خطة Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)، المقدمة من Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

دليل الأعضاء

1 يناير 2027 –31 ديسمبر 2027

تغطيتك الصحية وتغطية الأدوية ضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete (HMO D-SNP)

مقدمة دليل الأعضاء

يوضح لك دليل الأعضاء هذا، والمعروف أيضًا باسم إثبات التغطية، تفاصيل تغطيتك ضمن خطتنا حتى 31 ديسمبر 2027. ويشرح خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة) وتغطية الأدوية وأشكال الدعم والخدمات طويلة الأجل. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في **الفصل 12** من دليل الأعضاء.

هذه وثيقة قانونية مهمة. احتفظ بها في مكان آمن.

عندما يذكر دليل الأعضاء "نحن" أو "إيانا" أو "خاصتنا" أو "خطتنا"، فهذا يعني Kaiser Permanente Dual Complete.

تتوفر هذه الوثيقة مجانًا باللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الهمونغ أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو بتنسيق صوتي عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. والمكالمة مجانية.

اتصل بخدمات الأعضاء لطلب ما يلي:

- اللغة المفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو التنسيق البديل،
- وتقديم طلب دائم بخصوص المراسلات البريدية والاتصالات في **المستقبل**،
- وتغيير طلب قائم للغة المفضلة و/أو التنسيق.

إشعار بتوفر خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات الإضافية

ENGLISH

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-443-0815 (TTY 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-443-0815 (TTY 711). These services are free of charge.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص الذين يعانون إعاقات، مثل مستندات بلغة برايل والطباعة بخط كبير. اتصل بالرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). هذه الخدمات مجانية بدون تكلفة.

ARMENIAN

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Հասանելի են նաև աջակցություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպես օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլով կամ մեծ տառատեսակով: Զանգահարեք 1-800-443-0815 (TTY 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

CHINESE

請注意：如果您需要語言協助，請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。殘障人士亦有提供協助和服務，例如點字和大字體的文件。請致電 1-800-443-0815 (TTY 711)。以上服務為免費提供。

PUNJABI

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਵਿਕਲਾਂਗ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-443-0815 (TTY 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

HINDI

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा संबंधी कोई सहायता चाहिए, तो 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांग व्यक्तियों के लिए सहायताएँ और सेवाएँ, जैसे कि ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़, भी उपलब्ध हैं। 1-800-443-0815 (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएँ मुफ़्त दी जाती हैं।

HMONG

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab ua koj yam lus, hu rau 1-800-443-0815 (TTY 711). Kuj muaj cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntawv xuas rau cov dig muag thiab cov ntawv luam loj. Hu 1-800-443-0815 (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog muab pab dawb.

JAPANESE

注意：言語でのサポートをご希望の場合は、1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。点字を用いた資料や大きな文字で書かれた資料など、障害を持つお客様向けの支援とサービスをご利用いただけます。1-800-443-0815 (TTY 711) までご連絡ください。これらのサービスは、無料でご利用いただけます。

KOREAN
주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 활자로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN
ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທ ຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນ ມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວໜັງສືນູນ ແລະ ຕົວໜັງສືໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ໄດ້ເສຍຄ່າ.

MIEN
CAU FIM JANGX OC: Beiv hnangv meih qiemx zuqc longc mienh faan benx meih nyei waac bun muangx, mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Maaih jaa-sic tengx aengx caux tengx nzie weih bun wuaaic fangx mienh, liepc duqv maaih nzangc-pokc bun hluo aengx caux aamx cuotv domh zeiv daan bun longc. mborqv finx lorz 1-800-443-0815 (TTY 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

CAMBODIAN
យកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាប និងអក្សរធំៗក៏មានផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-443-0815 (TTY 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شمارهٔ 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دچار معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. با شماره 1-800-443-0815 (TTY 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

RUSSIAN

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем языке, позвоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Также доступны вспомогательные средства и услуги для лиц с инвалидностью, такие как документы, напечатанные шрифтом Брайля и крупным шрифтом. Звоните на номер 1-800-443-0815 (TTY 711). Эти услуги бесплатны.

SPANISH

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-443-0815 (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

TAGALOG

PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong na nasa inyong wika, tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento na nasa braille at malalaking letra, ay available rin. Tumawag sa 1-800-443-0815 (TTY 711). Ang mga serbisyong ito ay walang bayad.

THAI

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังมีการให้ความช่วยเหลือและบริการแก่คนพิการ เช่น เอกสารอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย ติดต่อที่หมายเลข 1-800-443-0815 (TTY 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

UKRAINIAN

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Також доступні допоміжні засоби й послуги для людей з інвалідністю, наприклад документи, надруковані шрифтом Брайля чи великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-800-443-0815 (TTY 711). Ці послуги є безкоштовними.

VIETNAMESE

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, hãy gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật như bản in chữ nổi Braille và chữ cỡ lớn cũng được cung cấp. Xin gọi 1-800-443-0815 (TTY 711). Những dịch vụ này được cung cấp miễn phí.

Other languages

You can get this *Member Handbook* and other plan materials in other languages for free. Kaiser Permanente Dual Complete provides written translations from qualified translators. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free. Read this *Member Handbook* to learn more about health care language assistance services such as interpreter and translation services.

Other formats

You can get this information, in a timely manner, in other formats such as braille, 20-point font large print, audio format, and accessible electronic formats (data CD) at no cost to you. Call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

Language Access Services

Kaiser Permanente Dual Complete provides oral interpretation services, as well as sign language, from a qualified interpreter, on a 24-hour basis, at no cost to you. You don't have to use a family member or friend as an interpreter. We discourage the use of family or friends, especially minors, as interpreters unless it’s an emergency. Language access services, including interpreter services, are available for free. Interpreter services are available 24 hours a day, 7 days a week. For help in your language, or to get this handbook in a different language, call Member Services at 1-800-443-0815 (TTY 711). The call is free.

جدول المحتويات

الفصل 1: البدء كعضو **10**
الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة **22**
الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية **59**
الفصل 4: مخطط المزايا **79**
الفصل 5: الحصول على الأدوية للمرضى الخارجيين **153**
الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدويتك بموجب برنامجي Medicare وMedi-Cal **169**
الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية **178**
الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك **184**
الفصل 9. ما يمكنك فعله إذا واجهتك مشكلة أو لديك شكوى (قرارات التغطية، والاستئنافات، والشكاوى) **203**
الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا **240**
الفصل 11: الإشعارات القانونية **249**
الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة **258**

إخلاء مسؤولية

- تُمثِّل Kaiser Permanente خطة HMO D-SNP إلى جانب عقد Medicare، وعقد مع برنامج Medi-Cal. يعتمد التسجيل في خطة Kaiser Permanente على تجديد العقد.
- تخضع خدمات الرعاية الصحية المقدمة لأعضاء Kaiser Permanente بموجب Medi-Cal لشروط وأحكام وقيود واستثناءات العقد المبرم بين Kaiser Foundation Health Plan, Inc. وإدارة California لخدمات الرعاية الصحية (DHCS)، وكذلك المدرجة في دليل الأعضاء بالإضافة إلى أي تعديلات.
- **أعضاء Southern California فقط:** تُعد ميزة الطعام الصحي جزءًا من البرنامج التكميلي الخاص للأعضاء المصابين بأمراض مزمنة. ولا يستوفي جميع الأعضاء شروط الأهلية للحصول عليها. يجب أن يكون الأعضاء مصابين بحالات مزمنة محددة، مثل السكري أو السمنة أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية أو الفُصال العظمي أو مرض الكلى المزمن، حتى يكونوا مؤهلين للحصول على هذه الميزة. قد تكون هناك حالات صحية أخرى تؤهلك للحصول على هذه الميزة. لا يمكن ضمان أهليتك للحصول على هذه الميزة استنادًا إلى حالتك الصحية وحدها. يجب استيفاء جميع متطلبات الأهلية المنطبقة قبل تقديم هذه الميزة. لمزيد من التفاصيل، يُرجى التواصل معنا.
- لا يلتزم مقدمو الخدمات من خارج الشبكة/غير المتعاقدين بتقديم العلاج لأعضاء الخطة، باستثناء حالات الطوارئ. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لدينا أو الرجوع إلى *دليل الأعضاء* هذا لمزيد من المعلومات، بما في ذلك مشاركة التكلفة المطبقة على الخدمات المقدمة من خارج الشبكة.
- قد تتغير المزايا و/أو مبالغ المشاركة في الدفع في 1 يناير 2028.
- قد تتغير الأدوية المشمولة بالتغطية، وشبكة الصيدليات، وشبكة مقدمي الخدمات لدينا أو أي من ذلك في أي وقت. ستتلقى إشعارًا بأي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يومًا على الأقل.

الفصل 1: البدء كعضو

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول **Kaiser Permanente Dual Complete**، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات برنامج Medicare وتنسِّق جميع خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal المتعلقة بك وبعضويتك فيها. يخبرك أيضًا بما يمكن توقعه، وبالمعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

الفصل 1 جدول المحتويات

أ. أهلاً بك في خطتنا 11
ب. معلومات عن برنامجي Medicare وMedi-Cal 12
ب1. Medicare 12
ب2. Medi-Cal 12
ج. مزايا خطتنا 13
د. منطقة خدمات خطتنا 14
هـ. ما يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة 16
و. ما يمكن توقعه عند انضمامك لأول مرة في خطتنا الصحية 16
ز. فريق رعايتك وخطة رعايتك 17
ز1. فريق الرعاية 17
ز2. خطة الرعاية 17
ح. ملخص التكاليف المهمة 18
ح1. مبلغ الدفع للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare 18
ط. دليل الأعضاء 18
ي. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منا 18
ي1. بطاقة تعريف عضويتك 18
ي2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات 19
ي3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية 20
ي4. شرح المزايا 20
ك. الحفاظ على تحديث سجل عضويتك باستمرار 21
ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) 21

أ. أهلاً بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تتضمن خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيدليات، ومقدمي الخدمات وأشكال الدعم والخدمات طويلة الأجل، ومقدمي خدمات الصحة السلوكية، ومقدمي الخدمات الآخرين. لدينا أيضًا منسقو الرعاية وفرق الرعاية لمساعدتك في إدارة مقدمي الخدمات والخدمات الخاصة بك. ويعمل الجميع معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

Kaiser Permanente Dual Complete هي خطة برنامج Medicare Advantage متخصصة (خطة ذوي الاحتياجات الخاصة من بَرنامج Medicare)، ما يعني أن مزاياها مصممة للأشخاص ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. Kaiser Permanente Dual Complete مصممة للأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare والمستحقين للمساعدة من برنامج Medi-Cal.

تقدم Kaiser Permanente خدمات الرعاية الصحية مباشرةً إلى الأعضاء من خلال برنامج رعاية طبية متكامل. تعمل كل من Health Plan وPlan Hospitals وThe Permanente Medical Group وSouthern California Permanente Medical Group (المعروفة باسم "المجموعة الطبية") معًا لتزويد أعضائنا برعاية عالية الجودة. يتيح برنامج الرعاية الطبية الخاص بنا الوصول إلى الخدمات المشمولة بالتغطية التي قد تحتاج إليها مثل الرعاية الروتينية والرعاية في المستشفى وخدمات المختبر ورعاية الطوارئ والرعاية العاجلة والمزايا الأخرى الموصوفة في دليل الأعضاء هذا. إضافةً لذلك، تقدم لك برامجنا للتوعية الصحية طرقًا رائعة لحماية صحتك وتعزيزها.

يوصف دليل الأعضاء الخطط التالية:

- Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P1".
- Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P6".
- Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P7".
- Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P9".
- Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P10".
- Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة South P11".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P2".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P16".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P17".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P18".

- Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P19".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P20".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P21".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P22".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P23".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P24".
- Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)، المشار إليها في هذه الوثيقة باسم "خطة North P25".

إذا لم تكن متأكدًا من الخطة التي سجلت فيها، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة بأسفل هذه الصفحة أو الرجوع إلى غلاف الإشعار السنوي بالتغيير (أو بالنسبة إلى الأعضاء الجدد، نموذج التسجيل أو خطاب تأكيد التسجيل).

ملاحظة: يرجى الرجوع إلى **القسم د** من هذا الفصل لمعرفة منطقة الخدمة الجغرافية لكل خطة مشمولة في دليل الأعضاء. لأغراض مشاركة التكلفة والتسجيل وإلغاء التسجيل، هناك خطط متعددة من Dual Complete في مناطق الخدمة بمنطقتنا، وهي موضحة في دليل الأعضاء. ولكن، لأغراض الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمة التابعين إلى الشبكة في أي مكان داخل منطقة الخدمة في منطقتك.

ب. معلومات عن برنامجي Medicare وMedi-Cal

ب1. Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لكل مما يلي:

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

ب2. Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في ولاية California. تتم إدارة برنامج Medi-Cal من قِبل الولاية، ويتم دفع تكاليفه من قِبل الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص ذوا الدخل والموارد المحدودة في دفع تكاليف الخدمات والدعم طويلة الأجل (Long-Term Services and Supports, LTSS) والتكاليف الطبية. يغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية جميع ما يلي:

- ما يُعتبر دخلاً وموارد

- والأشخاص المؤهلون
- والخدمات المشمولة بالتغطية
- وتكلفة الخدمات.

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

وافق برنامج Medicare وولاية California على خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- نختار من نوفر له الخطة
- ويسمح لنا برنامج Medicare وولاية California بمتابعة توفير هذه الخطة.

حتى إذا توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فلن تتأثر أهليتك للحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal.

ج. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على جميع خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal المشمولة بالتغطية من خطتنا، بما في ذلك الأدوية. **لا تدفع مبلغًا إضافيًا للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.**

نحن نساعد في جعل مزايا Medicare وMedi-Cal الخاصة بك تعمل بشكل أفضل معًا لصالحك. تشمل بعض المزايا ما يلي:

- يمكنك العمل معنا لتلبية **معظم** احتياجاتك للرعاية الصحية.
- يتوفر لديك فريق رعاية تساعد في تشكيله. 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 معك فريق رعايتك ومنسق رعايتك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية **احتياجاتك** الصحية. يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. 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.
  - ستُشارك نتائجك في الاختبار مع جميع أطبائك ومقدمي الخدمات الآخرين، على نحو ملائم.

الأعضاء الجدد في Kaiser Permanente Dual Complete: في معظم الحالات، ستُسجل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد أن طلبت التسجيل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات برنامج Medi-Cal من خلال Kaiser Permanente Dual Complete. 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 أسئلة.

د. منطقة خدمات خطتنا

تتضمن منطقتنا في Southern California خطط South التالية:

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P1** أجزاء من **مقاطعة San Diego**، في هذه الرموز البريدية فقط:
  - 91901–03, 91908–17, 91921, 91931–33, 91935, 91941–46, 91950–51, 91962–63, 91976–80, 91987, 92003, 92007–11, 92013–14, 92018–30, 92033, 92037–40, 92046, 92049, 92051–52, 92054–61, 92064–65, 92067–69, 92071–72, 92074–75, 92078–79, 92081–86, 92088, 92091–93, 92096, 92101–24, 92126–32, 92134–40, 92142–43, 92145, 92147, 92149–50, 92152–55, 92158–61, 92163, 92165–79, 92182, 92186–87, 92191–93, و 92195–99
- **وتتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P6** هذه المقاطعات:
  - أجزاء من **مقاطعة Riverside**، في هذه الرموز البريدية فقط: 91752, 92028, 92201–03, 92210–11, 92220, 92223, 92230, 92234–36, 92240–41, 92247–48, 92253–55, 92258, 92260–64, 92270, 92274, 92276, 92282, 92320, 92324, 92373, 92399, 92501–09, 92513–14, 92516–19, 92521–22, 92530–32, 92543–46, 92548, 92551–57, 92562–64, 92567, 92570–72, 92581–87, 92589–93, 92595–96, 92599, 92860, 92877–83
  - أجزاء من **مقاطعة San Bernardino**، في هذه الرموز البريدية فقط: 91701, 91708–10, 91729–30, 91737, 91739, 91743, 91758–59, 91761–64, 91766, 91784–86, 92305, 92307–08, 92313–18, 92321–22, 92324–25, 92329, 92331, 92333–37, 92339–41, 92344–46, 92350, 92352, 92354, 92357–59, 92369, 92371–78, 92382, 92385–86, 92391–95, 92397, 92399, 92401–08, 92410–11, 92413, 92415, 92418, 92423, 92427, 92880.
- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P7** أجزاء من **مقاطعة Kern**، في هذه الرموز البريدية فقط:
  - 93203, 93205–06, 93215–16, 93220, 93222, 93224–26, 93238, 93240–41, 93243, 93249–52, 93263, 93268, 93276, 93280, 93285, 93287, 93301–09, 93311–14, 93380, 93383–90, 93501–02, 93504–05, 93518–19, 93531, 93536, 93560–61, و 93581.
- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P9 مقاطعة Los Angeles** بأكملها باستثناء Catalina Island.
- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P10 مقاطعة Orange** بأكملها.
- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P11** أجزاء من **مقاطعة Ventura**، في هذه الرموز البريدية فقط:
  - 90265, 91304, 91307, 91311, 91319–20, 91358–62, 91377, 93001–07, 93009–12, 93015–16, 93020–22, 93030–36, 93040–44, 93060–66, 93094, 93099, و 93252.

تتضمن منطقتنا في Northern California خطط North التالية:

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P2** هذه المقاطعات:
  - مقاطعة **Sacramento بأكملها**.
  - **مقاطعة Amador**، في هذه الرموز البريدية فقط: 95640 و95669.

- **مقاطعة El Dorado**، في هذه الرموز البريدية فقط: 95613–14, 95619, 95623, 95633–35, 95651, 95664, 95667, 95672, 95682, و95762.

- **وتتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P16 مقاطعة Alameda بأكملها**.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P17 مقاطعة Contra Costa** بأكملها.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P18** هذه المقاطعات:

  - **مقاطعة Fresno**، في هذه الرموز البريدية فقط: 93242, 93602, 93606–07, 93609, 93611–13, 93616, 93618–19, 93624–27, 93630–31, 93646, 93648–52, 93654, 93656–57, 93660, 93662, 93667–68, 93675, 93701–12, 93714–18, 93720–30, 93737, 93740–41, 93744–45, 93747, 93750, 93755, 93760–61, 93764–65, 93771–79, 93786, 93790–94, 93844, 93888.

  - **مقاطعة Kings**، في هذه الرموز البريدية فقط: 93230, 93232, 93242, 93631, 93656.

  - **مقاطعة Madera**، في هذه الرموز البريدية فقط: 93601–02, 93604, 93614, 93623, 93626, 93636–39, 93643–45, 93653, 93669, 93720.

  - **مقاطعة Mariposa**، في هذه الرموز البريدية فقط: 93601, 93623, و93653.

  - **مقاطعة Tulare**، في هذه الرموز البريدية فقط: 93238, 93261, 93618, 93631, 93646, 93654, 93666, 93673.

- **وتتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P19 مقاطعة San Francisco** بأكملها.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P20 مقاطعتي San Joaquin وStanislaus** بأكملهما.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P21 مقاطعة Santa Cruz** بأكملها.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P22 مقاطعة San Mateo** بأكملها.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P23** أجزاء من **مقاطعة Santa Clara**، في هذه الرموز البريدية فقط:

  - 94022–24, 94035, 94039–43, 94085–89, 94301–06, 94309, 94550, 95002, 95008–09, 95011, 95013–15, 95020–21, 95026, 95030–33, 95035–38, 95042, 95044, 95046, 95050–56, 95070–71, 95076, 95101, 95103, 95106, 95108–13, 95115–36, 95138–41, 95148, 95150–61, 95164, 95170, 95172–73, 95190–94, و95196.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P24** هذه المقاطعات:

  - **مقاطعة Placer**، في هذه الرموز البريدية فقط: 95602–04, 95610, 95626, 95648, 95650, 95658, 95661, 95663, 95668, 95677–78, 95681, 95703, 95722, 95736, 95746–47, و95765.

  - **مقاطعة Yolo**، في هذه الرموز البريدية فقط: 95605, 95607, 95612, 95615–18, 95620, 95645, 95691, 95694–95, 95697–98, 95776, و95798–99.

  - **مقاطعة Yuba**، في هذه الرموز البريدية فقط: 95692, 95903, و95961.

- **تتضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P25** هذه المقاطعات:
  - جميع مقاطعات **Marin** و**Napa** و**Solano**.
  - **مقاطعة Sonoma**، في هذه الرموز البريدية فقط: 94515, 94922–23, 94926–28, 94931, 94951–55, 94972, 94975, 94999, 95401–07, 95409, 95416, 95419, 95421, 95425, 95430–31, 95433, 95436, 95439, 95441–42, 95444, 95446, 95448, 95450, 95452, 95462, 95465, 95471–73, 95476, 95486–87, و95492.

يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا الانضمام إلى خطتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا. راجع **الفصل 8** من دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول تأثيرات انتقالك خارج منطقة الخدمات.

هـ. ما يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة

أنت مؤهل للحصول على خطتنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)،
- وبعمر 21 وأكبر في وقت التسجيل،
- ولديك الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare
- ومواطن أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين المؤهلين
- ومؤهل حاليًا للحصول على Medi-Cal.
- إذا فقدت أهليتك للحصول على تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة ، ولكن يُتوقع استعادة أهليتك خلال أربعة أشهر، فسنواصل تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete. عند انتهاء تغطيتك في برنامج Medi-Cal ، لن نتحمل تكاليف مزايا Medi-Cal لديك. ستتغير مشاركتك في التكلفة مقابل المزايا التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete، على النحو الموضح في مخطط المزايا الوارد في دليل الأعضاء هذا. قد تفقد أيضًا المساعدة الإضافية من بَرنامج Medicare لمساعدتك في دفع ثمن الأدوية بموجب الجزء D من بَرنامج Medicare.

  إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal الشاملة أثناء استمرار تسجيلك لدينا للحصول على تغطية Medicare، فسنستأنف تغطية تكاليف مزايا Medi-Cal، وستستمر عضويتك لدينا. إذا لم تتمكن من استعادة أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal خلال أربعة أشهر، فسننهي تسجيلك في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal الشاملة بعد إنهاء تسجيلك، فسيتعين عليك الاتصال بنا لإعادة التسجيل في الخطة.

إذا فقدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal الشاملة، ولكن يُتوقع استعادة أهليتك خلال 4 أشهر، فستظل مؤهلًا للانضمام إلى خطتنا.

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

و. ما يمكن توقعه عند انضمامك لأول مرة في خطتنا الصحية

عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، تخضع لتقييم المخاطر الصحية (health risk assessment, HRA) خلال فترة 90 يومًا قبل أو بعد تاريخ سريان تسجيلك.

يتعين علينا استكمال HRA الخاص بك. HRA هذا يعد الأساس لتطوير خطة الرعاية الخاصة بك. يتضمن HRA أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية والاحتياجات الصحية السلوكية والوظيفية.

سنتواصل معك لإكمال HRA. يمكننا إكمال HRA من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو بريد إلكتروني. وسنتواصل معك سنويًا لمعرفة ما إذا كانت احتياجاتك قد تغيرت.

سنرسل إليك المزيد من المعلومات حول HRA.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة لك،، فقد تتمكن من الاستمرار في تلقي الرعاية من الأطباء الذين تتعامل معهم حاليًا لفترة زمنية محددة، حتى إذا لم يكونوا ضمن 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 شهرًا 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 راجعت مقدم خدمة غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ تسجيلك الأولي في خطتنا.
  - نحدد وجود علاقة قائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتاحة لدينا أو المعلومات التي تقدمها لنا.
  - لدينا 30 يومًا للرد على طلبك. يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار أسرع، ويجب أن تتلقى الرد خلال 15 يومًا. يمكنك تقديم هذا الطلب بالاتصال على الرقم 1-800-443-0815. وإذا كنت معرضًا لخطر الضرر، فيجب أن نرد عليك خلال ثلاثة أيام.
  - يجب عليك أو على مقدم خدمتك تقديم مستندات تثبت وجود علاقة قائمة، والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملاحظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي المعدات الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment, DME) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نسمح بإيجار جديد لـ DME ويكون لدينا مقدم خدمة تابع للشبكة يقوم بتسليم المعدات المستأجرة. 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 Kaiser Permanente Dual Complete Plan، ما لم نتفق مع طبيبك خارج الشبكة. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. راجع **الفصل 3** من دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

ز. فريق رعايتك وخطة رعايتك

ز1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. قد يشمل فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو المتخصصين القائمين على علاجك أو غيرهم من المتخصصين في مجال الصحة ممن تختارهم.

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. 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.

ز2. خطة الرعاية

يعمل فريق رعايتك معك لوضع خطة رعاية. تخبرك خطة الرعاية أنت وأطباءك بالخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. وتشتمل الخطة على خدماتك الطبية والخدمات الصحية السلوكية وLTSS أو خدمات أخرى.

تتضمن خطة الرعاية الخاصة بك ما يلي:

- أهداف الرعاية الصحية المحددة لك،
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

يجتمع بك فريق رعايتك بعدما تخضع لتقييم HRA. يسألك عن الخدمات التي تحتاج إليها. 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.

ح. ملخص التكاليف المهمة

خطتنا لا تتضمن أقساطًا.

ح1. مبلغ الدفع للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare

إذا كنت مشتركًا في خطة Medicare Prescription Payment Plan، فستحصل على فاتورة من خطتنا لأدويتك (بدلاً من الدفع للصيدلية). تعتمد فاتورتك الشهرية على ما تدين به مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، بالإضافة إلى رصيد الشهر السابق، مقسومًا على عدد الأشهر المتبقية في السنة.

يوضح الفصل 2 القسم م3 لك المزيد عن خطة Medicare Prescription Payment Plan. إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي تمت فوترته كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات الواردة في **الفصل 9** لتقديم شكوى أو استئناف.

ط. دليل الأعضاء

دليل الأعضاء هذا جزء من تعاقدنا 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 استئناف قرارنا. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب دليل الأعضاء الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا مراجعة دليل الأعضاء الموجود على موقعنا الإلكتروني من خلال عنوان الويب المتوفر أسفل الصفحة.

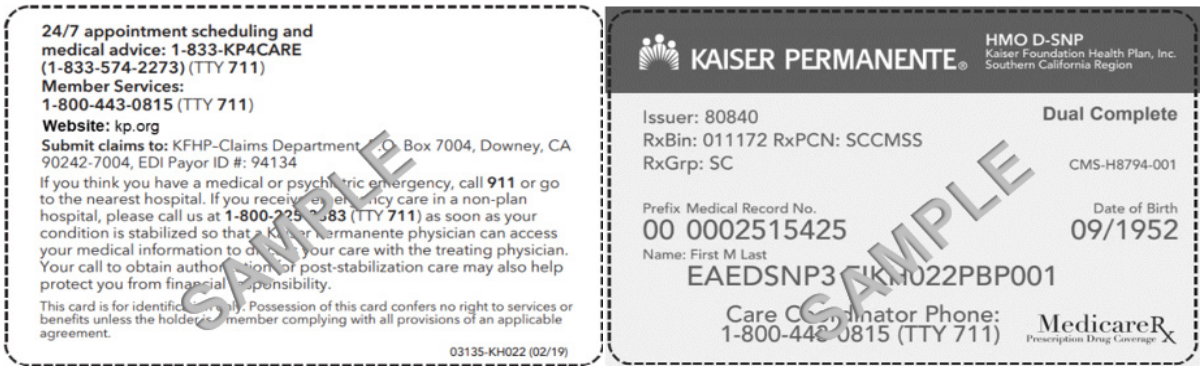
العقد ساري المفعول للأشهر التي سجلت فيها في خطتنا بين 1 يناير 2027 و31 ديسمبر 2027.

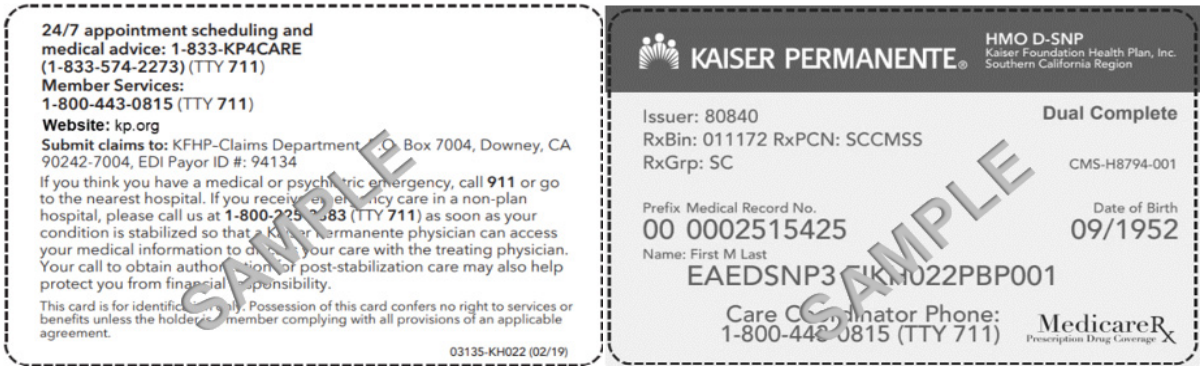
ي. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منا

تتضمن المعلومات المهمة الأخرى التي نوفرها لك بطاقة تعريف Medicare، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية، والمعروفة أيضًا باسم قائمة أو كتيب الأدوية.

ي1. بطاقة تعريف عضويتك

بموجب خطتنا، لديك بطاقة واحدة لخدمات بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal بما في ذلك الخدمات والدعم طويلة الأجل (LTSS)، وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. تقوم بعرض هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج بطاقات تعريف الأعضاء لكل منطقة:





إذا تعرضت بطاقة تعريف 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 برنامج Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق أو بطاقة برنامج Medi-Cal الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن، في حال احتجت إليها لاحقًا. إذا قمت بإظهار بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة تعريف العضو، فقد يقوم مقدم الخدمات بإصدار فاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تحصل على فاتورة. قد يُطلب منك إظهار بطاقة برنامج Medicare الخاصة بك إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات رعاية المسنين أو المشاركة في دراسات بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare (وتسمى أيضًا التجارب السريرية). راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء للعثور على ما يمكنك فعله إذا تلقيت فاتورة من مقدم خدمة.

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

- خدمات الصحة السلوكية التي قد تحصل عليها من خطة الصحة العقلية للمقاطعة (mental health plan, MHP)
- خدمات Medi-Cal Rx
- خدمات الدعم في المنزل
- خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية 1915(c)
- خدمات رعاية الأسنان في Medi-Cal

ي2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يضم دليل مقدّمي الخدمات والصيدليات قائمة بمقدّمي الخدمات والصيدليات التابعين لشبكة خطتنا. عندما تكون عضوًا في خطتنا، يجب عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات ضمن الشبكة للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية.

يمكنك طلب (نسخة إلكترونية أو ورقية) من دليل مقدّمي الخدمات والصيدليات، من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة. ستُرسل طلبات النسخة الورقية من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر البريد إليك في غضون ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر kp.org/directory.

يضم دليل مقدّمي الخدمات والصيدليات قائمة بمقدّمي الخدمات وموزّدي المعدات الطبية المعمّرة ضمن شبكتنا. يقبل جميع مقدمي خدمات شبكتنا كلاً من Medicare وMedicaid ما لم يُذكر خلاف ذلك. إذا احتجت إلى خدمة لا تغطيها خطتنا، ولكن يغطيها برنامج Medi-Cal، فقد نحيلك إلى وكالة Medi-Cal التابعة للولاية للعثور على مقدّم خدمة من خارج الشبكة يمكنه تقديم الرعاية التي يغطيها برنامج Medi-Cal.

تعريف مقدّمي الخدمات التابعين للشبكة

- يشمل مقدمو الخدمة التابعين للشبكة لدينا:
  - الأطباء والممرضات 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 المعدات الطبية المعمرة (DME)، وغيرهم ممن يقدمون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medicare أو Medi-Cal.

يوافق مقدمو الخدمة التابعين للشبكة على قبول الدفع من خطتنا مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية كدفعة كاملة.

تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب في الاستعانة بها.
- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف وصفاتك الطبية 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 الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات في الصيدليات ومقدمي الخدمات التابعين للشبكة.

ي3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية

لدى خطتنا قائمة بالأدوية المشمولة بالتغطية. نحن نسميها قائمة الأدوية باختصار. وتخبرك عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. تحدد خطتنا الأدوية الموجودة في هذه القائمة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. يجب أن تستوفي قائمة الأدوية متطلبات برنامج Medicare. ستتضمن قائمة أدويتك الأدويةَ ذات الأسعار المتفاوض عليها بموجب برنامج Medicare للتفاوض على أسعار الأدوية، ما لم تُزل أو تُستبدل على النحو الموضح في **الفصل 5، القسم ه.** وقد وافق برنامج Medicare على قائمة أدوية **Kaiser Permanente Dual Complete.**

توضح قائمة الأدوية أيضًا إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل الحد المفروض على الكمية التي يمكنك الحصول عليها. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات.

نرسل إليك كل عام معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تطرأ بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات عن الأدوية المشمولة بالتغطية، اتصل بخدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org/seniorrx.

ي4. شرح المزايا

عند استخدام مزايا الأدوية من الجزء D من برنامج Medicare، نرسل لك ملخصًا لمساعدتك في فهم وتتبع مدفوعات الأدوية من الجزء D من برنامج Medicare. يسمى هذا الملخص شرح المزايا (Explanation of Benefits, EOB).

يوضح EOB المبلغ الإجمالي الذي أنفقته أنت، أو من ينوب عنك، على الأدوية من الجزء D من برنامج Medicare، والمبلغ الإجمالي الذي دفعناه مقابل كل من الأدوية 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 الواصف حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. **يقدم الفصل 6** من دليل الأعضاء هذا مزيدًا من المعلومات حول EOB وكيف يساعدك على متابعة تغطية أدويتك.

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

يمكنك أيضًا اختيار عرض **EOB للجزء D** عبر الإنترنت بدلًا من استلامه بالبريد. تفضل بزيارة kp.org/goinggreen وسجّل الدخول لمعرفة المزيد حول خيار عرض **EOB للجزء D** بأمان عبر الإنترنت.

ك. الحفاظ على تحديث سجل عضويتك باستمرار

يمكنك تحديث سجل عضويتك باستمرار بإبلاغنا عندما تتغير معلوماتك.

نحتاج إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيادلة ومقدمو الخدمات الآخرون في شبكة خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية ومبالغ مشاركة التكلفة الخاصة بك. ولهذا السبب، من المهم جدًا أن تساعدنا في إبقاء معلوماتك محدثة.

أخبرنا على الفور بما يلي:

- التغييرات في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- التغييرات في أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل تلك التي يجريها صاحب العمل أو صاحب عمل زوجتك أو صاحب عمل شريكك في المنزل أو تعويضات العمال؛
- أي مطالبات تتعلق بالمساءلة، مثل المطالبات الناشئة عن حادث سيارة؛
- القبول في مرفق تمريض أو مستشفى؛
- الرعاية من المستشفى أو غرفة الطوارئ؛
- التغييرات في مقدم رعايتك (أو أي شخص مسؤول عنك)؛
- إذا شاركت في دراسة بحثية سريرية. (**ملاحظة:** لستَ ملزمًا بإبلاغنا عن أي دراسة بحثية سريرية تنوي المشاركة فيها، ولكننا نشجعك على فعل ذلك.)

إذا طرأ أي تغيير على أي معلومات، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموضح في أسفل هذه الصفحة.

ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الواردة 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 حماية PHI، يُرجى الرجوع **إلى الفصل 8** من دليل الأعضاء.

الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة

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 وبالآخرين الذين يدعمونك. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

الفصل 2 جدول المحتويات

أ. خدمات الأعضاء 23
ب. منسق الرعاية الخاص بك 28
ج. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) 29
د. خط استشارات التمريض 30
هـ. منظمة تحسين الجودة (QIO) 31
و. برنامج Medicare 32
ز. برنامج Medi-Cal 33
ح. مكتب أمين المظالم للرعاية المُدارة في Medi-Cal والصحة النفسية 34
ط. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة 35
ي. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة 45
ك. إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California 52
ل. اتحاد المستهلكين الصحيين (HCA) 52
م. برامج مساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية 52
م1. المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare 52
م2. برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP) 53
م3. خطة Medicare Prescription Payment Plan 54
ن. الضمان الاجتماعي 55
س. مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية (RRB) 56
ع. برنامج أمين المظالم لبرنامجَي Medicare وMedi-Cal 57
ف. Medi-Cal Dental 58

أ. خدمات الأعضاء

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815. هذة المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
المراسلة	مكتب خدمات الأعضاء لديك (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع).
الموقع الإلكتروني	kp.org

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بالخطة
- الأسئلة المتعلقة بالشكاوى أو الفواتير

قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى المتعلقة بالرعاية الطبية

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815. هذة المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية. إذا كان قرار التغطية أو الاستئناف أو الشكوى الذي تقدمه مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع كما هو موضح في **الفصل 9**، فاتصل بوحدة المراجعة العاجلة على الرقم 1-888-987-7247، من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5:00 مساءً، على مدار 7 أيام في الأسبوع.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	إذا كان قرار التغطية أو الاستئناف أو الشكوى مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فأرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة المراجعة العاجلة على الرقم 1-888-987-2252.
المراسلة	فيما يتعلق بقرارات التغطية أو الشكاوى العادية، تواصل مع مكتب خدمات الأعضاء المحلي (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع). فيما يتعلق بالاستئناف العادي، اكتب إلى العنوان الموضح في إشعار الرفض الذي نرسله إليك. إذا كان قرار التغطية أو الاستئناف أو الشكوى الذي تقدمه مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فراسل على: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566

الموقع الإلكتروني	يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقِل إلى الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية.
  - قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية هو قرار يتعلق بما يلي:
    - مزاياك والخدمات المشمولة بالتغطية **أو**
    - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك أسئلة حول قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية.
  - لمعرفة المزيد بشأن قرارات التغطية، راجع **الفصل 9** مندليل الأعضاء هذا.
- الاستئنافات المتعلقة برعايتك الصحية.
  - الاستئناف 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 استئناف، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا 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 (Quality Improvement Organization, QIO) حول جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم ه**).
  - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
  - إذا كانت شكواك تتعلق بقرار تغطية بخصوص رعايتك الصحية، يمكنك تقديم استئناف (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكن الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج أمين المظالم 1-855-501-3077.
  - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

قرارات التغطية لأدوية الجزء (D)

الاتصال الهاتفي	خطط South: 1-888-791-7213 خطط North: 1-877-645-1282 هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.

TTY	711 هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-844-403-1028
المراسلة	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 2975 Mission, KS 66201
الموقع الإلكتروني	kp.org

- قرارات التغطية المتعلقة بأدويتك
  - قرار التغطية بشأن أدويتك هو قرار يتعلق بما يلي:
    - المزايا التي تستفيد منها والأدوية المشمولة بالتغطية **أو**
    - المبلغ الذي ندفعه مقابل أدويتك.
  - يمكن تغطية الأدوية غير المشمولة ببرنامج Medicare، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (over-the-counter ,OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 1-800-977-2273.
  - لمعرفة المزيد بشأن قرارات التغطية المتعلقة بأدويتك، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

الاستئنافات بالنسبة لأدوية الجزء D:

الاتصال الهاتفي	1-866-206-2973 هذه المكالمة مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً.
الفاكس	1-866-206-2974
المراسلة	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
الموقع الإلكتروني	kp.org

- الاستئنافات بالنسبة لأدويتك
  - الاستئناف وسيلة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.
  - لمعرفة المزيد بشأن تقديم استئناف بخصوص أدويتك، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

الشكاوى بالنسبة لأدوية الجزء D

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815 هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. إذا كانت الشكوى مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فاتصل بوحدة الجزء D على 1-866-206-2973، من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. راجع **الفصل 9** لمعرفة ما إذا كانت مشكلتك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	إذا كانت شكواك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فأرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة الجزء D على الرقم 1-866-206-2974.
المراسلة	فيما يتعلق بالشكاوى العادية، تواصل مع مكتب خدمات الأعضاء المحلي (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع). إذا كانت الشكوى مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فراسل العنوان التالي: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
الموقع الإلكتروني	يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقِل إلى الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/my/medicare-complaint.

- الشكاوى المتعلقة بأدويتك
  - يمكنك تقديم شكوى عنا أو عن أي صيدلية. يتضمن هذا شكوى بشأن أدويتك.
  - إذا كانت شكواك تتعلق بقرار تغطية بشأن أدويتك، فيمكنك تقديم استئناف. (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكن الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - لمعرفة المزيد بشأن تقديم استئناف بخصوص أدويتك، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء هذا.

طلبات المدفوعات

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815 هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. **ملاحظة:** إذا كنت تطلب الدفع مقابل دواء يُصرف بموجب الجزء D تم وصفه من قبل موفر رعاية تابع إلى الشبكة وتم الحصول عليه من صيدلية تابعة للشبكة، فاتصل بوحدة الجزء D على الرقم 1-866-206-2973. من 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
المراسلة	للرعاية الطبية، اكتب إلى: **خطط South:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 7004 Downey, CA 90242-7004 **خطط North:** Kaiser Permanente Claims Department P.O. Box 12923 Oakland, CA 94604-2923 **بالنسبة لأدوية الجزء D:** إذا كنت تطلب الدفع مقابل دواء من الجزء D تم وصفه وتقديمه من قبل موفر رعاية تابع إلى الشبكة، فيمكنك إرسال طلبك بالفاكس إلى 1-866-206-2974 أو إرساله بالبريد إلى: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
الموقع الإلكتروني	kp.org

- الدفع مقابل أدوية الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعتَ ثمنها بالفعل
  - لمعرفة المزيد بشأن كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك، أو دفع فاتورة حصلت عليها، راجع الفصل 7 من دليل الأعضاء هذا.
  - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك الاستئناف على قرارنا. راجع**الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

ب. منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. تحصل على منسق رعاية عند التسجيل في خطتنا. ليس عليك أي تكلفة. سننسق مع البرامج الأخرى لضمان حصولك على جميع الخدمات الضرورية طبيًا التي يغطيها Medi-Cal أو Medicare، حتى إذا كانت هذه الخدمات مشمولة بالتغطية ببرنامج آخر وليس من جانبنا. اتصل بنا على الأرقام الموضحة أدناه لمزيد من المعلومات حول منسق رعايتك وفريق الرعاية، أو لتغيير منسق رعايتك.

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
المراسلة	مكتب خدمات الأعضاء لديك (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع).
الموقع الإلكتروني	kp.org

اتصل بمنسق رعايتك للحصول على المساعدة في:

- 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
- أسئلة حول الخدمات وأشكال الدعم طويل الأمد (LTSS)، بما في ذلك خدمات البالغين المجتمعية (Community- Based Adult Services, CBAS) ومرافق التمريض (Nursing Facilities, NF)

قد يمكنك الحصول على هذه الخدمات:

- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)
- رعاية التمريض الماهرة
- العلاج الطبيعي
- العلاج الوظيفي
- علاج النطق
- الخدمات الاجتماعية الطبية
- الرعاية الصحية المنزلية
- خدمات المساندة في المنزل (In-Home Supportive Services, IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك
- في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على المساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية

ج. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)

برنامج الولاية للتأمين الصحي (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) هو برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية يقدمون المساعدة المجانية والمعلومات والإجابات عن أسئلتك المتعلقة ببَرنامج Medicare. في California، يعرف SHIP باسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). 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.

HICAP هو برنامج الولاية المستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تأمين صحي محلية مجانية للأشخاص ضمن بَرنامج Medicare.

الاتصال الهاتفي	1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	مكتب برنامج HICAP في مقاطعتك للعثور على عنوان المكتب في مقاطعتك، انقر على الرابط أدناه وراجع قسم "كيفية العثور على الخدمات في منطقتي".
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/HICAP/

تواصل مع برنامج HICAP للحصول على المساعدة بشأن:

- أسئلة حول برنامج Medicare
- يمكن لاستشاريي HICAP الإجابة على أسئلتك المتعلقة بالتغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك بخصوص:
  - فهم حقوقك،
  - فهم خيارات خطتك،
  - الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بتغيير الخطط،
  - تقديم شكاوى بشأن رعايتك الصحية أو العلاج،
  - والمساعدة في حل مشكلات الفوترة أو المطالبات.

د. خط استشارات التمريض

نعلم أنه من الصعب أحيانًا معرفة نوع الرعاية التي تحتاج إليها. لدينا أخصائيو رعاية صحية مرخصون يستطيعون مساعدتك عبر الهاتف على مدار 24 ساعة في اليوم، وسبعة أيام في الأسبوع. يمكنك:

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

عند الاتصال، سيطرح عليك مسؤول الدعم المدرب أسئلة للمساعدة على تحديد كيفية توجيه مكالمتك. يمكنك التواصل مع خط استشارات التمريض لطرح أسئلة بشأن صحتك أو رعايتك الصحية

الاتصال الهاتفي	1-833-574-2273 هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

هـ. منظمة تحسين الجودة (QIO)

تضم ولايتنا منظمة تسمى Commence Health. وهي مؤسسة تضم مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصي الرعاية الصحية الذين ساعدوا في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. Commence Health هي منظمة مستقلة. إنها غير مرتبطة بخطتنا.

الاتصال الهاتفي	1-877-588-1123
TTY	711
المراسلة	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
الموقع الإلكتروني	www.livantaqio.cms.gov

تواصل مع منظمة Commence Health للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- يمكنك تقديم شكوى بشأن الرعاية التي حصلت عليها في إحدى الحالات التالية:
  - تواجه مشكلة تتعلق بجودة الرعاية، مثل الحصول على دواء خاطئ، أو الخضوع لفحوصات أو إجراءات غير ضرورية، أو تشخيص خاطئ،
  - تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي في وقت قريب جدًا، **أو**
  - كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية مرفق التمريض الماهر، أو مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية (comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) ستنتهي في وقت قريب للغاية.

و. برنامج Medicare

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

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي Centers for Medicare & Medicaid Services، أو تعرف اختصارًا باسم CMS. تتعاقد هذه الوكالة مع منظمات برنامج Medicare Advantage بما في ذلك خطتنا.

الاتصال الهاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات الموجهة إلى هذا الرقم مجانية، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا.
TTY	1-877-486-2048. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الدردشة المباشرة	الدردشة المباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone
المراسلة	راسل Medicare على P.O. Box 1270, Lawrence, KS 66044
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov • احصل على معلومات حول خطط Medicare الصحية وخطط الأدوية المتاحة في منطقتك، بما في ذلك تكاليفها والخدمات التي تقدمها. • ابحث عن الأطباء أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية والموردين المشاركين في برنامج Medicare. • تعرف على ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات والتطعيمات واللقاحات وزيارات "العناية بالصحة" السنوية). • احصل على معلومات ونماذج استئناف برنامج Medicare. • احصل على معلومات حول جودة الرعاية التي تقدمها الخطط ودور رعاية المسنين والمستشفيات والأطباء ووكالات الرعاية الصحية المنزلية ومرافق غسل الكلى ومراكز رعاية المسنين ومرافق إعادة التأهيل للمرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد. • ابحث عن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. لإرسال شكوى إلى برنامج Medicare، انتقل إلى الموقع www.medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ بَرنامج Medicare شكواك على محمل الجد، وسوف يستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة بَرنامج

ز. برنامج Medi-Cal

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

تشمل مزايا برنامج Medi-Cal الخدمات الطبية، وطب الأسنان، والصحة السلوكية، والخدمات والدعم على المدى الطويل.

أنت مسجل في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة حول مزايا Medi-Cal، فاتصل بمنسق خطة رعايتك. إذا كانت لديك أسئلة حول التسجيل في خطة برنامج Medi-Cal، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية

الاتصال الهاتفي	1-800-430-4263 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 6 مساء.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم خاص لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. 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
الموقع الإلكتروني	/www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

ح. مكتب أمين المظالم للرعاية المُدارة في Medi-Cal والصحة النفسية

يساعد مكتب أمين المظالم في حل المشكلات من وجهة نظر محايدة لضمان حصول أعضائنا على جميع الخدمات الطبية الضرورية طبيًا والمشمولة بالتغطية. سيقوم بالاستماع والإجابة على أسئلتك وتحليل حالتك وشرح السياسات والإجراءات وتقديم المعلومات والمشورة والخيارات واقتراح الإحالات المناسبة. وتتمثل وظيفته في المساعدة في تطوير حلول عادلة لمشاكل الحصول على الرعاية الصحية. وهو لا يرتبط بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وخدماته مجانية.

الاتصال الهاتفي	1-888-452-8609. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم خاص لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. 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
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

ط. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن مزايا Medi-Cal بنظام الدفع مقابل الخدمة، فتواصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك للتقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم في المنزل، والتي ستساعد على الدفع 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.

تواصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك لطرح أي أسئلة تتعلق بأهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal. حدد الجدول الخاص بمقاطعتك أدناه للعثور على معلومات الاتصال بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك.

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Alameda

الاتصال الهاتفي	1-888-999-4772 هذه المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices
الموقع الإلكتروني	https://www.alamedacountysocialservices.org/contact-us/Our-Offices

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Alameda

الاتصال الهاتفي	1-844-835-3685 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.amadorgov.org/services/social-services
الموقع الإلكتروني	https://www.amadorgov.org/services/social-services

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Contra Costa على الرقم

الاتصال الهاتفي	1-866-663-3225 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	40 Douglas Drive Martinez, CA 94553
الموقع الإلكتروني	https://www.contracosta.ca.gov/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة El Dorado

الاتصال الهاتفي	1-530-642-7300 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Human-Services
الموقع الإلكتروني	https://www.eldoradocounty.ca.gov/Home

إدارة مقاطعة Fresno للخدمات الاجتماعية

الاتصال الهاتفي	1-855-832-8082 هذة المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا إلى 4:30 مساءً.
TTY	711
المراسلة	Fresno County DSS P.O. Box 1912 Fresno, CA 93718-1912
الموقع الإلكتروني	https://www.fresnocountyca.gov/Departments/Social-Services

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Kern

الاتصال الهاتفي	1-877-410-8812 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا إلى 4 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.kcdhs.org/about-dhs/about-us/office-hours-and-locations
الموقع الإلكتروني	https://www.kcdhs.org/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Kings

الاتصال الهاتفي	1-877-410-8813 هذة المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الخميس، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً، و الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 12:00 مساءً.
TTY	711
المراسلة	1400 W. Lacey Blvd., Bldg. #8 Hanford, CA 93230
الموقع الإلكتروني	https://www.countyofkingsca.gov/departments/human-services-agency

إدارة مقاطعة Los Angeles للخدمات الاجتماعية العامة

الاتصال الهاتفي	1-866-613-3777 هذة المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من 7:30 صباحًا إلى 7:30 مساء. السبت من الساعة 8 صباحًا إلى 4:30 مساءً باستثناء العطلات
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html.
الموقع الإلكتروني	https://dpss.lacounty.gov

إدارة مقاطعة Madera للخدمات الاجتماعية العامة

الاتصال الهاتفي	1-559-675-7841 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	1626 Sunrise Ave Madera, CA 93638
الموقع الإلكتروني	https://www.maderacounty.com/government/social-services

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Marin

الاتصال الهاتفي	1-877-410-8817 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 4:30 مساءً.
TTY	711
المراسلة	10 N San Pedro Rd, San Rafael, CA 94903
الموقع الإلكتروني	https://www.marinhhs.org

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Mariposa، في هذه الرموز البريدية

الاتصال الهاتفي	1-800-266-3609 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	P.O. Box 99 Mariposa, CA 95338
الموقع الإلكتروني	/https://www.mariposacounty.org

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Napa

الاتصال الهاتفي	1-707-253-4279 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	2751 Napa Valley Corporate Drive Building B Napa, CA 94558
الموقع الإلكتروني	https://www.countyofnapa.org/156/HHSA

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة ORANGE

الاتصال الهاتفي	1-800-281-9799 هذة المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://ssa.ocgov.com/about-us/office-locations/office-location-list.
الموقع الإلكتروني	https://ssa.ocgov.com/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Placer

الاتصال الهاتفي	1-530-886-1870 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	11434 B Ave Auburn, CA 95603
الموقع الإلكتروني	https://www.placer.ca.gov/1679/Health-Human-Services

إدارة مقاطعة Riverside للخدمات الاجتماعية العامة

الاتصال الهاتفي	1-877-410-8827 هذة المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	4060 County Cir Dr Riverside, CA 92503
الموقع الإلكتروني	https://rivcodpss.org/

إدارة مقاطعة Sacramento للمساعدة البشرية

الاتصال الهاتفي	1-800-560-0976 هذه المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 4 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://ha.saccounty.gov/benefits/medi-cal/Pages/Medi-Cal.aspx
الموقع الإلكتروني	https://dcfas.saccounty.net/SAS/Pages/SAS-Home.aspx

خدمات البالغين والتقدم في العمر في مقاطعة San Bernardino

الاتصال الهاتفي	1-909-891-3900 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415
الموقع الإلكتروني	/https://hss.sbcounty.gov/daas

إدارة مقاطعة San Diego لوكالة الصحة والخدمات البشرية

الاتصال الهاتفي	1-866-262-9881 هذة المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	Health and Human Services Agency County of San Diego 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
الموقع الإلكتروني	https://www.sandiegocounty.gov/hhsa/programs/ssp/medi-cal_program/index.html

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة San Francisco

الاتصال الهاتفي	1-415-557-5000 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.sfhsa.org/contact-us/locations
الموقع الإلكتروني	/https://www.sfhsa.org

وكالة الخدمات البشرية في مقاطعة San Joaquin

الاتصال الهاتفي	1-209-468-1000 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.sjchsa.org/About-Us/Contact-Us
الموقع الإلكتروني	https://www.sjchsa.org/

الصحة في مقاطعة San Mateo

الاتصال الهاتفي	خط الاستشارات وحالة الطوارئ لكبار السن والتقدم في العمر 1-844-868-0938 هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	711
المراسلة	San Mateo County Aging and Adult Services 225 W. 37th Avenue San Mateo, CA 94403
الموقع الإلكتروني	https://www.smchealth.org

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Santa Clara

الاتصال الهاتفي	1-877-962-3633 هذه المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. باستثناء أيام العطلات الرسمية للمقاطعة.
TTY	711
المراسلة	353 West Julian San Jose, CA 95110
الموقع الإلكتروني	https://socialservices.sccgov.org

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Santa Cruz

الاتصال الهاتفي	1-888-421-8080 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة https://www.santacruzhumanservices.org/ContactUs
الموقع الإلكتروني	/https://www.santacruzhumanservices.org

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Solano

الاتصال الهاتفي	1-707-784-8400 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	275 Beck Avenue Fairfield, CA 94533
الموقع الإلكتروني	https://www.solanocounty.com/depts/hss/default.asp

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Sonoma

الاتصال الهاتفي	1-707-565-4700 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	1450 Neotomas Avenue, Suite 200 Santa Rosa, CA 95405
الموقع الإلكتروني	https://sonomacounty.ca.gov/health-and-human-services

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Stanislaus

الاتصال الهاتفي	1-877-652-0734 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	P.O. Box 3271 Modesto, CA 95353
الموقع الإلكتروني	https://www.stancounty.com/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Tulare

الاتصال الهاتفي	1-800-540-6880 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا إلى 5 مساءً. الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 12:00 مساءً
TTY	711
المراسلة	5957 South Mooney Blvd. Visalia, California 93277
الموقع الإلكتروني	https://tchhsa.org/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Ventura

الاتصال الهاتفي	1-888-472-4463 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	HSA Administration 855 Partridge Drive, Ventura, CA 93003
الموقع الإلكتروني	https://www.ventura.org/human-services-agency/

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Yolo

الاتصال الهاتفي	1-833-744-4472 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	للعثور على عنوان بريدي لموقع مكتب قريب منك، يُرجى زيارة، https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services/contact-us
الموقع الإلكتروني	https://www.yolocounty.gov/government/general-government-departments/health-human-services

وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعة Yuba

الاتصال الهاتفي	1-877-652-0739 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً.
TTY	711
المراسلة	Yuba County Health and Human Services P.O. Box 2320 Marysville, CA 95901
الموقع الإلكتروني	https://www.yuba.gov/departments/health_and_human_services

ي. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة

توفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة واضطراب تعاطي المواد المخدرة من برنامج Medi-Cal في المقاطعة إذا كنت تستوفي معايير الحصول عليها. حدد الجدول الخاص بمقاطعتك أدناه للعثور على معلومات الاتصال بوكالة خدمات الصحة السلوكية في مقاطعتك.

خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Alameda

الاتصال الهاتفي	الصحة العقلية: 1-800-491-9099. هذه المكالمة مجانية. تعاطي المواد المخدرة: 1-844-682-7215. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	1-800-533-5018. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم خاص لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.

الخدمات الصحية في Amador

الاتصال الهاتفي	1-888-310-6555. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية في Contra Costa

الاتصال الهاتفي	1-888-678-7277. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في El Dorado

الاتصال الهاتفي	1-800-929-1955. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

إدارة مقاطعة Fresno للصحة السلوكية

الاتصال الهاتفي	1-800-654-3937. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Kern

الاتصال الهاتفي	1-800-991-5272. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الصحة السلوكية في مقاطعة Kings

الاتصال الهاتفي	1-800-655-2553. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

إدارة مقاطعة Los Angeles للصحة العقلية

الاتصال الهاتفي	1-800-854-7771. هذه المكالمة مجانية. المكالمات الموجهة إلى هذا الرقم مجانية، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الصحة السلوكية في مقاطعة Madera

الاتصال الهاتفي	1-888-275-9779. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Marin

الاتصال الهاتفي	1-888-818-1115. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Mariposa

الاتصال الهاتفي	1-800-549-6741. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Napa

الاتصال الهاتفي	1-800-648-8650. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة ORANGE

الاتصال الهاتفي	1-855 625-4657. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية في Placer

الاتصال الهاتفي	1-888-886-5401. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

إدارة مقاطعة Riverside للصحة العقلية

الاتصال الهاتفي	1-800-499-3008. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Sacramento

الاتصال الهاتفي	1-888-881-4881. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

إدارة مقاطعة San Bernardino للصحة السلوكية

الاتصال الهاتفي	1-888-743-1478. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

إدارة مقاطعة San Diego للخدمات الصحية السلوكية

الاتصال الهاتفي	1-888-724-7240. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في San Francisco

الاتصال الهاتفي	1-888-246-3333. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في San Joaquin

الاتصال الهاتفي	1-888-468-9370. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة San Mateo

الاتصال الهاتفي	1-800-686-0101. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في مقاطعة Santa Clara

الاتصال الهاتفي	1-800-704-0900. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Santa Cruz

الاتصال الهاتفي	1-800-952-2335. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Solano

الاتصال الهاتفي	1-800-547-0495. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Sonoma

الاتصال الهاتفي	1-800-870-8786. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Stanislaus

الاتصال الهاتفي	1-888-376-6246. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Tulare

الاتصال الهاتفي	الصحة العقلية: 1-800-320-1616. هذه المكالمة مجانية. اضطراب تعاطي المواد المخدرة: 1-866-732-4114. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Ventura

الاتصال الهاتفي	1-866-998-2243. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

الخدمات الصحية السلوكية في Yolo

الاتصال الهاتفي	1-888-965-6647. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	1-800-735-2929. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم خاص لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.

الخدمات الصحية السلوكية في Yuba

الاتصال الهاتفي	1-888-923-3800. هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. تتوفر لدينا خدمات ترجمة مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية.

اتصل بوكالة الصحة السلوكية في المقاطعة للمساعدة فيما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية التخصصية التي تقدمها المقاطعة.
- الأسئلة المتعلقة بخدمات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة التي تقدمها المقاطعة.

ك. إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California

تتحمل إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California (Department of Managed Health Care, DMHC) مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC في الاستئنافات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal.

الاتصال الهاتفي	1-888-466-2219 يتوفر ممثلو DMHC بين الساعة 8 صباحًا و6 مساء، من الاثنين إلى الجمعة.
خط الهاتف النصي	1-877-688-9891 هذا الرقم خاص لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	www.dmhc.ca.gov

ل. اتحاد المستهلكين الصحيين (HCA)

اتحاد المستهلكين الصحيين (HCA) هو شراكة على مستوى الولاية تقدم مساعدة قانونية مجانية عبر الإنترنت أو الهاتف أو شخصيًا، لمساعدة سكان California الذين يواجهون صعوبة في الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها، وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية. لمعرفة المزيد حول HCA أو للحصول على المساعدة الممكنة، اتصل بالرقم 1-888-804-3536 أو تفضل بزيارة www.healthconsumer.org/

م. برامج مساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية

يقدم موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية. للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

م1. المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare

نظرًا لأنك مؤهل للحصول على برنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية" وتحصل عليها من برنامج Medicare لدفع تكاليف خطة أدويتك. لا تحتاج إلى فعل أي شيء للحصول على هذه "المساعدة الإضافية".

الاتصال الهاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات الموجهة إلى هذا الرقم مجانية، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا.

TTY	1-877-486-2048 هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح لوصفتك الطبية في الصيدلية، فإن خطتنا تتضمن عملية تساعدك في الحصول على دليل على مبلغ الدفعة المشتركة الصحيح. إذا كان لديك بالفعل دليل بالمبلغ الصحيح، فيمكننا مساعدتك في مشاركة هذا الدليل معنا.

- إذا لم تكن متأكدًا من الدليل الذي تقدمه لنا، فيُرجى الاتصال بصيدلية تابعة إلى الشبكة أو خدمات الأعضاء. يكون الدليل عادةً خطابًا من برنامج Medi-Cal أو مكتب الضمان الاجتماعي يؤكد أنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية". يمكن أن يكون الدليل أيضًا وثيقة صادرة عن الولاية تتضمن معلومات عن أهليتك المرتبطة بالخدمات المنزلية والمجتمعية.

- تحتاج أنت أو ممثلك المعين إلى تقديم الدليل إلى صيدلية تابعة للشبكة عند الحصول على الأدوية المشمولة بالتغطية بموجب الجزء D حتى نتمكن من تحصيل المبلغ المناسب لمشاركة التكلفة إلى أن تقوم مراكز خدمات بَرنامج Medicare وMedicaid (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 نتمكن من إعادة توجيهه إلى CMS لتحديثه:

  - مراسلة Kaiser Permanente عبر
    California Service Center Attn:
    Best Available Evidence
    P.O. Box 232400
    San Diego, CA 92193-2400

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

  - خذه معك إلى إحدى الصيدليات التابعة للشبكة أو إلى مكتب خدمات الأعضاء المحلي في إحدى المرافق التابعة للشبكة.

- عند استلامنا المستندات التي تثبت مستوى الدفعة المشتركة الصحيح، سنحدّث بياناتك في نظامنا حتى تتمكن من دفع مبلغ الدفعة المشتركة الصحيح عند صرف وصفتك الطبية التالية. إذا دفعت مبلغًا زائدًا عن الدفعة المشتركة المستحقة، فسنرد إليك المبلغ الزائد إما بشيك أو عن طريق خصمه من دفعة مشتركة مستقبلية. إذا لم تحصل الصيدلية منك على الدفعة المشتركة المستحقة، وكان عليك مبلغ مستحق لها، فقد نسدد المبلغ مباشرةً إلى الصيدلية. إذا كانت الولاية قد دفعت المبلغ نيابةً عنك، فقد نسدد المبلغ مباشرةً إلى الولاية. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة إذا كانت لديك أسئلة.

م2. برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

يساعد برنامج ADAP الأشخاص المؤهلين الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية(HIV)/الإيدز (AIDS) في الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. تؤهل الأدوية المدرجة في الجزء D من برنامج Medicare والمدرجة أيضًا في كتيب وصفات ADAP للحصول على مساعدة في مشاركة تكاليف الوصفات الطبية من خلال برنامج California AIDS Drug Assistance (ADAP). ملاحظة: لكي تكون مؤهلاً لبرنامج ADAP في ولايتك، يجب استيفاء معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية، وإثبات الإصابة بفيروس HIV، وانخفاض الدخل (وفقًا لتعريف الولاية)، وعدم وجود تأمين أو عدم كفاية التغطية التأمينية. إذا غيّرت الخطط، فأبلغ عامل تسجيل ADAP حتى يمكنك متابعة تلقي المساعدة. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، أو الأدوية المشمولة بالتغطية، أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل بمركز الاتصال بـ ADAP على 1-844-421-7050 بين 8 صباحًا و5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات).

م3. خطة Medicare Prescription Payment Plan

خطة Medicare Prescription Payment Plan هي خيار دفع اختياري يعمل مع تغطية الأدوية الخاصة بك الحالية لمساعدتك في إدارة تكاليفك النثرية مقابل الأدوية الخاصة بك من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير - ديسمبر). يمكن لكل شخص لديه خطة أدوية من برنامج Medicare أو خطة صحية من برنامج Medicare مزودة بتغطية للأدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. **قد يساعدك خيار الدفع هذا في إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يخفض تكاليف أدويتك. إذا كنت مشاركًا في خطة Medicare Prescription Payment Plan وتظل في نفس الخطة، فلن تحتاج إلى فعل أي شيء لمتابعة هذا الخيار.** تعد "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare والمساعدة من SPAP وADAP، بالنسبة لأولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خيار الدفع هذا، بغض النظر عن مستوى الدخل، ويجب أن تقدم الخطط التي توفر تغطية الأدوية خيار الدفع هذا. لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، اتصل بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموضح أسفل الصفحة أو تفضل بزيارة www.medicare.gov.

ن. الضمان الاجتماعي

تحدد إدارة الضمان الاجتماعي الأهلية للحصول على برنامج Medicare، وتتولى إجراءات التسجيل فيه.

إذا انتقلت إلى مكان آخر أو غيّرت عنوانك البريدي، فمن المهم أن تتصل بإدارة الضمان الاجتماعي لإبلاغهم بذلك.

الاتصال الهاتفي	1-800-772-1213. إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8 صباحًا حتى 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة.
TTY	1-800-325-0778 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

س. مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية (RRB)

يعد RRB وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج شاملة للمزايا لموظفي السكك الحديدية في البلاد وأفراد أسرهم. إذا تلقيت برنامج Medicare من خلال RRB، فأخبرهم إذا انتقلت إلى مكان آخر أو قمت بتغيير عنوان المراسلات الخاص بك. للأسئلة حول المزايا التي تحصل عليها من RRB، اتصل بالوكالة.

الاتصال الهاتفي	1-877-772-5772. إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. اضغط على "0" للتحدث مع أحد ممثلي RRB من الساعة 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً، أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء. اضغط على "1" للوصول إلى خط المساعدة الآلي في RRB والحصول على معلومات مسجّلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.
TTY	1-312-751-4701 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 غير مجانية.
الموقع الإلكتروني	www.rrb.gov

ع. برنامج أمين المظالم لبرنامجَي Medicare وMedi-Cal

يوفّر برنامج أمين المظالم لبرنامجَي Medicare وMedi-Cal مساعدة مجانية للأشخاص الذين يواجهون صعوبات في الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها، ولمساعدتهم على حل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا كنت تواجه مشكلات فيما يتعلق بما يلي:

- برنامج Medi-Cal
- برنامج Medicare
- خطتك الصحية
- الحصول على الخدمات الطبية
- استئناف القرارات المتعلقة برفض تغطية الخدمات أو الأدوية أو المعدات الطبية المعمّرة (DME) أو خدمات الصحة العقلية وغير ذلك.
- الفواتير الطبية
- خدمات الدعم في المنزل (In-Home Supportive Services, IHSS)

يساعد برنامج أمين المظالم لبرنامجَي Medicare وMedi-Cal في تقديم الشكاوى وطلبات الاستئناف وحضور جلسات الاستماع. رقم هاتف برنامج أمين المظالم هو 1-855-501-3077.

ف. Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الخدمات التالية:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيف والختام السني وعلاج الفلورايد؛
- الترميمات والتيجان؛
- علاج قنوات الجذور؛
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة والتعديلات والإصلاحات وإعادة التبطين

تتوفر مزايا الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal لخدمات الأسنان بنظام الدفع مقابل الخدمة (Fee-for-Service, FFS) أو من خلال الرعاية المُدارة للأسنان (Dental Managed Care, Dental MC)، وذلك حسب المقاطعة التي تقيم فيها.

خدمة Medi-Cal Dental FFS (للمقاطعات الأخرى بخلاف مقاطعتي Los Angeles وSacramento)

الاتصال الهاتفي	1-800-322-6384. المكالمة مجانية. يتوفر ممثلو Medi-Cal Dental FFS لمساعدتك من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov/ /smilecalifornia.org

خطة الرعاية المُدارة لطب الأسنان في مقاطعتي Los Angeles وSacramento

بدلًا من الحصول على خدمات طب الأسنان من خلال نظام Medi-Cal القائم على الرسوم مقابل الخدمة، قد تحصل على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية مُدارة لخدمات طب الأسنان. تتوفر خطط الرعاية المُدارة لطب الأسنان في مقاطعتي Sacramento وLos Angeles. إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات حول خطط طب الأسنان أو ترغب في تغييرها، فاتصل بقسم خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 6 مساءً. المكالمة مجانية. تتوفر أيضًا معلومات الاتصال بخطط الرعاية المُدارة لطب الأسنان هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية لدى خطتنا. يخبرك أيضًا 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 المعدات الطبية المعمرة (DME). المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

الفصل 3 جدول المحتويات

أ. معلومات بخصوص الخدمات ومقدمي الخدمات 61
ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا 61
ج. منسق الرعاية الخاص بك 62
ج1. المقصود بمنسق الرعاية 62
ج2. كيفية التواصل مع منسق رعايتك 62
ج3. كيفية تغيير منسق رعايتك 62
د. الرعاية التي يقدمها مقدمو الخدمات 62
د1. الرعاية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية (PCP) 62
د2. الرعاية التي يقدمها الاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة 64
د3. عندما يغادر أحد مقدّمي الخدمات خطتنا 66
د4. مقدمو الخدمات من خارج الشبكة 66
هـ. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأمد (LTSS) 67
و. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة) 67
و1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal والمقدمة خارج نطاق خطتنا 68
ز. خدمات النقل 70
ز1. النقل الطبي لغير حالات الطوارئ 70
ز2. النقل غير الطبي 71

ح. الخدمات المشمولة بالتغطية في حالات الطوارئ الطبية، أو عند الحاجة إلى رعاية عاجلة، أو أثناء وقوع كارثة 72
ح1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية 72
ح2. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل 73
ح3. الرعاية في حالات الكوارث 74
ط. إصدار فاتورة لك مباشرةً مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية 74
ط1. الإجراءات المتبعة إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات 74
ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية 75
ي1. تعريف الدراسة البحثية السريرية 75
ي2. دفع تكاليف الخدمات عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية 75
ي3. مزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية 75
ك. كيفية تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية 76
ك1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية 76
ك2. الرعاية المقدمة من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية 76
ل. المعدات الطبية المعمرة (DME) 76
ل1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا 76
ل2. ملكية DME عند الانتقال إلى برنامج Original Medicare 77
ل3. مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضوًا في خطتنا 77
ل4. معدات الأكسجين عند الانتقال إلى برنامج Original Medicare أو إلى خطة أخرى من خطط Medicare Advantage (MA) 77

أ. معلومات بخصوص الخدمات ومقدمي الخدمات

الخدمات هي خدمات الرعاية الصحية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأمد (LTSS)، والمستلزمات، وخدمات الصحة السلوكية، والأدوية الموصوفة طبيًا والأدوية المتاحة دون وصفة طبية، والمعدات، وغيرها من الخدمات. **الخدمات المشمولة بالتغطية** هي أيٌّ من الخدمات التالية التي تدفع خطتنا تكاليفها. ترد خدمات الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات وLTSS المشمولة بالتغطية في **الفصل الرابع** من دليل الأعضاء هذا. ترد خدماتك المشمولة بالتغطية للأدوية الموصوفة طبيًا والأدوية المتاحة دون وصفة طبية في **الفصل الخامس** من دليل الأعضاء هذا.

مقدمو الخدمات هم الأطباء والممرضون وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية والمرخّص لهم من قِبل الولاية. يشمل مقدمو الخدمات أيضًا المستشفيات، ووكالات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وبعض LTSS.

مقدمو الخدمات التابعين للشبكة هم مقدمو الخدمات الذين يتعاملون 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 بموفر رعاية تابع إلى الشبكة، فأنت عادة لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية.

ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، ومعظم خدمات Medi-Cal. وهذا يشمل بعض خدمات الصحة السلوكية وLTSS.

تدفع خطتنا، بشكل عام، تكاليف خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والعديد من خدمات LTSS التي تحصل عليها عند اتباعك لقواعدنا. المطلوب تغطيته من قِبل خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تتلقاها مشمولة في مخطط المزايا الطبية الوارد في **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا.
- يجب أن تكون الرعاية **ضرورية من الناحية الطبية**. نقصد بعبارة "ضرورية من الناحية الطبية" الخدمات المعقولة واللازمة لتشخيص حالتك الطبية وعلاجها. هناك حاجة إلى الرعاية الطبية اللازمة لمنع الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو إعاقة وتقليل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو الداء أو الإصابة.
- بخصوص الخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك **مقدم رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة يتولى تقديم رعايتك والإشراف عليها. بصفتك عضوًا في الخطة، يجب عليك اختيار PCP من شبكة مقدمي الخدمات ليتابع حالتك (راجع **القسم د1** لمزيد من المعلومات).
  - في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP المتابع لحالتك 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.
  - لا تحتاج إلى إحالات من PCP المتابع لحالتك للحصول على الرعاية الطارئة أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل، أو للاستفادة من خدمات مقدم رعاية صحية للمرأة، أو للحصول على أي خدمات أخرى مذكورة في **القسم د1**.
- **يجب أن تتلقى رعايتك من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة** (لمزيد من المعلومات، راجع **القسم د** في هذا الفصل). 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 التي تحصل عليها. فيما يلي بعض الحالات التي لا تنطبق فيها هذه القاعدة:
  - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات من خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات، راجع **القسم ح**).
  - إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولا يستطيع مقدمو الخدمات التابعين لشبكتنا تقديمها، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة إذا وافقنا نحن أو مجموعتنا الطبية على الخدمات مسبقًا قبل تلقيك للرعاية. في هذه الحالة، نغطي الرعاية كما لو حصلت عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة. للمعلومات بخصوص الحصول على موافقة للاستعانة بمقدم خدمات من خارج الشبكة، راجع **القسم د4**.

- إذا كنت بحاجة إلى خدمات غسيل الكلى خارج منطقة خدمات خطتنا لفترة قصيرة، أو عندما يكون مقدم الخدمة المتابع لحالتك غير متاح أو يتعذر الوصول إليه مؤقتًا، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمة من خارج الشبكة. لا يمكن أن تكون مشاركة التكلفة التي تدفعها مقابل غسل الكلى أعلى من مشاركة التكلفة في بَرنامج Medicare الأصلي. إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا وحصلت على غسل الكلى من مقدم خدمة من خارج شبكة الخطة، فلا يمكن أن تكون مشاركة التكلفة التي تتحملها أعلى من مشاركة التكلفة التي تدفعها داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم خدمة غسيل الكلى المعتاد التابع للشبكة غير متاح مؤقتًا، واخترت الحصول على الخدمات داخل منطقة خدماتنا من مقدم خدمة من خارج الشبكة، فقد تكون مشاركة تكلفة غسل الكلى أعلى. إذا أمكن، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة قبل مغادرة منطقة الخدمات، حتى نتمكن من مساعدتك في ترتيب جلسات غسيل الكلى اللازمة للحفاظ على استقرار حالتك أثناء وجودك خارج منطقة الخدمات.

- إذا كنت عضوًا جديدًا في خطتنا، فيمكنك طلب الاستمرار في تلقي الرعاية من مقدمي الخدمات الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب أن نوافق على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة قائمة مع مقدمي الخدمات. راجع الفصل 1 من دليل الأعضاء هذا. إذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الخدمات الذين تتعامل معهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا للحصول على الخدمات. خلال ذلك الوقت، سيتصل بك منسق الرعاية لمساعدتك في العثور على مقدمي الخدمات في شبكتنا. بعد 12 شهرًا، لم نعد نغطي رعايتك إذا واصلت الاستعانة بمقدمي خدمات غير تابعين لشبكتنا.

التغطية الصحية الأخرى: يجب عليك الاستفادة من أي تغطية صحية أخرى متاحة لك قبل اللجوء إلى Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها مشمولة ضمن تغطيتك الصحية الأساسية، لأن Medi-Cal هو جهة الدفع الأخيرة. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، يكون Medi-Cal هو جهة الدفع الثانوية بعد Medicare، إذ يغطي التكاليف المسموح بها التي لا يدفعها Medicare أو أي تغطية صحية أخرى، وذلك حتى الحد الأقصى للسعر المعتمد من Medi-Cal.

الأعضاء الجدد في Kaiser Permanente Dual Complete: في معظم الحالات، ستُسجل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد طلبك للتسجيل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. قد تظل قادرًا على تلقي خدمات Medi-Cal من خلال خطة Medi-Cal الصحية السابقة لمدة تصل إلى شهرين. بعد ذلك، ستتلقى خدمات برنامج Medi-Cal من خلال Kaiser Permanente Dual Complete. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

ج. منسق الرعاية الخاص بك

ج1. المقصود بمنسق الرعاية

يتولى منسق برنامج خطة الاحتياجات الخاصة مسؤولية تنسيق رعايتك. سيتصل بك سنويًا لتقييم المخاطر الصحية وأيضًا بعد الخروج من المستشفى. (لمزيد من المعلومات بشأن ذلك، راجع **الفصل 2، القسم ز.**)

ج2. كيفية التواصل مع منسق رعايتك

راجع **الفصل 2**, **القسم ز** للحصول على معلومات بشأن كيفية التواصل مع منسق رعايتك.

ج3. كيفية تغيير منسق رعايتك

لتغيير منسق رعايتك، تواصل معه (راجع **الفصل 2**, **القسم ز** للحصول على معلومات).

د. الرعاية التي يقدمها مقدمو الخدمات

د1. الرعاية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية (PCP)

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

تعريف PCP وما يفعله PCP من أجلك

مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك هو طبيب يفي بمتطلبات الولاية، ويُدرب على تقديم الرعاية الطبية الأولية لك. سينسق PCP المتابع لحالتك رعايتك أيضًا. يتضمن "تنسيق" رعايتك مراجعة مقدمي الخدمة الآخرين التابعين للشبكة أو التشاور معهم حول رعايتك وكيفية إجرائها. في بعض الحالات، سيحتاج PCP المتابع لحالتك إلى الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة) منا. (راجع القسم د**2** في هذا الفصل لمزيد من المعلومات).

اختيارك لـ PCP

عادةً ما يمارس PCP الطب العام (يُسمى أيضًا طب البالغين أو الطب الباطني وممارسة الأسرة) وأحيانًا طب التوليد/أمراض النساء. في بعض مرافق الشبكة، إذا كنت تفضل ذلك، يمكنك اختيار ممرض ممارس أو مساعد طبيب متاح ليكون مقدم رعايتك الأولية. يُشار إلى PCP في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

يقدّم PCP المتابع لحالتك الخدمات المشمولة بالتغطية والضرورية طبيًا، أو يصفها أو يعتمدها. سيقدم PCP المتابع لحالتك معظم الرعاية الروتينية أو الأساسية التي تتلقاها، وسيوفر الإحالة حسب الحاجة لمراجعة مقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة للحصول على الرعاية الأخرى التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، لرؤية أحد الاختصاصيين، عادة ما تحتاج إلى الحصول على موافقة PCP المتابع لحالتك أولاً (وهذا ما يسمى الحصول على "إحالة" إلى اختصاصي). هناك بعض أنواع الخدمات المشمولة بالتغطية التي يمكنك الحصول عليها مباشرةً دون التواصل مع PCP أولًا (راجع قسم "الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون موافقة PCP" في هذا الفصل).

يرجى مراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لديك أو الاتصال بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات حول اختيار PCP ومقدمي الخدمات الذين يستقبلون مرضى جددًا.

خيار تغيير PCP

يمكنك تغيير PCP المتابع لحالتك لأي سبب وفي أي وقت. من الممكن أيضًا أن يغادرPCP شبكة خطتنا. إذا غادر PCP شبكتنا، فيمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد في شبكتنا. سيصبح اختيارك لـ PCP ساريًا على الفور.

لاختيار تغييرPCP المتابع لحالتك، يرجى الاتصال **برقم اختيار الطبيب الشخصي لدينا على** (711 TTY) 1616-956-888-1، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى 7 مساءً. **ويمكنك أيضًا إجراء اختيارك عبر** kp.org/finddoctors.

عند الاتصال، أخبرنا إذا كنت تتلقى رعاية من أطباء اختصاصيين أو تحصل على خدمات أخرى مشمولة بالتغطية تتطلب موافقة PCP (مثل خدمات الرعاية الصحية المنزلية والمعدات الطبية المعمرة) حتى نتمكن من إخبارك ما إذا كنت بحاجة إلى إحالة من PCP الجديد لمواصلة الحصول على الخدمات. كذلك، إذا كان هناك طبيب اختصاصي أو مستشفى معيّن تابع للشبكة ترغب في الاستفادة من خدماته، فتحقق منا لمعرفة ما إذا كان PCP المتابع لحالتك يُحيل المرضى إلى ذلك الطبيب الاختصاصي أو يتعامل مع ذلك المستشفى.

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون موافقة PCP المتابع لحالتك

في معظم الحالات، تحتاج إلى موافقة PCP المتابع لحالتك قبل الاستفادة من خدمات مقدمي خدمات آخرين. تسمى هذه الموافقة **الإحالة**. يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة أدناه دون الحصول على موافقة PCP المتابع لحالتك أولاً:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو مقدمي الخدمات من خارج الشبكة
- الخدمات المشمولة بالتغطية المطلوبة بشكل عاجل والتي تتطلب عناية طبية فورية (ولكنها لا تُعد حالة طارئة)، إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من غير المعقول، بالنظر إلى الوقت والمكان والظروف، الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن أمثلة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية الموجودة. لا تُعد زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية طبيًا (مثل الفحوصات السنوية) من الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، حتى إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا أو كانت شبكة مقدمي الخدمات لدينا غير متاحة مؤقتًا.

- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا. إذا اتصلت بخدمات الأعضاء قبل مغادرتك منطقة الخدمات، فيمكننا مساعدتك في الحصول على جلسات غسيل الكلى أثناء وجودك خارج منطقة الخدمة.
- لقاحات الإنفلونزا وكوفيد-19، بالإضافة إلى لقاحات التهاب الكبد B ولقاحات الالتهاب الرئوي، شريطة الحصول عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة.
- خدمات الرعاية الروتينية لصحة المرأة وتنظيم الأسرة. يشمل ذلك فحوصات الثدي، وفحص تصوير الثدي الشعاعي (الأشعة السينية للثدي)، واختبارات عنق الرحم، وفحوصات الحوض طالما تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
- آراء ثانية من مقدم خدمة آخر تابع للشبكة.
- المواعيد في المجالات التالية: قياس البصر، وعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة، والطب النفسي.
- في منطقة Southern California، العناية بتقويم العمود الفقري التي تغطيها Medicare طالما أنك تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.

بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت عضوًا من الهنود الأمريكيين، فيمكنك الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية من مقدم خدمات الرعاية الصحية للهنود الذي تختاره، دون الحاجة إلى إحالة من PCP التابع للشبكة أو إلى موافقة مسبقة.

د2. الرعاية التي يقدمها الاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

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

- أطباء الأورام الذين يعالجون المرضى المصابين بالسرطان.
- أطباء القلب الذين يعالجون المرضى الذين يعانون من مشكلات في القلب.
- أطباء العظام الذين يعالجون المرضى الذين يعانون من مشكلات في العظام أو المفاصل أو العضلات.

الإحالات المقدمة من PCP المتابع لحالتك

عادةً ما تراجع PCP المتابع لحالتك أولًا لتلبية معظم احتياجاتك من الرعاية الصحية الروتينية. هناك أنواع قليلة فقط من الخدمات المشمولة بالتغطية التي يمكنك الحصول عليها مباشرةً دون موافقة PCP المتابع لحالتك أولًا، وهي موضحة أعلاه في **القسم د1**.

يمكن أن تكون الإحالة المكتوبة لزيارة واحدة أو يمكن أن تكون إحالة دائمة لأكثر من زيارة واحدة إذا كنت بحاجة إلى خدمات مستمرة. يجب أن نمنحك إحالة دائمة إلى أخصائي مؤهل لأيٍّ من الحالات التالية:

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض نفسي أو جسدي يهدد الحياة؛
- مرض تنكّسي أو إعاقة؛
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد بما يكفي ليتطلب العلاج على يد أخصائي.

إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة، فلا يمكن 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 المتابع لحالتك رعاية لا يوفرها PCP (على سبيل المثال، الرعاية التخصصية)، فسوف يمنحك إحالة لزيارة اختصاصي تابع للشبكة أو مقدم خدمة آخر تابع للشبكة حسب الحاجة. إذا أحالك PCP المتابع لحالتك إلى اختصاصي تابع للشبكة، فستكون الإحالة لخطة علاج محددة. يمكن أن تتضمن خطة العلاج الخاصة بك إحالة دائمة في حال تم التوصية بالخضوع إلى رعاية مستمرة من الأخصائي. 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 الاختصاصي التابع للشبكة بعد زيارة الاستشارة المبدئية الخاصة بك ما لم نسمح بزيارات إضافية في إحالتك. وإلا، لا يمكن تغطية الخدمات.

الإذن المسبق

بالنسبة للخدمات والعناصر المدرجة أدناه، سيحتاج مقدم الخدمات التابع للشبكة إلى الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا أو المجموعة الطبية (وهذا ما يسمى بالحصول على "إذن مسبق"). ستُتخذ القرارات بشأن طلبات الحصول على الموافقة من قبل الأطباء المرخص لهم أو غيرهم من العاملين في المجال الطبي المرخص لهم حسب الأصول فقط. إذا لم توافق في أي وقت على قرارات الموافقة، فيمكنك تقديم استئناف على النحو الموضح في **الفصل 9.**

- الخدمات والأصناف المحددة في **الفصل 4** بعلامة الحاشية (†).
- إذا قرر مقدم الخدمات التابع لشبكتك أنك بحاجة إلى خدمات مشمولة بالتغطية غير متوفرة من مقدمي خدمات الشبكة، فسوف يوصي المجموعة الطبية بإحالتك إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة داخل منطقة خدمتنا أو خارجها. سيعتمد الشخص المُعين من المجموعة الطبية الخدمات إذا قرر أن الخدمات المشمولة بالتغطية ضرورية من الناحية الطبية وليست متوفرة من مقدم خدمة تابع للشبكة. ستكون الإحالات إلى مقدمي الخدمة غير التابعين للشبكة لخطة علاج محددة، والتي يمكن أن تشمل إحالة دائمة إذا تمت التوصية الطبية بالرعاية المستمرة. وهي تحدد مدة الإحالة دون الحاجة إلى الحصول على موافقة إضافية من جانبنا. يُرجى طرح الأسئلة على مقدم الخدمة التابع للشبكة 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، فيرجى الاتصال بمقدم الخدمة 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 ستكون مشمولة بالتغطية عند تلقيها من مقدم خدمة تابع للشبكة، فسنأذن برعايتك من مقدم الخدمة غير التابع للشبكة فقط إذا لم نتمكن من الترتيب للحصول على مقدم خدمة تابع للشبكة (أو أي مقدم خدمة معين آخر) يقدم الرعاية. يرجى مراجعة **القسم ح** في هذا الفصل لمزيد من المعلومات.
- جراحة المتحولين جنسيًا اللازمة طبيًا والإجراءات المرتبطة بها.
- الرعاية المقدمة من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، على النحو الموضح في **القسم ك** من هذا الفصل.
- للأعضاء في Northern California فقط: إذا أحال إليك أحد مقدّمي الخدمات في الشبكة، بموجب إحالة خطية أو إلكترونية، لإجراء تقييم لزراعة الأعضاء، فستعتمد اللجنة أو المجلس الإقليمي الاستشاري لزراعة الأعضاء التابع للمجموعة الطبية، أو لجنة مناقشة الحالات (إن وُجدت)، الإحالةَ إذا قررت أنك مرشح محتمل لزراعة الأعضاء وأن الخدمة مشمولة بالتغطية وفقًا لإرشادات Medicare. في الحالات التي لا توجد فيها لجنة أو مجلس للإقرار بعمليات الزرع، ستحيلك المجموعة الطبية إلى طبيب (أطباء) في مركز زرع، وستأذن المجموعة الطبية بالخدمات إذا قرر طبيب (أطباء) مركز الزرع أنها ضرورية من الناحية الطبية أو مشمولة بالتغطية بموجب الاتفاق مع إرشادات بَرنامج Medicare. ملاحظة: يمكن لطبيب تابع للشبكة توفير عملية زرع القرنية أو الإذن بها دون استخدام إجراء إذن زرع المجموعة الطبية هذا.

د3. عندما يغادر أحد مقدّمي الخدمات خطتنا

قد يغادر مقدم الخدمات التابع للشبكة الذي تتعامل معه خطتنا. إذا غادر أحد مقدّمي الخدمات لديك خطتنا، فلك الحقوق والضمانات الموضحة بإيجاز أدناه:

- حتى إذا تغيرت شبكة مقدمي الخدمات لدينا خلال العام، يجب أن نمنحك وصولاً غير متقطع إلى مقدمي خدمات مؤهلين.
- سنخطرك بأن مقدم الخدمة المتابع لحالتك سيغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمة جديد.
  - إذا غادر مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الرعاية الصحية السلوكية خطتنا، فسنخطرك إذا كنت قد زرت مقدم الخدمة هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
  - إذا غادر أيٌّ من مقدّمي الخدمات الآخرين لدينا الخطة، فسنخطرك إذا كنت مُعيَّنًا لديهم أو تتلقى الرعاية منهم حاليًا أو سبق أن زرتهم خلال الأشهر الثلاثة 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 خدمتك الحالي، فيحق لك أن تطلب استمرار تلقي العلاج أو العلاجات اللازمة طبيًا من مقدم خدمة آخر تابع لشبكتنا. سنتعاون معك حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على الرعاية.
- سنزوّدك بمعلومات عن فترات التسجيل المتاحة والخيارات التي قد تكون متاحة لك لتغيير الخطط.
- إذا لم نتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، فيجب علينا ترتيب اختصاصي خارج الشبكة لتقديم الرعاية لك عندما لا يتوفر مقدم خدمة أو ميزة داخل الشبكة أو تكون غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية. سيعتمد الشخص المُعين من المجموعة الطبية الخدمات إذا قرر أن الخدمات المشمولة بالتغطية ضرورية من الناحية الطبية وليست متوفرة من مقدم خدمة تابع للشبكة. ستكون الإحالات إلى مقدمي الخدمة غير التابعين للشبكة لخطة علاج محددة، والتي يمكن أن تشمل إحالة دائمة إذا تمت التوصية الطبية بالرعاية المستمرة. وهي تحدد مدة الإحالة دون الحاجة إلى الحصول على موافقة إضافية من جانبنا. يُرجى طرح الأسئلة على مقدم الخدمة التابع للشبكة 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، فيرجى الاتصال بمقدم الخدمة التابع لشبكتك.
- إذا علمت أن أحد مقدمي الخدمات لديك سيغادر خطتنا، فاتصل بنا. بإمكاننا مساعدتك في اختيار مقدم خدمة جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الخدمة السابق بآخر مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، فيحق لك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة (QIO)، أو تظلم يتعلق بجودة الرعاية، أو كليهما. (راجع **الفصل 9** للحصول على مزيد من المعلومات.)

د4. مقدمو الخدمات من خارج الشبكة

إذا استعنت بمقدم خدمة من خارج الشبكة، فيجب أن يقبل مقدم الخدمة برنامج 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 الخدمات إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

هـ. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأمد (LTSS)

يمكن أن تساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في مستشفى أو مرفق تمريض ماهر. لديك إمكانية الوصول إلى LTSS معينة من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مرافق التمريض الماهرة، وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، والدعم المجتمعي. يتوفر نوع آخر من LTSS، وهو برنامج خدمات الدعم في المنزل، من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في المقاطعة.

يمكنك أن تطلب من طبيبك أو منسق رعايتك الحصول على مزيد من المعلومات حول LTSS بما في ذلك IHSS. يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على IHSS من خلال التواصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية المختصة في المقاطعة والمبيّنة في **الفصل 4**، **القسم و4** من دليل الأعضاء هذا.

و. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة)

لديك الحق في إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية اللازمة طبيًا التي يغطيها بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها بَرنامج Medicare ورعاية برنامج Medi-Cal المُدارة. لا تقدم خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal أو خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة وفقًا للمقاطعة، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك، المحددة أدناه:

- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Alameda على الرقم 1-800-491-9099 (TTY 1-800-533-5018)
- إدارة خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة في مقاطعة Alameda على الرقم 1-844-682-7215 (TTY 1-800-533-5018)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Amador على الرقم 1-888-310-6555 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Contra Costa على الرقم 1-888-678-7277 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة El Dorado على الرقم 1-800-929-1955 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Fresno على الرقم 1-800-654-3937 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Kern على الرقم 1-800-991-5272 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Kings على الرقم 1-800-655-2553 (TTY 711)
- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles على الرقم 1-800-854-7771 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Madera على الرقم 1-888-275-9779 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Marin على الرقم 1-888-818-1115 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Mariposa على الرقم 1-800-549-6741 (TTY 711)
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة Napa على الرقم 1-800-648-8650 (TTY 711)
- خدمات الصحة العقلية والتعافي في مقاطعة Orange على الرقم 1-855-625-4657 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Placer على الرقم 1-888-886-5401 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Riverside على الرقم 1-800-499-3008 (TTY 711)

- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino على الرقم 1-888-743-1478 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego على الرقم 1-888-724-7240 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Sacramento على الرقم 1-888-881-4881 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية والتعافي في مقاطعة San Mateo على الرقم 1-800-686-0101 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Francisco على الرقم 1-888-246-3333 (711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Joaquin على الرقم 1-888-468-9370 (711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Santa Clara على الرقم 1-800-704-0900 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Santa Cruz على الرقم 1-800-952-2335 (711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Solano على الرقم 1-800-547-0495 (711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Sonoma على الرقم 1-800-870-8786 (711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Stanislaus على الرقم 1-888-376-6246 (711)
- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Tulare على الرقم 1-800-320-1616 (TTY 711)
- إدارة خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة في مقاطعة Tulare على الرقم 1-866-732-4114 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Ventura على الرقم 1-866-998-2243 (TTY 711)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Yolo على الرقم 1-888-965-6647 (TTY 1-800-735-2929)
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة Yuba على الرقم 1-888-923-3800

و1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal والمقدمة خارج نطاق خطتنا

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية التخصصية من برنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي معايير الحصول على خدمات الصحة العقلية التخصصية. تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة ضمن Medi-Cal، التي تقدمها وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك (المحددة في **القسم و** من هذا الفصل)، ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج النهاري المكثف
- خدمات إعادة التأهيل النهارية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات دعم الاستقرار في الأزمات
- خدمات العلاج السكني للبالغين
- خدمات العلاج السكني للأزمات

- خدمات مرافق الصحة النفسية
- خدمات الأمراض النفسية للمرضى الداخليين
- إدارة الحالات المستهدفة
- خدمات إعادة الاندماج للمشاركين في نظام العدالة، عند توفرها
- العلاج المجتمعي المكثف (assertive community treatment, ACT)، عند توفره
- العلاج المجتمعي المكثف للطب الشرعي (forensic assertive community treatment, FACT)، عند توفره
- الرعاية المتخصصة المنسقة (coordinated specialty care, CSC) للذهان في أول نوبة (first episode psychosis, FEP)، عند توفرها
- خدمات النادي الاجتماعي، عند توفرها
- خدمات العاملين الصحيين المجتمعيين المعززة (enhanced community health worker, CHW)، عند توفرها
- التوظيف المدعوم، عند توفره
- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية البديلة العلاجية

تشمل خدمات Drug Medi-Cal (DMC) التي تقدمها مقاطعتك ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف في العيادات الخارجية
- الإقامة العلاجية للاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة
- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- برنامج علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها

تتوفر لك خدمات نظام تقديم خدمات Drug Medi-Cal (DMC-ODS) من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك، إذا استوفيت معايير الحصول على هذه الخدمات. تشمل خدمات DMC-ODS ما يلي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- خدمات العلاج المكثف في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج الجزئي في المستشفيات
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج السكني
- خدمات إدارة أعراض الانسحاب

- برنامج علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية
- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها
- خدمات إدارة الطوارئ، عند توفرها
- خدمات علاج المرضى الداخليين

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، يمكنك الاستفادة من خدمات إزالة السموم الاختيارية للمرضى الداخليين إذا استوفيت المعايير المطلوبة.

ز. خدمات النقل

ز1. النقل الطبي لغير حالات الطوارئ

يحق لك النقل الطبي للحالات غير الطارئة (NEMT) إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام السيارة أو الحافلة أو سيارة الأجرة للذهاب إلى مواعيدك. يمكن توفير خدمات NEMT لجميع الخدمات التي يغطيها Medi-Cal، مثل مواعيد الرعاية الطبية، وطب الأسنان، والصحة العقلية، وعلاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، والصيدلية. إذا كنت بحاجة إلى خدمات NEMT، فيمكنك التحدث إلى مقدم الخدمة التابع للشبكة أو طبيب الأسنان أو مقدم خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، وطلب هذه الخدمة. سيقرر مقدم الخدمة نوع النقل المناسب لتلبية احتياجاتك. إذا كنت بحاجة إلى خدمات NEMT، فسيصفها لك مقدم الخدمة من خلال إكمال نموذج وتقديمه إلى خطة Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على الموافقة. بناءً على احتياجاتك الطبية، قد تتمكن من الحصول على موافقة لمدة تصل إلى 12 شهرًا. سيعيد PCP المتابع لحالتك تقييم حاجتك إلى خدمات NEMT حسب الضرورة أو عند انتهاء مدة الوصفة، وقد يعيد الموافقة على خدمات NEMT لمدة تصل إلى 12 شهرًا.

تشمل خدمات NEMT النقل في سيارة إسعاف أو شاحنة مجهزة لنقل المرضى أو شاحنة لنقل المرضى بالكراسي المتحركة أو وسيلة نقل جوية. تتيح خطة Kaiser Permanente Dual Complete لك وسيلة النقل المشمولة بالتغطية الأقل تكلفة، وأفضل خدمات NEMT التي تتناسب مع احتياجاتك الطبية، عند حاجتك إلى وسيلة نقل للوصول إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا كان بإمكانك الانتقال جسديًا أو طبيًا بواسطة سيارة نقل مجهزة بكرسي متحرك، فلن تدفع خطة Kaiser Permanente Dual Complete تكاليف سيارة الإسعاف. لا يحق لك استخدام النقل الجوي إلا إذا كانت حالتك الطبية تجعل استخدام أي شكل من أشكال النقل البري غير ممكن.

يجب استخدام خدمات NEMT في الحالات التالية:

- إذا كنت بحاجة إليها جسديًا أو طبيًا كما هو محدد من خلال إذن كتابي من مقدم خدمة تابع للشبكة أو طبيب الأسنان أو مقدم خدمة علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو سيارة الأجرة أو السيارة أو الشاحنة للوصول إلى موعدك.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة من السائق من وإلى مكان إقامتك أو السيارة أو مكان تلقي العلاج بسبب إعاقة جسدية أو ذهنية.

لطلب خدمة النقل الطبي التي وصفها طبيبك **للمواعيد الروتينية** غير العاجلة، اتصل بخطة Kaiser Permanente Dual Complete قبل موعدك بثلاثة أيام عمل على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة). لحجز **المواعيد**، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة تعريف عضويتك (ID) جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

حدود النقل الطبي

توفر خطة Kaiser Permanente Dual Complete النقل الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية من منزلك إلى أقرب مقدم خدمة حيثما يتوفر موعد. لا يتم توفير النقل الطبي إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal لا يغطي الخدمة. إذا كان نوع الموعد يغطيه برنامج Medi-Cal ولكن ليس من خلال الخطة الصحية، فسوف تساعدك Kaiser Permanente Dual Complete في جدولة وسيلة النقل الخاصة بك. توجد قائمة بالخدمات المشمولة بالتغطية في **الفصل 4** من هذا الدليل. لا تُغطى خدمات النقل خارج شبكة خطة Kaiser Permanente Dual Complete أو منطقة خدماتها، ما لم يُوافق عليها مسبقًا.

ز2. النقل غير الطبي

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

- عند السفر من وإلى موعد للحصول على خدمة مصرح بها من قِبل مقدم الخدمة لديك، **أو**
- عند استلام أدوية الوصفات الطبية والمستلزمات الطبية

تسمح لك خطة Kaiser Permanente Dual Complete باستخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو أي وسيلة عامة/خاصة أخرى للوصول إلى موعدك الطبي للخدمات التي يأذن بها مقدم الخدمة المتابع لحالتك. تستعين خطة Kaiser Permanente Dual Complete بمورّدين لترتيب خدمات NMT. ونحن نغطي نوع NMT الأقل تكلفة والذي يلبي احتياجاتك الطبية.

في بعض الحالات، قد يُسمح لك باسترداد تكاليف الرحلات بسيارة خاصة التي ترتبها بنفسك. يجب أن توافق خطة Kaiser Permanente Dual Complete على ذلك **قبل** حصولك على وسيلة النقل، ويجب أن توضح لنا سبب عدم تمكنك من استخدام وسيلة نقل أخرى، مثل الحافلة. يمكنك إخبارنا عن طريق الاتصال أو البريد الإلكتروني، أو شخصيًا. **لا يمكنك استرداد تكاليف القيادة بنفسك.**

يتطلب تعويض الأميال المقطوعة كلاً ما يلي:

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

لطلب وسيلة نقل للخدمات المصرح بها، اتصل بخط خدمات النقل لدينا على الرقم 1-844-299-6230 (TTY 711) قبل موعدك بثلاثة أيام عمل على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة). لحجز **المواعيد العاجلة**، اتصل في أقرب وقت ممكن. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات. يرجى أن يكون كل الآتي معك عند الاتصال:

- بطاقة تعريف عضويتك (ID) في Kaiser Permanente.
- تاريخ ووقت مواعيدك الطبية.
- عنوان المكان الذي يجب أخذك منه 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: قد يتصل الأعضاء من الهنود الأمريكيين بالعيادة الصحية الهندية المحلية لطلب وسيلة نقل غير طبية.

حدود النقل غير الطبي

توفر خطة Kaiser Permanente Dual Complete خدمة NMT الأقل تكلفة التي تلبي احتياجاتك، من منزلك إلى أقرب مقدم خدمة يتوفر لديه موعد. **لا يمكنك القيادة بنفسك أو الحصول على تعويض مباشر عن ذلك.**

لا تنطبق خدمة NMT في الحالات التالية:

- إذا كانت هناك حاجة إلى سيارة إسعاف أو سيارة نقل للمرضى على نقالة أو سيارة نقل مجهزة بكرسي متحرك أو أي وسيلة أخرى من وسائل النقل الطبي غير الطارئ للوصول إلى الخدمة.
- إذا كنت تحتاج إلى مساعدة من السائق من وإلى المنزل أو السيارة أو مكان العلاج بسبب حالة جسدية أو طبية.
- إذا كنت تستخدم كرسي متحرك ولا يمكنك الصعود إلى السيارة أو النزول منها دون مساعدة من السائق.
- الخدمة غير مشمولة بتغطية Medicare أو Medi-Cal.

ح. الخدمات المشمولة بالتغطية في حالات الطوارئ الطبية، أو عند الحاجة إلى رعاية عاجلة، أو أثناء وقوع كارثة

ح1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الطوارئ الطبية هي حالة طبية مصحوبة بأعراض، مثل المرض أو الألم الشديد أو الإصابة الخطيرة أو حالة طبية تزداد سوءًا بشكل سريع. 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 حياتك أو على حياة طفلك الذي لم يولد بعد، **أو**
- فقدان وظائف الجسم أو حدوث ضرر جسيم بها؛ **أو**
- ضعف خطير في أي جهاز من أجهزة الجسم أو جزء منه؛ **أو**
- في حالة المرأة الحامل التي تكون في حالة مخاض نشط، 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.

إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة:

- **احصل على المساعدة** في أقرب **وقت ممكن.** اتصل برقم 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اطلب سيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لا تحتاج إلى موافقة أو إحالة من PCP المتابع لحالتك. لا تحتاج إلى الاستعانة بمقدم خدمة تابع للشبكة. يمكنك الحصول على رعاية طبية طارئة مشمولة بالتغطية، متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها أو في جميع أنحاء العالم، من أي مقدم خدمة يتمتع بترخيص حكومي مناسب، حتى إذا كان غير تابع لشبكتنا.
- **أخبر خطتنا بحالة الطوارئ التي تعرضت لها 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 الحالات الطارئة إذا تأخرت في إخبارنا. الرقم المراد الاتصال به مُدرج على ظهر بطاقة عضوية خطتك.

الخدمات المشمولة بالتغطية في حالات الطوارئ الطبية

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في المواقف التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. نحن نغطي أيضًا الخدمات الطبية أثناء الحالات الطارئة. لمعرفة المزيد، راجع مخطط المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا.

يقرر مقدمو الخدمة الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة ومتى تنتهي الحالة الطارئة الطبية. سيستمرون في علاجك وسيتصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى رعاية متابعة للتحسن.

تغطي خطتنا تكاليف رعايتك للمتابعة. إذا حصلت على رعاية الطوارئ من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة، فسنحاول إقناع مقدمي الخدمات التابعين للشبكة بتولي رعايتك في أقرب وقت ممكن.

سنتعاون مع الأطباء الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ للمساعدة في تنسيق رعايتك ومتابعتها. بعد انتهاء الحالة الطارئة، يحق لك متابعة الرعاية للتأكد من أن حالتك مستقرة. سيواصل أطباؤك علاجك إلى أن يتواصل أطباؤك معنا ويضعوا خطة لتوفير رعاية إضافية لك. وسنغطي تكاليف رعاية ما بعد استقرار الحالة وفقًا للقوانين المعمول بها. ومن المهم جدًا أن يتصل مقدم الخدمة المتابع لحالتك بنا للحصول على موافقة مسبقة على رعاية ما بعد استقرار الحالة **قبل** أن تتلقى الرعاية من مقدم خدمة من خارج الشبكة. يجب أن يحصل مقدم الخدمة الذي يعالجك على إذن منا قبل أن ندفع تكاليف رعاية ما بعد استقرار الحالة. في معظم الحالات، ستتحمل المسؤولية المالية فقط إذا أخطرك مقدم الخدمة غير التابع للشبكة أو نحن بشأن مسؤوليتك المحتملة.

لطلب موافقة مسبقة لكي تتلقى رعاية ما بعد استقرار الحالة من مقدم خدمة خارج الشبكة، يجب أن يتصل بنا مقدم الخدمة على الرقم 1-800-225-8883 (TTY 711). كما يمكنهم أيضًا الاتصال على رقم الهاتف الموجود على ظهر بطاقة تعريف عضويتك (ID) في Kaiser Permanente. يجب أن يتصل مقدم الخدمة بنا قبل أن تحصل على الخدمات.

عندما يتصل مقدم الخدمة، 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، يمكن أن نرتب لتقديم الرعاية من جانب مقدم خدمة تابع للشبكة.

إذا قررنا أن يتولى مستشفى ضمن الشبكة، أو مرفق تمريض ماهر، أو مقدم خدمة آخر تقديم الرعاية لك، فيمكننا التصريح بخدمات النقل الضرورية طبيًا لنقلك إلى مقدم الخدمة. يمكن أن يشمل ذلك خدمات النقل الخاصة التي لا نشملها عادة بالتغطية.

ينبغي أن تسأل مقدم الخدمة عن الرعاية التي صرّحنا بها (بما في ذلك أي خدمات نقل). فنحن غطي فقط الخدمات أو خدمات النقل المرتبطة التي صرّحنا بها. إذا طلبت خدمات غير مشمولة بالتغطية وحصلت عليها، فلا يمكننا السداد إلى مقدم الخدمة لقاء تلك الخدمات.

تتضمن رعاية ما بعد الاستقرار أيضاً المعدات الطبية طويلة الأجل ("DME") فقط عند تلبية كافة الشروط التالية:

- يُغطّى عنصر DME كما هو موضح في **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا.
- عندما يكون من الضروري طبيًا بالنسبة لك الحصول على أصناف DME بعد أن تخرج من المستشفى.
- عندما تكون أصناف DME ذات صلة بالرعاية الطارئة التي تلقيتها في المستشفى.

الحصول على رعاية طارئة عندما لا تكون الحالة 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.

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

- إذا كنت تستعين بمقدم خدمة تابع للشبكة.
- أو تعد الرعاية الإضافية التي تحصل عليها "رعاية مطلوبة بشكل عاجل" وأنت تتبع القواعد للحصول عليها. راجع القسم التالي.

ح2. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي الرعاية التي تحصل عليها في حالة ليست طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد تتعرض لتفاقم مفاجئ لحالة صحية موجودة لديك أو لمرض أو إصابة غير متوقعة.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل في منطقة خدمة خطتنا

نغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل فقط في الحالات التالية:

- إذا كنت تحصل على رعايتك من مقدم خدمة تابع للشبكة
- وكنت تتبع القواعد الموضحة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى مقدم خدمة تابع للشبكة، نظرًا لوقتك أو مكانك أو ظروفك، فسنغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمة غير تابع للشبكة.

نعلم أنه من الصعب أحيانًا معرفة نوع الرعاية التي تحتاج إليها. 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 مناسبًا 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 فعله في حال إغلاق أحد مرافق الشبكة، أو تقديم المشورة لك بشأن ما يجب فعله بعد ذلك، بما في ذلك تحديد موعد رعاية عاجلة في نفس اليوم لك إذا كان ذلك مناسبًا من الناحية الطبية. للتحدث مع ممرضة المشورة الهاتفية على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع أو لحجز موعد، يُرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة أرقام الهواتف المخصصة لحجز المواعيد والاستشارات.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل 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 المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم خدمة. ولكن، لا تُعد الزيارات الروتينية الضرورية طبيًا لمقدم الخدمة، مثل الفحوصات السنوية، مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

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

- إذا كنت خارج منطقة خدمتنا بشكل مؤقت.
- إذا كانت الخدمات ضرورية لعلاج مرض أو إصابة غير متوقعة لمنع تدهور خطير في صحتك.
- إذا لم يكن من المعقول تأخير العلاج حتى عودتك إلى منطقة خدمتنا.
- ستكون الخدمات مشمولة بالتغطية لو تلقيتها من مقدم خدمة تابع للشبكة.

ح3. الرعاية في حالات الكوارث

إذا أعلن حاكم ولاية California 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.

تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها أثناء وقوع كارثة معلنة: kp.org.

خلال الكارثة المعلنة، إذا لم تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمة تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة بمعدل مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من الاستعانة بصيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة معلنة، فيمكنك صرف الأدوية في صيدلية غير تابعة للشبكة. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات.

ط. إصدار فاتورة لك مباشرةً مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية

إذا دفعت مبلغًا يتجاوز مشاركتك في تكاليف الخطة، أو تلقيت فاتورة بكامل تكلفة الخدمات الطبية المشمولة بالتغطية، فراجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا لمعرفة ما ينبغي عليك فعله.

لا ينبغي أن تدفع الفاتورة بنفسك. إذا فعلت ذلك، فقد لا نتمكن من السداد لك.

ط1. الإجراءات المتبعة إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي يُحدَّد أنها ضرورية من الناحية الطبية،
- والمدرجة في مخطط مزايا خطتنا (راجع **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا)،
- والتي تحصل عليها باتباع قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، **فعليك دفع التكلفة كاملةً بنفسك**، ما لم تكن هذه الخدمات مشمولة بالتغطية ضمن برنامج آخر من برامج Medi-Cal خارج خطتنا.

إذا أردت معرفة ما إذا كنا نغطي أي خدمة أو رعاية طبية، فيحق لك أن تسألنا. يحق لك أيضًا طلب ذلك كتابيًا. إذا رفضنا دفع مقابل خدماتك، فيحق لك استئناف قرارنا.

يوضح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا ما يجب عليك فعله إذا أردت منا تغطية خدمة أو صنف طبي. ويخبرك أيضًا بكيفية استئناف قرار التغطية الذي اتخذناه. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد عن حقوقك في الاستئناف.

ندفع تكلفة بعض الخدمات حتى حدٍّ معين. إذا تجاوزت الحد، فإنك تدفع التكلفة الكاملة للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. راجع **الفصل 4** للاطلاع على الحدود المحددة للمزايا. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار ما استنفدته من مزاياك.

ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية

ي1. 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. عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية، يمكنك الاستمرار في الاشتراك في خطتنا والحصول على بقية خدمات الرعاية الصحية (الرعاية غير المرتبطة بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، **فلا** يلزم إبلاغنا أو الحصول على موافقتنا، ولكننا ننصحك بإبلاغنا أو إبلاغ مقدم الرعاية الأولية المتابع لحالتك. **لا يُشترط** أن يكون مقدمو الرعاية الذين يقدمون لك الرعاية في إطار الدراسة من مقدمي الخدمات ضمن شبكتنا. ولا ينطبق هذا على المزايا المشمولة بالتغطية التي تتطلب إجراء تجربة سريرية أو سجلًا لتقييم فائدتها، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب تغطية في إطار دراسات تطوير الأدلة (NCDs-CED) ودراسات الاستثناءات الخاصة بالأجهزة التجريبية (IDE). وقد تخضع هذه المزايا أيضًا لإذن مسبق وقواعد خطة أخرى.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية مشمولة بالتغطية للمسجلين بواسطة برنامج Original Medicare، فنحن نشجعك أنت أو منسق رعايتك على الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

ي2. دفع تكاليف الخدمات عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت في دراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئًا مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة. يدفع بَرنامج Medicare مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، سيتم شمل معظم الخدمات والعناصر التي تحصل عليها كجزء من الدراسة بالتغطية. يتضمن ذلك:

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

إذا كنت مشاركًا في دراسة **لم** يعتمدها Medicare، فعليك تحمّل أي تكاليف تترتب على مشاركتك في الدراسة.

ي3. مزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة المزيد عن الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة "Medicare والدراسات البحثية السريرية" على موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ك. كيفية تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

ك1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية

المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية هي مكان يوفر الرعاية التي ستحصل عليها عادةً في مستشفى أو مرفق تمريض ماهر. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مركز تمريض ماهر يتعارض مع معتقداتك الدينية، فإننا نغطي الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.

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

ك2. الرعاية المقدمة من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

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

- العلاج الطبي "غير المستثنى" هو أي رعاية أو علاج يكون **اختياريًا وغير مطلوب** بموجب أي قانون فيدرالي أو قانون للولاية أو قانون محلي.
- العلاج الطبي "الإلزامي" هو أي رعاية أو علاج لا يكون اختياريًا، ويكون مطلوبًا بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- لكي تغطي خطتنا الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب أن تستوفي هذه الرعاية الشروط التالية:
- يجب أن يكون المرفق الذي يقدم الرعاية معتمدًا من قبل Medicare.
- تغطي خطتنا الجوانب غير الدينية من الرعاية فقط.
- إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة تُقدَّم لك في مرفق:
  - يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على خدمات مشمولة بالتغطية للرعاية بالمستشفى كمريض داخلي أو رعاية بمرفق تمريض ماهر.
  - يجب الحصول على موافقتنا قبل إدخالك إلى المرفق، وإلا **فلن** تكون إقامتك مشمولة بالتغطية.

ملاحظة: تخضع الخدمات المشمولة بالتغطية للقيود نفسها والمشاركة في التكلفة المطبَّقة على الخدمات التي يقدمها مقدمو الخدمات التابعين للشبكة، كما هو موضح في **الفصلين 4 و12**.

ل. المعدات الطبية المعمرة (DME)

ل1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا

تتضمن المعدات الطبية المعمرة ("DME") الأصناف التي تلبي المعايير التالية:

- إذا كانت الأصناف مخصصة للاستخدام المتكرر
- إذا كانت الأصناف تُستخدم في المقام الأول وبشكل متعارف عليه لخدمة غرض طبي
- أن يكون هذا الصنف مفيدًا بوجه عام فقط لشخص مصاب بمرض أو إصابة أو قصور وظيفي أو عيب خلقي
- أن يكون هذا الصنف مناسبًا للاستخدام في المنزل أو خارجه
- أن تكون الأصناف ضرورية لمساعدتك في أنشطة الحياة اليومية ("ADLs")

تتطلب المعدات الطبية المعمرة موافقة مسبقة. تقتصر التغطية على الأصناف الأقل تكلفة والتي تلبي احتياجاتك الطبية بشكل كافٍ. نحن نختار المورّد. يجب أن تُعيد المعدات إلينا أو أن تدفع لنا سعر السوق المعقول نظير المعدات عندما نتوقف عن تغطيتها.

تتضمن DME بعض الأصناف الضرورية طبيًا التي يطلبها مقدم الخدمة، مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب 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، والبخاخات، والمشايات.

أنت تملك بعض أصناف DME، مثل الأطراف الاصطناعية.

ويجب عليك استئجار الأنواع الأخرى من أصناف DME. بصفتك عضوًا في خطتنا، **لن** تصبح مالكًا لأصناف DME المستأجرة، مهما طالت مدة استئجارك لها.

حتى إذا كنت قد استخدمت أصناف DME لمدة تصل إلى 12 شهرًا متتاليًا بموجب Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، **فلن** تصبح مالكًا لهذه المعدات.

ل2. ملكية DME عند الانتقال إلى برنامج Original Medicare

في برنامج Original Medicare، 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.

إذا لم تعد مشمولًا بتغطية برنامج Medi-Cal، فسيتعين عليك سداد 13 دفعة متتالية بموجب برنامج Original Medicare، أو سداد عدد الدفعات المتتالية الذي تحدده خطة MA، لتملك أصناف DME في الحالات التالية:

- إذا لم تصبح مالكًا لأصناف DME أثناء فترة اشتراكك في خطتنا،
- وتريد مغادرة خطتنا وتحصل على مزايا Medicare الخاصة بك خارج نطاق أي خطة صحية ضمن برنامج Original Medicare أو خطة MA.

إذا كنت قد سددت دفعات مقابل أصناف DME بموجب برنامج Original Medicare أو خطة MA قبل انضمامك إلى خطتنا، **فلن تُحسب تلك الدفعات التي سددتها بموجب برنامج Original Medicare أو خطة MA ضمن الدفعات التي يتعين عليك سدادها بعد مغادرة خطتنا**.

- سيتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بموجب برنامج Original Medicare، أو عدد من الدفعات الجديدة المتتالية الذي تحدده خطة MA حتى تصبح مالكًا لأصناف DME.
- لا توجد استثناءات لذلك عند العودة إلى برنامج Original Medicare أو خطة MA

ل3. مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضوًا في خطتنا

إذا كنت مؤهلًا للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare، فإننا نغطي ما يلي:

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

يجب إعادة معدات الأكسجين عندما لم تعد هناك حاجة إليها من الناحية الطبية أو عند مغادرتك خطتنا.

ل4. معدات الأكسجين عند الانتقال إلى برنامج Original Medicare أو إلى خطة أخرى من خطط Medicare Advantage (MA)

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية **وتغادر خطتنا وتنتقل إلى برنامج Original Medicare**، فإنك تستأجرها من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا. تغطي دفعات الإيجار الشهرية معدات الأكسجين والإمدادات والخدمات المذكورة أعلاه. يغطي بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal هذه الدفعات إذا كنت لا تزال مسجلاً في بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية **بعد استئجارها لمدة 36 شهرًا**، فيجب على المورد أن يوفر ما يلي:

- معدات الأكسجين ومستلزماته وخدماته لمدة 24 شهرًا أخرى
- معدات ومستلزمات الأكسجين لمدة تصل إلى خمس سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية

إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية **في نهاية فترة الخمس سنوات:**

- فلن يعد المورد الخاص بك مضطرًا إلى توفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
- ستبدأ فترة خمس سنوات جديدة.
- يمكنك الاستئجار من مورد لمدة 36 شهرًا.
- سيوفر المورد بعد ذلك معدات الأكسجين ومستلزماته وخدماته لمدة 24 شهرًا أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل خمس سنوات طالما أن معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية **وتغادر خطتنا وتنتقل إلى خطة MA أخرى**، فستغطي الخطة الجديدة على الأقل ما يغطيه برنامج Original Medicare. يمكنك أن تسأل خطة MA الجديدة عن معدات الأكسجين ومستلزماتها التي تغطيها، وعن التكاليف التي ستتحملها.

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. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

الأعضاء الجدد في خطة Kaiser Permanente Dual Complete: في معظم الحالات، ستُسجل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد طلبك للتسجيل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات برنامج Medi-Cal من خلال Kaiser Permanente Dual Complete. 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 أسئلة. ساعات العمل تبدأ من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، على مدار 7 أيام في الأسبوع.

الفصل 4 جدول المحتويات

أ. خدماتك المشمولة بالتغطية وتكاليفك النثرية 80

ب. قواعد تمنع مقدمي الخدمات من مطالبتك بدفع تكاليف الخدمات 80

ج. نبذة عن مخطط مزايا خطتنا 80

د. مخطط مزايا خطتنا 85

هـ. وسائل الدعم المجتمعي 140

و. المزايا المشمولة خارج نطاق خطتنا 144

و1. التحولات المجتمعية في ولاية California (CCT) 144

و2. خدمات طب الأسنان ضمن برنامج Medi-Cal Dental 144

و3. خدمات الدعم في المنزل (IHSS) 145

و4. برامج الإعفاء من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) بموجب المادة 1915(ج) 145

و5. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج نطاق خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة) 147

ز. المزايا غير المشمولة بخطتنا أو ببرنامج Medicare أو Medi-Cal 149

أ. خدماتك المشمولة بالتغطية وتكاليفك النثرية

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. يمكنك أيضًا التعرف على الخدمات غير المشمولة بالتغطية. تتوفر معلومات حول مزايا الأدوية في **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا. يشرح هذا الفصل أيضًا القيود المفروضة على بعض الخدمات.

بالنسبة إلى بعض الخدمات، تُفرض عليك تكلفة نثرية تُسمى مبلغ المشاركة في التكلفة. وهي عبارة عن مبلغ ثابت (على سبيل المثال، 5$) تدفعه في كل مرة تحصل فيها على هذه الخدمة. أنت تدفع مبلغ المشاركة في التكلفة في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمة الطبية.

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

ب. قواعد تمنع مقدمي الخدمات من مطالبتك بدفع تكاليف الخدمات

لا نسمح لمقدمي الخدمات لدينا بتوجيه فواتير لك مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. نحن ندفع لمقدمي خدماتنا مباشرة، ونحميك من أي رسوم. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من المبلغ الذي يتقاضاه مقابل الخدمة.

لا ينبغي أن تتلقى أبدًا فاتورة من أحد مقدمي الخدمات مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. إذا حدث ذلك، فراجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا أو اتصل بخدمات الأعضاء.

ج. نبذة عن مخطط مزايا خطتنا

يوضح مخطط المزايا الخدمات التي تدفع خطتنا تكاليفها. (تغطية الأدوية موضحة في **الفصل 5.**) ويسرد الخدمات المشمولة بالتغطية بالترتيب الأبجدي ويشرحها.

نحن نتحمل تكاليف الخدمات المدرجة في مخطط المزايا عند استيفاء القواعد التالية.

- نحن نقدم خدمات Medicare وMedi-Cal المشمولة بالتغطية وفقًا للقواعد التي وضعها كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات، بما في ذلك الرعاية الطبية، وخدمات الصحة السلوكية واضطراب تعاطي المواد المخدرة، والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأمد، والمستلزمات والمعدات والأدوية، "ضرورية من الناحية الطبية". يُقصد بعبارة "ضرورية من الناحية الطبية" الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها، أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويشمل ذلك الرعاية التي تساعد على تجنب دخولك إلى المستشفى أو إلى مرفق التمريض. يعني ذلك أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية.
- بالنسبة للمسجلين الجدد، قد لا نطلب منك الحصول على موافقة مسبقة خلال أول 90 يومًا لأي دورة علاجية نشطة، حتى لو كانت دورة العلاج لخدمة بدأت مع مقدم خدمة غير تابع للشبكة.
- تحصل على رعايتك من مقدم خدمة تابع للشبكة. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمة يعمل معنا. في معظم الحالات، لن نغطي الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات خارج الشبكة، ما لم تكن رعاية طارئة أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل، أو ما لم تكن خطتنا أو أحد مقدمي الخدمات التابع للشبكة قد أحالك إليه. وهذا يعني أنك قد تضطر إلى دفع التكلفة كاملةً لمقدم الخدمة مقابل الخدمات التي تحصل عليها خارج الشبكة. **يحتوي الفصل 3** من دليل الأعضاء هذا على مزيد من المعلومات حول الاستعانة بمقدمي خدمات تابعين للشبكة ومن خارج الشبكة
- يتوفر لديك مقدم رعاية أولية (PCP) أو فريق رعاية يوفر لك الرعاية ويديرها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP المتابع لحالتك الموافقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمات غير PCP المتابع لحالتك، أو الاستعانة بمقدمي خدمات آخرين في شبكة خطتنا. هذا يسمى الإحالة. **يحتوي الفصل 3** من دليل الأعضاء هذا على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة والحالات التي لا تحتاج فيها إلى إحالة

- نحن نغطي بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقتنا أولاً. يسمى هذا الإذن المسبق (PA). نضع علامة على الخدمات المشمولة بالتغطية في مخطط المزايا التي تحتاج إلى PA مع حاشية سفلية (†). بالإضافة إلى ذلك، راجع **الفصل 3**، لمزيد من المعلومات حول PA، بما في ذلك الخدمات الأخرى التي تتطلب PA غير المدرجة في مخطط المزايا.

- إذا كانت خطتك توفر الموافقة على طلب PA للحصول على دورة علاج، فيجب أن تكون الموافقة سارية طالما كانت معقولة طبيًا وضرورية لتجنب انقطاع الرعاية بناءً على معايير التغطية، وتاريخك الطبي، وتوصيات مقدم الخدمات الطبية المعالج.

- كما هو الحال مع جميع خطط Medicare الصحية، نغطي جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare. (لمعرفة المزيد عن التغطية والتكاليف في إطار برنامج Original Medicare، راجع كتيب 2027 *Medicare & You*. يمكنك عرضه عبر الإنترنت على www.Medicare.gov أو طلب نسخة منه بالاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.)

- إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2027، فسيغطي برنامج Medicare أو خطتنا تلك الخدمات.

- إذا فقدت خطة Medi-Cal خلال فترة 4 أشهر التي يُعتبر فيها استمرار أهليتك ساريًا، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare المشمولة بتغطية خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، قد تنتهي تغطية Medi-Cal الخاصة بك في وقت أقرب من تغطية Medicare معنا. عند انتهاء تغطيتك في برنامج Medi-Cal، لن نتحمل تكاليف مزايا Medi-Cal الخاصة بك. ستتغير مشاركتك في التكلفة مقابل المزايا التي تغطيها Kaiser Permanente Dual Complete، على النحو الموضح في مخطط المزايا الوارد في دليل الأعضاء هذا. قد تفقد أيضًا المساعدة الإضافية من بَرنامج Medicare لمساعدتك على دفع ثمن الأدوية بموجب الجزء د من بَرنامج Medicare.

سنساعدك على أن تستعيد أهليتك لخطة Medi-Cal. إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal أثناء استمرار تسجيلك لدينا للحصول على تغطية Medicare، فسنستأنف تغطية تكاليف مزايا Medi-Cal، وستستمر عضويتك لدينا. إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal بعد إنهاء تسجيلك في تغطية Medicare لدينا، فسيتعين عليك الاتصال بنا لإعادة التسجيل في الخطة.

معلومات مهمة عن المزايا للأعضاء المصابين ببعض الأمراض المزمنة – لأعضاء Southern California فقط

- إذا كنت مصابًا بأي من الأمراض المزمنة المدرجة أدناه وتستوفي معايير معينة، فقد تكون مؤهلًا للحصول على مزايا تكميلية خاصة لذوي الأمراض المزمنة:

  - اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطراب تعاطي المواد المخدرة الأخرى (substance use disorders, SUD)
  - اضطرابات المناعة الذاتية:
    - التهاب الشرايين العقدي
    - التهاب العضلات الروماتيزمي
    - التهاب العضلات المتعدد
    - التهاب العضلات والجلد
    - التهاب المفاصل الروماتويدي
    - الذئبة الحمامية الجهازية
    - التهاب المفاصل الصدفي
    - تصلُّب الجلد
  - السرطان
  - اضطرابات القلب والأوعية الدموية:
    - اضطرابات نظم القلب
    - مرض الشريان التاجي
    - مرض الأوعية الدموية الطرفية
    - أمراض صمامات القلب

- قصور القلب المزمن
- الخَرَف
- مرض السكري
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض
- أمراض الجهاز الهضمي المزمنة:
  - مرض الكبد المزمن
  - مرض الكبد الدهني غير الكحولي (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
  - التهاب الكبد الوبائي ب
  - التهاب الكبد الوبائي ج
  - التهاب البنكرياس
  - متلازمة القولون العصبي
  - مرض التهاب الأمعاء
- مرض الكلى المزمن (Chronic kidney disease, CKD):
  - CKD الذي يتطلب غسيل الكلى/المرحلة النهائية من مرض الكلى (End-stage renal disease, ESRD)
  - CKD الذي لا يتطلب غسيل الكلى
- اضطرابات الدم الشديدة:
  - فقر الدم اللاتنسجي
  - مرض نزف الدم
  - فُرفُرية نقص الصفيحات المناعية
  - متلازمة خلل التنسج النخاعي
  - مرض الخلايا المنجلية (باستثناء سجية الخلايا المنجلية)
  - اضطراب الانصمام الخثاري الوريدي المزمن
- فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS)
- اضطرابات الرئة المزمنة:
  - الربو، والتهاب الشعب الهوائية المزمن
  - التليف الكيسي
  - انتفاخ الرئة
  - التليف الرئوي
  - ارتفاع ضغط الدم الرئوي
  - مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- حالات الصحة العقلية المزمنة والمُسبِّبة للعجز:
  - الاضطرابات ثنائية القطب
  - الاضطرابات الاكتئابية الرئيسية
  - الاضطراب الزوراني
  - الفُصام
  - الاضطراب الفصامي العاطفي
  - اضطراب الكرب التالي للصدمة (Post-traumatic stress disorder, PTSD)
  - اضطرابات الأكل
  - اضطرابات القلق
- الاضطرابات العصبية:
  - التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
  - الصرع
  - الشلل الشديد (أي: الشلل النصفي، الشلل الرباعي، الشلل السفلي، الشلل الأحادي)
  - مرض هنتنغتون
  - التصلب المتعدد.
  - مرض باركنسون
  - اعتلال الأعصاب المتعدد
  - الألم العضلي الليفي
  - متلازمة التعب المزمن

- إصابات الحبل الشوكي
- تضيق القناة الشوكية
- العجز العصبي الناجم عن السكتة الدماغية

- السكتة الدماغية
- رعاية ما بعد زراعة الأعضاء
- نقص المناعة واضطرابات تثبيط المناعة
- الحالات المرتبطة بالقصور الإدراكي:
  - مرض الزهايمر
  - الإعاقات الذهنية والإعاقات النمائية
  - إصابات الدماغ الرضحية
  - الأمراض العقلية المُسبّبة للإعاقة والمرتبطة بالقصور الإدراكي
  - القصور الإدراكي الخفيف
- الحالات التي تنطوي على صعوبات وظيفية وتتطلب خدمات مماثلة:
  - إصابات الحبل الشوكي
  - الشلل
  - فقدان الأطراف
  - السكتة الدماغية
  - التهاب المفاصل
- الأمراض المزمنة التي تؤثر في حواس البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم
- الحالات التي تتطلب استمرار خدمات العلاج للحفاظ على القدرات الوظيفية أو استعادتها
- للتأهل للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (SSBCI)، يجب عليك تلبية **جميع** المعايير التالية:
  - أن تكون مصابًا بمرض مزمن واحد أو أكثر من الأمراض المزمنة المتزامنة والمعقدة طبيًا والمذكورة أعلاه، بحيث يكون مهددًا للحياة أو يحد بشكل كبير من صحتك العامة أو قدرتك على أداء وظائفك،
  - وأن تكون معرضًا لخطر مرتفع للدخول إلى المستشفى أو لحدوث مضاعفات صحية سلبية أخرى كبيرة،
  - وأن تحتاج إلى تنسيق مكثف للرعاية.

  لمزيد من المعلومات حول سياسات SSBCI لدى Kaiser Permanente والمعايير الموضوعية، يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org/Medicare/SSBCI

- لا يتعين عليك اتخاذ أي إجراء. ستحدد الخطة مدى أهليتك من خلال مراجعة سجل مطالباتك الطبية وسجلك الصحي للتحقق من تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة المؤهلة، وارتفاع خطر دخولك إلى المستشفى، وحاجتك إلى تنسيق مكثف للرعاية.

- في حالات محددة، عندما لا يتوفر سجل كافٍ للمطالبات الطبية أو السجلات الصحية لتحديد مدى أهليتك للحصول على مزايا SSBCI، مثلما هو الحال عند انضمامك حديثًا إلى Kaiser Permanente، يجوز لأحد مقدمي الخدمات تأكيد أهليتك من خلال إكمال نموذج إقرار مقدم الخدمة وتقديمه. لا يجوز استخدام نموذج إقرار مقدم الخدمة إلا للتحقق من الأهلية الأولية للحصول على مزايا SSBCI خلال فترة المزايا الأولية التي تبلغ ستة أشهر. لا يضمن تقديم النموذج الأهلية للحصول على مزايا SSBCI. في نهاية هذه الفترة الأولية، يجب التحقق من استمرار أهليتك من خلال مراجعة سجل مطالباتك الطبية وسجلك الصحي.

- لمزيد من التفاصيل، راجع صف المزايا التكميلية الخاصة لذوي الأمراض المزمنة في مخطط المزايا الوارد أدناه.

- تواصل معنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلًا للحصول عليها بالتحديد.

- كل الخدمات الوقائية مجانية. تشير علامة التفاحة هذه إلى خدمات الرعاية الوقائية الواردة في مخطط المزايا.

يوضح مخطط المزايا أدناه المزايا الطبية لخطط Kaiser Permanente Dual Complete التالية الواردة في دليل الأعضاء هذا:

- خطة South P1
- خطة South P6
- خطة South P7
- خطة South P9
- خطة South P10
- خطة South P11
- خطة North P2
- خطة North P16
- خطة North P17
- خطة North P18
- خطة North P19
- خطة North P20
- خطة North P21
- خطة North P22
- خطة North P23
- خطة North P24
- خطة North P25

إذا لم تكن متأكدًا من الخطة التي سجلت فيها، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة بأسفل هذه الصفحة أو الرجوع إلى غلاف الإشعار السنوي بالتغيير (أو بالنسبة إلى الأعضاء الجدد، نموذج التسجيل أو خطاب تأكيد التسجيل).

ملاحظة: يرجى الرجوع إلى **الفصل 1** لمعرفة منطقة الخدمة الجغرافية لكل خطة مشمولة في دليل الأعضاء هذا. لأغراض مشاركة التكلفة والتسجيل وإلغاء التسجيل، هناك خطط متعددة من Dual Complete في مناطق الخدمة بمنطقتنا، وهي موضحة في دليل الأعضاء. ولكن، لأغراض الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة في أي مكان داخل مناطق الخدمة في مناطقك.

د. مخطط مزايا خطتنا

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	فحص تمدد الشريان الأورطي البطني نتحمل تكلفة فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرّضين للخطر. لا تغطي الخطة هذا الفحص إلا إذا كانت لديك عوامل خطر معينة، وإذا حصلت على إحالة من طبيبك أو مساعد الطبيب (PA) أو ممرض ممارس (NP) أو اختصاصي تمريض سريري (CNS).	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	الوخز بالإبر† ندفع تكاليف ما يصل إلى خدمتين للوخز بالإبر للمرضى الخارجيين في أي شهر تقويمي واحد، أو أكثر من ذلك إذا كانتا ضروريتين من الناحية الطبية. كما ندفع تكاليف ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر خلال فترة 90 يومًا إذا كنت تعاني من ألم أسفل الظهر المزمن، والذي يُعرَّف بأنه: • يستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض نقيلي أو التهابي أو معدي)؛ • غير المرتبط بإجراء جراحي؛ • غير المرتبط بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية من الوخز بالإبر لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن إذا أظهرت تحسنًا. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاجًا للوخز بالإبر لألم أسفل الظهر المزمن كل عام. يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر إذا لم تتحسن حالتك أو إذا ساءت حالتك. متطلبات مقدّم الخدمة: يجوز للأطباء تقديم خدمات الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الولاية المعمول بها. يجوز لمساعدي الأطباء (PA)، وممارسي التمريض (NP)/أخصائيي التمريض السريري (CNS)، والكوادر المساعدة تقديم خدمات الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الولاية المعمول بها وكانوا حاصلين على ما يلي: • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد في الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ • وترخيص ساري المفعول وكامل ونشط وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر في الولاية حيث تتلقى الرعاية. يجب أن يعمل الكادر المساعد الذي يقدم خدمات الوخز بالإبر تحت المستوى المناسب من إشراف طبيب أو PA أو NP/CNS، وفقًا لما تقتضيه لوائحنا. نحن نغطي أيضًا خدمات الوخز بالإبر التي لا يغطيها برنامج Medicare والتي تُقدم عادةً فقط لعلاج الغثيان أو كجزء من برنامج شامل لإدارة الألم لعلاج الألم المزمن. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الوخز بالإبر (تابع) قد تتمكن أيضًا من الحصول على خدمات الوخز بالإبر ضمن تغطية Medi-Cal الخاصة بك. بموجب برنامج Medi-Cal، نغطي خدمات الوخز بالإبر الضرورية طبيًا للوقاية من الألم المزمن الشديد والمستمر أو لتعديل أو تخفيف الإحساس به عمومًا. لا تتطلب خدمات الوخز بالإبر في العيادات الخارجية من Medi-Cal 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 المشمولة بالتغطية من قِبل Medi-Cal، يرجى الاتصال بـ American Specialty Health على الرقم 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0
	فحص واستشارة إساءة استخدام الكحول نغطي تكاليف فحص إساءة استخدام الكحول (الفحص والتقييم والتدخل الموجز والإحالة إلى العلاج (SABIRT)) للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول ولكنهم لا يعانون من إدمانه. يشمل ذلك النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة الفحص إيجابية لإساءة استخدام الكحول، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية وجهًا لوجه كل عام (إذا كنت قادرًا ومدركًا أثناء الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية (PCP) مؤهل أو ممارس في بيئة رعاية أولية.	$0
	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المشمولة بالتغطية، سواء كانت لحالات طارئة أو غير طارئة، 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. يجب الحصول على موافقتنا على خدمات سيارات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). 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 لمزيد من المعلومات حول خدمات النقل غير الطارئة. 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 السريري لخدمات النقل بسيارات الإسعاف.	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل رحلة ذهابًا أو إيابًا، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$620** • South P6 – **$630** • South P7 – **$620** • South P9 – **$290** • South P10 – **$630** • South P11 – **$540** • North P2 – **$620** • North P16 – **$630** • North P17 – **$590** • North P18 – **$610** • North P19 – **$630** • North P20 – **$630** • North P21 – **$620** • North P22 – **$620** • North P23 – **$630** • North P24 – **$450** • North P25 – **$630**

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	زيارة العافية السنوية يمكنك إجراء فحص طبي سنوي. هذا لإعداد أو تحديث خطة الوقاية بناءً على عوامل الخطر الحالية. ندفع مقابل ذلك مرة كل 12 شهرًا. **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. نغطي أيضًا الفحوصات الجسدية الروتينية السنوية باعتبارها من خدمات الرعاية الوقائية المناسبة طبيًا، وفقًا للمعايير المهنية المتعارف عليها عمومًا للممارسة الطبية.	$0
	خدمات الوقاية من الربو يمكنك الحصول على التثقيف بشأن الربو وتقييم بيئة المنزل للكشف عن المحفزات الشائعة الموجودة فيه لدى الأشخاص المصابين بالربو غير المُسيطر عليه جيدًا.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	قياس كتلة العظام 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. نحن ندفع مقابل الخدمات مرة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا لزم الأمر من الناحية الطبية. ندفع أيضًا للطبيب ليطلع على النتائج ويعلق عليها.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	فحص سرطان الثدي (تصوير الثدي الشعاعي) نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • 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. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون النساء اللاتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بسرطان الثدي مؤهلات لتقييم مخاطر الإصابة، والفحوصات الجينية، والاستشارات الوراثية.	$0
	خدمات إعادة تأهيل القلب نحن نغطي خدمات إعادة تأهيل القلب، مثل التمارين الرياضية والتثقيف والاستشارة. يجب أن يفي الأعضاء بشروط معينة مع أمر من الطبيب. نغطي هذه البرامج الشاملة إذا كنت قد تعرضت لحالة واحدة على الأقل من الحالات التالية: • نوبة قلبية خلال الأشهر الـ12 الماضية • جراحة مجازة الشريان التاجي • الذبحة الصدرية المستقرة (ألم الصدر) • إصلاح صمام القلب أو استبداله **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية**، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات إعادة تأهيل القلب (تابع) • رأب الأوعية التاجية (إجراء طبي يُستخدم لفتح الشريان المسدود) أو تركيب دعامة في الشريان التاجي (إجراء يُستخدم لإبقاء الشريان مفتوحًا) • زراعة القلب أو زراعة القلب والرئتين • قصور القلب المزمن المستقر حدود التغطية: يمكنك الحصول على 36 جلسة كحد أقصى من جلسات إعادة تأهيل القلب. يمكنك الحصول على جلستين يوميًا (مدة كل جلسة ساعة واحدة)، ويمكن أن يستمر البرنامج لمدة تصل إلى 36 أسبوعًا. إذا كنت مستوفيًا لشروط الأهلية، فقد تتمكن من الحصول على 36 جلسة إضافية يمكن توزيعها على فترة زمنية أطول.	• South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	زيارة للحد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج لأمراض القلب) 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 يفعل طبيبك ما يلي: • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط الدم لديك، • إسداء نصائح للتأكد من أنك تأكل بشكل جيد، أو أي من ذلك.	$0
	اختبارات فحص الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية نغطي اختبارات الدم للكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). تتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من وجود اضطرابات ناتجة عن ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب. نغطي أيضًا اختبارات الدم للكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية إذا طلبها طبيبك.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	فحوصات الكشف عن سرطان عنق الرحم والمهبل نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة كل 24 شهرًا. • للنساء المعرّضات لخطر مرتفع للإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل: فحص واحد لعنق الرحم كل 12 شهرًا. • للنساء في سن الإنجاب اللائي أظهرن نتائج غير طبيعية لفحص عنق الرحم خلال السنوات الثلاث الماضية: فحص واحد لعنق الرحم كل 12 شهرًا. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	فحوصات الكشف عن سرطان عنق الرحم والمهبل (تابع) • للنساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 30 و65 عامًا: فحص فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو فحص عنق الرحم مع فحص HPV مرة واحدة كل 5 سنوات.	
	خدمات تقويم العمود الفقري نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • تعديلات العمود الفقري لتصحيح استقامته. تتوفر هذه الخدمة المشمولة بالتغطية ببرنامج Medicare من قبل أخصائي تقويم العمود الفقري التابع للشبكة أو، بالنسبة لأعضاء †Northern California، أخصائي تقويم العمود الفقري المعتمد من قبل مقدم خدمة تابع للشبكة. للحصول على قائمة أخصائيي تقويم العمود الفقري التابعين للشبكة، يرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات. • قد يغطي برنامج Medi-Cal خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري عند تلقيها في مركز صحي مؤهل فيدراليًا (FQHC) أو عيادات الصحة الريفية (RHC) في شبكة Kaiser Permanente. قد يطلب FQHC وRHC إحالة للحصول على الخدمات. لمعرفة المزيد من المعلومات حول الخدمات المتوفرة في FQHC أو RHC، اتصل بخدمات الأعضاء. • قد يغطي برنامج Medi-Cal أيضًا خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري للأعضاء الحوامل خلال 60 يومًا بعد انتهاء الحمل وللمقيمين في مرفق تمريض ماهر أو مرفق رعاية متوسطة أو مرفق رعاية دون المستويات الحادة. نحن نعمل مع American Specialty Health (ASH) لترتيب خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري لهؤلاء الأعضاء. يمكن التواصل مع ASH على 1-800-678-9133 (TTY 711).	$0
	فحص سرطان القولون والمستقيم نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • لا يوجد لفحص تنظير القولون حد أدنى أو أقصى للسن ويكون مشمولاً بالتغطية مرة كل 120 شهرًا (عشر 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. • يكون تصوير القولون المقطعي المحوسب مشمولاً بالتغطية للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا أو أكثر والذين ليسوا معرضين لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم عندما يمر 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي أُجري فيه آخر فحص لتصوير القولون المقطعي المحوسب، أو عندما يمر 47 شهرًا بعد الشهر الذي أُجري فيه آخر فحص للتنظير السيني المرن أو تنظير القولون. بالنسبة للمرضى المعرّضين لخطر مرتفع للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، قد نغطي إجراء فحص تصوير القولون المقطعي المحوسب بعد مرور 23 شهرًا على الأقل من الشهر الذي أُجري فيه آخر فحص لتصوير القولون المقطعي المحوسب أو آخر فحص لتنظير القولون. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	فحص سرطان القولون والمستقيم (تابع) • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا أو أكبر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى المعرّضين لخطر مرتفع للإصابة بعد خضوعهم لفحص تنظير القولون. مرة كل 48 شهرًا للمرضى المعرّضين لخطر مرتفع للإصابة بعد خضوعهم للتنظير السيني المرن الأخير أو آخر فحص لتصوير القولون المقطعي المحوسب. • 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 تنطبق عليهم معايير الخطورة العالية. مرة كل ثلاث سنوات. • اختبارات المؤشرات الحيوية في الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا تنطبق عليهم معايير الخطورة العالية. مرة كل ثلاث سنوات. • تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظير للقولون للمتابعة بعد ظهور نتيجة إيجابية في فحص غير جراحي للكشف عن سرطان القولون والمستقيم يعتمد على عينات البراز ويغطيه برنامج Medicare. • تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم فحص تنظير القولون السيني المرن المخطط له أو فحص تنظير القولون، إذا كان يتضمن استئصال أنسجة أو مواد أخرى، أو أي إجراء آخر يُجرى بالتزامن مع اختبار الفحص، أو نتيجةً له، وخلال الزيارة السريرية نفسها. • الإجراءات التي تحدث أثناء فحص تنظير القولون (على سبيل المثال، استئصال السلائل). • تنظير القولون الذي يُجرى بعد ظهور نتيجة إيجابية في اختبار الدم الخفي في البراز باستخدام الغاياك (gFOBT) أو اختبار الدم الخفي المناعي في البراز (FIT)، أو بعد إجراء فحص تنظير القولون السيني المرن.	
	خدمات طب الأسنان† نحن نغطي بعض خدمات طب الأسنان، كما هو موضح أدناه. الخدمات التي لا نغطيها متاحة من خلال برنامج Medi-Cal Dental، كما هو موضح في **القسم 2** الوارد أدناه. ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد لحالة طبية أولية لشخص. تتضمن الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان الذي يُجرى استعدادًا للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الأعضاء. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية**، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات طب الأسنان† (تابع)	• North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	فحص الاكتئاب نغطي فحصًا واحدًا للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في بيئة رعاية أولية يمكنها متابعة العلاج و/أو الإحالات.	$0
	فحص مرض السكري نغطي هذا الفحص (ويشمل اختبارات سكر الدم أثناء الصيام) إذا كان لديك أي من عوامل الخطر التالية: • ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم) • تاريخ غير طبيعي لمستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية (عسر شحميات الدم) • السمنة • تاريخ من ارتفاع نسبة السكر في الدم (الجلوكوز) قد تكون الاختبارات مشمولة بالتغطية في بعض الحالات الأخرى، مثل إذا كنت تعاني من زيادة الوزن ولديك تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري. قد تكون مؤهلًا لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا، بدءًا من تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري أجريته.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، والخدمات والمستلزمات المرتبطة به نغطي الخدمات التالية لجميع المصابين بمرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • مستلزمات مراقبة مستوى الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يلي: ○ جهاز مراقبة جلوكوز الدم ○ شرائط اختبار جلوكوز الدم ○ أجهزة وخز الأصابع وإبر الوخز ○ محاليل ضبط مستوى الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة قياس الجلوكوز. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، والخدمات والمستلزمات المرتبطة به (يُتبع) • بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري والذين يعانون من مرض القدم السكرية الحاد، فإننا ندفع مقابل ما يلي: ○ زوج من الأحذية العلاجية المصممة خصيصًا والمشكّلة حسب مقاس القدم (بما في ذلك الحشوات)، مع جلسة قياس وملاءمة الأحذية، بالإضافة إلى زوجين إضافيين من الحشوات كل سنة تقويمية، أو زوج من الأحذية ذات العمق الإضافي، مع جلسة قياس وملاءمة الأحذية، وثلاثة أزواج من الحشوات كل عام (باستثناء الحشوات القابلة للإزالة غير المصممة خصيصًا والمرفقة مع هذه الأحذية).	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع مبلغ **التأمين المشترك** التالي وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%**
	• †في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك في إدارة مرض السكري لديك. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء. **ملاحظة:** يمكنك اختيار تلقي تدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري من برنامج خارج خطتنا معترف به من قبل جمعية السكري الأمريكية ومعتمد من برنامج Medicare.	$0
	خدمات رفيقة الولادة بالنسبة للسيدات الحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات مع رفيقة الولادة خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها، بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة. يمكن أيضًا توفير ما يصل إلى تسع زيارات إضافية بعد الولادة، بناءً على توصية خطية إضافية من طبيب أو ممارس مرخّص آخر.	$0
	المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات المرتبطة بها† راجع **الفصل 12** من دليل الأعضاء هذا للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المعمّرة (DME)." نغطي الأصناف التالية: • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة،** فستدفع مبلغ **التأمين المشترك** التالي حسب الخطة حيث تم تسجيلك، باستثناء أن تدفع $0 مقابل أجهزة قياس ذروة التدفق وأجهزة العلاج بالأشعة فوق البنفسجية:

الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات المرتبطة بها† (تابع) • العكازات • أنظمة مراتب كهربائية • وسادة ضغط جافة للفراش • مستلزمات مرضى السكري • أسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة لاستخدامها في المنزل • مضخات الحقن الوريدي والعمود • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • البخاخات • المشايات • عصا بمقبض قياسي منحني أو عصا رباعية القوائم، ومستلزمات استبدالها • جهاز شدّ الفقرات العنقية (المعلّق فوق الباب) • محفز العظام • معدات رعاية غسيل الكلى قد تشمل التغطية أصناف أخرى. نحن نغطي جميع DME الضرورية طبيًا والتي يدفع تكلفتها برنامجي Medicare وMedi-Cal عادةً. إذا لم يكن المورد التابع لنا في منطقتك يوفر علامة تجارية أو جهة تصنيع معينة، فيمكنك أن تطلب منه ما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصًا لك. تتوفر أحدث قائمة بالموردين على موقعنا الإلكتروني عبر kp.org/directory. نحن نغطي أيضًا DME التالية التي لا يغطيها برنامج Medicare، إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية: • ملحقات لسرير المستشفى عند الحاجة إلى تمديده • واقيات الكعب أو المرفق للوقاية من قرح الضغط أو الحد منها • جهاز الإرحال الأيوني لعلاج فرط التعرّق عندما تكون مضادات التعرّق ممنوعة طبيًا، وقد أدى فرط التعرّق إلى حدوث مضاعفات طبية (مثل عدوى الجلد) أو إلى إعاقة ممارسة أنشطة الحياة 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 **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	• South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • South P7 – **20%** • South P9 – **0%** • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%** • North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **معدات الأكسجين** **ذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستكون حصة مشاركتك في التكلفة مقابل تغطية معدات الأكسجين من برنامج Medicare هي المبلغ نفسه المذكور أعلاه في كل مرة تحصل فيها على المعدات. لن تتغير حصة مشاركتك في التكلفة بعد إتمام تسجيلك لمدة 36 شهرًا.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات المرتبطة بها† (تابع) • 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 الإذن المسبق لخطتنا، كما هو موضح في **الفصل 3** و(2) تتوفر المعدات داخل منطقة خدمتنا. (تقتصر تغطية معدات العلاج بالأشعة فوق البنفسجية على الصنف القياسي من المعدات التي تلبي احتياجاتك الطبية بشكل مناسب. نحن نقرر ما إذا كنا سنستأجر المعدات أو سنشتريها، ونختار أيضًا المورّد. يجب أن تُعيد المعدات إلينا أو أن تدفع لنا سعر السوق المعقول نظير المعدات عندما نتوقف عن تغطيتها.)	
	رعاية الطوارئ تعني رعاية الطوارئ الخدمات التي: • يقدمها مقدم خدمة مدرب لتقديم خدمات الطوارئ، • ومطلوبة لتقييم حالة طبية طارئة أو علاجها. حالة الطوارئ الطبية هي مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تزداد سوءًا بشكل سريع. 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: • خطر جسيم على صحتك أو على صحة طفلك الذي لم يولد بعد، • أو ضرر خطير على الوظائف الجسدية، • أو ضعف خطير في أي جهاز من أجهزة الجسم، • أو فقدان أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة أحد الأطراف. • في حالة المرأة الحامل التي تكون في حالة مخاض نشط، 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. **تتمتع بتغطية لرعاية الطوارئ في جميع أنحاء العالم.** **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل زيارة لقسم الطوارئ، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • **$0** – South P9 • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** تكون حصة مشاركتك في التكلفة مقابل خدمات الطوارئ الضرورية المقدمة خارج الشبكة هي نفسها مقابل هذه الخدمات المقدمة داخل الشبكة. إذا كنت تحصل على رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية للمرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابع للشبكة من أجل استمرار تغطية

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	رعاية الطوارئ (تابع)	رعايتك، أو يجب أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في مستشفى خارج الشبكة مرخص له بموجب خطتنا، وتكون التكلفة التي تتحملها هي حصة مشاركة التكلفة التي كنت ستدفعها في مستشفى ضمن الشبكة.
	خدمات تنظيم الأسرة يتيح لك القانون اختيار أي مقدم خدمة – سواء كان تابعًا للشبكة أو مقدم خدمة غير تابع لشبكة برنامج Medi-Cal – لخدمات معينة لتنظيم الأسرة. هذا يعني أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب تنظيم الأسرة. نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي المرتبط به • مختبر تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية • وسائل تنظيم الأسرة (اللولب الرحمي (IUC/IUD)، والغرسات، والحقن، وحبوب منع الحمل، واللاصقة، أو الحلقة المهبلية) • مستلزمات تنظيم الأسرة الموصوفة طبيًا (الواقي الذكري، والإسفنجة، والرغوة، والغشاء، والحاجز المهبلي، وغطاء عنق الرحم) • خدمات محدودة لتنظيم الخصوبة، مثل التثقيف والاستشارات بشأن تقنيات الوعي بالخصوبة، و/أو الاستشارات بشأن الصحة قبل الحمل، وإجراء الفحوصات والعلاج للعدوى المنقولة جنسيًا (STI). • استشارات وفحص HIV وAIDS وحالات أخرى مرتبطة بمرض HIV • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الوسيلة لتنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على نموذج الموافقة الفيدرالي على التعقيم قبل موعد الجراحة بـ30 يومًا على الأقل، وبما لا يزيد على 180 يومًا) • الاستشارة الوراثية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب عليك الاستعانة بمقدم خدمات في شبكة مقدمي الخدمات لدينا للحصول على الخدمات التالية: • علاج حالات العقم الطبية (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الاصطناعية للحمل) • علاج AIDS والحالات الأخرى المرتبطة بمرض HIV • الفحوصات الجينية	$0
	ميزة اللياقة البدنية (One Pass®) تُقدَّم ميزة اللياقة البدنية من خلال برنامج One Pass لمساعدة الأعضاء على التحكم في صحتهم والشعور بأفضل حال. يتضمن برنامج One Pass ما يلي: • مواقع اللياقة البدنية وصالات الألعاب الرياضية: تحصل على عضوية تتيح لك الوصول إلى مجموعة متنوعة من صالات الألعاب الرياضية ضمن الشبكة من خلال الشبكة الأساسية والمميزة. تشمل مواقع اللياقة البدنية **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	ميزة اللياقة البدنية (One Pass®) (تابع) مراكز اللياقة البدنية الوطنية والمحلية والمجتمعية واستوديوهات الخدمات المميزة. يمكنك استخدام أي موقع داخل الشبكة، ويمكنك استخدام العديد من مواقع اللياقة البدنية المشاركة خلال الشهر نفسه. قد تختلف صالات الألعاب الرياضية ومراكز اللياقة البدنية المشاركة حسب الموقع وتخضع للتغيير. • اللياقة البدنية عبر الإنترنت: يمكنك الوصول إلى حصص لياقة بدنية رقمية مباشرة وتمارين عند الطلب من خلال الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول الخاص بأعضاء One Pass. • أنشطة اللياقة البدنية والأنشطة الاجتماعية: يمكنك أيضًا الوصول إلى المجموعات والنوادي والفعاليات الاجتماعية من خلال الموقع الإلكتروني الخاص بأعضاء One Pass. • مجموعات اللياقة البدنية المنزلية: إذا كنت تفضّل ممارسة التمارين في المنزل، فيمكنك أيضًا اختيار مجموعة واحدة من مجموعات اللياقة البدنية المنزلية لكل سنة تقويمية، من بين خيارات تمارين القوة أو اليوجا أو الرقص. تخضع المجموعات للتغيير ولا يمكن استبدالها بمجرد اختيارها. • صحة الدماغ: إمكانية الوصول إلى برامج تدريب معرفي إلكترونية لتعزيز صحة الدماغ. لمزيد من المعلومات حول مواقع صالات الألعاب الرياضية واللياقة البدنية المشاركة، أو مزايا البرنامج، أو لإعداد حسابك عبر الإنترنت، يُرجى زيارة www.YourOnePass.com أو الاتصال على الرقم 1-877-614-0618 (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 6 صباحًا حتى 7 مساءً. الخدمات التالية غير مشمولة بالتغطية: الخدمات الإضافية (مثل التدريب الشخصي، وحصص اللياقة البدنية الجماعية مقابل رسوم، وساعات الدخول الممتدة، أو الحصص الإضافية خارج نطاق عروض العضوية القياسية). One Pass® هي علامة تجارية مسجلة لشركة One Pass Solutions, Inc. في الولايات المتحدة وولايات قضائية أخرى، وهي برنامج طوعي. يختلف برنامج One Pass ووسائل الراحة حسب الخطة والمنطقة والموقع. إن المعلومات المقدمة في إطار هذا البرنامج هي لأغراض إعلامية عامة فقط وليس المقصود منها أن تكون مشورة طبية ولا ينبغي تفسيرها على هذا النحو. One Pass ليس مسؤولاً عن الخدمات أو المعلومات التي تقدمها جهات خارجية. ينبغي للأفراد استشارة أخصائي رعاية صحية مناسب قبل البدء في أي برنامج للتمارين الرياضية و/أو لتحديد ما قد يكون مناسبًا لهم.	
	برامج التثقيف الصحي والمتعلق بالعافية نقدم العديد من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. يشمل هذا: • جلسات التثقيف الصحي • جلسات التثقيف حول التغذية • الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ، • الخط الساخن للتمريض **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	برامج التثقيف الصحي والمتعلق بالعافية (تابع) كجزء من برامج نمط الحياة الصحي، تغطي خطتنا عددًا من جلسات التثقيف الصحي الجماعية، بما في ذلك: صحة القلب، والتعايش مع الحالات المزمنة، والاكتئاب. يقدّم برامج أنماط الحياة الصحية مُثقّف صحي معتمد أو غيره من اختصاصيي الرعاية الصحية المؤهلين. نحن نغطي مجموعة متنوعة من استشارات وبرامج ومواد التثقيف الصحي لمساعدتك في أداء دور 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. لمزيد من المعلومات حول استشارات وبرامج ومواد التثقيف الصحي لدينا، يُرجى التواصل مع قسم التثقيف الصحي المحلي أو الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org/classes.	
	خدمات السمع (بما في ذلك المعينات السمعية) نغطي فحوصات السمع والتوازن التي يجريها مقدم الخدمة المتابع لحالتك. تخبرك هذه الاختبارات ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. تُغطى هذه الخدمات باعتبارها من خدمات الرعاية للمرضى الخارجيين عند تلقيها من طبيب أو اختصاصي سمعيات أو مقدم خدمة مؤهل آخر.	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية**، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	نتحمل تكلفة المعينات السمعية في الحالات التالية: • عند خضوعك لاختبار فقدان السمع. • عندما تكون المعينات السمعية ضرورية طبيًا. • عندما يصفها لك طبيب أو مقدم خدمة آخر مؤهل. تقتصر التغطية على المعينات الأقل تكلفة والتي تلبي احتياجاتك الطبية. وسوف نختار من يمدك بالمعينات السمعية. نحن نغطي مُعينة سمْعية واحدة ما لم تكن هناك حاجة إلى مُعينة سمْعية لكل أذن للحصول على نتائج أفضل بكثير مما يمكن الحصول عليه باستخدام مُعينة سمْعية واحدة فقط. نحن نشمل بالتغطية ما يلي: • القوالب والمستلزمات والحشوات • عمليات الإصلاح • مجموعة أولية من البطاريات • ست زيارات للتدريب وإجراء التعديلات والملاءمة مع المورّد نفسه بعد حصولك على المعينة السمعية. • استئجار المعينات السمعية خلال فترة تجريبية • أجهزة الاستماع المساعدة، وأجهزة السمع بالتوصيل العظمي التي تُرتدى على سطح الجسم • خدمات قياس السمع والخدمات اللاحقة للتقييم المتعلقة بالمعينات السمعية سنغطي تكلفة استبدال المعينات السمعية في الحالات التالية: • إذا كان ضعف السمع لديك شديد لدرجة أن المعينة السمعية الحالية لديك غير قادرة على تصحيحه. • أو في حالة فقد المعينة السمعية أو سرقتها أو كسرها (وتعذر إصلاحها)، ولم يكن هذا تقصيرًا منك. يجب أن تعطينا ملاحظة تخبرنا كيف حدث هذا. لا تشمل التغطية بطاريات المعينات السمعية البديلة.	$0
	فحص HIV نغطي فحصًا واحدًا للكشف عن HIV كل 12 شهرًا للأشخاص الذين: • يطلبون اختبار فحص HIV، • أو الذين يتعرضون لخطر متزايد للإصابة بـ HIV. إذا كنتِ حاملًا، فنحن نغطي ما يصل إلى ثلاثة فحوصات للكشف عن HIV خلال فترة الحمل. نغطي أيضًا فحوصات إضافية للكشف عن HIV عندما يوصي بها مقدم الخدمة المتابع لحالتك.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	رعاية وكالة الصحة المنزلية 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 ملازمًا للمنزل، أي أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا. ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • خدمات التمريض والمساعدات الصحية المنزلية بدوام جزئي أو متقطع (لكي تتم تغطيتها بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون مجموع خدمات التمريض الماهر وخدمات المساعدة الصحية المنزلية مجتمعة أقل من ثماني ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع.) • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج النطق • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **ملاحظة:** لا توجد مشاركة تكلفة لخدمات الرعاية الصحية المنزلية والعناصر المقدمة وفقًا لإرشادات بَرنامج Medicare. ومع ذلك، ستُطبَّق مبالغ مشاركة التكلفة المنصوص عليها في موضع آخر من مخطط المزايا هذا إذا كان الصنف مشمول بالتغطية ضمن ميزة أخرى؛ على سبيل المثال، المعدات الطبية المعمرة التي لا توفرها وكالة الصحة المنزلية.
	العلاج بالتسريب المنزلي† تدفع خطتنا تكاليف العلاج بالتسريب المنزلي، والذي يُعرَّف 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: • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة • والمستلزمات، مثل الأنابيب أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات العلاج بالتسريب المنزلي، والتي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة رعايتك؛ • تدريب الأعضاء وتثقيفهم غير المدرج بالفعل في ميزة DME؛ • المراقبة عن بعد؛ • وخدمات المراقبة لتوفير العلاج بالتسريب المنزلي وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب المنزلي	$0 مقابل الخدمات المهنية والتدريب والمراقبة. **ملاحظة:** قد تخضع المكونات (مثل أدوية الجزء B من برنامج Medicare وDME والمستلزمات الطبية) اللازمة لإجراء التسريب المنزلي لمشاركة التكلفة المطبقة المدرجة في مكان آخر في "مخطط المزايا" هذا اعتمادًا على الصنف.
	نغطي مستلزمات وأدوية العلاج بالتسريب المنزلي إذا انطبقت جميع الشروط التالية: • إذا كان الدواء الموصوف لك موجود في كتيب وصفات الجزء D من برنامج Medicare؛ • إذا وافقنا على دوائك الذي وصفه لك الطبيب للعلاج بالتسريب في المنزل؛ • وإذا كانت وصفة الدواء صادرة عن مقدم خدمة تابع للشبكة، وتُصرف من صيدلية تابعة للشبكة متخصصة في العلاج بالتسريب المنزلي.	$0 **ملاحظة:** إذا لم يتم صرف مستلزم أو دواء مشمول بالتغطية للعلاج بالتسريب المنزلي من صيدلية تابعة للشبكة متخصصة في العلاج بالتسريب المنزلي، فقد يخضع المستلزم أو الدواء لمبلغ مشاركة التكلفة المطبق والمذكور في موضع آخر من هذه الوثيقة، وذلك حسب الخدمة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الرعاية الطبية المنزلية غير المشمولة بالتغطية من قِبل Medicare لأعضاء North P16 وP17 وP19 وP23 (الرعاية المتقدمة في المنزل) نغطي الرعاية الطبية في منزلك التي لا يغطيها برنامج Medicare عندما يُعتبر ذلك مناسبًا من الناحية الطبية من قِبل طبيب بناءً على حالتك الصحية، لتزويدك بخيار بديل عن تلقي الرعاية الحادة في مستشفى، وتقديم خدمات الرعاية ما بعد الحادة في المنزل لدعم تعافيك. يجب أن تكون الخدمات المقدمة في المنزل: • موصوفة من قبل طبيب المستشفى التابع للشبكة، الذي يحدد، بناءً على حالتك الصحية وخطة علاجك وبيئة منزلك، أنه يمكن علاجك بأمان وفعالية في المنزل. • تختارها أنت لأنك تفضّل تلقي الرعاية الموضحة في خطة علاجك في منزلك. سيقدم مقدم الخدمة التابع لشبكتنا الخدمات والأصناف التالية في منزلك وفقًا لخطة علاجك، طوال المدة التي يصفها فيها طبيب المستشفى التابع للشبكة: • زيارات RN المنزلية، وأخصائيو العلاج الطبيعي، وأخصائيو العلاج الوظيفي، وأخصائيو علاج النطق، وأخصائيو العلاج التنفسي، وأخصائيو التغذية، ومساعدو الرعاية الصحية المنزلية، وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية، وفقًا لخطة علاج الرعاية المنزلية ونطاق ممارسة مقدم الخدمة وترخيصه. • أجهزة اتصال تتيح لك التواصل مع مركز قيادة برنامج الرعاية المتقدمة في المنزل على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يشمل ذلك تقنيات الاتصال اللازمة لضمان موثوقية التواصل، بالإضافة إلى جهاز تنبيه للاستجابة للطوارئ الشخصية (PERS) للتواصل مع مركز القيادة إذا تعذّر عليك الوصول إلى الهاتف. • المعدات التالية اللازمة لضمان مراقبتك بشكل مناسب في المنزل: سوار/جهاز قياس ضغط الدم، ومقياس التأكسج النبضي، وميزان، ومقياس حرارة. • التصوير والفحوصات المتنقلة، مثل الأشعة السينية، والفحوصات المخبرية، وتخطيط كهربية القلب (EKG). • أدوات السلامة التالية: مقاعد الاستحمام، ومقاعد المرحاض المرتفعة، وأدوات التقاط الأشياء، ولبيسة الأحذية ذات المقبض الطويل، وأداة ارتداء الجوارب. • ما يصل إلى 21 وجبة أسبوعيًا أثناء تلقيك الرعاية الحادة في المنزل.	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **North P16 وP17 وP19 وP23:** $0 **غير مشمولة بالتغطية لجميع الأعضاء الآخرين.**
	بالإضافة إلى ذلك، بالنسبة إلى الخدمات والعناصر التي يغطيها برنامج Medicare والمذكورة أدناه، لا تنطبق مشاركة التكلفة الموضحة في موضع آخر من مخطط المزايا الطبية هذا عند وصف هذه الخدمات والأصناف كجزء من خطة علاجك في المنزل: • المعدات الطبية المعمرة. • المستلزمات الطبية • نقل سيارات الإسعاف غير الطارئ من وإلى المرافق التابعة للشبكة عندما يكون النقل بسيارة الإسعاف المجدول ضروريًا من الناحية الطبية. • زيارات مساعد الطبيب والممرض إلى المنزل أو في العيادة. • الخدمات التالية في مرفق تابع للشبكة إذا كانت هذه الخدمات جزءًا من خطة علاجك في المنزل: ○ زيارات قسم الطوارئ داخل الشبكة المرتبطة بهذه الميزة. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**North P16 وP17 وP19 وP23:** $0 **غير مشمولة بالتغطية لجميع الأعضاء الآخرين.**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الرعاية الطبية المنزلية غير المشمولة بالتغطية من قِبل Medicare لأعضاء North P16 وP17 وP19 وP23 (الرعاية المتقدمة في المنزل) (تابع) ○ زيارات عيادات العلاج الطبيعي أو علاج النطق أو العلاج الوظيفي. ○ الأشعة السينية والفحوصات المخبرية والموجات فوق الصوتية وتخطيط كهربية القلب (EKG). تنطبق مشاركة التكلفة الموضحة في موضع آخر من مخطط المزايا الطبية هذا على جميع الخدمات والأصناف الأخرى التي لا تشكل جزءًا من خطة علاجك في المنزل (مثل DME غير المرتبطة بخطة علاجك في المنزل)، أو التي تشكل جزءًا من خطة علاجك في المنزل ولكن لا يتم تقديمها في منزلك، باستثناء ما هو مذكور أعلاه. **ملاحظة:** للاطلاع على معلومات مشاركة تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا، يُرجى الرجوع إلى قسم الأدوية الموصوفة طبيًا ضمن الجزء B من Medicare في هذا المخطط، وإلى الفصل 6 للاطلاع على الأدوية الموصوفة طبيًا ضمن الجزء D من Medicare.	
	الرعاية في مرحلة الاحتضار لديك الحق في اختيار رعاية المحتضرين إذا قرر مقدم الخدمة والطبيب المدير لخدمات رعاية المحتضرين تشخيص إصابتك بمرض عضال. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من قبل Medicare. يجب على خطتنا مساعدتك في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare ضمن منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك البرامج التي نملكها أو نسيطر عليها أو لنا مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب مأوى رعاية المحتضرين المتابع لحالتك أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة أو مقدم خدمة خارج الشبكة. تشمل الخدمات المشمولة بالتغطية ما يلي: • أدوية لعلاج الأعراض والألم • رعاية مؤقتة قصيرة الأجل • رعاية منزلية عندنا تدخل إلى مأوى رعاية المحتضرين، لديك الحق في البقاء في خطتنا. **بخصوص خدمات رعاية المحتضرين والخدمات التي يغطيها الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare والمرتبطة بتشخيص إصابتك بمرض عضال، تُقدَّم الفواتير إلى Medicare:** • سيدفع برنامج Original Medicare (بدلًا من خطتنا) مستحقات مقدم خدمات رعاية المحتضرين مقابل خدمات رعاية المحتضرين وأي خدمات الخدمات المشمولة بموجب الجزء A أو الجزء B والمرتبطة بإصابتك بمرض عضال. • أثناء تسجيلك في برنامج رعاية المحتضرين، سيُصدر مقدم خدمات رعاية المحتضرين فواتير إلى برنامج Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفع هذا البرنامج تكاليفها **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	الرعاية في مرحلة الاحتضار (تابع) **بخصوص الخدمات التي تغطيها خطتنا ولكن لا يغطيها الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare:** • تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare سواء كانت هذه الخدمات مرتبطة بتشخيص إصابتك بمرض عضال أم لا أنت تدفع مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بخطتنا مقابل هذه الخدمات بالنسبة إلى الأدوية التي قد تغطيها ميزة الجزء D **من برنامج Medicare ضمن خطتنا:** • لا تُغطى الأدوية أبدًا من قِبل مأوى رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت نفسه. لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء **ملاحظة:** إذا كنت مصابًا بمرض خطير، فقد تكون مؤهلًا للحصول على الرعاية التلطيفية، التي توفر رعاية تتمحور حول المريض وأسرته ويقدمها فريق متخصص لتحسين جودة حياتك. يمكنك تلقي الرعاية التلطيفية في الوقت نفسه مع الرعاية العلاجية/المنتظمة. يُرجى الاطلاع على قسم الرعاية التلطيفية أدناه لمزيد من المعلومات **ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير متعلقة برعاية المحتضرين، فاتصل بمنسق الرعاية و/أو خدمات الأعضاء لترتيب هذه الخدمات. الرعاية غير المتعلقة برعاية المحتضرين لا علاقة لها بتشخيص إصابتك بمرض عضال. تغطي خطتنا خدمات استشارة رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فقط) للعضو المصاب بمرض عضال الذي لم يختر الاستفادة من ميزة رعاية المحتضرين.	
	التطعيمات نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية • لقاحات التهاب الكبد B إذا لم تكن قد تلقيت سلسلة التطعيمات الكاملة من قبل، أو كنت لا تعرف تاريخ تطعيماتك، أو كانت لديك أي حالة أخرى تعرضك لخطر مرتفع أو متوسط للإصابة بالتهاب الكبد B. • لقاحات COVID-19 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) • لقاحات أخرى إذا كنت في خطر وتفي بقواعد تغطية الجزء B من برنامج Medicare. نغطي اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد تغطية الجزء D من برنامج Medicare. راجع **الفصل 6** من دليل الأعضاء هذا لمعرفة المزيد.	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	رعاية المرضى الداخليين في المستشفيات نحن ندفع مقابل الخدمات التالية والخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات العناية الخاصة، مثل العناية المركزة أو وحدات العناية بالشريان التاجي • العقاقير والأدوية • الاختبارات المعملية • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى. • المستلزمات الجراحية والطبية اللازمة • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرفة العمليات والإنعاش • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق • خدمات علاج تعاطي المواد المخدرة للمرضى الداخليين • (†أعضاء في Northern California) في بعض الحالات، تشمل التغطية أنواع زراعة الأعضاء التالية: زراعة القرنية، والكلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، ونخاع العظم، والخلايا الجذعية، والأمعاء/زراعة عدة أعضاء. يجب على أعضاء الخطة في Northern California الحصول على موافقة من خطتنا لتلقي هذه الخدمات. • إذا كنت بحاجة إلى عملية زرع، فسيراجع مركز الزراعة المعتمد من برنامج Medicare حالتك وتحديد ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع. قد يكون مقدمو خدمات الزرع محليين أو خارج منطقة الخدمة. إذا كان مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليون على استعداد لقبول سعر Medicare، فيمكنك الحصول على خدمات زراعة الأعضاء محليًا أو خارج نطاق الرعاية المعتاد في مجتمعك. • إذا كانت خطتنا توفر خدمات زراعة الأعضاء خارج نطاق الرعاية المعتاد في مجتمعنا، واخترت تلقي خدمات زراعة الأعضاء هناك، فسنتولى ترتيب تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر أو دفعها، وفقًا لإرشادات السفر والإقامة الخاصة بنا، والمتاحة من خلال خدمات الأعضاء. • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة. • خدمات الأطباء **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي يوميًا عن الأيام من 1 إلى 5 من الإقامة في المستشفى (تُفرض حصة مشاركة التكلفة عن كل إقامة للمرضى الداخليين)، وذلك حسب الخطة المسجل فيها: • **$400** – South P1 • **$420** – South P6 • **$440** – South P7 • **$0** – South P9 • **$490** – South P10 • **$120** – South P11 • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23 • **$455** – North P24 • **$460** – North P25 بعد ذلك، تدفع $0 عن بقية مدة إقامتك المشمولة بالتغطية في المستشفى. كذلك، لا تدفع الدفعة المشتركة المحددة أعلاه عن يوم خروجك من المستشفى، ما لم يتم إدخالك إلى المستشفى وخروجك منه في اليوم نفسه. †إذا تلقيت رعاية للمرضى الداخليين مصرحًا بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن حصة مشاركتك في التكلفة تكون مساوية لحصة مشاركة التكلفة التي كنت ستدفعها في مستشفى ضمن الشبكة. **ملاحظة:** إذا تم إدخالك إلى المستشفى في عام 2027 ولم تخرج منه حتى وقت ما في عام 2028، فستُطبَّق حصة مشاركة التكلفة لعام 2027 على تلك الإقامة حتى

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (تابع) **ملاحظة:** لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب على مقدم الخدمة المتابع لحالتك كتابة أمر لقبولك رسميًا كمريض داخلي في المستشفى. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما لا تزال تعد "مريضًا خارجيًا." إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فعليك أن تسأل طاقم المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان "هل أنت مريض داخلي أم مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كان لديك برنامج Medicare - اسأل!". تتوفر صحيفة الوقائع هذه على es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.	خروجك من المستشفى أو نقلك إلى مرفق تمريض ماهر.
	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية نحن ندفع مقابل خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب الإقامة في المستشفى. • إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكثر، فإننا ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في معهد الأمراض العقلية (IMD). **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي يوميًا عن الأيام من 1 إلى 5 من الإقامة في المستشفى (تُفرض حصة مشاركة التكلفة عن كل إقامة للمرضى الداخليين)، وذلك حسب الخطة المسجل فيها: • **$400** – South P1 • **$400** – South P6 • **$400** – South P7 • **$0** – South P9 • **$400** – South P10 • **$120** – South P11 • **$400** – North P2 • **$400** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$400** – North P19 • **$400** – North P20 • **$400** – North P21 • **$400** – North P22 • **$400** – North P23 • **$400** – North P24 • **$400** – North P25 بعد ذلك، تدفع **$0** عن بقية مدة إقامتك المشمولة بالتغطية في المستشفى. كذلك، لا تدفع الدفعة المشتركة المحددة أعلاه عن يوم خروجك من المستشفى، ما لم يتم

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية (يُتبع)	إدخالك إلى المستشفى وخروجك منه في اليوم نفسه. **ملاحظة:** إذا تم إدخالك إلى المستشفى في عام 2027 ولم تخرج منه حتى وقت ما في عام 2028، فستُطبَّق حصة مشاركة التكلفة لعام 2027 على تلك الإقامة حتى خروجك من المستشفى أو نقلك إلى مرفق تمريض ماهر.

	إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق تمريض ماهر (SNF) أثناء إقامة غير مشمولة بالتغطية للمرضى الداخليين†
	
	لا نغطي إقامتك كمريض داخلي إذا كانت الإقامة غير معقولة أو غير ضرورية من الناحية الطبية.
	
	ومع ذلك، في بعض الحالات التي لا تكون فيها رعاية المرضى الداخليين مشمولة بالتغطية، قد نغطي الخدمات التي تتلقاها أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق تمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء.
	
	ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:
	
	• خدمات الأطباء
	• الاختبارات التشخيصية، مثل الاختبارات المعملية
	• العلاج بالأشعة السينية والراديوم والنظائر المشعة، بما في ذلك مواد وخدمات الفنيين
	• الضمادات الجراحية
	• الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة في الكسور وعمليات الخلع
	• 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 مما يلي:
	  ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك الأنسجة المتصلة به)،
	  ○ أو وظيفة عضو داخلي في الجسم معطل أو به خلل
	• دعامات الساق والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والأطراف الصناعية للساقين والذراعين والعينين. يتضمن ذلك التعديلات والإصلاحات وعمليات الاستبدال اللازمة بسبب الكسر أو البلى أو الفقدان أو حدوث تغيير في حالتك
	• العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج الوظيفي
		تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
		
		إذا لم تعد إقامتك في المستشفى أو في SNF مشمولة بالتغطية، فسنستمر في تغطية خدمات الجزء B من برنامج Medicare بالتكلفة المشتركة المعمول بها والمدرجة في مكان آخر في مخطط المزايا هذا عندما يقدمها مقدمو الخدمات التابعين للشبكة.

	خدمات ومستلزمات أمراض الكلى نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات التثقيف حول أمراض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ قرارات جيدة بشأن رعايتك. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات ومستلزمات أمراض الكلى (يُتبع) • 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. • معدات ولوازم غسيل الكلى بالمنزل.	
	• علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى أثناء وجودك مؤقتًا خارج منطقة الخدمة، كما هو موضح في **الفصل 3** من دليل الأعضاء هذا، أو عندما يكون مقدم هذه الخدمة غير متاح أو يتعذر الوصول إليه مؤقتًا.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع تأمين مشترك بنسبة **20%**.
	• علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا تم إدخالك كمريض داخلي في مستشفى لتلقي رعاية خاصة.	لا توجد رسوم إضافية مقابل الخدمات التي تتلقاها أثناء الإقامة في المستشفى. راجع قسم "رعاية المرضى الداخليين في المستشفى" في مخطط المزايا هذا لمعرفة حصة مشاركة التكلفة المطبقة على إقامات المرضى الداخليين.
	يدفع الجزء B لبرنامج Medicare تكلفة بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "أدوية الجزء B لبَرنامج Medicare" في هذا المخطط.	
	فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة (LDCT) تغطي خطتنا فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا في الحالات التالية: • إذا كان عمرك يتراوح بين 50 و80 عامًا، • وكنت تحصل على استشارة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار مع طبيبك أو مقدم رعاية مؤهل آخر، • وكنت تدخن ما لا يقل عن عبوة واحدة يوميًا لمدة 20 عامًا دون ظهور علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو التدخين الآن، أو أقلعت عن التدخين خلال الـ 15 عامًا الماضية. بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بأمر كتابي من طبيبك أو مقدم خدمة مؤهل آخر. إذا اختار مقدم الخدمة تقديم استشارة لفحص سرطان الرئة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار لإجراء فحوصات سرطان الرئة، فيجب أن تفي الزيارة بمعايير بَرنامج Medicare لمثل هذه الزيارات.	$0

الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
العلاج بالتغذية الطبية هذه الميزة مخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو أمراض الكلى دون غسيل الكلى. كما أنه يستخدم بعد عملية زراعة الكلى عندما يأمر طبيبك بذلك. نحن ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة الفردية خلال العام الأول حتى تحصل على خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر من الناحية الطبية. 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. نغطي أيضًا الاستشارات المرتبطة بالتغذية/الأنظمة الغذائية مع مقدم خدمة تابع للشبكة، في الحالات غير المرتبطة بمرض السكري أو أمراض الكلى التي لا تستدعي غسيل الكلى.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) تغطي خطتنا خدمات MDPP للأشخاص المؤهلين. صُمم MDPP لمساعدتك في زيادة السلوك الصحي. يوفر التدريب العملي في: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، • وزيادة النشاط البدني، • وطرق الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.	$0
أدوية الجزء B لبرنامج Medicare† تُغطى هذه الأدوية بموجب الجزء B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا ثمن الأدوية التالية: • الأدوية التي لا تعطيها لنفسك عادةً ويتم حقنها أو تسريبها أثناء تلقي خدمات الطبيب أو في العيادات الخارجية بالمستشفى أو مركز الجراحة المتنقلة • يتم تزويد الأنسولين من خلال أحد المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية من الناحية الطبية) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل أجهزة الاستنشاق) والتي وافقت خطتنا على استخدامها • دواء الزهايمر Leqembi® (الدواء الجنيس lecanemab) الذي يُعطى عن طريق الوريد (IV). بالإضافة إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى إجراء فحوصات واختبارات إضافية قبل العلاج و/أو أثناءه. تحدث إلى طبيبك بشأن الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاج إليها كجزء من علاجك. • عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصابًا بالهيموفيليا **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **الأدوية المُعطاة ضمن الجزء B** **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، بخصوص أدوية الجزء B لبرنامج Medicare التي تتطلب إعطاءها أو مراقبتها من قِبل العاملين في المجال الطبي، والتي يتم إعطاؤها لك من قِبل مقدم خدمة تابع للشبكة، ستدفع **التأمين المشترك** التالي حسب الخطة المشترك فيها: • **20%-0%** – South P1 • **20%-0%** – South P6 • **20%-0%** – South P7 • **0%** – South P9 • **20%-0%** – South P10 • **0%** – South P11 • **20%-0%** – North P2 • **20%-0%** – North P16

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	أدوية الجزء B لبرنامج Medicare† (تابع) • زراعة الأعضاء/الأدوية المثبِّطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare العلاج الدوائي بعد زراعة الأعضاء إذا كان برنامج Medicare قد دفع تكاليف زراعة العضو. يجب أن يكون لديك الجزء A في وقت إجراء عملية زرع الأعضاء المشمولة بالتغطية، ويجب أن يكون لديك الجزء B في وقت حصولك على الأدوية المثبطة للمناعة. يغطي الجزء D من بَرنامج Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء B لا يغطيها • أدوية هشاشة العظام التي تُحقن. نغطي تكاليف هذه الأدوية إذا كنتِ ملازمة للمنزل، أو كنتِ مصابة بكسر في العظام يثبت الطبيب أنه مرتبط بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، ولا يمكنكِ حقن الدواء بنفسكِ • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا حضّرها طبيب، وقام شخص تلقى التدريب المناسب (قد تكون أنت، أي المريض) بإعطائها تحت إشراف ملائم. • يغطي بَرنامج Medicare بعض أدوية السرطان الفموية التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان الدواء نفسه متوفرًا في شكل حقن أو كان الدواء عبارة عن دواء أولي (شكل فموي لدواء يتحلل عند تناوله إلى نفس المادة الفعالة الموجودة في الدواء القابل للحقن. مع توفر أدوية السرطان الفموية الجديدة، التي قد يغطيها الجزء B. إذا كان الجزء B لا يغطيها، فإن الجزء D يغطيها • الأدوية الفموية المضادة للغثيان: يغطي برنامج Medicare الأدوية الفموية المضادة للغثيان التي تستخدمها كجزء من نظام علاجي كيميائي مضاد للسرطان، إذا تم تناولها قبل العلاج الكيميائي أو أثناءه أو خلال 48 ساعة منه، أو إذا استُخدمت كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان يُعطى عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) الفموية التي يغطيها الجزء B من برنامج Medicare • أدوية محاكيات الكالسيوم والأدوية الرابطة للفوسفات ضمن نظام سداد تكاليف ESRD، بما في ذلك الدواء الوريدي ®Parsabiv والدواء الفموي Sensipar • بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، والترياق المضاد للهيبارين (عند الضرورة الطبية)، والمخدرات الموضعية • عوامل تحفيز تكوّن كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare الإريثروبويتين عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من ESRD أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط بحالات أخرى معينة (مثل ®Epogen أو ®Procrit أو ®Retacrit أو Epoetin Alfa أو ®Aranesp أو Darbepoetin Alfa أو ®Mircera أو Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • الجلوبيولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية • التغذية بالحقن والتغذية المعوية (عن طريق الوريد والتغذية بالأنبوب) **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	• North P17 – **20%-0%** • North P18 – **20%-0%** • North P19 – **20%-0%** • North P20 – **20%-0%** • North P21 – **20%-0%** • North P22 – **20%-0%** • North P23 – **20%-0%** • North P24 – **20%-0%** • North P25 – **20%-0%** يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لمعرفة الأدوية التي يُطبَّق عليها تأمين مشترك بنسبة **20%**. قد تكون تكلفة بعض الأدوية أقل من **20%** إذا تبيّن أن أسعار تلك الأدوية تتجاوز معدل التضخم. **أدوية الجزء B من صيدلية تابعة للشبكة** ستدفع المبالغ التالية مقابل أدوية الجزء B المدرجة في كتيب الوصفات لدينا عند الحصول عليها من صيدلية تابعة للشبكة: • **$0** مقابل أدوية التسريب المنزلي (بما يصل إلى إمداد يكفي لمدة 100 يوم) ودواء Epogen لغسيل الكلى المنزلي (بما يصل إلى إمداد يكفي لمدة 30 يومًا). • **$0** مقابل جميع الأدوية الجنيسة والأدوية ذات الأسماء التجارية الأخرى (بما يصل إلى إمداد يكفي لمدة 30 يومًا).

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	أدوية الجزء B لبرنامج Medicare† (تابع) نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب الجزء B من Medicare، ومعظم لقاحات البالغين ضمن ميزة أدوية الجزء D من Medicare. **يوضح الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا ميزة الأدوية لدينا. كما يشرح القواعد التي يجب عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية. **يوضح الفصل 6** من دليل الأعضاء هذا ما تدفعه مقابل الأدوية من خلال خطتنا.	
	الرعاية في مرافق التمريض 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: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج النطق • العلاج التنفسي • الأدوية التي تُعطى لك كجزء من خطة رعايتك. (يشمل ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة • تُقدم الإمدادات الطبية والجراحية عادةً من قبل مرافق التمريض • تُقدم الاختبارات المعملية عادةً من مرافق التمريض • تُقدم مرافق التمريض عادةً خدمات الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة • استخدام الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة، تُقدم عادة من قبل مرافق التمريض • خدمات الطبيب/الممارس • المعدات الطبية المعمرة • خدمات طب الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان • مزايا النظر • فحوصات السمع • رعاية تقويم العمود الفقري • خدمات طب القدم **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الرعاية في مرافق التمريض (تابع) عادة ما تحصل على رعايتك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تتمكن من الحصول على رعايتك من مرفق ليس في شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا قبلت مبالغ خطتنا للدفع: • مرفق تمريض أو مجتمع تقاعد للرعاية المستمرة حيث كنت تعيش قبل ذهابك مباشرة إلى المستشفى (طالما أنها توفر رعاية لمرفق التمريض) • مرفق تمريض يعيش فيه زوجك أو شريكك المنزلي وقت مغادرتك المستشفى	
	فحص السمنة والعلاج للحفاظ على الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك يبلغ 30 أو أكثر، فإننا نغطي تكاليف الاستشارات 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 المتابع لحالتك لمعرفة المزيد.	$0
	خدمات برنامج علاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OTP) تغطي خطتنا الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) من خلال OTP، وتشمل هذه الخدمات ما يلي: • الأدوية المعتمدة من FDA، وإدارة هذه الأدوية وإعطاؤها لك عند الاقتضاء. • الاستشارة بخصوص تعاطي المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار العقاقير أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السموم) • أنشطة الجرعات • التقييمات الدورية **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، بخصوص أدوية الجزء B لبرنامج Medicare التي تُعطى سريريًا عند تقديمها من خلال برنامج علاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية، ستدفع مبلغ **التأمين المشترك** التالي حسب الخطة المشترك فيها: • **20%-0%** – South P1 • **20%-0%** – South P6 • **20%-0%** – South P7 • **0%** – South P9 • **20%-0%** – South P10 • **0%** – South P11 • **20%-0%** – North P2 • **20%-0%** – North P16 • **20%-0%** – North P17 • **20%-0%** – North P18 • **20%-0%** – North P19 • **20%-0%** – North P20 • **20%-0%** – North P21 • **20%-0%** – North P22 • **20%-0%** – North P23

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الرعاية في مرافق التمريض (تابع)	• North P24 – **20%-0%** • North P25 – **20%-0%** قد تكون تكلفة بعض الأدوية أقل من **20%** إذا تبيّن أن أسعار تلك الأدوية تتجاوز معدل التضخم.
	الاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية والمستلزمات للمرضى الخارجيين نحن ندفع مقابل الخدمات التالية والخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • الأشعة السينية • الموجات فوق الصوتية	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل زيارة، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • South P9 – **$0** • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**
	• الاختبارات المعملية • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة • العلاج الإشعاعي (الراديوم والنظائر)، بما في ذلك المواد والإمدادات الفنية • †الإمدادات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة في الكسور وعمليات الخلع **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية والمستلزمات للمرضى الخارجيين (تابع) • الاختبارات التشخيصية غير المخبرية، مثل التصوير المقطعي المحوسب (CT)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، وتخطيط كهربية القلب (EKG)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، عندما يطلبها طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر لعلاج حالة طبية	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء للتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، والتصوير المقطعي المحوسب (CT)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• أي اختبار تشخيصي أو إجراء خاص يُجرى في قسم للمرضى الخارجيين في مستشفى أو مركز جراحي متنقل، أو في غرفة عمليات في مستشفى، أو إذا أُجري في أي مكان وكان أحد أفراد الطاقم المرخَّص له يراقب علامتك الحيوية أثناء استعادة إحساسك بعد تلقي أدوية لتقليل الإحساس أو تخفيف الشعور بعدم الراحة **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • **$400** – South P1 • **$420** – South P6 • **$440** – South P7 • **$0** – South P9

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية والمستلزمات للمرضى الخارجيين (تابع)	• **$490** – South P10 • **$0** – South P11 • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23 • **$455** – North P24 • **$460** – North P25
	• الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	مراقبة المرضى الخارجيين في المستشفى نغطي خدمات مراقبة المرضى الخارجيين في المستشفى لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى كمريض داخلي أو يمكنك الخروج منه. يجب أن تستوفي الخدمات معايير Medicare وأن تُعد معقولة وضرورية. تُغطى خدمات المراقبة فقط عند تقديمها بناءً على أمر من طبيب أو شخص آخر مفوض بموجب قانون الولاية واللوائح الداخلية للمستشفى بإدخال المرضى إلى المستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين. **ملاحظة:** ما لم يُصدر مقدم الخدمة أمرًا كتابيًا بإدخالك إلى المستشفى كمريض داخلي، فإنك تُعد مريضًا خارجيًا وتدفع مبالغ المشاركة في التكلفة المقررة لخدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مُصنَّفًا كمريض خارجي. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فاسأل طاقم المستشفى. لمزيد من المعلومات، راجع صحيفة وقائع برنامج Medicare بعنوان مزايا المستشفى في Medicare المتاحة عبر Medicare.gov/publications/Medicare-Hospital-Benefits.pdf-11435 **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي عن كل إقامة عند دخولك مباشرةً إلى المستشفى للمراقبة كمريض خارجي، حسب الخطة المسجل فيها: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • South P9 – **$0** • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115**

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	مراقبة المرضى الخارجيين في المستشفى (يُتبع)	• North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **ملاحظة:** لا توجد أي رسوم إضافية على إقامات المراقبة كمريض خارجي عند نقلك للمراقبة من قسم الطوارئ أو بعد إجراء جراحة للمرضى الخارجيين.
	خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين نغطي الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى لتشخيص مرض أو إصابة أو علاجها، مثل: • الخدمات المقدمة في قسم الطوارئ أو عيادة المرضى الخارجيين، مثل جراحة المرضى الخارجيين أو خدمات المراقبة **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**قسم الطوارئ** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل زيارة، حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • **$0** – South P9 • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115** **العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$400** • South P6 – **$420**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين (تابع)	• **$440** – South P7 • **$0** – South P9 • **$490** – South P10 • **$0** – South P11 • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23 • **$455** – North P24 • **$460** – North P25
	• التحاليل والاختبارات التشخيصية التي يُصدر المستشفى فواتير بها • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج الإقامة الجزئية في المستشفى، إذا شهد الطبيب أن علاج المرضى الداخليين سيكون مطلوبًا بدونه • المستلزمات الطبية مثل الجبائر وضمادات الجبس	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. $0
	• بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، بخصوص أدوية الجزء B لبرنامج Medicare التي تتطلب إعطاءها أو مراقبتها من قِبل العاملين في المجال الطبي، والتي يتم إعطاؤها لك من قِبل مقدم خدمة تابع للشبكة، ستدفع **التأمين المشترك** التالي حسب الخطة المشترك فيها: • **20%-0%** – South P1 • **20%-0%** – South P6 • **20%-0%** – South P7 • **0%** – South P9 • **20%-0%** – South P10 • **0%** – South P11 • **20%-0%** – North P2 • **20%-0%** – North P16 • **20%-0%** – North P17 • **20%-0%** – North P18

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين (تابع)	• **20%-0%** – North P19 • **20%-0%** – North P20 • **20%-0%** – North P21 • **20%-0%** – North P22 • **20%-0%** – North P23 • **20%-0%** – North P24 • **20%-0%** – North P25 يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لمعرفة الأدوية التي يُطبَّق عليها تأمين مشترك بنسبة **20%**. قد تكون تكلفة بعض الأدوية أقل من **20%** إذا تبيّن أن أسعار تلك الأدوية تتجاوز معدل التضخم.
	• الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي يُصدر المستشفى فواتير بها **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **الأشعة السينية والموجات فوق الصوتية** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$50** • North P25 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين (تابع)	**التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، والتصوير المقطعي المحوسب (CT)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وذلك حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$375** • South P6 – **$375** • South P7 – **$375** • South P9 – **$50** • South P10 – **$375** • South P11 – **$375** • North P2 – **$375** • North P16 – **$375** • North P17 – **$375** • North P18 – **$375** • North P19 – **$375** • North P20 – **$375** • North P21 – **$375** • North P22 – **$375** • North P23 – **$375** • North P24 – **$365** • North P25 – **$375**
	• †بالنسبة لإجراءات طب الأسنان في مرفق تابع للشبكة، نقدم تخديرًا عامًا وخدمات المرفق المرتبطة بالتخدير إذا كان كل ما يلي صحيحًا: ○ لديك إعاقة نمائية، أو تعاني من تدهور في حالتك الصحية ○ إذا كانت حالتك السريرية أو حالتك الطبية الأساسية تتطلب إجراء علاج الأسنان في مستشفى أو مركز لجراحة المرضى الخارجيين. ○ إذا كان الإجراء الخاص بالأسنان لا يتطلب عادةً تخديرًا عامًا نحن لا نغطي أي خدمات أخرى تتعلق بإجراء طب الأسنان، مثل خدمات طبيب الأسنان، ما لم تكن هذه الخدمات مشمولة بالتغطية من قبل برنامج Medi-Cal Dental (راجع "خدمات رعاية الأسنان" في مخطط المزايا هذا).	$0 **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة،** فراجع قسم "جراحة المرضى الخارجيين" الوارد في بداية هذا القسم لمعرفة مبالغ المشاركة في التكلفة المطبقة على رسوم مرفق المستشفى للمرضى الخارجيين.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين نتحمل تكاليف خدمات الصحة العقلية التي يقدمها ما يلي: • طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية • طبيب نفسي سريري • أخصائي اجتماعي سريري (CSW) • أخصائي تمريض سريري (CNS) • مستشار مهني مرخص (LPC) • اختصاصي العلاج في وحدة الزواج والأسرة مرخص (LMFT) • ممرض ممارس (NP) • مساعد طبيب (PA) • أي متخصص آخر في رعاية الصحة العقلية مؤهل من Medicare كما هو مسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها. ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • خدمات العيادات • العلاج النهاري • خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي • برامج الاستشفاء الجزئي أو برامج العلاج المكثف للمرضى الخارجيين • التقييم والعلاج الفردي والجماعي للصحة العقلية • الاختبار النفسي عند الإشارة إليه سريريًا لتقييم نتيجة الصحة العقلية • خدمات المرضى الخارجيين بغرض مراقبة العلاج بالأدوية • معمل العيادات الخارجية والأدوية والمستلزمات والمكملات • الاستشارة النفسية	$0
	خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين نحن ندفع مقابل العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج النطق. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين من أقسام المرضى الخارجيين بالمستشفيات، وعيادات المعالجين المستقلين، ومرافق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، وغيرها من المرافق. نحن نغطي ما يلي أيضًا: • العلاج الطبيعي لمنع السقوط للبالغين المعرضين لخطر السقوط عندما يأمر به طبيبك. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل زيارة، حسب الخطة المسجَّل فيها: **زيارات العلاج الفردية** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين (تابع)	• North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0** **زيارات العلاج الجماعية** • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$10** • South P9 – **$0** • South P10 – **$10** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • **$17** – North P24 • North P25 – **$0**
	• يتوفر العلاج البدني والمهني وعلاج النطق في برنامج علاج نهاري منظم ومتعدد التخصصات لإعادة التأهيل. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل يوم، حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$20** • South P9 – **$0** • South P10 – **$20** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0**

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين (تابع)	• North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$35** • North P25 – **$0**
	خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة للمرضى الخارجيين ندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • فحص واستشارة إساءة استخدام الكحول • علاج تعاطي المخدرات • استشارات جماعية أو فردية يقدمها اختصاصي سريري مؤهل • إزالة السموم شبه الحادة في برنامج علاجي سكني للإدمان • خدمات الكحول و/أو المخدرات في مركز علاج مكثف للمرضى الخارجيين • علاج Naltrexone (vivitrol) ممتد المفعول	$0
	العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين نغطي تكاليف جراحات المرضى الخارجيين والخدمات المقدمة في مرافق المستشفيات للمرضى الخارجيين ومراكز الجراحة المتنقلة. **ملاحظة:** إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في مستشفى، فينبغي أن تستفسر من مقدم الخدمة المتابع لحالتك عمّا إذا كنت ستُعامل كمريض داخلي أم مريض خارجي. ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا لقبولك كمريض داخلي في المستشفى، فأنت مريض خارجي. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما لا تزال تعد مريضًا خارجيًا. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**زيارات عيادة مقدم الخدمة** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية،** حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين (تابع)	• North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **العمليات الجراحية والإجراءات الأخرى المتعلقة بالمرضى الخارجيين** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وفقًا للخطة المسجل بها، عند تقديم الإجراء في مركز للمرضى الخارجيين أو مركز جراحة متنقل، أو في غرفة العمليات بالمستشفى، أو في أي مكان آخر تتم فيه مراقبة علاماتك الحيوية بواسطة أحد أفراد الطاقم الطبي المرخص له أثناء استعادة الإحساس بعد تلقي أدوية لتقليل الإحساس أو الحد من الشعور بعدم الراحة: • **$400** – South P1 • **$420** – South P6 • **$440** – South P7 • **$0** – South P9 • **$490** – South P10 • South P11 – **$0** • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23 • **$455** – North P24 • **$460** – North P25

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الأصناف التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) ستتلقى بطاقة مزايا صحية إضافية مشحونة مسبقًا، موضحًا على الجانب الأيمن منها الحد الأقصى للمزايا ربع السنوية، لاستخدامها في شراء أصناف OTC المؤهلة عبر الإنترنت ومن متاجر البيع بالتجزئة المشاركة، بما في ذلك صيدليات البيع بالتجزئة التابعة لخطة Kaiser Permanente. سيُعاد شحن بطاقتك في 1 يناير، و1 أبريل، و1 يوليو، و1 أكتوبر. لن يُرحل أي جزء غير مستخدم من البدلات ربع السنوية إلى الربع التالي. تُغطى تكلفة الأصناف المتاحة بدون وصفة طبية حتى الحد المتاح من الرصيد على بطاقتك. إذا كان هناك مبلغ متبقي للدفع، فيجب عليك استخدام شكل آخر من أشكال الدفع. تختلف الرسوم ومتطلبات الحد الأدنى للطلبات حسب تجار البيع بالتجزئة. يرجى مراجعة تفاصيل الرسوم في صفحة عملية الدفع قبل تقديم طلب عبر الإنترنت. سيُطلب منك إدخال طريقة دفع أخرى لتغطية أي إكراميات أو رسوم. لتفعيل بطاقة خدماتك الصحية الإضافية، اتصل على الرقم 1-833-524-7035 (TTY 711) من الساعة 5 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، مع تزويدهم برقم بطاقتك ورقم تعريف عضويتك (ID). إذا كان لديك بالفعل بطاقة الخدمات الصحية الإضافية، فلن تستلم بطاقة جديدة. يرجى الاحتفاظ ببطاقتك، وستكون مزاياك متاحة على بطاقتك الحالية. لإعداد حسابك عبر الإنترنت، أو الاطلاع على قائمة بالأصناف المتاحة بدون وصفة طبية، أو العثور على المتاجر المشاركة، أو طلب استرداد قيمة المشتريات، أو التحقق من رصيدك وسجل معاملاتك، أو التسوق عبر الإنترنت، أو استبدال بطاقة مفقودة أو مسروقة، يُرجى زيارة mybenefitscenter.com أو الاتصال بالرقم 1-833-524-7035 (TTY 711) من الساعة 5 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ. يمكنك أيضًا زيارة mybenefitscenter.com وتنزيل تطبيق OTC Network على الهاتف المحمول للعثور على متاجر البيع بالتجزئة المشاركة، والبحث عن الأصناف المؤهلة، ومراجعة سجل معاملاتك، والتحقق من رصيد بطاقتك. يمكنك أيضًا استخدام تطبيق OTC للهاتف المحمول في المتاجر لمسح الأصناف ضوئيًا للتحقق من أهليتها أثناء التسوق وعرض رصيدك قبل إتمام عملية الدفع. يمكن للأعضاء تنزيل تطبيق OTC Network للهاتف المحمول مباشرةً من متجر تطبيقات iTunes أو GooglePlay. ابحث عن "OTC Network" المراد تنزيله. ملاحظة: ستُفقد أي مبالغ غير مستخدمة عند إلغاء التسجيل في خطتنا.	تدفع $0 حتى حتى حد البدل ربع السنوي المقرر لخطتك: • **$75** – South P1 • **$100** – South P6 • **$150** – South P7 • **$170** – South P9 • **$125** – South P10 • **$150** – South P11 • **$50** – North P2 • **$75** – North P16 • **$75** – North P17 • **$75** – North P18 • **$75** – North P19 • **$75** – North P20 • **$75** – North P21 • **$75** – North P22 • **$75** – North P23 • **$75** – North P24 • **$75** – North P25 **لأعضاء Southern California فقط:** إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا SSBCI الموضحة في صف "المزايا التكميلية الخاصة لذوي الأمراض المزمنة" في مخطط المزايا هذا، فيمكنك استخدام البدل ربع السنوي لأصناف OTC لشراء الأطعمة الصحية أيضًا.
	قد تحظى بتغطية إضافية لبعض أصناف OTC المشمولة بالتغطية ضمن برنامج Medi-Cal من خلال برنامج Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات حول برنامج Medi-Cal Rx، اتصل بخدمة عملاء Medi-Cal Rx على 1-800-977-2273، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ويمكنك أيضًا زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني على https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الأصناف التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) لبدائل النيكوتين نغطي بعض الأدوية البديلة للنيكوتين المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) التي تباع من دون وصفة طبية. يجب طلب الأصناف من قبل مقدم خدمة تابع للشبكة والحصول عليها من صيدلية تابعة للشبكة. سنعمل على توفير الإمدادات مرتين لمدة 100 يوم خلال العام التقويمي.	$0
	الرعاية التلطيفية تغطي خطتنا الرعاية التلطيفية. الرعاية التلطيفية مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض خطير. وهي توفر رعاية تتمحور حول المريض والأسرة لتحسين جودة الحياة من خلال توقع المعاناة والوقاية منها وعلاجها. الرعاية التلطيفية ليست مأوى رعاية المحتضرين، وبالتالي لا يشترط أن يكون متوسط العمر المتوقع لك ستة أشهر أو أقل للتأهل للرعاية التلطيفية. يمكن تقديم الرعاية التلطيفية في الوقت نفسه مع الرعاية العلاجية/المنتظمة. تشمل الرعاية التلطيفية ما يلي: • التخطيط المسبق للرعاية • تقييم الرعاية التلطيفية والاستشارة • خطة رعاية تتضمن جميع خدمات الرعاية التلطيفية والعلاجية المعتمدة، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية والخدمات الاجتماعية الطبية • خدمات يقدمها فريق الرعاية المخصص لك • تنسيق الرعاية • إدارة الألم والأعراض لا يمكنك تلقي الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية في الوقت نفسه. إذا كنت تتلقى الرعاية التلطيفية وتستوفي شروط التأهل للحصول على الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين، فيمكنك طلب التبديل إلى الرعاية في مرحلة الاحتضار في أي وقت.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	خدمات الإقامة الجزئية في المستشفى والخدمات المكثفة للمرضى الخارجيين الإقامة الجزئية في المستشفى هي برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. تُقدم كخدمة لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفى أو من خلال مركز للصحة العقلية المجتمعية وهي أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو معالجك أو اختصاصي العلاج في وحدة الزواج والأسرة مرخص (LMFT) أو مكتب مستشار مهني مرخص. يمكن أن تساعدك في عدم الاضطرار إلى البقاء في المستشفى. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم للعلاج الصحي السلوكي (العقلي) يُقدم 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 أو اختصاصي العلاج في وحدة الزواج والأسرة مرخص (LMFT) أو مكتب مستشار مهني مرخص، ولكن أقل كثافة من الإقامة الجزئية في المستشفى.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • الرعاية الصحية اللازمة طبيًا أو خدمات الجراحة المقدمة في أماكن مثل: ○ عيادة الطبيب ○ مركز جراحي متنقل معتمد ○ قسم العيادات الخارجية بالمستشفى ○ أي موقع آخر • الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل اختصاصي • فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم رعايتك الأولية، إذا طلبها طبيبك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى العلاج	تحدث إلى مقدم خدمتك واحصل على إحالة للرعاية التخصصية. **الرعاية الصحية عن بُعد** $0 **زيارات عيادة مقدم الخدمة** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية،** حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
• 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 **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**العمليات الجراحية والإجراءات الأخرى المتعلقة بالمرضى الخارجيين** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وفقًا للخطة المسجل بها، عند تقديم الإجراء في مركز للمرضى الخارجيين أو مركز جراحة متنقل، أو في غرفة العمليات بالمستشفى، أو في أي مكان آخر تتم فيه مراقبة علاماتك الحيوية بواسطة أحد أفراد الطاقم الطبي المرخص له أثناء استعادة الإحساس بعد تلقي أدوية لتقليل الإحساس أو الحد من الشعور بعدم الراحة:

الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) الخارجيين، وخدمات غسيل الكلى، وخدمات التغذية / الأنظمة الغذائية، والتوعية والتثقيف الصحي، والتوعية بأمراض الكلى، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، واختبارات السمع، والتحضير لعملية جراحية أو الإقامة في المستشفى، وزيارات المتابعة بعد الإقامة في المستشفى، أو الجراحة، أو زيارة قسم الطوارئ. لن تتوفر الخدمات إلا عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد عندما تعد مناسبة سريريًا من قبل مقدم الخدمات التابع للشبكة 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، فيجب عليك الاستعانة بمقدم الخدمات التابع للشبكة الذي يقدم الخدمة عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. نحن نقدم الوسائل التالية للرعاية الصحية عن بُعد: ○ زيارات تفاعلية عبر الفيديو للخدمات المهنية عندما يمكن تقديم الرعاية بهذا الشكل على النحو الذي يحدده مقدم الخدمة التابع للشبكة ○ زيارات موعد هاتفية مجدولة للخدمات المهنية عندما يمكن تقديم الرعاية بهذا الشكل على النحو الذي يحدده مقدم الخدمات التابع للشبكة • 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 بغض النظر عن موقعك • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا. • جلسات متابعة افتراضية مع طبيبك (على سبيل المثال، محادثة عبر الهاتف أو الفيديو) تستغرق من خمس إلى عشر دقائق **في الحالات التالية** ○ إذا لم تكن مريضًا **جديدًا** ○ وألا تكون جلسة المتابعة هذه مرتبطة بزيارة إلى العيادة خلال الأيام السبعة **الماضية** ○ وألا تؤدي جلسة المتابعة إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة، أو في أقرب موعد متاح. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	• **$400** – South P1 • **$420** – South P6 • **$440** – South P7 • **$0** – South P9 • **$490** – South P10 • South P11 – **$0** • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23 • **$455** – North P24 • **$460** – North P25

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات الطبيب/مقدم الخدمة، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) • تقييم مقاطع الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك، مع تفسير النتائج والمتابعة من قِبل طبيبك خلال 24 ساعة **في الحالات التالية** o إذا لم تكن مريضًا **جديدًا** o وألا يكون التقييم مرتبطًا بزيارة عيادة تمت خلال الأيام السبعة **الماضية** o وألا يؤدي هذا التقييم إلى زيارة العيادة خلال 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 • رأي ثانٍ من قبل مقدم خدمة آخر تابع للشبكة قبل الجراحة • المكالمات المنزلية من قبل طبيب تابع للشبكة (أو مقدم خدمات تابع للشبكة الذي يتمثل في ممرضة مسجلة) داخل منطقة خدمتنا عندما يكون من الأفضل تقديم الرعاية في منزلك على النحو الذي يحدده مقدم خدمات تابع للشبكة • العلاج بالأشعة فوق البنفسجية **خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بموجب تغطيتك في Medi-Cal:** إن خدمات الرعاية الصحية عن بُعد هي إحدى طرق تلقي الخدمات دون الحاجة إلى التواجد في نفس الموقع المادي الذي يتواجد فيه مقدم خدمتك. ويمكن أن تتضمن الرعاية الصحية عن بُعد إجراء محادثة مباشرة مع مقدم خدمتك. أو قد تتضمن الرعاية الصحية عن بُعد مشاركة المعلومات مع مقدم خدمتك دون إجراء محادثة مباشرة. يمكنك الحصول على خدمات متعددة من خلال الرعاية الصحية عن بُعد. ومع ذلك، فقد لا تكون خدمات الرعاية الصحية عن بُعد متاحة لكافة الخدمات المشمولة بالتغطية. يمكنك الاتصال بمقدم خدمتك لمعرفة أنواع الخدمات التي قد تكون متاحة من خلال الرعاية الصحية عن بُعد. من المهم أن تتفق أنت ومقدم خدمتك على أن استخدام خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتقديم خدمة معينة مناسبة لك. لديك الحق في الحصول على الخدمات الشخصية، ولا يلزمك استخدام الخدمات الصحية عن بُعد حتى إذا وافق مقدم الخدمة على أنها مناسبة لك.	
	خدمات طب القدم نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • 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. بموجب تغطيتك في Medi-Cal، نغطي خدمات طب القدم كضرورة طبية للتشخيص والعلاج الجراحي والميكانيكي والاستغلالي والكهربائي للقدم البشرية. ويشمل ذلك الكاحل والأوتار التي تدخل في القدم والعلاج غير الجراحي لعضلات وأوتار الساق التي تتحكم في وظائف القدم. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **زيارات عيادة مقدم الخدمة** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل **زيارة رعاية تخصصية،** حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات طب القدم (تابع)	• South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0** • North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0** **العمليات الجراحية والإجراءات الأخرى المتعلقة بالمرضى الخارجيين** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل إجراء، وفقًا للخطة المسجل بها، عند تقديم الإجراء في مركز للمرضى الخارجيين أو مركز جراحة متنقل، أو في غرفة العمليات بالمستشفى، أو في أي مكان آخر تتم فيه مراقبة علاماتك الحيوية بواسطة أحد أفراد الطاقم الطبي المرخص له أثناء استعادة الإحساس بعد تلقي أدوية لتقليل الإحساس أو الحد من الشعور بعدم الراحة: • **$400** – South P1 • **$420** – South P6 • **$440** – South P7 • **$0** – South P9 • **$490** – South P10 • South P11 – **$0** • **$470** – North P2 • **$480** – North P16 • **$400** – North P17 • **$400** – North P18 • **$490** – North P19 • **$450** – North P20 • **$480** – North P21 • **$490** – North P22 • **$480** – North P23
	تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية	

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات طب القدم (تابع)	• **$455** – North P24 • **$460** – North P25
	العلاج الوقائي قبل التعرُّض (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) للوقاية من الإصابة بمرض HIV إذا لم تكن مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن طبيبك أو ممارس الرعاية الصحية الآخر يحدد أنك معرض لخطر متزايد للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإننا نغطي أدوية الوقاية قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلًا، فإن الخدمات المشمولة بالتغطية تشمل ما يلي: • أدوية PrEP الفموية أو القابلة للحقن المعتمدة من FDA، بما في ذلك رسوم حقن الدواء، إذا كان ذلك منطبقًا. • ما يصل إلى ثماني جلسات استشارة فردية كل 12 شهرًا (تشمل تقييم خطر الإصابة بمرض HIV، والحد من مخاطر الإصابة به، والالتزام بتناول الدواء). • ما يصل إلى ثمانية فحوصات للكشف عن HIV كل 12 شهرًا. • فحص لمرة واحدة للكشف عن فيروس التهاب الكبد الوبائي ب	$0
	فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا للرجال الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر، نتحمل تكلفة الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا: • فحص المستقيم الرقمي • اختبار مستضد البروستاتا النوعي (PSA)	$0
	الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة† تُستخدم الأجهزة التعويضية لتعويض جزء من الجسم أو وظيفته، كليًا أو جزئيًا. تساعد الأجهزة التقويمية على دعم وظيفة أحد أجزاء الجسم أو تصحيحها. وتشمل هذه الأجهزة، على سبيل المثال لا الحصر: • اختبار الأجهزة التعويضية والتقويمية أو مواءمتها أو التدريب على استخدامها • أكياس فغر القولون والمستلزمات المتعلقة بالعناية بفغر القولون • التغذية المعوية والوريدية، بما في ذلك مجموعات مستلزمات التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والموصلات، والمحاليل، والمستلزمات اللازمة للحقن الذاتي • أجهزة تنظيم ضربات القلب • الدعامات • الأحذية التعويضية • الأذرع والأرجل الاصطناعية **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** مقابل الأجهزة التعويضية أو التقويمية الخارجية ومستلزماتها (بما في ذلك مستلزمات العناية بالجروح)، وكذلك الأحذية الجراحية عند تقديمها أثناء زيارة للمرضى الخارجيين، تدفع مبلغ **التأمين المشترك** حسب الخطة المسجل فيها: • South P1 – **20%** • South P6 – **20%** • **20%-20%** – South P7 • **0%** – South P9 • South P10 – **20%** • South P11 – **20%** • North P2 – **20%** • North P16 – **20%**

الخدمة المشمولة بالتغطية		ما تدفعه أنت
	الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة† (تابع) • الأطراف التعويضية للثدي (بما في ذلك حمالة صدر جراحية تُستخدم بعد استئصال الثدي) • الأجزاء الصناعية التعويضية لاستبدال جزء خارجي من الوجه، كليًا أو جزئيًا، تم استئصاله أو تلفه نتيجة مرض أو إصابة أو عيب خلقي • كريم العناية بالسلس والحفاضات نتحمل تكلفة بعض المستلزمات المرتبطة بالأجهزة التعويضية والتقويمية. نتحمل أيضًا تكلفة إصلاح الأجهزة التعويضية والتقويمية أو استبدالها. نوفر تغطية لبعض الخدمات بعد إزالة الماء الأبيض أو إجراء جراحة إعتام عدسة العين. راجع "رعاية البصر" لاحقًا في هذا المخطط للحصول على التفاصيل. كما نغطي العناصر التالية التي لا يشملها برنامج Medicare بالتغطية: • أحذية جراحية معينة بعد الجراحة عند توفيرها أثناء زيارة العيادة الخارجية • جهاز الانتصاب الفراغي للعجز الجنسي • بعض المواد المانعة للتسرب للجلد، والمواد الواقية، والمرطبات، والمراهم التي تعد ضرورية طبيًا للعناية بالجروح بموجب تغطيتك في برنامج Medi-Cal، نغطي الأجهزة التعويضية والتقويمية عند استيفاء جميع الشروط التالية: • العنصر ضروري طبيًا لاستعادة طريقة عمل جزء من الجسم (للأطراف الاصطناعية فقط) • تم إقرار العنصر لك بوصفة طبية • العنصر ضروري طبيًا لدعم جزء من الجسم (لتقويم العظام فقط) • العنصر ضروري طبيًا لك لأداء أنشطة الحياة اليومية • يعد العنصر مناسبًا لحالتك الطبية العامة • العنصر مشمول بالتغطية من قِبل برنامج Medi-Cal • يجب الحصول على موافقة مسبقة على العنصر لك. ويشمل ذلك أجهزة السمع المزروعة، وتعويضات الثدي/حمالات الصدر الخاصة باستئصال الثدي، والملابس الضاغطة الخاصة بالحروق، والأجهزة التعويضية التي تهدف إلى استعادة وظيفة جزء من الجسم أو استبداله، أو دعم جزء من الجسم ضعيف أو مشوه. وتقتصر التغطية على أقل العناصر تكلفةً والتي تلبي احتياجاتك الطبية على نحوٍ كافٍ. نحن نختار المورّد.	• North P17 – **20%** • North P18 – **20%** • North P19 – **20%** • North P20 – **20%** • North P21 – **20%** • North P22 – **20%** • North P23 – **20%** • North P24 – **20%** • North P25 – **20%** **$0** مقابل الأجهزة الداخلية المزروعة جراحيًا.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	خدمات إعادة التأهيل الرئوي 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 COPD.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	فحص للكشف عن عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي (ج) نغطي فحص التهاب الكبد الوبائي (ج) إذا طلب طبيب الرعاية الأساسي أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر إجراء فحص وكنت تستوفي أحد هذه الشروط: • تعرضت لخطر مرتفع لأنك تستخدم أو سبق أن استخدمت المخدرات غير المشروعة عن طريق الحقن. • إذا خضعت لعملية نقل دم قبل عام 1992. • وُلدتَ بين عامَي 1945 و1965. إذا وُلدتَ بين عامَي 1945 و1965 ولم تكن مُصنَّفًا ضمن الفئات عالية الخطورة، فإننا نتحمل تكلفة فحصًا واحدًا. إذا كنت من الفئات الأكثر عرضة للخطر (على سبيل المثال، إذا واصلت استخدام المخدرات غير المشروعة عن طريق الحقن منذ آخر فحص سابق لك للكشف عن التهاب الكبد الوبائي ج وكانت نتيجته سلبية)، فإننا نغطي تكلفة الفحوصات السنوية.	$0
	الخدمات الحساسة بالإضافة إلى الخدمات الموضحة في "خدمات تنظيم الأسرة" و"فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STI) والاستشارة" في مخطط المزايا هذا، فإننا نغطي أيضًا الخدمات الحساسة مثل رعاية الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي، واختبار الحمل والاستشارة، وخدمات الإجهاض للمرضى الخارجيين. بالنسبة لفحوصات الحمل، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو خدمات تحديد النسل، أو خدمات علاج العدوى المنقولة جنسيًا، لا يُشترط أن يكون الطبيب أو العيادة ضمن شبكة Kaiser Permanente. يمكنك اختيار أي مقدم خدمة تابع لبرنامج Medi-Cal والتوجه إليه دون الحصول على إحالة أو إذن مسبق. للمساعدة في العثور على مقدم خدمة تابع لبرنامج Medi-Cal خارج شبكة Kaiser Permanente، اتصل بخدمات الأعضاء. قد لا تتم تغطية الخدمات المقدمة من مقدم خدمة خارج الشبكة والتي لا تتعلق بالخدمات 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، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام أسبوعيًا.	$0

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	فحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STI) والاستشارة نحن نتحمل تكلفة فحوصات الكلاميديا، والسيلان، والزهري، والتهاب الكبد الوبائي (ب) تُغطى هذه الفحوصات للنساء الحوامل وبعض الأشخاص الذين يكونون أكثر عرضة لخطر الإصابة بـSTI. يجب على مقدم الرعاية الأولية طلب الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة أثناء الحمل. ندفع أيضًا ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية وجهًا لوجه وعالية الكثافة كل عام للبالغين النشطين جنسيًا والمعرضين لخطر متزايد للإصابة بـSTI. 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.	$0
	الرعاية في مرافق التمريض المتخصصة (SNF) للاطلاع على تعريف مرافق التمريض المتخصصة، انتقل إلى **الفصل 12.** نتحمل تكلفة الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مُدرجة هنا (ولا يُشترط أن تكون قد أقمت في المستشفى مسبقًا): • غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا. • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض الماهر • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج النطق • الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة رعايتك، بما في ذلك المواد الموجودة في الجسم بشكل طبيعي، مثل عوامل تجلط الدم • الدم، بما في ذلك التخزين والإدارة • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها SNF • الاختبارات المعملية التي تقدمها SNF • 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 عادة ما تحصل على رعاية SNF من مرافق الشبكة. في ظل ظروف معينة قد تتمكن من الحصول على رعايتك من مرفق غير تابع للشبكة لدينا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا قبلت مبالغ خطتنا للدفع: • مرفق تمريض أو مجتمع تقاعد للرعاية المستمرة كنت تقيم فيه قبل دخولك المستشفى (شريطة أن يقدم رعاية تمريضية). • مرفق تمريض يقيم فيه زوجك أو شريكك المنزلي وقت مغادرتك المستشفى	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. نغطي ما يصل إلى 100 يوم كل فترة استحقاق. **إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الشاملة**، فستدفع المبلغ التالي لكل فترة استحقاق. • **$0** للأيام من 1-20. • **$221** للأيام من 21-100. تبدأ فترة المزايا في اليوم الأول الذي تذهب فيه إلى مرافق تمريض متخصصة (SNF) مشمولة بالتغطية من قِبل برنامج Medicare. تنتهي فترة المزايا عندما لا تكون مريضًا داخليًا في أي مستشفى أو SNF لمدة 60 يومًا تقويميًا على التوالي.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ تُغطّى استشارات الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ للمرضى الخارجيين والمرضى المقيمين في المستشفى الذين يستوفون المعايير التالية: • يتعاطون التبغ، بغض النظر عما إذا كانوا تظهر عليهم علامات أو أعراض لمرض مرتبط بتعاطي التبغ. • يكونون واعين ومدركين أثناء جلسات الاستشارة. • يقدم الاستشارة طبيب مؤهل أو ممارس آخر معتمد من Medicare نغطي محاولتين للإقلاع عن التدخين سنويًا (وقد تتضمن كل محاولة ما يصل إلى أربع جلسات متوسطة أو مكثفة، بحد أقصى ثماني جلسات سنويًا).	$0
	المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة – لأعضاء Southern California فقط** تُعد ميزة الطعام الصحي ميزةً إضافية خاصة للمصابين بأمراض مزمنة، وهي متاحة لجميع أعضاء Southern California الذين يستوفون المعايير. سيتمكن الأعضاء المؤهلون الذين يعانون من حالات مزمنة معينة ويستوفون معايير محددة من استخدام بدل OTC ربع السنوي لشراء الأطعمة المعتمدة، مثل المنتجات الطازجة، عبر الإنترنت ومن متاجر التجزئة المشاركة. تخضع قائمة الأطعمة المعتمدة للتغيير. سيُعاد شحن بطاقتك في 1 يناير، و1 أبريل، و1 يوليو، و1 أكتوبر. لن يُرحل أي جزء غير مستخدم من البدلات ربع السنوية إلى الربع التالي. تُغطى تكلفة المواد الغذائية المؤهلة حتى الحد المتاح من الرصيد على بطاقتك. إذا كان هناك مبلغ متبقي للدفع، فيجب عليك استخدام شكل آخر من أشكال الدفع. تختلف الرسوم ومتطلبات الحد الأدنى للطلبات حسب تجار البيع بالتجزئة. يرجى مراجعة تفاصيل الرسوم في صفحة عملية الدفع قبل تقديم طلب عبر الإنترنت. سيُطلب منك إدخال طريقة دفع أخرى لتغطية أي إكراميات أو رسوم أو عناصر غير مشمولة بالتغطية. ستكون هذه الميزة متاحة فقط لأعضاء Southern California الذين تم تحديدهم في الخطة والذين يستوفون معايير الأهلية للحصول على الميزة وفقًا للشروط التالية: • اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطراب تعاطي المواد المخدرة الأخرى (substance use disorders, SUD) • اضطرابات المناعة الذاتية • السرطان • اضطرابات القلب والأوعية الدموية • قصور القلب المزمن • الخَرَف • مرض السكري • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض • أمراض الجهاز الهضمي المزمنة **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**أعضاء Southern California:** إذا كنت مؤهلًا للحصول على SSBCI، فيمكنك استخدام البدل ربع سنوي لـ OTC الموضح في صف "أدوية متاحة دون وصفة طبية (OTC)" في مخطط المزايا هذا، لشراء الأطعمة الصحية أيضًا. يمكنك تحديد كيفية استخدام البدل المتاح لك على بطاقة الخدمات الصحية الإضافية بين شراء عناصر OTC والأطعمة الصحية. **غير مشمول بالتغطية لأعضاء Northern California.**

الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة – لأعضاء Southern California فقط (يُتبع) • مرض الكلى المزمن (CKD) • اضطرابات الدم الشديدة • فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (HIV/AIDS) • اضطرابات الرئة المزمنة • حالات الصحة العقلية المزمنة والمُسبّبة للعجز • الاضطرابات العصبية • السكتة الدماغية • رعاية ما بعد زراعة الأعضاء • نقص المناعة واضطرابات تثبيط المناعة • الحالات المرتبطة بالقصور الإدراكي • الحالات التي تنطوي على صعوبات وظيفية وتتطلب خدمات مماثلة • الأمراض المزمنة التي تؤثر في حواس البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم • الحالات التي تتطلب استمرار خدمات العلاج للحفاظ على القدرات الوظيفية أو استعادتها **كيفية استخدام بطاقة الخدمات الصحية الإضافية** لتفعيل بطاقتك، اتصل على الرقم 1-833-524-7035 (TTY 711)، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 5 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ، وقدم رقم بطاقتك ورقم تعريف عضويتك (ID). بمجرد تفعيل بطاقتك، يمكنك البدء في استخدامها للوصول إلى رصيدك المخصص لشراء العناصر المعتمدة من متاجر التجزئة المشاركة والمتاجر عبر الإنترنت. إذا كان لديك بالفعل بطاقة الخدمات الصحية الإضافية، فلن تستلم بطاقة جديدة. يرجى الاحتفاظ ببطاقتك، وستكون مزاياك متاحة على بطاقتك الحالية. لإعداد حسابك عبر الإنترنت، أو طلب كتالوج، أو الاطلاع على قائمة بالعناصر المؤهلة، أو العثور على المتاجر المشاركة، أو طلب استرداد قيمة المشتريات، أو التحقق من رصيدك وسجل معاملاتك، أو التسوق عبر الإنترنت، أو تقديم طلب لاسترداد قيمة المشتريات، أو استبدال بطاقة مفقودة أو مسروقة، يُرجى زيارة mybenefitscenter.com أو الاتصال على الرقم 1-833-524-7035 (TTY 711)، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 5 صباحًا حتى 5 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ. إذا واجهت مشكلة عند استخدام البطاقة لشراء منتج مؤهل من أحد المتاجر المشاركة، فيمكنك إتمام عملية الشراء باستخدام وسيلة دفع أخرى، ثم تقديم طلب لاسترداد قيمة المشتريات، والذي سيتطلب إرفاق نسخة من إيصال الشراء المفصل. تخضع طلبات استرداد قيمة المشتريات لعملية مراجعة واتخاذ قرار، ويجب تقديمها خلال 90 يومًا من تاريخ الشراء الموضح في إثبات الدفع أو إيصال الشراء. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة – لأعضاء Southern California فقط (يُتبع) يمكنك أيضًا زيارة mybenefitscenter.com وتنزيل تطبيق OTC Network على الهاتف المحمول للعثور على متاجر الأطعمة الصحية ومتاجر OTC المشاركة، والبحث عن العناصر المؤهلة، ومراجعة سجل معاملاتك، والتحقق من رصيد بطاقتك. يمكنك أيضًا استخدام تطبيق OTC للهاتف المحمول في المتاجر لمسح الأصناف ضوئيًا للتحقق من أهليتها أثناء التسوق وعرض رصيدك قبل إتمام عملية الدفع. يمكن للأعضاء تنزيل تطبيق OTC Network للهاتف المحمول مباشرةً من متجر تطبيقات iTunes أو GooglePlay. ابحث عن "OTC Network" المراد تنزيله. ملاحظة: ستُفقد أي مبالغ غير مستخدمة عند إلغاء التسجيل في خطتنا. **تُعد ميزة الطعام الصحي جزءًا من البرنامج التكميلي الخاص للأعضاء المصابين بأمراض مزمنة. ولا يستوفي جميع الأعضاء شروط الأهلية للحصول عليها. يجب أن يكون الأعضاء مصابين بحالات مزمنة محددة، مثل السكري أو السمنة أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية أو الفُصال العظمي أو مرض الكلى المزمن، حتى يكونوا مؤهلين للحصول على هذه الميزة. قد تكون هناك حالات صحية أخرى تؤهلك للحصول على هذه الميزة. لا يمكن ضمان أهليتك للحصول على هذه الميزة استنادًا إلى حالتك الصحية وحدها. يجب استيفاء جميع متطلبات الأهلية المنطبقة قبل تقديم هذه الميزة. لمزيد من التفاصيل، يُرجى التواصل معنا.	
	العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET) نحن ندفع مقابل SET للأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي المصحوب بأعراض (PAD) والذين لديهم إحالة لـ PAD من الطبيب المسؤول عن علاج PAD. تغطي خطتنا ما يلي: • 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 يجب أن يكون برنامج SET: • جلسات لمدة من 30 إلى 60 دقيقة من برنامج تدريبي علاجي لـ PAD للأعضاء 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 (PA) أو ممرضة ممارسة (NP)/ممرضة سريرية متخصصة (CNS) مدربة على تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	النقل: خدمات النقل الطبي لغير حالات الطوارئ. **تغطية بَرنامج Medicare** : عندما يطلبها مقدم خدمات تابع للشبكة، نغطي خدمات النقل الطبي الضرورية من الناحية الطبية لغير حالات الطوارئ بواسطة سيارة نقالة/سرير طبي مرخّصة أو سيارة مجهزة لنقل مستخدمي الكراسي المتحركة، إلى المنزل (على ألا تتجاوز المسافة 100 ميل)، أو إلى مرفق تمريض مؤهل أو للنقل إلى مستوى أعلى من الرعاية مباشرةً بعد: • الدخول إلى المستشفى لتلقي الرعاية للمرضى الداخليين، • أو بعض حالات تلقي الرعاية الطارئة أو العاجلة أو خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. **تغطية Medi-Cal:** تتيح هذه الميزة خدمات النقل الطبي للحصول على خدمة تغطيها خطتنا وبرنامج Medicare. قد يشمل ذلك: خدمات النقل الطبي بسيارة الإسعاف، أو سيارة نقل المرضى غير القادرين على الجلوس، أو سيارة نقل ذوي الكراسي المتحركة، بالإضافة إلى التنسيق مع خدمات النقل المخصصة لذوي الإعاقة. يُسمح بأشكال النقل عندما: • يقرر مقدم رعايتك الصحية أن حالتك الطبية و/أو البدنية لا تسمح لك بالسفر بالحافلة أو سيارة الركاب أو التاكسي أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، • ويلزم الحصول على موافقة مسبقة، وسيكون عليك الاتصال بخطتك لترتيب وسيلة النقل. للحصول على معلومات حول كيفية طلب خدمات النقل الطبي لغير حالات الطوارئ، راجع **الفصل 3**.	$0
	النقل: النقل غير الطبي† تسمح هذه الميزة بالنقل إلى الخدمات الطبية بواسطة سيارة ركاب أو سيارة أجرة أو غيرها من وسائل النقل العام / الخاص. النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة التي يغطيها Medi-Cal، بما في ذلك الانتقال لحضور مواعيد رعاية الأسنان والحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية. يتم تغطية النقل للخدمات المشمولة بالتغطية من قبل برنامج Medi-Cal وبَرنامج Medicare. للحصول على معلومات حول كيفية طلب خدمات النقل غير الطبي، راجع **الفصل 3**.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	الرعاية المطلوبة بشكل عاجل الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي الرعاية المقدمة لعلاج: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، • أو مرض غير متوقع، • أو إصابة، • أو حالة تحتاج إلى رعاية على الفور. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	**زيارات مكتبية** $0 **زيارات قسم الطوارئ** $0 **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن كل زيارة، حسب الخطة المسجَّل فيها:

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	مطلوب بشكل عاجل (يُتبع) إذا كنت بحاجة إلى الرعاية المطلوبة بشكل عاجل، فينبغي عليك أولًا محاولة الحصول عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بمقدمي خدمات من خارج الشبكة عندما يتعذر عليك الوصول إلى مقدم خدمة ضمن الشبكة، بسبب الوقت أو المكان أو الظروف، أو عندما يكون الحصول على هذه الخدمات من مقدمي الخدمات ضمن الشبكة غير ممكن أو غير معقول (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية طبيًا لحالة غير متوقعة، ولكنها لا تُعد حالة طبية طارئة). 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 أخرت العلاج حتى عودتك إلى منطقة خدمتنا.	• South P1 – **$115** • South P6 – **$115** • South P7 – **$115** • **$0** – South P9 • South P10 – **$115** • South P11 – **$115** • North P2 – **$115** • North P16 – **$115** • North P17 – **$115** • North P18 – **$115** • North P19 – **$115** • North P20 – **$115** • North P21 – **$115** • North P22 – **$115** • North P23 – **$115** • North P24 – **$115** • North P25 – **$115**
	العناية بالبصر نحن ندفع مقابل الخدمات التالية: • فحص عين روتيني كل عام	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة طبيب عيون.
	نحن ندفع مقابل خدمات الطبيب الخارجي لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين. على سبيل المثال، علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة طبيب عيون. **إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة،** فستدفع المبلغ التالي عن **كل زيارة لطبيب العيون،** حسب الخطة المسجَّل فيها: • South P1 – **$0** • South P6 – **$0** • South P7 – **$0** • **$0** – South P9 • South P10 – **$0** • South P11 – **$0** • North P2 – **$0** • North P16 – **$0** • North P17 – **$0** • North P18 – **$0** • North P19 – **$0** • North P20 – **$0**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	العناية بالبصر (تابع)	• North P21 – **$0** • North P22 – **$0** • North P23 – **$0** • North P24 – **$5** • North P25 – **$0**
	بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالجلوكوما، فإننا ندفع مقابل فحص الجلوكوما مرة واحدة كل عام. الأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالجلوكوما هم: • 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 بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري، نغطي تكلفة فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة سنويًا.	$0 لأعضاء Southern California، تحدث مع مقدم الخدمة المتابع لحالتك واحصل على إحالة.
	النظارات الطبية بعد جراحة إعتام عدسة العين: نغطي ما يلي: • ندفع ثمن زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل عملية جراحية لإعتام عدسة العين عندما يقوم الطبيب بإدخال عدسة داخل العين. • إذا خضعت لجراحتين منفصلتين لإزالة إعتام عدسة العين، فيجب أن تحصل على زوج واحد من النظارات بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على زوجين من النظارات بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على زوج من النظارات بعد الجراحة الأولى. • العدسات / الإطارات التصحيحية (والبدائل) اللازمة بعد إزالة الساد بدون زرع عدسة	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. **ملاحظة:** إذا كانت تكلفة النظارات التي تشتريها أعلى مما يغطيه برنامج Medicare، فإنك تدفع الفرق.
	النظارات الطبية والعدسات اللاصقة: مرة واحدة كل 12 شهرًا، نوفر لك بدلاً مخصصًا لاستخدامه في سعر شراء النظارات من مرفق بصري عندما يصف الطبيب أو اختصاصي البصريات نظارة أو عدسة لاصقة لتصحيح الرؤية. يمكن استخدام البدل لدفع ثمن العناصر التالية: • عدسات النظارات عندما يضع مقدم الخدمات التابع للشبكة العدسات في إطار • إطارات النظارات عندما يضع مقدم الخدمات التابع للشبكة عدستين (يجب أن يكون لإحداهما على الأقل قيمة انكسارية) في الإطار • العدسات اللاصقة وتركيبها والاستغناء عنها لن نمنح هذا البدل إذا سبق أن قدمنا بدلًا للمساهمة في تكلفة العدسات أو الإطارات (أو قمنا بتغطيتها بطريقة أخرى) خلال الأشهر الـ12 السابقة. لا يمكن استخدام البدل إلا في نقطة البيع الأولية. إذا لم تستخدم كل بدلاتك المخصصة في نقطة البيع الأولية، فلا يمكنك استخدامها لاحقًا. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. تدفع $0 حتى الحد الأقصى للبدل المخصص في خطتك: • **$350** – South P1 • **$400** – South P6 • **$500** – South P7 • **$500** – South P9 • **$500** – South P10 • **$500** – South P11 • **$350** – North P2 • **$350** – North P16 • **$350** – North P17

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	العناية بالبصر (تابع)	• **$350** – North P18 • **$350** – North P19 • **$350** – North P20 • **$350** – North P21 • **$350** – North P22 • **$350** – North P23 • **$350** – North P24 • **$350** – North P25 إذا كانت تكلفة النظارات أو العدسات التي تشتريها تتجاوز قيمة البدل المتاح بموجب خطتك، **فإنك تدفع الفرق.**
	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)، فسنقدم بدلاً نحو سعر شراء عنصر بديل من نفس النوع (عدسة النظارات، أو العدسات اللاصقة، والتركيب، والصرف) للعين التي بها تغيير 0.50 ديوبتر. يبلغ البدل المخصص لإحدى هذه العدسات البديلة**$30** لعدسة نظارات أحادية الرؤية أو لعدسة لاصقة (بما في ذلك التركيب والصرف) و**$45** لعدسة نظارات متعددة البؤر وعدسة نظارات طبية.	تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. إذا كانت تكلفة العدسة التي تشتريها تتجاوز مبلغ **$30** لبدل العدسة أحادية الرؤية أو مبلغ **$45** لبدل العدسات متعددة البؤر أو العدسات المحدبة، **فإنك تدفع المبلغ الذي يتجاوز قيمة البدل.**
	العدسات اللاصقة الخاصة: نحن نغطي العدسات اللاصقة الخاصة التالية عندما يصفها طبيب تابع للشبكة أو مقدم خدمات للشبكة الذي يعمل أخصائي بصريات: • ما يصل إلى عدستين لاصقتين ضروريتين طبيًا لكل عين كل 12 شهرًا لعلاج انعدام القزحية (غياب القزحية)، بما في ذلك التركيب والصرف • إذا كانت العدسات اللاصقة (باستثناء العدسات اللاصقة المستخدمة لعلاج انعدام القزحية) ستوفر تحسنًا ملحوظًا في رؤيتك لا يمكن لعدسات النظارات توفيره، فإننا نغطي إما زوجًا واحدًا من العدسات اللاصقة (بما في ذلك التركيب والصرف) أو الكمية الأولية من العدسات اللاصقة التي تُستخدم لمرة واحدة (بما في ذلك التركيب والصرف)، وذلك بما لا يزيد عن مرة واحدة كل 12 شهرًا. • ومع ذلك، لن نغطي أي عدسات لاصقة إذا سبق أن قدمنا بدلًا للمساهمة في تكلفة عدسة لاصقة (أو قمنا بتغطيتها بطريقة أخرى) خلال الأشهر الـ12 السابقة، باستثناء العدسات اللاصقة المشمولة بالتغطية لعلاج انعدام القزحية.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	عدسات النظارات الطبية ضمن تغطية Medi-Cal: النظارات الطبية الكاملة (الإطار والعدسات): تغطي Medi-Cal زوجًا واحدًا كاملًا من النظارات الطبية كل 24 شهرًا، بوصفة طبية سارية لا تقل عن 0.75 ديوبتر. **تستمر هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة. إذا كنت تريد عدسات النظارات أو الميزات التي لا يغطيها Medi-Cal، فقد **تضطر إلى دفع مبلغ إضافي مقابل تلك الترقيات.**

	الخدمة المشمولة بالتغطية	ما تدفعه أنت
	العناية بالبصر (تابع) **عدسات النظارات الطبية:** سنطلب لك نظارات جديدة أو بديلة من مورد عدسات النظارات التابع لـ DHCS. إذا لم يتمكن مزود DHCS من تزويدك بالعدسات التي تحتاج إليها، فسوف نرتب ليتم إعداد عدساتك في مختبر بصريات آخر. لن تضطر إلى دفع مبلغ إضافي إذا اتخذنا الترتيبات لأن مورد DHCS لا يمكنه صنع عدسات نظاراتك الطبية. إذا كنت تريد عدسات النظارات الطبية أو الميزات التي لا يغطيها Medi-Cal، فقد تضطر إلى دفع مبلغ إضافي مقابل تلك الترقيات. **إطارات النظارات الطبية:** نغطي إطارات جديدة أو بديلة تبلغ قيمتها **$80** أو أقل. إذا اخترت إطارات تتجاوز تكلفتها **$80**، فيجب أن تدفع الفرق بين تكلفة الإطارات ومبلغ **$80**. **نظارة بديلة خلال 24 شهرًا:** نغطي النظارات الطبية البديلة إذا كان لديك تغيير بما لا يقل عن 0.50 ديوبتر في الوصفة الطبية أو فقدت نظاراتك أو سُرقَت أو كُسِرت (ولا يمكن إصلاحها)، لم يكن ذلك خطأك. يجب أن تبلغنا بكيفية فقد نظاراتك الطبية أو سرقتها أو كسرها. تكون الإطارات المستبدلة بنفس نمط الإطارات القديمة (حتى **$80**) إذا مضت مدة أقل من 24 شهرًا على حصولك على النظارات.	
	أجهزة ضعف البصر: نغطي أيضًا أجهزة ضعف البصر بموجب Medi-Cal عند استيفاء الشروط التالية: • 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 المسببة لضعف الرؤية حالة مزمنة ولا يمكن علاجها بالوسائل الطبية أو الجراحية • الحالة الجسدية والعقلية للمتلقي هي مثل أن يكون هناك توقع معقول بأن الوسائل المساعدة ستستخدم لتحسين الوظيفة اليومية للمتلقي. 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.	$0 تحدث إلى مقدم خدمتك، واحصل على إحالة.
	زيارة وقائية "Welcome to Medicare" نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" لمرة واحدة الزيارة تشمل: • مراجعة صحتك، • التثقيف والاستشارة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات والجرعات (أو اللقاحات))، • والإحالات لرعاية أخرى إذا كنت في حاجة إليها. **ملاحظة:** لا نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" إلا خلال الاثنى عشر شهرًا الأولى التي تنضم فيها إلى الجزء B في Medicare. وعندما تحدد موعدًا، عليك أن تخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد للزيارة الوقائية "Welcome to Medicare".	$0

هـ. وسائل الدعم المجتمعي

قد تحصل على وسائل الدعم بموجب خطة رعايتك الفردية. الدعم المجتمعي عبارة عن خدمات أو إعدادات بديلة مناسبة من الناحية الطبية وفعالة من حيث التكلفة لتلك التي تغطيها خطة برنامج Medi-Cal التابعة للولاية. هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات في العيش بشكل أكثر استقلالية. وهي لا تحل محل المزايا التي تحصل عليها بالفعل بموجب برنامج Medi-Cal.

فيما يلي أمثلة على خدمات الدعم المجتمعي. ولا تتوفر في جميع المناطق. ليس كل الأعضاء مؤهلين لتلقي وسائل الدعم المجتمعي. للتأهل، يجب أن تستوفي معايير محددة.

وسائل الدعم المجتمعي	الوصف	من قد يكون مؤهلاً
عمليات الانتقال إلى مرافق العيش المساعد (ALF)	تساعد هذه الخدمات الأفراد على العيش في المجتمع و/أو تجنب الإيداع في مؤسسات الرعاية. الهدف من الخدمة هو تسهيل انتقال مرفق التمريض مرة أخرى إلى بيئة شبيهة بالمنزل ومجتمعية و/أو منع إدخال المستفيدين إلى مرافق التمريض المتخصصة ممن لديهم حاجة وشيكة إلى الإقامة في مرفق تمريض.	الأعضاء الذين: • عاشوا في مرفق تمريض لأكثر من 60 يومًا ويريدون الانتقال إلى مرفق العيش المساعد (ALF) ويمكنهم العيش بأمان في ALF؛ **أو** • يعيشون في المجتمع، ويريدون أن يظلوا في المجتمع، ويمكنهم العيش بأمان في ALF، ويحتاجون إلى مستوى رعاية مرفق التمريض، لكن يختارون تلقي هذه لخدمات في ALF بدلاً من الانتقال إلى مرفق تمريض
علاج الربو	يتضمن ذلك التعديلات المادية التي تُجرى على البيئة المنزلية اللازمة لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته، أو تمكينه من ممارسة أنشطته في المنزل مع تقليل احتمالية تعرضه لنوبات الربو الحادة.	الأعضاء الذين أجروا تقييمًا للمحفزات البيئية داخل المنزل خلال 12 شهرًا الماضية من خلال ميزة «خمات الوقاية من الربو (APS) كما هو موضح في مخطط المزايا
خدمات الانتقال المنزلية أو المجتمعية	يتضمن ذلك نفقات الإعداد غير المتكررة للأفراد الذين ينتقلون من منشأة مرخصة إلى ترتيبات معيشية في مسكن خاص حيث يكون الشخص مسؤولاً بشكل مباشر عن نفقات معيشته.	الأعضاء الذين: • يتلقون حاليًا مستوى الرعاية الضروري طبيًا في مرفق تمريض، ويختارون العودة إلى منازلهم ومواصلة تلقي الرعاية؛ **و** • أقاموا أكثر من 60 يومًا في مرفق تمريض و/أو بيئة رعاية تأهيلية؛ **و** • يهتمون بالانتقال مجددًا إلى المجتمع؛ **و** • يقدرون على الإقامة بأمان في المجتمع مع الخدمات والدعم المناسب والفعال من حيث التكلفة.

وسائل الدعم المجتمعي	الوصف	من قد يكون مؤهلاً
التأهيل اليومي	يتم تقديم هذه الخدمات في منزل الفرد أو في مكان خارج المنزل أو خارج المرفق. تم تصميم برامج التأهيل اليومي لمساعدة الفرد على اكتساب المساعدة الذاتية والاحتفاظ بها وتحسينها والتنشئة الاجتماعية ومهارات التكيف اللازمة للإقامة بنجاح في البيئة الطبيعية للشخص.	الأعضاء الذين: • يعانون من التشرد؛ **أو** • تم انتشالهم من التشرد وحصلوا على سكن في آخر 24 شهرًا؛ **أو** • معرضون لخطر التشرد أو اليداع في دار رعاية ويمكن تحسين استقرارهم السكني من خلال المشاركة في برنامج تأهيل يومي
تكيفات إمكانية الوصول البيئي (التعديلات المنزلية)	تشمل هذه الخدمات التكيفات المادية للمنزل والتي تكون ضرورية لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته، أو تمكين الفرد من العمل باستقلالية أكبر في المنزل، والتي بدونها سيحتاج المشارك إلى الإقامة في مؤسسة.	الأعضاء المعرضون لخطر الإيداع في مرفق تمريض.
ودائع الإسكان	تساعد هذه الخدمات على تحديد أو تنسيق أو تأمين أو تمويل الخدمات والتعديلات لمرة واحدة اللازمة لتمكين الشخص من إنشاء أسرة أساسية لا تشكل المسكن والطعام.	الأعضاء الذين: • يلبون تعريف الإسكان والتنمية الحضرية ("HUD") للمشردين أو المعرضين لخطر التشرد وعامل مخاطر سريري واحد أو أكثر؛ **أو** • تم تحديد أهليتهم للحصول على خدمات الإيجار الانتقالي؛ **أو** • تم إعطاؤهم الأولوية للحصول على وحدة سكنية دائمة مدعومة أو مورد لدعم الإيجار من خلال نظام الدخول المنسق المحلي لخدمات المشردين أو نظام مماثل، يكونون مؤهلين أيضًا للحصول على
خدمات إيجار السكن وخدمات الاستدامة	توفر هذه الخدمات خدمات الإيجار والاستدامة، بهدف الحفاظ على إيجار آمن ومستقر بمجرد تأمين السكن.	الأعضاء الذين: • يلبون تعريف الإسكان والتنمية الحضرية ("HUD") للمشردين أو المعرضين لخطر التشرد وعامل مخاطر سريري واحد أو أكثر؛ **أو** • تم تحديد أهليتهم للحصول على خدمات الإيجار الانتقالي؛ **أو** • تم إعطاؤهم الأولوية للحصول على وحدة سكنية دائمة مدعومة أو مورد لدعم الإيجار من خلال نظام الدخول المنسق المحلي لخدمات المشردين أو نظام مماثل

وسائل الدعم المجتمعي	الوصف	من قد يكون مؤهلاً
خدمات نقل/بحث عن السكن	تساعد هذه الخدمات الأعضاء على الحصول على السكن وتشمل إجراء فحص المستأجر وتقييم السكن وخطة دعم الإسكان الفردية وتأمين السكن.	الأعضاء الذين: • يلبون تعريف الإسكان والتنمية الحضرية ("HUD") للمشردين أو المعرضين لخطر التشرد وعامل مخاطر سريري واحد أو أكثر؛ **أو** • تم تحديد أهليتهم للحصول على خدمات الإيجار الانتقالي؛ **أو** • تم إعطاؤهم الأولوية للحصول على وحدة سكنية دائمة مدعومة أو مورد لدعم الإيجار من خلال نظام الدخول المنسق المحلي لخدمات المشردين أو نظام مماثل، يكونون مؤهلين أيضًا للحصول على
الغذاء الداعم طبيًا/ الوجبات المخصصة طبيًا	تشمل هذه الخدمات 1) وجبات مصممة طبيًا مقدمة للعضو في المنزل والتي تلبي الاحتياجات الغذائية الفريدة للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة، والتي تم تصميمها بواسطة أخصائي تغذية معتمد؛ و/أو 2) خدمات الغذاء والتغذية الداعمة طبيًا.	الأعضاء الذين يعانون من حالات صحية خطيرة أو مزمنة تتأثر بالتغذية.
خدمات الرعاية الشخصية وخدمات ربة المنزل	توفر هذه الخدمات المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (Activities of Daily Living, "ADLs") والمساعدة في الأنشطة الأساسية للحياة اليومية (Instrumental Activities of Daily Living, "IADLs").	الأعضاء الذين: • يتعرضون لخطر دخول المستشفى أو الإقامة في مرفق تمريض؛ **أو** • لديهم عجز وظيفي ولا يوجد نظام دعم مناسب آخر؛ **أو** • حصلوا على موافقة لتلقي خدمات الدعم داخل المنزل
رعاية التعافي (الراحة الطبية)	تشمل هذه الخدمات الرعاية السكنية قصيرة الأجل للأفراد الذين لم يعودوا بحاجة إلى دخول المستشفى، ولكنهم ما زالوا بحاجة إلى الشفاء من إصابة أو مرض والذين قد تتفاقم حالتهم بسبب بيئة معيشية غير مستقرة.	الأعضاء الذين: • يحتاجون إلى التعافي للشفاء من إصابة أو مرض؛ **و** • يلبون تعريف HUD للمشردين أو المعرضين لخطر التشرد

وسائل الدعم المجتمعي	الوصف	من قد يكون مؤهلاً
خدمات الراحة	يتم تقديم هذه الخدمات على أساس قصير الأجل بسبب غياب أو الحاجة إلى إغاثة الأشخاص الذين يقومون عادة برعايتهم و/أو الإشراف عليهم وهم غير طبيين بطبيعتهم. تختلف هذه الخدمة عن الرعاية الطبية المؤقتة/التعافية وهي مخصصة لمقدمي الرعاية فقط.	الأعضاء الذين يعيشون في المجتمع ويعانون من صعوبات في أداء أنشطة المعيشة اليومية ("ADLs") ويعتمدون على مقدم رعاية مؤهل يقدم لهم الدعم، ويحتاجون إلى إعفاء مقدم الرعاية من أعباء الرعاية لمنع إيداع العضو في دار رعاية.
مراكز الإفاقة	تُستخدم هذه الأماكن كوجهات بديلة للأفراد الذين يتبين أنهم في حالة سُكر علني، والذين كان سيتم نقلهم لولا ذلك إلى قسم الطوارئ أو إلى السجن. توفر مراكز الإفاقة لهؤلاء الأفراد، ولا سيما المشردين أو الذين يعيشون في ظروف سكنية غير مستقرة، بيئة آمنة وداعمة للوصول إلى مرحلة التعافي.	الأعضاء الذين: • يبلغون من العمر 18 عامًا أو أكبر؛ **و** • تحت تأثير مخدر لكنهم واعون ومتعاونون وقادرون على المشي وغير عنيفين ولا يعانون من أي ضائقة طبية (بما في ذلك أعراض الانسحاب التي تهدد الحياة أو الأعراض الكامنة الظاهرة)؛**و** • وخلافًا لذلك فسيتم نقلهم إلى قسم الطوارئ أو السجن؛ **أو** • حضروا إلى قسم الطوارئ، ويُعتبر من المناسب تحويلهم إلى مركز لإفاقة فاقدي الوعي بسبب السُّكر
الإيجار الانتقالي	ما يصل إلى 6 أشهر من المساعدة في دفع الإيجار في أماكن إقامة مؤقتة أو دائمة.	الأعضاء الذين: • لديهم عامل أو أكثر من عوامل الخطر السريرية **المؤهلة** • يلبون تعريف HUD للمشردين أو المعرضين لخطر التشرد؛ **و** • ينتقلون من بيئة واحدة من بيئتين مؤهلتين: ○ الخروج من بيئة إقامة مؤسسية أو جماعية ○ الخروج من بيئة السجن

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو تريد معرفة وسائل الدعم المجتمعي التي قد تكون متاحة لك، فاتصل بخدمات الأعضاء على 1-800-443-0815 (TTY 711)، أو تحدث إلى منسق الرعاية.

و. المزايا المشمولة خارج نطاق خطتنا

لا نغطي الخدمات التالية، ولكنها متاحة من خلال برنامج Medi-Cal بنظام الخدمة مقابل الرسوم.

و1. التحولات المجتمعية في ولاية California (CCT)

يستخدم برنامج التحولات المجتمعية في ولاية California (CCT) منظمات محلية رائدة لمساعدة المستفيدين المؤهلين من Medi-Cal، الذين أقاموا في مرفق للمرضى الداخليين لمدة 60 يومًا متتاليًا على الأقل، على الانتقال مجددًا إلى بيئة مجتمعية والبقاء فيها بأمان. يموّل برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال، لمساعدة المستفيدين على العودة إلى بيئة مجتمعية.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج CCT تقدم خدماتها في المقاطعة التي تقيم فيها. يمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تقدم خدماتها فيها على موقع إدارة خدمات الرعاية الصحية على الرابط: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

بالنسبة إلى خدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج CCT

يتكفل برنامج Medi-Cal بتكاليف خدمات تنسيق الانتقال. أنت لا تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة إلى الخدمات غير المتعلقة بانتقالك ضمن برنامج CCT

سيقوم مقدم الخدمة بإصدار فاتورة إلينا مقابل خدماتك. تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. أنت لا تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات.

أثناء حصولك على خدمات تنسيق الانتقال ضمن برنامج CCT، نغطي الخدمات المدرجة في مخطط المزايا في **القسم د**.

لا يوجد تغيير في ميزة تغطية الأدوية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. ستستمر في الحصول على ميزة الأدوية العادية من خلال خطتنا. لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية انتقالية غير CCT، فاتصل بمنسق رعايتك لترتيب الخدمات. الرعاية الانتقالية **غير** التابعة لبرنامج CCT هي الرعاية التي لا تتعلق بانتقالك من مؤسسة أو مرفق.

و2. خدمات طب الأسنان ضمن برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يتوفر المزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني smilecalifornia.org. يتضمن برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيف والختام السني وعلاج الفلورايد
- الترميمات والتيجان
- علاج قنوات الجذور
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة والتعديلات والإصلاحات وإعادة التبطين

لمزيد من المعلومات حول مزايا العناية بالأسنان المتوفرة في برنامج Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، فاتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (على مستخدمي (TTY) الاتصال بالرقم 1-800-735-2922). المكالمة مجانية. يتوفر ممثلو Medi-Cal Dental لمساعدتك من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org لمزيد من المعلومات.

في مقاطعتي Sacramento وLos Angeles، قد تحصل على مزايا طب الأسنان من خلال برنامج الرعاية المُدارة للأسنان (Dental MC) التابع لبرنامج Medi-Cal. إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات حول خطط طب الأسنان من برنامج Medi-Cal أو ترغب في إجراء تغييرات، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين حتى الجمعة من 8 صباحًا إلى 6 مساءً. المكالمة مجانية. تتوفر أيضًا معلومات الاتصال ببرامج (Dental MC) هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

و3. خدمات الدعم في المنزل (IHSS)

- سيساعدك برنامج IHSS في الدفع لمقدمي الرعاية المسجلين 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.
- لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن الموافقة عليها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن السماح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل العناية بالأمعاء والمثانة، والاستحمام، والعناية بالمظهر، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي لذوي الإعاقة العقلية.
- يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على IHSS مع وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. يمكن العثور على معلومات الاتصال الخاصة بمقاطعتك في **الفصل 2**، **القسم ط** أو على الرابط https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

و4. برامج الإعفاء من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) بموجب المادة 1915(ج)

برنامج الإعفاء من تكاليف المعيشة بمساعدة (ALW)

- يقدم برنامج الإعفاء من تكاليف المعيشة بمساعدة (Assisted Living Waiver, ALW) للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للإيداع طويل الأجل في مرفق تمريض. الهدف من ALW هو تسهيل انتقال مرفق التمريض مرة أخرى إلى بيئة شبيهة بالمنزل ومجتمعية أو منع إدخال المستفيدين إلى مرافق التمريض المتخصصة ممن لديهم حاجة وشيكة إلى الإقامة في مرفق تمريض.
- يمكن للأعضاء المسجلين في ALW أن يظلوا مسجلين في ALW أثناء تلقيهم أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة تنسيق رعاية برنامج ALW لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يتوفر برنامج ALW حاليًا في المقاطعات التالية فقط: Alameda وContra Costa وFresno وKern وLos Angeles وOrange وRiverside وSacramento وSan Bernardino وSan Diego وSan Francisco وSan Joaquin وSan Mateo وSanta Clara وSonoma.
- يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على ALW. يمكن العثور على قائمة وكالات تنسيق رعاية برنامج ALW على الموقع الإلكتروني التالي: https://www.dhcs.ca.gov/services/long-term-care-alternatives-home-and-community-based-service-options/participating-care-coordination-agencies/

استثناء HCBS لسكان California من ذوي الإعاقات في النمو (HCBS-DD)

استثناء برنامج تقرير المصير (SDP) في California للأفراد الذين يعانون من إعاقات في النمو

- يتوفر استثناءان بموجب المادة 1915 (ج)، 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 California. يمكن لمنسق رعايتك المساعدة في توصيلك بخدمات استثناء DD.

برنامج الإعفاء للخدمات البديلة المقدمة في المنزل والمجتمع (HCBA)

- يقدم برنامج الإعفاء للخدمات البديلة المقدمة في المنزل والمجتمع (Home and Community-Based Alternative, HCBA) خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر العيش في دار رعاية تمريض 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 للمشارك. يمكن أن يكون مكان الإقامة هذا ملكًا خاصًا، أو يتم الحصول عليه بموجب عقد إيجار للمستأجر، أو أن يكون مسكن أحد أفراد أسرة المشارك.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج إعفاء HCBA أن يظلوا مسجلين فيه أثناء تلقيهم أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة إعفاء HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على HCBA. يمكن العثور على قائمة وكالات برنامج إعفاء HCBA على الموقع الإلكتروني التالي: Home and Community-Based Alternatives Waiver | DHCS

برنامج تنازل Medi-Cal (MCWP)

- يوفّر برنامج تنازل Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) خدمات شاملة لإدارة الحالات والرعاية المباشرة للأشخاص المتعايشين مع مرض HIV، كبديل عن الرعاية في مرافق التمريض أو دخول 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 ومجتمعه.

- يهدف برنامج MCWP إلى ما يلي: (1) تقديم الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بمرض HIV الذين قد يحتاجون بخلاف ذلك إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين مع الإدارة الصحية لمرض HIV؛ (3) تحسين إمكانية الوصول إلى الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي و(4) التنسيق بين مقدمي الخدمات والقضاء على ازدواجية الخدمات.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج تنازل MCWP أن يظلوا مسجلين به أثناء تلقيهم أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة استثناء MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على MCWP. يمكن العثور على قائمة وكالات برنامج الاستثناء من MCWP على الموقع الإلكتروني التالي: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

برنامج الخدمات متعددة الأغراض لكبار السن (MSSP)

- يوفر برنامج الخدمات متعددة الأغراض لكبار السن (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) كلاً من 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، ويشتري 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 تمريض متخصص.

- 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 وطبيبه وأسرته وآخرين لوضع خطة رعاية فردية. الخدمات تشمل ما يلي:

- إدارة الرعاية
- الرعاية النهارية للبالغين
- أعمال الإصلاح/الصيانة البسيطة للمنزل
- خدمات إضافية في المنزل للأعمال المنزلية، والرعاية الشخصية، والإشراف الوقائي
- خدمات الراحة
- خدمات النقل
- خدمات الاستشارة والعلاج
- خدمات الوجبات
- خدمات التواصل

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج تنازل MSSP أن يظلوا مسجلين به أثناء تلقيهم أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع مقدم MSSP المتابع لحالتك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق رعايتك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على MSSP. يمكن العثور على قائمة وكالات مقدمي خدمات برنامج MSSP على الموقع الإلكتروني التالي: aging.ca.gov/Providers_and_Partners/Multipurpose_Senior_Services_Program/Service_Area_Map/

و5. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج نطاق خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة)

لديك الحق في إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية اللازمة طبيًا التي يغطيها بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها بَرنامج Medicare ورعاية برنامج Medi-Cal المُدارة. لا تقدم خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal أو خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة وفقًا للمقاطعة، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في مقاطعتك.

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية التخصصية من برنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي معايير الحصول على خدمات الصحة العقلية التخصصية. تشمل خدمات الصحة العقلية التخصصية من برنامج Medi-Cal التي تقدمها MHP في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج النهاري المكثف
- خدمات إعادة التأهيل النهارية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات دعم الاستقرار في الأزمات
- خدمات العلاج السكني للبالغين
- خدمات العلاج السكني للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- خدمات الأمراض النفسية للمرضى الداخليين
- إدارة الحالات المستهدفة

- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية البديلة العلاجية
- خدمات إعادة الاندماج للمشاركين في نظام العدالة، عند توفرها
- العلاج المجتمعي المكثف (ACT)، عند توفره
- العلاج المجتمعي المكثف للطب الشرعي (forensic assertive community treatment, FACT)، عند توفره
- الرعاية المتخصصة المنسقة (coordinated specialty care, CSC) للذهان في أول نوبة (first episode psychosis, FEP)، عند توفرها
- خدمات النادي الاجتماعي، عند توفرها
- خدمات العاملين الصحيين المجتمعيين المعززة (CHW)، عند توفرها

تتوفر لك خدمات Drug Medi-Cal (DMC) من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك، إذا كنت تستوفي معايير الحصول على هذه الخدمات.

- خدمات العلاج المكثف في العيادات الخارجية
- الإقامة العلاجية للاضطرابات الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة
- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- برنامج علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها

تشمل خدمات خطة Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) ما يلي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- خدمات العلاج المكثف في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج الجزئي في المستشفيات
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج السكني
- خدمات إدارة أعراض الانسحاب
- برنامج علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية
- خدمات دعم الأقران، عند توفرها
- خدمات التدخل المتنقلة في الأزمات المجتمعية، عند توفرها
- خدمات إدارة الطوارئ، عند توفرها

- خدمات علاج المرضى الداخليين

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، يمكنك الاستفادة من خدمات إزالة السموم الاختيارية للمرضى الداخليين إذا استوفيت المعايير المطلوبة.

ز. المزايا غير المشمولة بخطتنا أو ببرنامج Medicare أو Medi-Cal

يُوضّح لك هذا القسم المزايا المستثناة من خطتنا. تعني كلمة "مستثنى" أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. لا يدفع بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal مقابلهما أيضًا.

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

لا ندفع تكاليف المزايا الطبية المستثناة الواردة في هذا القسم (أو في أي موضع آخر من دليل الأعضاء هذا)، باستثناء حالات محددة مذكورة. حتى إذا حصلت على الخدمات في مرفق طوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا كنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تدفع مقابل خدمة غير مشمولة بالتغطية، فيمكنك طلب استئناف. للحصول على معلومات حول الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

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

- تعتبر الخدمات غير "معقولة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لبرنامجي Medicare وMedi-Cal، ما لم ندرجها على أنها خدمات مشمولة بالتغطية. لا ينطبق هذا الاستثناء على الخدمات أو الأصناف التي لا يغطيها برنامج Original Medicare ولكن تغطيها خطتنا.
- الإجراءات الطبية والجراحية التجريبية والمعدات والأدوية. الإجراءات والعناصر التجريبية هي تلك العناصر والإجراءات التي يحددها برنامج Original Medicare بحيث لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام. قد يتم تغطيتها بواسطة برنامج Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare. (راجع **الفصل 3** لمزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية.)
- غرفة خاصة في المستشفى إلا عند الضرورة الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة.
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض.
- رعاية تمريضية 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 طب القدم" في مخطط المزايا في **القسم د**.
- أحذية تقويم العظام أو الأجهزة الداعمة، ما لم تكن الأحذية جزءًا من دعامة الساق ومشمولة في تكلفة الدعامة، أو الأحذية لشخص مصاب بمرض القدم السكرية.
- جراحات تصحيح النظر (على سبيل المثال، جراحة الليزك).
- إجراءات اعتكاس التعقيم.
- 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 تكلفتك.
- بعض الاختبارات والخدمات:

- الحصول على وظيفة أو الحفاظ عليها
- الحصول على تأمين
- الحصول على أي نوع من التراخيص
- بموجب أمر من المحكمة، أو لأغراض الإفراج المشروط أو المراقبة
- لا يسري هذا الاستثناء إذا اكتشف الطبيب التابع للشبكة أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

- عناصر الراحة أو الملاءمة. ولا تشمل تغطية Medi-Cal معدات الراحة والرفاهية أو المعدات الفاخرة أو الميزات. وتشمل هذه العناصر التي تكون مخصصة حصريًا لراحة العضو أو أحد أفراد أسرته أو مقدم الرعاية الصحية للعضو. لا يسري هذا الاستثناء على مضخات الثدي التي تُباع بالتجزئة وتوفر للسيدات بعد الحمل. ولا يسري هذا الاستثناء أيضًا على العناصر المعتمدة لك ضمن خدمات الدعم المجتمعية.
- خدمات أو إجراءات التجميل. لا ينطبق هذا الاستثناء على الحالات التالية:
  - الغرسات الخصوية التي يتم غرسها كجزء من الجراحة الترميمية المشمولة بالتغطية.
  - الثدي الاصطناعي اللازم بعد عملية استئصال الثدي أو استئصال الكتلة الورمية.
  - الأجهزة التعويضية لاستبدال عضو خارجي كامل أو جزء منه
- المستلزمات التي تُستخدم لمرة واحدة. لا تشمل تغطية Medi-Cal المستلزمات الطبية التي تستخدم لمرة واحدة التالية للاستخدام المنزلي: الضمادات، والشاش، واللاصق الطبي، والمطهرات، وضمادات الجروح، والضمادات المرنة من نوع Ace.
  لا ينطبق هذا الاستثناء على المستلزمات التي تُستخدم لمرة واحدة والمقدمة كجزء من المزايا التالية الموضحة في مخطط المزايا:
  - علاج غسيل الكلى/الغسيل الكلوي الدموي.
  - المعدات الطبية المعمرة.
  - الرعاية الصحية المنزلية.
  - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
  - المستلزمات والمعدات والأجهزة الطبية.
  - الأدوية الموصوفة.
  - الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة.
- خدمات الخصوبة:
  - لا تشمل تغطية Medi-Cal خدمات الخصوبة للمساعدة على الحمل بما في ذلك خدمات العقم والتلقيح الاصطناعي و خدمات تكنولوجيا الإنجاب المساعدة. لا يغطي Medi-Cal خدمات الحفاظ على الخصوبة.
  - لا يغطي Medi-Cal خدمات الحمل بوسائل اصطناعية، مثل الإخصاب في المختبر، ونقل البيضة الملقحة، وزرع البويضات، ونقل الأمشاج داخل القناة (باستثناء التلقيح الاصطناعي والخدمات ذات الصلة).
- الأصناف والخدمات التي لا تُعد من أصناف وخدمات الرعاية الصحية، ما لم تتم الموافقة عليها ضمن تغطية Medi-Cal الخاصة بك بموجب خدمات الدعم المجتمعي أو المعدات الطبية المعمرة. على سبيل المثال، نحن لا نغطي:
  - تعليم الآداب والسلوك الاجتماعي.
  - خدمات التعليم والدعم التي تهدف إلى تنمية مهارات التخطيط مثل تخطيط الأنشطة اليومية وتخطيط المشروعات أو المهام.
  - العناصر والخدمات التي تهدف إلى زيادة المعرفة أو المهارات الأكاديمية.
  - خدمات التعليم والدعم التى تهدف إلى زيادة الذكاء.
  - تدريب أكاديمي أو دروس خصوصية لمهارات مثل القواعد والرياضيات وإدارة الوقت.

- تعليمك كيفية القراءة، سواء كنت تعاني من عسر القراءة أم لا.
- الاختبار التربوي.
- تعليم الفنون أو الرقص أو ركوب الخيل أو الموسيقى أو اللعب أو السباحة، إلا أن هذا الاستثناء لـ "تعليم اللعب" لا ينطبق على الخدمات التي تعد جزءًا من خطة علاج الصحة السلوكية التي يغطيها هذا الفصل.
- تعليم المهارات الخاصة بالعمل أو لأغراض مهنية.
- التدريب المهني أو تعليم المهارات المهنية.
- دورات التطوير المهني.
- التدريب على وظيفة محددة أو استشارات التوظيف.
- 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 الأخرى بالمياه. لا ينطبق هذا الاستثناء للعلاج المائي والعلاجات المائية الأخرى على خدمات العلاج التي تعد جزءًا من خطة العلاج الطبيعي، والتي تتم تغطيتها كجزء من المزايا التالية:
  - الرعاية الصحية المنزلية.
  - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
  - خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.
  - خدمات مرافق التمريض المتخصصة.
- علاج التدليك: لا ينطبق هذا الاستثناء على خدمات العلاج التي تعد جزءًا من خطة العلاج الطبيعي، والتي تتم تغطيتها كجزء من المزايا التالية:
  - الرعاية الصحية المنزلية.
  - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
  - خدمات التأهيل وإعادة التأهيل.
  - خدمات مرافق التمريض المتخصصة.
- خدمات الرعاية الشخصية (الرعاية الوصائية)، مثل المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (مثل: المشي والذهاب إلى الفراش والنهوض منه والاستحمام وارتداء الملابس والتغذية واستخدام المرحاض وتناول الأدوية). لا ينطبق هذا الاستثناء على المساعدة في أنشطة الحياة اليومية المقدمة كجزء من التغطية الموضحة ضمن المزايا التالية:
  - الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية.
  - خدمات الرعاية والدعم طويلة الأمد.
  - التمريض المتخصص/المتوسط/رعاية الحالات شبه الحادة
  - وسائل الدعم المجتمعي.
- الخدمات غير المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الفيدرالية. 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 FDA. لا ينطبق هذا الاستثناء على الحالات التالية:
  - الخدمات المشمولة بالتغطية ضمن التجارب السريرية.
  - الخدمات المقدمة كجزء من خدمات التحقيق المشمولة بالتغطية.

- الخدمات التي يؤديها أشخاص غير مرخص لهم. لا تشمل التغطية بشكل عام الخدمات التي يمكن تقديمها بأمان وفعالية بواسطة أشخاص لا يُشترط حصولهم على تراخيص أو شهادات من الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية، والتي لا تستدعي فيها حالة العضو أن تُقدَّم هذه الخدمات من قِبل مقدم رعاية صحية مرخَّص. لا ينطبق هذا الاستثناء على الخدمات المشمولة بالتغطية التالية:
  - خدمات الدعم المجتمعي المعتمدة لك.
  - خدمات رفيقة الولادة.
  - خدمات عُمّال الصحة المجتمعية.
- خدمات تتعلق بخدمة غير مشمولة بالتغطية. إذا كانت أحد الخدمات غير مشمولة بالتغطية، يتم استبعاد كافة الخدمات ذات الصلة بالخدمات غير المشمولة. لا يسري هذا الاستثناء على معالجة المضاعفات الناتجة عن الخدمات غير المشمولة بالتغطية، ما لم تكن هذه المضاعفات مشمولة بالتغطية. فعلى سبيل المثال، في حالة الخضوع لجراحة تجميلية غير مشمولة بالتغطية، فلن نغطي الخدمات التي تحصل عليها للاستعداد للجراحة وكذلك رعاية المتابعة. إذا عانيت لاحقًا من مضاعفات تهدد حياتك مثل عدوى خطيرة، فلن يُطبق هذا الاستثناء وسنغطي الخدمات اللازمة لعلاج المضاعفات، طالما أن الخدمات مشمولة في دليل الأعضاء هذا.

الفصل 5: الحصول على الأدوية للمرضى الخارجيين

مقدمة

يشرح هذا الفصل القواعد المتعلقة بالحصول على الأدوية التي تُصرف للمرضى الخارجيين. هذه هي الأدوية التي يطلبها لك مقدم خدماتك والتي تحصل عليها من صيدلية أو عن طريق الطلب بالبريد. وهي تشمل الأدوية التي يغطيها الجزء D من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. **الفصل 6** من دليل الأعضاء هذا يخبرك بما تدفعه مقابل هذه الأدوية. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

كما نغطي أيضًا الأدوية التالية، على الرغم من أنها لا تتم 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 الجزء B من برنامج Medicare.** وتشمل هذه بعض أدوية العلاج الكيميائي، وبعض حقن الأدوية التي يتم إعطاؤها لك أثناء زيارة مكتب مع طبيب أو مقدم خدمة آخر، والأدوية "التي تتناولها في عيادة غسيل الكلى. لمعرفة المزيد حول الأدوية التي يغطيها برنامج الجزء B من برنامج Medicare، يُرجى الرجوع إلى مخطط المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا.
- بالإضافة إلى الجزء D من برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد تُغطى أدويتك من خلال برنامج Original Medicare إذا كنت في دار رعاية محتضرين تابعة لبرنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5، القسم و3** "برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من بَرنامج Medicare."

قواعد تغطية خطتنا للأدوية التي تُصرف للمرضى الخارجيين

نغطي عادةً أدويتك طالما أنك تلتزم بالقواعد الواردة في هذا القسم.

يجب أن يكون لديك مقدم خدمة (طبيب، طبيب أسنان أو واصف دواء آخر) يكتب وصفتك الطبية، والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية المعمول به. غالبًا ما يكون هذا الشخص هو مقدم الرعاية الأولية (PCP). قد يكون أيضًا مقدم خدمة آخر إذا قام PCP بإحالتك للحصول على الرعاية.

يجب ألا يكون **واصف أدويتك** مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو المنع التابعة لبرنامج Medicare أو أي قوائم مماثلة لبرنامج Medi-Cal.

يجب عليك عمومًا استخدام صيدلية تابعة لشبكة خطتنا لصرف وصفتك الطبية. راجع **القسم أ1** لمزيد من المعلومات.) أو يمكنك صرف وصفتك الطبية من خلال خدمة الطلبات البريدية الخاصة بالخطة.

يجب أن يكون الدواء الموصوف لك مدرجًا في خطتنا لـ قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية. نحن نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا. (راجع **القسم ب** من هذا الفصل.)

- إذا لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية، فقد نتمكن من تغطيته من خلال إعطائك استثناءً.
- راجع **الفصل 9** لمعرفة المزيد حول طلب استثناء.
- يرجى أيضًا ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف لك سيتم تقييمه وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal.

لكي تتم تغطية الدواء، يجب استخدامه لغرض طبي مقبول. هذا يعني أن استخدام الدواء إما تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. قد يكون واصف الدواء قادرًا على المساعدة في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف.

قد يحتاج دواؤك إلى موافقة من خطتنا استنادًا إلى معايير معينة قبل أن نغطيه. (راجع **القسم ج** من هذا الفصل.)

الفصل 5 جدول المحتويات

أ. صرف الوصفات الطبية 156
أ1. صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة 156
أ2. استخدام بطاقة تعريف عضويتك (ID) عند صرف وصفة طبية 156
أ3. ما يجب فعله إذا غيّرت الصيدلية التابعة للشبكة 156
أ4. ما يجب فعله إذا أصبحت الصيدلية غير تابعة للشبكة 156
أ5. استخدام صيدلية متخصصة 156
أ6. استخدام خدمات طلب الأدوية عبر البريد للحصول على أدويتك 157
أ7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء 158
أ8. استخدام صيدلية خارج شبكة خطتنا 159
أ9. استرداد قيمة وصفة طبية دفعتها 159
ب. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 159
ب1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا 160
ب2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا 160
ب3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا 160
ب4. *قائمة الأدوية* مستويات مشاركة التكلفة 161
ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية 162
د. أسباب عدم تغطية دوائك 163
د1. الحصول على إمداد مؤقت 163
د2. طلب الحصول على إمداد مؤقت 164
د3. طلب الحصول على استثناء 164
هـ. تغيرات في تغطية أدويتك 164
و. تغطية الأدوية في حالات خاصة 166
و1. في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص، خلال فترة إقامة تغطيها خطتنا 166
و2. في مرفق رعاية طويلة الأجل 166
و3. في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare 166

ز. برامج سلامة الأدوية وإدارتها..... 167
ز1. برامج لمساعدتك على استخدام الأدوية بأمان..... 167
ز2. برامج لمساعدتك على إدارة أدويتك..... 167
ز3. برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان..... 168

أ. صرف الوصفات الطبية

أ1. صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، ندفع مقابل الوصفات الطبية فقط عند صرفها من أيًا من الصيدليات التابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي متجر أدوية يوافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أيًا من الصيدليات التابعة لشبكتنا. (راجع **القسم أ8** للحصول على معلومات حول الحالات التي نغطي فيها الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة.)

للعثور على صيدلة تابعة للشبكة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل مع خدمات الأعضاء.

أ2. استخدام بطاقة تعريف عضويتك (ID) عند صرف وصفة طبية

لصرف وصفتك الطبية، **أبرز بطاقة تعريف عضويتك (ID)** في الصيدلية التابعة لشبكتك. تُصدر الصيدلية التابعة للشبكة لنا فاتورة عن حصتنا من تكلفة دوائك المشمول بالتغطية. قد تحتاج إلى دفع مبلغ الدفع المشترك للصيدلية عند استلام وصفتك الطبية.

تذكّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal الخاصة بك أو بطاقة تعريف المستفيد (BIC) للحصول على الأدوية التي يغطيها Medi-Cal Rx.

إذا لم تكن بطاقة تعريف العضوية (ID) أو BIC معك عند صرف وصفتك الطبية، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. وبعد ذلك، يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة. **إذا لم تتمكن من دفع تكلفة الدواء، فاتصل بخدمات الأعضاء على الفور.** سنبذل قصارى جهدنا لمساعدتك.

- لطلب استرداد المبلغ الذي دفعته، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في صرف وصفة طبية، فاتصل بخدمات الأعضاء.

أ3. ما يجب فعله إذا غيّرت الصيدلية التابعة للشبكة

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

أ4. ما يجب فعله إذا أصبحت الصيدلية غير تابعة للشبكة

إذا خرجت الصيدلية التي تستخدمها من شبكة خطتنا، فستحتاج إلى العثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلة جديدة تابعة للشبكة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل مع خدمات الأعضاء.

أ5. استخدام صيدلية متخصصة

في بعض الأحيان، يجب صرف الوصفات الطبية من خلال صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي تورد أدوية العلاج بالتسريب المنزلي.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل مرفق تمريض.
- عادة ما يكون لمرافق الرعاية طويلة الأجل صيدليات خاصة بها. إذا كنت مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأجل، فنحن نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المرفق.
- إذا كانت صيدلية مرفق رعايتك طويلة الأجل ليست ضمن شبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويتك في مرفق الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بخدمات الأعضاء.

- صيدليات مقدمي الرعاية الصحية الهندية (IHCP) يتمتع الأعضاء من الأمريكيين الهنود، وسكان ألاسكا الأصليين بإمكانية الوصول إلى الصيدليات لدى مقدمي الرعاية الصحية الهنود (IHCP) بقدر ما يكون لديهم صيدلية بيع بالتجزئة مسجلة. إذا لم تكن من الأمريكيين الهنود أو سكان ألاسكا الأصليين، فلا يزال بإمكانك تلقي الخدمات من صيدلية البيع بالتجزئة في IHCP إذا كنت مسجلاً في العيادة أو في حالة طارئة.

- الصيدليات التي توزع الأدوية المقيدة من قِبل 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 صيدلة متخصصة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل مع خدمات الأعضاء.

أ6. استخدام خدمات طلب الأدوية عبر البريد للحصول على أدويتك

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد في شبكة خطتنا. بشكل عام، الأدوية المتاحة من خلال الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. الأدوية المتاحة من خلال خدمة طلب الأدوية عبر البريد الخاصة بخطتنا مُشار إليها على أنها أدوية متاحة عبر البريد في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

تتيح لك خدمة طلب الأدوية عبر البريد الخاصة بخطتنا طلب إمداد حتى 100 يومًا. إن الإمداد- لمدة 100 يوم له نفس الدفع المشترك مثل الإمداد لمدة شهر واحد.

صرف الوصفات الطبية عن طريق البريد

للحصول على معلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، تفضل بزيارة صيدلية محلية ضمن شبكة خطتنا أو زيارة موقعنا الإلكتروني على kp.org/refill. يمكنك طلب إعادة صرف وصفاتك الطبية بسهولة بالطرق التالية:

- سجّل واطلب الأدوية بأمان عبر الإنترنت على الرابط kp.org/refill.
- اتصل بالرقم المدرج في خطة الأدوية الموصوفة لك، واتبع التعليمات الصوتية (وتأكد من اختيار خيار التوصيل عبر البريد عندما يُطلب منك ذلك).
- اتصل بالرقم أدناه الذي ينطبق على خطتك:

  خطط South: 1-866-206-2983 (TTY 711), من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى 7 مساءً.

  خطط North: 1-888-218-6245 (TTY 711), من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والأحد من 9 صباحًا حتى 6 مساءً.

- 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 المبلغ المستحق عليك من تكلفة المشاركة عند تقديم طلبك (لا توجد رسوم شحن عند التوصيل العادي عبر USPS). إذا كنت تفضل ذلك، يمكنك تعيين صيدلية تابعة للشبكة حيث تريد استلام وصفتك الطبية ودفع ثمنها. يرجى الاتصال بإحدى الصيدليات التابعة للشبكة إذا كان لديك سؤال حول ما إذا كان يمكن إرسال وصفتك الطبية بالبريد أو الاطلاع على قائمة الأدوية التابعة لخطتنا للحصول على معلومات حول الأدوية التي يمكن إرسالها بالبريد.

عادةً ما تصل وصفة الدواء المطلوبة عبر البريد خلال **5** أيام. إذا تأخرت الوصفة الطبية الخاصة بطلبك عبر البريد، يُرجى الاتصال بالرقم المذكور أعلاه أو على ملصق زجاجة الوصفة الطبية للحصول على المساعدة. أيضًا، إذا كنت لا تستطيع الانتظار حتى وصول وصفتك الطبية من صيدلية الطلبات عبر البريد، فيمكنك الحصول على كمية كافية بشكل عاجل من خلال الاتصال بالصيدلية المحلية ضمن شبكة خطتك، والمُدرجة في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات التابع بخطتك أو عبر الرابط التالي 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.

إجراءات طلب الأدوية 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 خدماتك ، وإعادة ملء الوصفات الطبية الخاصة بطلبك عبر البريد.

1. الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية من مكتب مقدم خدماتك

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

- يمنحك هذا فرصة للتأكد من أن الصيدلية 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 الصيدلية، لإعلامهم بما يجب عليهم فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

2. إعادة صرف الوصفات الطبية المطلوبة عن طريق البريد

بالنسبة لإعادة الصرف، اتصل بالصيدلية قبل 5 أيام من نفاد وصفتك الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

لديك أيضًا خيار الاشتراك في برنامج إعادة الصرف التلقائي للوصفات الطبية. بموجب هذا البرنامج، نبدأ تلقائيًا في معالجة طلب إعادة صرف وصفتك التالية عندما تُظهر سجلاتنا أنه من المفترض أن تكون على وشك نفاد دوائك. ستتواصل معك الصيدلية قبل شحن كل إعادة صرف للتأكد من أنك بحاجة إلى المزيد من الدواء، ويمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الدواء أو إذا طرأ تغيير على دوائك.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي، ولكنك لا تزال تريد أن ترسل لك صيدلية الطلبات البريدية وصفتك الطبية ولكنك لا تزال تريد أن ترسل لك صيدلية الطلبات البريدية وصفتك الطبية، فاتصل بالصيدلية قبل 5 أيام من نفاد وصفتك الطبية الحالية. سيضمن ذلك وصول طلبك إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بتجهيز إعادة صرف الوصفات الطبية عبر خدمة الطلبات البريدية، تواصل معنا عبر:

- الاتصال بالرقم أدناه الذي ينطبق على خطتك:

خطط South: 1-866-206-2983 (TTY 711), من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7 صباحًا حتى 7 مساءً.

خطط North: 1-888-218-6245 (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، والسبت من 8 صباحًا حتى 6 مساءً، والأحد من 9 صباحًا حتى 6 مساءً.؛

- زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط kp.org/refill واتباع الخطوات التالية:

عرض الصيدلية ← إعادة الصرف التلقائي ← إدارة إعادة الصرف التلقائي ← إزالة هذا الدواء من إعادة الصرف التلقائي

إذا تلقيت إعادة صرف تلقائية عبر البريد لا تحتاج إليها، فقد تكون مؤهلًا لاسترداد المبلغ.

أ7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء

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

تسمح بعض الصيدليات التابعة للشبكة بالحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية التي تتناولها بانتظام. إمداد لمدة 100 يومًا له نفس المبلغ الذي تدفعه كدفعة مشتركة لإمداد لمدة شهر واحد. يُوضّح دليل مقدّمي الخدمات والصيدليات الصيدليات التي يمكنها صرف الأدوية المشمولة بالتغطية للاستخدام طويل الأمد. يمكنك 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 أ6** لمعرفة المزيد عن خدمات طلب الأدوية عبر البريد.

أ8. استخدام صيدلية خارج شبكة خطتنا

بشكل عام، ندفع مقابل الأدوية المعبأة في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. في هذه الحالات، تحقق من خدمات الأعضاء أولاً لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة.

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

- إذا كنت مسافرًا داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها ولكن خارج منطقة الخدمة وأصبحت مريضًا أو نفدت الأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء D، فسنغطي الوصفات الطبية التي يتم ملؤها في صيدلية خارج الشبكة في نطاق محدود وغير روتيني وفقًا لإرشادات كتيب إرشادات الجزء D من برنامج Medicare.
- إذا كنت بحاجة إلى دواء موصوف بموجب الجزء D من برنامج Medicare جنبًا إلى جنب مع رعاية الطوارئ المشمولة بالتغطية خارج الشبكة أو الرعاية العاجلة خارج المنطقة، فسنغطي ما يصل إلى 30 يومًا من الإمداد من صيدلية خارج الشبكة. ملاحظة: تُغطّى الأدوية الموصوفة طبيًا التي يتم وصفها وصرفها خارج الولايات المتحدة وأقاليمها، كجزء من رعاية طارئة أو عاجلة مشمولة بالتغطية، بما يصل إلى إمداد لمدة 30 يومًا خلال فترة 30 يومًا. هذه الأدوية غير مشمولة بالتغطية بموجب الجزء D من برنامج Medicare؛ ولذلك، لا تُحتسب المدفوعات مقابل هذه الأدوية ضمن المبلغ المطلوب للوصول إلى مرحلة التغطية الكارثية.
- إذا كنت غير قادر على الحصول على دواء مشمول بالتغطية في الوقت المناسب داخل منطقة خدمتنا لأنه لا توجد صيدلية تابعة للشبكة ضمن مسافة قيادة معقولة توفر خدمة على مدار 24 ساعة. قد لا نغطي الدواء الموصوف لك إذا كان بإمكان شخص عاقل شراء الدواء من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا خلال ساعات العمل العادية.
- إذا كنت تحاول صرف وصفة طبية لدواء لا يتوفر عادةً في مخزون صيدلية تابعة للشبكة ويمكن الوصول إليها، أو لا يتوفر من خلال صيدليتنا التي تقدم خدمة طلب الأدوية عبر البريد (بما في ذلك الأدوية مرتفعة التكلفة).
- إذا لم تتمكن من الحصول على أدويتك الموصوفة من صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة.

أ9. استرداد قيمة وصفة طبية دفعتها

إذا كان يتعين عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فعليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة للدواء بدلًا من دفع مبلغ المشاركة في التكلفة عند صرف وصفتك الطبية. يمكنك أن تطلب منا رد حصتنا من تكلفة الدواء إليك.

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 مزيد من المعلومات على موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

للاطلاع على مزيد من المعلومات حول هذا الموضوع، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا.

ب. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

لدينا قائمة بالأدوية المشمولة بالتغطية. نحن نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا.

نختار الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. تخبرك قائمة الأدوية أيضًا بالقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على أدويتك.

نحن نختار عادةً تغطية الدواء المدرج في قائمة الأدوية في خطتنا عندما تلتزم بالقواعد الموضحة في هذا الفصل.

ب1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتضمن قائمة الأدوية لدينا الأدوية المشمولة بالتغطية بموجب الجزء D من برنامج Medicare.

معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية تكون مشمولة بالتغطية بموجب خطتنا. 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) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة تعريف المستفيد من Medi-Cal (BIC) عند صرف الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

تشمل قائمة الأدوية لدينا الأدوية ذات الأسماء التجارية، والأدوية الجنيسة، والمنتجات البيولوجية (والتي قد تشمل البدائل الحيوية).

الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية هو دواء يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوك من قبل الشركة المصنعة للأدوية. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية. في قائمة الأدوية لدينا، عندما نشير إلى "الأدوية"، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية الجنيسة تحتوي على نفس المواد الفعالة الموجودة في الأدوية ذات الأسماء التجارية. المنتجات البيولوجية لديها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية الجنيسة والبدائل الحيوية تمامًا مثل الأدوية ذات الأسماء التجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية وعادةً ما تكون أقل تكلفة. هناك بدائل دوائية جنيسة متاحة للعديد من الأدوية التي تحمل علامات تجارية وبدائل حيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض الأدوية الحيوية المماثلة قابلة للتبادل، ووفقًا لقوانين الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا مثل الأدوية الجنيسة التي يمكن استبدالها بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع **الفصل 12** للاطلاع على تعريفات أنواع الأدوية التي قد تكون مدرجة في قائمة الأدوية.

ب2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا

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

- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على الرابط kp.org/seniorrx. تُعد قائمة الأدوية المتاحة على موقعنا الإلكتروني هي دائمًا أحدث قائمة.
- اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا أو لطلب نسخة من القائمة.
- قد تكون الأدوية التي لا يغطيها الجزء D مغطاةً من خلال Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة البحث المباشر عن المزايا" التابعة لنا علي الموقع kp.org/seniorrx للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية ومعرفة تقدير المبلغ الذي ستدفعه، وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج الحالة نفسها. يمكنك الاتصال أيضًا بخدمات الأعضاء.

ب3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

نحن لا نغطي جميع الأدوية.

- 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 لدينا.
- في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا. لمزيد من المعلومات راجع **الفصل 9**.

لا تدفع خطتنا تكاليف أنواع الأدوية الموضحة في هذا القسم. تُسمى هذه **الأدوية المستثناة**. إذا حصلت على وصفة طبية لدواء مستثنى، يجب أن تدفع ثمنه بنفسك. إذا كنت تعتقد أننا يجب أن ندفع ثمن دواء مستثنى بسبب حالتك، يمكنك تقديم استئناف. راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

فيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستثناة:

1. لا يمكن لتغطية الأدوية التي تُصرف للمرضى الخارجيين ضمن خطتنا (والتي تشمل 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 بَرنامج Medicare أو الجزء B من بَرنامج Medicare مجانًا، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءًا من مزايا الأدوية للمرضى الخارجيين.
2. لا يمكن أن تغطي خطتنا دواءً تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
3. يجب أن تتم الموافقة على استخدام الدواء من قِبل إدارة الغذاء والدواء أو دعمه بمراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. قد يصف لك طبيبك أو مقدم خدمة آخر دواءً معينًا لعلاج حالتك، حتى وإن لم تتم الموافقة عليه لعلاج هذه الحالة. يسمى ذلك " الاستخدام خارج النشرة المعتمدة." لا تغطي خطتنا عادةً الأدوية الموصوفة للاستخدام خارج النشرة المعتمدة.

أيضًا، بموجب القانون، لا يمكن لـ Medicare أو Medi-Cal تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه:

- الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
- الأدوية المستخدمة للتخفيف من أعراض السُعالّ أو البرد*
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- منتجات الفيتامينات والمعادن التي تُصرف بوصفة طبية، باستثناء الفيتامينات في فترة ما قبل الولادة ومكملات الفلورايد*
- الأدوية المستخدمة في علاج خلل الوظيفة الجنسية أو الخلل الوظيفي في الانتصاب
- الأدوية المستخدمة في علاج فقدان الشهية أو فقد الوزن أو زيادة الوزن*
- الأدوية التي تُصرف للمرضى الخارجيين والتي تُنتجها شركة تشترط أن تجري الاختبارات أو الخدمات فقط من قِبلهم.

*قد يتم تغطية منتجات محددة بواسطة Medi-Cal. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات.

ب4. *قائمة الأدوية* مستويات مشاركة التكلفة

يندرج كل دواء في *قائمة أدوية خطتنا* ضمن واحد من ستة مستويات لتقاسم التكاليف. المستوى هي مجموعة من الأدوية من نفس النوع بشكل عام (على سبيل المثال، الأدوية ذات الأسماء التجارية، أو الأدوية الجنيسة، أو أدوية OTC). بوجه عام، كلما ارتفع مستوى تقاسم التكلفة، زادت التكلفة التي تتحملها مقابل الدواء.

- المستوى 1 للأدوية الجنيسة المفضلة (يشمل هذا المستوى بعض الأدوية ذات الأسماء التجارية).
- المستوى 2 للأدوية الجنيسة (يشمل هذا المستوى بعض الأدوية ذات الأسماء التجارية).
- المستوى 3 للأدوية المفضلة ذات الأسماء التجارية .
- المستوى 4 للأدوية غير المفضلة (يتضمن هذا المستوى كلاً من الأدوية الجنيسة والأدوية ذات الأسماء التجارية).
- المستوى 5 للأدوية المتخصصة (يتضمن هذا المستوى كلاً من الأدوية الجنيسة والأدوية ذات الأسماء التجارية).
- المستوى 6 للقاحات الجزء D (يتضمن هذا المستوى الأدوية ذات الأسماء التجارية فقط).

لمعرفة مستوى تقاسم التكلفة الذي يقع فيه دواؤك، ابحث عن الدواء في *قائمة الأدوية لدينا*.

الفصل 6 من دليل الأعضاء هذا يوضح المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى.

ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية، توجد قواعد خاصة تحدد كيفية ووقت تغطية خطتنا لها. 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 خدماتك أن يصف لك الدواء الأقل تكلفة.

لاحظ أن الدواء قد يظهر أحيانًا أكثر من مرة في قائمة الأدوية لدينا. يرجع ذلك إلى أن نفس الأدوية قد تختلف بناءً على التركيز أو الكمية أو شكل الدواء الذي يصفه لك مقدم خدماتك، وقد تنطبق قيود مختلفة على الإصدارات المختلفة من الأدوية (على سبيل المثال، 10 ملجم مقابل 100 ملجم؛ واحد يوميًا مقابل اثنين يوميًا؛ قرص مقابل سائل).

إذا كانت هناك قاعدة خاصة تنطبق على دوائك، فهذا يعني عادةً أنه يتعين عليك أو على مقدم خدماتك اتخاذ خطوات إضافية حتى نتمكن من تغطية الدواء على سبيل المثال، قد يتعين على مقدم خدماتك إخبارنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم خدماتك أنه لا ينبغي أن تنطبق قاعدتنا على حالتك، فاطلب منا استخدام إجراءات اتخاذ قرار التغطية لطلب استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ خطوات إضافية.

لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

1. الحد من استخدام دواء يحمل علامة تجارية أو منتجات بيولوجية أصلية عند توفر نسخة الدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل على التوالي.

بشكل عام، يعمل الدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل بنفس طريقة عمل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادةً ما يكون أقل تكلفة. إذا كانت هناك نسخة من الدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل تحمل علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي متاح، فإن الصيدليات التابعة للشبكة تعطيك نسخة الدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل.

- لا نغطي عادةً تكلفة الدواء ذي الاسم التجاري أو المنتج البيولوجي الأصلي عندما تتوفر نسخة جنيسة منه.
- ومع ذلك، إذا أخبرنا مقدم خدمتك بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء الجنيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل أو الأدوية الأخرى المشمولة بالتغطية التي تعالج نفس الحالة لا تعمل لصالحك، فسنقوم بتغطية الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية.
- قد تكون قيمة الدفع المشترك لديك 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 واصف أدويتك على موافقة من خطتنا قبل صرف وصفتك الطبية. يسمى هذا الإذن المسبق. تم وضع هذا لضمان سلامة الدواء والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. إذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الدواء. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني kp.org/seniorrx.

3. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نضع حدًا لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. هذا يسمى حد الكمية. على سبيل المثال، إذا كان من الآمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يوميًا لدواء معين، فقد نقوم بتحديد كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تصرف فيها وصفتك الطبية.

لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد المذكورة أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، تفقّد قائمة الأدوية لدينا. لمعرفة أحدث المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء أو تفقّد موقعنا الإلكتروني على kp.org/seniorrx. إذا كنت لا توافق على قرارنا بشأن التغطية بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب استئناف. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

د. أسباب عدم تغطية دوائك

نسعى إلى أن تعمل تغطية أدويتك بشكل جيد وتلبي احتياجاتك، ولكن في بعض الأحيان قد لا تتم تغطية أحد الأدوية بالطريقة التي تفضلها. على سبيل المثال:

- خطتنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا. 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 وفعاليته حتى الآن.
- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود خاصة على التغطية. كما هو موضح في القسم أعلاه، بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا لها قواعد تحد من استخدامها. في بعض الحالات، قد ترغب أنت أو واصف دوائك في طلب استثناء منا.
- الدواء مشمول بالتغطية، ولكنه يقع ضمن فئة من فئات تقاسم التكاليف، مما يجعل تكلفته عليك أعلى مما تعتقد أنه ينبغي أن تكون عليه.

هناك إجراءات يمكنك اتخاذها إذا لم نُغطِّ الدواء بالطريقة التي ترغب في أن نغطيه بها.

د1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا تزويدك بإمداد مؤقت من الدواء عندما لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا أو تكون تغطيته محدودة بطريقة ما. يمنحك هذا الوقت للتحدث مع مقدم خدماتك حول الحصول على دواء مختلف أو أن تطلب منا تغطية الدواء.

للحصول على إمداد مؤقت من الدواء، يجب أن تستوفي القاعدتين التاليتين:

1. الدواء الذي كنت تتناوله:
   - لم يعد مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا
   - أو لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا
   - أو تخضع تغطيته الآن لبعض القيود.
2. يجب أن تكون في إحدى الحالات التالية:

- كنت في خطتنا العام الماضي.
  - نغطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك **خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.**
  - يغطي هذا الإمداد المؤقت ما يصل إلى **30 يومًا.**
  - إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لمدة تقل عن ذلك، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير ما يصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من الدواء. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.
  - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الأدوية الموصوفة لك بكميات صغيرة في وقت واحد لمنع الهدر.
- أنت جديد على خطتنا.
  - نغطي إمدادًا مؤقتًا لدوائك خلال **أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.**
  - يغطي هذا الإمداد المؤقت ما يصل إلى 30 يومًا.
  - إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لمدة تقل عن ذلك، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير ما يصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من الدواء. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من 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 30 يومًا، وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، وتحتاج إلى إمدادات على الفور.
- نحن نغطي إمدادًا واحدًا لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت المذكور أعلاه.
- إذاا دخلت أو خرجت من مستشفى أو مرفق تمريض متخصص أو مرفق رعاية طويلة الأجل إلى مكان رعاية أو منزل مختلف، فهذا ما يُعرف باسم تغيير مستوى الرعاية. عندما يتغير مستوى رعايتك، قد تحتاج إلى إعادة صرف إضافية لدوائك. سنغطي بشكل عام ما يصل إلى شهر واحد من إمدادك بالأدوية بموجب الجزء D خلال هذا المستوى من فترة الانتقال للرعاية حتى لو لم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا.

د2. طلب الحصول على إمداد مؤقت

لطلب إمداد مؤقت بدواء، اتصل بخدمات الأعضاء.

عند حصولك على إمداد مؤقت من دواء، تحدث مع مقدم خدماتك في أقرب وقت ممكن لتحديد ما يجب فعله عند نفاد الإمداد..
فيما يلي الخيارات المتاحة لك:

- التغيير إلى دواء آخر.
قد تغطي خطتنا دواءً آخر يناسب حالتك. اتصل بخدمات الأعضاء لطلب قائمة الأدوية التي نغطيها وتعالج نفس الحالة الطبية. يمكن أن تساعد القائمة مقدم خدماتك في العثور على دواء مشمول بالتغطية قد يجدي نفعًا مع حالتك.

- أو اطلب استثناءً.
يمكنك أنت ومقدم خدماتك أن تطلبا منا إجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو أن تطلب منا تغطية الدواء دون حدود. إذا قال مقدم خدمتك أن لديك سببًا طبيًا وجيهًا لطلب استثناء، فيمكنه مساعدتك في تقديم طلب الاستثناء.

د3. طلب الحصول على 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 حلول العام المقبل.

- نخبرك بأي تغيير في تغطية دوائك للعام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية الدواء للعام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- نجيب على طلبك للحصول على استثناء خلال 72 ساعة بعد أن نتلقى طلبك (أو البيان الداعم للواصف أدويتك).
- إذا وافقنا على طلبك، فسوف نصرح بتغطية الدواء قبل دخول التغيير حيز التنفيذ.

لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

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

هـ. تغيرات في تغطية أدويتك

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

- تحديد ما إذا كان يلزم الحصول على موافقة مسبقة لدواء ما أم لا (أي الحصول على إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير الكمية التي يمكنك الحصول عليها من الدواء (حدود الكمية).

- استبدال المنتج البيولوجي الأصلي بنسخة بديلة مماثلة حيويًا قابلة للتبادل من المنتج البيولوجي.

يجب علينا الالتزام بمتطلبات Medicare قبل أن نُجري تغييرات على خطتنا لـ قائمة الأدوية. لمزيد من المعلومات حول هذه القواعد الخاصة بالأدوية، راجع **القسم ج.**

إذا كنت تتناول دواءً نغطيه من **بداية** العام، فلن نزيل عادةً تغطية هذا الدواء أو نغيّرها **لبقية العام** إلا إذا:

- ظهر دواء جديد أقل تكلفة في السوق ويعمل بنفس فعالية أحد الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا حاليًا،
- أو علمنا أن دواءً ما غير آمن،
- أو يُسحب دواء من السوق.

ماذا يحدث إذا طرأ تغيير على تغطية الدواء الذي تتناوله؟

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

- تفقّد قائمة الأدوية لدينا حاليًا عبر الإنترنت من خلال kp.org/seniorrx **أو**
- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية لدينا حاليًا.

تغييرات قد نجريها على قائمة الأدوية وتؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

بعض التغييرات في قائمة الأدوية ستحدث **فورًا**. على سبيل المثال:

يتوفر دواء جنيس جديد.
في بعض الأحيان، يتوفر في السوق دواء جنيس جديد أو بديل حيوي يعمل بكفاءة الدواء الأصلي أو المنتج الحيوي الأصلي المدرج حاليًا في قائمة الأدوية. عندما يحدث ذلك، قد نزيل الدواء ذو العلامة التجارية ونضيف الدواء الجنيس الجديد، لكن تكلفة الدواء الجديد تظل 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 خدماتك طلب استثناء من هذه التغييرات. سنرسل إليك إشعارًا يتضمن الخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

إزالة الأدوية غير الآمنة وغيرها من الأدوية التي لم تعد متوفرة في السوق.
في بعض الأحيان قد يصبح الدواء غير آمن أو يتم سحبه من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نزيله فورًا من قائمة الأدوية لدينا. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. سيعلم واصف أدويتك أيضًا بهذا التغيير، ويمكنه العمل معك لإيجاد دواء آخر لحالتك.

قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. نخبرك مقدمًا عن هذه التغييرات الأخرى في قائمة الأدوية لدينا. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

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

عندما تحدث هذه التغييرات، فإننا:

- نبلغك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير على قائمة الأدوية لدينا
- أو نخبرك ونمنحك إمدادًا لمدة 30 يومًا من الدواء بعد أن تطلب إعادة الصرف.

يمنحك هذا الوقت للتحدث مع طبيبك أو غيره من واصفين الدواء. يمكنهم مساعدتك في تحديد ما يلي:

- إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية لدينا يمكنك تناوله بدلاً من ذلك

- أو إذا كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو إصدار الدواء الذي كنت تتناوله. لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا.

التغييرات التي تطرأ على قائمة الأدوية والتي لا تؤثر عليك خلال سنة الخطة

قد نجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها لا تندرج ضمن ما وُصف أعلاه ولا تؤثر عليك حاليًا. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً نغطيه من **بداية** العام، فلن نزيل عادةً تغطية هذا الدواء أو نغيّرها **لبقية العام**.

على سبيل المثال، إذا أزلنا دواءً تتناوله أو قيدنا استخدامه، فإن التغيير لا يؤثر على استخدامك للدواء لبقية العام.
إذا حدث أي من هذه التغييرات لدواء تتناوله (باستثناء التغييرات المذكورة في القسم أعلاه)، فلن يؤثر التغيير على استخدامك حتى 1 يناير من العام التالي.

لن نخبرك عن هذه الأنواع من التغييرات مباشرةً خلال العام الحالي. ستحتاج إلى مراجعة قائمة الأدوية لسنة الخطة القادمة (عندما تتوفر القائمة خلال فترة التسجيل المفتوح) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات ستؤثر عليك خلال سنة الخطة القادمة.

و. تغطية الأدوية في حالات خاصة

و1. في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص، خلال فترة إقامة تغطيها خطتنا

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو مرفق تمريض متخصص من أجل إقامة تغطيها خطتنا، فإننا نغطي بشكل عام تكلفة أدويتك أثناء إقامتك. لن تدفع مبلغ الدفع المشترك. بمجرد مغادرة المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص، فإننا نغطي أدويتك طالما أنها تستوفي جميع قواعدنا للتغطية.

لمعرفة المزيد عن تغطية الأدوية والمبلغ الذي تدفعه، راجع **الفصل 6** من دليل الأعضاء هذا.

و2. في مرفق رعاية طويلة الأجل

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

راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل التي تستعين بها جزءًا من شبكتنا. إذا لم تكن كذلك أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بخدمات الأعضاء.

و3. في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare

لا تُغطى الأدوية من قِبل برنامج رعاية المحتضرين ومن جانب خطتنا في الوقت نفسه مطلقًا.

- قد تكون مسجلًا في برنامج رعاية المحتضرين التابع لـMedicare، وقد تحتاج إلى بعض الأدوية (مثل أدوية الألم، أو أدوية الغثيان، أو المُليّنات، أو أدوية القلق) التي لا يغطيها برنامج رعاية المحتضرين لديك لأنها لا ترتبط بتشخيص إصابتك بمرض عضال وحالاتك المرضية. في هذه الحالة، يجب أن تتلقى خطتنا إخطارًا من الطبيب الواصف أو من مقدم خدمات رعاية المحتضرين لديك يفيد بأن الدواء غير مرتبط بحالتك المرضية، قبل أن نتمكن من تغطية الدواء.

- لمنع أي تأخير في الحصول على الأدوية غير المرتبطة والتي ينبغي أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم خدمات رعاية المحتضرين لديك أو الطبيب الواصف التأكد من أننا تلقينا الإخطار بأن الدواء غير مرتبط بحالتك المرضية، وذلك قبل أن تطلب من الصيدلية صرف وصفتك الطبية.

إذا غادرت مأوى رعاية المحتضرين، فإن خطتنا تغطي جميع أدويتك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء استفادتك من مزايا رعاية المحتضرين التابعة لبرنامج Medicare، اصطحب معك إلى الصيدلية مستندًا يثبت مغادرتك لمأوى رعاية المحتضرين.

راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي توضح الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع **الفصل 4** من دليل الأعضاء لمزيد من المعلومات عن ميزة رعاية المحتضرين.

ز. برامج سلامة الأدوية وإدارتها

ز1. برامج لمساعدتك على استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية، نتحقق من وجود مشكلات محتملة، مثل أخطاء في استخدام الأدوية أو أن الأدوية:

- قد لا تكون هناك حاجة إليها لأنك تتناول دواءً مشابهًا آخر يؤدي الغرض نفسه.
- قد لا تكون آمنة بالنسبة إلى عمرك أو جنسك.
- قد تضرك إذا تناولتها في الوقت نفسه
- تحتوي على مكونات لديك حساسية منها أو قد تكون لديك حساسية تجاهها.
- قد يكون بها خطأ من حيث الكمية (الجرعة)
- تحتوي على كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا اكتشفنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية، فسنتعاون مع مقدم الخدمة المتابع لحالتك لحل المشكلة.

ز2. برامج لمساعدتك على إدارة أدويتك

تتضمن خطتنا برنامجًا لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلًا للحصول على خدمات، دون أي تكلفة عليك، من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج تطوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج ومقدم الخدمة على التأكد من أن أدويتك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، سيقدم لك الصيدلي أو غيره من أخصائيي الرعاية الصحية 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 أدويتك
- 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 فعله لتحقيق أفضل استخدام لأدويتك.
- 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 أن تتحدث مع الطبيب الواصف عن خطة العمل الدوائية وقائمة أدويتك.

- خذ خطة العمل الدوائية وقائمة أدويتك معك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع أطبائك أو الصيادلة أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية
- خذ معك قائمة الأدوية الخاصة بك إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ

برامج MTM طوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فإننا نسجلك في البرنامج ونرسل لك المعلومات. إذا كنت لا ترغب في الاشتراك في البرنامج، فأخبرنا بذلك، وسنلغي اشتراكك فيه.

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

ز3. برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

لدينا برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان الأدوية الأفيونية بوصفة طبية وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر. يُسمى هذا البرنامج برنامج إدارة الأدوية (DMP).

إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة أطباء واصفين أو صيدليات، أو إذا تعرضت مؤخرًا لجرعة زائدة من الأدوية الأفيونية، فقد نتواصل مع الأطباء الواصفين لك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. بالتعاون مع الأطباء الواصفين لك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية الموصوفة طبيًا أو أدوية البنزوديازيبين قد لا يكون آمنًا، فقد نقيّد كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا أدرجناك في DMP لدينا، فقد تشمل القيود ما يلي:

- إلزامك بصرف جميع الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدلية أو صيدليات محددة
- إلزامك بالحصول على جميع وصفات الأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين من طبيب واصف محدد
- تقييد كمية الأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين التي نغطيها لك

إذا كنا نخطط لتقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية أو الكمية التي يمكنك الحصول عليها، فسنرسل إليك خطابًا مسبقًا سيوضح لك الخطاب ما إذا كنا سنقيّد تغطية هذه الأدوية لك، أو ما إذا كان سيُطلب منك الحصول على وصفات هذه الأدوية من مقدم خدمة محدد أو صيدلية محددة فقط.

ستتاح لك فرصة لإخبارنا بالأطباء الواصفين أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها، وأي معلومات ترى أنه من المهم أن نعرفها. بعد أن تتاح لك فرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد هذه القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو كنت لا توافق على قرارنا أو على القيد المفروض، فيمكنك أنت والطبيب الواصف لك تقديم استئناف. إذا قدمت استئنافًا، فسنراجع حالتك ونتخذ قرارًا جديدًا بشأنها. إذا واصلنا رفض أي جزء من استئنافك المتعلق بالقيود المفروضة على حصولك على الأدوية، فسنُحيل حالتك تلقائيًا إلى منظمة مراجعة مستقلة (IRO). (لمعرفة المزيد عن الاستئنافات وIRO، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.)

قد لا ينطبق عليك DMP إذا كنت:

- لديك حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض الخلايا المنجلية،
- أو تتلقى رعاية المحتضرين أو الرعاية التلطيفية أو رعاية نهاية الحياة،
- أو تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدويتك بموجب برنامجي Medicare وMedi-Cal

مقدمة

يوضح هذا الفصل ما تدفعه مقابل أدوية العيادات الخارجية. نعني بكلمة "أدوية" ما يلي:

- أدوية الجزء D منMedicare،
- الأدوية والأصناف التي يغطيها Medi-Cal Rx،
- الأدوية والأصناف التي تغطيها خطتنا كمزايا إضافية.

نظرًا لأنك مؤهل للحصول على Medi-Cal، فإنك تحصل على المساعدة الإضافية من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف أدوية الجزء D منMedicare. سنرسل إليك ملحقًا منفصلًا يُسمى "ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على المساعدة الإضافية لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا" (ويُعرف أيضًا باسم "ملحق إعانة ذوي الدخل المنخفض" أو "ملحق LIS")، والذي يوضح لك تفاصيل تغطية الأدوية الخاصة بك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء واطلب "LIS Rider".

> **برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help)** هو أحد برامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على خفض تكاليف أدوية الجزء D من Medicare، مثل الأقساط والمبالغ المخصومة ومبالغ الدفع المشترك. "المساعدة الإضافية" تسمى أيضًا "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

المصطلحات الأساسية الأخرى وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

لمعرفة المزيد حول الأدوية، يمكنك البحث فيما يلي:

- قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بنا.
  - نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية." وهي توضح لك ما يلي:
    - الأدوية التي نغطي تكلفتها
    - أيّ مستوى من المستويات الستة يندرج ضمنه كل دواء
    - إذا كانت هناك أي قيود 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 الإلكتروني التالي kp.org/seniorrx.
  - تغطي خطة Kaiser Permanente Dual **Complete** معظم الأدوية 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) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 1-800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة تعريف المستفيد من Medi-Cal (BIC) عند صرف الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

- **الفصل 5** من دليل الأعضاء.
  - يوضح كيفية الحصول على الأدوية التي تُصرف للمرضى الخارجيين من خلال خطتنا.
  - يتضمن القواعد التي يتعين عليك اتباعها. كما يخبرك عن أنواع الأدوية التي لا تغطيها خطتنا.
  - عند استخدام "أداة البحث المباشر عن المزايا" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية دواء ما (راجع **الفصل 5، القسم ب2**), فإن التكلفة المعروضة هي تقدير للتكاليف النثرية التي يُتوقع أن تدفعها. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.
  - في معظم **الحالات**، يجب عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على الأدوية المشمولة بالتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على العمل معنا.
  - يسرد **دليل مقدمي الخدمات** والصيدليات الصيدليات التابعة لشبكتنا. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء لمزيد من المعلومات عن الصيدليات التابعة للشبكة.

الفصل 6 جدول المحتويات

أ. شرح المزايا (EOB) 171
ب. كيفية تتبع تكاليف أدويتك 171
ب1. ماذا تفعل إذا وجدت أخطاء في هذا الملخص؟ 172
ب2. ماذا بشأن الاحتيال المحتمل؟ 172
ج. مراحل دفع تكاليف أدوية الجزء D من برنامج Medicare 173
د. المرحلة الأولى: مرحلة التغطية الأولية 173
د1. خيارات الصيدليات المتاحة لك 174
د2. الحصول على إمداد من الدواء يكفي لفترة طويلة 174
د3. ما تدفعه أنت 174
د4. انتهاء مرحلة التغطية الأولية 175
هـ. المرحلة الثانية: مرحلة التغطية الكارثية 175
و. تكاليف أدويتك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من إمداد يكفي لمدة شهر كامل 175
ز. ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D 176
ز1. ما تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح 176
ز2. ما تدفعه مقابل لقاح مشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare 176

أ. شرح المزايا (EOB)

تتولى خطتنا تتبّع تكاليف أدويتك والمبالغ التي تدفعها عند صرف وصفاتك الطبية من الصيدلية. نتتبّع نوعين من التكاليف:

- تكاليفك **النثرية**. إنها المبلغ الذي تدفعه أنت، أو الآخرون نيابة عنك، مقابل وصفاتك الطبية. يشمل ذلك المبالغ التي دفعتها عند حصولك على دواء مشمول بالتغطية ضمن الجزء D من برنامج Medicare، وأي مبالغ دفعتها عائلتك أو أصدقاؤك مقابل أدويتك، وأي مبالغ دفعتها بموجب ميزة المساعدة الإضافية من Medicare، أو خطط الرعاية الصحية الخاصة بأصحاب العمل أو النقابات، أو خدمة الصحة الهندية، أو برامج المساعدة على أدوية الإيدز، أو المؤسسات الخيرية، ومعظم برامج المساعدة الدوائية التابعة للولاية (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).
- إجمالي **تكاليف أدويتك**. يقصد بذلك إجمالي جميع المبالغ المدفوعة مقابل أدوية الجزء D من برنامج Medicare المشمولة بالتغطية. ويشمل ما دفعته خطتنا، وما دفعته البرامج أو المنظمات الأخرى مقابل أدوية الجزء D المشمولة بالتغطية.

عندما تحصل على أدوية من خلال خطتنا، نرسل إليك ملخصًا يُسمى شرح المزايا (EOB). ونطلق عليها اختصارًا EOB. EOB هذا ليس فاتورة. يحتوي EOB على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. يتضمن EOB ما يلي:

- **معلومات الشهر**. يخبرنا الملخص عن الأدوية التي حصلت عليها في الشهر السابق. يعرض إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، وما دفعته أنت والآخرون نيابة عنك.
- **الإجماليات السنوية منذ 1 يناير**. يعرض هذا إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات الخاصة بأدويتك منذ بداية العام.
- **معلومات أسعار الأدوية**. هذا هو السعر الإجمالي للدواء والتغيّرات في سعر الدواء منذ أول صرف لكل مطالبة بوصفة طبية بالكمية نفسها.
- **بدائل أقل تكلفة**. عند الاقتضاء، معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة التي تتطلب مشاركة أقل في التكلفة لكل وصفة طبية.

نحن نوفر تغطية لأدوية لا يغطيها برنامج Medicare.

- لا تُحسب المبالغ المدفوعة مقابل هذه الأدوية ضمن إجمالي تكاليفك النثرية.

- تغطي الخطة معظم الأدوية 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 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد 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.

ب. كيفية تتبع تكاليف أدويتك

لتتبّع تكاليف أدويتك والمبالغ التي تدفعها، نستخدم السجلات التي نتلقاها منك ومن الصيدلية. فيما يلي كيفية مساعدتك لنا:

1. استخدم بطاقة تعريف عضويتك (ID)

أبرز بطاقة تعريف عضويتك (ID) في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. يساعدنا هذا في معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها وما تدفعه.

2. تأكد من أن لدينا المعلومات التي نحتاج إليها.

يمكنك أن تطلب منا رد حصتنا من تكلفة الدواء إليك. لطلب دفع تكلفة دواء من الجزء D من برنامج Medicare وصفه مقدم خدمة تابع للشبكة وحصلت عليه من صيدلية تابعة للشبكة، أرسل طلبًا كتابيًا إلى:

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

فيما يلي أمثلة على الحالات التي ينبغي فيها تزويدنا بنسخ من إيصالاتك:

- عندما تشتري دواءً مشمولًا بالتغطية من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو تستخدم بطاقة خصم لا تُعد جزءًا من مزايا خطتنا.
- عندما تدفع مبلغًا مشتركًا مقابل الأدوية التي تحصل عليها في إطار برنامج مساعدة المرضى التابع لصانع الأدوية
- عندما تشتري أدوية مشمولة بالتغطية من صيدلية غير تابعة للشبكة.
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء مشمول بالتغطية في ظروف خاصة

لمزيد من المعلومات حول طلب تعويضك عن حصتك من تكلفة الدواء، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء.

3. أرسل إلينا معلومات عن المدفوعات التي يسددها الآخرون نيابةً عنك.

تُحسب أيضًا المدفوعات التي يسددها بعض الأشخاص والمنظمات الأخرى ضمن تكاليفك النثرية. على سبيل المثال، تُحسب المدفوعات التي يسددها برنامج مساعدة مرضى الإيدز بالأدوية (ADAP)، وخدمة الصحة الهندية، ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن تكاليفك النثرية. يمكن أن يساعدك هذا في التأهل للحصول على التغطية الكارثية. عندما تصل إلى مرحلة التغطية الكارثية، تدفع خطتنا جميع تكاليف أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare لبقية العام.

4. راجع مستندات EOB التي نرسلها إليك.

عندما تتلقى EOB عبر البريد، تأكد من أنه كامل وصحيح.

- **هل تتعرف على اسم كل صيدلية؟** تحقق من التواريخ. هل حصلت على أدوية في ذلك اليوم؟
- **هل حصلت على الأدوية المدرجة؟** هل تتطابق مع تلك الأدوية المدرجة في الإيصالات التي لديك؟ هل الأدوية مطابقة لما وصفه لك الطبيب؟

ب1. ماذا تفعل إذا وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك أي شيء غير واضح أو يبدو غير صحيح في EOB هذا، فيُرجى الاتصال بنا عبر خدمات أعضاء Kaiser Permanente Dual Complete.

ب2. ماذا بشأن الاحتيال المحتمل؟

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

- اتصل بخدمات الأعضاء.
- أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا.

- إذا كنت تظن بأن هناك مقدم للخدمة مستفيد من برنامج Medi-Cal قد ارتكب احتيالاً أو هدرًا أو سوء استخدام، فمن حقك الإبلاغ عنه عن طريق الاتصال بالرقم المجاني السري 6222-822-800 -1. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن حالات الاحتيال المتعلقة ببرنامج 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 بدلًا من استلامه بالبريد. تفضل بزيارة kp.org/goinggreen وسجّل الدخول لمعرفة المزيد حول اختيار عرض **EOB** بأمان عبر الإنترنت. احتفظ بملخصات EOB هذه. فهي سجل مهم لمصاريف أدويتك.

ج. مراحل دفع تكاليف أدوية الجزء D من برنامج Medicare

هناك مرحلتان للدفع لتغطية أدوية الجزء D من برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل كل وصفة طبية على مستوى المساعدة الإضافية الذي تحصل عليه وعلى المرحلة التي تكون فيها عند صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها.

فيما يلي المرحلتان:

المرحلة الأولى: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة الثانية: مرحلة التغطية الكارثية
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويتك، وتدفع حصتك من التكلفة. تسمى حصتك باسم الدفع المشترك تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.	وخلال هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويتك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة عندما تكون قد دفعت مبلغًا معينًا من التكاليف النثرية.

د. المرحلة الأولى: مرحلة التغطية الأولية

خلال مرحلة التغطية الأولية، ندفع جزءًا من تكلفة أدويتك المشمولة بالتغطية، وتدفع حصتك من التكلفة. تسمى حصتك باسم الدفع المشترك يعتمد الدفع المشترك على مستوى مشاركة التكلفة الذي يندرج ضمنه الدواء وعلى المكان الذي تحصل عليه منه.

مستويات مشاركة التكلفة هي مجموعات من الأدوية التي لها نفس مبلغ الدفع المشترك. يندرج كل دواء في قائمة أدوية خطتنا ضمن مستوى واحد من ستة مستويات لمشاركة التكلفة. بشكل عام، كلما ارتفع رقم المستوى، زاد الدفع المشترك. لمعرفة مستويات مشاركة التكلفة الخاصة بأدويتك، راجع قائمة الأدوية.

- مشاركة التكلفة **المستوى 1** للأدوية الجنيسة المفضلة (يتضمن هذا المستوى بعض الأدوية ذات الأسماء التجارية).
- مشاركة التكلفة **المستوى 2** للأدوية الجنيسة (يتضمن هذا المستوى بعض الأدوية ذات الأسماء التجارية).
- مشاركة التكلفة **المستوى 3** للأدوية المفضلة ذات الأسماء التجارية
- مشاركة التكلفة **المستوى 4** للأدوية غير المفضلة (يتضمن هذا المستوى كلاً من الأدوية الجنيسة والأدوية ذات الأسماء التجارية).
- مشاركة التكلفة **المستوى 5** للأدوية المتخصصة (يتضمن هذا المستوى كلاً من الأدوية الجنيسة والأدوية ذات الأسماء التجارية).
- مشاركة التكلفة **المستوى 6** للقاحات الجزء D (يتضمن هذا المستوى الأدوية ذات الأسماء التجارية فقط).

د1. خيارات الصيدليات المتاحة لك

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

- صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة
- أو صيدلية بيع بالتجزئة غير تابعة للشبكة. في حالات محدودة، نغطي الوصفات الطبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة للشبكة. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء لمعرفة متى نفعل ذلك.
- صيدلية الطلب بالبريد التابعة لخطتنا.

لمعرفة المزيد عن هذه الخيارات، راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء وكذلك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

د2. الحصول على إمداد من الدواء يكفي لفترة طويلة

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد يكفي لمدة طويلة (يسمى أيضًا "الإمداد الممتد") عند صرف وصفتك الطبية. الإمداد طويل الأجل هو إمداد يصل إلى 100 يوم. يكلفك نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

للحصول على تفاصيل حول أماكن وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء، راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء أو دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بخطتنا.

د3. ما تدفعه أنت

خلال مرحلة التغطية الأولية، قد تدفع مبلغ مشترك في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكلفة الدواء المشمول بالتغطية أقل من مبلغ الدفع المشترك، فإنك تدفع السعر الأقل.

اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة مبلغ الدفع المشترك الذي تدفعه مقابل أي دواء مشمول بالتغطية.

حصتك من التكلفة عند حصولك على إمداد لمدة شهر واحد أو إمداد طويل الأجل من دواء مشمول بالتغطية من:

	صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو خدمة الطلب عبر البريد التابعة لخطتنا	**صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة**	**صيدلية غير تابعة للشبكة** تقتصر التغطية على حالات معينة. راجع **الفصل 5** لمعرفة التفاصيل.
	إمداد لمدة شهرواحد أو يصل إلى 100 يوم	إمداد حتى 31 يومًا	إمداد حتى 30 يومًا.
مشاركة التكلفة **المستوى 1** للأدوية الجنيسة المفضلة	**$0-$5.80**، حسب مستوى المساعدة الإضافية الخاص بك		
مشاركة التكلفة **المستوى 2** للأدوية الجنيسة	**$0-$5.80**، حسب مستوى المساعدة الإضافية الخاص بك		
مشاركة التكلفة **المستوى 3** للأدوية المفضلة ذات الأسماء التجارية	**$0-$14.40**، حسب مستوى المساعدة الإضافية الخاص بك		
مشاركة التكلفة **المستوى 4** للأدوية غير المفضلة	**$0-$14.40**، حسب مستوى المساعدة الإضافية الخاص بك		

	صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو خدمة الطلب عبر البريد التابعة لخطتنا	**صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة**	**صيدلية غير تابعة للشبكة** تقتصر التغطية على حالات معينة. راجع **الفصل 5** لمعرفة التفاصيل.
	إمداد لمدة شهرواحد أو يصل إلى 100 يوم	إمداد حتى 31 يومًا	إمداد حتى 30 يومًا.
مشاركة التكلفة **المستوى 5** لأدوية المستوى المتخصص	**$0-$14.40**، حسب مستوى المساعدة الإضافية الخاص بك		
مشاركة التكلفة **المستوى 6** للقاحات الجزء D	**$0** (لا تتوفر خدمة الطلب عبر البريد لأدوية المستوى 6)		

لمعرفة الصيدليات التي يمكنها تزويدك بإمدادات من الأدوية تكفي لفترة طويلة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

د4. انتهاء مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى **$2,400**. عند هذا الحد، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. نتحمل جميع تكاليف أدويتك اعتبارًا من ذلك الوقت وحتى نهاية العام.

يساعدك EOB على تتبّع المبلغ الذي دفعته مقابل أدويتك خلال العام. سنخطرك إذا وصلت إلى الحد البالغ **$2,400**. لا يصل كثير من الأشخاص إلى هذا الحد خلال العام.

هـ. المرحلة الثانية: مرحلة التغطية الكارثية

عند بلوغك حدّ التكاليف النثرية البالغ **$2,400** لأدويتك، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. تظل في مرحلة التغطية الكارثية حتى نهاية السنة التقويمية. خلال هذه المرحلة، لا تدفع أي مبلغ مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية ضمن الجزء D من برنامج Medicare.

و. تكاليف أدويتك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من إمداد يكفي لمدة شهر كامل.

عادةً، تدفع مبلغًا مشتركًا مقابل إمداد لمدة شهر كامل من دواء مشمول بالتغطية ومع ذلك، يمكن لطبيبك أن يصف لك كمية من الدواء تكفي لأقل من شهر.

- قد تكون هناك أوقات ترغب فيها في أن تطلب من طبيبك وصف كمية من الدواء تكفي لأقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تستخدم دواءً لأول مرة).
- إذا وافق طبيبك، فلن تدفع مقابل إمداد الشهر الكامل لبعض الأدوية.

عند حصولك على كمية من الدواء تكفي لأقل من شهر، 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.

- إليك هذا المثال: 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 من الدواء تكفي لمدة سبعة أيام، فسيكون المبلغ الذي تدفعه أقل من 0.05$ يوميًا مضروبًا في سبعة أيام، أي أن إجمالي المبلغ الذي تدفعه سيكون 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 كمية من الدواء تكفي لأقل من شهر كامل لمساعدتك على:
  - التخطيط بشكل أفضل لمواعيد إعادة صرف أدويتك
  - تنسيق مواعيد إعادة صرف الأدوية مع الأدوية الأخرى حتى تتمكن من تقليل عدد مرات الذهاب إلى الصيدلية

ز. ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D

رسالة مهمة بشأن ما تدفعه مقابل اللقاحات: تُعد بعض اللقاحات من المزايا الطبية المشمولة بتغطية الجزء B من برنامج Medicare. بينما تُعد لقاحات أخرى مشمولة بتغطية الجزء D من برنامج Medicare. يمكنك الاطلاع على هذه اللقاحات المدرجة في قائمة الأدوية تغطي خطتنا معظم لقاحات البالغين المشمولة ضمن الجزء D من برنامج Medicare دون أي تكلفة عليك. راجع قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية ومشاركة التكلفة المتعلقة بلقاحات محددة.

تتكون تغطيتنا للقاحات الجزء D من برنامج Medicare من جزأين:

1. الجزء الأول مخصص لتغطية تكلفة **اللقاح نفسه**.
2. الجزء الثاني مخصص لتغطية تكلفة **إعطائك اللقاح**. على سبيل المثال، في بعض الأحيان قد تحصل على اللقاح في شكل جرعة أعطاها لك طبيبك.

ز1. ما تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح

نوصيك بالاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على لقاح.

- يمكننا إخبارك عن كيفية تغطية خطتنا للقاح الذي تحصل عليه.
- يمكننا إخبارك بكيفية خفض التكاليف من خلال الاستعانة بصيدليات ومقدمي خدمات تابعين للشبكة.
- إذا لم تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمة وصيدلية تابعين للشبكة، فيمكننا إخبارك بما يجب عليك فعله لطلب أن نرد إليك حصتنا من التكلفة.

ز2. ما تدفعه مقابل لقاح مشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare

يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل اللقاح على نوع اللقاح (أي المرض الذي تتلقى اللقاح للوقاية منه).

- تعد بعض اللقاحات مزايا صحية وليست أدوية. هذه اللقاحات مشمولة بالتغطية دون أي تكلفة عليك. لمعرفة المزيد عن تغطية هذه اللقاحات، راجع مخطط المزايا الوارد في **الفصل 4** من دليل الأعضاء.
- تُعد اللقاحات الأخرى من أدوية الجزء D من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاحات في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. قد تضطر إلى سداد قيمة الدفع المشترك للحصول على لقاحات الجزء D من برنامج Medicare. إذا أوصت منظمة تُسمى **اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP)** باللقاح للبالغين، فلن تتحمل أي تكلفة مقابل اللقاح.

إليك ثلاث طرق شائعة قد تحصل من خلالها على لقاح ضمن الجزء D من برنامج Medicare.

1. إذا كنت تحصل على لقاح بموجب الجزء D من برنامج Medicare وتتلقى جرعة اللقاح في صيدلية تابعة للشبكة.
   - بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئًا.
   - بالنسبة للقاحات الأخرى من الجزء D، فأنت تسدد قيمة دفع مشترك مقابل الحصول على اللقاح.
2. إذا كنت تحصل على اللقاح بموجب الجزء D من برنامج Medicare في عيادة طبيبك، ويعطيك طبيبك جرعة اللقاح.
   - ستدفع مبلغ الدفع المشترك للطبيب مقابل اللقاح.

- تتحمل خطتنا تكلفة إعطائك جرعة اللقاح.
- ينبغي لعيادة الطبيب الاتصال بخطتنا في هذه الحالة حتى نتأكد من أنهم يعلمون بأنك لا تدفع سوى مبلغ الدفع المشترك مقابل اللقاح.

3. إذا كنت تحصل على دواء لقاح بموجب الجزء D من برنامج Medicare من الصيدلية، ثم تأخذه إلى عيادة طبيبك لتلقي جرعة اللقاح.
   - بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئًا مقابل اللقاح.
   - بالنسبة للقاحات الأخرى من الجزء D، فأنت تسدد قيمة دفع مشترك مقابل الحصول على اللقاح.
   - تتحمل خطتنا تكلفة إعطائك جرعة اللقاح.

الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية

مقدمة

يوضح لك هذا الفصل كيفية وموعد إرسال فاتورة إلينا لطلب سدادها. كما يوضح لك كيفية تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على قرار التغطية. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

الفصل 7 جدول المحتويات

أ. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك أو أدويتك 179

ب. إرسال طلب إلينا للدفع 181

ج. قرارات التغطية 183

د. الطعون 183

أ. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك أو أدويتك

يجب على مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا إرسال الفواتير إلى الخطة مقابل الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية التي تحصل عليها. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية.

نحن لا نسمح لمقدمي خدمات Kaiser Permanente بإرسال فواتير إليك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. نحن ندفع لمقدمي خدماتنا مباشرة، ونحميك من أي رسوم.

إذا تلقيت فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع **القسم ب**.

- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية من جانبنا، فسندفع لمقدم الخدمة مباشرةً.
- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية من جانبنا، وكنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك من التكلفة، فيحق لك استرداد المبلغ الذي دفعته بالزيادة.
  - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسوف نرد 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 يغطيها برنامج Medi-Cal والتي نتحمل مسؤولية دفع تكلفتها. لن نُعوضك عن أي خدمة غير مشمولة بالتغطية ضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete.
  - إذا حصلت على الخدمة المشمولة بالتغطية بعد أن أصبحت عضوًا مؤهلًا في خطة Kaiser Permanente Dual Complete.
  - تطلب استرداد المبلغ خلال عام واحد من تاريخ تلقيك للخدمة المشمولة بالتغطية.
  - تقدم دليلاً على أنك دفعت مقابل الخدمة المشمولة بالتغطية، مثل إيصال مفصل من مقدم الخدمة.
  - إذا حصلت على الخدمة المشمولة بالتغطية من مقدم خدمة مسجّل في برنامج Medi-Cal وضمن شبكة Kaiser Permanente Dual Complete. 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 المشمولة بالتغطية تتطلب عادةً موافقة مسبقة (إذن مسبق)، فأنت بحاجة إلى تقديم إثبات من مقدم الخدمة يوضح الحاجة الطبية للخدمة المشمولة بالتغطية.
- ستُخطرك خطة Kaiser Permanente Dual Complete بما إذا كانت ستُعيد إليك المبلغ في خطاب يُسمى إشعار الإجراء. إذا استوفيت جميع الشروط المذكورة أعلاه، فيجب على مقدم الخدمة المسجل في Medi-Cal أن يعيد إليك المبلغ الذي دفعته بالكامل. إذا رفض مقدم الخدمة رد المبلغ إليك، فسوف ترد لك خطة Kaiser Permanente Dual Complete المبلغ الذي دفعته بالكامل. سنرد إليك المبلغ خلال 45 يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة. إذا كان مقدم الخدمة مسجّلًا في Medi-Cal، لكنه ليس ضمن شبكتنا ويرفض رد المبلغ إليك، فستُعيد إليك خطة Kaiser Permanente Dual Complete المبلغ، ولكن بما لا يتجاوز المبلغ الذي كان سيدفعه Medi-Cal FFS. سترد خطة Kaiser Permanente Dual Complete إليك كامل المبلغ النثري الذي دفعته مقابل الحصول على خدمات الحالات الطارئة أو خدمات تنظيم الأسرة أو أي خدمة أخرى يتيح برنامج Medi-Cal تقديمها من قبل مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة دون موافقة مسبقة. إذا لم تستوف أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد المبلغ إليك.
- لن نرد المبلغ إليك في الحالات التالية:
  - إذا طلبتَ خدمات غير مشمولة بالتغطية من قِبل Medi-Cal وحصلتَ عليها، مثل خدمات التجميل.
  - إذا لم تكن الخدمة مشمولة بالتغطية ضمن خطة Kaiser Permanente Dual Complete.
  - إذا ذهبتَ إلى طبيب لا يقبل برنامج Medi-Cal ووقّعتَ على نموذج يفيد بأنك ترغب في تلقي الرعاية على أي حال، وأنك ستدفع تكلفة الخدمات بنفسك.

- إذا لم تكن الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية من جانبنا، فسوف نُبلغك 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، فيمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت تريد إخبارنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

تشمل أمثلة الحالات التي قد تحتاج فيها إلى أن تطلب منا رد المبلغ إليك أو سداد فاتورة تلقيتها ما يلي:

1. عندما تحصل على رعاية صحية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات غير تابع للشبكة

اطلب من مقدم الخدمة إرسال الفاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، فاطلب منا سداد المبلغ مقابل حصتنا من التكلفة. أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.
- قد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة يطلب منك سداد مبلغ تعتقد أنك غير ملزم بدفعه. أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.
  - إذا كان ينبغي سداد المبلغ لمقدم الخدمة، فسندفع له مباشرةً.
  - إذا كنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك من تكلفة خدمة مشمولة من برنامج Medicare، فسوف نحدد المبلغ المستحق عليك ونُعيد إليك حصتنا من التكلفة.

2. عندما يرسل إليك مقدم الخدمة التابع للشبكة فاتورة

يجب على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة دائمًا إرسال الفاتورة إلينا. من المهم إبراز بطاقة تعريف عضويتك (ID) عند تلقي أي خدمات أو صرف أي وصفات طبية؛ ومع ذلك، قد يرتكب مقدمو الخدمات ضمن الشبكة أخطاءً أحيانًا، ويطلبون منك دفع تكلفة خدماتك أو دفع مبلغ يزيد على حصتك من التكاليف. **اتصل بخدمات الأعضاء** على الرقم الموضح أسفل هذه الصفحة **إذا تلقيت أي فواتير.**

- بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك تدفع فقط المبلغ المشترك عندما تحصل على الخدمات التي نغطيها. لا نسمح لمقدمي الخدمات بإصدار فواتير لك بأكثر من هذا المبلغ. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من المبلغ الذي تقاضاه مقابل الخدمة. حتى إذا قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فلا يزال يتعين عليك عدم دفعها.
- كلما تلقيت فاتورة من مقدم خدمة ضمن الشبكة وتعتقد أنها تتضمن مبلغًا أكبر مما ينبغي عليك دفعه، فأرسل إلينا الفاتورة. سوف نتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونعتني بالمشكلة.
- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة من مقدم خدمة تابع للشبكة مقابل خدمات مشمولة بالتغطية ضمن برنامج Medicare، ولكنك تعتقد أنك دفعت أكثر مما ينبغي، فأرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته. سنُعيد إليك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق عليك بموجب خطتنا.

3. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا

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

- إذا كان تسجيلك في الخطة بأثر رجعي ودفعت فاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا رد المبلغ إليك.
- أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.

4. عند الاستعانة بصيدلية من خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا استعنت بصيدلية من خارج الشبكة، فعليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية.

- في حالات قليلة فقط، نغطي الوصفات الطبية التي تُصرف من صيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته مقابل حصتنا من التكلفة.
- راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- قد لا نُعيد إليك الفرق بين المبلغ الذي دفعته مقابل الدواء في صيدلية غير تابعة للشبكة والمبلغ الذي كنا سندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل من الجزء D من برنامج Medicare لأن بطاقة تعريف عضويتك (ID) ليست معك

إذا لم تكن بطاقة تعريف عضويتك (ID) معك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو التحقق من معلومات تسجيلك في الخطة.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد تضطر إلى دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل بنفسك أو الرجوع إلى الصيدلية ببطاقة تعريف عضويتك (ID).
- أرسل إلينا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته مقابل حصتنا من التكلفة.
- قد لا نعيد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه للوصفة الطبية.

6. عندما تدفع التكلفة الكاملة لدواء موصوف بموجب الجزء D من Medicare غير مشمول بالتغطية.

قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للدواء الموصوف لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون خاضعًا لشرط أو قيد لا تعرفه أو لا تعتقد أنه ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة.
  - إذا لم تدفع تكلفة الدواء، ولكنك تعتقد أنه ينبغي أن نغطيه، فيمكنك طلب قرار بشأن التغطية (راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء).
  - إذا كنت أنت وطبيبك أو واصف الأدوية الآخر تعتقدان أنك بحاجة إلى الدواء فورًا (خلال 24 ساعة)، فيمكنك طلب قرار سريع بشأن التغطية (راجع **الفصل 9** من دليل 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 واصفي الأدوية لسداد حصتنا من تكلفة الدواء. قد لا نعيد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه للوصفة الطبية.

عندما ترسل إلينا طلبًا للدفع، سنراجعه ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يُسمى ذلك اتخاذ "قرار التغطية". إذا قررنا أن الخدمة أو الدواء مشمول بالتغطية، فإننا ندفع حصتنا من تكلفته.

إذا رفضنا طلبك للدفع، فيمكنك استئناف قرارنا. لمعرفة كيفية تقديم استئناف، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.

ب. إرسال طلب إلينا للدفع

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 إيداع نسخة من فاتورتك وإيصالاتك في سجلاتك. **يجب إرسال مطالبتك إلينا خلال 12 شهرًا (لمطالبات الخدمات الطبية بموجب الجزء C) وخلال 36 شهرًا (لمطالبات الأدوية بموجب الجزء D) من تاريخ حصولك على الخدمة.**

للتأكد من تزويدك لنا بجميع المعلومات التي نحتاج إليها 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 عبر kp.org مع تحميل المستندات الداعمة.
- يمكنك تنزيل نسخة من النموذج من موقعنا الإلكتروني (kp.org) أو الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة وطلب إرسال النموذج إليك. أرسل النموذج المكتمل بالبريد إلى عنوان إدارة الشكاوى المدرج أدناه.
- إذا لم تتمكن من الحصول على النموذج، فيمكنك تقديم طلبك للدفع عن طريق إرسال المعلومات التالية إلينا على عنوان قسم المطالبات الموضح أدناه:
  - بيان بالمعلومات التالية:
  - اسمك (اسم العضو/المريض) ورقم السجل الطبي/الصحي.
  - التاريخ الذي تلقيت فيه الخدمات.
  - المكان الذي تلقيت فيه الخدمات.
  - الجهة التي قدمت الخدمات.
  - سبب اعتقادك بأنه ينبغي علينا دفع تكاليف الخدمات.
  - توقيعك وتاريخ التوقيع. (إذا كنت تريد أن يقدم شخص آخر الطلب نيابةً عنك، فسنحتاج أيضًا إلى نموذج "تعيين ممثل" مُعبأ، المتاح 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:

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

خطط North:
Kaiser Permanente
Claims Department
P.O. Box 12923
Oakland, CA 94604-2923

لطلب دفع تكاليف دواء مشمول بموجب الجزء D وصفه لك مقدم خدمة تابع للشبكة وحصلت عليه من صيدلية ضمن الشبكة، أرسل طلبك كتابيًا إلى العنوان الموضح 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، فيمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت تريد إخبارنا بمزيد من المعلومات حول طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

ج. قرارات التغطية

عندما نتلقى طلب الدفع الذي قدمته، سنتخذ قرار التغطية. هذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو الصنف أو الدواء الذي حصلت عليه. نقرر أيضًا المبلغ المالي الذي يجب عليك دفعه، إن وجد.

- سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو الصنف أو الدواء، وأنك اتبعت جميع القواعد اللازمة للحصول عليه، فسندفع حصتنا من تكلفته. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسوف نرسل إليك شيكًا بقيمة حصتنا من التكلفة. إذا دفعت التكلفة الكاملة للدواء، فقد لا نُعيد إليك كامل المبلغ الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية غير تابعة للشبكة، أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه). إذا لم تكن قد دفعت المبلغ، فسندفعه لمقدم الخدمة مباشرةً.

يوضح الفصل 3 من دليل الأعضاء هذا القواعد اللازمة للحصول على تغطية خدماتك.
يوضح الفصل 5 من دليل الأعضاء هذا القواعد اللازمة للحصول على تغطية أدوية الجزء D من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم دفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فسوف نرسل إليك سالة توضح الأسباب. توضح الرسالة أيضًا حقوقك في تقديم استئناف.
- لمعرفة المزيد عن قرارات التغطية، راجع **الفصل 9**.

د. الطعون

إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا في رفض طلبك للدفع، فيمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. هذا يسمى "تقديم استئناف". يمكنك أيضًا تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي ندفعه.

تتضمن عملية الاستئناف الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية محددة بالتفصيل. لمعرفة المزيد عن الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء:

- لتقديم استئناف بشأن استرداد المبلغ الذي دفعته مقابل خدمة رعاية صحية، راجع **القسم و**.
- لتقديم استئناف بشأن استرداد المبلغ الذي دفعته مقابل دواء، راجع **القسم ز**.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في خطتنا. يجب أن نحترم حقوقك. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

الفصل 8 جدول المحتويات

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك..... 185
ب. مسؤوليتنا عن توفير الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية لك في الوقت المناسب..... 196
ج. مسؤوليتنا عن حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)..... 196
ج1. كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية (PHI)..... 197
ج2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية..... 197
د. مسؤوليتنا عن تزويدك بالمعلومات..... 197
هـ. عدم قدرة مقدمي الخدمات التابعين للشبكة على إصدار فواتير لك مباشرةً..... 198
و. حقك في مغادرة خطتنا..... 199
ز. حقك في اتخاذ القرارات بشأن رعايتك الصحية..... 199
ز1. حقك في معرفة خيارات العلاج المتاحة لك واتخاذ القرارات بشأنها..... 199
ز2. حقك في تحديد ما تريده أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية بنفسك..... 199
ز3. ما يجب فعله إذا لم تُتبع تعليماتك..... 200
ح. حقك في تقديم الشكاوى وطلب إعادة النظر في قراراتنا..... 200
ح1. ما يجب فعله بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك..... 201
ط. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة..... 201

A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, audio file, or data CD. To get materials in one of these alternative formats, please call or write to Member Services (refer to **Chapter 2**). Contact Member services to do the following:
    - Request a preferred language other than English and/or alternate format,
    - Keep your information as a standing request for future mailings and communications, and
    - Change a standing request for preferred language and/or format.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare At 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كل** الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، لك بطريقة مؤهلة ثقافيًا ويسهل الوصول إليها بما في ذلك الأفراد أصحاب الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب أن نخبرك أيضًا عن مزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك بحقوقك كل عام كونك في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي أو قرص مضغوط للبيانات. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات الأعضاء (راجع **الفصل 2**). اتصل بخدمات الأعضاء للقيام بما يلي:
    - طلب لغة مفضلة بخلاف اللغة الإنجليزية و/أو تنسيق بديل، و

- 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 مشكلات لغوية أو إعاقة وترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ա. Ձեր կարիքներին համապատասխանող եղանակով ծառայություններ և տեղեկություններ ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է համոզվենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ թե՛ կլինիկական, և թե՛ ոչ կլինիկական, տրամադրվում են ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացություն, կարդալու սահմանափակ հմտություններ, լսողության խանգարում ունեցող կամ բազմազան մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի արտոնությունների և ձեր իրավունքների մասին այնպիսի եղանակով, որը հասկանալի է ձեզ: Մենք պարտավոր ենք ձեզ տեղեկացնել ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, երբ դուք բաժանորդագրվում եք մեր պլանին:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր պլանը տրամադրում է անվճար թարգմանչական ծառայություններ, որոնք հասանելի են՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով և ձևաչափերով՝ խոշոր տառաչափով, Բրայլի գրատիպով կամ CD-ROM-ով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել կամ գրել Անդամների սպասարկման կոնտրոն (այցելեք **2-րդ Գլուխ**): Դիմեք Անդամների սպասարկման կենտրոն հետևյալ հարցերի դեպքում՝
  - Անգլերենից բացի այլ նախընտրելի լեզու և (կամ) այլ ձևաչափ պահանջելու համար
  - Հետագայում նամակագրություններ և հաղորդակցություններ ստանալու հարցումների համար, և
  - Նախընտրած լեզուն և (կամ) ձևաչափը փոխելու համար:

Եթե լեզվական խնդրի կամ հաշմանդամության պատճառով մեր պլանի կողմից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal-ի Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញទៅតាមតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថា សេវាកម្ម **ទាំងអស់** ទាំងគ្លីនិក និងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកដោយមានសមត្ថភាពផ្នែករបួឆម៍ និងអាចចូលប្រើបាន រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានកម្រិតជំនាញភាសាអង់គ្លេសកម្រិតទាប ជំនាញអានកម្រិតទាប អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិរបួឆម៍ និងជនជាតិចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ និងក្នុងទម្រង់ដូចជាការពុម្ពអក្សរធំ អក្សរស្ទាប ឬអូឌីយ៉ូ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទ ឬសរសេរទៅកាន់សេវាសមាជិក (សូមមើល**ជំពូកទី 2**)។ ទាក់ទងសេវាកម្មសមាជិកដើម្បីធ្វើដូចខាងក្រោម៖
  - ស្នើសុំភាសាដែលចង់បានក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស និង/ឬទម្រង់ជំនួស
  - រក្សាព័ត៌មានរបស់អ្នកជាសំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ការផ្ញើសំបុត្រ និងទំនាក់ទំនងនាពេលអនាគត និង
  - ការផ្លាស់ប្តូរសំណើជាអចិន្ត្រៃយសម្រាប់ភាសា និង/ឬទម្រង់ដែលពេញចិត្ត។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលរបស់ Medi-Cal តាមលេខ 916-440-7370។ សម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 711។

- ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697 ។

A. 您有權以符合您需求的方式取得服務和資訊

我們必須確保**所有**服務（臨床和非臨床），都以符合文化要求並可供取得的方式提供給您，包括英語水準或閱讀能力有限、聽力喪失，或具有不同文化和族裔背景的人。我們還必須以您能理解的方式告知您本計劃的理賠福利和您的權利。我們每年都必須告訴您有關您在本計劃中的權利。

- 若要以您可以理解的方式獲取資訊，請致電會員服務。本計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回覆問題。
- 本計劃還會以英語以外的其他語言和大字版、點字版、音訊檔案或資料 CD 的格式提供您資訊。若要取得這些其他格式的資訊，請致電或寫信給會員服務（請參閱**第 2 章**）。請致電會員服務以進行下列行動：
    - 要求使用英文以外的慣用語言和/或其他格式，
    - 保留您的資訊作為未來郵寄和溝通時的常規要求，以及
    - 變更慣用語言和/或格式的常規要求。

如果您因為語言問題或身心障礙而無法取得本計劃的資訊，而且您想提出投訴，請致電：

- Medicare 的電話為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室的電話為 916-440-7370。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 711。
- 美國衛生與民眾服務部民權辦公室的電話為 1-800-368-1019。聽障及語障電話專線使用者，請撥打 1-800-537-7697。

A.حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به روشی که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیربالینی، از لحاظ فرهنگی، به شیوه ای شایسته و قابل دسترس ارائه می شوند ازجمله برای کسانی که مهارت های محدودی در زبان انگلیسی، مهارت های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا پیشینه های فرهنگی و قومی متنوع دارند. ما همچنین باید مزایای طرحمان و حقوقتان را به صورتی که برای شما قابل درک باشد به شما اطلاع دهیم. باید هر سالی که در طرح ما هستید، حقوقتان را به شما اطلاع دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتی که برایتان قابل درک باشد، با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان های متفاوت است.

- طرح ما همچنین می تواند مطالبی به سایر زبان ها غیر از انگلیسی و در قالب هایی از جمله چاپ درشت، خط بریل، فایل صوتی یا سی دی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب به یکی از این فرمت های جایگزین، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید یا مکاتبه کنید. (به فصل 2 مراجعه کنید). برای انجام کارهای زیر با "خدمات اعضا" تماس بگیرید:
  - درخواست زبان ترجیحی غیر از انگلیسی و/یا فرمت جایگزین،
  - حفظ اطلاعاتتان جهت درخواست دائمی برای نامه ها و مکاتبات آینده، و
  - تغییر درخواست قبلی برای زبان و/یا فرمت ترجیحی.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرحمان دچار مشکل هستید، و قصد طرح شکایت دارید، با این شماره تماس بگیرید:

- Medicare از طریق شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
- با اداره سلامت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019 تماس بگیرید. کاربران TTYباید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Koj muaj cai tau txais tej kev saib xyuas thiab cov ntaub ntawv uas koj xav tau ntawd

Peb yuav tsum saib xyuas **tag nrho** cov kev saib xyuas, tsis hais kho mob thiab tsis yog kho mob, uas tau muab saib xyuas rau koj ntawd kom haum raws li kab lis kev cai thiab mus cuag tau suav nrog cov neeg uas tsis paub lus Askiv zoo, nyeem ntawv tsis tau zoo, hnov lus tsis zoo, los sis cov uas muaj kab lis kev cais thiab kev ntseeg sib txawv tib si. Peb kuj yuav tsum qhia rau koj txog peb qhov kev npaj kho mob cov txiaj ntsig thiab koj cov cai kom koj nkag siab tau. Peb yuav tsum qhia koj txog koj cov cai hauv txhua xyoo uas koj koom rau hauv peb qhov kev npaj kho mob.

- Yuav tau txais cov ntaub ntawv uas koj nkag siab tau, ces hu rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab. Peb qhov kev npaj kho mob yeej muaj cov kws txhais lus pub dawb uas khoom los teb cov lus nug ua ntau hom lus rau sawv daws.

- Peb qhov kev npaj kho mob kuj yuav muab cov ntaub ntawv sau ua lwm hom lus uas tsis yog lus Askiv thiab muab luam tawm kom loj, sau ua ntawv rau neeg dig muag xua, tso ua suab lus, los sis tso rau hauv CD rau koj thiab. Yuav tau txais cov ntaub ntawv sau ua ib hom ntawm cov no, thov hu los sis sau ntawv mus rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab (saib **Tshooj ntawv 2**). Hu Rau Lub Chaw Pab Tswv Cuab los mus ua raws li nram qab no:

    - Thov ib hom lus uas koj nyiam uas tsis yog lus Askiv thiab/los sis lwm hom ntawv,

    - Khaws koj cov ntaub ntawv tseg cia siv rau kev thov rau kev xa ntawv thiab kev sib txuas lus yav tom ntej, thiab

    - Kev hloov pauv ib qho kev thov rau hom lus uas nyiam thiab/los sis lwm hom ntawv.

Yog tias koj tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb qhov kev npaj kho ob tau nyuaj vim yog qhov tsis paub lus los sis qhov tsis taus thiab koj xav hais ib qho kev tsis txaus siab, ces hu rau:

- Medicare rau ntawm tus xov toooj 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau1-877-486-2048.

- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Pej Xeem Cov Cai rau ntawm 916-440-7370. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 711.

- Tsoom Fwv Meskas Lub Chaw Ua Hauj Lwm ntsig txog Kev Noj Qab Haus Huv thiab Kev Pab Cuam Tib Neeg, Lub Chaw Ua Hauj Lwm rau Pej Xeem Cov Cai ntawm 1-800-368-1019. Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau 1-800-537-7697.

A. 가입자의 요구에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 제공받을 권리

저희는 영어 유창성, 읽기 능력, 듣기 능력이 부족한 사람들이나 문화적, 인종적 배경이 다른 사람들을 포함하여 가입자가 문화적으로 적합하고 이용하기 쉬운 방식으로 임상 및 비임상이 포함된 **모든** 서비스를 제공해야 합니다. 저희는 또한 저희 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려야 합니다. 저희는 저희 플랜 가입자의 권리에 대해 매년 가입자에게 알려야 합니다.

- 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하십시오. 저희 플랜은 다양한 언어로 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 저희 플랜은 영어 이외의 언어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 오디오 파일이나 데이터 CD 등의 형식으로 된 자료도 제공할 수 있습니다. 이와 같은 대체 형식 중 하나로 된 자료를 얻으려면 가입자 서비스부로 전화하거나 서신을 보내주시기 바랍니다(**제2장** 참조). 다음과 관련하여 도움을 받으려면 가입자 서비스에 문의하십시오.
    - 영어 이외 선호하는 언어로 번역된 통지서 및/또는 대체 형태로 된 통지서 요청
    - 정보를 향후 서신 및 통신문에 대한 상시 요청으로 보관
    - 선호하는 언어 및/또는 형태에 대한 상시 요청 변경.

언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있어 불만 사항을 접수하려면 다음 연락처로 전화하시기 바랍니다.

- Medicare 전화번호 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227). TTY 사용자께서는 1-877-486-2048번으로 전화해 주십시오.
- Medi-Cal 민권사무소 전화번호 916-440-7370. TTY 사용자께서는 711번으로 전화해 주십시오.
- 미 보건복지부 민권사무소 전화번호 1-800-368-1019번으로 전화하시기 바랍니다. TTY 사용자께서는 1-800-537-7697번으로 전화해 주십시오.

A. Ваше право на получение услуг и информации таким способом, который отвечает вашим потребностям

Мы должны гарантировать, что **все** услуги, как клинические, так и неклинические, предоставляются с соблюдением принципов культурной компетентности и в такой форме, которая доступна, в том числе, людям с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха или людям с различным культурным и этническим происхождением. Мы должны также рассказать вам о льготах плана и ваших правах таким образом, чтобы вы могли их понять. Мы должны рассказывать вам о правах каждый год, когда вы принимаете участие в нашем плане.

- Чтобы получить информацию таким образом, чтобы вы ее понимали, позвоните в отдел обслуживания участников. Наш план предусматривает услуги устного перевода, в рамках которых вы получите ответы на разных языках.

- В рамках нашего плана мы также можем предоставить материалы на разных языках, кроме английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля, аудиофайл или компакт-диск с данными. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников или напишите его сотрудникам (см. **главу 2**). Обратитесь в отдел обслуживания участников, чтобы выполнить следующее:

    - отправить запрос на предпочтительный язык, кроме английского, и (или) альтернативный формат;

    - сохранить вашу информацию в качестве долгосрочного запроса для будущих рассылок и сообщений; а также

    - изменить долгосрочный запрос относительно предпочтительного языка и (или) формата.

Если у вас возникли трудности при получении информации из нашего плана из-за проблем с языком или нетрудоспособности и вы хотите подать жалобу, звоните на указанные ниже телефоны.

- Программа Medicare, телефон: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-877-486-2048.

- Управление по гражданским правам программы Medi-Cal, телефон: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 711.

- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам, телефон: 1-800-368-1019. Пользователям линии TTY следует звонить по телефону 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, clínicos y no clínicos, se le brinden de manera culturalmente competente y sean accesibles, incluidos aquellos con habilidades de lectura y dominio del inglés limitadas, discapacidad auditiva o a los miembros de diversos orígenes étnicos y culturales. También debemos informarle, de manera que pueda entender, sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda entender, llame a Servicio a los Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.

- Además, nuestro plan puede entregarle materiales en otros idiomas y en formatos como letra grande, braille, archivo de audio o CD de datos. Para obtener materiales en alguno de estos formatos alternativos, llame o escriba a Servicio a los Miembros (consulte el **Capítulo 2**). Comuníquese con Servicio a los Miembros para:

    - pedir el idioma que prefiere además de inglés u otro formato;

    - mantener su información como una solicitud abierta, para que sea considerada en las futuras listas de correo y comunicaciones, y

    - cambiar una solicitud abierta por un idioma preferido o formato.

Si tiene problemas para obtener información sobre nuestro plan debido al idioma o a una discapacidad y desea presentar una queja, llame al:

- Medicare Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.

- Llame al Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang iyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa iyong mga pangangailangan

Dapat naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa iyo sa paraang suportado ng kaalaman sa kultura at naa-access kabilang ang para sa mga taong may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kasanayan sa pagbabasa, may problema sa pandinig, o mayroong iba't ibang kultura at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at iyong mga karapatan sa paraang nauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taong kabilang ka sa aming plano.

- Upang makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa mga wikang bukod sa Ingles at nasa mga format na gaya ng malaking titik, braille, audio file, o data CD. Para kumuha ng mga materyal na nasa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag o sumulat sa Mga Serbisyo sa Miyembro (sumangguni sa **Kabanata 2**). Makipag-ugnayan sa mga serbisyo sa Miyembro upang gawin ang mga sumusunod:
    - Humiling ng gustong wika maliban sa English at/o alternatibong format,
    - Panatilihin ang iyong impormasyon bilang patuloy na kahilingan para sa mga sulat at komunikasyon sa hinaharap, at
    - Baguhin ang isang patuloy na kahilingan para sa mas gustong wika at/o format.

Kung nagkakaproblema ka sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền nhận được các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và có thể tiếp cận được bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền tảng văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng có nghĩa vụ phải thông báo cho quý vị biết về các quyền lợi thuộc chương trình của chúng tôi cùng các quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi cũng sẽ cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm trong trường hợp quý vị vẫn tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách mà quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời nhiều câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi braille, tệp âm thanh hoặc CD dữ liệu. Để nhận tài liệu có tuỳ chọn định dạng thay thế này, vui lòng gọi hoặc làm đơn gửi đến Dịch Vụ Hội Viên (tham khảo **Chương 2**). Hãy liên hệ với Dịch Vụ Hội Viên để thực hiện những việc sau:

    - Yêu cầu ngôn ngữ ưu tiên khác với tiếng Anh và/hoặc định dạng thay thế,

    - Lưu thông tin thường xuyên sử dụng của quý vị để phục vụ cho việc gửi thư tín hay liên lạc trong tương lai và

    - Thay đổi yêu cầu về ngôn ngữ và/hoặc định dạng ưa thích mà quý vị thường xuyên sử dụng.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp đơn than phiền, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY hãy gọi số 1-877-486-2048.

- Văn Phòng Dân Quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY hãy gọi số 711.

- Văn Phòng Dân Quyền của Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY hãy gọi số 1-800-537-7697.

ب. مسؤوليتنا عن توفير الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية لك في الوقت المناسب

لديك حقوق بصفتك عضوًا في خطتنا.

- لديك الحق في اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) ضمن شبكتنا. مقدم الخدمة التابع للشبكة هو مقدم خدمة يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع مقدمي الخدمات الذين يمكنهم العمل بصفتهم PCP وكيفية اختيار PCP في: **الفصل 3** من دليل الأعضاء.
  - اتصل بخدمات الأعضاء أو انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المزيد عن مقدمي الخدمات التابعين للشبكة والأطباء الذين يستقبلون مرضى جددًا.
- يحق لك الحصول على خدمات أخصائي صحة المرأة دون الحاجة إلى إحالة، وكذلك الاستعانة بمقدمي خدمات آخرين موضحين في **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*. الإحالة هي موافقة من PCP المتابع لحالتك للاستعانة بمقدم خدمة غيره.
- لديك الحق في الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية من مقدمي خدمات تابعين للشبكة خلال فترة زمنية معقولة.
  - وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من الاختصاصيين.
  - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة، فيجب علينا دفع تكاليف الرعاية المقدمة من خارج الشبكة.
- لديك الحق في الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل دون موافقة مسبقة (PA).
- لديك الحق في صرف الوصفات الطبية المقررة لك في أي من صيدليات شبكتنا دون تأخير طويل.
- لديك الحق في معرفة متى يمكنك الاستعانة بمقدم خدمة من خارج الشبكة. لمعرفة مقدمي الخدمات من خارج الشبكة، راجع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*.
- عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، يحق لك الاستمرار في تلقي الرعاية من مقدمي الخدمات الحاليين لديك والاستفادة من الموافقات على الخدمات الحالية لمدة تصل إلى 12 شهرًا، إذا استوفيت شروطًا معينة. لمعرفة المزيد حول الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الخدمات الحاليين والاستفادة من الموافقات على الخدمات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 1** من دليل الأعضاء.
- لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاصين بك.

يوضح الفصل 9 من دليل الأعضاء هذا ما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويتك خلال فترة زمنية معقولة. كما يوضح أيضًا ما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية خدماتك أو أدويتك ولم توافق على قرارنا.

ج. مسؤوليتنا عن حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحمي PHI الخاصة بك وفقًا لما تقتضيه القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

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 بهذه 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 عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة 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 عضو آخر دون إذن كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. سوف تستوعب Kaiser Permanente طلبات المراسلة السرية 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.

يمكن للأعضاء طلب التواصل السري من خلال تعبئة نموذج طلب التواصل السري، والمتاح على kp.org ضمن قسم "نماذج طلب المراسلات السرية".

ج1. كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحرص على عدم اطلاع أي أشخاص غير مصرح لهم على سجلاتك أو إجراء أي تغييرات عليها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، لا نعطي PHI لأي شخص لا يقدم رعايتك أو يدفع مقابل رعايتك. إذا فعلنا ذلك، فيجب أن نحصل على إذن كتابي منك أولاً. يمكنك أنت، أو أي شخص مصرح له قانونًا 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.
- يجوز لنا الإفصاح عن PHI إذا أمرت المحكمة بذلك، ولكن فقط إذا كان مسموحًا بذلك بموجب قانون ولاية California.
- يجب علينا تزويد برنامج Medicare بـPHI الخاصة بك، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بأدويتك المشمولة ضمن الجزء D من برنامج Medicare. إذا أفصح برنامج Medicare عن PHI الخاصة بك لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنهم يفعلون ذلك وفقًا للقوانين الفيدرالية.

ج2. 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 ذلك، فإننا نعمل مع مقدم رعايتك الصحية لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء تغييرات.
- يحق لك معرفة ما إذا كنا نشارك PHI الخاصة بك مع الآخرين، وكيفية مشاركتها، لأي أغراض غير روتينية.

-إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية PHI الخاصة بك، فاتصل بخدمات الأعضاء.

د. مسؤوليتنا عن تزويدك بالمعلومات

بصفتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا ومقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا وخدماتك المشمولة بالتغطية.

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فلدينا خدمات الترجمة للإجابة عن الأسئلة التي لديك حول خطتنا. للحصول على مترجم، اتصل بخدمة الأعضاء. هذه خدمة مجانية لك. هذه الوثيقة متاحة باللغات العربية، والأرمينية، والكمبودية، والصينية، والفارسية، والهامونغية، والكورية، والروسية،

والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية، من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكننا أيضًا تزويدك بمعلومات مكتوبة بخط كبير أو بطريقة برايل أو في ملف صوتي أو ملف بيانات.

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

- كيفية اختيار أو تغيير الخطط
- خطتنا، بما في ذلك:
  - المعلومات المالية
  - كيفية تقييم أعضاء الخطة لنا
  - عدد طلبات الاستئناف التي قدمها الأعضاء
  - كيفية مغادرة خطتنا
- مقدمو الخدمات والصيدليات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك:
  - كيفية اختيار أو تغيير مقدمي الرعاية الأولية
  - مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات التابعين لشبكتنا
  - كيف ندفع لمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا
- الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية، بما في ذلك:
  - للخدمات (راجع **الفصلين 3 و4** من دليل الأعضاء) والأدوية (راجع **الفصلين 5 و6** من دليل الأعضاء) التي تغطيها خطتنا
  - حدود التغطية والأدوية التي تحصل عليها
  - القواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية
- لمعرفة سبب عدم تغطية شيء ما وما يمكنك فعله حيال ذلك (راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
  - توضيح سبب عدم شمله بالتغطية كتابةً
  - تغيير قرار اتخذناه
  - دفع فاتورة حصلت عليها

هـ. عدم قدرة مقدمي الخدمات التابعين للشبكة على إصدار فواتير لك مباشرةً

لا يجوز للأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا مطالبتك بدفع تكاليف الخدمات المشمولة بالتغطية. كما لا يجوز لهم إصدار فاتورة بالمبلغ المتبقي أو مطالبتك بدفع أي مبلغ إضافي إذا دفعنا مبلغًا أقل من المبلغ الذي تقاضاه مقدم الخدمة. لمعرفة ما يجب عليك فعله إذا حاول أحد مقدمي الخدمات ضمن الشبكة مطالبتك بدفع تكاليف الخدمات المشمولة بالتغطية، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء.

و. حقك في مغادرة خطتنا

لا يجوز لأي شخص إجبارك على البقاء في خطتنا إذا كنت لا ترغب في ذلك.

- لديك الحق في الحصول على معظم خدمات رعايتك الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- يمكنك الحصول على مزايا الأدوية المشمولة بموجب الجزء D من برنامج Medicare من خلال خطة أدوية أو من خلال خطة MA أخرى.
- راجع **الفصل 10** من دليل الأعضاء:
  - للحصول على مزيد من المعلومات حول الأوقات التي يمكنك فيها الانضمام إلى خطة جديدة من خطط MA أو خطة لمزايا الأدوية.
  - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا برنامج Medi-Cal التي تتمتع بها إذا غادرت خطتنا.

ز. حقك في اتخاذ القرارات بشأن رعايتك الصحية

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

ز1. حقك في معرفة خيارات العلاج المتاحة لك واتخاذ القرارات بشأنها

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

- **معرفة الخيارات المتاحة لك.** يحق لك معرفة جميع خيارات العلاج المتاحة لك.
- **معرفة المخاطر.** يحق لك معرفة أي مخاطر تنطوي عليها. يجب علينا إبلاغك 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.
- **الرفض.** لديك الحق في رفض أي علاج. وهذا يشمل الحق في مغادرة المستشفى أو أي مرفق طبي آخر، حتى لو نصحك طبيبك بعدم فعل ذلك. لديك الحق في التوقف عن تناول دواء موصوف. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء موصوف، فلن نحذفك من خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فأنت تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لك.
- **مطالبتنا بتوضيح سبب رفض مقدم الخدمة تقديم الرعاية.** لديك الحق في الحصول على تفسير منا إذا رفض مقدم الخدمة توفير الرعاية التي تعتقد أنك يجب أن تحصل عليها.
- **مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء رفضنا تغطيته أو لا نغطيه عادةً.** هذا يسمى قرار التغطية. **يوضح الفصل 9** من دليل الأعضاء كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

ز2. حقك في تحديد ما تريده أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية بنفسك

في بعض الأحيان، لا يستطيع الأشخاص اتخاذ قرارات بشأن رعايتهم الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث لك ذلك، يمكنك:

- تعبئة نموذج خطي **يمنح شخصًا آخر الحق في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية نيابةً عنك** إذا لم تتمكن يومًا من اتخاذ القرارات بنفسك.
- 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 معيشة 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 اختصاصي اجتماعي أو بعض متاجر المستلزمات المكتبية. غالبًا ما تكون النماذج لدى الصيدليات ومكاتب مقدمي الخدمات. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب النموذج.
- **املأ النموذج ووقّعه.** النموذج هو وثيقة قانونية. فكّر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد الأسرة أو PCP المتابع لحالتك، لمساعدتك في إكماله.
- **قدّم نسخًا من النموذج إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفته.** قدّم نسخة من النموذج إلى طبيبك. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة إلى الشخص الذي تحدده لاتخاذ القرارات نيابة عنك إذا كنت لا تستطيع اتخاذها. قد ترغب في إعطاء نسخ للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا كنت ستدخل المستشفى ولديك توجيه مسبق موقع، **فخذ 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 لديه نماذج وسوف يسألك عما إذا كنت تريد التوقيع عليها.

لك الحق في:

- وضع توجيهاتك المسبقة في سجلاتك الطبية.
- تغيير أو إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت.
- التعرف على التغييرات في قوانين التوجيه المسبق. ستخبرك خطة Kaiser Permanente Dual Complete بالتغييرات التي تطرأ على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا بعد التغيير.

بموجب القانون، لا يجوز لأي شخص حرمانك من الرعاية أو التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقّعت على توجيه مسبق أم لا. اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

ز3. ما يجب فعله إذا لم تُتبع تعليماتك

إذا وقّعتَ على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يلتزم بالتعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى منظمة تحسين الجودة المُدرجة في **الفصل 2، القسم و** من دليل الأعضاء هذا.

ح. حقك في تقديم الشكاوى وطلب إعادة النظر في قراراتنا

الفصل 9 من دليل الأعضاء هذايوضح لك ما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف بشأن الخدمات أو الرعاية المشمولة بالتغطية. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية، أو تقديم استئناف لتغيير قرار التغطية، أو تقديم شكوى.

لديك الحق في الحصول على معلومات حول الاستئنافات والشكاوي التي قدمها أعضاء الخطة الآخرون ضدنا. اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

ح1. ما يجب فعله بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا تعاملنا معك بشكل غير عادل –ولم **يكن** ذلك بسبب التمييز لأسباب مدرجة في **الفصل 11** مندليل الأعضاء هذا – أو إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات بشأن حقوقك، فيمكنك الاتصال بـ:

- خدمات الأعضاء.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. للمزيد من التفاصيل حول برنامج HICAP، راجع **الفصل 2، القسم ه** من دليل الأعضاء هذا.
- أمين المظالم في برنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609. للمزيد من التفاصيل حول هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا.
- برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "حقوق ووسائل حماية Medicare"، المتاح على الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط التالي www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

ط. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة

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

- **اقرأ دليل الأعضاء هذا** لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية. للحصول على تفاصيل حول:
  - الخدمات المشمولة بالتغطية، راجع **الفصلين 3 و4** من دليل الأعضاء هذا. تخبرك هذه الفصول ما هو مشمول بالتغطية، وما هو غير مشمول بالتغطية، وما القواعد التي يجب عليك اتباعها، وما تدفعه.
  - الأدوية المشمولة بالتغطية، راجع **الفصلين 5 و 6** مندليل الأعضاء هذا.
- **أخبرنا عن أي تغطية صحية أو دوائية أخرى** لديك. يجب أن نتأكد من استخدام جميع خيارات التغطية لديك عندما تحصل على رعاية صحية. اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- **أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين** بأنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة هوية عضويتك عند حصولك على الخدمات أو الأدوية.
- **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 خدماتك.
  - تأكد من أن أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين على دراية بجميع الأدوية التي تتناولها. يشمل ذلك الأدوية، والأدوية غير المقررة بوصفة طبية، والفيتامينات، والمكملات الغذائية.
  - اسأل أي أسئلة لديك. يجب على أطبائك ومقدمي الخدمات الآخرين شرح الأشياء بطريقة يمكنك فهمها. إذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- **تعاون مع منسق رعايتك** بما في ذلك إكمال التقييم السنوي للمخاطر الصحية.

- **كن مراعيًا للآخرين.** نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. نتوقع منك أيضًا أن تتصرف باحترام في مكتب طبيبك والمستشفيات ومكاتب مقدمي الخدمات الآخرين.

- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:

  - أقساط الجزء A من برنامج Medicare والجزء B من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء Kaiser Permanente Dual Complete، يدفع Medi-Cal قسط الجزء A من برنامجك Medicare وقسط الجزء B من برنامجك Medicare.

  - بالنسبة لبعض الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأمد أو الأدوية المشمولة بالتغطية من قِبل خطتنا، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عندما تحصل على الخدمة أو الدواء. **الفصل 6** يوضح ما يتعين عليك دفعه مقابل أدويتك.

  - إذا **كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية غير مشمولة بتغطية خطتنا، فيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة.** (**ملاحظة:** إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، فيمكنك تقديم استئناف. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** لمعرفة كيفية تقديم استئناف.)

- **أخبرنا إذا انتقلت.** إذا كنت تخطط للانتقال، فأخبرنا على الفور. اتصل بخدمات الأعضاء.

  - **إذا انتقلت للعيش خارج منطقة خدماتنا، فلا يمكنك الاستمرار في خطتنا.** يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدماتنا أن يكونوا أعضاء في هذه الخطة. **الفصل 1** من دليل الأعضاء هذا يقدم لك معلومات حول منطقة خدماتنا.

  - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل خارج منطقة خدماتنا. خلال فترة التسجيل الخاصة، يمكنك التبديل إلى بَرنامج Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة الأدوية في موقعك الجديد. يمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.

  - أخبر Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد عندما تنتقل. راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا للحصول على أرقام هواتف برنامجي Medicare وMedi-Cal.

  - **إذا انتقلت وبقيت في منطقة خدماتنا، فيتعين عليك إبلاغنا بذلك.** نحتاج إلى تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.

  - **إذا انتقلت إلى مكان آخر، فأبلغ إدارة الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد موظفي السكك الحديدية).**

- **أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد** أو طريقة أفضل للتواصل معك.

- **اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**

الفصل 9. ما يمكنك فعله إذا واجهتك مشكلة أو لديك شكوى (قرارات التغطية، والاستئنافات، والشكاوى)

مقدمة

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

- كانت لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خطتنا.
- كنت بحاجة إلى خدمة أو صنف أو دواء قالت خطتنا أنها لن تدفع قيمته.
- كنت لا توافق على القرار الذي اتخذته خطتنا بشأن رعايتك.
- كنت تعتقد أن خدماتك المشمولة بالتغطية ستنتهي في وقت قريب جدًا.
- كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن خدماتك ووسائل دعمك طويلة الأمد، 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 مخاوف، فاقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.**

يجب أن تحصل على الرعاية الصحية والأدوية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأمد التي يقرر طبيبك ومقدمو الخدمات الآخرون أنها ضرورية لرعايتك كجزء من خطة رعايتك. **إذا كانت لديك مشكلة بخصوص الرعاية المقدمة لك، فيمكنك الاتصال ببرنامج أمين المظالم التابع لبرنامجي Medicare وMedi-Cal على الرقم 1-855-501-3077 للحصول على المساعدة**. يوضح هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لك للتعامل مع المشكلات والشكاوى المختلفة، ولكن يمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج أمين المظالم لمساعدتك في التعامل مع مشكلتك وتوجيهك خلالها. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا.

الفصل 9 جدول المحتويات

أ. ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف 206
أ1. حول المصطلحات القانونية 206
ب. أين تحصل على المساعدة 206
ب1. لمزيد من المعلومات والمساعدة 206
ج. فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجي Medicare وMedi-Cal ضمن خطتنا 207
د. المشكلات المتعلقة بمزاياك 207
هـ. قرارات التغطية والاستئنافات 208
هـ1. قرارات التغطية 208
هـ2. الاستئنافات 208
هـ3. المساعدة بشأن قرارات التغطية والاستئنافات 209

هـ4. أي قسم من هذا الفصل يمكنه مساعدتك 209
و. الرعاية الطبية 210
و1. استخدام هذا القسم 210
و2. طلب قرار بشأن التغطية 210
و3. تقديم استئناف من المستوى 1 213
و4. تقديم استئناف من المستوى 2 215
و5. مشكلات الدفع 219
ز. أدوية الجزء D من Medicare 220
ز1. قرارات التغطية والاستئنافات المتعلقة بالجزء D من برنامج Medicare 220
ز2. الاستثناءات المتعلقة بأدوية الجزء D من برنامج Medicare 221
ز3. أمور من المهم معرفتها بشأن طلب استثناء 222
ز4. طلب قرار بشأن التغطية، بما في ذلك الاستثناء 223
ز5. تقديم استئناف من المستوى 1 225
ز6. تقديم استئناف من المستوى 2. 226
ح. طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى 228
ح1. التعرّف على حقوقك في Medicare 228
ح2. تقديم استئناف من المستوى 1 229
ح3. تقديم استئناف من المستوى 2 230
ط. طلب استمرار تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية 231
ط1. إشعار مسبق قبل انتهاء تغطيتك 231
ط2. تقديم استئناف من المستوى 1 231
ط3. تقديم استئناف من المستوى 2 233
ي. تصعيد استئنافك إلى ما بعد المستوى 2 233
ي1. الخطوات التالية لخدمات وأصناف برنامج Medicare 233
ي2. استئنافات إضافية خاصة ببرنامج Medi-Cal 234
ي3. مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات أدوية الجزء D من برنامج Medicare 235

ك. كيفية تقديم شكوى 236

ك1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكاوى بشأنها 236

ك2. الشكاوى الداخلية 237

ك3. الشكاوى الخارجية 237

أ. ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

يوضح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشكلات والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية واحدة **لقرارات التغطية والاستئنافات** وأخرى **لتقديم الشكاوى** (وتسمى أيضًا التظلمات).

لضمان الإنصاف والسرعة، تتضمن كل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا وعليك الالتزام بها.

أ1. حول المصطلحات القانونية

يوجد في هذا الفصل مصطلحات قانونية 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 "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تحديد المنظمة" أو "تحديد المزايا" أو "تحديد المخاطر" أو "تحديد التغطية".
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "التحديد العاجل"
- "منظمة مراجعة مستقلة" (IRO) بدلاً من "جهة مراجعة مستقلة" (IRE)

إن معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة قد تساعدك على التواصل بشكل أوضح، لذلك نقدمها أيضًا.

ب. أين تحصل على المساعدة

ب1. 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 تحتاج إليها لاتخاذ الخطوة التالية.

المساعدة التي تقدمها خطتنا

يمكنك الاتصال بخطتنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711) للمساعدة في التعامل مع مشكلة أو للإجابة عن الأسئلة.

المساعدة التي يقدمها برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي

يمكنك الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. يمكنك أيضًا مراجعة موقعهم الإلكتروني على https://www.aging.ca.gov/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، وخدماتهم مجانية.

المساعدة التي يقدمها برنامج أمين المظالم التابع لبرنامجي Medicare وMedi-Cal

يمكنك الاتصال ببرنامج أمين المظالم التابع لبرنامجي Medicare وMedi-Cal والتحدث مع أحد المسؤولين عن الأسئلة المتعلقة بتغطيتك الصحية. قد يكون في مقدورهم تقديم مساعدة قانونية مجانية. ولا يرتبط برنامج أمين المظالم بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفهم هو 1-855-501-3077، وموقعهم الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

المساعدة والمعلومات التي يقدمها برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare. إليك طريقتين للحصول على المساعدة من برنامج Medicare:

- الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

المساعدة التي تقدمها إدارة خدمات الرعاية الصحية في California

يستطيع أمين مظالم الرعاية المدارة من قِبل Medi-Cal التابع لإدارة ة خدمات الرعاية الصحية في California (DHCS) المساعدة أيضًا. ويمكنه المساعدة إذا واجهت مشكلات في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو تركها، يمكنه أيضًا مساعدتك إذا انتقلت إلى مكان آخر وتواجه مشكلة في نقل برنامج Medi-Cal الخاص بك إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بأمين المظالم من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5مساءً على الرقم 1-888-452-8609.

المساعدة التي تقدمها إدارة الرعاية الصحية المُدارة في California

تواصل مع إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تتولى DMHC المسؤولية عن الإشراف على خطط الرعاية الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الاستئنافات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. رقم الهاتف هو **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال **برقمTDD، 1-877-688-9891**. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لـ DMHC على الرابط التالي **www.dmhc.ca.gov**.

تتولي إدارة الرعاية الصحية المُدارة في California تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلمًا ضد خطتك الصحية، فيجب أولاً الاتصال هاتفيًا بخطتك الصحية على الرقم **1-800-443-0815 (TTY 711)** واستخدام عملية تقديم التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. إن استخدام إجراء التظلم هذا لا يمنع من الحصول على أي حقوق قانونية أو معالجات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تظلم يتعلق بحالة طارئة، أو تظلم لم يُحل بشكل مرضٍ من خلال خطتك الصحية، أو تظلم ظل دون حل لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلًا للحصول على IMR، فإن عملية IMR ستقوم بإجراء مراجعة غير متحيزة للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية بخصوص الضرورة الطبية لخدمة أو معالجة مقترحة أو قرارات تغطية تكاليف المعالجات التجريبية أو الاستقصائية بطبيعتها وخلافات الدفع مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات العاجلة. كما يمكنك الاتصال بالقسم **عبر رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD (1-877-688-9891)** للصم وضعاف السمع. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة **www.dmhc.ca.gov** على نماذج الشكاوى، ونماذج طلبات IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

ج. فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجي Medicare وMedi-Cal ضمن خطتنا

لديك تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا رعايتك المُدارة في برنامجي Medicare و Medi-Cal. يُطلق على هذا أحيانًا "عملية متكاملة" لأنه يجمع أو يدمج عمليات برنامجي Medicare وMedi-Cal.

في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. في هذه الحالات، تستخدم عملية واحدة لمزايا Medicare وعملية أخرى لمزايا Medi-Cal. **القسم و4** يوضح هذه الحالات.

د. المشكلات المتعلقة بمزاياك

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

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بمزاياك أو تغطيتك؟	
يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت رعاية طبية معينة (أصناف طبية، خدمات و/أو أدوية الجزء B) مشمولة بالتغطية أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بالدفع مقابل الرعاية الطبية.	
نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم ه**، "قرارات التغطية والاستئنافات."	**لا.** تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم ك**، "كيفية تقديم شكوى."

هـ. قرارات التغطية والاستئنافات

تتعامل عملية طلب قرار بشأن التغطية وتقديم استئناف مع المشكلات المتعلقة بمزاياك وتغطية رعايتك الطبية (الخدمات والأصناف وأدوية الجزء B، بما في ذلك الدفع). ولتبسيط الأمور، نشير عمومًا إلى الأصناف والخدمات الطبية وأدوية الجزء B باسم الرعاية الطبية. تستخدم إجراءات طلب قرار بشأن التغطية والاستئناف في حالات مثل ما إذا كان شيء ما مشمولًا بالتغطية أم لا، والطريقة التي يكون بها هذا الشيء مشمولًا بالتغطية.

هـ1. قرارات التغطية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدويتك. 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 ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل حصولك عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بشأن التغطية لك.**

نتخذ قرار بشأن التغطية عند مراجعة طلب الخدمة أو المطالبة. في بعض الحالات، قد نقرر أن الخدمة أو الدواء غير مشمول بالتغطية أو لم يعد مشمول بالتغطية من قِبل بَرنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم استئناف.

هـ2. الاستئنافات

إذا اتخذنا قرار بشأن التغطية ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، فيمكنك "استئناف" القرار. الاستئناف هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة وتغيير قرار التغطية الذي اتخذناه.

عندما تستأنف قرارًا لأول مرة، فإن هذا يسمى استئناف من المستوى 1. في هذا الاستئناف، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتولى مراجعة استئنافك مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المواتي.

في معظم الحالات، يجب أن تبدأ استئنافك من المستوى 1. إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار أسرع، فيمكنك طلب مراجعة طبية IMR من إدارة الرعاية الصحية المُدارة على الموقع الإلكتروني التالي: www.dmhc.ca.gov. راجع **القسم و4** لمزيد من المعلومات.

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

إذا **رفضنا** جزءًا من أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية رعاية طبية من بَرنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) لاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية الجزء D من برنامج Medicare أو خدمة أو عنصر من Medicaid، فإن الخطاب سيخبرك بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم و4** لمزيد من المعلومات حول استئنافات المستوى 2.

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

هـ3. المساعدة بشأن قرارات التغطية والاستئنافات

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- **خدمات الأعضاء** على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- **برنامج أمين المظالم التابع لـ Medicare وMedi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.**
- **برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)** على الرقم 1-800-434-0222.
- **مركز المساعدة التابع لإدارة الرعاية الصحية المُدارة** (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تساعد DMHC الأشخاص في الاستئنافات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشاكل الفوترة. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال برقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لـ DMHC على الرابط التالي www.dmhc.ca.gov. على الرغم من أن DMHC يمكنها مساعدة الأشخاص المشمولين بخطط برنامج Medi-Cal، فإنها لا تستطيع مساعدة الأشخاص المشمولين بخطط برنامج Medicare فقط، ولا الأشخاص المشمولين بأنظمة الرعاية الصحية المنظمة على مستوى المقاطعة (COHS) التالية: Partnership HealthPlan، وGold Coast Health Plan، و CenCal Health، وCentral California Alliance for Health، وCalOptima. تنظم الحكومة الفيدرالية خطط بَرنامج Medicare، وتتولى إدارة خدمات الرعاية الصحية تنظيم خطط COHS.
- **طبيبك أو مقد خدمة آخر**. يمكن لطبيبك أو مقدم خدمة آخر أن يطلب قرار التغطية أو الاستئناف نيابة عنك.
- **صديق أو أحد أفراد العائلة**. يمكنك تحديد شخص آخر ليقوم بدور "ممثلك" وطلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.
- **محامٍ**. لديك الحق في توكيل محام، لكن **لا يلزمك توكيل محامٍ** لطلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.
  - اتصل بمحاميك الخاص، أو احصل على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمة الإحالة الأخرى. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً.
  - اطلب محاميًا للمساعدة القانونية من برنامج أمين المظالم التابع لـ Medicare وMedi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.

املأ نموذج تعيين الممثل إذا كنت تريد محاميًا أو شخصًا آخر للعمل كممثل لك. يمنح النموذج شخصًا الإذن بالتصرف نيابة عنك.

اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضًا الحصول على النموذج من خلال زيارة موقع www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf **ويجب عليك تزويدنا بنسخة من النموذج الموقّع.**

هـ4. أي قسم من هذا الفصل يمكنه مساعدتك

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

- **القسم و**، "الرعاية الطبية"
- **القسم ز**، "أدوية الجزء D من Medicare"
- **القسم ح**، "طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى"
- **القسم ط**، "طلب استمرار تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية (ينطبق هذا القسم فقط على الخدمات التالية: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرافق التمريض المتخصصة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (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 الجهات الحكومية، مثل برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (**الفصل 2، القسم ج**، من دليل الأعضاء هذا يحتوي على أرقام الهاتف الخاصة بهذا البرنامج).

و. 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. للحصول على معلومات حول طلب إقامة أطول في المستشفى، يرجى الرجوع إلى **القسم ح**.

يتناول هذا القسم مزاياك المتعلقة بالرعاية الطبية الموضحة في جدول المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا . في بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على دواء من الجزء B في بَرنامج Medicare. عندما يحدث ذلك، نوضح كيف تختلف قواعد الأدوية من الجزء B في بَرنامج Medicare عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

و1. استخدام هذا القسم

يوضح هذا القسم ما يمكنك فعله في أي من الحالات التالية:

1. تعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها، ولكنك لا تحصل عليها.

   ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بشأن التغطية. راجع **القسم و2.**

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

   ما يمكنك القيام به: يمكنك استئناف قرارنا. راجع **القسم و3**.

3. لقد تلقيت رعاية طبية تعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفع تكلفتها.

   ما يمكنك القيام به: يمكنك استئناف قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم و5**.

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

   ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك المبلغ. راجع **القسم و5**.

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

   ما يمكنك فعله: يمكنك استئناف قرارنا بشأن تقليل الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع **القسم و4.**

   - إذا كانت التغطية للرعاية في المستشفى، أو الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرافق التمريض المتخصصة أو خدمات CORF، يتم تطبيق قواعد خاصة. راجع **القسم ح** أو **القسم ط** لمعرفة المزيد.
   - بالنسبة إلى جميع الحالات الأخرى التي تتضمن تقليل تغطيتك لبعض الرعاية الطبية أو إيقافها، استخدم هذا القسم (**القسم و**) كدليل لك.

6. تواجه تأخيرات في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.

   ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم ك2.**

و2. طلب قرار بشأن التغطية

> عندما يتعلق قرار التغطية برعايتك الطبية، يُطلق عليه **قرار المنظمة المتكاملة.**

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك أن يطلب منا قرار التغطية من خلال:

- الاتصال على الرقم: 1-800-443-0815 (TTY 711)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، إذا كان قرار التغطية أو الاستئناف أو الشكوى الذي تقدمه مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فاتصل بوحدة المراجعة العاجلة على الرقم 1-888-987-7247، من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
- الفاكس: 1-888-987-2252.
- المراسلة:
  - فيما يتعلق بقرارات التغطية أو الشكاوى العادية، تواصل مع مكتب خدمات الأعضاء المحلي (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع).
  - فيما يتعلق بالاستئناف العادي، اكتب إلى العنوان الموضح في إشعار الرفض الذي نرسله إليك. إذا كان قرار التغطية أو الاستئناف أو الشكوى الذي تقدمه مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فراسل على:

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

قرار تغطية عادي

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

- **5 أيام عمل** بعد استلامنا طلبك لخدمة طبية أو صنف يخضع لقواعد الموافقة المسبقة لدينا.
- **5 أيام عمل**، وبحد أقصى **14 يومًا تقويميًا** من تاريخ استلامنا طلبك **لجميع الخدمات الطبية والأصناف الآخرى** .
- **72 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك للحصول على دواء **من الجزء B من Medicare.**.

بالنسبة إلى صنف أو خدمة طبية، يمكننا تمديد المدة لتصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا طلبنا مزيدًا من الوقت أو إذا احتجنا إلى معلومات إضافية قد تكون مفيدة لك (مثل السجلات الطبية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة). إذا احتجنا إلى أيام إضافية لاتخاذ القرار، فسوف نُخطرك بذلك كتابيًا. **لا يمكننا إضافة أيام أخرى إذا كان طلبك يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare.**

إذا كنت تعتقد أننا **لا ينبغي** أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا باستغراق أيام إضافية. عند تقديمك شكوى سريعة، سنعطيك ردًا على شكواك خلال 24 ساعة. تختلف إجراءات تقديم الشكاوى عن إجراءات قرارات التغطية والاستئنافات. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم ك**.

قرار تغطية سريع

> **المصطلح القانوني** لقرار التغطية السريع هو **قرار مُعجَّل.**

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بشأن تغطية رعايتك الطبية ويتطلب الأمر استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ "قرار تغطية سريع". يعني قرار التغطية السريع أننا سنعطيك إجابة خلال:

- **72 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على خدمة طبية أو صنف**.

- **24 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على دواء من الجزء B من Medicare**.

بالنسبة إلى صنف أو خدمة طبية، يمكننا تمديد المدة لتصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا وجدنا أن هناك معلومات قد تفيدك مفقودة (مثل السجلات الطبية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة) أو إذا كنت بحاجة إلى وقت لتزويدنا بالمعلومات اللازمة للمراجعة. إذا احتجنا إلى أيام إضافية لاتخاذ القرار، فسوف نُخطرك بذلك كتابيًا. **لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare.**

إذا كنت تعتقد أننا **لا ينبغي** أن نستغرق أيامًا إضافية لاتخاذ قرار التغطية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا باستغراق أيام إضافية. للحصول على مزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع **القسم ك** . وسنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.

للحصول على قرار تغطية سريع، يجب أن تستوفي شرطين:

- أنت تطلب تغطية للأصناف و/أو الخدمات الطبية **التي لم تحصل عليها.** لا يمكنك طلب قرار تغطية سريع بشأن الدفع مقابل أصناف أو خدمات حصلت عليها بالفعل.
- استخدام المواعيد النهائية القياسية **قد يسبب ضرر جسيم بصحتك** أو التأثير سلبًا في قدرتك على أداء وظائفك.

نقدم لك قرار تغطية سريع تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك أن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت ذلك بدون دعم طبيبك، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع.

- إذا قررنا أن صحتك لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فإننا نرسل لك خطابًا يفيد بذلك، ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. يوضح لك الخطاب ما يلي:
- نمنحك قرار تغطية سريع تلقائيًا 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 الشكوى السريعة، راجع **القسم ك**.

إذا رفضنا جزء من أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب الرفض.

- إذا **رفضنا،** فيحق لك تقديم استئناف. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم استئناف هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم استئناف، فستنتقل إلى المستوى 1 من إجراءات الاستئناف (راجع **القسم و3**).

في ظروف محدودة، يجوز لنا رفض طلبك بشأن قرار التغطية، وهو ما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن أمثلة الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما يلي:

- إذا كان الطلب غير مكتمل،
- إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابة عنك، ولكنه ليس مفوّض قانونًا للقيام بذلك،
- أو إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا الطلب بشأن قرار التغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة قرار الرفض. هذه المراجعة تسمى استئناف. تُناقش الاستئنافات في القسم التالي.

و3. تقديم استئناف من المستوى 1

لبدء استئناف يتعلق بخدمة أو صنف مرفوض، أو لمواصلة الحصول على خدمة أو صنف تتلقاه بالفعل، يجب عليك أو على طبيبك أو ممثلك المفوَّض التواصل معنا. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711).

اطلب استئنافًا عاديًا أو استئنافًا سريعًا كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711).

- إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر مواصلة خدمة أو الحصول على صنف تتلقاه بالفعل أثناء استئنافك، فقد تحتاج إلى تعيينه كممثل لك للتصرف نيابةً عنك.
- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الاستئناف نيابة عنك، فأرفق نموذج تعيين ممثل يُفوّض هذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الرابط التالي www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو علي موقعنا الإلكتروني على الرابط التالي:kp.org.
- يمكننا قبول طلب الاستئناف بدون النموذج، لكن لا يمكننا بدء أو إكمال مراجعتنا حتى نحصل عليه. إذا لم نحصل على النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن الاستئناف الذي قدمته:
  - فسنرفض طلبك،
  - ونرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض استئنافك.

- يجب عليك تقديم طلب استئناف خلال 65 يومًا تقويميًا من تاريخ الرسالة التي أرسلناها لإبلاغك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فقد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم استئنافك. هناك أمثلة على الأسباب الوجيهة، مثل إصابتك بمرض خطير أو إعطائك معلومات خاطئة عن الموعد النهائي. وضّح سبب تأخرك في تقديم الاستئناف عند تقديمه.
- يحق لك طلب نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. قد تعطينا أنت وطبيبك أيضًا مزيدًا من المعلومات لدعم استئنافك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.

> المصطلح القانوني لـ "الاستئناف السريع" هو **" إعادة النظر العاجلة."**

- إذا كنت ترغب في استئناف قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فيحق لك و/أو لطبيبك طلب استئناف سريع.

نقدم لك طلب استئناف سريع تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك أن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت بدون دعم طبيبك، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على استئناف سريع.

- إذا قررنا أن صحتك لا تفي بمتطلبات قرار الاستئناف السريع، فإننا نرسل لك خطابًا يفيد بذلك، ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. يوضح لك الخطاب ما يلي:
- نقدم لك طلب استئناف سريع تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
- كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك استئناف عادي بدلاً من استئناف سريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم ك.**

إذا أخبرناك بأننا سنوقف الخدمات أو الأصناف التي تحصل عليها حاليًا أو نُقلّل منها، فقد يكون بإمكانك مواصلة الحصول على تلك الخدمات أو الأصناف أثناء فترة الاستئناف.

- إذا قررنا تغيير أو إيقاف تغطية خدمة أو صنف تحصل عليه، فإننا نرسل إليك إشعارًا قبل اتخاذ أي إجراءً.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 1.
- نواصل تغطية الخدمة أو الصنف إذا طلبتَ استئنافًا من المستوى 1 خلال عشرة أيام تقويمية من التاريخ المدون على الخطاب، أو بحلول التاريخ الفعلي المقصود للإجراء، أيهما يأتي لاحقًا.

- إذا استوفيت هذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو الصنف دون أي تغييرات أثناء انتظار استئناف من المستوى 1.
- ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو الأصناف الأخرى (التي ليست موضوع استئنافك) دون أي تغييرات.
- إذا لم تستأنف قبل هذه التواريخ، فلن تستمر تغطية خدمتك أو أصنافك أثناء انتظارك قرار الاستئناف.

ننظر في استئنافك ونوافيك بقرارنا.

- عندما نراجع الاستئناف الذي تقدمت به، فإننا نلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك 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 لتقديم الاستئناف السريع.

- عند تطبيق المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نوافيك بقرارنا **خلال 72 ساعة من استلامنا استئنافك، أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع.** إذا رفضنا طلب الاستئناف السريع، فسنقدم لك أو لطبيبك أو الواصف أو ممثلك تأكيدًا شفهيًا بالرفض.
- إذا لم نعطيك إجابة خلال 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم تقوم IRO بمراجعته. ستخطرك IRO كتابيًا عند استلامها استئنافك. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف عادةً ما يغطيه برنامج Medi-Cal، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. نقوم بتضمين المزيد من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل. لا نقدم لك استئناف من المستوى 2 تلقائيًا لخدمات أو أصناف برنامج Medi-Cal.
- **إذا وافقنا على جزء من أو كل ما طلبته،** فيجب علينا اعتماد التغطية التي وافقنا على توفيرها لك أو تقديمها خلال 72 ساعة من استلامنا لاستئنافك، أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- **إذا رفضنا جزء من أو كل ما طلبته،** فسنرسل استئنافك إلى IRO لإجراء استئناف من المستوى 2.

هناك مواعيد نهائية لتقديم الاستئناف العادي.

- عند تطبيق المواعيد النهائية القياسية، يجب أن نوافيك بقرارنا **خلال 30 يومًا تقويميًا** من تاريخ استلامنا لاستئنافك المتعلق بتغطية خدمات لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare لم تحصل عليه، فنوافيك بقرارنا **خلال سبعة أيام تقويمية** من تاريخ استلامنا لاستئنافك، أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
    - إذا لم نعطيك إجابة بحلول هذا الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم تقوم IRO بمراجعته. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف عادةً ما يغطيه برنامج Medi-Cal، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. نقوم بتضمين المزيد من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل. لا نقدم لك استئناف من المستوى 2 تلقائيًا لخدمات أو أصناف برنامج Medi-Cal.

إذا وافقنا على جزء من أو كل ما طلبته، فيجب علينا اعتماد التغطية التي وافقنا على توفيرها لك أو تقديمها خلال 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا طلب استئنافك، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، وخلال 72 ساعة من تاريخ تغييرنا لقرارنا، أو خلال سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلامنا لاستئنافك إذا كان طلبك يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare.

إذا **رفضنا** جزء من أو كل ما طلبته، **فلديك حقوق استئناف إضافية:**

- إذا **رفضنا** جزء من أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو صنف من خدمات Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى IRO للاستئناف من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو صنف من برنامج Medi-Cal، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك.

و4. تقديم استئناف من المستوى 2

إذا **رفضنا** جزء من استئنافك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا. يخبرك هذا الخطاب بما إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal أو كلا البرنامجين عادةً ما يغطيان الخدمة أو الصنف.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف يغطيه **Medicare** عادةً، فسنُحيل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف بمجرد اكتمال الاستئناف من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف يغطيه **Medi-Cal** عادةً، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. يخبرك الخطاب بكيفية القيام بذلك. نقوم أيضًا بتضمين المزيد من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت الخدمة أو الصنف يمكن أن يغطيه **كلٌّ من برنامجي Medicare وMedi-Cal** فستحصل تلقائيًا على استئناف من المستوى 2 لدى IRO. بالإضافة إلى الاستئناف التلقائي من المستوى 2، يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع رسمية ومراجعة طبية مستقلة لدى الولاية. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.

إذا كنت مؤهلًا لاستمرار المزايا عند تقديمك لاستئناف من المستوى 1، فقد تستمر مزاياك للخدمة أو الصنف أو الدواء محل الاستئناف أثناء المستوى 2. راجع **القسم و3** للحصول على معلومات حول استمرار مزاياك خلال مرحلة الاستئناف من المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة لا تُغطى عادةً إلا من قِبل بَرنامج Medicare، فإن مزاياك لهذه الخدمة لا تستمر أثناء عملية الاستئناف من المستوى 2 لدى IRO.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medi-Cal فقط، فستستمر مزاياك لهذه الخدمة إذا قمت بتقديم استئناف من المستوى 2 خلال عشرة أيام تقويمية من تاريخ استلامك خطاب قرارنا.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو صنف يغطيهما عادةً برنامج Medicare

تقوم IRO بمراجعة استئنافك. إنها منظمة مستقلة تعاقد معها برنامج Medicare.

> الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة (IRO) هو **جهة المراجعة المستقلة**، ويُشار إليها أحيانًا باسم **IRE.**

- هذه المنظمة غير مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار Medicare الشركة لتكون IRO، ويشرف Medicare على عملها.
- نرسل معلومات حول استئنافك ("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 استئنافك.
- يلقي المراجعون في IRO نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.

إذا كان لديك استئناف سريع في المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا استئناف سريع في المستوى 2.

- إذا قدمت استئنافًا سريعًا إلينا في المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على استئناف سريع في المستوى 2. يجب على IRO أن توافيك بقرار بشأن استئنافك من المستوى 2**خلال 72 ساعة** من استلامها لاستئنافك.

إذا كان لديك استئناف عادي في المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا استئناف عادي في المستوى 2.

- إذا قدمت استئنافًا عاديًا إلينا في المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على استئناف عادي في المستوى 2.
- إذا كان طلبك يتعلق بصنف أو خدمة طبية، فيجب على IRO أن توافيك بقرار بشأن استئنافك من المستوى 2 **خلال 30 يومًا تقويميًا**من استلامها لاستئنافك.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare، فيجب على IRO أن توافيك بقرار بشأن استئنافك من المستوى 2 **خلال سبعة أيام تقويمية** من استلامها لاستئنافك.

إذا أصدرت IRO قرارها، فسترسله إليك كتابيًا مع شرح الأسباب.

- **إذا وافقت IRO على جزء من الطلب أو كله للحصول على صنف أو خدمة طبية،** فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
  - اعتماد تغطية الرعاية الطبية **خلال 72 ساعة،**
  - أو تقديم الخدمة خلال**14 يوم عمل** بعد حصولنا على قرار IRO **بخصوص الطلبات العادية،**
  - أو تقديم الخدمة **خلال 72 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار IRO **بخصوص الطلبات العاجلة.**
- **إذا وافقت IRO على جزء من طلب يتعلق بدواء من الجزء B من برنامج Medicare أو على الطلب بالكامل، فيجب علينا اعتماد الدواء محل النزاع من الجزء B من برنامج Medicare أو توفيره:**
  - **خلال 72 ساعة** بعد حصولنا على قرار IRO بخصوص**الطلبات العادية،**
  - **أو خلال 24 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار IRO بخصوص **الطلبات العاجلة.**
- **إذا رفضت IRO جزءًا من استئنافك أو استئنافك بالكامل،** فهذا يعني أنها توافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) للحصول على تغطية للرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك".
- إذا كانت قضيتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في الاستئناف.
- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2، ليصبح المجموع خمسة مستويات.
- إذا تم رفض الاستئناف من المستوى 2 واستوفيت المتطلبات لمواصلة عملية الاستئناف، فيجب أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم استئناف ثالث. التفاصيل حول كيفية فعل بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الاستئناف من المستوى 2.
- يتعامل قاضي القانون الإداري (ALJ) أو المحامي مع الاستئناف من المستوى 3. راجع **القسم ي** لمزيد من المعلومات بشأن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو صنف يغطيهما عادةً برنامج Medi-Cal

هناك طريقتان لتقديم استئناف من المستوى 2 لخدمات وأصناف Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة، أو (2) طلب جلسة استماع على مستوى الولاية.

(1) إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC)

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في DMHC. من خلال تقديم شكوى، ستراجع DMHC قرارنا. ستجري DMHC تحقيقها بشأن شكواك أو تقرر ما إذا كانت الحالة مؤهلة للحصول على IMR. يمكن أن تتوفر IMR لأي خدمة مشمولة بالتغطية من برنامج Medi-Cal أو صنف طبي بطبيعته. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل خبراء ليسوا جزءًا من خطتنا أو جزءًا من DMHC. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيجب أن نقدم لك الخدمة أو الصنف الذي طلبته. أنت لا تدفع أي تكاليف مقابل IMR.

يمكنك تقديم شكوى أو طلب إجراء IMR إذا أجرت خطتنا ما يلي:

- رفض أو تغيير أو تأجيل خدمة أو علاج لبرنامج Medi-Cal إذا رأت أنه ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاج Medi-Cal التجريبي أو الاستقصائي لحالة طبية خطيرة.
- تنازعت بشأن ما إذا كانت الخدمة أو الإجراء الجراحي تجميليًا أو ترميميًا بطبيعته.
- لن ندفع مقابل خدمات Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي حصلت عليها بالفعل.
- لم تحل الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته بشأن خدمة Medi-Cal خلال 30 يومًا تقويميًا بخصوص الاستئناف العادي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، بخصوص الاستئناف السريع.

في معظم الحالات، يجب عليك تقديم استئناف إلينا قبل طلب إجراء IMR. راجع **القسم ز5** للحصول على معلومات، بخصوص عملية الاستئناف من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم نموذج طلب إجراء IMR أو شكوى لدى DMHC.

ملاحظة: إذا قدّم مقدم خدمتك استئنافًا نيابةً عنك، ولكننا لم نتلقَّ نموذج تعيين ممثلك، فسيتعين عليك إعادة تقديم استئنافك إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب إجراء IMR من المستوى 2 لدى DMHC، ما لم يكن استئنافك يتعلق بتهديد وشيك وخطير لصحتك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد، أو احتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى الوظائف الجسدية الرئيسية.

يحق لك طلب إجراء IMR وجلسة استماع رسمية، ولكن لا يُسمح لك بالحصول على IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل دليلاً في جلسة استماع رسمية أو حصلت على جلسة استماع رسمية بشأن نفس المشكلة.

إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو استقصائيًا، فلا يتعين عليك المشاركة في عملية الاستئناف قبل التقدم بطلب للحصول على إجراء 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 بإجراءات الاستئناف لدينا.

يجب عليك **التقدم بطلب لإجراء IMR خلال ستة أشهر** من تاريخ إرسالنا قرارًا كتابيًا إليك بشأن استئنافك. قد تقبل DMHC طلبك بعد ستة أشهر لسبب وجيه، مثل أن يكون لديك حالة طبية منعتك من طلب IMR خلال ستة أشهر أو أنك لم تتلق إخطارًا مناسبًا منا بشأن إجراء IMR.

لتقديم شكوى أو طلب IMR:

- املأ نموذج IMR/الشكوى المتاح على:
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز DMHC على الرقم 1-888-466-2219. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسخ من الرسائل أو المستندات الأخرى حول الخدمة أو الصنف الذي رفضناه، إذا كانت بحوزتك. هذا يمكن أن يسرع عملية إجراء IMR. أرسل نسخ من المستندات، وليس النسخ الأصلية. لا يمكن لمركز المساعدة إرجاع أي مستندات.
- املأ نموذج المساعد المفوَّض إذا كان هناك شخص يساعدك في طلب IMR. يمكنك الحصول على النموذج من خلال الموقع الإلكتروني www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو الاتصال بمركز المساعدة التابع للإدارة على الرقم 1-888-466-2219. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-688-9891.

- قدّم نموذج IMR/الشكوى وأي مرفقات إلى إدارة DMHCعبر الإنترنت على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint
- الإرسال عبر البريد أو الفاكس:

مركز المساعدة
إدارة الرعاية الصحية المُدارة
Ninth Street, Suite 500 980
Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 1-916-255-5241

خلال سبعة أيام، ستراجع DMHC طلبك وترسل إليك خطاب إقرار باستلام الطلب. إذا قررت DMHC أن الحالة مؤهلة لإجراء IMR، فسيتم اتخاذ قرار بشأن IMR خلال 45 يومًا من استلام جميع المستندات المطلوبة.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلًا لإجراء IMR، فعادةً ما يتم اتخاذ قرار IMR خلال سبعة أيام من استلام جميع المستندات المطلوبة.

إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع بالولاية

يمكن أن يستغرق إجراء 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 شكواك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكواك عاجلة، فسيتم حلها عاجلاً.

(2) جلسة استماع بالولاية

يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية بشأن الأصناف والخدمات المشمولة بتغطية Medi-Cal. إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر خدمة أو صنفًا لن نوافق عليه، أو لن نستمر في الدفع مقابل خدمة أو صنف لديك بالفعل ورفضنا استئنافك من المستوى 1، فلديك الحق في طلب جلسة استماع بالولاية.

في معظم الحالات **لديك 120 يومًا لطلب جلسة استماع على مستوى الولاية** بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الاستئناف" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا طلبت جلسة استماع على مستوى الولاية لأننا أخبرناك بأن خدمة تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، **فلديك عدد أقل من الأيام لتقديم طلبك** إذا كنت تريد الاستمرار في الحصول على تلك الخدمة أثناء انتظار طلب جلسة استماع بالولاية. راجع **القسم و4**لمزيد من المعلومات حول استمرار المزايا أثناء استئنافات المستوى 2.

يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية من خلال الطرق التالية:

- عبر الإنترنت على www.cdss.ca.gov.
- هاتفيًا: اتصل على 1-800-743-8525. يمكن أن يكون هذا الرقم مشغولاً جدًا. يمكن أن تصلك رسالة لمعاودة الاتصال لاحقًا. إذا كنت لا تستطيع الكلام أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال على TTY/TDD 1-800-952-8349.
- خطيًا: يرجى تعبئة نموذج "جلسة استماع بالولاية" أو كتابة رسالة. أرسلها عبر البريد أو الفاكس إلى:
- البريد: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- الفاكس: 309-3487 (916) أو الاتصال على الرقم المجاني 1-833-281-0903

- يمكنك إكمال "طلب لجلسة استماع بالولاية" الموجود على ظهر إشعار الإجراء. تأكد من تضمين اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي و/أو رقم CIN، والسبب الذي تريد جلسة استماع بالولاية لأجله. إذا كان هناك شخص يساعدك في تقديم طلب عقد جلسة الاستماع، أضف اسمه وعنوانه ورقم هاتفه إلى النموذج أو الرسالة. إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري، فيجب إبلاغ قسم "جلسات الاستماع بالولاية" باللغة التي تتحدث بها. لن يتوجب عليك الدفع مقابل خدمات المترجم الفوري. سيحضر قسم جلسات الاستماع بالولاية مترجمًا لك. إذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، فيمكن أن توفر لك إدارة جلسات الاستماع بالولاية تسهيلات خاصة مجانًا لمساعدتك على المشاركة في جلسة الاستماع. يرجى تضمين معلومات حول إعاقتك والتسهيلات التي تحتاج إليها.

لن يتوجب عليك الدفع للحصول على جلسة استماع بالولاية أو IMR.

يحق لك الحصول على جلسة استماع بالولاية وIMR. إلا أنه إذا طلبت جلسة استماع بالولاية أولاً وعقدت الجلسة بالفعل، فلا يمكنك طلب IMR. في هذه الحالة، فإن جلسة الاستماع بالولاية 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 بالولاية أو IMR.

لا تتعامل Kaiser Permanente مع الشكاوى والاستئنافات المتعلقة بمزايا صيدلية Medi-Cal Rx. يمكنك إرسال شكاوى واستئنافات حول مزايا صيدلية Medi-Cal Rx عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-977-2273 (TTY 1-800-977-2273) والضغط على رقم 5 أو 711). ومع ذلك ، فإن الشكاوى والاستئنافات المتعلقة بمزايا الصيدلة التي لا تخضع لبرنامج Medi-Cal Rx يمكن أن تكون مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة. إذا كنت لا توافق على قرار يتعلق بمزايا صيدلية Medi-Cal Rx الخاصة بك، فيمكنك أن تطلب جلسة استماع بالولاية.

ملاحظة: الأصناف والخدمات التي تتلقاها في إطار برنامج دعم المجتمع غير مؤهلة للحصول على إجراء IMR.

يُصدر قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره لك كتابيًا، ويشرح الأسباب.

- إذا قرر قسم جلسات الاستماع بالولاية **الموافقة** على جزء من طلب الحصول على صنف أو خدمة طبية أو على الطلب بالكامل، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو الصنف أو تقديمه **خلال 72 ساعة** من تاريخ استلامنا قرارهم.
- إذا قرر قسم جلسات الاستماع بالولاية **رفض** جزءًا من استئنافك أو استئنافك بالكامل، فهذا يعني أنهم يوافقون على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) للحصول على تغطية للرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك."

إذا كان قرار IRO أو جلسة الاستماع بالولاية هو **رفض** كل طلبك أو جزء منه، فلديك حقوق استئناف إضافية.

إذا أُحيل استئنافك من المستوى 2 إلى **IRO**، فيمكنك تقديم استئناف مرة أخرى فقط إذا كانت القيمة المالية للخدمة أو الصنف الذي تريده تستوفي حدًا أدنى معينًا. يتعامل ALJ أو المحامي القضائي مع الاستئناف من المستوى 3. **يوضح الخطاب الذي تتلقاه من IRO حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تكون لديك.**

يوضح الخطاب الذي تتلقاه من قسم جلسات الاستماع بالولاية خيار الاستئناف التالي.

راجع **القسم ي** لمزيد من المعلومات حول حقوقك في الاستئناف بعد المستوى 2.

و5. مشكلات الدفع

لا نسمح لمقدمي خدمات شبكتنا بتقديم فواتير لك مقابل الأصناف أو الخدمات المشمولة بالتغطية. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من المبلغ الذي يتقاضاه مقدم الخدمة مقابل صنف أو خدمة مشمولة بالتغطية. لا يُطلب منك أبدًا دفع رصيد أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يُفترض أن يُطلب منك دفعه هو مبلغ مشاركة التكلفة الموضح في مخطط المزايا **الفصل 4** (إذا فقدت تغطية Medi-Cal الشاملة) أو في **الفصل 6** (بخصوص أدويتك).

إذا حصلت على فاتورة تزيد عن مبلغ الدفع المشترك مقابل الأصناف والخدمات المشمولة بالتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. لا تدفع الفاتورة بنفسك. سوف نتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونعتني بالمشكلة. إذا دفعت الفاتورة، فيمكنك استرداد أموالك من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو الأصناف.

لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا. 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 الصنف الذي دفعت مقابله مشمولاً وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو الصنف الذي دفعت مقابله مشمولاً واتبعت جميع القواعد، فسوف نرسل إليك حصتنا من تكلفة الخدمة أو الصنف عادةً في غضون 30 يومًا تقويميًا، ولكن في موعد لا يتجاوز 60 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا لطلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الصنف بعد، فسنرسل الدفعة مباشرة إلى مقدم الخدمة. عندما نرسل إليك المبلغ المستحق، فهذا يُعد بمثابة **موافقة** على طلبك للحصول على قرار بشأن التغطية.
- إذا لم تتم تغطية الخدمة أو الصنف أو لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل لك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع مقابل الخدمة أو الصنف ونشرح الأسباب.

إذا لم توافق على قرارنا بعدم الدفع، **فيمكنك تقديم استئناف.** اتبع إجراءات الاستئناف الموضحة في **القسم و3**. عند اتباع هذه التعليمات، لاحظ ما يلي:

- إذا قدمت استئنافًا لنا لسداد المبلغ لك، فيجب أن نقدم لك إجابتنا خلال 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا استئنافك.

إذا كانت إجابتنا على استئنافك هي **الرفض** و **كان برنامج Medicare** يغطي الخدمة أو الصنف عادةً، فسنُحيل حالتك إلى IRO. سنرسل إليك خطابًا إذا حدث ذلك.

- إذا تراجعت IRO عن قرارها وقالت إننا يجب أن ندفع لك، فيجب أن نرسل الدفعة إليك أو إلى مقدم الخدمة خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا كان الجواب على استئنافك هو **الموافقة** في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف بعد المستوى 2، فيجب أن نرسل الدفعة إليك أو إلى مقدم الرعاية خلال 60 يومًا تقويميًا.
- إذا **رفضت** IRO استئنافك، فهذا يعني أنها تؤيد عدم موافقتنا على طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك". ستتلقى خطابًا يوضح حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تكون لديك. راجع **القسم ي** لمزيد من المعلومات حول مستويات الاستئناف الإضافية.

إذا كانت إجابتنا على استئنافك هي **الرفض** وكان برنامج Medi-Cal يغطي الخدمة أو الصنف عادةً، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم و4** لمزيد من المعلومات.

ز. أدوية الجزء D من Medicare

تشمل مزاياك بصفتك عضوًا في خطتنا تغطية العديد من الأدوية. 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 استئنافات أدوية الجزء D من برنامج Medicare.** سنقول "أدوية" في بقية هذا القسم بدلاً من قول "أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare" في كل مرة.

لكي تتم تغطية الدواء، يجب استخدامه لغرض طبي مقبول. هذا يعني أن الدواء تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات بشأن الأغراض المقبولة طبيًا.

ز1. قرارات التغطية والاستئنافات المتعلقة بالجزء D من برنامج Medicare

فيما يلي أمثلة على قرارات التغطية التي تطلب منا اتخاذها بشأن أدوية الجزء D من برنامج Medicare:

- تطلب منا إجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
  - تغطية دواء من أدوية الجزء D من برنامج Medicare غير مدرج في قائمة الأدويةالخاصة 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 دواءك مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ولكن يجب أن نوافق عليه قبل أن نغطيه)

ملاحظة: إذا أخبرتك الصيدلية أن وصفتك الطبية لا يمكن صرفها كما هو مكتوب، فإن الصيدلية تعطيك إشعارًا كتابيًا يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.

يُطلق على قرار التغطية الأولي بشأن أدوية الجزء D من برنامج Medicare **"تحديد التغطية."**

- إذا طلبت منا دفع ثمن دواء اشتريته بالفعل. فهذا يتطلب قرار تغطية بخصوص الدفع.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بشأن التغطية، فيمكنك استئناف قرارنا. يخبرك هذا القسم بكيفية طلب قرارات التغطية وكيفية تقديم استئناف. استخدم المخطط أدناه لمساعدتك.

أيٌّ من هذه الحالات ينطبق عليك؟

تحتاج إلى دواء غير مُدرج في قائمة أدوية خطتنا، أو تحتاج منا إلى استثناء قاعدة أو قيد مفروض على دواء نغطيه.	تريد منا تغطية أحد الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا، وتعتقد أنك تفي بقواعد أو قيود الخطة (مثل الحصول على الموافقة مسبقًا) للدواء الذي تحتاج إليه.	تريد أن تطلب منا أن نردّ لك تكلفة دواء حصلت عليه بالفعل ودفعت ثمنه.	أخبرناك أننا لن نغطي أو ندفع ثمن الدواء بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من قرار التغطية.) ابدأ **بالقسم ز2**، ثم راجع **القسمين ز3 وز4**.	**يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بشأن التغطية.** راجع **القسم ز4**.	**يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ إليك.** (هذا نوع من قرار التغطية.) راجع **القسم ز4**.	**يمكنك تقديم استئناف.** (هذا يعني أنك تطلب منا إعادة النظر.) راجع **القسم ز5**.

ز2. الاستثناءات المتعلقة بأدوية الجزء D من برنامج Medicare

إذا لم نغطِّ دواءً بالطريقة التي تريدها، فيمكنك أن تطلب منا إجراء "استثناء." إذا رفضنا طلبك لإجراء استثناء، فيمكنك استئناف قرارنا.

عند طلب إجراء استثناء، يجب على طبيبك أو واصف الدواء الآخر أن يوضح الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى هذا الاستثناء.

يُطلق على طلب تغطية دواء غير مُدرج في *قائمة أدوية خطتنا* أو طلب إزالة قيد مفروض على دواء أحيانًا اسم **"استثناء من لائحة الأدوية."**

يُطلق على طلب دفع سعر أقل مقابل دواء مشمول بالتغطية ولكنه غير مُفضّل أحيانًا اسم **استثناء من مستوى التكلفة**.

فيما يلي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكن أن تطلبها أنت أو طبيبك أو واصف الدواء الآخر:

1. تغطية دواء غير مُدرج في قائمة أدوية خطتنا

- إذا اتفقنا على إجراء استثناء وتغطية دواء غير مُدرج في قائمة أدوية خطتنا، فإنك تدفع مبلغ الدفع المشترك الذي ينطبق على جميع أدويتنا.
- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ الدفع المشترك المطلوب للدواء.

2. إزالة قيد مفروض على دواء مشمول بالتغطية.

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية المدرجة في في قائمة أدوية خطتنا (راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية لبعض الأدوية ما يلي:
  - إلزامك باستخدام النسخة الجنيسة من الدواء بدلًا من الدواء ذي الاسم التجاري.
  - الحصول على موافقتنا مسبقًا قبل موافقتنا على تغطية الدواء نيابة عنك. يسمى هذا أحيانًا باسم "الإذن المسبق (PA)".
  - حدود الكمية بالنسبة لبعض الأدوية، توجد قيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا وافقنا على استثناء لك وطرحنا لك قيدًا، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ الدفع المشترك المطلوب منك دفعه.

3. تغيير تغطية الدواء إلى مستوى أقل في مشاركة التكلفة. يندرج كل دواء في قائمة أدوية خطتنا ضمن واحد من ستة مستويات لمشاركة التكلفة. بشكل عام، كلما انخفض رقم مستوى مشاركة التكلفة، قلّ مبلغ الدفع المشترك المطلوب منك.

- قائمة أدويتنا غالبًا ما تتضمن أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى هذه الأدوية "البديلة".
- إذا كان أحد الأدوية البديلة لحالتك الطبية في مستوى مشاركة تكلفة أقل من الدواء الذي تتناوله، يمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تكلفة الدواء البديل. هذا من شأنه أن يقلل من مبلغ المشاركة الخاصة بك للدواء.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله منتجًا بيولوجيًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في التكلفة لأدنى مستوى لبدائل المنتجات البيولوجية لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله هو دواء يحمل علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في التكلفة لأدنى مستوى لبدائل الدواء الذي يحمل العلامة التجارية لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً جنيسًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في التكلفة لأدنى مستوى للعلامة التجارية أو البدائل الجنيسة لحالتك.
- لا يمكنك أن تطلب منا تغيير مستوى مشاركة التكلفة لأي دواء في المستوى 5 (الأدوية المتخصصة).
- إذا وافقنا على طلبك لاستثناء التصنيف وكان هناك أكثر من مستوى واحد لمشاركة التكلفة مع أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فإنك تدفع عادةً أقل مبلغ.

ز3. أمور من المهم معرفتها بشأن طلب استثناء

يجب على طبيبك أو الواصف الآخر أن يوضح لنا الأسباب الطبية.

يجب أن يقدم لنا طبيبك أو الواصف الآخر بيانًا يوضح الأسباب الطبية لطلب الاستثناء. لاتخاذ قرار أسرع، قم بتضمين هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو الواصف الآخر عندما تطلب الاستثناء.

قائمة أدويتنا غالبًا ما تتضمن أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى هذه الأدوية "البديلة". إذا كان هناك دواء بديل فعال بالقدر نفسه مثل الدواء الذي تطلبه، ولن يتسبب في آثار جانبية إضافية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا **لا** نوافق عادةً على طلبك للحصول على استثناء. إذا طلبت منا استثناءً من مستوى مشاركة التكلفة، فإننا **لا** نوافق عادةً على طلبك للحصول على استثناء ما لم تكن جميع الأدوية البديلة الموجودة في مستوى (مستويات) مشاركة التكلفة الأقل فعّالة بالقدر نفسه بالنسبة لك، أو يُرجح أن تتسبب في تفاعل ضار أو ضرر آخر.

يمكننا الموافقة على طلبك أو رفضه.

- إذا **وافقنا** على طلبك للحصول على استثناء فعادةً ما يستمر الاستثناء حتى نهاية السنة التقويمية. هذا صحيح طالما استمر طبيبك في وصف الدواء لك واستمر هذا الدواء في كونه آمنًا وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا **رفضنا** طلبك للحصول على استثناء، فيمكنك تقديم استئناف. راجع **القسم ز5** للحصول على معلومات حول تقديم استئناف في حالة **رفضنا.**

يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار بشأن التغطية، بما في ذلك الاستثناء.

ز4. طلب قرار بشأن التغطية، بما في ذلك الاستثناء

- اسأل عن نوع قرار التغطية الذي تريده عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، أو المراسلة أو الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو واصف الدواء الآخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك، ومعلومات اتصالك ومعلومات حول المطالبة.
- يمكنك أنت أو طبيبك (أو واصف الدواء الآخر) أو أي شخص آخر يتصرف نيابة عنك طلب قرار التغطية. يمكنك أيضًا الاستعانة بمحامٍ نيابةً عنك.
- راجع **القسم ه3** لمعرفة كيفية تعيين شخص ليكون ممثلك.
- لا تحتاج إلى إعطاء إذن كتابي لطبيبك أو لواصف دواء آخر لطلب قرار التغطية نيابة عنك.
- إذا كنت ترغب في أن تطلب منا تعويضك عن تكلفة دواء، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء هذا.
- إذا طلبت استثناءً، فقدم لنا "بيانًا داعمًا." يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية التي يقدّمها طبيبك أو الواصف الآخر للدواء لطلب الاستثناء.
- يمكن لطبيبك أو واصف الدواء الآخر إرسال البيان الداعم إلينا بالفاكس أو بالبريد. يمكنهم أيضًا إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان بالفاكس أو البريد.

إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، فاطلب منا "قرارًا سريعًا بشأن التغطية."

نستخدم "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- **يعني قرار التغطية القياسي** أننا نقدّم لك إجابة خلال 72 ساعة من استلام بيان طبيبك.
- **يعني قرار التغطية القياسي** أننا نقدّم لك إجابة خلال 24 ساعة من استلام بيان طبيبك.

> يُسمّى "قرار التغطية السريع" **"قرار تغطية مُعجَّل."**

يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع في الحالات التالية:

- إذا كان لدواء 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 واصف الدواء الآخر أن حالتك الصحية تتطلب قرار تغطية سريع، فسنراجع طلبك وفقًا للإطار الزمني لقرار التغطية السريع. سوف نرسل لك خطابًا بهذه المعلومات.

- إذا طلبت قرار تغطية سريعًا دون دعم من طبيبك أو واصف الدواء الآخر، فإننا نقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلبي متطلبات قرار التغطية السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك.
  - نرسل لك خطابًا لإخبارك بأننا سنستخدم المواعيد النهائية القياسية. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم استئناف بشأن قرارنا.
  - يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على رد خلال 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة،راجع **القسم ك**.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار سريع بشأن التغطية

- 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 الاستئناف لمراجعته من قِبل IRO. راجع **القسم ز6** لمزيد من المعلومات بشأن إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من أو كل ما طلبته، فإننا نوفر لك التغطية خلال 24 ساعة من استلام طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب الرفض. يخبرك الخطاب أيضًا كيف يمكنك تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار قياسي بشأن التغطية لدواء 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 بيان داعم 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 الاستئناف لمراجعته من قبل IRO.
- إذا **وافقنا** على جزء من أو كل طلبك، فإننا نوفر لك التغطية خلال 72 ساعة من استلام طلبك أو البيان الداعم من طبيبك بشأن الاستثناء.
- إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب الرفض. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار قياسي بشأن التغطية لدواء 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 الاستئناف لمراجعته من قبل IRO.
- إذا **وافقنا** على جزء من أو كل طلبك، فإننا نعوّضك خلال 14 يومًا تقويميًا.
- إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب الرفض. يخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

ز5. تقديم استئناف من المستوى 1

يُسمّى الاستئناف المقدَّم إلى خطتنا بشأن قرار تغطية دواء من الجزء D من برنامج Medicare **"إعادة تحديد" الخطة.**

- ابدأ **استئنافك العادي أو السريع** عن طريق الاتصال بنا هاتفيًا 1-866-206-2973، أو كتابيًا، أو عن طريق الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو واصف الدواء الآخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات اتصالك ومعلومات بشأن الاستئناف.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف **خلال 65 يومًا تقويميًا** من تاريخ الرسالة التي أرسلناها لإبلاغك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فقد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم استئنافك. هناك أمثلة على الأسباب الوجيهة، مثل إصابتك بمرض خطير أو إعطائك معلومات خاطئة عن الموعد النهائي. وضّح سبب تأخرك في تقديم الاستئناف عند تقديمه.
- يحق لك طلب نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. قد تعطينا أنت وطبيبك أيضًا مزيدًا من المعلومات لدعم استئنافك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.

يسمى طلب الاستئناف السريع **"إعادة تحديد مُعجّلة."**

- إذا قمت بالاستئناف على قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه، تقرر أنت وطبيبك أو واصف الدواء الآخر ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف سريع أم لا.
- متطلبات الاستئناف السريع هي نفس متطلبات قرار التغطية السريع. راجع **القسم ز4** لمزيد من المعلومات.

ننظر في استئنافك ونوافيك بقرارنا.

- نراجع الاستئناف ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك بشأن التغطية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما **رفضنا** طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو بواصف الدواء الآخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع من المستوى 1

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نقدم لك إجابتنا **خلال 72 ساعة** من استلامنا لاستئنافك،
  - نقدم لك إجابتنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
  - إذا لم نعطيك إجابة خلال 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع **القسم ز6** للحصول على معلومات بخصوص إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من أو كل طلبك، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها خلال 72 ساعة من استلامنا لاستئنافك.
- إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف العادي من المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية، فيجب أن نوافيك بقرارنا **خلال سبعة أيام تقويمية** من استلامنا لاستئنافك بشأن دواء لم تحصل عليه.
- نعطيك قرارنا عاجلاً إذا لم تحصل على الدواء وتتطلبه حالتك الصحية. إذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.
  - إذا لم نصدر لك قرارًا خلال سبعة أيام تقويمية، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع **القسم ز6** للحصول على معلومات بخصوص إجراءات الاستئناف من المستوى 2.

إذا **وافقنا** على جزء من أو كل طلبك:

- يجب علينا **توفير التغطية** التي وافقنا على توفيرها بأسرع ما تتطلبه حالتك الصحية، لكن **في موعد لا يتجاوز سبعة أيام تقويمية** من تاريخ استلامنا لاستئنافك.
- يجب علينا **إرسال المبلغ المستحق لك** مقابل دواء اشتريته **خلال 30 يومًا تقويميًا** من استلامنا لاستئنافك.

إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك:

- نرسل لك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك كيف يمكنك تقديم استئناف.
- يجب علينا تزويدك بقرارنا بشأن تعويضك عن دواء اشتريته **خلال 14 يومًا تقويميًا**من استلامنا لاستئنافك.
  - إذا لم نصدر لك قرارًا خلال 14 أيام تقويمية، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم تقوم IRO بمراجعته. راجع **القسم ز6** للحصول على معلومات بخصوص إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من أو كل طلبك، فيجب أن نعوّضك خلال 30 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك.
- إذا **رفضنا** جزء من أو كل طلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم استئناف.

ز6. تقديم استئناف من المستوى 2.

إذا **رفضنا** استئنافك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم استئناف آخر. إذا قررت تقديم استئناف آخر، فإنك تستخدم عملية الاستئناف من المستوى 2. تقوم **IRO** بمراجعة قرارنا عندما **نرفض** استئنافك الأول. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان يجب علينا تغيير قرارنا أم لا.

> الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة (IRO) هو **"جهة المراجعة المستقلة"**، ويُشار إليها أحيانًا بالاختصار **"IRE".**

لتقديم استئناف من المستوى 2، يجب عليك أو على ممثلك أو على طبيبك أو الواصف الدواء الآخر الاتصال بجهة IRO **كتابيًا** وطلب مراجعة حالتك.

- إذا **رفضنا** استئنافك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن **تعليمات حول كيفية تقديم استئناف من المستوى 2** لدى IRO. توضح التعليمات من يمكنه تقديم استئناف من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم استئنافًا إلى IRO، نرسل المعلومات المتوفرة لدينا بشأن الاستئناف إلى المنظمة. تسمى هذه المعلومات "ملف الحالة". **لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف حالتك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 0815-443-800-1.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم استئنافك.

تقوم IRO بمراجعة الاستئناف من المستوى 2 على الجزء D من بَرنامج Medicare وتعطيك إجابة كتابية. راجع **القسم و4** لمزيد من المعلومات بشأن IRO.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع من المستوى 2

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب من IRO استئنافًا سريعًا.

- إذا وافقت على الاستئناف السريع، فيجب عليها تزويدك بإجابة **خلال 72 ساعة** من استلام طلب استئنافك.
- إذا **وافقت** على جزء من أو كل طلبك، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا عليها **خلال 24 ساعة** من استلام قرار IRO.

المواعيد النهائية للاستئناف العادي من المستوى 2

إذا كان لديك استئناف عادي من المستوى 2، فيجب أن تعطيك IRO إجابة:

- **خلال سبعة أيام تقويمية** من استلامهم استئنافك بشأن دواء لم تحصل عليه.
- **خلال 14 يومًا تقويميًا** من استلامهم استئنافك بشأن تعويضك عن دواء اشتريته.

إذا **وافقت** IRO على جزء من أو كل طلبك:

- يجب علينا توفير تغطية الدواء الموافق عليها **خلال 72 ساعة** من استلامنا قرار IRO.
- يجب أن نعيد لك ثمن الدواء الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على قرار IRO.
- إذا **رفضت** IRO استئنافك، فهذا يعني أنها تؤيد عدم موافقتنا على طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك."

إذا **رفضت** استئنافك من المستوى 2، فيحق لك تقديم استئناف من المستوى 3 إذا كانت القيمة المالية لتغطية الأدوية التي تطلبها تستوفي حدًا أدنى محددًا للقيمة المالية. إذا كانت القيمة المالية لتغطية الأدوية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر. في هذه الحالة، يكون قرار الاستئناف من المستوى 2 نهائيًا. ترسل لك IRO خطابًا يخبرك بالحد الأدنى للقيمة المالية اللازمة للاستمرار في الاستئناف من المستوى 3.

إذا كانت القيمة المالية لطلبك تفي بالمتطلبات، فلك الخيار فيما إذا كنت تريد متابعة استئنافك إلى مستوى أعلى.

- توجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2.
- إذا **رفضت** IRO استئنافك من المستوى 2 وكنت تستوفي الشرط اللازم لمواصلة عملية الاستئناف، فيمكنك:
  - أن تقرر ما إذا كنت تريد تقديم استئناف من المستوى 3 أم لا.
  - أن تراجع الخطاب الذي أرسلته IRO إليك بعد استئنافك من المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.
- يتعامل ALJ أو المحامي القضائي مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم ي** للحصول على معلومات بشأن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

ح. طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى

عند دخولك المستشفى، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها والضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمزيد من المعلومات حول تغطية خطتنا لخدمات المستشفى، راجع **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا.

أثناء إقامتك المشمولة بالتغطية في المستشفى، يعمل طبيبك وطاقم المستشفى معك للتحضير لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. كما أنهم يساعدون في ترتيب الرعاية التي قد تحتاج إليها 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، فيمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى. يخبرك هذا القسم كيفية طلب ذلك.

بصرف النظر عن إجراءات الاستئناف الموضحة في هذا **القسم ح**، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى **القسم و4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة، بالإضافة إلى استئناف من المستوى 3 أو بدلاً منه.

ح1. التعرّف على حقوقك في Medicare

خلال يومين من إدخالك إلى المستشفى، سيقدم لك شخص في المستشفى، مثل ممرض أو أخصائي حالة، إشعارًا كتابيًا يُسمى "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك". يحصل كل شخص مشمول ببرنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار عند إدخاله إلى المستشفى.

إذا لم تحصل على هذا الإشعار، فاطلب نسخة منه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- **اقرأ الإشعار** بعناية واطرح الأسئلة إذا كنت لا تفهم أي جزء منه. يخبرك الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:
  - الحصول على خدمات Medicare المشمولة بالتغطية أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. لديك الحق في معرفة الخدمات، ومن سيدفع مقابلها، وأين يمكنك الحصول عليها.
  - كن جزءًا من أي قرارات تتعلق بطول إقامتك في المستشفى.
  - تعرف على مكان الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
  - قدّم استئنافًا إذا كنت تعتقد أنك ستخرج من المستشفى في وقت مبكر للغاية.
- **وقّع على الإشعار** لإثبات أنك استلمته وفهمت حقوقك.
  - يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
  - توقيع الإشعار **فقط** يثبت أنك تلقيت المعلومات المتعلقة بحقوقك. توقيع الإشعار **لا** يعني أنك توافق على تاريخ الخروج من المستشفى الذي قد يكون طبيبك أو طاقم المستشفى قد أخبروك به.
- **احتفظ بنسختك** من الإشعار الموقّع حتى تكون لديك المعلومات إذا احتجت إليها.

إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من يوم مغادرتك للمستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مقدمًا إذا كنت قد قمت بما يلي:

- الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- أو الاتصال هاتفيًا بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

ح2. تقديم استئناف من المستوى 1

لطلب تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين لفترة أطول، قدّم استئنافًا. تقوم منظمة تحسين الجودة (QIO) بمراجعة الاستئناف من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المخطط لك مناسبًا 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 جزءًا من خطتنا.

في California، منظمة تحسين الجودة (QIO) هي Commence Health. يمكنك الاتصال على الرقم 1-877-588-1123. توجد معلومات الاتصال أيضًا في الإشعار "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك،" وفي **الفصل 2**.

اتصل بـ (QIO) قبل مغادرتك المستشفى، وفي موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك المخطط له.

- **إذا اتصلت قبل مغادرتك المستشفى،** فيمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له دون دفع تكاليف الإقامة، إلى حين انتظار قرار (QIO) بشأن استئنافك.
- **إذا لم تقدم استئنافًا،** وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له، فيمكنك دفع جميع تكاليف الرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد تاريخ الخروج المخطط له.
- نظرًا لأن الإقامة في المستشفى يغطيها كل من بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، إذا لم تستمع منظمة تحسين الجودة 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، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) أو طلب مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى **القسم و4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة.

اطلب المساعدة إذا احتجت 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 الرقم 1-800-434-0222.

اطلب إجراء مراجعة سريعة. تصرف بسرعة، واتصل بـ QIO لطلب مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

> المصطلح القانوني لـ **"المراجعة السريعة"** هو **"المراجعة الفورية"** أو **"المراجعة المُعجّلة."**

ماذا يحدث أثناء 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 الاستئناف 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 الكتابي **"الإشعار التفصيلي بالخروج من المستشفى."** يمكنك الحصول على نموذج بالاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو بالاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.) يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج للإشعار عبر الإنترنت على الموقع www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

خلال يوم واحد من استلام جميع المعلومات التي تحتاج إليها، ستُصدر QIO قرارها بشأن استئنافك.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- سنقدم خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية للمرضى الداخليين لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- 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 استئنافك.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد الظهر في اليوم التالي لتقديم QIO إجابتها على استئنافك.
- يمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 إذا رفضت QIO استئنافك من المستوى 1**و** بقيت في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له.

ح3. تقديم استئناف من المستوى 2

بالنسبة للاستئناف من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الاستئناف من المستوى 1. يمكنك الاتصال على الرقم 1-877-588-1123.

يجب أن تطلب إجراء هذه المراجعة **خلال 60 يومًا تقويميًا** من يوم **رفض** QIO لاستئنافك من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة **فقط** إذا بقيت في المستشفى بعد التاريخ الذي انتهت فيه تغطيتك للرعاية.

سوف يقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.
- إخبارك بقرارهم بشأن الاستئناف من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك للمراجعة الثانية.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- يجب أن نعيد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية بالمستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO الاستئناف من المستوى 1.
- سنقدم خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية للمرضى الداخليين لديك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- فهي توافق على قرارها بشأن استئنافك من المستوى 1 ولن تقوم بتغييره.

- تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف وتقديم استئناف من المستوى 3.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى **القسم ه4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة.

يتعامل ALJ أو المحامي القضائي مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم ي** للحصول على معلومات بشأن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

ط. طلب استمرار تغطيتنا لبعض الخدمات الطبية

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
- الرعاية التمريضية الماهرة في مرافق التمريض المتخصصة،
- ورعاية إعادة التأهيل كمريض خارجي في CORF المعتمد من Medicare. يعني هذا عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.

باستخدام أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، يحق لك الحصول على خدمات مشمولة بالتغطية طالما يقرر الطبيب أنك بحاجة إليها.

عندما نقرر إيقاف تغطية أيٍّ من هذه الخدمات، يجب علينا إبلاغك **قبل** انتهاء خدماتك. عندما تنتهي تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن دفع ثمنها.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت قريب للغاية، **فيمكنك استئناف قرارنا.** يخبرك هذا القسم بكيفية طلب الاستئناف.

ط1. إشعار مسبق قبل انتهاء تغطيتك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا بأن لديك على الأقل يومين قبل أن نتوقف عن دفع تكاليف رعايتك. يُسمّى هذا "إشعار بعدم تغطية Medicare". يوضح الإشعار التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية استئناف قرارنا.

يجب عليك أو على ممثلك توقيع الإشعار لإثبات أنك استلمته. توقيع الإشعار **فقط** يثبت أنك تلقيت المعلومات. التوقيع **لا** يعني موافقتك على قرارنا.

ط2. تقديم استئناف من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت قريب للغاية، فيمكنك استئناف قرارنا. يخبرك هذا القسم عن عملية الاستئناف من المستوى 1 وما يجب القيام به.

- **الالتزام 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، فيمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم ك** لمزيد من المعلومات بشأن الشكاوى.
- **اطلب المساعدة إذا احتجت إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت:
  - اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - اتّصل بـ (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.

- **اتصل بـ QIO.**
  - راجع **القسم ح2** أو راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول QIO وكيفية التواصل معها.
  - اطلب منهم مراجعة استئنافك واتخاذ قرار بشأن تغيير قرار خطتنا.
  - **تصرّف بسرعة واطلب "استئنافًا سريع المسار".** اسأل QIO عما إذا كان من المناسب طبيًا بالنسبة لنا إنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي المحدد لك للاتصال بهذه المنظمة.

- يجب عليك الاتصال بـ QIO لبدء الاستئناف بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ نفاذ "الإشعار بعدم تغطية برنامج Medicare" الذي أرسلناه إليك.
- إذا لم تستمع منظمة تحسين الجودة إلى طلبك لمواصلة تغطية خدمات رعايتك الصحية أو إذا كنت تعتقد أن حالتك عاجلة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) في California. يُرجى الرجوع إلى **القسم و4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو **" إشعار بعدم تغطية برنامج Medicare."** للحصول على نسخة من النموذج، اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة، أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو الحصول على النسخة من خلال زيارة موقع www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

ماذا يحدث أثناء الاستئناف سريع المسار

- يسألك المراجعون في QIO أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون إلى معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها لهم خطتنا.
- ترسل خطتنا أيضًا إشعارًا مكتوبًا يشرح أسباب إنهاء تغطية خدماتك. تحصل على الإشعار بحلول نهاية اليوم ويبلغنا المراجعون باستئنافك.

المصطلح القانوني للتفسير الوارد في الإشعار هو **"الشرح التفصيلي لعدم التغطية".**

- يُصدر المراجعون قرارهم في غضون يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- فسوف نقدم خدماتك المشمولة بالتغطية طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- 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 مرافق التمريض المتخصصة، أو خدمات CORF بعد تاريخ انتهاء تغطيتك
- عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في مواصلة هذه الخدمات وتقديم استئناف من المستوى الثاني.

ط3. تقديم استئناف من المستوى 2

بالنسبة للاستئناف من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الاستئناف من المستوى 1. يمكنك الاتصال على الرقم 1-877-588-1123.

يجب أن تطلب إجراء هذه المراجعة **خلال 60 يومًا تقويميًا** من يوم رفض QIO لاستئنافك من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة **فقط** إذا واصلت تلقي الرعاية بعد التاريخ الذي انتهت فيه تغطيتك للرعاية.

سوف يقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.
- إخبارك بقرارهم بشأن الاستئناف من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك للمراجعة الثانية.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- نحن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي قلنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
- سنستمر في تغطية الرعاية طالما كانت ضرورية من طبيًا.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- إنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تقوم بتغييره.
- تمنحك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف وتقديم استئناف من المستوى 3.
- يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات رعايتك الصحية. يُرجى الرجوع إلى **القسم و4** كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC. يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC وطلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى الاستئناف من المستوى 3 أو بدلاً منه.

يتعامل ALJ أو المحامي القضائي مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم ي** للحصول على معلومات بشأن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

ي. تصعيد استئنافك إلى ما بعد المستوى 2

ي1. الخطوات التالية لخدمات وأصناف برنامج Medicare

إذا قدمت استئنافًا من المستوى 1 واستئنافًا من المستوى 2 لخدمات أو أصناف برنامج Medicare، وتم رفض كلا الاستئنافين، فقد يكون لك الحق في مستويات إضافية من الاستئناف.

إذا كانت القيمة المالية لخدمة أو صنف من بَرنامج Medicare الذي استأنفت بشأنه لا تفي بحد أدنى معين من المبلغ المالي، فلا يمكنك المضي قدمًا في الاستئناف. إذا كانت القيمة المالية مرتفعة بما يكفي، فيمكنك متابعة عملية الاستئناف. يشرح الخطاب الذي تحصل عليه من IRO لاستئنافك من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب فعله لطلب استئناف من المستوى 3.

الاستئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئناف هو جلسة استماع أمام ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ قضائي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** ALJ أو المحامي القضائي على االستئنافك، فلدينا الحق في استئناف قرار المستوى 3 الذي يكون في صالحك.

- **إ**إذا قررنا **استئناف** القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب استئناف من المستوى الرابع مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى الرابع قبل التصريح أو تقديم الخدمة محل النزاع.
- إذا قررنا **عدم استئناف** القرار، فيجب علينا الموافقة على الخدمة أو تقديمها لك خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام قرار ALJ أو المحامي القضائي.
- إذا **رفض** ALJ أو المحامي القضائي استئنافك، فقد لا تكون عملية الاستئناف قد انتهت بعد.
- إذا قررت**قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله للاستئناف من المستوى الرابع.

الاستئناف من المستوى الرابع

يقوم مجلس استئنافات Medicare (المجلس) بمراجعة استئنافك ويصدر قراره بشأنه. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** المجلس على استئنافك من المستوى الرابع أو رفض طلبنا لمراجعة قرار استئناف المستوى 3 الذي جاء لصالحك، فيحق لنا الاستئناف إلى المستوى الخامس.

- إذا قررنا **استئناف** القرار، فسوف نُخطرك بذلك كتابيًا.
- إذا قررنا **عدم استئناف** القرار، فيجب علينا الموافقة على الخدمة أو تقديمها لك خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام قرار المجلس.

إذا **رفض** المجلس أو رفض طلبنا للمراجعة، فقد لا تكون عملية الاستئناف قد انتهت بعد.

- إذا قررت**قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى استئناف من المستوى الخامس وماذا تفعل.

الاستئناف من المستوى الخامس

- سيعمل قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية على مراجعة استئنافك ومراجعة جميع المعلومات ويقرر **الموافقة** أو **الرفض.** هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

ي2. استئنافات إضافية خاصة ببرنامج Medi-Cal

لديك أيضًا حقوق استئناف أخرى إذا كان استئنافك يتعلق بالخدمات أو الأصناف التي يغطيها Medi-Cal عادةً. سوف يخبرك الخطاب الذي تتلقاه من قسم جلسات الاستماع بالولاية بما يجب عليك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف.

ي3. مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات أدوية الجزء D من برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت استئنافًا من المستوى 1 واستئنافًا من المستوى 2، وتم رفض كلا الاستئنافين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي تقدمت بطلب الاستئناف عليه تلبي مبلغًا ماليًا معينًا، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الاستئناف. يشرح الرد الكتابي الذي تحصل عليه على استئنافك من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب استئناف من المستوى 3.

الاستئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئناف هو جلسة استماع أمام ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ قضائي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** ALJ أو المحامي القضائي على استئنافك:

- تنتهي عملية الاستئنافات.
- يجب أن نأذن بتغطية الأدوية المعتمدة أو نوفرها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئناف العاجل) أو نقوم بالدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.

إذا **رفض** ALJ أو المحامي القضائي استئنافك، فقد لا تكون عملية الاستئناف قد انتهت بعد.

- إذا قررت**قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله للاستئناف من المستوى الرابع.

الاستئناف من المستوى الرابع

يقوم المجلس بمراجعة استئنافك ويصدر قراره بشأنه. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** المجلس على استئنافك:

- تنتهي عملية الاستئنافات.
- يجب أن نأذن بتغطية الأدوية المعتمدة أو نوفرها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئناف العاجل) أو نقوم بالدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.

إذا **رفض** المجلس استئنافك أو رفض طلب المراجعة، فقد لا تكون عملية الاستئناف قد انتهت بعد.

- إذا قررت**قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى استئناف من المستوى الخامس وماذا تفعل.

الاستئناف من المستوى الخامس

سيعمل قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية على مراجعة استئنافك ومراجعة جميع المعلومات ويقرر **الموافقة** أو **الرفض**. هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

ك. كيفية تقديم شكوى

ك1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكاوى بشأنها

يتم استخدام عملية الشكوى لأنواع معينة من المشكلات 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.

الشكوى	مثال
جودة رعايتك الطبية	• أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن شخصًا ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية عنك.
عدم الاحترام، أو سوء خدمة العملاء، أو غيرها من السلوكيات السلبية	• كان مقدم الرعاية الصحية أو طاقم العمل فظًا أو أساء معاملتك بعدم احترام. • قام موظفونا بمعاملتك بشكل سيئ. • تعتقد أنك تُستبعد من خطتنا.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	• لا يمكنك الوصول فعليًا إلى خدمات الرعاية الصحية والمرافق الموجودة في عيادة الطبيب أو مقدم الخدمة. • لا يوفر طبيبك أو مقدم الخدمة مترجمًا فوريًا للغة غير الإنجليزية التي تتحدث بها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). • لا يوفر لك مقدم خدماتك التسهيلات المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	• تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو تنتظر وقتًا طويلاً للحصول عليه. • الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المهنيين الصحيين أو خدمات الأعضاء أو غيرهم من موظفي الخطة يجعلونك تنتظر وقتًا طويلاً.
النظافة	• تعتقد أن العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب غير نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها من خلالنا	• تعتقد أننا فشلنا في إعطائك إشعارًا أو خطابًا يجب أن تتلقاه. • تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك صعبة الفهم.
المواعيد المتعلقة بقرارات التغطية أو طلبات الاستئناف	• تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار بشأن التغطية أو الرد على طلب استئنافك. • تعتقد أنه بعد الحصول على تغطية أو قرار استئناف لصالحك، فإننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للموافقة أو تقديم الخدمة لك أو سداد مقابل خدمات طبية معينة. • لا تعتقد أننا أرسلنا قضيتك إلى IRO في الوقت المحدد.

توجد أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدَّم الشكوى الداخلية إلى خطتنا، وتتولى خطتنا مراجعتها. تُقدَّم الشكوى الخارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا، وتتولى هذه المنظمة مراجعتها. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-800-443-0815 (TTY 711)، على مدار 7 أيام أسبوعيًا من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساء.

المصطلح القانوني لكلمة "شكوى" هو **"تظلم."**

المصطلح القانوني لـ "تقديم شكوى" هو **"تقديم تظلم."**

ك2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم تكن بخصوص أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare. إذا كانت الشكوى تتعلق بأحد أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare فيجب عليك تقديمها **خلال 60 يومًا تقويميًا** من تاريخ حدوث المشكلة التي ترغب في تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان هناك أي شيء آخر يتعين عليك فعله، فستخبرك خدمات الأعضاء.
- يمكنك أيضًا كتابة شكواك وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابيًا، فسنرد على شكواك كتابيًا.

يجب علينا التعامل مع شكواك بسرعة تتناسب مع حالتك الصحية، ولكن في مدة لا تتجاوز 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام الشكوى.

المصطلح القانوني لـ "الشكوى السريعة" هو **"التظلم المعجّل."**

إذا أمكن، سنرد عليك على الفور. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من إجابتك على نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنفعل ذلك.

- نجيب على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا لم نتخذ قرارًا خلال 30 يومًا تقويميًا لأننا نحتاج إلى مزيد من المعلومات، فإننا نخطرك كتابيًا. نقدم أيضًا تحديثًا للحالة والوقت المقدر للحصول على الإجابة.
- إذا قدمت شكوى لأننا رفضنا طلبك للحصول على "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، فإننا نقدم لك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك خلال 24 ساعة.
- إذا قدمت شكوى لأننا أخذنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بشأن التغطية أو الاستئناف، فإننا نمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك خلال 24 ساعة.

إذا لم نتفق مع بعض من أو كل شكواك، فسنخبرك ونقدم لك أسبابنا. نرد سواء كنا نتفق مع الشكوى أم لا.

ك3. الشكاوى الخارجية

برنامج Medicare

يمكنك إخبار Medicare بشكواك أو إرسالها إليها. نموذج شكاوى Medicare متوفر على الرابط: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لا تحتاج إلى تقديم شكوى لدى Kaiser Permanente Dual Complete قبل تقديم شكوى لدى Medicare.

يأخذ بَرنامج Medicare شكواك على محمل الجد، وسوف يستخدم 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، فيمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. المكالمة مجانية.

برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى Medi-Cal Managed Care Ombudsman التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في California عن طريق الاتصال على الرقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. الاتصال الهاتفي من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) في California تتولى DMHC المسؤولية عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. يمكنك الاتصال بمركز مساعدة DMHC للمساعدة في الشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal. بالنسبة للأمور غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على القرار في استئنافك من المستوى 1 أو إذا لم تحل الخطة شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا. ولكن، يمكنك الاتصال بـ DMHC من دون تقديم استئناف من المستوى 1، إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى تتعلق بقضية عاجلة أو مشكلة تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تحل الخطة شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا.

فيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- الاتصال على الرقم 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام الاتصال برقم TTY المجاني، 1-877-688-9891. المكالمة مجانية.
- زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المُدارة على الرابط (www.dmhc.ca.gov).

مكتب الحقوق المدنية (OCR)

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 بشأن إمكانية الوصول لذوي الإعاقة أو المساعدة اللغوية. رقم الهاتف الخاص بـ OCR هو 1-800-368-1019. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr لمزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا التواصل مع مكتب OCR المحلي على:

مكتب الحقوق المدنية
وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مركز خدمة العملاء: 1-800-368-1019
رقم الفاكس: 1-202-619-3818
رقم هاتف (TDD): 1-800-537-7697
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

قد تكون لك 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.

منظمة QIO هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية، تتولى الحكومة الفيدرالية دفع أجورهم لمراجعة وتحسين الرعاية المقدمة لمرضى Medicare. لمزيد من المعلومات حول QIO، راجع **القسم ح2** أو راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا.

في ولاية California، تُسمى منظمة QIO باسم Commence Health. رقم الهاتف لـ Commence Health 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 غادرت خطتنا، فستظل في بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal طالما أنك مؤهل. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبةً ترتيبًا أبجديًا في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

الفصل 10: جدول المحتويات

أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا 241
ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا 242
ج. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل 242
ج1. خدمات Medicare المتاحة لك 242
ج2. خدمات Medi-Cal المتاحة لك 246
د. الخدمات الطبية والمستلزمات الطبية والأدوية التي تحصل عليها حتى انتهاء عضويتك في خطتنا 246
هـ. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا 247
و. القواعد التي تمنع مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بحالتك الصحية 248
ز. حقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا 248
ح. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك في خطتنا 248

أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص ضمن برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك تغطية Medi-Cal، فلديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا، بما في ذلك إنهاء العضوية في أي شهر من أشهر السنة.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية من كل عام:

- فترة **التسجيل المفتوحة**، التي تمتد من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، تنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر، وتبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- فترة **التسجيل المفتوحة لخطة Medicare Advantage (MA)**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس وأيضًا للمستفيدين الجدد من Medicare المسجلين في إحدى الخطط، ابتداءً من شهر الاستحقاق للجزء A والجزء B وحتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ 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:

- تنتقل إلى خارج منطقة الخدمة التابعة لنا،
- تغيّرت أهليتك للحصول على Medi-Cal أو المساعدة الإضافية،
- أو إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق تمريض 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 لمغادرة خطتنا. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فستنتهي تغطيتك ضمن خطتنا في 31 يناير. إذا التحقت بخطة أخرى، تبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

إذا غادرت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات Medicare الواردة في الجدول في **القسم ج1**.
- خيارات وخدمات Medi-Cal الواردة في **القسم ج2**.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إنهاء عضويتك بالاتصال على:

- خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. مدرج أيضًا الرقم المخصص لمستخدمي TTY.
- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة https://www.aging.ca.gov/HICAP.
- خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 6 مساءً. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- مكتب أمين المظالم للرعاية المدارة لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً، أو عبر البريد الإلكتروني MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الأدوية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول برامج إدارة الأدوية.

ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك القيام بذلك عن طريق التسجيل في خطة Medicare أخرى أو التبديل إلى برنامج Original Medicare. ومع ذلك، إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى بَرنامج Original Medicare، ولكنك لم تحدد خطة أدوية منفصلة من بَرنامج Medicare، فيجب عليك طلب إلغاء تسجيلك في خطتنا. هناك طريقتان لطلب إلغاء التسجيل:

- يمكنك التقدّم إلينا بطلب خطي. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك.
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يجدون صعوبة في السمع أو التحدث) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. عند الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضا التسجيل في خطة صحية أخرى أو خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare توجد معلومات إضافية حول الحصول على خدمات Medicare بعد مغادرتك خطتنا في المخطط الوارد في **القسم ج1**.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 6 مساءً. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- **القسم ج** أدناه يتضمن الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة مختلفة، وهو ما سيؤدي أيضًا إلى إنهاء عضويتك في خطتنا.

ج. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal الخاصة بك إذا اخترت مغادرة خطتنا.

ج1. خدمات Medicare المتاحة لك

تتوفر لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare مدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي موضح أدناه خلال أوقات معينة من السنة، بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوحة** و **فترة التسجيل المفتوحة لخطة Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في **القسم A**. وباختيار أحد هذه الخيارات، تنتهي عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

1. يمكنك الانتقال إلى: **خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi) هي نوع من خطط Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم كل من بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، وتجمع بين مزايا بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal أو خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)، إذا كنت مؤهلاً.** **ملاحظة:** مصطلح خطة Medi-Medi هو الاسم الذي يطلق على خطط ذوي الاحتياجات الخاصة المتكاملة مزدوجة التأهيل (D-SNP) في California	**إليك ما ينبغي عليك فعله:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 . للاستفسارات المتعلقة ببرنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً.،على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة https://www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** التسجيل في خطة Medi-Medi الجديدة. سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا في خطة Medicare لدينا عند بدء التغطية الخاصة بخطتك الجديدة. ستتغير خطة Medi-Cal لديك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.

2. يمكنك الانتقال إلى: **برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة لأدوية Medicare، وخطة Medi-Cal.**	**إليك ما ينبغي عليك فعله:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 . إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً، على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** التسجيل في خطة الأدوية الجديدة من برنامج Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية خطة Original Medicare لديك. ستظل مسجلًا في خطة Medi-Cal ما لم تختر خطة أخرى.

3. يمكنك الانتقال إلى: **برنامج Original Medicare دون خطة منفصلة لأدوية Medicare، إذا كان لديك سبب مقبول لإنهاء التسجيل.** **ملاحظة:** إذا قمت بالتبديل إلى بَرنامج Medicare الأصلي ولم تسجل في خطة أدوية منفصلة من بَرنامج Medicare، فقد يسجلك بَرنامج Medicare في خطة الأدوية، ما لم تُبلغ Medicare بأنك لا ترغب في الانضمام إليها. • يجب عليك التخلي عن تغطية الأدوية فقط إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.	**إليك ما ينبغي عليك فعله:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 . إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً، على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. سيُلغى تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare لديك. ستظل مسجلًا في خطة Medi-Cal ما لم تختر خطة أخرى.

4. يمكنك الانتقال إلى: **أي خطة صحية من Medicare** خلال فترات معينة من السنة بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوحة** و**فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage** أو في الحالات الأخرى الموضحة في **القسم A**.	**إليك ما ينبغي عليك فعله:** اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 . للاستفسارات المتعلقة ببرنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً، على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** التسجيل في خطة Medicare الجديدة. سيُلغى تسجيلك تلقائيًا من الخطة لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

ج2. خدمات Medi-Cal المتاحة لك

للأسئلة حول كيفية الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal بعد مغادرة خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 6 مساءً، على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. أو زيارة الموقع الإلكتروني www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal.

د. الخدمات الطبية والمستلزمات الطبية والأدوية التي تحصل عليها حتى انتهاء 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 والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استعن بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم الصيدليات التابعة لشبكتنا، بما في ذلك خدمات الصيدليات التي توفر خدمة طلب الأدوية عبر البريد، لصرف وصفاتك الطبية.

- إذا كنت نزيلًا في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في خطة Kaiser Permanente Dual Complete، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى خروجك منها. سيحدث ذلك حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

هـ. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يجب فيها إنهاء 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. ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلًا للحصول على التغطية الشاملة لبرنامج Medi-Cal، فيمكنك الاستمرار مؤقتًا في خطتنا للحصول على مزايا Medicare. يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه بشأن فترة الاستمرار المؤقت. إذا لم تعد مؤهلًا للحصول على التغطية الشاملة لبرنامج Medi-Cal، فسوف نُخطرك كتابيًا بأن لديك فترة سماح مدتها أربعة أشهر لاستعادة أهليتك للحصول على التغطية الشاملة لبرنامج Medi-Cal قبل أن يُطلب منك مغادرة خطة Kaiser Permanente Dual Complete. قبل إنهاء تسجيلك في خطة Kaiser Permanente Dual Complete، سوف نتواصل معك لإعطائك الفرصة للتسجيل في إحدى خطط Medicare Advantage الأخرى التابعة لنا. قد تختلف المزايا والتكاليف النثرية في هذه الخطط عن تلك المتاحة في خطة Kaiser Permanente Dual Complete
- إذا خرجت من منطقة خدمتنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
  - إذا انتقلت إلى مكان آخر أو سافرت لفترة طويلة، فاتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي ستنتقل إليه أو تسافر إليه يقع ضمن منطقة خدمة خطتنا.
- إذا دخلت السجن أو منشأة إصلاحية بسبب ارتكاب جريمة.
- إذا قدمت معلومات كاذبة أو حجبت معلومات بشأن أي تأمين آخر لديك لتغطية الأدوية.
- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين المؤهلين.
  - يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين المؤهلين، حتى تكون عضوًا في خطتنا.
  - سوف تخطرنا مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضوًا على هذا الأساس.
  - يجب علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذا الشرط.

إذا فقدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal ، ولكن يُتوقع استعادة أهليتك خلال أربعة أشهر، فسنواصل تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete. عند انتهاء تغطيتك في برنامج Medi-Cal ، لن نتحمل تكاليف مزايا Medi-Cal لديك. ستتغير مشاركتك في التكلفة مقابل المزايا التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete، على النحو الموضح في مخطط المزايا الوارد في دليل الأعضاء هذا. قد تفقد أيضًا المساعدة الإضافية من بَرنامج Medicare لمساعدتك في دفع ثمن الأدوية بموجب الجزء D من بَرنامج Medicare.

إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal أثناء استمرار تسجيلك لدينا للحصول على تغطية Medicare، فسنستأنف تغطية تكاليف مزايا Medi-Cal، وستستمر عضويتك لدينا. إذا لم تتمكن من استعادة أهليتك للحصول على تغطية Medi-Cal خلال أربعة أشهر، فسننهي تسجيلك في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. إذا استعدت أهليتك للحصول على تغطية برنامج Medi-Cal بعد إنهاء تسجيلك، فسيتعين عليك الاتصال بنا لإعادة التسجيل في الخطة.

يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا للأسباب التالية فقط إذا حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أولاً:

- إذا قدمت لنا عمدًا معلومات غير صحيحة عند التسجيل في خطتنا، وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك للانضمام إلى خطتنا.
- إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة مزعجة وتجعل من الصعب علينا توفير الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة تعريف عضويتك (ID) للحصول على رعاية طبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المحقق العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب.)

و. القواعد التي تمنع مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بحالتك الصحية

لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك مغادرة خطتنا لأسباب تتعلق بحالتك الصحية، **فاتصل ببرنامج Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

ز. حقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فيجب أن نخبرك كتابيًا بأسباب إنهاء عضويتك. يجب علينا أيضًا أن نوضح لك كيفية تقديم تظلُّم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا مراجعة **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذالمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم شكوى.

ح. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. المصطلحات الأساسية وتعريفاتها مرتبة ترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء هذا.

الفصل 11: جدول المحتويات

أ. إشعار حول القوانين..... 250
ب. الإشعار الفيدرالي بشأن عدم التمييز 250
ج. إشعار عدم التمييز الخاص ببرنامج Medi-Cal..... 250
د. إشعار بشأن برنامج Medicare بصفته جهة الدفع الثانوية، وبرنامج Medi-Cal بصفته جهة الدفع الأخيرة..... 251
هـ. إشعار بشأن استرداد تكاليف Medi-Cal من التركة 251
و. إدارة دليل الأعضاء هذا 252
ز. الطلبات والبيانات..... 252
ح. التنازل 252
ط. أتعاب ومصاريف المحامين والمدافعين..... 252
ي. تنسيق المزايا 252
ك. مسؤولية صاحب العمل 252
ل. دليل الأعضاء الملزم للأعضاء..... 252
م. مسؤولية الوكالات الحكومية..... 252
ن . عدم مسؤولية العضو عن التكاليف..... 253
س. عدم وجود إعفاء..... 253
ع. الإشعارات..... 253
ف. استرداد المدفوعات الزائدة..... 253
ص. مسؤولية الطرف الثالث..... 253
ض. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية..... 254
ر. مزايا تعويضات العمال أو مسؤولية صاحب العمل..... 254
ب. تأجير الأرحام 254
ت. التحكيم الملزم..... 254

أ. إشعار حول القوانين

العديد من القوانين تنطبق على دليل الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين القوانين أو شرحها فيدليل الأعضاء هذا. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات حول برامج Medicare وMedi-Cal. وقد تسري أيضًا قوانين فيدرالية وقوانين ولاية أخرى.

ب. الإشعار الفيدرالي بشأن عدم التمييز

نحن لا نميز بسبب العرق، أو الأصل القومي أو اللون أو الديانة أو الجنس أو العمر 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. يجب على جميع المؤسسات التي تقدم خطط Medicare Advantage، مثل خطتنا، الالتزام بالقوانين الفيدرالية المناهضة للتمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون منع التمييز على أساس السن لعام 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والمادة 1557 من قانون الرعاية الميسرة التكلفة، وجميع القوانين الأخرى السارية على المؤسسات التي تتلقى تمويلًا فيدراليًا، وأي قوانين ولوائح أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد المزيد من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني hhs.gov/ocr/index.html لمزيد من المعلومات.

ج. إشعار عدم التمييز الخاص ببرنامج Medi-Cal

نحن لا نميز ضدك أو نعاملك بشكل مختلف بسبب عِرقك أو انتمائك العرقي أو أصلك القومي أو لون بشرتك أو دينك أو جنسك أو عمرك أو إعاقتك الذهنية أو الجسدية أو حالتك الصحية أو سجل مطالباتك التأمينية، أو تاريخك الطبي أو معلوماتك الجينية، أو ما يثبت قابليتك للتأمين أو موقعك الجغرافي ضمن 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:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، فاتصل:
- عبر الهاتف: اتصل بخدمات الأعضاء على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء أيام العطل الرسمية)
- عبر البريد: اتصل بخدمات الأعضاء واطلب إرسال نموذج إليك.
- شخصيًا: املأ نموذج الشكوى أو نموذج المطالبة/طلب المزايا في أحد مكاتب خدمات الأعضاء الموجودة في إحدى مرافق الخطة (انتقل إلى *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* أو kp.org/facilities للاطلاع على العناوين).
- عبر الإنترنت: استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني kp.org.
- ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في 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، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية، عن طريق الهاتف، أو كتابيًا، أو إلكترونيًا:

- هاتفيًا: اتصل على الرقم 916-440-7370. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيُرجى الاتصال على 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- كتابيًا: املأ نموذج الشكوى أو أرسل خطابًا 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

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونيًا: أرسل رسالة 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، فيمكن أن تساعدك خدمات الأعضاء في ذلك.

د. إشعار بشأن برنامج Medicare بصفته جهة الدفع الثانوية، وبرنامج Medi-Cal بصفته جهة الدفع الأخيرة

في بعض الأحيان، يجب على طرف آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة أو إذا تعرضت لإصابة في العمل، فيجب أن تدفع رسوم التأمين أو تعويض العمال أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل تكاليف خدمات Medicare المشمولة بالتغطية التي لا يكون فيها Medicare هو جهة الدفع الأولى.

نحن نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولايات المتعلقة بالمسؤولية القانونية للجهات الخارجية عن خدمات الرعاية الصحية للأعضاء. نتخذ جميع التدابير المعقولة لضمان أن Medi-Cal هو جهة الدفع الأخيرة،

يجب على أعضاء Medi-Cal الاستفادة من جميع التغطيات الصحية الأخرى (OHC) قبل الاستفادة من Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة ضمن تغطيتهم الصحية، لأن Medi-Cal هو جهة الدفع الأخيرة. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، يكون Medi-Cal هو جهة الدفع الثانوية بعد برنامج Medicare OHC، حيث يغطي التكاليف المسموح بها التي لا تغطيها خطتنا أو أي OHC أخرى، وذلك حتى الحد الأقصى لمعدل سداد Medi-Cal.

هـ. إشعار بشأن استرداد تكاليف Medi-Cal من التركة

يجب أن يسعى برنامج Medi-Cal للمطالبة باسترداد الأموال من تركة بعض أعضاء Medi-Cal المتوفين المُثبتة وذلك مقابل مزايا Medi-Cal التي تم تلقيها في أو بعد بُلوغهم سن55 عامًا. 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 تركة العضو المُثبتة.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني لاسترداد التركات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرابط **dhcs.ca.gov** أو الاتصال على الرقم 916-650-0590.

و. إدارة دليل الأعضاء هذا

يجوز لنا اعتماد سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة بهدف تعزيز الإدارة المنظمة والفعّالة لـ **دليل الأعضاء هذا**.

ز. الطلبات والبيانات

يجب عليك إكمال أي طلبات أو نماذج أو بيانات نطلبها في سياق عملنا المعتاد أو على النحو المحدد في **دليل الأعضاء هذا**.

ح. التنازل

لا يجوز لك التنازل عن **دليل الأعضاء هذا** أو عن أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالمبالغ المستحقة أو المزايا أو الالتزامات المنصوص عليها بموجبه، دون الحصول على موافقة كتابية مسبقة منا.

ط. أتعاب ومصاريف المحامين والمدافعين

في أي نزاع بين العضو والخطة الصحية أو المجموعة الطبية أو مستشفيات Kaiser Foundation، يتحمل كل طرف أتعابه ومصروفاته الخاصة، بما في ذلك أتعاب المحامين وأتعاب المدافعين والمصروفات الأخرى، ما لم ينص القانون على خلاف ذلك.

ي. تنسيق المزايا

إذا كان لديك تأمين آخر، فيُطلب منك استخدام تغطيتك التأمينية الأخرى إلى جانب التغطية التي تتمتع بها بصفتك عضوًا في خطة Kaiser Permanente Dual Complete، لتغطية تكاليف الرعاية التي تتلقاها. وهذا ما يسمى "تنسيق المزايا" لأنه يتضمن تنسيق جميع المزايا الصحية المتاحة لك. ستحصل على الرعاية المشمولة بالتغطية كالمعتاد من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة، بينما ستساهم التغطية التأمينية الأخرى التي لديك في سداد تكاليف الرعاية التي تتلقاها.

إذا كانت تغطيتك التأمينية الأخرى هي جهة الدفع الأولى، فعادةً ما ستقوم بسداد حصتها من التكاليف لنا مباشرةً، ولن يكون عليك اتخاذ أي إجراء. ومع ذلك، إذا تم إرسال الدفعة المستحقة لنا من قبل جهة دفع أساسية إليك مباشرةً، فأنت ملزم بموجب قانون Medicare بتقديم هذه الدفعة الأساسية إلينا. لمزيد من المعلومات حول الدفعات من جهة الدفع الأساسية في حالات مسؤولية الجهة الخارجية، راجع **القسم ق** في هذا الفصل، ولمزيد من المعلومات حول الدفعات من جهة الدفع الأساسية في حالات تعويضات إصابات العمل، راجع **القسم U** في هذا الفصل.

يجب عليك إبلاغنا إذا كان لديك تغطية صحية أخرى، وإخطارنا بأي تغييرات تطرأ على تغطيتك الإضافية.

ك. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة إلى أي خدمات يُلزم القانون صاحب العمل بتوفيرها، فلن ندفع لصاحب العمل، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من صاحب العمل.

ل. دليل الأعضاء الملزم للأعضاء

باختيارك التغطية أو قبولك للمزايا بموجب **دليل الأعضاء هذا**، يوافق جميع الأعضاء المؤهلين قانونًا للتعاقد، وكذلك الممثلون القانونيون لجميع الأعضاء غير المؤهلين قانونًا للتعاقد، على جميع أحكام **دليل الأعضاء هذا**.

م. مسؤولية الوكالات الحكومية

بالنسبة إلى أي خدمات يُلزم القانون بتقديمها فقط من خلال وكالة حكومية أو بتلقيها فقط من وكالة حكومية، فلن ندفع للوكالة الحكومية، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من الوكالة الحكومية.

ن . عدم مسؤولية العضو عن التكاليف

تنص عقودنا مع مقدمي الخدمات التابعين للشبكة على أنك لست مسؤولًا عن أي مبالغ ندين بها. ومع ذلك، فأنت مسؤول عن تكلفة الخدمات غير المشمولة بالتغطية التي تحصل عليها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو غير التابعين للشبكة.

س. عدم وجود إعفاء

لا يعتبر عدم تنفيذنا لأي بند من بنود **دليل الأعضاء هذا** إعفاءً عن هذا البند أو أي بند آخر، أو يخل بحقنا بعد ذلك في مطالبتك بالامتثال الصارم بأي بند.

ع. الإشعارات

سيتم إرسال إشعاراتنا إليك إلى أحدث عنوان مسجّل لدينا. أنت مسؤول عن إخطارنا بأي تغيير في عنوانك. إذا انتقلت إلى عنوان جديد، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مدوّنة على ظهر هذا الكتيب) وبإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (لمستخدمي TTY: 1-800-325-0778) في أقرب وقت ممكن للإبلاغ عن تغيير عنوانك.

ف. استرداد المدفوعات الزائدة

يجوز لنا استرداد أي مبالغ زائدة ندفعها مقابل الخدمات من أي شخص يتلقى هذه المبالغ الزائدة، أو من أي شخص أو جهة مُلزمة بدفع تكاليف هذه الخدمات.

ص. مسؤولية الطرف الثالث

عادةً ما يتعين على الطرف الثالث الذي تسبب في إصابتك أو مرضك (و/أو شركات التأمين التابعة له) أن يدفع أولاً قبل أن يتحمل Medicare أو خطتنا التكاليف. وبالتالي، يحق لنا المطالبة بهذه المدفوعات الأولية. إذا حصلت على حكم قضائي أو تسوية من طرف ثالث -أو نيابة عنه- يُزعم أنه تسبب في إصابة أو مرض استلزم حصولك على خدمات مشمولة بالتغطية، فأنت ملزم بضمان حصولنا على تعويض عن تلك الخدمات.

ملاحظة: لا يؤثر قسم "مسؤولية الطرف الثالث" المذكور أعلاه على التزامك بدفع حصة التكلفة الخاصة بهذه الخدمات.

بحسب ما يسمح به القانون أو يقتضيه، سنحل محلك في جميع المطالبات وإجراءات التقاضي والحقوق الأخرى التي قد تكون لك تجاه طرف ثالث أو شركة تأمين أو برنامج حكومي أو أي مصدر تغطية آخر، وذلك للحصول على تعويضات مالية أو استحقاقات أو تعويضات عن الأضرار الناجمة عن الإصابة أو المرض الذي يُزعم أن الطرف الثالث تسبب به. سيسري هذا الحق بالنيابة اعتبارًا من تاريخ إرسالنا أو تسليمنا إخطارًا كتابيًا إليك أو إلى محاميك بشأن ممارستنا لهذا الخيار.

ولضمان حقوقنا، سيكون لنا حق الحجز وحق الاسترداد على عائدات أي حكم قضائي أو تسوية تحصلون عليها أنتم أو نحصل عليها نحن ضد طرف ثالث، وتؤدي إلى الحصول على أي عائدات تسوية أو حكم قضائي، من أنواع التغطية الأخرى التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: المسؤولية المدنية، والسائقين غير المؤمن عليهم، والسائقين ذوي التغطية التأمينية الناقصة، والتغطية الشاملة الشخصية، وتعويضات إصابات العمل، والإصابات الشخصية، والمصروفات الطبية، وجميع أنواع التغطية الأخرى الخاصة بالطرف الأول. يجب أن تُخصص عائدات أي حكم قضائي أو تسوية تحصل عليها أنت أو نحن لتسديد حق الرهن الخاص بنا أولاً، بغض النظر عما إذا كنت قد حصلت على تعويض كامل أم لا، وبغض النظر عما إذا كان المبلغ الإجمالي للعائدات أقل من الخسائر والأضرار الفعلية التي تكبدتها. لسنا ملزمين بدفع أتعاب المحاماة أو التكاليف لأي محامٍ تقوم بتعيينه لمتابعة مطالبتك بالتعويض. إذا سددت لنا المبلغ دون الحاجة إلى اتخاذ إجراءات قانونية، فسوف نمنحك خصمًا على تكلفة المشتريات. وإذا اضطررنا إلى اتخاذ إجراءات قانونية للدفاع عن مصالحنا، فلن يكون هناك أي خصم على المشتريات. يجب عليك إرسال إخطار كتابي بالدعوى أو الإجراء القانوني في غضون 30 يومًا من تقديم أو رفع دعوى أو إجراء قانوني ضد طرف ثالث إلى:

The Rawlings Company
One Eden Parkway
P.O. Box 2000
LaGrange, KY 40031-2000
فاكس: 1-502-753-7064

لكي نتمكن من تحديد ما إذا كانت لنا أي حقوق، ولضمان استيفاء تلك الحقوق، يجب عليك استكمال جميع الموافقات، وإقرارات الإعفاء، والتفويضات، وعمليات التنازل، وغيرها من المستندات، بما في ذلك نماذج الرهن التي توجه محاميك والطرف الثالث وشركة التأمين على المسؤولية المدنية للطرف الثالث إلى الدفع لنا مباشرةً، وإرسالها إلينا. لا يجوز لك الإقرار بالتنازل عن حقوقنا المنصوص عليها في هذا البند أو إعفائها أو تقليصها دون موافقتنا الخطية المسبقة.

إذا رفع الورثة أو أحد الوالدين أو الوصي أو القائم على أملاكك دعوى ضد طرف ثالث بناءً على إصابتك أو مرضك، فإن الورثة أو أحد الوالدين أو الوصي أو القائم على أملاكك، وأي تسوية أو حكم قضائي يصدر لصالحهم، ستكون خاضعة لحقوق الامتياز وغيرها من الحقوق التي نتمتع بها بنفس القدر الذي كان سيكون عليه الحال لو كنت أنت من رفع الدعوى ضد الطرف الثالث. يجوز لنا منح حقوقنا في إنفاذ حقوق الامتياز وغيرها من الحقوق.

ض. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة لأي خدمات تتعلق بالشروط الناشئة عن الخدمة العسكرية التي يطلب القانون من وزارة شؤون المحاربين القدامى توفيرها، لن ندفع إلى وزارة شؤون المحاربين القدامى، وفي حالة تغطيتنا لأي خدمات من هذا القبيل، يجوز لنا استرداد قيمة الخدمات من وزارة شؤون المحاربين القدامى.

ر. مزايا تعويضات العمال أو 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 مؤهلًا للحصول على مدفوعات أو مزايا أخرى، بما في ذلك المبالغ التي تتلقاها بموجب تسوية (ويُشار إليها مجتمعةً باسم "المزايا المالية")، بموجب قوانين تعويضات العمال أو مسؤولية صاحب العمل. سنقدم خدمات مشمولة بالتغطية حتى لو لم يكن واضحًا ما إذا كان يحق لك الحصول على ميزة مالية، ولكن قد نقوم باسترداد قيمة أي خدمات مشمولة بالتغطية من المصادر التالية:

- من أي مصدر يقدم مزايا مالية أو يستحق منه مزايا مالية.
- منك، بالقدر الذي تكون فيه المزايا المالية مقدَّمة أو مستحقة لك، أو كان من المفترض تقديمها أو استحقاقها لك لو أنك سعيت بجدية لإثبات حقك في الحصول على المزايا المالية بموجب أي قانون من قوانين تعويضات العمال أو مسؤولية صاحب العمل.

ب. تأجير الأرحام

في الحالات التي تتلقى فيها العضوة تعويضًا ماليًا لاستئجار رحمها، ستسعى خطتنا إلى استرداد جميع رسوم الخطة للخدمات المشمولة بالتغطية 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 لشخص آخر أو لأشخاص آخرين يعتزمون تربية الطفل.

ت. التحكيم الملزم

ينطبق الوصف التالي للتحكيم الملزم على الأعضاء التاليين:

- جميع الأعضاء المسجلين في خطة Kaiser Permanente Medicare Advantage الفردية التي يبدأ سريانها قبل 1 يناير 2008؛
- وجميع الأعضاء المسجلين في خطة Kaiser Permanente Medicare Advantage الفردية، والتي يكون تاريخ سريانها في 1 يناير 2008 أو بعده، ولم يتقدموا صراحةً بطلب الانسحاب من عملية التحكيم الملزم خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ سريان التسجيل في الخطة.

بالنسبة لجميع المطالبات الخاضعة لقسم "التحكيم الملزم" هذا، يتنازل كل من المدعي والمدعى عليه عن الحق في اللجوء للتقاضي أمام هيئة محلفين أو محكمة ويقبلان استخدام التحكيم الملزم. بقدر ما ينطبق قسم "التحكيم الملزم" هذا على المطالبات المؤكدة من قبل أطراف Kaiser Permanente، فإنه يجب تطبيقه بأثر رجعي على جميع المطالبات التي لم يتم تسويتها والتي تراكمت قبل تاريخ سريان **دليل الأعضاء هذا**. 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 المطالبة عن، أو تتعلق بـ، انتهاك مزعوم لأي التزام ناشئ عن **دليل الأعضاء** هذا أو ملازم له أو متعلق به، أو عن علاقة أحد الأعضاء بشركة Kaiser Foundation Health Plan, Inc.، بما في ذلك أي مطالبة تتعلق بسوء الممارسة الطبية أو في المستشفى (أي مطالبة بأن الخدمات أو المستلزمات الطبية كانت غير ضرورية أو غير مصرح بها، أو تم تقديمها على نحو غير سليم أو بإهمال أو بعدم كفاءة)، أو بالمسؤولية عن المباني والمنشآت، أو تتعلق بتغطية الخدمات أو الأصناف أو تقديمها، بصرف النظر عن النظريات القانونية التي تستند إليها المطالبة.
- تُرفع المطالبة من طرف عضو واحد أو أكثر ضد طرف واحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente، أو من طرف واحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente ضد عضو واحد أو أكثر.
- لا يمنع القانون الحاكم استخدام التحكيم الملزم لحل المطالبات.

وبالتالي، يتنازل الأعضاء المسجلون بموجب **دليل الأعضاء هذا** عن حقهم في اللجوء للتقاضي أمام هيئة محلفين أو محكمة، ويقبلون بدلاً من ذلك استخدام التحكيم الملزم باستثناء أنواع المطالبات التالية التي لا تخضع للتحكيم الملزم:

- المطالبات الواقعة ضمن اختصاص محكمة المطالبات الصغيرة.
- المطالبات الخاضعة لإجراءات الاستئناف التابعة لبرنامج Medicare، حسبما ينطبق على أعضاء خطة Kaiser Permanente Dual Complete (راجع **الفصل 9** للاطلاع على معلومات الاستئناف التابعة لبرنامج Medicare).
- المطالبات 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 يدّعي أن التزامًا تجاهه ينشأ عن علاقة أحد الأعضاء بطرف واحد أو أكثر من أطراف Kaiser Permanente.

تتضمن "أطراف Kaiser Permanente":

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc
- Kaiser Foundation Hospitals.
- The Permanente Medical Group, Inc.
- Southern California Permanente Medical Group.
- The Permanente Federation, LLC.
- The Permanente Company, LLC.

- أي Southern California Permanente Medical Group أو طبيب تابع لـ Permanente Medical Group.
- أي فرد أو منظمة ينص عقدها المبرم مع أي من الجهات المحددة أعلاه على إخضاع المطالبات المقدمة من طرف عضو واحد أو أكثر للتحكيم.
- أي موظف أو وكيل لأي مما سبق.

يشير مصطلح "المدعي" إلى طرف عضو أو طرف تابع لمؤسسة Kaiser Permanente الذي يقدم مطالبة بالأحقية في التعويض كما هو موضح أعلاه، أما مصطلح "المدعى عليه" فيشير إلى طرف عضو أو طرف تابع لمؤسسة Kaiser Permanente الذي تُقدم مطالبة بالأحقية في التعويض ضده.

القواعد الإجرائية

تُجرى إجراءات التحكيم وفقًا **لقواعد تحكيم أعضاء Kaiser Permanente التي يشرف عليها مكتب المدير المستقل** ("القواعد الإجرائية")، والتي وضعها مكتب المدير المستقل بالتشاور مع Kaiser Permanente ومجلس الإشراف على التحكيم. يمكن الحصول على نسخ من القواعد الإجرائية من خدمات الأعضاء.

بدء التحكيم

يجب على المدعين 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 المدعين إدراج جميع المطالبات المرفوعة ضد المدعى عليهم التي تستند إلى نفس الواقعة أو المعاملة أو الظروف ذات الصلة في طلب التحكيم.

إرسال إخطار بطلب التحكيم

يجب إرسال إخطار بطلب التحكيم عبر البريد إلى Kaiser Foundation Health Plan, Inc. وKaiser Foundation Hospitals وKP Cal, LLC وThe Permanente Medical Group, Inc. وSouthern California Permanente Medical Group وThe Permanente Federation, LLC وThe Permanente Company, LLC موجه إلى ذلك المدعى عليه بعناية:

- **خطط South:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  قسم الشؤون القانونية، والمسؤولية المهنية والعامة
  373 E. Walnut Street
  Pasadena, CA 91188
- **خطط North:** Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  قسم الشؤون القانونية، والمسؤولية المهنية والعامة
  1 Kaiser Plaza, 19th Floor
  Oakland, CA 94612

تُعتبر عملية إرسال إخطارًا لهذا المدعى عليه مكتملة عند استلامه له. يجب إخطار جميع المدعى عليهم الآخرين بما في ذلك الأفراد وفقًا لما يقتضيه قانون الإجراءات المدنية بولاية California للدعوى المدنية.

رسوم رفع الدعوى

يتعين على المدعين دفع رسوم رفع الدعوى مرة واحدة غير قابلة للاسترداد قدرها 150$ عن كل إجراء تحكيم، وتُدفع إلى "حساب التحكيم"، بغض النظر عن عدد الدعاوى الواردة في طلب التحكيم أو عدد المدعين أو المدعى عليهم المذكورين في طلب التحكيم.

يجوز لأي مدعي يدّعي وجود ضائقة مالية شديدة أن يطلب من مكتب المدير المستقل الإعفاء من رسوم رفع الدعوى وأتعاب المحكّم المحايد ومصروفاته. يجب على المدعي الذي يسعى للحصول على مثل هذه الإعفاءات استيفاء نموذج الإعفاء من الرسوم وتقديمه إلى مكتب المدير المستقل وتقديمه في نفس الوقت إلى المدعى عليهم. يحدد نموذج الإعفاء من الرسوم معايير الإعفاء من الرسوم وهو متاح من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء.

عدد المحكمين

قد يؤثر عدد المحكمين على مسؤولية المدعين المتمثلة في دفع أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه (راجع القواعد الإجرائية).

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 محكميَّن للطرفين ومحكم محايد واحد. لن يتمتع المحكم المحايد بسلطة منح تعويضات مالية تزيد عن 200,000$.

إذا كان طلب التحكيم ينص على الحصول على تعويضات إجمالية تزيد عن 200,000$، فيجب النظر في النزاع والبت فيه من قبل محكم محايد واثنين من المحكمين، أحدهما يتم تعيينه بشكل مشترك من قبل جميع المدعين والآخر يتم تعيينه بشكل مشترك من قبل جميع المدعى عليهم. يجوز للأطراف الذين يحق لهم اختيار محكّم عن أحد الأطراف أن يتفقوا على التنازل عن هذا الحق. إذا وافق جميع الأطراف، تُنظر إجراءات التحكيم هذه أمام محكّم محايد واحد.

دفع أتعاب المحكّمين ومصروفاتهم

ستتكفل Kaiser Foundation Health Plan, Inc. بدفع أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه في ظل ظروف معينة على النحو المنصوص عليه في القواعد الإجرائية. في جميع عمليات التحكيم الأخرى، يدفع المدعون نصف أتعاب المحكم المحايد ومصاريفه والنصف الآخر يدفعه المدعى عليهم.

إذا اختار الطرفان محكّمين عن الطرفين، يكون المدعون مسؤولين عن سداد أتعاب ومصروفات المحكّم الذي اختاروه، ويكون المدعى عليهم مسؤولين عن سداد أتعاب ومصروفات المحكّم الذي اختاروه.

التكاليف

باستثناء الأتعاب والمصاريف المذكورة أعلاه التي يجب دفعها للمحكم المحايد، وباستثناء ما تنص عليه القوانين التي تنطبق على عمليات 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 المطالبة أو نتيجة التحكيم.

أحكام عامة

تُعدّ المطالبة متنازلًا عنها ويسقط الحق فيها نهائيًا إذا تحقق أيٌّ من الشروط التالية: (1) في تاريخ الإخطار بطلب التحكيم المتعلق بالمطالبة، كانت المطالبة، لو تم رفعها في دعوى مدنية، ستصبح غير مقبولة تجاه المدعى الذي تم تبليغه بسبب انقضاء مدة التقادم المطبقة، (2) لم يتابع المطالبون دعوى التحكيم وفقًا للنظام الداخلي بقدر معقول من العناية، أو (3) لم تبدأ جلسة التحكيم في غضون خمس سنوات بعد أقرب (أ) تاريخ تقديم طلب التحكيم وفقًا 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، فيجوز للمحكم المحايد المضي في الفصل في الخلاف في ظل غياب هذا الطرف.

يجب تطبيق قانون إصلاح نظام تعويضات الإصابات الطبية في California لعام 1975 (بما في ذلك أي تعديلات تطرأ عليه) - بما في ذلك الأقسام التي تنص على الحق في تقديم دليل على أي مدفوعات تأمين أو الاستحقاقات المنصوص عليها في حالة العجز للمريض، والقيود المفروضة على التعافي من الخسائر غير الاقتصادية، والحق في الحصول على مبلغ تعويضي عن الأضرار الآجلة المطابقة للمدفوعات الدورية - على أي مطالبات بالتعويض عن الإهمال المهني أو أي مطالبات أخرى حسبما يسمح به القانون أو يقتضيه.

يخضع التحكيم لقسم "التحكيم الملزم" هذا، **والقسم 2** من قانون التحكيم الفيدرالي، وأحكام قانون California للإجراءات المدنية المتعلقة بالتحكيم السارية وقت تطبيق القانون، جنبًا إلى جنب مع القواعد الإجرائية إلى الحد الذي لا يتعارض مع قسم "التحكيم الملزم" هذا. وفقًا للقاعدة التي تنطبق بموجب **القسمين 3 و4** من قانون التحكيم الفيدرالي، لا يجوز رفض الحق في التحكيم بموجب قسم "التحكيم الملزم" هذا أو تعليقه أو إعاقته بأي شكل آخر بسبب نشوء نزاع بين طرف عضو وطرف تابع لمؤسسة Kaiser Permanente يتضمن مطالبات قابلة للتحكيم وغير قابلة للتحكيم أو لأن طرفًا واحدًا أو أكثر في التحكيم يكون طرفًا أيضًا في دعوى قضائية معلقة مع جهة خارجية ناشئة عن نفس المعاملات أو ذات صلة بها وتطرح إمكانية وجود أحكام أو نتائج متضاربة.

الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الأساسية المستخدمة في دليل الأعضاء هذا، 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): الأمور التي يؤديها الأشخاص في يومهم العادي، مثل تناول الطعام، واستخدام المرحاض، وارتداء الملابس، والاستحمام، وتنظيف الأسنان بالفرشاة.

قاضي القانون الإداري: قاضي القانون الإداري (ALJ) هو قاضٍ ينظر في القضايا المتعلقة بالجهات الحكومية ويبت فيها. قاضٍ يراجع استئناءً من المستوى 3.

برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز (ADAP): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين الذين يعانون من HIV/AIDS في الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة.

البدل: مبلغ ائتماني محدد يمكنك استخدامه لتغطية تكلفة صنف أو خدمة. إذا تجاوزت تكلفة الصنف (الأصناف) أو الخدمة (الخدمات) التي تختارها البدل المخصص، فسوف تدفع المبلغ الذي يتجاوز قيمة البدل المخصّص، ولا يُحسب هذا المبلغ ضمن الحد الأقصى للتكاليف النثرية.

المركز الجراحي المتنقل: مرفق يُقدّم خدمات جراحية للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية في المستشفى، ولا يُتوقع أن يحتاجوا إلى رعاية لأكثر من 24 ساعة.

الاستئناف: طريقة يمكنك من خلالها الطعن في إجراءاتنا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار تغطية عن طريق تقديم استئناف. يوضح**الفصل 9** من دليل الأعضاء إجراءات الاستئناف، بما في ذلك كيفية تقديم استئناف.

الفوترة بالرصيد: ممارسة يجعل فيها مقدم الخدمة المريض يتحمل الفرق بين إجمالي المبلغ الذي صدرت به فواتير لمقدم الخدمة والمبلغ الذي دفعته الخطة الصحية للمريض.

الصحة السلوكية: تشير إلى سلامتنا العاطفية والنفسية والاجتماعية. بعبارات أبسط: تتعلق بكيفية تفكيرنا وشعورنا وتفاعلنا مع الآخرين. إنه مصطلح شامل يشير إلى خدمات اضطرابات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد المخدرة.

فترة المزايا: الطريقة التي تقيس بها كلٌّ من خطتنا وبرنامج Original Medicare استخدامك لخدمات مرافق التمريض المتخصصة (SNF). تبدأ فترة المزايا في اليوم الذي تدخل فيه مرفق التمريض المتخصص. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي رعاية متخصصة في SNF لمدة 60 يومًا متتاليًا. إذا دخلتَ مرفق تمريض متخصص بعد انتهاء فترة المزايا، ستبدأ فترة مزايا جديدة. لا يوجد حد أقصى لعدد فترات المزايا.

المنتجات البيولوجية:دواء مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. تعتبر المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك تسمى الأشكال البديلة بالبدائل الحيوية. (انظر أيضًا "المنتج البيولوجي الأصلي" و"البديل الحيوي").

البديل الحيوي: دواء بيولوجي مشابه بدرجة كبيرة، لكنه ليس مطابقًا للمنتج البيولوجي الأصلي. تعتبر البدائل الحيوية آمنة وفعالة مثل المنتج البيولوجي الأصلي. يمكن استبدال بعض البدائل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انتقل إلى "البديل الحيوي القابل للاستبدال").

الدواء ذو الاسم التجاري: دواء تُصنّعه وتبيعه الشركة التي قامت بتطويره وتصنيعه في الأصل. تحتوي الأدوية ذات الأسماء التجارية على المكونات نفسها الموجودة في الإصدارات الجنيسة من الأدوية. عادة ما يتم تصنيع الأدوية الجنيسة وبيعها بواسطة شركات أدوية أخرى ولا تكون متاحة بشكل عام حتى انتهاء براءة اختراع الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية.

منسق الرعاية: شخص رئيسي واحد يعمل معك ومع الخطة الصحية ومقدمي الخدمة للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية."

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد التخصصات."

مرحلة التغطية الكارثية: المرحلة في مزايا أدوية الجزء D من برنامج Medicare حيث تدفع خطتنا جميع تكاليف أدويتك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تنفق أنت (أو غيرك من الأطراف المؤهلة نيابة عنك) 2,400$ مقابل الأدوية التي يغطيها الجزء D من بَرنامج Medicare خلال العام.

مراكز خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medicaid (CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. الفصل 2 من دليل الأعضاء هذا يوضح كيفية التواصل مع CMS.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): برنامج خدمات للمرضى الخارجيين يُقدَّم في مرفق، ويشمل الرعاية التمريضية المتخصصة، والخدمات الاجتماعية، والعلاج الوظيفي وعلاج النطق، وخدمات الرعاية الشخصية، وتدريب ودعم أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية، وخدمات التغذية، وخدمات النقل، وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الشكوى: بيان شفهي أو كتابي يفيد بأن لديك مشكلة أو قلق بشأن خدماتك أو رعايتك المشمولة بالتغطية. يتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة رعايتك أو مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. المصطلح القانوني لعبارة "تقديم شكوى" هو "تقديم تظلم."

مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF): مرفق يقدّم بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض أو التعرّض لحادث أو الخضوع لعملية 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 تكلفة الخدمات أو الأدوية المحددة في كل مرة تحصل فيها عليها. على سبيل المثال، قد تدفع 2$ أو 5$ مقابل خدمة أو دواء.

مشاركة التكلفة: تشير مشاركة التكلفة إلى المبالغ التي يتعين على العضو دفعها عند الحصول على الخدمات أو الأدوية. (وذلك بالإضافة إلى القسط الشهري الذي تفرضه خطتنا.) تشمل مشاركة التكلفة أي مزيج من أنواع المدفوعات الثلاثة التالية: 1) أي مبلغ من مبالغ الخصم قد تفرضه الخطة قبل تغطية الخدمات أو الأدوية؛ 2) أي مبلغ ثابت للمشاركة في الدفع (الدفع المشترك) تطلب الخطة دفعه عند الحصول على خدمة أو دواء معين؛ 3) أي مبلغ للتأمين المشترك، وهو نسبة مئوية من إجمالي المبلغ المدفوع مقابل خدمة أو دواء، تطلب الخطة دفعها عند الحصول على خدمة أو دواء معين. **ملاحظة:** في بعض الحالات، قد لا تدفع جميع مبالغ مشاركة التكلفة المستحقة في وقت حصولك على الخدمات، وسنرسل إليك فاتورة لاحقًا بالمبلغ المستحق عليك من مشاركة التكلفة. على سبيل المثال، إذا تلقيت رعاية غير وقائية أثناء زيارة رعاية وقائية مجدولة، فقد نرسل إليك فاتورة لاحقًا بمبلغ تقاسم التكاليف المستحق عن الرعاية غير الوقائية. بالنسبة إلى الأصناف التي يتم طلبها مسبقًا، تدفع مبلغ مشاركة التكلفة الساري في تاريخ الطلب (على الرغم من أننا لن نغطي الصنف ما لم تظل مشمولًا بتغطيتنا في تاريخ استلامه)، وقد يُطلب منك دفع مبلغ مشاركة التكلفة عند طلب الصنف. بالنسبة لأدوية الوصفات الطبية الخاصة بالمرضى الخارجيين، يكون تاريخ الطلب هو التاريخ الذي تباشر فيه الصيدلية الطلب بعد تلقي جميع المعلومات التي يحتاجون إليها لتقديم الوصفة طبية.

مستوى مشاركة التكلفة: مجموعة من الأدوية التي لها نفس مبلغ الدفع المشترك. كل دواء مدرج في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (المعروفة أيضًا باسم قائمة الأدوية) يقع ضمن أحد مستويات مشاركة التكلفة الستة. بوجه عام، كلما ارتفع مستوى مشاركة التكلفة، زادت التكلفة التي تتحملها مقابل الدواء.

قرار التغطية: قرار بشأن المزايا التي نغطيها. يتضمن ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية. يوضح الفصل 9 من دليل الأعضاء هذا كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

الأدوية المشمولة بالتغطية: المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية الموصوفة والأدوية المتاحة دون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها خطتنا.

الخدمات المشمولة بالتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات الرعاية الصحية، والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، والمستلزمات، والأدوية الموصوفة طبيًا والأدوية المتاحة دون وصفة طبية، والمعدات، وغيرها من الخدمات التي تغطيها خطتنا.

تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا المؤهلة للاعتماد: تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا (على سبيل المثال، من جهة عمل أو نقابة) يُتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عن المبلغ الذي تدفعه تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا القياسية في برنامج Medicare. الأشخاص الذين لديهم هذا النوع من التغطية عند استحقاقهم لبرنامج Medicare يمكنهم عمومًا الاحتفاظ بهذه التغطية دون دفع غرامة إذا قرروا التسجيل لاحقًا في تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا ضمن برنامج Medicare.

الرعاية الوصائية: هي الرعاية الشخصية التي تُقدَّم في دار التمريض أو مأوى رعاية المحتضرين أو أي مرفق آخر، عندما لا تكون بحاجة إلى رعاية طبية متخصصة أو رعاية تمريضية متخصصة. تشمل الرعاية الوصائية التي يقدمها أشخاص لا يمتلكون مهارات أو تدريبًا مهنيًا متخصصًا، المساعدة في أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والنهوض من السرير أو الكرسي أو الجلوس فيهما، والتنقل، واستخدام المرحاض. وقد تشمل أيضًا أنواع الرعاية الصحية التي يقوم بها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا يغطي برنامج Medicare تكاليف الرعاية الوصائية.

تدريب الكفاءة الثقافية: تدريب يقدم تعليمًا إضافيًا لمقدمي خدمات الرعاية الصحية لدينا، يساعدهم على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بصورة أفضل، وتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS): إدارة الولاية في California التي تدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal).

إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California (DMHC): إدارة الولاية في California المسؤولة عن تنظيم معظم خطط الرعاية الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الاستئنافات والشكاوى بشأن 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 إدارة الأدوية (DMP): برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية بوصفة طبية وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر.

مستويات الأدوية: مجموعات من الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. تُعد الأدوية الجنيسة، أو الأدوية ذات الأسماء التجارية، أو الأدوية المتخصصة أمثلةً على مستويات الأدوية. كل دواء مدرج في قائمة الأدوية يوجد ضمن أحد المستويات الستة.

خطة الاحتياجات الخاصة لمزدوجي الأهلية (D-SNP): خطة صحية تُقدم خدماتها للأفراد المؤهلين للحصول على برنامجي Medicare وMedicaid. خطتنا هي D-SNP.

المعدات الطبية المعمّرة (DME): بعض الأصناف التي يطلبها طبيبك لاستخدامها في منزلك. ومن الأمثلة على هذه الأصناف الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالكهرباء، ولوازم مرضى السكري، وأسرّة 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 أعراضًا طبية تستدعي عناية طبية فورية لتجنب الوفاة، أو فقدان أحد أجزاء الجسم، أو فقدان وظيفة من وظائف الجسم أو حدوث قصور شديد فيها (وفي حالة المرأة الحامل، لتجنب فقدان الجنين). قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بشكل سريع.

رعاية الطوارئ: الخدمات المشمولة بالتغطية التي يقدمها مقدم خدمة مدرب على تقديم خدمات الطوارئ واللازمة لعلاج حالة طبية أو سلوكية طارئة.

حالة طبية طارئة: حالة طبية أو حالة تتعلق بالصحة العقلية تظهر في صورة أعراض حادة شديدة بما يكفي (بما في ذلك الألم الشديد)، بحيث يمكن لشخص عادي يتمتع بمعرفة متوسطة بالصحة والطب أن يتوقع بشكل معقول أن عدم تلقي الرعاية الطبية الفورية قد يؤدي إلى:

- خطر جسيم على صحة الفرد، أو في حالة المرأة الحامل، خطر جسيم على صحة المرأة أو جنينها؛
- أو عجز خطير في وظائف الجسم؛
- أو ضعف خطير في أي جهاز من أجهزة الجسم أو جزء منه

الاستثناء: إذن بالحصول على تغطية لدواء لا تتم تغطيته عادة أو استخدام الدواء بدون قواعد وقيود معينة.

الأدوية المستثناة: دواء لا يُعد من أدوية الجزء D المشمولة بالتغطية، وفقًا للتعريف الوارد في القسم 42 U.S.C. 1395w-102(e).

الخدمات المستثناة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

برنامج المساعدة الإضافية: هو أحد برامج Medicare التي تساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على خفض تكاليف أدوية الجزء D من Medicare، مثل الأقساط والمبالغ المخصومة ومبالغ الدفع المشترك. المساعدة الإضافية تسمى أيضًا "إعانة الدخل المنخفض أو "LIS".

الدواء الجنيس: دواء معتمد من FDA لاستخدامه بدلًا من الدواء ذي العلامة التجارية. يحتوي الدواء الجنيس على نفس مكونات الدواء ذي العلامة التجارية. عادةً ما يكون سعره أقل، ويؤدي الغرض نفسه بكفاءة مماثلة للدواء ذي العلامة التجارية.

التظلّم: شكوى تقدمها لنا أو بشأن أحد مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. يتضمن ذلك شكوى حول جودة رعايتك أو جودة الخدمة التي تقدمها خطتك الصحية.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يقدم معلومات واستشارات مجانية وموضوعية بشأن برنامج Medicare. **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا يوضح كيفية التواصل مع HICAP.

الخطة الصحية: مؤسسة مكونة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الخدمات طويلة الأجل ومقدمي الخدمات الآخرين. كما يضم أيضًا منسقي رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي خدمات الرعاية الصحية والخدمات التي تتلقاها. ويعمل الجميع معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الصحية الحالية. يُستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

المساعد الصحي المنزلي: شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرضة أو معالج مرخص، مثل المساعدة في العناية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام المرحاض أو ارتداء الملابس أو أداء التمارين الموصوفة). لا يحمل مساعدو الرعاية الصحية المنزلية ترخيصًا للتمريض ولا يقدمون العلاج.

رعاية المحتضرين: برنامج للرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص المشخص إصابتهم بمرض عضال على العيش بشكل مريح. يعني تشخيص الإصابة بمرض عضال أن الشخص قد تم اعتماد حالته طبيًا على أنه مصاب بمرض عضال، أي أن متوسط العمر المتوقع له ستة أشهر أو أقل.

- يحق للمشترك المصاب بمرض عضال اختيار تلقي خدمات رعاية المحتضرين.
- يقدم فريق متخصص من الاختصاصيين ومقدمي الرعاية المدربين تدريبًا خاصًا رعاية متكاملة للمريض، تلبي احتياجاته الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- يُطلب منا تزويدك بقائمة بمقدمي خدمات رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية.

الفوترة غير السليمة/غير الملائمة: حالة يقوم فيها مقدم الخدمة (مثل طبيب أو مستشفى) بإصدار فواتير لك أكثر من مبلغ مشاركة التكلفة المقرر مقابل الخدمات. اتصل بخدمات الأعضاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

بصفتك عضوًا في الخطة، لا تدفع سوى مبالغ مشاركة التكلفة المحددة من قِبل خطتنا عند حصولك على الخدمات التي تغطيها الخطة. لا **نسمح** لمقدمي الخدمة بإصدار فواتير لك بأكثر من هذا المبلغ.

خدمات الدعم في المنزل (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في الدفع لمقدمي الرعاية المسجلين مقابل الخدمات التي تحصل عليها حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. تعد IHSS بديلاً عن الرعاية خارج المنزل، مثل دور التمريض أو مرافق الإقامة والرعاية. لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن الموافقة عليها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن السماح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل العناية بالأمعاء 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 أو علاج طبي، فيمكنك تقديم استئناف. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات وأدوية DME، فيمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California الحصول على IMR. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل خبراء ليسوا جزءًا من خطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيجب أن نقدم لك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. أنت لا تدفع أي تكاليف مقابل IMR.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): هي منظمة مستقلة وظفتها Medicare لمراجعة الاستئناف 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 تحدد الخدمات التي ستحصل عليها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.

مرحلة التغطية الأولية: المرحلة التي تسبق وصول إجمالي نفقاتك على أدوية الجزء D من Medicare إلى **$2,400**. وهذا يشمل المبالغ التي دفعتها، وما دفعته خطتنا نيابة عنك، وإعانة الدخل المنخفض. **تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.** خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويتك، وأنت تدفع حصتك.

المريض الداخلي: مصطلح يُستخدم عندما يتم إدخالك رسميًا إلى المستشفى لتلقي خدمات طبية ماهرة. إذا لم يتم إدخالك رسميًا إلى المستشفى، فقد تظل تُعد مريضًا خارجيًا بدلًا من مريض داخلي، حتى إذا قضيت الليل في المستشفى.

خطة الاحتياجات الخاصة المزدوجة (D-SNP) المتكاملة: خطة احتياجات خاصة للمؤهلين المزدوجين تغطي خدمات Medicare ومعظم خدمات Medicaid أو جميعها تقريبًا ضمن خطة صحية واحدة أو خطط صحية تابعة لها، لفئات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من برنامجي Medicare وMedicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد بالأفراد المؤهلين بشكل مزدوج للحصول على المزايا الكاملة.

البديل الحيوي القابل للتبديل: بديل حيوي يمكن للصيدلية استبداله دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، لأنه يستوفي متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقوانين الولاية.

فريق الرعاية متعدد التخصصات (ICT أو فريق الرعاية): قد يضم فريق الرعاية أطباء وممرضين ومستشارين وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يعملون على مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. يساعدك فريق رعايتك أيضًا في وضع خطة رعاية.

خطة Kaiser Foundation الصحية (الخطة الصحية): شركة Kaiser Foundation Health Plan, Inc. في منطقتي شمال وجنوب California، وهي مؤسسة غير ربحية ومنظمة تقدم خطط Medicare Advantage. في *دليل الأعضاء* هذا، يُشار أحيانًا إلى الخطة الصحية بصيغة "نحن" أو "إيانا".

مستشفى Kaiser Foundation: مستشفى تابع للشبكة تملكه وتديره مستشفيات Kaiser Foundation.

Kaiser Permanente: خطة صحية ومجموعة طبية ومستشفيات Kaiser Foundation Hospitals.

منطقة Kaiser Permanente (المنطقة): منظمةKaiser Foundation Health Plan التي تدير برنامجًا للرعاية الصحية يقدم خدمات مباشرة. عندما تكون خارج منطقة خدمتنا، يمكنك الحصول على الرعاية الصحية الضرورية طبيًا والرعاية المستمرة للحالات المزمنة من مقدّمي خدمات مُحددين ضمن منطقة خدمة أخرى تابعة لـ Kaiser Permanente. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 3، القسم د4**.

قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية الموصوفة طبيًا والأدوية المتاحة دون وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. نختار الأدوية الموجودة في هذه القائمة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. تخبرك قائمة الأدوية أيضًا بالقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على أدويتك. تُسمى قائمة الأدوية أحيانًا باسم "لائحة الأدوية."

الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS): تساعد الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل على تحسين حالة طبية طويلة الأجل. تساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في منزلك حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى مرفق تمريض أو مستشفى. تشمل خدمات LTSS التي تغطيها خطتنا خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، والمعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية النهارية للبالغين، ومرافق التمريض (NF)، والدعم المجتمعي. برامج الإعفاء IHSS و1915 (c) هي LTSS من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.

إعانة ذوي الدخل المنخفض (LIS): راجع "المساعدة الإضافية".

برنامج طلب الأدوية عبر البريد: قد توفر بعض الخطط برنامجًا لطلب الأدوية عبر البريد، يتيح لك الحصول على إمدادات من الأدوية التي تغطيها الخطة تكفي لمدة تصل إلى ثلاثة أشهر، وإرسالها مباشرةً إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة وملائمة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

Medicaid (أو المساعدة الطبية): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية، ويساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية. برنامج Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في ولاية California.

المجموعة الطبية: هي شبكة مقدمي الخدمات الطبية التي تتعاقد معها خطتنا لتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية لك. أسماء مجموعاتنا الطبية هي The Permanente Medical Group, Inc.، وهي شركة مهنية هادفة للربح، وSouthern California Permanente Medical Group، وهي شراكة مهنية هادفة للربح.

Medi-Cal: هذاهو اسم برنامج Medicaid في ولاية California. يُدار برنامج Medi-Cal من قِبل حكومة الولاية، ويُموَّل من قِبل حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

- يساعد Medi-Cal الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في دفع تكاليف الخدمات ووسائل الدعم 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.

خطط Medi-Cal: الخطط التي تغطي مزايا Medi-Cal فقط، مثل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، والمعدات الطبية، والنقل. مزايا برنامج Medicare منفصلة.

ضروري طبيًا: يُقصد بهذا المصطلح الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية، أو تشخيصها، أو علاجها، أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويشمل ذلك الرعاية التي تساعد على تجنب دخولك إلى المستشفى أو إلى مرفق التمريض. يعني ذلك أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية.

Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن لديهم إعاقات معينة، والأشخاص المصابين بمرض الكلى في المرحلة النهائية (أي عمومًا الأشخاص الذين يعانون من فشل كلوي دائم ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو زراعة الكلى). يمكن للأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية الخاصة بهم من خلال برنامج Original Medicare أو خطة رعاية مُدارة (راجع "خطة الرعاية الصحية").

Medicare Advantage: هو برنامج من Medicare، المعروف أيضًا باسم الجزء C من برنامج Medicare أو "MA"، والذي يقدم خطط MA من خلال الشركات الخاصة. يدفع Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

مجلس استئناف Medicare (المجلس): مجلس يراجع الاستئناف من المستوى الرابع. يعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

الخدمات المشمولة بتغطية برنامج 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 للوقاية من مرض السكري (MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوكيات الصحية، يوفّر تدريبًا على إجراء تغييرات غذائية طويلة الأمد، وزيادة النشاط البدني، ووضع استراتيجيات للتغلب على التحديات التي تحول دون الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

المسجل في برنامج Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية كلٍّ من برنامجي Medicare وMedicaid. يُطلق أيضًا على المسجل في برنامج Medicare-Medicaid "الفرد المؤهل بشكل مزدوج".

الجزء A من برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات المستشفى الضرورية طبيًا، والرعاية في مرافق التمريض المتخصصة، والرعاية الصحية المنزلية، ورعاية المحتضرين.

الجزء B من برنامج Medicare: بَرنامج 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.

الجزء C من برنامج Medicare: بَرنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA" الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا بَرنامج Medicare من خلال خطة MA.

الجزء D من برنامج Medicare: برنامج مزايا الأدوية في Medicare. نسمي هذا البرنامج "الجزء D" اختصارًا. يغطي الجزء D من بَرنامج Medicare الأدوية للمرضى الخارجيين واللقاحات وبعض المستلزمات التي لا يغطيها الجزء A من بَرنامج Medicare أو الجزء B من بَرنامج Medicare أو Medicaid. تتضمن خطتنا الجزء D من بَرنامج Medicare.

أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare: الأدوية المشمولة بالتغطية بموجب الجزء D من برنامج Medicare ويستبعد الكونجرس فئات معينة من الأدوية تحديدًا من التغطية بموجب الجزء D من Medicare. وقد يغطي برنامج Medicare بعض هذه الأدوية.

إدارة العلاج الدوائي (MTM): برنامج تابع للجزء D من Medicare، يُقدَّم للأشخاص ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة الذين يستوفون متطلبات معينة أو المسجلين في برنامج لإدارة الأدوية. تتضمن خدمات MTM عادةً مناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات.

خطة Medi-Medi: خطة Medi-Medi هي نوع من خطط Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم كل من بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، وتجمع بين مزايا بَرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المشمولة بالتغطية من Medicare وMedi-Cal.

العضو (عضو في خطتنا أو عضو الخطة): شخص مشترك في برنامجي Medicare وMedi-Cal، ويستوفي شروط الحصول على الخدمات المشمولة، وقد سجّل في خطتنا، وتم تأكيد تسجيله من قِبل مراكز خدمات Medicare و(CMS) Medicaid والولاية.

دليل الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذا المستند، إلى جانب نموذج التسجيل وأي مرفقات أخرى، يوضح تغطيتك، وما يتعين علينا القيام به، وحقوقك، وما يتعين عليك القيام به بصفتك عضوًا في خطتنا.

خدمات الأعضاء: قسم في خطتنا مسؤول عن الإجابة على أسئلتك حول العضوية والمزايا والتظلمات والاستئنافات. راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات بشأن خدمات الأعضاء.

الصيدلية التابعة للشبكة: هي صيدلية (متجر أدوية) توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. نطلق عليها "الصيدليات التابعة للشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في معظم الحالات، نغطي تكاليف وصفاتك الطبية فقط عند صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

طبيب تابع للشبكة: أي طبيب مرخص شريك في المجموعة الطبية أو موظف فيها، أو أي طبيب مرخص يتعاقد لتقديم الخدمات للأعضاء (ولكن لا يشمل ذلك الأطباء الذين لا يتعاقدون إلا لتقديم خدمات الإحالة).

مقدم الخدمة التابع للشبكة هم مقدمو الخدمات الذين يتعاملون مع خطتنا. يوافق مقدمو الخدمات هؤلاء على قبول دفعنا كدفعة كاملة. "مقدم الخدمة" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والممرضات 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 الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- نطلق عليهم "مقدمي خدمات تابعين للشبكة" 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 التابعين للشبكة للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية. يُطلق على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أيضًا اسم "مقدمي الخدمات التابعين للخطة".

مرفق أو دار التمريض: مرفق يقدّم الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون تلقي الرعاية في المنزل، ولكنهم لا يحتاجون إلى الإقامة في المستشفى.

مكتب أمين المظالم: هو مكتب في ولايتك يعمل كمدافع نيابة عنك. يمكنهم الإجابة عن 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 دليل الأعضاء هذا.

تحديد المنظمة: تصدر خطتنا قرار المنظمة عندما نتخذ نحن أو أحد مقدمي خدماتنا قرارًا بشأن ما إذا كانت الخدمات مشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. يُطلق على تحديدات المنظمة لفظ "قرارات التغطية." يوضح **الفصل 9** من دليل الأعضاء هذا قرارات التغطية.

المنتج البيولوجي الأصلي:منتج بيولوجي حاصل على موافقة FDA ويُستخدم كمنتج مرجعي للمصنّعين الذين يُنتجون نسخة من البديل الحيوي. ويسمى أيضًا المنتج المرجعي.

برنامج Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو Medicare بنظام الدفع مقابل الخدمة): تقدّم الحكومة برنامج Original Medicare. بموجب برنامج Original Medicare، تُغطى الخدمات من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين التي يقرها الكونجرس.

- يمكنك الاستعانة بخدمات أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. يتكوّن برنامج Original Medicare من جزأين: الجزء A من Medicare (تأمين المستشفى) والجزء A من Medicare (التأمين الطبي).
- يتوفر برنامج Original Medicare في كل مكان في الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا ترغب في الاشتراك في خطتنا، فيمكنك اختيار برنامج Original Medicare.

الصيدلية غير التابعة للشبكة: صيدلية لم توافق على العمل مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تطبق شروط معينة.

مقدم الخدمة غير التابع للشبكة أو المرفق غير التابع للشبكة: مقدم خدمة أو مرفق لا يعمل لدى خطتنا، ولا تملكه أو تديره خطتنا، ولا تربطه بها علاقة تعاقدية لتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. يوضح **الفصل 3** من دليل الأعضاء هذا مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة أو المرافق غير التابعة للشبكة.

التكاليف النثرية: يُسمّى أيضًا الالتزام بمشاركة التكاليف، الذي يقتضي من الأعضاء دفع جزء من تكاليف الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها، الالتزام بالتكلفة "النثرية". راجع تعريف "مشاركة التكلفة" أعلاه.

الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (OTC): الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية هي الأدوية أو العقاقير التي يمكن للشخص شراؤها دون وصفة طبية من أحد اختصاصيي الرعاية الصحية.

الجزء A: يشير إلى "الجزء A من برنامج Medicare"

الجزء B: يشير إلى "الجزء B من برنامج Medicare"

الجزء C: يشير إلى "الجزء C من برنامج Medicare"

الجزء D: يشير إلى "الجزء D من برنامج Medicare."

أدوية الجزء D: تشير إلى "أدوية الجزء D من برنامج Medicare."

المعلومات الصحية الشخصية (وتُسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن حالتك الصحية، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزياراتك للطبيب وتاريخك الطبي. راجع إشعار ممارسات الخصوصية لمزيد من المعلومات حول كيفية حمايتنا PHI واستخدامها والإفصاح عنها، وكذلك حقوقك المتعلقة بها.

رسوم الخطة: يُقصد برسوم الخطة ما يلي:

- بالنسبة إلى الخدمات التي تقدمها المجموعة الطبية أو مستشفيات Kaiser Foundation، فهي الرسوم الواردة في جدول رسوم الخطة الصحية الخاص برسوم المجموعة الطبية ومستشفيات Kaiser Foundation مقابل الخدمات المقدمة إلى الأعضاء.
- بالنسبة إلى الخدمات التي يُعوَّض عنها مقدم الخدمة (بخلاف المجموعة الطبية أو مستشفيات Kaiser Foundation) على أساس الدفع بنظام التكليف، فهي الرسوم الواردة في جدول الرسوم الذي تتفاوض عليه Kaiser Permanente مع مقدم الخدمة الذي يتقاضى أجره بنظام التكليف.
- بالنسبة إلى الأصناف التي يتم الحصول عليها من صيدلية مملوكة ومدارة من قِبل Kaiser Permanente، المبلغ الذي كانت الصيدلية ستتقاضاه من العضو مقابل الصنف إذا لم تكن خطة مزايا العضو تغطيه (ويمثل هذا المبلغ تقديرًا لتكلفة شراء الأدوية وتخزينها وصرفها، والتكاليف المباشرة وغير المباشرة لتقديم خدمات الصيدلية التابعة لـKaiser Permanente للأعضاء، ومساهمة برنامج الصيدلية في متطلبات صافي الإيرادات للخطة الصحية).
- بالنسبة إلى جميع الخدمات الأخرى، المدفوعات التي تسددها Kaiser Permanente مقابل الخدمات، أو إذا كانت Kaiser Permanente تخصم مبالغ مشاركة التكاليف من مدفوعاتها، فالمبلغ الذي كانت Kaiser Permanente ستدفعه لو لم تخصم مبالغ مشاركة التكاليف.

رعاية ما بعد استقرار الحالة: الخدمات الضرورية طبيًا والمرتبطة بحالتك الطبية الطارئة، والتي تتلقاها بعد أن يحدد طبيبك المعالج أن حالتك قد استقرت سريريًا. تُعتبر حالتك مستقرة سريريًا عندما يرى طبيبك المعالج، في حدود الاحتمال الطبي المعقول ووفقًا للمعايير الطبية المعترف بها، أنه من الآمن خروجك من المستشفى أو نقلك، وأنه من غير المتوقع أن تتفاقم حالتك أثناء الخروج أو النقل أو نتيجة لهما.

الخدمات الوقائية: الرعاية الصحية للوقاية من المرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة، عندما يُرجح أن يكون العلاج أكثر فعالية (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية فحوصات عنق الرحم، ولقاحات الإنفلونزا، وفحص تصوير الثدي الشعاعي).

مقدم الرعاية الأولية (PCP): الطبيب أو مقدم الخدمة الآخر الذي تستعين به أولًا لعلاج معظم مشكلاتك الصحية. يتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للحفاظ على صحتك.

- يمكنه أيضًا التحدث مع الأطباء الآخرين ومقدمي الرعاية الصحية حول رعايتك وإحالتك إليهم.
- في العديد من خطط Medicare الصحية، يجب عليك الاستعانة بمقدم الرعاية الأولية قبل الاستعانة بأي مقدم رعاية صحية آخر.
- راجع **الفصل 3** من دليل الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن تلقي الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية.

الإذن المسبق (PA): موافقة يجب أن تحصل عليها منا قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو الاستعانة بمقدم خدمة غير تابع للشبكة. قد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة أولاً.

تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية المقدمة ضمن الشبكة فقط إذا حصل طبيبك أو مقدم الخدمة التابع للشبكة على PA منا.

- الخدمات المشمولة بالتغطية التي تتطلب PA من خطتنا مُشار إليها في **الفصل 4** من دليل الأعضاء.

تغطي خطتنا بعض الأدوية فقط إذا حصلت على PA منا.

- الأدوية المشمولة بالتغطية التي تتطلب PA من خطتنا مُشار إليها في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية، كما أن القواعد ذات الصلة منشورة على موقعنا الإلكتروني.

برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE): برنامج يغطي مزايا Medicare وMedicaid معًا للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا أو أكبر والذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش في المنزل.

الأجهزة التعويضية والتقويمية: الأجهزة الطبية التي طلبها طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والرقبة ؛ الأطراف والعيون الاصطناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية من الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والحقن.

مقدمو الخدمات هم الأطباء والممرضون وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية والمرخّص لهم من قِبل الولاية. يشمل مقدمو الخدمات أيضًا المستشفيات، ووكالات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وبعض LTSS.

منظمة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشمولين ببرنامج Medicare. تدفع الحكومة الفيدرالية لـ QIO مقابل مراجعة الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. راجع **الفصل 2** من دليل الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن QIO.

حدود الكمية: الحد المفروض على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد نحد من كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية.

أداة البحث المباشر عن المزايا: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وحديثة ومناسبة سريريًا عن الأدوية والمزايا المشمولة بالتغطية الخاصة بكل مسجل. وهذا يشمل مبالغ مشاركة التكلفة، والأدوية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية كدواء معين، وقيود التغطية (إذن مسبق، علاج مرحلي، حدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة: الإحالة هي موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على الاستعانة بمقدم خدمة آخر بخلاف PCP المتابع لحالتك. إذا لم تحصل على الموافقة أولاً، فقد لا نغطي الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة للاستعانة باختصاصيين معينين، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات بخصوص الإحالات في **الفصلين 3 و4** من دليل الأعضاء.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تتلقاه لمساعدتك على التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. تشمل هذه الخدمات رعاية إعادة التأهيل للمرضى الداخليين، والعلاج الطبيعي (للمرضى الخارجيين)، وعلاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي. راجع **الفصل 4** من دليل الأعضاء هذا لمعرفة المزيد عن 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 إلى الخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها، فهي عمومًا المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). لا يمكن التسجيل في خطتنا إلا للأشخاص الذين يقيمون في منطقة خدمتنا.

منطقة الخدمة موضحة في **الفصل 1** لأغراض مشاركة التكاليف والتسجيل وإلغاء التسجيل. لأغراض الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، تتلقى الرعاية من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة في أي مكان داخل منطقة خدمتك (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات).

الخدمات: خدمات الرعاية الصحية أو مستلزماتها أو أصنافها.

حصة التكلفة: جزء من تكاليف الرعاية الصحية قد يتعين عليك دفعه كل شهر قبل بدء سريان مزايا التغطية الخاصة بك. يختلف مقدار حصتك من التكلفة حسب دخلك ومواردك.

مرفق التمريض الماهر (SNF): مرفق تمريض مزود بالكوادر والمعدات اللازمة لتقديم رعاية تمريضية ماهرة، وفي معظم الحالات خدمات إعادة تأهيل ماهرة وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

الرعاية في مرفق التمريض الماهر (SNF): الرعاية التمريضية الماهرة وخدمات إعادة التأهيل المقدمة بشكل مستمر ويومي في مرفق التمريض الماهر. تشمل أمثلة الرعاية في مرفق التمريض الماهر العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي (IV) التي يمكن لممرض مسجل أو طبيب إعطاؤها.

فترة التسجيل الخاصة: فترة زمنية محددة يمكن خلالها للأعضاء تغيير خطتهم الصحية أو خطة الأدوية الخاصة بهم، أو العودة إلى برنامج Original Medicare. تشمل الحالات التي قد تكون مؤهلًا فيها لفترة تسجيل خاصة ما يلي: إذا انتقلت إلى مكان خارج منطقة الخدمة، أو إذا كنت تحصل على مساعدة إضافية لتكاليف الأدوية الموصوفة لك، أو إذا انتقلت إلى دار تمريض، أو إذا انتهكنا عقدنا معك.

الاختصاصي: طبيب يعالج أنواع معينة من مشكلات الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يعالج جرّاح العظام كسور العظام؛ ويعالج اختصاصي الحساسية حالات الحساسية؛ ويعالج طبيب القلب مشكلات القلب. في معظم الحالات، سيحتاج العضو إلى إحالة من PCP المتابع لحالته حتى يذهب إلى اختصاصي.

الصيدلية المتخصصة: راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات المتخصصة.

الأدوية المتخصصة: أدوية مرتفعة التكلفة جدًا ومعتمدة من FDA ومدرجة في لائحة الأدوية لدينا.

جلسة استماع بالولاية: إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر خدمة من خدمات برنامج Medi-Cal لن نوافق عليها، أو إذا قررنا عدم الاستمرار في دفع تكاليف خدمة من خدمات برنامج Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، فيمكنك طلب جلسة استماع بالولاية. إذا تم اتخاذ قرار بشأن جلسة الاستماع لصالحك، فيجب أن نقدم لك الخدمة التي طلبتها.

دخل الضمان التكميلي (SSI): ميزة شهرية تدفعها إدارة الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين لديهم إعاقة أو المكفوفين أو الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكبر. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل: الرعاية التي تتلقاها بسبب مرض أو إصابة أو حالة صحية غير متوقعة لا تُعد حالة طارئة، ولكنها تتطلب الرعاية فورًا. يمكنك الحصول على الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عندما يتعذر عليك الوصول إلى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة لأنه، بالنظر إلى الوقت أو المكان أو الظروف، لا يكون من الممكن أو من المعقول الحصول على الخدمات منهم (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية طبيًا لحالة صحية غير متوقعة، لكنها لا تُعد حالة طارئة).

الاتصال الهاتفي	1-800-443-0815 إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. يتوفر لدى خدمات الأعضاء أيضًا خدمات الترجمة الفورية مجانًا لغير متحدثي اللغة الإنجليزية.
TTY	711 إن الاتصالات بهذا الرقم مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
المراسلة	مكتب خدمات الأعضاء لديك (راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المواقع).
الموقع الإلكتروني	kp.org

بيان الإفصاح عن قانون خفض الأعمال الورقية *(PRA)* بمقتضى قانون خفض الأعمال الورقية لعام *1995*، لا يُلزم أي شخص بالرد على جمع المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم صالح صادر عن مكتب شؤون الميزانية والتنظيم *(OMB)*. رقم التحكم الصادر عن مكتب الإدارة والموازنة *(OMB)* الصالح لجمع هذه المعلومات هو *0938-1444*. إذا كانت لديك أي تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى: *CMS, 7500 Security Boulevard*، عناية: مسؤول تخليص تقارير *PRA، Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850*

إشعار عدم التمييز

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

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

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

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية في الوقت المناسب:

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

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

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

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

كيفية تقديم تظلُّم إلى Kaiser Permanente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- **عبر الهاتف:** اتصل بالرقم **1-800-368-1019** (**711** TTY أو **1-800-537-7697**)
- **عن طريق البريد:** املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالةً إلى:

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

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

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