية قرارات وطعون الجزء D من برنامج Medicare

فيما يلي أمثلة لقرارات التغطية التي تطلب منا اتخاذها بشأن أدوية الجزء D من برنامج Medicare:

- تطلب منا إجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
 - تغطية دواء في الجزء D من برنامج Medicare غير موجود في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو
 - طرح القيد المفروض على تغطيتنا لأحد الأدوية جانبًا (مثل القيود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها).
 - تسألنا عما إذا كان الدواء مشمولاً بالنسبة لك (على سبيل المثال عندما يكون الدواء الخاص بك مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ولكن يجب أن نوافق عليه قبل أن نغطيه).
- ملاحظة:** إذا أخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية الخاصة بك لا يمكن ملؤها كما هو مكتوب، فإن الصيدلية تعطيك إشعارًا كتابيًا يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.

يسمى قرار التغطية الأولي لأدوية الجزء D من برنامج Medicare الخاص بك "تحديد التغطية".

- تطلب منا دفع ثمن دواء اشتريته بالفعل. هذا يطلب قرار تغطية بخصوص الدفع.

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، يمكنك الطعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم بكيفية طلب قرارات التغطية وكيفية تقديم طعن. استخدم الرسم البياني أدناه لمساعدتك.

أي من هذه الحالات توجد أنت بها؟

<p>أنت بحاجة إلى دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو تريد منا أن نضع جانباً قاعدة أو قيوداً على دواء نغطيه.</p>	<p>تريد منا تغطية أحد الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا، وتعتقد أنك تفي بقواعد أو قيود الخطة (مثل الحصول على الموافقة مسبقاً) للدواء الذي تحتاجه.</p>	<p>تريد أن تطلب منا سداد ثمن دواء حصلت عليه بالفعل ودفعت ثمنه.</p>	<p>قلنا لك أننا لن نغطي أو ندفع ثمن الدواء بالطريقة التي تريدها.</p>
<p>يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من قرار التغطية.)</p>	<p>يمكنك أن تطلب منا قرار التغطية.</p>	<p>يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك. (هذا نوع من قرار التغطية.)</p>	<p>يمكنك تقديم طعن. (هذا يعني أنك تطلب منا إعادة النظر.)</p>
<p>ابدأ بـ القسم G2، ثم راجع القسمين G3 و G4.</p>	<p>راجع القسم G4.</p>	<p>راجع القسم G4.</p>	<p>راجع القسم G5.</p>

G2. استثناءات الجزء D من برنامج Medicare

إذا لم نغط دواءً بالطريقة التي تريدها، يمكنك أن تطلب منا إجراء "استثناء". إذا رفضنا طلبك للحصول على استثناء، يمكنك الطعن على قرارنا.

عندما تطلب استثناءً، يحتاج طبيبك أو الوصف الآخر إلى شرح الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى الاستثناء.

طلب تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو طلب إزالة قيود على دواء ما يسمى أحياناً طلب "استثناء الوصفات".

فيما يلي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكن أن تطلبها أنت أو طبيبك أو الوصف الآخر:

تغطية دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا

- إذا اتفقنا على إجراء استثناء وتغطية دواء غير موجود في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فإنك تدفع مبلغ الدفع المشترك الذي ينطبق على جميع أدويتنا.
- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ الدفع المشترك المطلوب للدواء.

إزالة القيد عن عقار مغطى

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا (راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية لبعض الأدوية ما يلي:
 - يشترط استخدام النسخة الجينية العامة للدواء بدلاً من دواء العلامة التجارية.
 - الحصول على موافقتنا مسبقاً قبل موافقتنا على تغطية الدواء نيابة عنك. يسمى هذا أحياناً باسم "الإذن المسبق" (PA).

G3. أشياء مهمة يجب معرفتها حول طلب استثناء

يجب أن يخبرنا طبيبك أو الوصف الآخر بالأسباب الطبية.

- يجب أن يقدم لنا طبيبك أو غيره من الوصفين بياناً يشرح الأسباب الطبية لطلب الاستثناء. لاتخاذ قرار أسرع، قم بتضمين هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو الوصف الآخر عندما تطلب الاستثناء.
- غالبًا ما تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى هذه الأدوية "البديلة". إذا كان الدواء البديل بنفس فعالية الدواء الذي تطلبه ولن يتسبب في المزيد من الآثار الجانبية أو مشاكل صحية أخرى، فإننا لا نوافق عموماً على طلب الاستثناء الخاص بك.

يمكننا أن نقول نعم أو لا لطلبك.

- إذا قلنا نعم لطلب الاستثناء الخاص بك، يستمر الاستثناء عادةً حتى نهاية السنة التقويمية. هذا صحيح طالما استمر طبيبك في وصف الدواء لك واستمر هذا الدواء في كونه آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا قلنا لا لطلب الاستثناء الخاص بك، يمكنك تقديم طعن. راجع القسم G5 للحصول على معلومات حول تقديم طعن إذا قلنا لا.

يخبرك القسم التالي بكيفية طلب قرار التغطية، بما في ذلك الاستثناء.

G4. طلب قرار تغطية، بما في ذلك استثناء

- اسأل عن نوع قرار التغطية الذي تريده عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء أو المراسلة أو الفاكس. يمكنك أنت أو ممتلك أو طبيبك (أو الوصف الآخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك ومعلومات حول الشكوى.
- يمكنك أنت أو طبيبك (أو الوصف الآخر) أو أي شخص آخر يتصرف نيابة عنك طلب قرار التغطية. يمكنك أيضاً الاستعانة بمحامٍ نيابةً عنك.
- راجع القسم E3 لمعرفة كيفية تسمية شخص ما كممثل لك.
- لا تحتاج إلى إعطاء إذن كتابي لطبيبك أو لوصف آخر لطلب قرار التغطية نيابة عنك.
- إذا كنت تريد مطالبتنا برد المبلغ لك مقابل دواء، فراجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.
- إذا طلبت استثناءً، فامنعنا "بياناً داعماً". يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية لطبيبك أو الوصف الآخر لطلب الاستثناء.
- يمكن لطبيبك أو غيره من الوصفين إرسال البيان الداعم إلينا بالفاكس أو بالبريد. يمكنهم أيضاً إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان بالفاكس أو البريد.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا "قرار تغطية سريع".

نستخدم "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- يعني قرار التغطية القياسي أننا نقدم لك إجابة في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على بيان طبيبك.
- يعني قرار التغطية السريع أننا نقدم لك إجابة في غضون 24 ساعة بعد أن نحصل على إفادة طبيبك.

يُطلق على "قرار التغطية السريع" اسم "تحديد التغطية العاجلة".

يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع في الحالات التالية:

- إنه دواء لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا طلبت منا سداد ثمن دواء اشتريته بالفعل.
 - ستتضرر صحتك أو قدرتك على العمل بشكل خطير إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية.
- إذا أخبرنا طبيبك أو غيره من الوافدين أن صحتك تتطلب قرار تغطية سريعًا، فإننا نتفق ونمنحك ذلك. نرسل لك خطابًا لإخبارك.
- إذا طلبت قرار تغطية سريعًا دون دعم من طبيبك أو غيره من الوافدين، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع أم لا.
 - إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلي متطلبات قرار التغطية السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك.
- نرسل لك خطابًا لإخبارك. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا.
- يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على رد في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى، بما في ذلك تقديم الشكاوى السريعة، راجع القسم K.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية سريع

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 24 ساعة بعد أن نحصل على طلبك. إذا طلبت استثناءً، فنحن نقدم لك إجابتنا في غضون 24 ساعة بعد أن نحصل على إفادة داعمة من طبيبك. نقدم لك إجابتنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن لمراجعته من قبل IRO. راجع القسم G6 لمزيد من المعلومات حول طعون المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فإننا نمنحك التغطية في غضون 24 ساعة بعد أن نتلقى طلبك أو إفادة داعمة من طبيبك.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطابًا يوضح الأسباب. يخبرك الخطاب أيضًا كيف يمكنك تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن دواء لم تحصل عليه

- إذا كنا نستخدم المواعيد القياسية، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طلبك. إذا طلبت استثناءً، فنحن نقدم لك إجابتنا في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على إفادة داعمة من طبيبك. نقدم لك إجابتنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن لمراجعته من قبل IRO.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فإننا نمنحك التغطية في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك أو إفادة داعمة من طبيبك على الاستثناء.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطابًا يوضح الأسباب. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نعطيك إجابتنا في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى طلبك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن لمراجعته من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرد إليك في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطابًا يوضح الأسباب. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم طعن.

G5. تقديم طعن من المستوى 1

يُطلق على الطعن على خطتنا بشأن قرار تغطية أدوية الجزء D من برنامج Medicare اسم خطة "إعادة التحديد".

- ابدأ طعنك القياسي أو السريع عن طريق الاتصال بالرقم 1-866-206-2973، أو الكتابة إلينا أو إرساله إلينا بالفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو الوصف الآخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك ومعلومات بشأن الطعن.
- يجب أن تطلب طعنًا في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الرسالة التي أرسلناها لإخبارك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي، وكان لديك سبب وجيه لتضييعه، فقد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم طعنك. هناك أمثلة على الأسباب الوجيهة، مثل إصابتك بمرض خطير أو إعطائك معلومات خاطئة عن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر الطعن عند تقديم الطعن.
- تتمتع بالحق في أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. قد تعطينا أنت وطبيبك أيضًا مزيدًا من المعلومات لدعم طعنك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعنًا سريعًا.

يُطلق على الطعن السريع أيضًا اسم "إعادة تحديد عاجلة".

- إذا قمت بالطعن على قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه، تقرر أنت وطبيبك أو غيرك من الوافدين ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع أم لا.
 - متطلبات الطعن السريع هي نفس متطلبات قرار التغطية السريع. راجع القسم G4 لمزيد من المعلومات.
- نحن نأخذ طعنك في الاعتبار، ونقدم لك إجابتنا.

- نراجع الطعن ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما قلنا لا على طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو واصف آخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للطعن السريع في المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طعنك.
 - نقدم لك إجابتنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
 - إذا لم نعطيك إجابة في غضون 72 ساعة، يجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب أن نفوض أو نوفر التغطية التي اتفقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على الطعن الخاص بك.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، نرسل لك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.

المواعيد النهائية للطعن القياسي في المستوى 1

- عندما نستخدم المواعيد النهائية القياسية، يجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن نحصل على الطعن الخاص بك لتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- نعطيك قرارنا عاجلاً إذا لم نحصل على الدواء وتتطلبه حالتك الصحية. إذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعنًا سريعًا.
 - إذا لم نصدر لك قرارًا في غضون 7 أيام تقويمية، يجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله:

- يجب أن نوفر التغطية التي اتفقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها صحتك، ولكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد أن نحصل على طعنك.
- يجب أن نرسل إليك دفعة مقابل دواء اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى طلب الطعن.

إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله:

- نرسل لك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.
- يجب أن نقدم لك إجابتنا حول سداد ثمن الدواء الذي اشتريته في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقي طعنك.
 - إذا لم نصدر لك قرارًا في غضون 14 أيام تقويمية، يجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرد إليك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على طلبك.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، نرسل لك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.

G6. تقديم طعن من المستوى 2

إذا قلنا لا في الطعن من المستوى 1، يمكنك قبول قرارنا أو تقديم طعن آخر. إذا قررت تقديم طعن آخر، فإنك تستخدم عملية الطعن من المستوى 2. تراجع IRO قرارنا عندما قلنا لا لطعنك الأول. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان يجب علينا تغيير قرارنا أم لا.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو "هيئة المراجعة المستقلة"، والتي تسمى أحياناً "IRE".

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو غيره من الوافدين الاتصال بـ IRO كتابياً وطلب مراجعة لحالتك.

- إذا قلنا لا على الطعن من المستوى 1 الخاص بك، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات حول كيفية تقديم الطعن من المستوى 2 مع IRO. تخبر التعليمات من يمكنه تقديم طعن من المستوى 2، وما المواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم طعنًا إلى IRO، نرسل المعلومات المتوفرة لدينا بشأن الطعن إلى المنظمة. تسمى هذه المعلومات "ملف الحالة". لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف قضيتك.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم طعنك.

تقوم IRO بمراجعة طعن الجزء D من برنامج Medicare من المستوى 2 وتعطيك إجابة كتابية. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول IRO.

المواعيد النهائية للطعن السريع في المستوى 2

- إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب من IRO طعنًا سريعًا.
- إذا وافقت على طعن سريع، يجب عليها الرد عليك في غضون 72 ساعة بعد تلقي طلب الطعن الخاص بك.
- إذا أجابت بـ نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب علينا توفير تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 24 ساعة بعد الحصول على قرار IRO.

المواعيد النهائية للطعن القياسي في المستوى 2

إذا كان لديك طعن قياسي من المستوى 2، يجب أن تعطيك IRO إجابة:

- في غضون 7 أيام تقويمية بعد تلقي الطعن الخاص بك بشأن عقار لم تحصل عليه.
- في غضون 14 يومًا بعد تلقي طعنك من أجل سداد ثمن دواء اشتريته.

إذا قالت IRO نعم لجزء من طلبك أو كله:

- يجب أن نقدم تغطية الأدوية المعتمدة خلال 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO.
- يجب أن نعيد لك ثمن الدواء الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على قرار IRO.
- إذا قالت IRO لا في الطعن الخاص بك، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض طعنك".

إذا قالت IRO لا في الطعن من المستوى 2، يحق لك الحصول على طعن من المستوى 3 إذا كانت القيمة بالدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها تلي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت قيمة تغطية الأدوية بالدولار التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. في هذه الحالة، يكون قرار الطعن من المستوى 2 نهائيًا. ترسل لك IRO خطابًا يخبرك بالحد الأدنى لقيمة الدولار اللازمة للاستمرار في طعن المستوى 3.

إذا كانت القيمة بالدولار لطلبك تفي بالمتطلبات، فعليك أن تختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في الطعن أم لا.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعن بعد المستوى 2.
- إذا قالت IRO لا في الطعن من المستوى 2، وكنت تفي بمتطلبات مواصلة عملية الطعن، فأنت:
 - تقرر ما إذا كنت تريد تقديم طعن من المستوى 3 أم لا.
 - تراجع الخطاب الذي أرسلته IRO إليك بعد طعن المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم طعن من المستوى 3.
- يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J لمعرفة المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

H. مطالبتنا بتغطية فترة الإقامة الطويلة في المستشفى

عند دخولك المستشفى، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها والضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمعرفة المزيد حول تغطية المستشفى لخطتنا، راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء.

أثناء إقامتك المشمولة بالتغطية في المستشفى، يعمل طبيبك وطاقم المستشفى معك للتضيق لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. كما أنهم يساعدون في ترتيب الرعاية التي قد تحتاجها بعد مغادرتك.

- يُطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى "تاريخ الخروج".
 - سيخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بتاريخ خروجك.
- إذا كنت تعتقد أنه يُطلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر للغاية أو إذا كنت قلقًا بشأن رعايتك بعد مغادرة المستشفى، يمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى. يخبرك هذا القسم كيف تسأل.

على الرغم من الطعون التي تمت مناقشتها في القسم H، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة، بالإضافة إلى الطعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

H1. التعرف على حقوق Medicare الخاصة بك

في غضون يومين بعد دخولك المستشفى، يعطيك شخص ما في المستشفى، مثل ممرضة أو أخصائي حالة، إشعارًا كتابيًا يسمى "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك". يحصل كل شخص لديه برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار متى تم قبوله بدخول المستشفى.

إذا لم تحصل على الإشعار، فاطلب ذلك من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الاتصال على **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227)، 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

- اقرأ الإشعار، واطرح الأسئلة بعناية إذا كنت لا تفهم. يخبرك الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

- حصل على خدمات Medicare المغطاة أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. لديك الحق في معرفة الخدمات، ومن سيدفع مقابلها، وأين يمكنك الحصول عليها.

- كن جزءاً من أي قرارات تتعلق بطول إقامتك في المستشفى.
- تعرف على مكان الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
- قم بالطعن على ما إذا كنت تعتقد أنك ستخرج من المستشفى في وقت مبكر للغاية.
- **وَقّع على الإشعار** لبيان أنك حصلت عليه وفهمت حقوقك.
 - يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
 - توقيع الشعار **فقط** يوضح أنك حصلت على معلومات حول حقوقك. التوقيع لا يعني أنك توافق على تاريخ الخروج الذي أخبرك به طبيبك أو موظفو المستشفى.
- **احتفظ بنسختك** من الإشعار الموقع حتى يكون لديك المعلومات إذا كنت بحاجة إليها.
 - إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من مغادرتك للمستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.
- يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مقدماً إذا كنت قد قمت بما يلي:
 - الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
 - اتصل بخدمة Medicare على **1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)**، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

○ تفضل بزيارة www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

H2. تقديم طعن من المستوى 1

- إذا كنت تريد منا أن نغطي خدمات المستشفى للمرضى الداخليين لفترة أطول، فقم بالطعن. تقوم منظمة تحسين الجودة (QIO، Quality Improvement Organization) بمراجعة الطعن من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المخطط لك مناسباً من الناحية الطبية أم لا.
- QIO هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية تدفع لهم الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بفحص الجودة والمساعدة في تحسينها للأشخاص الذين يستخدمون برنامج Medicare. وهم ليسوا جزءاً من خطتنا.
- في كاليفورنيا، QIO هي Livanta. يمكنك الاتصال بهم على **1-877-588-1123**. معلومات الاتصال موجودة أيضاً في الإشعار، "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك"، وفي **الفصل 2**.
- اتصل بـ **QIO** قبل مغادرة المستشفى وفي موعد لا يتجاوز تاريخ الخروج المخطط لك.

- إذا اتصلت قبل المغادرة، يمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط لك دون دفع ثمنه أثناء انتظار قرار QIO بشأن طعنك.
- إذا لم تقم بالدعوة للطعن، وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له، يمكنك دفع جميع تكاليف الرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد تاريخ الخروج المخطط له.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بـ QIO بشأن طعنك، فاطعن على خطتنا مباشرة بدلاً من ذلك. راجع القسم **G4** للحصول على معلومات حول تقديم طعن إلينا.

- نظرًا لأن الإقامة في المستشفى يغطيها كل من Medicare وMedi-Cal، إذا لم تستمع QIO إلى طلبك لمواصلة إقامتك في المستشفى، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، أو ينطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (DMHC) أو طلب مراجعة طبية مستقلة. يرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC.

طلب المساعدة إذا كنت في حاجة إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
 - اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على **1-800-434-0222**.
- اطلب مراجعة سريعة.** تصرف بسرعة، واتصل بـ QIO لطلب مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني للفظ "المراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية" أو "المراجعة العاجلة".

ماذا يحدث خلال المراجعة السريعة

- يسألك المراجعون في QIO أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر بعد تاريخ الخروج المخطط له. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون إلى معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها لهم المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لإخبار المراجعين بخطتنا بشأن الطعن الخاص بك، ستحصل على خطاب بتاريخ الخروج المخطط له. يقدم الخطاب أيضًا أسبابًا لطبيبك والمستشفى ونعتقد أن هذا هو تاريخ الخروج الصحيح المناسب لك طبيًا.

المصطلح القانوني لهذا التفسير المكتوب هو "الإشعار التفصيلي للخروج". يمكنك الحصول على نموذج عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة، أو **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227)، 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج إشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

في غضون يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي تحتاجها، تمنحك QIO إجابتها على طعنك.

إذا قالت QIO نعم على الطعن الخاص بك:

- سوف نقدم خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا قالت QIO لا على الطعن الخاص بك:

- فهي تعتقد أن تاريخ الخروج المخطط له مناسب من الناحية الطبية.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين في ظهر اليوم التالي لتقديم QIO إجابتها على طعنك.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد الظهر في اليوم التالي لتقديم QIO إجابتها على طعنك.
- يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 إذا رفضت QIO الطعن من المستوى 1، وستبقى في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له.

H3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة للطعن من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الطعن من المستوى 1. يمكنك الاتصال بهم على **1-877-588-1123**.

يجب أن تسأل عن هذه المراجعة في غضون **60 يومًا تقويميًا** بعد اليوم الذي تقول فيه QIO لا على الطعن من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

سوف يقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن.
 - إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك للمراجعة الثانية.
- إذا قالت QIO نعم على الطعن الخاص بك:
- يجب أن نعيد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية بالمستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO الطعن من المستوى الأول.
 - سوف نقدم خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا قالت QIO لا على الطعن الخاص بك:

- فهي توافق على قرارها بشأن طعن المستوى 1 الخاص بك ولن تقوم بتغييره.
 - تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعن وتقديم طعن من المستوى 3.
 - يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم E4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC.
- يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J لمعرفة المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

H4. تقديم طعن بديل من المستوى 1

الموعد النهائي للاتصال بـ QIO للحصول على طعن من المستوى 1 هو في غضون 60 يومًا أو في موعد لا يتجاوز تاريخ الخروج من المستشفى المخطط له. إذا فاتك الموعد النهائي للطعن من المستوى الأول، يمكنك استخدام عملية "الطعن البديل". اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة، واطلب منا "مراجعة سريعة" لتاريخ خروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني للفظ "المراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن العاجل".

- نحن ننظر في جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً ويتبع القواعد.
- نحن نستخدم مواعيد نهائية سريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية، ومنحك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلب مراجعة سريعة.

إذا قلنا نعم على طعنك السريع:

- نحن نتفق على أنك بحاجة إلى أن تكون في المستشفى بعد تاريخ الخروج.
- سوف نقدم خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- نحن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.

إذا قلنا لا على طعنك السريع:

- نحن نوافق على أن تاريخ الخروج المخطط له مناسب من الناحية الطبية.
- تنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين في التاريخ الذي أخبرناك به.
- لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي حصلت عليها بعد تاريخ الخروج المخطط له إذا واصلت البقاء في المستشفى.
- نرسل طعنك إلى IRO للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد. عندما نقوم بذلك، تنتقل قضيتك تلقائيًا إلى عملية الطعن من المستوى 2.

H5. تقديم طعن بديل من المستوى 2

نرسل المعلومات الخاصة بالطعن من المستوى 2 إلى IRO في غضون 24 ساعة من الإدلاء بكلمة لا على الطعن من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائيًا. لا تحتاج إلى فعل أي شيء.

إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بالموعد النهائي أو أي موعد نهائي آخر، يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على معلومات حول تقديم الشكاوى.

تقوم IRO بمراجعة سريعة لطعنك. فهي تلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى وعادة ما يعطونك إجابة في غضون 72 ساعة.

إذا قالت IRO نعم على الطعن الخاص بك:

- نحن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
- سوف نقدم خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا قالت IRO لا على الطعن الخاص بك:

- فهي توافق على أن تاريخ الخروج المخطط له مناسب من الناحية الطبية.
- تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعن وتقديم طعن من المستوى 3.

يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم L لمعرفة المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة، بالإضافة إلى الطعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

1. مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
- رعاية تمريضية ماهرة في مرفق تمرريض ماهر، و
- رعاية إعادة التأهيل كمريض عيادات خارجية في CORF المعتمد من Medicare. يعني هذا عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.

مع أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، يحق لك الحصول على خدمات مغطاة طالما يقول الطبيب أنك بحاجة إليها.

عندما نقرر التوقف عن تغطية أي من هؤلاء، يجب أن نخبرك بذلك قبل نهاية خدماتك. عندما تنتهي تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن دفع ثمنها.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت قريب للغاية، يمكنك الطعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم بكيفية طلب الطعن.

11. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا بأنك ستتلقى على الأقل يومين قبل أن نتوقف عن دفع تكاليف رعايتك. وهذا ما يسمى "إشعار عدم تغطية برنامج Medicare". يخبرك الإشعار بالتاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية الطعن على قرارنا.

يجب عليك أنت أو ممثلك التوقيع على الإشعار لإثبات حصولك عليه. توقيع الإشعار فقط يوضح أنك حصلت على المعلومات. التوقيع لا يعني أنك توافق على قرارنا.

12. تقديم طعن من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت قريب للغاية، يمكنك الطعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم عن عملية الطعن من المستوى الأول وما يجب القيام به.

- **الوفاء بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. افهم واتبع المواعيد النهائية التي تنطبق على الأمور التي يجب عليك القيام بها. يجب أن تتبع خطتنا المواعيد النهائية أيضًا. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على مزيد من المعلومات حول الشكاوى.

- **طلب المساعدة إذا كنت في حاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت:

○ اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

○ اتصل بـ HICAP على الرقم 1-800-434-0222.

- اتصل بـ QIO.

○ راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول QIO وكيفية الاتصال بهم.

○ اطلب منهم مراجعة الطعن الخاص بك واتخاذ قرار بشأن تغيير قرار خطتنا.

- **تصرف بسرعة واطلب "طعن سريع التعقب."** اسأل QIO عما إذا كان من المناسب طبيًا بالنسبة لنا إنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة

- يجب عليك الاتصال بـ QIO لبدء الطعن بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ نفاذ إشعار عدم تغطية Medicare الذي أرسلناه إليك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بـ QIO، يمكنك تقديم طعنك إلينا مباشرةً بدلاً من ذلك. للحصول على تفاصيل حول كيفية القيام بذلك، راجع **القسم 14**.
- إذا لم تستمع QIO إلى طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل أو ينطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (DMHC). يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو "إشعار بعدم تغطية برنامج Medicare". للحصول على نسخة نموذجية، اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة، أو اتصل بـ Medicare على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices**.

ماذا يحدث أثناء الطعن سريع التعقب

- يسألك المراجعون في QIO أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر. لست مطالباً بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون إلى معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها لهم خطتنا.
- ترسل خطتنا أيضاً إشعاراً مكتوباً يشرح أسباب إنهاء تغطية خدماتك. تحصل على الإشعار بحلول نهاية اليوم ويبلغنا المراجعون بطعنك.

المصطلح القانوني لتفسير الإشعار هو "شرح مفصل لعدم التغطية".

- يخبرك المراجعون بقرارهم في غضون يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجونها.
- إذا قالت QIO نعم على الطعن الخاص بك:
 - سوف نقدم خدماتك المغطاة طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا قالت QIO لا على الطعن الخاص بك:
 - تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
 - نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
 - أنت تدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت مواصلة الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية مرفق التمريض الماهر، أو خدمات CORF بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك
 - عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في مواصلة هذه الخدمات وتقديم طعن من المستوى 2.

13. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة للطعن من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الطعن من المستوى 1. يمكنك الاتصال بهم على **1-877-588-1123**.

يجب أن تسأل عن هذه المراجعة في غضون **60 يومًا تقويميًا** بعد اليوم الذي تقول فيه QIO لا على الطعن من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا استمرت في تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

سوف يقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن.
 - إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك للمراجعة الثانية.
- إذا قالت QIO نعم على الطعن الخاص بك:
- نحن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
 - سوف نقدم التغطية للرعاية طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا قالت QIO لا على الطعن الخاص بك:
- إنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تغيرها.
 - تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعن وتقديم طعن من المستوى 3.
 - يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم **F4** لمعرفة كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC. يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى الطعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.
- يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم **J** لمعرفة المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

14. تقديم طعن بديل من المستوى 1

كما هو موضح في القسم **12**، يجب عليك التصرف بسرعة والاتصال بـ QIO لبدء طعن المستوى 1. إذا فاتك الموعد النهائي، يمكنك استخدام عملية "الطعن البديل".

اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة، واطلب منا "مراجعة سريعة".

المصطلح القانوني للفظ "المراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن العاجل".

- نحن ننظر في جميع المعلومات المتعلقة بقضيتك.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً ويتبع القواعد عندما حددنا تاريخ إنهاء تغطية خدماتك.
- نحن نستخدم مواعيد نهائية سريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية، ونمنحك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلب مراجعة سريعة.

إذا قلنا نعم على طعنك السريع:

- نحن نتفق على أنك بحاجة إلى خدمات أطول.
- سوف نقدم خدماتك المغطاة طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- نحن نوافق على أن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.

إذا قلنا لا على طعنك السريع:

- تنتهي تغطيتنا لهذه الخدمات في التاريخ الذي أخبرناك به.
- لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- أنت تدفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمات إذا واصلت الحصول عليها بعد التاريخ الذي أخبرناك فيه أن تغطيتنا ستنتهي.
- نرسل طعنك إلى IRO للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد. عندما نقوم بذلك، تنتقل قضيتك تلقائيًا إلى عملية الطعن من المستوى 2.

15. تقديم طعن بديل من المستوى 2

أثناء تقديم طعن من المستوى 2، نرسل المعلومات الخاصة بالطعن من المستوى 2 إلى IRO في غضون 24 ساعة من الإدلاء بكلمة لا على الطعن من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائيًا. لا تحتاج إلى فعل أي شيء.

إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بالموعد النهائي أو أي موعد نهائي آخر، يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على معلومات حول تقديم الشكاوى.

تقوم IRO بمراجعة سريعة لطعنك. فهي تلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى وعادة ما يعطونك إجابة في غضون 72 ساعة.

إذا قالت IRO نعم على الطعن الخاص بك:

- نحن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
- سوف نقدم خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا قالت IRO لا على الطعن الخاص بك:

- إنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن نغيرها.
- تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعن وتقديم طعن من المستوى 3.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC. يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة، بالإضافة إلى الطعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

يتعامل قاضي القانون الإداري أو المحامي مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J لمعرفة المعلومات حول طعون المستوى 3 و4 و5.

J. تقديم طعن ما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية لخدمات وعناصر Medicare

إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2 لخدمات أو عناصر Medicare، وتم رفض كلا الطعنين، فقد يكون لك الحق في مستويات إضافية من الطعن.

إذا كانت القيمة بالدولار لخدمة Medicare أو العنصر الذي طعننا فيه لا يفي بحد أدنى معين من المبلغ بالدولار، فلا يمكنك طعن أي شيء آخر. إذا كانت قيمة الدولار مرتفعة بما يكفي، يمكنك متابعة عملية الطعن. يشرح الخطاب الذي تحصل عليه من IRO طعن المستوى 2 الخاص بك الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب طعن من المستوى 3.

طعن من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الطعن هو جلسة استماع لقاضي القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري أو محامٍ قضائي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.

إذا قال قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي **نعم** لطعنك، فإن لدينا الحق في طعن قرار المستوى 3 الذي يناسبك.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، نرسل لك نسخة من طلب الطعن من المستوى 4 مع أي وثائق مرفقة. قد ننتظر قرار الطعن من المستوى 4 قبل التصريح أو تقديم الخدمة محل النزاع.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، يجب أن نأذن لك أو نقدم لك الخدمة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد الحصول على قرار قاضي القانون الإداري أو المحامي.
- إذا قال قاضي القانون الإداري أو المحامي **لا** في الطعن الخاص بك، فقد لا تنتهي عملية الطعن.
- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، فقد انتهت عملية الطعن.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، يمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله للطعن من المستوى الرابع.

طعن من المستوى 4

يراجع مجلس الطعون في Medicare (المجلس) الطعن الخاص بك ويعطيك إجابة. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا قال المجلس **نعم** على الطعن من المستوى 4 أو رفض طلبنا لمراجعة قرار الطعن من المستوى 3 الذي يناسبك، يحق لنا الطعن إلى المستوى 5.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، فسنخبرك كتابيًا.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، يجب أن نأذن لك أو نقدم لك الخدمة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد الحصول على قرار المجلس.
- إذا قال المجلس **لا** أو رفض طلب المراجعة الخاص بنا، فقد لا تنتهي عملية الطعن.
- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، فقد انتهت عملية الطعن.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، قد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى طعن المستوى الخامس وماذا تفعل.

طعن من المستوى 5

- سيراجع قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات، ويقرر **نعم** أو **لا**. هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعن أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

J2. طعون Medi-Cal الإضافية

لديك أيضًا حقوق طعن أخرى إذا كان الطعن الخاص بك يتعلق بالخدمات أو العناصر التي يغطيها Medi-Cal عادةً. سوف يخبرك الخطاب الذي تتلقاه من قسم جلسات الاستماع الرسمية بالولاية بما يجب عليك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعن.

J3. مستويات الطعن 3 و4 و5 لطلبات أدوية الجزء D من برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2، وتم رفض كلا الطعنين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي تقدمت بطلب الطعن عليه تلي مبلغًا معينًا من الدولارات، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الطعن. يشرح الرد الكتابي الذي تحصل عليه على طعن المستوى 2 الخاص بك الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب طعن من المستوى 3.

طعن من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الطعن هو جلسة استماع لقاضي القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري أو محامٍ قضائي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.

إذا قال قاضي القانون الإداري أو المحامي القضائي **نعم** على الطعن الخاص بك:

- انتهت عملية الطعن.
- يجب أن نأذن بتغطية الأدوية المعتمدة أو نوفرها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو نقوم بالدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.
- إذا قال قاضي القانون الإداري أو المحامي **لا** في الطعن الخاص بك، فقد لا تنتهي عملية الطعن.
- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، فقد انتهت عملية الطعن.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، يمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله للطعن من المستوى الرابع.

طعن من المستوى 4

يراجع المجلس الطعن الخاص بك ويعطيك إجابة. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا قال المجلس **نعم** على الطعن الخاص بك:

- انتهت عملية الطعن.
- يجب أن نأذن بتغطية الأدوية المعتمدة أو نوفرها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو نقوم بالدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.
- إذا قال المجلس **لا** في الطعن الخاص بك، فقد لا تنتهي عملية الطعن.
- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، فقد انتهت عملية الطعن.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض الطعن الذي قدمته، قد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى طعن المستوى الخامس وماذا تفعل.

طعن من المستوى 5

- سيراجع قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات، ويقرر **نعم** أو **لا**. هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعن أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

K. كيفية تقديم شكوى**K1. ما أنواع المشاكل التي يجب تقديم شكاوى بشأنها**

يتم استخدام عملية الشكاوى لأنواع معينة من المشاكل فقط، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة على أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال عملية تقديم الشكاوى.

شكاوى	مثال
جودة الرعاية الطبية الخاصة بك	<ul style="list-style-type: none"> • أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	<ul style="list-style-type: none"> • تعتقد أن شخصاً ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية عنك.
عدم الاحترام أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	<ul style="list-style-type: none"> • كان مقدم الرعاية الصحية أو طاقم العمل فظاً أو غير محترم لك. • قام موظفونا بمعاملتك بشكل سيئ. • تعتقد أنه تم إخراجك من خطتنا.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	<ul style="list-style-type: none"> • لا يمكنك الوصول مادياً إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية في مكتب الطبيب أو مقدم الخدمة. • لا يوفر طبيبك أو مقدم الخدمة مترجماً للغة غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). • لا يمنحك مقدم الخدمة وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاجها وتطلبها.
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> • تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو تنتظر وقتاً طويلاً للحصول عليه. • الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المهنيين الصحيين أو خدمات الأعضاء أو غيرهم من موظفي الخطة يجعلونك تنتظر وقتاً طويلاً.
النظافة	<ul style="list-style-type: none"> • تعتقد في عدم نظافة العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب.
المعلومات التي تحصل عليها منا	<ul style="list-style-type: none"> • تعتقد أننا فشلنا في إعطائك إشعاراً أو خطاباً يجب أن تتلقاه. • تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك صعبة الفهم.

شكوى	مثال
حسن التوقيت فيما يتعلق بقرارات التغطية أو الطعن	<ul style="list-style-type: none"> تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية الخاصة بنا لاتخاذ قرار التغطية أو الرد على الطعن الخاص بك. تعتقد أنه بعد الحصول على تغطية أو قرار طعن لصالحك، فإننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للموافقة أو تقديم الخدمة لك أو سداد مقابل خدمات طبية معينة. لا نعتقد أننا أرسلنا قضيتك إلى IRO في الوقت المحدد.

هناك أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. يتم تقديم شكوى داخلية مع خطتنا ومراجعتها. يتم تقديم شكوى خارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا ومراجعتها. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 أيام أسبوعياً من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً.

المصطلح القانوني لفظ "للشكوى" هو "المظلمة".

المصطلح القانوني لعبارة "تقديم شكوى" هو "تقديم مظلمة".

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 7 أيام أسبوعياً، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم تكن بخصوص أدوية الجزء D من برنامج Medicare. إذا كانت الشكوى تتعلق بأدوية الجزء D من برنامج Medicare، يجب عليك تقديمها خلال **60 يوماً تقويمياً** بعد أيام من حدوث المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فستخبرك خدمات الأعضاء.
 - يمكنك أيضاً كتابة شكواك وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابياً، فسنرد على شكواك كتابياً.
- يجب علينا معالجة شكواك بالسرعة التي تتطلبها صحتك، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يوماً تقويمياً بعد تلقي شكواك.

المصطلح القانوني لفظ "الطعن السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

إذا كان ذلك ممكناً، فإننا نجيب عليك على الفور. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من إجابتك على نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نجيب على معظم الشكاوى في غضون 30 يوماً تقويمياً. إذا لم نتخذ قراراً في غضون 30 يوماً تقويمياً لأننا نحتاج إلى مزيد من المعلومات، فإننا نخطر كتابياً. نقدم أيضاً تحديثاً للحالة والوقت المقدر للحصول على الإجابة.
- إذا قدمت شكوى لأننا رفضنا طلبك للحصول على "قرار تغطية سريع" أو "طعن سريع"، فإننا نقدم لك تلقائياً "شكوى سريعة" ونرد على شكواك في غضون 24 ساعة.

- إذا قدمت شكوى تتضمن تهديدًا خطيرًا لصحتك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال الوفاة أو فقدان الأطراف أو الوظائف الجسدية الرئيسية، فقد نقدم لك "شكوى سريعة" ونرد على شكاوك في غضون 24 ساعة.

إذا لم نتفق مع بعض أو كل شكاوك، فسنخبرك ونقدم لك أسبابنا. نرد سواء كنا نتفق مع الشكاوى أم لا.

K3. الشكاوى الخارجية

Medicare

يمكنك إخبار Medicare بشكاوك أو إرسالها إلى Medicare. نموذج شكوى Medicare متاح في: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

لا تحتاج إلى تقديم شكوى بشأن خطتنا قبل تقديم شكوى إلى Medicare.

يأخذ برنامج Medicare شكاوك على محمل الجد، ويستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أية ملاحظات أو مخاوف أخرى، أو إذا شعرت أن الخطة الصحية لا تعالج مشكلتك، يمكنك أيضًا الاتصال على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**. المكالمات مجانية.

Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب أمناء المظالم لرعاية Medi-Cal المدارة التابع لدائرة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS) عن طريق الاتصال على **1-888-452-8609**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **711**. الاتصال الهاتفي من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (DMHC). تتولى DMHC المسؤولية عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. يمكنك الاتصال بمركز مساعدة DMHC للمساعدة في الشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. بالنسبة للأمور غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على القرار في الطعن من المستوى 1 الخاص بك أو إذا لم تحل الخطة شكاوك بعد 30 يومًا تقويميًا. ولكن، يمكنك الاتصال بـ DMHC من دون تقديم طعن من المستوى 1، إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى تتعلق بقضية عاجلة أو مشكلة تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، إذا كنت تعاني من ألم شديد، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكاوك، أو إذا لم تحل الخطة شكاوك بعد 30 يومًا تقويميًا.

فيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل بنا على **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال بالهاتف النصي (TTY) على رقم **1-877-688-9891**. المكالمات مجانية.
- قم بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المدارة (www.dmhc.ca.gov).

مكتب الحقوق المدنية (OCR، Office for Civil Rights)

يمكنك تقديم شكوى إلى OCR التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) إذا كنت تعتقد أنك لم تُعامل بشكل عادل. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى حول الوصول إلى الإعاقة أو المساعدة اللغوية. رقم الهاتف الخاص بـ OCR هو **1-800-368-1019**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-537-7697**. يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr لمعرفة المزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب OCR المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مركز استجابة العملاء: **1-800-368-1019**

الفاكس: **1-202-619-3818**

خط الصم وضعاف السمع (TDD): **1-800-537-7697**

البريد الإلكتروني: **ocrmail@hhs.gov**

قد يكون لديك أيضًا حقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA).

QIO

عندما تتعلق شكواك بجودة الرعاية، يكون لديك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية مباشرةً إلى QIO.
- يمكنك تقديم شكواك إلى QIO وإلى خطتنا. إذا قمت بتقديم شكوى إلى QIO، فإننا نتعاون معهم لحل شكواك.

QIO هي مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية المقدمة لمرضى Medicare. لمعرفة المزيد حول QIO، راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.

في كاليفورنيا، يُطلق على QIO اسم Livanta. ورقم هاتفها هو **1-877-588-1123**.

الفصل 10. إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية بعد مغادرة خطتنا. إذا تركت خطتنا، فستظل في برامج Medicare و Medi-Cal طالما أنك مؤهل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيباً أبجدياً في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 10 جدول المحتويات

- A. متى يمكنك إنهاء عضويتك مع خطتنا 208
- B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا 209
- C. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل 209
- C1. خدمات Medicare التي تتلقاها 209
- C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك 212
- كيف تحصل على خدماتك الطبية وأدويةك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا 212
- D. حالات أخرى عندما تنتهي عضويتك في خطتنا 213
- E. قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة 214
- F. تتمتع بالحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا 214

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك مع خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص ضمن برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك Medi-Cal، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة التالية:

- يناير إلى مارس
- إبريل إلى يونيو
- يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل السنوية**، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فسنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر، وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فسنتبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:

- لقد خرجت من منطقة خدمتنا،
- تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو "مزيد من المساعدة"، أو
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق ترميز أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل، أو كنت تتلقى حاليًا الرعاية فيها أو خرجت للتو منها.

تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك لتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فإن تغطيتك مع خطتنا تنتهي في 31 يناير. تبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

إذا غادرت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات Medicare في الجدول في القسم C1.
- خيارات Medi-Cal وخدماتها في القسم C2.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إنهاء عضويتك بالاتصال على:

- خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. مدرج أيضًا عدد مستخدمي TTY.
- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم (711). لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <https://aging.ca.gov>. خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- Medi-Cal Managed Care Ombudsman على الرقم 1-888-452-8609، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً أو عبر البريد الإلكتروني MMCOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول برامج إدارة الأدوية.

B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، يمكنك التسجيل في خطة Medicare أخرى أو التبديل إلى برنامج Medicare الأصلي. ومع ذلك، إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى برنامج Medicare الأصلي، ولكنك لم تحدد خطة أدوية منفصلة مقررّة بوصفة طبية من Medicare، فيجب عليك طلب إلغاء تسجيلك في خطتنا. هناك طريقتان لطلب إلغاء التسجيل:

- يمكنك تقديم طلب خطي إلينا. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك.
- اتصل بخدمة Medicare على **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يجدون صعوبة في السمع أو التحدث) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**. عندما تتصل بـ **1-800-MEDICARE**، يمكنك أيضًا التسجيل في خطة أخرى للرعاية الصحية أو الأدوية من Medicare. يوجد مزيد من المعلومات حول الحصول على خدمات Medicare الخاصة بك عند مغادرة خطتنا في المخطط الوارد في **القسم C**.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على **1-800-430-4263**، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-430-7077**.
- **القسم C** يتضمن أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة مختلفة، والتي ستنتهي أيضًا عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal إذا اخترت مغادرة خطتنا.

C1. خدمات Medicare التي تتلقاها

تتوفر لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare مدرجة أدناه. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

<p>إليك ما يجب القيام به:</p> <p>اتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048).</p> <p>للاستفسارات عن برنامج All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <p>اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة https://www.aging.ca.gov/HICAP/</p> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة Medicare الجديدة.</p> <p>يتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p>1. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة رعاية صحية أخرى تابعة لـ Medicare بما في ذلك خطة تجمع بين تغطية Medicare و Medi-Cal</p>
---	---

2. يمكنك التغيير إلى:

برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررّة بوصفة طبية من Medicare

إليك ما يجب القيام به:

اتصل بخدمة Medicare على الرقم **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**).

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم **1-800-434-0222**، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **711**. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة <https://www.aging.ca.gov/HICAP>.

أو

التسجيل في خطة الأدوية الجديدة المقررة بوصفة طبية من Medicare.

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.

<p>إليك ما يجب القيام به:</p> <p>اتصل بخدمة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048).</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة https://www.aging.ca.gov/HICAP. <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.</p>	<p>3. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>برنامج Medicare الأصلي مع خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare</p> <p>ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى برنامج Medicare الأصلي ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة مقررة بوصفة طبية من Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في خطة الأدوية، ما لم تخبر Medicare أنك لا تريد الانضمام.</p> <p>يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة بدايةً من الساعة 8:00 صباحاً حتى الساعة 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة https://www.aging.ca.gov/HICAP/</p>
---	---

C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك

لأسئلة حول كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal بعد مغادرة خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم **1-800-430-4263**، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى الساعة 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-430-7077**. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Medicare الأصلي على كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal.

كيف تحصل على خدماتك الطبية وأدويةك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا

إذا غادرت خطتنا، فقد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل انتهاء عضويتك وبدء تغطية Medicare وMedi-Cal الجديدة. خلال هذا الوقت، ستستمر في الحصول على الأدوية الموصوفة والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استخدم مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا بما في ذلك من خلال خدمات الصيدليات الخاصة بنا عبر البريد للحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك.
- إذا تم دخولك إلى المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في برنامج **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى خروجك من المستشفى. سيحدث هذا حتى لو بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

D. حالات أخرى عندما تنتهي عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات عندما يجب أن نهي عضويتك في خطتنا:

- إذا كان هناك انقطاع في تغطية الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare.
 - إذا لم تعد مؤهلاً لـ Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare وMedi-Cal. إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid، فسنخبرك كتابياً أن لديك فترة سماح مدتها أربعة أشهر لاستعادة أهلية Medicaid قبل أن يُطلب منك مغادرة خطة **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**. قبل إنهاء تسجيلك في خطة **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**، سوف نتصل بك لإعطائك الفرصة للتسجيل في إحدى خطط Senior Advantage الأخرى الخاصة بنا. قد تختلف المزايا والتكاليف الشخصية في هذه الخطط عن المزايا والتكاليف التي تدفعها من جيبك الخاص في خطة **Senior Advantage Medicare Medi-Cal South P1**.
 - إذا خرجت من منطقة خدمتنا.
 - إذا كنت بعيداً عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
 - إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فاتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي ستنتقل إليه أو تسافر إليه يقع في منطقة خدمة خطتنا.
 - إذا ذهبت إلى السجن أو الاعتقال بسبب جريمة جنائية.
 - إذا كنت تكذب أو تحجب معلومات حول التأمين الآخر الذي تملكه للأدوية الموصوفة.
 - إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو لم تكن موجوداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
 - يجب أن تكون مواطناً أمريكياً أو موجوداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة لتكون عضواً في خطتنا.
 - تخطرنا مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضواً على هذا الأساس.
 - يجب علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذا المطلب.
- إذا كنت ضمن فترة الأربعة أشهر المحددة في خطتنا من الأهلية المستمرة، فسنستمر في تقديم جميع مزايا برنامج Medicare Advantage التي تغطيها خطة Medicare. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، سوف تحتاج إلى استشارة Medi-Cal لمعرفة ما إذا كان هناك أي شيء سيغطي Medi-Cal الخدمات التي لا تغطيها خطتنا ولكن تغطيها Medi-Cal. أيضاً، قد تتغير مشاركة تكلفة أدوية الجزء (D) والأقساط التي تدفعها لنا. قد يزيد المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare خلال هذه الفترة. يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا للأسباب التالية فقط إذا حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أو لا:
- إذا قدمت لنا معلومات غير صحيحة عن قصد عند التسجيل في خطتنا وتؤثر هذه المعلومات على أهليتك لخطتنا.
 - إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة مزعجة وتجعل من الصعب علينا توفير الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا.
 - إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة هوية العضو الخاصة بك للحصول على رعاية طبية. (قد تطلب Medicare من المحقق العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب.)

E. قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة

لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك ترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

F. تتمتع بالحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، يجب أن نخبرك كتابيًا بأسباب إنهاء عضويتك. يجب أن نشرح أيضًا كيف يمكنك تقديم شكوى أو تقديم شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء لمعرفة المعلومات المتعلقة بكيفية تقديم شكوى.

G. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضوية خطتك

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الفصل 11: إشعارات قانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيباً أبجدياً في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الفصل 11 جدول المحتويات

217	A. إشعار حول القوانين
217	B. إشعار حول عدم التمييز
218	C. إشعار حول برنامج Medicare باعتباره دافعاً ثانيًا و Medi-Cal باعتباره الدافع النهائي
218	D. إشعار حول استعادة ملكية Medi-Cal
218	E. إدارة دليل الأعضاء هذا
218	F. الطلبات والبيانات
219	G. التحكيم الملزم
219	نطاق التحكيم
220	القواعد الإجرائية
220	بدء التحكيم
220	خدمة طلب التحكيم
221	رسوم التسجيل
221	عدد المحكمين
221	دفع أتعاب ومصاريف المحكمين
221	التكاليف
221	الأحكام العامة
222	H. التنازل
222	I. أتعاب ومصاريف المحامي
222	J. تنسيق المزاي

222	.....	مسؤولية صاحب العمل	.K
223	.....	دليل العضو ملزم للأعضاء	.L
223	.....	مسؤولية الوكالات الحكومية	.M
223	.....	عدم مسؤولية الأعضاء	.N
223	.....	لا تنازل	.O
223	.....	الإخطارات	.P
223	.....	استرداد المدفوعات الزائدة	.Q
223	.....	مسؤولية الطرف الثالث	.R
224	.....	وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية	.S
225	.....	تعويضات العمال أو استحقاقات مسؤولية صاحب العمل	.T
225	.....	تأجير الأرحام	.U

A. إشعار حول القوانين

العديد من القوانين تنطبق على كتيب الأعضاء. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين القوانين أو شرحها في كتيب الأعضاء. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات حول برامج Medicare و Medi-Cal. وتسري أيضًا قوانين فيدرالية وقوانين ولاية أخرى.

B. إشعار حول عدم التمييز

نحن لا نميزك أو نعاملك بشكل مختلف بسبب العرق، أو الأصل القومي أو اللون أو الديانة أو الجنس أو النوع أو العمر أو التوجه الجنسي أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو تجربة الشكاوى أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو دليل التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، نحن لا نميز بشكل غير قانوني أو نستبعد الأشخاص أو نعاملهم بشكل مختلف بسبب النسب أو هوية المجموعة العرقية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

إذا كنت تريد المزيد من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- الاتصال بإدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم **1-800-368-1019**. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال بالرقم **1-800-537-7697**. يمكنك أيضًا زيارة موقع الويب على **www.hhs.gov/ocr** لمعرفة المزيد من المعلومات.

- الاتصال بإدارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم **1-916-440-7370**. يمكن لمستخدمي TTY على **711** (خدمة ترحيل الاتصالات).

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم شكوى بشأن التمييز، يمكنك القيام بذلك بالطرق التالية:

- عبر الهاتف: يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا (باستثناء أيام إغلاق العطلات).
- عن طريق البريد الإلكتروني: اتصل بخدمات الأعضاء واطلب إرسال نموذج إليك.
- شخصيًا: املاً نموذج شكوى أو مطالبة / طلب مزايا في مكتب خدمات الأعضاء الموجود في مرفق الخطة (انتقل إلى دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات أو **kp.org/facilities** لمعرفة العناوين).
- عبر الإنترنت: استخدم النموذج عبر الإنترنت على موقعنا على **kp.org**.
- يمكنك أيضًا الاتصال بمنسقي الحقوق المدنية في Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator

Member Relations Grievance Operations

P.O. Box 939001

San Diego CA 92193

إذا كانت شكواك تتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية، عن طريق الهاتف، أو كتابيًا، أو إلكترونيًا:

- عبر الهاتف: اتصل بنا على **1-916-440-7370**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، يرجى الاتصال على **711** (خدمة ترحيل الاتصالات).

- كُتِيبًا: ملء نموذج شكوى أو إرسال خطاب إلى:

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

نماذج الشكوى متوفرة على dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونيًا: إرسال بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov

إذا كنت من ذوي الإعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو مقدم الخدمة، فاتصل بخدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الوصول إلى كرسي متحرك، يمكن أن تساعدك خدمات الأعضاء في ذلك.

C. إشعار حول برنامج Medicare باعتباره دافعًا ثانيًا و Medi-Cal باعتباره الدافع النهائي

في بعض الأحيان، يجب على شخص آخر أن يدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة أو إذا تعرضت لإصابة في العمل، يجب أن تدفع رسوم التأمين أو تعويض العمال أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل خدمات Medicare المغطاة التي لا يكون Medicare هو الدافع الأول لها.

نحن نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولايات المتعلقة بالمسؤولية القانونية للأطراف الثالثة عن خدمات الرعاية الصحية للأعضاء. نتخذ جميع التدابير المعقولة لضمان أن Medi-Cal هو دافع الملاذ الأخير.

D. إشعار حول استعادة ملكية Medi-Cal

يجب أن يسعى برنامج Medi-Cal إلى الحصول على السداد من شركة بعض أعضاء Medi-Cal المتوفين المؤتتبة للحصول على مزايا Medi-Cal التي تم تلقيها في أو بعد عيد ميلادهم الخامس والخمسين. يشمل السداد الرسوم مقابل الخدمة وأقساط الرعاية المُدارة / مدفوعات رأس المال لخدمات مرفق التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، والخدمات المتعلقة بالمستشفيات والأدوية بوصفة طبية ذات الصلة التي تم تلقيها عندما كان العضو مريضًا داخليًا في مرفق تمريض أو كان يتلقى خدمات منزلية ومجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز السداد قيمة شركة العضو المؤتتبة.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى موقع السداد من الشركة التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على

www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل على الرقم 1-916-650-0590.

E. إدارة دليل الأعضاء هذا

قد نتمتع بسياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز الإدارة المنظمة والفعالة لكُتِيب الأعضاء.

F. الطلبات والبيانات

يجب عليك إكمال أي تطبيقات أو نماذج أو بيانات نطلبها في سياق أعمالنا العادية أو كما هو محدد في كُتِيب الأعضاء.

G. التحكيم الملزم

ينطبق الوصف التالي للتحكيم الملزم على الأعضاء التاليين:

- جميع الأعضاء المسجلين في خطة Kaiser Permanente Senior Advantage الفردية التي يبدأ سريانها قبل 1 يناير 2008؛ و
- جميع الأعضاء المسجلين في خطة Kaiser Permanente Senior Advantage الفردية بتاريخ ساري المفعول في 1 يناير 2008، أو بعد الذين لم يختاروا صراحةً عدم المشاركة في عملية التحكيم الملزمة في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ سريان خطة Senior Advantage الخاصة بهم.

بالنسبة لجميع المطالبات الخاضعة لقسم "التحكيم الملزم" هذا، يتنازل كل من المطالب والجهة المطالبة عن الحق في اللجوء للتقاضي أمام هيئة محلفين أو محكمة ويقبلان استخدام التحكيم الملزم. بقدر ما ينطبق بند "التحكيم الملزم" هذا على الشكاوى المؤكدة من قبل أطراف Kaiser Permanente، فإنه يجب تطبيقه بأثر رجعي على جميع الشكاوى التي لم يتم حلها والتي تراكمت قبل تاريخ سريان كتيب الأعضاء. يكون هذا التطبيق بأثر رجعي ملزمًا فقط لأطراف Kaiser Permanente.

نطاق التحكيم

يجب تقديم أي نزاع إلى التحكيم الملزم إذا تم استيفاء جميع المتطلبات التالية:

- تنشأ الشكاوى من أو تتعلق بانتهاك مزعوم لأي حادث واجب أو ناشئ عن أو يتعلق بكتيب الأعضاء أو علاقة طرف عضو بشركة Kaiser Foundation Health Plan, Inc (Health Plan)، بما في ذلك أي شكاوى تتعلق بسوء الممارسة الطبية أو المستشفى (الادعاء بأن الخدمات أو العناصر الطبية كانت غير ضرورية أو غير مصرح بها أو تم تقديمها بشكل غير لائق أو إهمال أو غير كفاء)، بالنسبة لمسؤولية المباني، أو فيما يتعلق بالتغطية، أو تقديم أو الخدمات أو العناصر، بغض النظر عن النظريات القانونية التي تم تأكيد الشكاوى بناءً عليها.
- يتم تأكيد المطالبة من قبل طرف عضو واحد أو أكثر ضد طرف واحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente أو من جانب واحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente ضد طرف عضو واحد أو أكثر.
- لا يمنع القانون الحاكم استخدام التحكيم الملزم لحل الدعوى.
- الأعضاء المقيدون ضمن كتيب الأعضاء سالف الذكر، وبالتالي يتنازلون عن حقهم في المثول أمام محكمة أو أمام هيئة محلفين، ويقبلون بدلاً من ذلك استخدام التحكيم الملزم باستثناء أن الأنواع التالية من الشكاوى لا تخضع للتحكيم الملزم:
 - الدعاوى الواقعة ضمن اختصاص محكمة الدعاوى الصغيرة.
 - تخضع الدعاوى لإجراء طعن Medicare كما هو مطبق على أعضاء خطة Kaiser Permanente Senior Advantage Medicare Medi-Cal (راجع الفصل 9 للحصول على معلومات طعن Medicare).
 - الدعاوى التي لا يمكن أن تخضع للتحكيم الملزم بموجب القانون الحاكم.

على النحو المشار إليه في قسم "التحكيم الملزم" هذا، تشمل "الأطراف الأعضاء" ما يلي:

- عضو.
- وريث العضو أو قريبه أو ممثله الشخصي.
- أي شخص يدعي أن واجبًا تجاهه ينشأ من علاقة عضو بواحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente.

تتضمن "أطراف Kaiser Permanente":

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
- مستشفيات مؤسسة Kaiser Foundation.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.
- أي Permanente Medical Group بجنوب كاليفورنيا أو طبيب تابع Permanente Medical Group.
- أي فرد أو منظمة يتطلب عقدها مع أي من المنظمات المحددة أعلاه التحكيم في الدعاوى المرفوعة من طرف واحد أو أكثر من الأطراف الأعضاء.
- أي موظف أو وكيل لأي مما سبق.

يشير "المدعى" إلى طرف عضو أو طرف Kaiser Permanente الذي يؤكد دعوى كما هو موضح أعلاه. يشير "المدعى عليه" إلى طرف عضو أو طرف Kaiser Permanente الذي تم تأكيد دعوى ضده.

القواعد الإجرائية

تجري التحكيمات وفقاً لقواعد تحكيم أعضاء Kaiser Permanente التي يشرف عليها مكتب المدير المستقل ("القواعد الإجرائية") التي وضعها مكتب المدير المستقل بالتشاور مع Kaiser Permanente ومجلس مراقبة التحكيم. يمكن الحصول على نسخ من قواعد الإجراءات من خدمات الأعضاء.

بدء التحكيم

يجب على المطالبين بدء التحكيم من خلال تقديم طلب التحكيم. يجب أن يتضمن طلب التحكيم أساس الدعوى ضد المدعى عليهم؛ ومقدار الأضرار التي يطلبها المدعون في التحكيم؛ وأسماء وعناوين وأرقام هواتف المدعين ومحاميهم، إن وجد؛ وأسماء جميع المدعى عليهم. يجب على المطالبين إدراج جميع المطالبات المرفوعة ضد الجهات المطالبة التي تستند إلى نفس الواقعة أو المعاملة أو الظروف ذات الصلة في طلب التحكيم.

خدمة طلب التحكيم

يجب إرسال إخطار بطلب التحكيم عبر البريد إلى Kaiser Foundation Health Plan و Kaiser Foundation Hospitals و KP Cal و Permanente Medical Group, Inc و Southern California Permanente Medical و Permanente Federation, LLC و Permanente Company, LLC و Permanente Company, LLC موجه إلى ذلك المدعى عليه بعناية:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

الإدارة القانونية، المسؤولية المهنية والعامّة

373 E. Walnut Street

Pasadena, CA 91188

تُعتبر عملية إرسال إخطاراً لهذا المدعى عليه مكتملة عند استلامه له. يجب إخطار جميع المدعى عليهم الآخرين بما في ذلك الأفراد وفقاً لما يقتضيه قانون الإجراءات المدنية بكاليفورنيا للدعوى المدنية.

رسوم التسجيل

يجب على المطالبين سداد رسوم تقديم مطالبة واحدة غير قابلة للاسترداد قدرها \$ 150 لكل عملية تحكيم مستحقة الدفع إلى "حساب التحكيم" بغض النظر عن عدد المطالبات بالأحقية في التعويض المتضمنة في طلب التحكيم أو عدد المطالبين أو الجهات المطالبة المسجلين في طلب التحكيم.

يجوز لأي مطالب يدعي أنه يعاني من صعوبات بالغة أن يطلب من مكتب المسؤول المستقل التنازل عن رسوم تقديم المطالبات وأتعاب المحكم المحايد ومصاريفه. يجب على المطالب الذي يسعى للحصول على مثل هذه التنازلات استيفاء نموذج الإعفاء من الرسوم وتقديمه إلى مكتب المسؤول المستقل وتقديمه في نفس الوقت إلى الجهات المطالبة. يحدد نموذج الإعفاء من الرسوم معايير الإعفاء من الرسوم وهو متاح من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء.

عدد المحكمين

قد يؤثر عدد المحكمين على مسؤولية المطالبين المتمثلة في دفع أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه (يرجى الاطلاع على النظام الداخلي).

إذا كان طلب التحكيم ينص على الحصول على تعويضات إجمالية قدرها \$200,000 أو أقل، فيجب النظر في النزاع والبت فيه من قبل محكم محايد واحد، ما لم يتفق الطرفان على خلاف ذلك كتابةً بعد نشوء النزاع وتقديم طلب التحكيم الملزم بأنه يجب النظر في التحكيم من جانب محكمين طرفين ومحكم محايد واحد. لن يتمتع المحكم المحايد بسلطة منح تعويضات مالية تزيد عن \$200,000.

إذا سعى طلب التحكيم إلى الحصول على تعويضات إجمالية تزيد عن \$200,000، يجب سماع النزاع والبت فيه من قبل محكم واحد محايد ومحكم من طرفين، أحدهما يتم تعيينه بشكل مشترك من قبل جميع المدعين والآخر يتم تعيينه بشكل مشترك من قبل جميع المدعى عليهم. يجوز للأطراف التي يحق لها اختيار محكم طرف الموافقة على التنازل عن هذا الحق. إذا اتفقت جميع الأطراف، فسينظر محكم واحد في هذه التحكيمات.

دفع أتعاب ومصاريف المحكمين

ستتكفل Health Plan بدفع أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه في ظل ظروف معينة على النحو المنصوص عليه في النظام الداخلي. في جميع عمليات التحكيم الأخرى، يدفع المطالبين نصف أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه والنصف الآخر تدفعه الجهات المطالبة.

إذا اختار الطرفان محكمين طرفين، يكون المدعون مسؤولين عن دفع أتعاب ومصاريف المحكم الطرف المسؤول عن أمورهم وتكون الجهات المطالبة مسؤولة عن دفع أتعاب المحكم الطرف ونفقاته.

التكاليف

باستثناء الرسوم والنفقات المذكورة أعلاه للمحكم المحايد، وباستثناء ما تنص عليه القوانين التي تنطبق على التحكيم بموجب قسم "التحكيم الملزم" هذا، يتحمل كل طرف أتعاب المحاماة الخاصة بالطرف وأتعاب الشهود والنفقات الأخرى المتكبدة في رفع دعوى أو الدفاع ضدها بغض النظر عن طبيعة الدعوى أو نتيجة التحكيم.

الأحكام العامة

يتم التنازل عن المطالبة وإبطالها إلى الأبد إذا (1) في تاريخ تقديم طلب التحكيم في المطالبة، فإن المطالبة، إذا تم تأكيدها في دعوى مدنية، سيتم إبطالها بالنسبة إلى الجهة المطالبة الذي يخدمه قانون التقادم المعمول به، (2) لم يتابع المطالبون دعوى التحكيم وفقاً للنظام الداخلي بقدر معقول من العناية، أو (3) لم تبدأ جلسة التحكيم في غضون خمس سنوات بعد أقرب (أ) تاريخ تقديم طلب التحكيم وفقاً للإجراءات المنصوص عليها في هذه الاتفاقية، أو (ب) تاريخ رفع الدعوى المدنية بناءً على نفس الواقعة أو المعاملة أو الظروف ذات الصلة التي تنطوي عليها المطالبة. يجوز للمحكم المحايد رفض المطالبة لأسباب أخرى بناءً على إظهار سبب وجيه. إذا لم يحضر أحد الطرفين جلسة التحكيم بعد إخطاره بذلك، يجوز للمحكم المحايد المضي في الفصل في الخلاف في ظل غياب هذا الطرف.

قانون إصلاح تعويضات الإصابات الطبية لولاية كاليفورنيا لعام 1975 (بما في ذلك أي تعديلات عليه)، بما في ذلك الأقسام التي تنص على الحق في تقديم دليل على أي مدفوعات تأمين أو تعويض عجز للمريض، والقيود المفروضة على التعافي من الخسائر غير الاقتصادية، والحق في الحصول على تعويض بالنسبة للأضرار المستقبلية المتوافقة مع المدفوعات الدورية، يجب أن تنطبق على أي دعاوى تتعلق بالإهمال المهني أو أي دعاوى أخرى حسبما يسمح به القانون أو يقتضيه.

تخضع عمليات التحكيم إلى قسم "التحكيم الملزم"، القسم 2 من قانون التحكيم الفيدرالي، وأحكام قانون كاليفورنيا للإجراءات المدنية المتعلقة بالتحكيم السارية وقت تطبيق القانون، جنبًا إلى جنب مع قواعد الإجراءات، إلى الحد الذي لا يتعارض مع هذا القسم. وفقًا للقاعدة التي تنطبق بموجب القسمين 3 و 4 من قانون التحكيم الفيدرالي، لا يجوز رفض الحق في التحكيم بموجب قسم "التحكيم الملزم" أو تعليقه أو إعاقته نظرًا لأن النزاع بين أحد الأطراف العضو وطرف Kaiser Permanente ينطوي على كل من والمطالبات غير القابلة للتحكيم أو لأن طرفًا واحدًا أو أكثر في التحكيم هو أيضًا طرف في دعوى قضائية معلقة مع طرف ثالث والتي تنشأ عن نفس المعاملات أو ذات الصلة وتوفر إمكانية وجود أحكام أو نتائج متضاربة.

H. التنازل

لا يمكنك التنازل عن كتيب الأعضاء أو أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالأموال المستحقة أو المزايا أو الالتزامات الواردة أدناه دون موافقة خطية مسبقة منا.

I. أتعاب ومصاريف المحامي

في أي نزاع بين أحد الأعضاء ومستشفيات Health Plan أو Medical Group أو Kaiser Foundation، يتحمل كل طرف أتعابه ونفقاته الخاصة، بما في ذلك أتعاب المحاماة وأتعاب المحاماة والمصروفات الأخرى، باستثناء ما يقتضيه القانون خلافًا لذلك.

J. تنسيق المزايا

إذا كان لديك تأمين آخر، فأنت مطالب باستخدام تغطيتك الأخرى جنبًا إلى جنب مع تغطيتك بصفقتك عضوًا في خطة Senior Advantage Medicare Medi-Cal لدفع تكاليف الرعاية التي تتلقاها. وهذا ما يسمى "تنسيق الفوائد" لأنه يتضمن تنسيق جميع الفوائد الصحية المتاحة لك. ستحصل على رعايتك المغطاة كالمعتاد من مزودي الشبكة، والتغطية الأخرى التي لديك ستساعد ببساطة في دفع تكاليف الرعاية التي تتلقاها.

إذا كانت تغطيتك الأخرى هي الدافع الأساسي، فغالبًا ما تقوم بتسوية حصتها في الدفع مباشرة معنا، ولن تضطر إلى المشاركة. ومع ذلك، إذا تم إرسال الدفعة المستحقة لنا من قبل دافع أساسي إليك مباشرة، فأنت ملزم بموجب قانون Medicare بتقديم هذه الدفعة الأساسية إلينا. لمزيد من المعلومات حول المدفوعات الأولية في حالات مسؤولية الطرف الثالث، راجع القسم Q في هذا الفصل، وللمدفوعات الأولية في قضايا تعويض العمال، راجع القسم R في هذا الفصل.

يجب أن نخبرنا إذا كانت لديك تغطية رعاية صحية أخرى، وأن نخبرنا متى حدثت أي تغييرات في تغطيتك الإضافية.

K. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة لأي خدمات يطلب القانون من صاحب العمل تقديمها، لن ندفع لصاحب العمل، وعندما نغطي أي خدمات من هذا القبيل، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من صاحب العمل.

L. دليل العضو ملزم للأعضاء

عن طريق اختيار التغطية أو قبول المزايا بموجب كتيب الأعضاء، فإن جميع الأعضاء المؤهلين قانوناً للتعاقد والممثلين القانونيين لجميع الأعضاء غير القادرين على التعاقد، يوافقون على جميع أحكام كتيب الأعضاء هذا.

M. مسؤولية الوكالات الحكومية

بالنسبة لأية خدمات يتطلب القانون توفيرها أو تلقيها فقط من وكالة حكومية، فلن ندفع للوكالة الحكومية، وعندما نقوم بتغطية أي من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من الوكالة الحكومية.

N. عدم مسؤولية الأعضاء

تتص عقودنا مع مزودي الشبكة على أنك لست مسؤولاً عن أي مبالغ ندين بها. ومع ذلك، فأنت مسؤول عن تكلفة الخدمات غير المغطاة التي تحصل عليها من مزودي الشبكة أو مزودي الخدمة خارج الشبكة.

O. لا تنازل

إن عجزنا عن تطبيق أي بند من كتيب الأعضاء لن يشكل تنازلاً عن هذا البند أو أي بند آخر، أو يضعف حقنا فيما بعد في المطالبة بأدائك الصارم لأي بند.

P. الإخطارات

سيتم إرسال إخطاراتنا إليك إلى أحدث عنوان لدينا. أنت مسؤول عن إخطارنا بأي تغيير في عنوانك. إذا انتقلت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على ظهر هذا الكتيب) والضمان الاجتماعي على **1-800-772-1213** (TTY **1-800-325-0778**) في أقرب وقت ممكن للإبلاغ عن تغيير عنوانك.

Q. استرداد المدفوعات الزائدة

يجوز لنا استرداد أي مدفوعات زائدة نقوم بها مقابل الخدمات من أي شخص يتلقى مثل هذه المدفوعات الزائدة أو من أي شخص أو منظمة ملزمة بالدفع مقابل الخدمات.

R. مسؤولية الطرف الثالث

عادةً ما يتعين على الأطراف الثالثة التي تسبب لك الإصابة أو المرض (و/أو شركات التأمين الخاصة بهم) الدفع أولاً قبل برنامج Medicare أو خطتنا. لذلك، يحق لنا متابعة هذه المدفوعات الأولية. إذا حصلت على حكم أو تسوية من أو نيابة عن طرف ثالث يُزعم أنه تسبب في إصابة أو مرض تلقيت من أجله خدمات مغطاة، يجب عليك التأكد من حصولنا على تعويض عن هذه الخدمات.

ملاحظة: لا يؤثر قسم "مسؤولية الطرف الثالث" هذا على التزامك بدفع تكلفة تقاسم هذه الخدمات.

إلى الحد الذي يسمح به القانون أو يقتضيه القانون، سنحل محل جميع المطالبات وأسباب الدعوى والحقوق الأخرى التي قد تكون لديك ضد طرف ثالث أو شركة تأمين أو برنامج حكومي أو مصدر تغطية آخر للأضرار المالية أو التعويضات بسبب الإصابة أو المرض المزعوم الناجم عن الطرف الثالث. سنحل محلك على هذا النحو اعتباراً من الوقت الذي نرسل فيه بريداً إلكترونيًا أو نسلم إخطارًا كتابيًا بممارستنا لهذا الحق لك أو لمحاميك.

لتأمين حقوقنا، سيكون لدينا حقوق امتياز وسداد لعائدات أي حكم أو تسوية لك أو نحصل عليها ضد طرف ثالث ينتج عنه أي عائدات تسوية أو حكم، من أنواع أخرى من التغطية التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: المسؤولية، وسائق السيارة غير المؤمن عليه، وسائق السيارات غير الخاضع للتأمين، والمظلة الشخصية، وتعويضات العمال، والإصابة الشخصية، والمدفوعات الطبية وجميع أنواع الطرف الأول الأخرى. يجب أولاً تطبيق عائدات أي حكم أو تسوية تحصل عليها أنت أو نحصل عليها للوفاء بامتيازنا، بغض النظر عما إذا كنت كاملاً وبغض النظر عما إذا كان المبلغ الإجمالي للعائدات أقل من الخسائر والأضرار الفعلية التي تكبدتها. نحن لسنا مطالبين بدفع أتعاب المحاماة أو تكاليف أي محام تقوم بتعيينه لمتابعة مطالبتك بالتعويض. إذا قمت بتعويضنا دون الحاجة إلى اتخاذ إجراء قانوني، فسنسمح بخصم تكلفة الشراء. إذا اضطررنا إلى اتخاذ إجراء قانوني لفرض مصلحتنا، فلن يكون هناك خصم على المشتريات.

في غضون 30 يومًا بعد تقديم أو رفع مطالبة أو إجراء قانوني ضد جهة خارجية، يجب عليك إرسال إخطار كتابي بالمطالبة أو الإجراء القانوني إلى:

The Rawlings Group
Subrogation Mailbox
Special Recovery Unit
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031
الفاكس: 1-502-753-7064

لكي نتمكن من تحديد وجود أي حقوق قد نمتلكها ولتلبية هذه الحقوق، يجب عليك إكمال وإرسال جميع الموافقات والإصدارات والتفويضات والتخصيصات والمستندات الأخرى إلينا، بما في ذلك نماذج الحجز التي توجه محاميك، والجهة الخارجية، وشركة تأمين مسؤولية الطرف الثالث للدفع لنا مباشرة. لا يجوز لك الموافقة على التنازل عن حقوقنا بموجب هذا البند أو تركها أو تقليلها دون موافقتنا الخطية المسبقة.

في حال تأكيد مقاطعتك أو أحد والديك أو الوكيل عنك أو الوصي عليك على رفع مطالبة ضد جهة خارجية بناءً على إصابتك أو مرضك، فإن مقاطعتك أو أحد والديك أو الوكيل عنك أو الوصي عليك وأي مبلغ تعويض من تسوية أو حكم تأخذه مقاطعتك أو أحد والديك أو الوكيل عنك أو الوصي عليك يجب أن يخضع لحجزنا وحقوقنا الأخرى بنفس القدر كما لو كنت أنت قد أكدت المطالبة ضد الجهة الخارجية. يجوز لنا تحديد حقوقنا لإنفاذ حجزنا وغيره من الحقوق.

S. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة لأية خدمات تتعلق بالشروط الناشئة عن الخدمة العسكرية التي يطلب القانون من إدارة شؤون المحاربين القدامى تقديمها، لن ندفع إلى إدارة شؤون المحاربين القدامى، وعندما نغطي أي خدمات من هذا القبيل، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من إدارة شؤون المحاربين القدامى.

T. تعويضات العمال أو استحقاقات مسؤولية صاحب العمل

يجب دفع تعويضات العمال عادةً أولاً قبل برنامج Medicare أو خطتنا. لذلك، يحق لنا متابعة المدفوعات الأولية بموجب تعويض العمال أو قانون مسؤولية صاحب العمل. قد تكون مستحقاً للحصول على مدفوعات أو مزايا أخرى، بما في ذلك المبالغ المستلمة كتسوية (يشار إليها مجتمعة باسم "المزايا المالية")، بموجب قانون تعويض العمال أو قانون مسؤولية صاحب العمل. سنقدم خدمات مغطاة حتى لو لم يكن واضحاً ما إذا كان يحق لك الحصول على ميزة مالية، ولكن قد نقوم باسترداد قيمة أي خدمات مغطاة من المصادر التالية:

- من أي مصدر يقدم منفعة مالية أو من يستحق منه منفعة مالية.
- منك، إلى الحد الذي يتم فيه تقديم المزايا المالية أو دفعها أو كان من المطلوب توفيرها أو دفعها إذا كنت قد سعت بجد لإثبات حقوقك في الاستحقاق المالي بموجب أي تعويض للعاملين أو قانون مسؤولية صاحب العمل.

U. تأجير الأرحام

في الحالات التي تتلقى فيها العضوة تعويضاً مالياً لاستئجار رحمة، ستسعى خطتنا إلى استرداد جميع رسوم الخطة للخدمات المغطاة التي تتلقاها العضوة والمرتبطة بالحمل و/أو الإنجاب و/أو الولادة. الترتيب الخاص بتأجير الأرحام هو الترتيب الذي توافق فيه المرأة على الحمل وتسليم الطفل إلى شخص آخر أو أشخاص ينوون تربية الطفل.

الفصل 12: تعريفات الكلمات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية المستخدمة في جميع أنحاء كتيب الأعضاء مع تعريفاتها. يتم سرد المصطلحات بالترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على مصطلح تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمات الأعضاء.

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأشياء التي يفعلها الناس في يوم عادي، مثل الأكل، أو استخدام المراض، أو ارتداء الملابس، أو الاستحمام، أو تفريش الأسنان.

قاضي القانون الإداري: قاضي يراجع طعنًا من المستوى 3.

برنامج (ADAP) AIDS Drug Assistance: برنامج يساعد الأفراد المؤهلين الذين يعانون من HIV/AIDS في الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة.

مركز جراحي متنقل: منشأة تقدم جراحة العيادات الخارجية للمرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية في المستشفى والذين لا يتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية.

الطعن: طريقة يمكنك من خلالها الطعن في تصرفاتنا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. **الفصل 9 من كتيب الأعضاء** يشرح الطعون بما في ذلك كيفية إجراء الطعن.

الصحة السلوكية: مصطلح شامل يشير إلى خدمات اضطرابات الصحة العقلية وتعاطي المواد الإدمانية.

دواء يحمل اسم العلامة التجارية: دواء يُصرف بوصفة طبية يتم تصنيعه وبيعه من قبل الشركة التي صنعت الدواء في الأصل. تحتوي الأدوية التي تحمل اسم العلامة التجارية على نفس مكونات الإصدارات العامة من الأدوية. عادة ما يتم تصنيع الأدوية الجنيسة وبيعها بواسطة شركات أدوية أخرى.

منسق الرعاية: شخص رئيسي واحد يعمل معك ومع الخطة الصحية ومقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (خدمات CPO): خدمات إضافية اختيارية بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك (ICP). لا يُقصد من هذه الخدمات أن تحل محل الخدمات طويلة الأجل والدعم الذي يسمح لك بالحصول عليه في Medi-Cal.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد التخصصات".

مرحلة تغطية الكوارث: المرحلة في مزايا أدوية الجزء D من برنامج Medicare حيث تدفع خطتنا جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تنفق أنت (أو غيرك من الأطراف المؤهلة نيابة عنك) **\$8,000** مقابل الأدوية التي يغطيها الجزء D من برنامج Medicare خلال العام. خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة للأدوية التي يغطيها الجزء D من برنامج Medicare. لا تدفع شيئاً.

مراكز خدمات Medicare و(CMS) Medicaid: الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. **الفصل 2** من كتيب الأعضاء يشرح لك كيفية التواصل مع برنامج CMS.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): برنامج خدمة قائم على المرفق لمرضى العيادات الخارجية يقدم رعاية ترميضية ماهرة، وخدمات اجتماعية، وعلاجات مهنية وتقويم النطق، والرعاية الشخصية، والدعم والتدريب للأسرة/مقدمي الرعاية، وخدمات التغذية، والنقل، وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين إذا كنت تستوفي معايير الأهلية المعمول بها.

الشكوى: بيان مكتوب أو منطوق يفيد بأن لديك مشكلة أو قلق بشأن خدماتك أو رعايتك المغطاة. يتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة رعايتك أو موفري شبكتنا أو صيدليات شبكتنا. المصطلح القانوني لعبارة "إقامة دعوى" هو "تقديم مظلمة".

مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF): منشأة تقدم خدمات إعادة التأهيل بشكل أساسي بعد مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. يقدم مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، والعلاج التنفسي، والعلاج المهني، وعلاج النطق، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

الدفع المشترك: مبلغ ثابت تدفعه كحصتك من التكلفة في كل مرة تحصل فيها على خدمات معينة أو أدوية موصوفة. على سبيل المثال، قد تدفع \$2 أو \$5 لخدمة أو دواء بوصفة طبية.

مشاركة التكلفة: المبالغ التي يتعين عليك دفعها عندما تحصل على خدمات معينة أو أدوية موصوفة. تشمل مشاركة التكلفة مبالغ الدفع المشترك.

قرارات التغطية: قرار بشأن الفوائد التي نغطيها. يتضمن ذلك القرارات المتعلقة بالعقاقير والخدمات المغطاة أو المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء يخبرنا كيف تطلب منا قرار التغطية.

الأدوية المغطاة: المصطلح الذي نستخدمه ليعني جميع الأدوية التي تصرف بوصفة طبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) التي تغطيها خطتنا.

الخدمات المغطاة: المصطلح العام الذي نستخدمه ليعني جميع خدمات الرعاية الصحية، والخدمات طويلة الأجل والدعم، والإمدادات، والأدوية المقررة بوصفة طبية، والمعدات، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

تدريب الكفاءة الثقافية: التدريب الذي يوفر إرشادات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا والتي تساعد على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS): إدارة الولاية في كاليفورنيا التي تدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal).

قسم الرعاية الصحية المدارة (DMHC): إدارة الولاية في كاليفورنيا المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون والشكاوى حول خدمات Medi-Cal. تجري DMHC أيضًا مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إلغاء التسجيل: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء التسجيل اختياريًا (من اختيارك) أو غير طوعي (ليس من اختيارك).

برنامج Drug management (DMP): برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية بوصفة طبية وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر.

خطة Dual eligible special needs (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين لكل من Medicare وMedicaid. خطتنا هي D-SNP.

الأجهزة الطبية القوية (DME): بعض الأدوات التي يطلبها طبيبك لاستخدامها في منزلك. ومن الأمثلة على هذه العناصر الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالكهرباء، ولوازم مرضى السكري، وأسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل، ومضخات التسريب الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات ومستلزمات الأكسجين، وأجهزة الاستنشاق، والمشايات.

الطوارئ: حالة طبية طارئة عندما تعتقد أنت، أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، أن لديك أعراضاً طبية تحتاج إلى عناية طبية فورية لمنع الوفاة أو فقدان جزء من الجسم أو فقدان وظيفة جسدية أو إصابتها بإعاقة خطيرة. قد تكون الأعراض الطبية مرضاً أو إصابة أو ألماً شديداً أو حالة طبية تزداد سوءاً بشكل سريع.

الرعاية في حالات الطوارئ: الخدمات المغطاة التي يقدمها مقدم خدمة مدرب على تقديم خدمات الطوارئ والمطلوبة لعلاج حالة طبية أو سلوكية طارئة.

الاستثناء: إذن بالحصول على تغطية لدواء لا تتم تغطيته عادة أو استخدام الدواء بدون قواعد وقيود معينة.

الخدمات المستثناة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

المساعدة الإضافية: برنامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية المقررة بوصفها طبية من الجزء D من برنامج Medicare، مثل العلاجات والخصومات والتكاليف المشتركة. "المساعدة الإضافية" تسمى أيضاً "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

دواء جنيس: دواء بوصفها طبية وافقت عليه الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من عقار يحمل علامة تجارية. يحتوي الدواء الجنيس على نفس مكونات دواء اسم العلامة التجارية. عادة ما يكون أرخص ويعمل مثل عقار العلامة التجارية.

الشكوى: شكوى تقدمها لنا أو عن أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة أو الصيدليات التابعة لنا. يتضمن ذلك شكوى حول جودة رعايتك أو جودة الخدمة التي تقدمها خطتك الصحية.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يوفر معلومات واستشارات مجانية وموضوعية حول Medicare. **الفصل 2 من كتيب الأعضاء** يشرح لك كيفية التواصل مع برنامج HICAP.

خطة رعاية صحية: مؤسسة مكونة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الخدمات طويلة الأجل ومقدمي الخدمات الآخرين. كما أن لديها منسقي رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات الخاصة بك. يعمل كل منهم معاً لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي ووضعك الحالي. يتم استخدامه للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

مساعد صحي منزلي: شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرضة أو معالج مرخص، مثل المساعدة في العناية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام المراحيض أو ارتداء الملابس أو القيام بالتمارين الموصوفة). لا يحمل مساعدو الصحة المنزلية ترخيص تمريض أو يقدمون العلاج.

رعاية العجزة: برنامج للرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص الذين لديهم تشخيصات مميّنة وليس من المتوقع لهم العيش بشكل مريح. يعني التشخيص بالمرض المميت أن الشخص تم اعتماده طبيًا على أنه يعاني من مرض عضال، ومن المتوقع أن يعيش ستة أشهر أو أقل.

يحق للمنتسب الذي لديه تشخيص بمرض مميت أن يختار مكاناً لرعاية العجزة.

من خلال فريق مدرب بشكل خاص من المهنيين ومقدمي الرعاية، يحصل الشخص المسن على الرعاية الكاملة، بما في ذلك الاحتياجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية.

نحن مطالبون بإعطائك قائمة بمقدمي خدمات رعاية المسنين في منطقتك الجغرافية.

الفواتير غير الملائمة / غير المناسبة: عندما يقوم مقدم الخدمة (مثل طبيب أو مستشفى) بإصدار فواتير لك أكثر من مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بنا مقابل الخدمات. اتصل بخدمات الأعضاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت تدفع فقط مبالغ مشاركة التكاليف الخاص بخططنا عندما تحصل على الخدمات التي نغطيها. لا نسلم لمقدمي الخدمة بإصدار فواتير لك بأكثر من هذا المبلغ.

In Home Supportive Services (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في دفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يعتبر IHSS بديلاً عن الرعاية خارج المنزل، مثل دور رعاية المسنين أو مرافق الإقامة والرعاية. أنواع الخدمات التي يمكن السماح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل العناية بالأعضاء والمثانة، والاستحمام، والعناية بالمظهر، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي لذوي الإعاقة العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة برنامج IHSS.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك للحصول على خدمات طبية أو علاج، يمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك لوازم وأدوية DME، يمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا الحصول على IMR. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل أطباء ليسوا جزءًا من خطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، يجب أن نقدم لك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. أنت لا تدفع أي تكاليف مقابل IMR.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة وظفتها Medicare لمراجعة الطعن من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم يجب تغييره. تشرف Medicare على عملها. الاسم الرسمي هو هيئة المراجعة المستقلة.

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستحصل عليها وكيف ستحصل عليها. قد تتضمن خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات طويلة الأجل والدعم.

مرحلة التغطية المبدئية: تصل المرحلة التي تسبق إجمالي نفقات أدوية الجزء D من برنامج Medicare إلى **\$8,000**. وهذا يشمل المبالغ التي دفعتها، وما دفعته خطتنا نيابة عنك، ودعم الدخل المنخفض. خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك، وأنت تدفع حصتك.

المريض المقيم: مصطلح يستخدم عندما تم إدخالك رسميًا إلى المستشفى للحصول على خدمات طبية ماهرة. إذا لم يتم قبولك رسميًا، فقد تظل مريضًا بالعيادات الخارجية بدلاً من مريض مقيم حتى لو بقيت طوال الليل.

فريق الرعاية متعدد التخصصات (فريق ICT أو فريق الرعاية): قد يشمل فريق الرعاية الأطباء أو الممرضات أو المستشارين أو غيرهم من المهنيين الصحيين الموجودين هناك لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. يساعدك فريق رعايتك أيضًا في وضع خطة رعاية.

قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية الموصوفة والأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. نختار الأدوية الموجودة في هذه القائمة بمساعدة فريق من الأطباء والصيدالدة. تخبرك قائمة الأدوية أيضًا بالقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الأدوية الخاصة بك. تسمى قائمة الأدوية أحيانًا "كتيب الوصفات".

الخدمات والدعم طويل الأجل (LTSS): تساعد الخدمات والدعم طويل الأجل في تحسين الحالة الطبية على المدى الطويل. تساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في منزلك حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى مرفق ترميز أو مستشفى. تشمل LTSS التي تغطيها خطتنا الخدمات المجتمعية، ومرافق التمريض (NF)، والدعم المجتمعي. برامج خدمات الاستثناءات IHSS و(c) 1915 هي LTSS من Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.

إعانة الدخل المنخفض (LIS): الرجوع إلى "مساعدة إضافية".

برنامج الطلب عبر البريد: قد تقدم بعض الخطط برنامجًا للطلب عبر البريد يسمح لك بالحصول على ما يصل إلى 3 أشهر من العقاقير الطبية المغطاة التي يتم إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة وملائمة لملاء الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

Medi-Cal: هو اسم برنامج Medicaid في كاليفورنيا. تتم إدارة برنامج Medi-Cal من قبل الولاية، ويتم دفع تكاليفه من قبل الولاية والحكومة الفيدرالية.

- يساعد Medi-Cal الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في دفع تكاليف الخدمات والدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية.
- يغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare وMedi-Cal.

خط Medi-Cal: الخطط التي تغطي مزايا Medi-Cal فقط، مثل الخدمات والدعم طويل الأجل، والمعدات الطبية، والنقل. فوائد Medicare منفصلة.

Medicaid (أو Medical Assistance): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم والتكاليف الطبية طويلة الأجل. Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا.

ضروري من الناحية الطبية: يصف هذا الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاجها لمنع أو تشخيص أو علاج حالة طبية أو للحفاظ على وضعك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تمنعك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق ترميز. يعني أيضاً أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية.

Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأفراد الذين يبلغون 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا والذين يعانون من إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في مراحله النهائية (يشكل عام أولئك الذين يعانون من الفشل الكلوي الدائم والذين يحتاجون إلى الخضوع إلى غسيل كلوي أو عملية زرع كلوي). يمكن للأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية الخاصة بهم من خلال برنامج Medicare الأصلي أو خطة رعاية مُدارة (راجع "خطة الرعاية الصحية").

برنامج Medicare Advantage: هو برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "C" من برنامج Medicare "MA" أو "MA"، والذي يقدم خطط MA من خلال الشركات الخاصة. يدفع Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

Medicare مجلس الطعون (المجلس): مجلس تراجع طعنًا من المستوى 4. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

الخدمات المغطاة من جانب Medicare: الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B من برنامج Medicare، يجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية، بما في ذلك خطتنا، جميع الخدمات التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare.

برنامج **Medicare diabetes prevention (MDPP)**: برنامج تغيير السلوك الصحي المنظم الذي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني واستراتيجيات التغلب على تحديات الحفاظ على فقد الوزن ونمط حياة صحي.

المنتسبون إلى برنامج Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية Medicare و Medi-Cal. يُطلق أيضًا على المنتسب إلى برنامج Medicare-Medicaid "الفرد المؤهل بشكل مزدوج".

برنامج Medicare الجزء A: برنامج Medicare الذي يغطي معظم المستشفيات الضرورية طبيًا، ومرافق التمريض الماهرة، والرعاية الصحية المنزلية، ورعاية المسنين.

برنامج Medicare الجزء B: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المعملية والعمليات الجراحية وزيارات الطبيب) والمستلزمات الطبية (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تمثل ضرورة طبية لعلاج مرض أو حالة. يغطي الجزء B من برنامج Medicare أيضًا العديد من خدمات الوقاية والفحص.

Medicare الجزء C: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA" الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا Medicare من خلال خطة MA.

Medicare الجزء D: برنامج مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare. نسمي هذا البرنامج اختصارًا "الجزء D". يغطي الجزء D من برنامج Medicare الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية واللقاحات وبعض المستلزمات التي لا يغطيها الجزء A من برنامج Medicare أو الجزء B من برنامج Medicare أو برنامج Medicaid. تتضمن خطتنا الجزء D من برنامج Medicare.

أدوية الجزء D - Medicare: الأدوية المغطاة بموجب الجزء D من برنامج Medicare تستبعد على وجه التحديد فئات معينة من الأدوية من التغطية بموجب الجزء D من برنامج Medicare. قد يغطي Medicaid بعض هذه الأدوية.

إدارة العلاج بالأدوية (MTM، Medication Therapy Management): مجموعة مميزة من الخدمات أو مجموعة الخدمات التي يقدمها مقدمو الرعاية الصحية، بما في ذلك الصيدلة، لضمان أفضل النتائج العلاجية للمرضى. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

عضو (عضو في خطتنا، أو عضو الخطة): شخص منتسب مع Medicare و Medi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات المغطاة، والذي سجل في خطتنا، وتم تأكيد تسجيله من قبل مراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS) والدولة.

كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذه الوثيقة، جنبًا إلى جنب مع نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أخرى، أو الملاحق، والتي تشرح التغطية الخاصة بك، وما يجب علينا القيام به، وحقوقك، وما يجب عليك القيام به كعضو في خطتنا.

خدمات الأعضاء: قسم في خطتنا مسؤول عن الإجابة على أسئلتك حول العضوية والمزايا والتظلمات والطعون. راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول خدمات الأعضاء.

صيدلية تابعة للشبكة: صيدلية (متجر أدوية) توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. نطلق عليهم "صيدليات الشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في معظم الحالات، نغطي وصفاتك الطبية فقط عند صرفها في أي من صيدليات شبكتنا.

مقدم خدمات الشبكة: "مقدم الخدمة" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والمرضات والأشخاص الآخرين الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. يشمل المصطلح أيضًا المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات والأماكن الأخرى التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية والمعدات الطبية والخدمات والدعم على المدى الطويل.

• وهم مرخصون أو معتمدون من قبل Medicare ومن قبل الدولة لتقديم خدمات الرعاية الصحية.

- نطلق عليهم "مقدمي خدمات الشبكة" عندما يوافقون على العمل مع خطتنا الصحية، ويقبلون الدفع لدينا، ولا يفرضون على الأعضاء مبلغًا إضافيًا.
- عندما تكون عضوًا في خطتنا، يجب عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات ضمن الشبكة للحصول على الخدمات المغطاة. يُطلق على مقدمي خدمات الشبكة أيضًا اسم "موفرو الخطط".

دار أو مرفق ترميز: مرفق يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل، ولكن ليس من الضروري أن يكونوا في المستشفى.

أمين المظالم: مكتب في ولايتك يعمل كمدافع نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى، ويمكنهم تقديم العون في فهم ما يجب القيام به. خدمات أمين المظالم مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و9** من كتيب الأعضاء.

تحديد المنظمة: تحدد خطتنا المنظمة عندما نتخذ نحن أو أحد مزودينا قرارًا بشأن ما إذا كانت الخدمات مغطاة أو المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات المغطاة. تسمى قرارات المنظمة "قرارات التغطية". **الفصل 9** من كتيب الأعضاء يشرح قرارات التغطية.

برنامج Medicare الأصلي (Medicare التقليدي أو Medicare بالرسوم مقابل الخدمة): تقدم الحكومة برنامج Medicare الأصلي. بموجب برنامج Medicare الأصلي، تتم تغطية الخدمات من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين التي يقرها الكونجرس.

- يمكنك الاستعانة بخدمات أي طبيب أو مستشفى أو أي مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. يتكون برنامج Medicare الأصلي من جزأين: الجزء A من برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والجزء B من برنامج Medicare (التأمين الطبي).

• يتوفر برنامج Medicare الأصلي في كل مكان في الولايات المتحدة.

• إذا كنت لا تريد أن تكون في خطتنا، يمكنك اختيار برنامج Medicare الأصلي.

صيدلية خارج الشبكة: صيدلية لم توافق على العمل مع خطتنا للتنسيق أو توفير الأدوية المغطاة لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات خارج الشبكة ما لم تطبق شروط معينة.

مقدم خدمة غير تابع للشبكة أو مرفق غير تابع للشبكة: مقدم خدمة أو مرفق لا يتم توظيفه أو امتلاكه أو تشغيله بواسطة خطتنا، وليس بموجب عقد لتقديم خدمات مغطاة لأعضاء خطتنا. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء يشرح موفري الخدمات والمرافق خارج الشبكة.

التكاليف خارج الجيب الخاصة بك: يُطلق أيضًا على متطلبات مشاركة التكلفة للأعضاء لدفع جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها اسم متطلبات التكلفة "من الجيب". الرجوع إلى تعريف "مشاركة التكلفة" أعلاه.

الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (OTC): الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية هي عقاقير أو أدوية يمكن لأي شخص شراؤها بدون وصفة طبية من أخصائي الرعاية الصحية. راجع **الفصل 4** لمعرفة معلومات حول عناصر الصحة والعافية المغطاة التي لا تستلزم وصفة طبية.

الجزء A: راجع "الجزء A من برنامج Medicare".

الجزء B: راجع "الجزء B من برنامج Medicare".

الجزء C: راجع "الجزء C من برنامج Medicare".

الجزء D: راجع "الجزء D من برنامج Medicare".

أدوية الجزء D: راجع "أدوية الجزء D من برنامج Medicare".

المعلومات الصحية الشخصية (تسمى أيضاً المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الطبيب والتاريخ الطبي. ارجع إلى إخطار ممارسات الخصوصية الخاص بنا للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية المحمية واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية.

موفر الرعاية الأساسية: الطبيب أو مقدم الخدمة الآخر الذي تستخدمه أولاً لمعظم المشكلات الصحية. يتأكدون من حصولك على الرعاية التي تحتاجها للبقاء بصحة جيدة.

- يمكنهم أيضاً التحدث مع الأطباء الآخرين ومقدمي الرعاية الصحية حول رعايتك وإحالتك إليهم.
- في العديد من خطط Medicare الصحية، يجب عليك استخدام مقدم الرعاية الأولية قبل استخدام أي مقدم رعاية صحية آخر.
- راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء لمعرفة المعلومات بشأن الحصول على رعاية من موفري الرعاية الأولية. **الإذن المسبق (PA):** يجب أن تحصل على موافقة منا قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو استخدام مزود من خارج الشبكة. قد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة أولاً.
- تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية ضمن الشبكة فقط إذا حصل طبيبك أو مزود الشبكة الآخر على PA منا.
- يتم تمييز الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى PA من خطتنا في الفصل 4 من كتيب الأعضاء. تغطي خطتنا بعض الأدوية فقط إذا حصلت على PA منا.
- يتم تمييز الأدوية المغطاة التي تحتاج إلى PA من خطتنا في قائمة الأدوية المشمولة ضمن التغطية.

برنامج (PACE) All-Inclusive Care for the Elderly: برنامج يغطي مزايا Medicare و Medicaid معاً للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عاماً أو أكبر والذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش في المنزل.

الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام: الأجهزة الطبية التي طلبها طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، دعائم الذراع والظهر والرقبة؛ أطراف صناعية؛ عيون اصطناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية من الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والحقن.

منظمة تحسين الجودة (QIO): عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المنضمين لبرنامج Medicare. تدفع الحكومة الفيدرالية لمنظمة QIO لفحص وتحسين الرعاية المقدمة للمرضى. راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول QIO.

حدود الكمية: حد لكمية الدواء التي يمكنك تناولها. قد نحد من كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية.

أداة Real Time Benefit: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن من خلاله للمسجلين البحث عن معلومات الأدوية المغطاة الخاصة بالمسجلين والمزايا كاملة ودقيقة وفي حينها ومناسبة من الناحية السريرية. وهذا يشمل مبالغ تقاسم التكلفة، والأدوية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية كدواء معين، وقيود التغطية (إذن مسبق أو حدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة: الإحالة هي موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على استخدام مقدم رعاية آخر بخلاف PCP الخاص بك. إذا لم تحصل على الموافقة أولاً، فقد لا نغطي الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة لاستخدام متخصصين معينين، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في الفصلين 3 و4 من كتيب الأعضاء.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه يساعدك في التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء لديك لمعرفة المزيد من المعلومات حول خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي (STI)، وHIV/AIDS، والاعتداء الجنسي والإجهاض، واضطراب تعاطي المخدرات، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، والعنف الزوجي.

منطقة الخدمة: منطقة جغرافية تقبل فيها الخطة الصحية الأعضاء إذا كانت تحدد العضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأشخاص. بالنسبة للخطة التي تحد من الأطباء والمستشفيات التي قد تستخدمها، فهي عمومًا المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على خدمات روتينية (غير طارئة). فقط الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا يمكنهم التسجيل في خطتنا.

تم وصف منطقة الخدمة في **الفصل 1** لأغراض تقاسم التكاليف والتسجيل وإلغاء التسجيل. لأغراض الحصول على الخدمات المغطاة، تحصل على الرعاية من مزودي الشبكة في أي مكان داخل منطقة خدمة منطقة جنوب كاليفورنيا (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات).

حصة التكلفة: جزء تكاليف الرعاية الصحية الذي قد يتعين عليك دفعه كل شهر قبل أن تصبح المزايا الخاصة بك فعالة. يختلف مقدار حصتك من التكلفة حسب دخلك ومواردك.

مرفق التمريض الماهر (SNF): مرفق تمريض به طاقم ومعدات لتقديم رعاية تمريضية ماهرة، وفي معظم الحالات، خدمات إعادة تأهيل ماهرة وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

رعاية مرفق التمريض الماهر (SNF): رعاية التمريض الماهرة وخدمات إعادة التأهيل المقدمة على أساس يومي مستمر في مرفق تمريض ماهر. تشمل الأمثلة على رعاية مرفق التمريض الماهر العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي (IV) التي يمكن أن تقدمها ممرضة أو طبيب مسجل.

الاختصاصي: الاختصاصي هو الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء من الجسم.

الصيدلية المتخصصة: راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات حول الصيدليات المتخصصة.

جلسة استماع رسمية: إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر خدمة Medi-Cal لن نوافق عليها، أو لن نستمر في الدفع مقابل خدمة Medi-Cal التي لديك بالفعل، فيمكنك طلب جلسة استماع رسمية. إذا تم اتخاذ قرار بشأن جلسة الاستماع لصالحك، يجب أن نقدم لك الخدمة التي طلبتها.

دخل الضمان التكميلي (SSI): إعانة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية اللازمة العاجلة: الرعاية التي تحصل عليها جراء مرض مفاجئ أو إصابة أو حالة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من مزودي الخدمة خارج الشبكة عندما لا يتوفر مزودو الشبكة أو لا يمكنك الوصول إليهم.

إشعار عدم التمييز

تمتثل Kaiser Permanente لقوانين الحقوق المدنية الفدرالية المطبقة، ولا تمارس التمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. لا تستثني Kaiser Permanente الأشخاص ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو العمر أو الإعاقة أو الجنس. كما أننا أيضاً:

- نوفر مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
 - مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات مختلفة، مثل الطباعة بخط كبير والملفات الصوتية والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها.
- نوفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص المتحدثين غير الإنجليزية، مثل:
 - مترجمين فوريين مؤهلين.
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)**، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع.

إذا كنت تعتقد أن Kaiser Permanente قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو ميزت بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس فيمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية لدينا عن طريق الكتابة إلى **One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612** أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المذكور أعلاه. يمكنك تقديم شكوى عن طريق البريد أو الهاتف. إذا كنت بحاجة للمساعدة في التقدم بشكوى، فإن منسق الحقوق المدنية لدينا متاح لمساعدتك. يمكنك أيضاً تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية إلكترونياً من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة على <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> ، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,
HHH Building, Washington, DC 20201 ، **1-800-368-1019** ، **1-800-537-7697 (TDD)**. نماذج الشكاوى متوفرة على <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

إشعار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع Kaiser Permanente قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولاية والولاية.

لا تميز Kaiser Permanente 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:

- 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 بمركز اتصال خدمة الأعضاء لدينا على الرقم **1-800-464-4000 (TTY 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة). إذا لا يمكنك التحدث أو السماع بشكل جيد، يُرجى الاتصال على الرقم **711**.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، كاسيت صوتي، أو إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل بمركز اتصال خدمة الأعضاء واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلى Kaiser Permanente إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يرجى الرجوع إلى إثبات التغطية (*Evidence of Coverage*) أو شهادة التأمين (*Certificate of Insurance*) للتفاصيل. يمكنك أيضاً التحدث مع أحد ممثلي خدمات الأعضاء حول الخيارات التي تنطبق عليك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم تظلم.

يمكنك التقدم بتظلم من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات مغلقة).
- **بالبريد:** اتصل بنا على الرقم **1 800-464-4000 (TTY 711)** واطلب إرسال نموذج إليك
- **شخصياً:** املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا (*Complaint or Benefit Claim/Request*) لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين (*Provider Directory*) الخاص بك على الموقع kp.org/facilities للاطلاع على العناوين)
- **عبر الإنترنت:** استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني kp.org

ويمكنك أيضا 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 DHCS للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

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

نماذج الشكوى متاحة 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

توجد نماذج الشكاوى على:

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-443-0815** (TTY **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-443-0815** (TTY **711**). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-443-0815** (TTY **711**)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-443-0815** (TTY **711**). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-443-0815** (TTY **711**). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-443-0815** (TTY **711**) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-443-0815** (TTY **711**). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-443-0815 (TTY 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-443-0815 (TTY 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परश्च के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया पराप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-443-0815 (TTY 711)** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-443-0815 (TTY 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-443-0815 (TTY 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Language Assistance Services

English: Language assistance is available at no cost to you, 24 hours a day, 7 days a week. You can request interpreter services, materials translated into your language, or in alternative formats. You can also request auxiliary aids and devices at our facilities. Just call us at **1-800-464-4000**, 24 hours a day, 7 days a week (closed holidays). TTY users call **711**.

Arabic: خدمات الترجمة الفورية متوفرة لك مجاناً على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع. بإمكانك طلب خدمة الترجمة الفورية أو ترجمة وثائق للغتك أو لصيغ أخرى. يمكنك أيضاً طلب مساعدات إضافية وأجهزة في مرافقنا. ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** على مدار الساعة كافة أيام الأسبوع (مغلق أيام العطلات). لمستخدمي خدمة الهاتف النصي يرجى الاتصال على الرقم (711).

Armenian: Ձեզ կարող է անվճար օգնություն տրամադրվել լեզվի հարցում՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: Դուք կարող եք պահանջել բանավոր թարգմանչի ծառայություններ, Ձեր լեզվով թարգմանված կամ այլընտրանքային ձևաչափով պատրաստված նյութեր: Դուք նաև կարող եք խնդրել օժանդակ օգնություններ և սարքեր մեր հաստատություններում: Պարզապես զանգահարեք մեզ **1-800-464-4000** հեռախոսահամարով՝ օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր (տոն օրերին փակ է): TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն **711**:

Chinese: 您每週 7 天，每天 24 小時均可獲得免費語言協助。您可以申請口譯服務、要求將資料翻譯成您所用語言或轉換為其他格式。您還可以在我們的場所內申請使用輔助工具和設備。我們每週 7 天，每天 24 小時均歡迎您打電話 **1-800-757-7585** 前來聯絡（節假日休息）。聽障及語障專線 (TTY) 使用者請撥 **711**。

Farsi: خدمات زبانی در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته بدون اخذ هزینه در اختیار شما است. شما می توانید برای خدمات مترجم شفاهی، ترجمه مدارک به زبان شما و یا به صورت های دیگر درخواست کنید. شما همچنین می توانید کمک های جانبی و وسایل . کمکی برای محل اقامت خود درخواست کنید کفایت در 24 ساعت شبانهروز و 7 روز هفته (به استثنای روز های تعطیل) با ما به شماره **1-800-464-4000** تماس بگیرید. کاربران ناشنوا (TTY) با شماره **711** تماس بگیرند.

Hindi: बिना किसी लागत के दुभाषिया सेवाएँ, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन उपलब्ध हैं। आप एक दुभाषिये की सेवाओं के लिए, बिना किसी लागत के सामग्रियों को अपनी भाषा में अनुवाद करवाने के लिए, या वैकल्पिक प्रारूपों के लिए अनुरोध कर सकते हैं। आप हमारे सुविधा-स्थलों में सहायक साधनों और उपकरणों के लिए भी अनुरोध कर सकते हैं। बस केवल हमें **1-800-464-4000** पर, दिन के 24 घंटे, सप्ताह के सातों दिन (छुट्टियों वाले दिन बंद रहता है) कॉल करें। TTY उपयोगकर्ता **711** पर कॉल करें।

Hmong: Muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg. Koj thov tau cov kev pab txhais lus, muab cov ntaub ntauv txhais ua koj hom lus, los yog ua lwm hom. Koj kuj thov tau lwm yam kev pab thiab khoom siv hauv peb tej tsev hauj lwm. Tsuas hu rau **1-800-464-4000**, 24 teev ib hnuv twg, 7 hnuv ib lim tiam twg (cov hnuv caiv kaw). Cov neeg siv TTY hu **711**.

Japanese: 当院では、言語支援を無料で、年中無休、終日ご利用いただけます。通訳サービス、日本語に翻訳された資料、あるいは資料を別の書式でも依頼できます。補助サービスや当施設の機器についてもご相談いただけます。お気軽に **1-800-464-4000** までお電話ください（祭日を除き年中無休）。TTY ユーザーは **711** にお電話ください。

Khmer: ជំនួយភាសា គឺឥតគិតថ្លៃថ្លៃដល់អ្នកឡើយ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកអាចស្នើសុំសេវាអ្នកបកប្រែឯកសារដែលបានបកប្រែទៅជាភាសាខ្មែរ ឬជាទំរង់ជំនួសផ្សេងៗទៀត។ អ្នកក៏អាចស្នើសុំឧបករណ៍និងបរិក្ខារជំនួយទំនាក់ទំនងសម្រាប់អ្នកពិការនៅទីតាំងរបស់យើងផងដែរ។ គ្រាន់តែទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខ **1-800-464-4000** បាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ (បិទថ្ងៃបុណ្យ)។ អ្នកប្រើ TTY ស្រាវលេខ 711។

Korean: 요일 및 시간에 관계없이 언어지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 귀하는 통역 서비스, 귀하의 언어로 번역된 자료 또는 대체 형식의 자료를 요청할 수 있습니다. 또한 저희 시설에서 보조기구 및 기기를 요청하실 수 있습니다. 요일 및 시간에 관계없이 **1-800-464-4000** 번으로 전화하십시오 (공휴일 휴무). TTY 사용자번호 **711**.

Laotian: ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາມີໃຫ້ໄດ້ຍ່ອຍບໍ່ເສັຍຄ່າແກ່ທ່ານ, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ທ່ານສາມາດຮ້ອງຂໍຮັບບໍລິການນາຍພາສາ, ໃຫ້ແປເອກະສານເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ຫຼື ໃນຮູບແບບອື່ນ. ທ່ານສາມາດຂໍອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ອຸປະກອນຕ່າງໆໃນສະຖານບໍລິການຂອງພວກເຮົາໄດ້. ພາຍໃຈແກ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ **1-800-464-4000**, ຕະຫຼອດ 24 ຊົ່ວໂມງ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ (ປິດວັນພັກຕ່າງໆ). ຜູ້ໃຊ້ສາຍ TTY ໂທ **711**.

Mien: Mbenc nzoih liouh wang-henh tengx nzie faan waac bun muangx maiv zuqc cuotv zinh nyaanh meih, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. Meih se haih tov heuc tengx lorx faan waac mienh tengx faan waac bun muangx, dorh nyungc horng haa-sic mingh faan benx meih nyei waac, a'fai liouh ginv longc benx haaix hoc sou-guv daan yaac duqv. Meih corc haih tov longc benx wuotc ginc jaa-dorngx tengx aengx caux jaa-sic nzie bun yiem njiec zorc goux baengc zingh gorn zangc. Kungx douc waac mingh lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv **1-800-464-4000**, yietc hnoi mbenc maaih 24 norm ziangh hoc, yietc norm liv baaiz mbenc maaih 7 hnoi. (hnoi-gec se guon gorn zangc oc). TTY nyei mienh nor douc waac lorx **711**.

Navajo: Doo bik'é asinílaágóó saad bee ata' hane' bee áká e'elyeed nich'í' áą'át'é, t'áá álahjí' jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. Ata' hane' yídííkił, naaltsoos t'áá Diné bizaad bee bik'í' ashchíigo, éi doodago hane' bee didíits'ííligíí yídííkił. Hane' bee bik'í' di'dííííligíí dóó bee hane' didíits'ííligíí bína'idíłkidgo yídííkił. Kojí hodiilnih **1-800-464-4000**, t'áá álahjí', jíigo dóó t'ée'go áádóó tsosts'íjí áą'át'é. (Dahodíłzingóne' doo nida'anish dago éi da'deelkaal). TTY chodayoof'ínígíí kojí dahalne' **711**.

Punjabi: ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੀ ਲਾਗਤ ਦੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ, ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਦੀ ਮਦਦ ਲਈ, ਸਮੱਗਰੀਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ, ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਵੱਖ ਫਾਰਮੈਟ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੀਆਂ ਸੁਵਿਧਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਸਹਾਇਕ ਸਾਧਨਾਂ ਅਤੇ ਉਪਕਰਣਾਂ ਲਈ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਬਸ ਸਿਰਫ਼ ਸਾਨੂੰ **1-800-464-4000** ਤੇ, ਦਿਨ ਦੇ 24 ਘੰਟੇ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ 7 ਦਿਨ (ਛੁੱਟੀਆਂ ਵਾਲੇ ਦਿਨ ਬੰਦ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ) ਫ਼ੋਨ ਕਰੋ। TTY ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰਨ ਵਾਲੇ **711** 'ਤੇ ਫ਼ੋਨ ਕਰਨ।

Russian: Мы бесплатно обеспечиваем Вас услугами перевода 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Вы можете воспользоваться помощью устного переводчика, запросить перевод материалов на свой язык или запросить их в одном из альтернативных форматов. Мы также можем помочь вам с вспомогательными средствами и альтернативными форматами. Просто позвоните нам по телефону **1-800-464-4000**, который доступен 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (кроме праздничных дней). Пользователи линии TTY могут звонить по номеру **711**.

Spanish: Tenemos disponible asistencia en su idioma sin ningún costo para usted 24 horas al día, 7 días a la semana. Puede solicitar los servicios de un intérprete, que los materiales se traduzcan a su idioma o en formatos alternativos. También puede solicitar recursos para discapacidades en nuestros centros de atención. Solo llame al **1-800-788-0616**, 24 horas al día, 7 días a la semana (excepto los días festivos). Los usuarios de TTY, deben llamar al **711**.

Tagalog: May magagamit na tulong sa wika nang wala kang babayaran, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo. Maaari kang humingi ng mga serbisyo ng tagasalin sa wika, mga babasahin na isinalin sa iyong wika o sa mga alternatibong format. Maaari ka ring humiling ng mga karagdagang tulong at device sa aming mga pasilidad. Tawagan lamang kami sa **1-800-464-4000**, 24 na oras bawat araw, 7 araw bawat linggo (sarado sa mga pista opisyal). Ang mga gumagamit ng TTY ay maaaring tumawag sa **711**.

Thai: มีบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรีตลอด 24 ชั่วโมง
7 วันต่อสัปดาห์ คุณสามารถขอใช้บริการสาม
แปลเอกสารเป็นภาษาของคุณ หรือในรูปแบบอื่นได้
คุณสามารถขออุปกรณ์และเครื่องมือช่วยเหลือได้ที่ศูนย์บริการ
ให้ความช่วยเหลือของเรา โดยโทรหาเราที่ **1-800-464-4000**
ตลอด 24 ชั่วโมง 7 วันต่อสัปดาห์ (ยกเว้นวันหยุดราชการ)
ผู้ใช้ TTY ให้โทร **711**

Ukrainian: Послуги перекладача надаються
безкоштовно, цілодобово, 7 днів на тиждень. Ви
можете зробити запит на послуги усного
перекладача, отримання матеріалів у перекладі
мовою, якою володієте, або в альтернативних
форматах. Також ви можете зробити запит на
отримання допоміжних засобів і пристроїв у
закладах нашої мережі компаній. Просто
зателефонуйте нам за номером **1-800-464-4000**.
Ми працюємо цілодобово, 7 днів на тиждень
(крім святкових днів). Номер для користувачів
телетайпа: **711**.

Vietnamese: Dịch vụ thông dịch được cung cấp miễn
phí cho quý vị 24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần. Quý
vị có thể yêu cầu dịch vụ thông dịch, tài liệu phiên dịch
ra ngôn ngữ của quý vị hoặc tài liệu bằng nhiều hình
thức khác. Quý vị cũng có thể yêu cầu các phương tiện
trợ giúp và thiết bị hỗ trợ tại các cơ sở của chúng tôi.
Quý vị chỉ cần gọi cho chúng tôi tại số **1-800-464-4000**,
24 giờ mỗi ngày, 7 ngày trong tuần (trừ các ngày lễ).
Người dùng TTY xin gọi **711**.

خدمات الأعضاء في برنامج Senior Advantage Medicare Medi-Cal

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815
إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. تقدم خدمات الأعضاء أيضًا خدمات الترجمة الشفوية المجانية المتاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	
الهاتف النصي (TTY)	711
إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. 7 أيام أسبوعيًا، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.	
المراسلة	مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات للمواقع).
موقع الويب	kp.org