ملخص المزايا لعام 2027

Kaiser Permanente Dual Complete South P1 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P6 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P7 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P9 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P10 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete South P11 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P2 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P16 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P17 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P18 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P19 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P20 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P21 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P22 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P23 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P24 (HMO D-SNP)

Kaiser Permanente Dual Complete North P25 (HMO D-SNP)

KAISER PERMANENTE®

H8794_27SBSNPAR_M
4383476027_CA-SNP_AR

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (711 TTY)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

مقدمة

هذه الوثيقة عبارة عن ملخص موجز للمزايا والخدمات التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete. وتتضمن إجابات عن الأسئلة المتداولة، ومعلومات الاتصال المهمة، ونظرة عامة على المزايا والخدمات المقدمة، ومعلومات بشأن حقوقك كعضو في خطة Kaiser Permanente Dual Complete. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء (Member Handbook)*.

جدول المحتويات

A. إخلاء المسؤولية 3

B. الأسئلة المتداولة 10

C. قائمة الخدمات المشمولة بالتغطية 18

D. المزايا المغطاة خارج نطاق Kaiser Permanente Dual Complete 35

E. الخدمات التي لا تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete وMedicare وMedi-Cal 36

F. حقوقك بصفتك عضوًا في الخطة 39

G. كيفية تقديم شكوى أو طعن على خدمة مرفوضة أو متأخرة أو معدلة 41

H. ماذا تفعل إذا كنت تشك في تعرضك للاحتيال؟ 47

A. إخلاء المسؤولية

هذا ملخص للخدمات الصحية التي تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete لعام 2027. يتضمن **ملخص المزايا** هذا الخطط التالية:

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

عند قيامك بالتسجيل في إحدى الخطط الواردة أعلاه، ستتمكن من الانضمام إلى Kaiser Permanente للاستفادة من تغطية برنامج Medi-Cal للرعاية المدارة.

هذا مجرد ملخص. يُرجى قراءة *دليل الأعضاء* للاطلاع على قائمة المزايا الكاملة. لمعرفة التفاصيل، راجع *دليل الأعضاء* المتوفر على موقعنا الإلكتروني على kp.org/eocncal أو kp.org/eocscal أو اطلب نسخة من "خدمات الأعضاء" عن طريق الاتصال بالرقم **1-800-443-0815** (TTY **711**)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً.

- **حصريًا لأعضاء جنوب كاليفورنيا:** تُعد ميزة الأغذية الصحية جزءًا من برنامج تكميلي خاص للمرضى المزمنين. ولا يستفيد منها جميع الأعضاء. للتأهل لهذه الميزة، يجب أن يعاني العضو من حالات مزمنة محددة، مثل: داء السكري، أو السمنة، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو الفُصال العظمي (التهاب المفاصل التنكسي)، أو مرض الكلى المزمن. وقد تؤهلك حالات أخرى للاستفادة من هذه الميزة. ولا يمكن ضمان الأهلية لهذه الميزة بناءً على حالتك الصحية فقط. بل يجب استيفاء جميع شروط الأهلية المعمول بها قبل توفير الميزة. لمزيد من التفاصيل، يرجى التواصل معنا.

- لا يُلزم مقدمو الخدمات غير المتعاقدين مع الشبكة (خارج الشبكة) بمعالجة أعضاء الخطة، إلا في حالات الطوارئ. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء أو الرجوع إلى دليل العضو، بما في ذلك تفاصيل المشاركة في التكلفة التي تنطبق على الخدمات خارج الشبكة.

- نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تطرحها حول خطتنا الصحية أو الدوائية. وللحصول على خدمات الترجمة الفورية، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-464-4000** (TTY **711**)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

- إن Kaiser Permanente عبارة عن خطة HMO D-SNP مع عقد Medicare، وعقد مع برنامج Medi-Cal. يعتمد التسجيل في خطة Kaiser Permanente على تجديد العقد.

- لمزيد من المعلومات عن برنامج **Medicare**، يمكنك قراءة دليل *Medicare وأنت*. ويتضمن ملخصًا لمزايا برنامج Medicare والحقوق ووسائل الحماية وإجابات عن أغلب الأسئلة المتداولة بشأن Medicare. يمكنك الحصول عليه من موقع Medicare (www.medicare.gov) أو بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. لمزيد من المعلومات حول برنامج **Medi-Cal**، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (California Department of Healthcare Services, DHCS) (www.dhcs.ca.gov/) أو الاتصال بمكتب أمين المظالم لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بأمين المظالم، المخصص للأشخاص الذين لديهم كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal، على الرقم 1-855-501-3077 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 صباحًا حتى 5 مساءً.

- 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.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

ARABIC

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711). وتتوفر لدينا أيضا 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।

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

제공됩니다. 1-800-443-0815 (TTY 711) 번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

LAOTIAN

ໝາຍເຫດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ກະລຸນາໂທຫາ 1-800-443-0815 (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການແມ່ນມີໃຫ້ສຳລັບຄົນທີ່ມີຄວາມພິການນຳ 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។

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

FARSI

توجه: در صورت نیاز به کمک به زبان خود، با شماره 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

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.

❖ يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات مختلفة، مثل خط أكبر أو بطريقة برايل أو كملف بيانات. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 لمزيد من المعلومات. (يتعين على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711). ساعات العمل تبدأ من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية.

❖ اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع، لطلب الآتي:

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

B. الأسئلة المتداولة

يوضح الجدول التالي الأسئلة المتداولة.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
ما هي خطة Medi-Medi؟	خطة Medi-Medi هي خطة صحية متعاقدة مع كل من Medicare وMedi-Cal لتقديم مزايا البرنامجين للمسجلين. وهي مخصصة للأشخاص البالغين من العمر 21 عامًا وأكبر. خطة Medi-Medi هي مؤسسة تضم أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي خدمات ودعم على المدى الطويل (Long-term Services and Supports, LTSS)، وغيرهم من مقدمي الخدمات. ولديها أيضًا منسق رعاية لمساعدتك على إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات والدعم. ويعملون جميعًا معًا لتقديم الرعاية التي تحتاج إليها.
هل سأحصل على مزايا Medicare و Medi-Cal نفسها في Kaiser Permanente Dual Complete التي أحصل عليها الآن؟	سوف تحصل على معظم مزايا Medicare وMedi-Cal المغطاة مباشرةً من Kaiser Permanente Dual Complete. وستعمل مع فريق من مقدمي الخدمات الذين سيساعدونك على تحديد الخدمات التي تناسبك على نحو أفضل. وهذا يعني أن بعض الخدمات التي تحصل عليها الآن قد تتغير بناءً على احتياجاتك وتقييم الطبيب وفريق الرعاية. قد تحظى أيضًا بمزايا أخرى خارج خطتك الصحية بالطريقة نفسها التي تتبعها الآن، أي مباشرةً من هيئة تابعة للولاية أو المقاطعة مثل خدمات الدعم في المنزل (In-Home Supportive Services, IHSS) أو خدمات الصحة العقلية المتخصصة واضطراب تعاطي المخدرات أو خدمات المركز الإقليمي. عندما تسجل في خطة Kaiser Permanente Dual Complete، ستعمل أنت وفريق رعايتك معًا لوضع خطة رعاية تلبي احتياجاتك الصحية وتوفر الدعم اللازم وتوضح تفضيلاتك وأهدافك الشخصية. إذا كنت تتناول أي أدوية واردة في الجزء D من Medicare ولا تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete في المعتاد، فيمكنك الحصول على إمداد مؤقت وسنساعدك على التحويل إلى دواء آخر أو الحصول على استثناء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete لتغطية دوائك إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية. ولمعرفة المزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموضح في أسفل هذه الصفحة.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
هل يمكنني استخدام الأطباء أنفسهم الذين أتعامل معهم حاليًا؟	في كثير من الأحيان يكون هذا هو الحال. إذا كان مقدمو الرعاية (ومنهم الأطباء والمستشفيات واختصاصيو العلاج والصيدليات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية) يعملون مع خطة Kaiser Permanente Dual Complete ومتعاقدين معنا، فيمكنك الاستمرار في زيارتهم. • يُعد مقدمو الرعاية الموقعون على اتفاقية معنا "داخل الشبكة". ويشارك مقدمو الرعاية التابعون للشبكة في خطتنا. ما يعني أنهم يقبلون أعضاء خطتنا ويوفرون الخدمات التي تغطيها خطتنا. **يجب عليك استخدام مقدمي الخدمة في شبكة Kaiser Permanente Dual Complete.** إذا كنت تستعين بمقدمي رعاية أو صيدليات غير تابعين لشبكتنا، فقد لا تتحمل الخطة تكلفة هذه الخدمات أو الأدوية. • في حالة احتياجك إلى رعاية طارئة أو عاجلة أو لخدمات غسيل الكلى خارج مناطقنا، يمكنك التوجه إلى مقدمي الرعاية غير التابعين لخطة Kaiser Permanente Dual Complete. • بالنسبة إلى خدمات Medi-Cal، تستطيع الذهاب إلى مقدم رعاية من خارج الشبكة من دون إحالة أو إذن مسبق بهدف الحصول على خدمات طارئة أو خدمات رعاية حساسة معينة. يمكنك أيضًا التوجه إلى مقدم رعاية خارج الشبكة للحصول على رعاية عاجلة خارج المنطقة عندما تكون في منطقة لا نعمل فيها. إذا كنت بحاجة إلى خدمات الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية، فيمكنك التوجه إلى مقدم خدمات الشبكة أو مقدم خدمات خطة الصحة العقلية بالمقاطعة من دون إذن مسبق. يجب أن تكون لديك إحالة أو موافقة مسبقة لجميع الخدمات الأخرى خارج الشبكة، وإلا فلن تتم تغطيتها. ملاحظة: إذا كنت من الأمريكيين الهنود، فيمكنك الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية الصحية الهنود خارج شبكة مقدمي الخدمة لدينا من دون إحالة. • في حالة خضوعك للعلاج حاليًا تحت إشراف مقدم رعاية من خارج شبكة Kaiser Permanente Dual Complete، أو لديك علاقة ثابتة مع مقدم رعاية خارج شبكة Kaiser Permanente Dual Complete، اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة إمكانية استمرار متابعته لحالتك. قد يكون بإمكانك الاستمرار في التوجه إلى مقدم الرعاية المتابع لحالتك من خارج الشبكة لمدة تصل إلى 12 شهرًا، وذلك في حالة استيفائك لمعايير محددة وموافقة مقدم الرعاية على شروطنا وأحكامنا. يتعين عليك طلب استمرارية الحصول على الرعاية خلال 30 يومًا من تسجيلك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لدينا لمعرفة المزيد من المعلومات عن استمرارية الاستفادة من خدمات الرعاية. لمعرفة ما إذا كان أطباؤك ضمن شبكة الخطة، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد في أسفل هذه الصفحة أو اطلع على التوجيهات الخاصة بمقدمي الرعاية والصيدليات داخل خطة Kaiser Permanente Dual Complete على الموقع الإلكتروني للخطة kp.org/directory. إذا كنت عضوًا جديدًا في خطة Kaiser Permanente Dual Complete، فسوف نعمل معك لوضع خطة رعاية تلبي احتياجاتك.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
ما هو منسق رعاية خطة Kaiser Permanente Dual Complete؟	منسق الرعاية الكاملة المزدوجة من Kaiser Permanente هو أحد الأشخاص الرئيسيين الذين يمكنك الاتصال بهم. ويساعدك هذا الشخص على التعامل مع جميع مقدمي الرعاية والاستفادة من الخدمات، والتأكد من تلبية احتياجاتك.
ما المقصود بالخدمات والدعم على المدى الطويل (LTSS)؟	تساعد الخدمات والدعم على المدى الطويل (LTSS) الأشخاص الذين يحتاجون إلى مساعدة لأداء المهام اليومية، مثل الاستحمام واستخدام المرحاض وارتداء الملابس وإعداد الطعام وتناول الأدوية. تقدَّم معظم هذه الخدمات في منزلك أو في مجتمعك، ومع ذلك يمكن توفيرها في دار رعاية مسنين أو مستشفى. وفي بعض الحالات، قد تدير هذه الخدمات مقاطعة أو هيئة أخرى، وسيتعاون معها منسق الرعاية أو فريق الرعاية المتابع لحالك.
ما المقصود ببرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSS)؟	يوفر برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) تنسيقًا مستمرًا للرعاية مع مقدمي الرعاية الصحية بما يتجاوز ما توفره خطتك الصحية بالفعل ويمكنه توصيلك بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى اللازمة. ويساعدك هذا البرنامج على الحصول على خدمات تساعدك على العيش باستقلالية في منزلك.
ماذا يحدث إذا كنت بحاجة إلى خدمة ولكن لا يمكن لأي شخص في شبكة Kaiser Permanente Dual Complete تقديمها؟	سيوفر مقدمو الرعاية داخل شبكتنا أغلب الخدمات. إذا كنت تحتاج إلى خدمة لا يمكن توفيرها داخل شبكتنا، فستتحمل خطة Kaiser Permanente Dual Complete تكلفة خدمات مقدم الرعاية من خارج الشبكة.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
أين تتوفر Kaiser Permanente Dual Complete ؟ (متابعة في الصفحة التالية)	يتضمن مجال الخدمات لهذه الخطط ما يلي: **تشمل منطقتنا في جنوب كاليفورنيا الخطط Medicare خطط South:** • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P1**، التي تتضمن **مقاطعة San Diego** في الرموز البريدية التالية فقط: ○ 91901–03و 91908–17و 91921و 91931–33و 91935و 91941–46و 91950–51و 91962–63و 91976–80و 91987و 92003و 92007–11و 92013–14و 92018–28و 92029–30و 92033و 92037–40و 92046و 92049و 92051–52و 92054–61و 92064–65و 92067–69و 92071–72و 92074–75و 92078–79و 92081–86و 92088و 92091–93و 92096و 92101–24و 92126–32و 92134–40و 92142–43و 92145و 92147و 92149–50و 92152–55و 92158–61و 92163و 92165–79و 92182و 92186–87و 92191–93و 92195–99. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P6**، والتي تتضمن: ○ أجزاء من **مقاطعة Riverside** في الرموز البريدية التالية فقط: 91752و 92028و 92201–03و 92210–11و 92220و 92223و 92230و 92234–36و 92240–41و 92247–48و 92253–92255و 92258و 92260–64و 92270و 92274و 92276و 92282و 92320و 92324و 92373و 92399و 92501–09و 92513–14و 92516–19و 92521–22و 92530–32و 92543–46و 92548و 92551–57و 92562– 64و 92567و 92570–72و 92581–87و 92589–93و 92595–96و 92599و 92860و 92877–83. ○ أجزاء من **مقاطعة San Bernardino** في الرموز البريدية التالية فقط: 91701و 91708–10و 91729–30و 91737و 91739و 91743و 91758–59و 91761–64و 91766و 91784–86و 92305و 92307–08و 92313–18و 92321–22و 92324–25و 92329و 92331و 92333–37و 92339–41و 92344–46و 92350و 92352و 92354و 92357–59و 92369و 92371–78و 92382و 92385–86و 92391–95و 92397و 92399و 92401–08و 92410–11و 92413و 92415و 92418و 92423و 92427و 92880.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
أين تتوفر Kaiser Permanente Dual Complete؟ (متابعة في الصفحة التالية)	• **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P7**، التي تتضمن **مقاطعة Kern** في الرموز البريدية التالية فقط: ○ 93203و 06–93205و 16–93215و 93220و 93222و 26–93224و 93238و 41–93240و 93243و 52–93249و 93263و 93268و 93276و 93280و 93285و 93287و 09–93301و 14–93311و 93380و 90–93383و 02–93501و 05–93504و 19–93518و 93531و 93536و 61–93560و 93581. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P9**، التي تتضمن جميع مناطق **مقاطعة Los Angeles** باستثناء جزيرة Catalina. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P10**، التي تتضمن جميع مناطق **مقاطعة Orange.** • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete South P11**، التي تتضمن **مقاطعة Ventura** في الرموز البريدية التالية فقط: ○ 90265و 91304و 91307و 91311و 20–91319و 62–91358و 91377و 07–93001و 12–93009و 16–93015و 22–93020و 36–93030و 44–93040و 66–93060و 93094و 93099و 93252. **تشمل منطقتنا في شمال كاليفورنيا الخطط الشمالية التالية:** • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P2**، التي تتضمن هذه المقاطعات: ○ جميع مناطق **مقاطعة Sacramento**. ○ **مقاطعة Amador** في هذه الرموز البريدية فقط: 95640 و95669. ○ **مقاطعة El Dorado** في هذه الرموز البريدية فقط:14–95613و 95619و 95623و 35–95633و 95651و 95664و 95667و 95672و 95682و 95762. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P16**، التي تتضمن جميع مناطق **مقاطعة Alameda**.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
أين تتوفر Kaiser Permanente Dual Complete؟ (متابعة في الصفحة التالية)	• خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P17**، التي تتضمن جميع مقاطعة **Contra Costa**. • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P18**، التي تتضمن هذه المقاطعات: ○ مقاطعة **Fresno** في هذه الرموز البريدية فقط: 93242و 93602و 07–93606و 93609و 13–93611و 93616و 19–93618و 27–93624و 31–93630و 93646و 52–93648و 93654و 57–93656و 93660و 93662و 68–93667و 93675و 12–93701و 18–93714و 30–93720و 93737و 41–93740و 45–93744و 93747و 93750و 93755و 61–93760و 65–93764و 79–93771و 93786و 94–93790و 93844و 93888. ○ مقاطعة **Kings** في هذه الرموز البريدية فقط: 93230و 93232و 93242و 93631 و93656. ○ مقاطعة **Madera** في هذه الرموز البريدية فقط: 02–93601و 93604و 93614و 93623و 93626و 39–93636و 45–93643و 93653و 93669و 93720. ○ مقاطعة **Mariposa** في هذه الرموز البريدية فقط: 93601و 93623و 93653. ○ مقاطعة **Tulare** في هذه الرموز البريدية فقط: 93238و 93261و 93618و 93631و 93646و 93654و 93666و 93673. • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P19**، التي تتضمن جميع مناطق مقاطعة **San Francisco**. • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P20**، التي تتضمن جميع مناطق مقاطعتي **San Joaquin** و**Stanislaus**. • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P21**، التي تتضمن جميع مناطق مقاطعة **Santa Cruz**. • خطة **Kaiser Permanente Dual Complete North P22**، التي تتضمن جميع مناطق مقاطعة **San Mateo**.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
أين تتوفر Kaiser Permanente Dual Complete؟ (متابعة من الصفحة السابقة)	• **خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P23**، التي تتضمن **مقاطعة Santa Clara** في هذه الرموز البريدية فقط: ○ 24–94022, 94035, 43–94039, 89–94085, 06–94301, 94309, 94550, 95002, 09–95008, 95011, 15–95013, 21–95020, 95026, 33–95030, 38–95035, 95042, 95044, 95046, 56–95050, 71–95070, 95076, 95101, 95103, 95106, 13–95108, 36–95115, 41–95138, 95148, 61–95150, 95164, 95170, 73–95172, 94–95190, 95196. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P24**، والتي تتضمن هذه المقاطعات: ○ **مقاطعة Placer** في هذه الرموز البريدية فقط: 04–95602و 95610و 95626 و95648 و 95650و 95658و 95661و 95663و 95668و 78–95677و 95681و 95703و 95722و 95736و 47–95746و 95765. ○ **مقاطعة Yolo** في هذه الرموز البريدية فقط: 95605و 95607و 95612و 18–95615و 95620و 95645و 95691و 95–95694و 98–95697و 95776و 99–95798. ○ **مقاطعة Yuba** في الرموز البريدية التالية فقط: 95692 و95903 و95961. • **خطة Kaiser Permanente Dual Complete North P25**، والتي تتضمن هذه المقاطعات: ○ جميع مناطق مقاطعتي **Marin** و**Napa** و**Solano**. ○ **مقاطعة Sonoma** في هذه الرموز البريدية فقط: 94515و 23–94922و 28–94926و 94931و 55–94951و 94972و 94975و 94999و 07–95401و 95409و 95416و 95419و 95421و 95425و 31–95430و 95433و 95436و 95439و 42–95441و 95444و 95446و 95448و 95450و 95452و 95462و 95465و 73–95471و 95476و 87–95486و 95492. يجب أن تكون مقيمًا في إحدى هذه المناطق للانضمام إلى الخطة.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
ما المقصود بالإذن المسبق؟	إن الإذن المسبق هو موافقة من خطة Kaiser Permanente Dual Complete للسعي للحصول على خدمات من خارج شبكتنا أو للحصول على خدمات لا تغطيها شبكتنا بشكل روتيني **قبل** الحصول على الخدمات. قد لا تغطي خطة Kaiser Permanente Dual Complete الخدمات أو الإجراءات أو المواد أو الأدوية في حالة عدم حصولك على إذن مسبق. **إذا كنت تحتاج إلى رعاية عاجلة أو طارئة أو خدمات غسيل الكلى في موقع خارج مناطقنا، فلن يكون عليك الحصول على إذن مسبق أولاً.** يمكن أن تزودك خطة Kaiser Permanente Dual Complete أنت أو مزود الخدمة الخاص بك بقائمة من الخدمات أو الإجراءات التي تتطلب منك الحصول على تصريح مسبق من Kaiser Permanente Dual Complete قبل تقديم الخدمة. إذا كانت لديك أسئلة بشأن ضرورة الحصول على إذن مسبق للاستفادة من خدمات أو إجراءات أو مواد أو عناصر محددة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموضحة في أسفل هذه الصفحة لمساعدتك.
ما المقصود بالإحالة؟	يُقصد بالإحالة أنه يجب على مقدم الرعاية الأولية (Primary Care Provider, PCP) أن يقدم لك موافقة للذهاب إلى شخص غير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. وتختلف الإحالة عن الإذن المسبق. إذا لم تحصل على إحالة من PCP، فقد لا تغطي خطة Kaiser Permanente Dual Complete الخدمات. يمكن أن تزودك Kaiser Permanente Dual Complete أنت أو مقدم الخدمة المتابع لحالتك بقائمة من الخدمات أو الإجراءات التي تتطلب منك الحصول على إحالة من Kaiser Permanente Dual Complete قبل تقديم الخدمة. راجع الفصلين 3 و4 في *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد بشأن متى تحتاج إلى إحالة من طبيب الرعاية الأولية المتابع لحالتك.
هل أقوم بدفع مبلغ شهري (يُسمى أيضًا القسط) بموجب Kaiser Permanente Dual Complete؟	لا، لأنك عضو في برنامج Medi-Cal، ولذلك لن تدفع أي أقساط شهرية، بما في ذلك قسط الجزء B في Medicare، مقابل التغطية الصحية التي تخصك.
هل أقوم بدفع مبلغ قابل للخصم كعضو في Kaiser Permanente Dual Complete؟	لا، أنت لا تدفع الخصومات في خطة Kaiser Permanente Dual Complete.

الأسئلة المتداولة	الإجابات
ما أقصى مبلغ أدفعه من مالي الخاص مقابل الخدمات الطبية بصفتي عضوًا في خطة Kaiser Permanente Dual Complete؟	لا توجد مشاركة في تكاليف الخدمات الطبية في Kaiser Permanente Dual Complete، لذا فإن التكاليف النثرية السنوية الخاصة بك ستكون $0.
ماذا سيحدث إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الكاملة الخاصة بي؟	إذا كنت ضمن فترة الأهلية المستمرة المحددة في خطتنا والتي تبلغ 4 أشهر، فسنستمر في تقديم جميع المزايا التي تغطيها خطة Medicare Advantage، وستتغير حصتك في التكلفة كما هو موضح في *دليل الأعضاء*. خلال هذا الوقت، لن تتم تغطية مزايا Medi-Cal الخاصة بك.

C. قائمة الخدمات المشمولة بالتغطية

يمثل الجدول التالي نظرة عامة سريعة على الخدمات التي قد تحتاج إليها، والتكاليف التي تتحملها، والقواعد المتعلقة بالمزايا.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى الرعاية في مستشفى	الإقامة في المستشفى	$0	يلزم الحصول على إحالة. يجب الحصول على موافقة مسبقة لإجراء عمليات زرع الأعضاء لأعضاء شمال كاليفورنيا. لا يوجد عدد أيام محدد للإقامة داخل المستشفى في حالة الضرورة الطبية.
	رعاية الطبيب أو الجراح	$0	
	خدمات العيادات الخارجية خارج المستشفى، ومنها الملاحظة	$0	
	خدمات المركز الجراحي المتنقل (Ambulatory Surgical Center, ASC)	$0	

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى طبيب	زيارات لعلاج إصابة أو مرض	$0	
	رعاية متخصص	$0	يلزم الحصول على إحالة إلى معظم المتخصصين. راجع *دليل الأعضاء* للاطلاع على قائمة بالخدمات التي تتطلب إحالة.
	زيارات للعناية بالصحة، مثل الفحص البدني	$0	تُغطى الفحوصات البدنية الروتينية في حالة أن الفحص عبارة عن رعاية وقائية مناسبة من الناحية الطبية وفقًا لمعايير الممارسة المهنية المقبولة بوجه عام. لا يمكن إجراء زيارة الفحص البدني الروتينية السنوية الأولى خلال 12 شهرًا للزيارات الوقائية ضمن برنامج "مرحبًا بك في برنامج Medicare". ولكنك لا تحتاج إلى تغطية زيارة "مرحبًا بك في برنامج Medicare" ضمن زيارات الفحص الروتينية بعد انضمامك إلى الجزء B لمدة 12 شهرًا.
	رعاية للوقاية من إصابتك بالأمراض، مثل تطعيم الإنفلونزا والفحوصات الخاصة بالكشف عن السرطان	$0	تستلزم خدمات الرعاية الوقائية التالية الحصول على إحالة، وهي: فحوصات تمدد الشريان الأورطي البطني، وعلاج التغذية الطبية، والتنظير السيني المرن، وفحص تنظير القولون، وفحص كثافة العظام، والاختبارات المعملية.
	"مرحبًا بك في برنامج Medicare" (يمكنك الاستفادة من زيارة الرعاية الوقائية مرة واحدة فقط)	$0	نغطي زيارة الرعاية الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" خلال الـ 12 شهرًا الأولى التي تنضم فيها إلى الجزء B في Medicare. وعندما تحدد موعدًا، عليك أن تخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد لزيارة الرعاية الوقائية ضمن "مرحبًا في برنامج Medicare".

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى رعاية طارئة	خدمات غرفة الطوارئ	$0	تتوفر لديك تغطية رعاية الطوارئ في جميع أنحاء العالم. لا تستلزم الحصول على إذن مسبق. إذا كنت تحصل على رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية للمرضى المقيمين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابعة للشبكة من أجل استمرار تغطية رعايتك، أو يجب أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في مستشفى خارج الشبكة مرخص له بموجب خطتنا، وتكون تكلفتك هي مشاركة التكلفة التي ستدفعها في مستشفى تابعة للشبكة.
	الرعاية العاجلة	$0	لا تستلزم الحصول على إذن مسبق. تتم تغطية الرعاية العاجلة خارج الشبكة على النحو التالي: **داخل منطقة خدماتنا -** يجب أن تحصل على رعاية عاجلة من مقدم خدمات الشبكة، ما لم تكن شبكة مقدمي الخدمات لدينا غير متوفرة مؤقتًا أو يتعذر الوصول إليها بسبب ظروف غير عادية وغير مألوفة (على سبيل المثال، كارثة كبرى). **خارج منطقة خدماتنا -** 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.
تحتاج إلى إجراء فحوصات طبية (متابعة في الصفحة التالية)	خدمات الطب الإشعاعي التشخيصي (على سبيل المثال: الأشعة السينية أو غيرها من خدمات الأشعة، مثل التصوير المقطعي المحوسب أو التصوير بالرنين المغناطيسي)	$0	يلزم الحصول على إحالة.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى إجراء فحوصات طبية (متابعة من الصفحة السابقة)	الاختبارات المعملية والإجراءات التشخيصية، مثل تحليل الدم	$0	يلزم الحصول على إحالة.
تحتاج إلى الخدمات السمعية/الخاصة بحاسة السمع	فحوصات السمع	$0	
	الأجهزة المساعدة على السمع	$0	تُغطى الأجهزة المساعدة على السمع طبقًا لقواعد التغطية في Medi-Cal.
تحتاج إلى إجراء فحوصات للأسنان (متابعة في الصفحة التالية)	فحوصات للأسنان ورعاية وقائية	$0	تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برنامجي مزايا طب الأسنان مقابل الرسوم (Dental Fee-for-Service, FFS) أو رعاية الأسنان المدارة (Dental Managed Care, Dental MC) التابعين لـ Medi-Cal، حسب مقاطعتك. للحصول على معلومات عن تغطية رعاية الأسنان لدى Medi-Cal، تواصل مع: برنامج برنامج FFS لخدمات الأسنان: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) أو **www.smilecalifornia.org**. تتوفر خطة Dental MC في مقاطعة Los Angeles ومقاطعة Sacramento: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) أو **www.dental.dhcs.ca.gov/**.
	الرعاية الترميمية والطارئة للأسنان	$0	تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برنامجي مزايا طب الأسنان مقابل الرسوم (FFS) أو رعاية الأسنان المدارة (DMC) التابعين لـ Medi-Cal، حسب مقاطعتك. للحصول على معلومات عن تغطية رعاية الأسنان لدى Medi-Cal، تواصل مع: برنامج Dental FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) أو **www.smilecalifornia.org**.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى إجراء فحوصات للأسنان (متابعة من الصفحة السابقة)			تتوفر خطة Dental MC في مقاطعة Los Angeles ومقاطعة Sacramento: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) أو **www.dental.dhcs.ca.gov/**.
تحتاج إلى رعاية العينين	فحوصات العين	$0	يلزم الحصول على إحالة إلى طب العيون.
	النظارات أو عدسات العين اللاصقة	$0	يلزم الحصول على إحالة. النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة بعد جراحة إعتام عدسة العين: تبدأ من $0 إلى الحد الأقصى لبرنامج Medicare، ولكنك تدفع أي مبالغ إضافية في حالة تجاوز هذا الحد. كل 12 شهرًا، نقدم لك مخصصًا من خلال تغطية برنامج Medicare الخاصة بك. إذا كانت تكلفة نظارتك أعلى من المبلغ المخصص لخطتك، **فسوف تدفع الفرق:** • South P1 وNorth P2 وP16 وP17 وP18 وP19 وP20 وP21 وP22 وP23 وP24 و P25– **$350** • South P6 – **$400** • South P7 وP9 وP10 و– P11 **$500** يوفر برنامج Medi-Cal أيضًا تغطية لنظارة طبية جديدة أو بديلة للنظارة الحالية تكلفتها **$80** أو أقل كل 24 شهرًا. يوفر بائع نظارات DHCS. التابع لدائرة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) النظارات الجديدة أو البديلة. إذا كنت تريد الاستفادة من العدسات اللاصقة والنظارات أو المزايا التي لا يغطيها برنامج Medi-Cal، فقد **تضطر إلى دفع مبالغ إضافية مقابل هذه الترقيات.** اطلب من أحد خبراء البصريات الحصول على مزيد من المعلومات.
	رعاية البصر الأخرى	$0	يلزم الحصول على إحالة. تُغطى أجهزة ضعف البصر طبقًا لقواعد برنامج Medi-Cal.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى خدمات الصحة العقلية	خدمات الصحة العقلية	$0	تتم تغطية خدمات الصحة العقلية لمرضى العيادات الداخلية والخارجية. إضافة إلى ذلك، لديك تغطية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare من خلال خطة الصحة السلوكية في مقاطعتك.
	خدمات الرعاية داخل المستشفيات وفي العيادات الخارجية والخدمات المجتمعية للأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية	$0	تتم تغطية خدمات الصحة العقلية لمرضى العيادات الداخلية والخارجية. قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات مجتمعية بموجب برنامج Medi-Cal. اسأل منسق الرعاية الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات. لديك تغطية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare من خلال خطة الصحة السلوكية في مقاطعتك.
تحتاج إلى خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (متابعة على الصفحة التالية)	خدمات اضطراب تعاطي المخدرات	$0	نحن ندفع مقابل الخدمات التالية، وغيرها من الخدمات الأخرى غير المذكورة هنا: • فحوصات واستشارات الإفراط في تناول المشروبات الكحولية. • علاج تعاطي المخدرات. • استشارات جماعية أو فردية على يد متخصصين سريريين مؤهلين، من بينهم المعالجون الاختصاصيون في مسائل الزواج والأسرة. • خدمات العلاج من إدمان المشروبات الكحولية أو المخدرات أو كليهما في مركز للمعالجة المكثفة في العيادات الخارجية. • العلاج بدواء لنالتريكسون (vivitrol) يعمل بطريقة التحرر المديد.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى خدمات اضطراب تعاطي المخدرات (متابعة من الصفحة السابقة)			تتمتع بتغطية لخدمات علاج إضافية لاضطراب تعاطي المخدرات التي لا يغطيها برنامج Medicare من خلال خطة الصحة السلوكية في مقاطعتك.
تحتاج إلى مكان لتقيم فيه مع أفراد متاحين لمساعدتك	رعاية المسنين الماهرة	$0	يلزم الحصول على إحالة.
	رعاية المسنين في المنزل	$0	
	الرعاية البديلة للبالغين والرعاية الجماعية البديلة للبالغين	$0	
تحتاج إلى علاج بعد التعرض لسكتة دماغية أو حادث	العلاج المهني والطبيعي والتخاطبي	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
أنت بحاجة إلى مساعدة للوصول إلى الخدمات الصحية	خدمات الإسعاف	$0	
	النقل الطبي الطارئ	$0	
	النقل إلى المواعيد والخدمات الطبية	$0	يلزم الحصول على إحالة أو إذن مسبق. يغطي برنامج Medi-Cal خدمات النقل الطبي غير الطارئة (يلزم الحصول على إحالة) والنقل غير الطبي لمساعدتك على الذهاب إلى مواعيدك وإلى الصيدلية عندما لا تتوفر طريقة لك للوصول إليها بنفسك.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى أدوية لعلاج مرض أو حالة طبية لديك (متابعة في الصفحة التالية)	أدوية الجزء B في برنامج Medicare	$0	تتضمن الأدوية الواردة في الجزء B التي وصفها الطبيب في عيادته، بعض أدوية علاج السرطان التي تؤخذ عن طريق الفم، وبعض الأدوية التي تستخدم من خلال معدات طبية معينة. اطلع على *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد من المعلومات عن هذه الأدوية.
	أدوية الجزء D من بَرنامج Medicare: المستوى 1: الأدوية الجنيسة المفضلة المستوى 2: الأدوية الجنيسة المستوى 3: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية المستوى 4: غير مفضل المستوى 5: الرعاية التخصصية المستوى 6: اللقاحات	**المستويان 1–2:** تبلغ قيمة مبلغ الدفع المشترك لكمية تكفي لمدة تصل إلى شهر واحد (30 يومًا) **$0–$5.80. لكل وصفة طبية.** **المستوى 3–5:** تبلغ قيمة مبلغ الدفع المشترك لكمية تكفي لمدة تصل إلى شهر واحد (30 يومًا) **$0–$14.40. لكل وصفة طبية.** **المستوى 6:** $0 قد تختلف قيمة المشاركة في السداد مقابل الأدوية باختلاف مستوى المساعدة الإضافية (Extra Help) التي تحصل عليها. يُرجى الاتصال بالخطة لمعرفة المزيد من التفاصيل.	قد تفرض بعض القيود على أنواع الأدوية المشمولة بالتغطية. يُرجى الرجوع إلى *قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية)* لدى Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزيد من المعلومات. بمجرد أن تدفع أنت أو الآخرون نيابة عنك مبلغ $2,400، تكون قد وصلت إلى مرحلة التغطية الكارثية وتدفع $0 لجميع أدوية الجزء D من برنامج Medicare لبقية العام التقويمي. يُرجى الاطلاع على *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد من المعلومات حول هذه المرحلة. تتوفر إمدادات الأدوية طويلة الأجل (تصل إلى 100 يوم) إما من صيدلية للبيع بالتجزئة أو عن طريق طلب الدواء من صيدلية تابعة لنا عبر البريد. حصة التكلفة لإمدادات طويلة الأجل هي نفسها إمداد شهر واحد. لا يمكن توفير جميع الأدوية عن طريق إرسالها بالبريد.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى أدوية لعلاج مرض أو حالة طبية لديك (متابعة في الصفحة التالية)	الأدوية التي تباع من دون وصفة طبية (Over-the-counter, OTC)	$0 للعلاجات البديلة للنيكوتين في صيدليات الشبكة. $0 مقابل غيرها من عناصر OTC التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) عند شرائها عبر الإنترنت أو من متاجر البيع بالتجزئة المشاركة، بما في ذلك صيدليات البيع بالتجزئة التابعة لـ Kaiser Permanente. ستتلقى بطاقة الإضافات الصحية مسبقة الدفع بحد أقصى ربع سنوي لخطتك.	نغطي بعض الأدوية البديلة للنيكوتين المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) التي تباع من دون وصفة طبية. يجب أن يتم طلب العناصر من قبل مقدم خدمات الشبكة والحصول عليها من صيدلية الشبكة. سنعمل على توفير الإمدادات مرتين لمدة 100 يوم أثناء العام التقويمي. قد تفرض بعض القيود على أنواع الأدوية المشمولة بالتغطية. يُرجى الرجوع إلى *قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية)* لدى Kaiser Permanente Dual Complete للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك شراء العناصر التي تُصرف من دون وصفة طبية باستخدام بطاقة الإضافات الصحية الخاصة بك، وذلك باستخدام **المخصصات الفصلية** الموضحة أدناه لخطتك: • North P2 – **$50** • North P16 وP17 وP18 وP19 وP20 وP21 وP22 وP23 وP24 وP25 – **$75** • South P1 – **$75** • South P6 – **$100** • South P7 وP11– **$150** • South P9 – **$170** • South P10 – **$125** ستتم إعادة شحن بطاقتك في 1 يناير و1 إبريل و1 يوليو و1 أكتوبر. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. ملاحظة: لا يمكن استخدام بطاقة الإضافات الصحية للإكراميات أو الرسوم (مثل رسوم التوصيل أو الشحن).

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى أدوية لعلاج مرض أو حالة طبية لديك (متابعة من الصفحة السابقة)			**لأعضاء منطقة جنوب كاليفورنيا فقط:** إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة لأصحاب الأمراض المزمنة (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI) الموضحة في بند المزايا التكميلية الخاصة لأصحاب الأمراض المزمنة، فيمكنك استخدام مخصصك الفصلي لمنتجات أدوية OTC التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) أيضًا لشراء الأطعمة الصحية. يمكنك تحديد كيفية استخدام مخصصاتك على بطاقة الإضافات الصحية الخاصة بك بين المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) والأطعمة الصحية. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على *دليل الأعضاء*، تفضل بزيارة mybenefitscenter.com، أو اتصل بالرقم 1-833-524-7035 (TTY 711)، من الساعة 5 صباحًا حتى 5 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ، 7 أيام في الأسبوع. قد تحظى بتغطية إضافية لبعض أدوية OTC التي تباع من دون وصفة طبية (OTC) المشمولة بالتغطية ضمن برنامج Medi-Cal من خلال برنامج Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات حول Medi-Cal Rx، اتصل بخدمة عملاء Medi-Cal Rx على **1-800-977-2273**، 24 ساعة يوميًا على مدار 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على **711**، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لـ Medi-Cal Rx على https://www.Medi-CalRx.dhcs.ca.gov/home/.
تحتاج إلى المساعدة لتتحسن حالتك الصحية أو كانت لديك احتياجات صحية خاصة	خدمات إعادة التأهيل	$0	يلزم الحصول على إحالة للحصول على بعض الخدمات.
	أجهزة طبية للرعاية المنزلية	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
	خدمات الغسيل الكلوي	$0	يلزم الحصول على إحالة.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى عناية للقدمين	خدمات علاج القدم	$0	يلزم الحصول على إحالة.
	خدمات أجهزة التقويم	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
تحتاج إلى المعدات الطبية المعمرة (DME) **ملاحظة: هذه ليست قائمة كاملة بمعدات DME المشمولة بالتغطية. وللحصول على قائمة كاملة، اتصل بخدمات الأعضاء أو راجع الفصل 4 من *دليل الأعضاء*.**	الكراسي المتحركة، والعكازات، والمشايات	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
	البخاخات	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
	معدات الأكسجين واللوازم	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
تحتاج إلى المساعدة للعيش في منزلك (متابعة في الصفحة التالية)	الخدمات الصحية المنزلية	$0	يلزم الحصول على إحالة. يجب أن تكون مقيدًا منزليًا، مما يعني أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا. نحن نغطي الخدمات التالية، وقد نغطي خدمات أخرى غير مذكورة هنا: • خدمات التمريض المؤهل ومساعد الرعاية الصحية المنزلية، بدوام جزئي أو بشكل متقطع (ولكي تُغطى هذه الخدمات ضمن ميزة الرعاية الصحية المنزلية، يجب ألا يتجاوز إجمالي ساعات خدمات التمريض المؤهل ومساعد الرعاية الصحية المنزلية معًا ثماني ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا). • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج النطق. • الخدمات الطبية والاجتماعية. • المعدات والمستلزمات الطبية.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
تحتاج إلى المساعدة للعيش في منزلك (متابعة من الصفحة السابقة)	الخدمات المنزلية، مثل التنظيف أو تدبير الشؤون المنزلية أو التعديلات المنزلية مثل تركيب المقابض	$0	يمثل الدعم المجتمعي خدمات أو إعدادات بديلة مناسبة وغير مكلفة لأولئك الأشخاص الذين يتمتعون بتغطية برنامج Medi-Cal. وإذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك خدمات الدعم المجتمعي للعيش على نحو أكثر استقلالية. لا تكون هذه الخدمات بديلة عن المزايا التي تحصل عليها فعلاً من خطة Medi-Cal. ولا تتوفر في جميع المناطق. لا يُعد جميع الأعضاء مؤهلين للاستفادة من خدمات الدعم المجتمعية للتأهل، ويجب استيفاء المعايير المحددة. لمزيد من المعلومات حول دعم المجتمع، تحدث إلى PCP الأولية (Primary Care Provider, PCP) المتابع لحالتك أو اتصل بخدمات الأعضاء.
	الرعاية الصحية النهارية للبالغين، أو خدمات البالغين المجتمعية (Community Based Adult Service, CBAS)، أو غيرها من خدمات الدعم	$0	خدمات البالغين المجتمعية ("CBAS") هي من الخدمات التي قد تكون مؤهلاً لها إذا كنت تعاني من مشكلات صحية تجعلك تواجه صعوبة في الاعتناء بنفسك وتحتاج إلى مساعدة إضافية. لمعرفة معلومات عن خدمات البالغين المجتمعية، يمكنك الاستفسار من منسق الرعاية الخاص بك.
	خدمات التأهيل اليومية	$0	
	خدمات لمساعدتك على العيش بمفردك (خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو خدمات مرافق الرعاية الشخصية)	$0	نحن نغطي خدمات الرعاية الصحية المنزلية كما هو موضح تحت "خدمات الرعاية الصحية المنزلية" أعلاه. إضافة إلى ذلك، قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات الدعم المنزلي أو خدمات الإعفاء المنزلية والمجتمعية بموجب تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. للحصول على المزيد من المعلومات بشأن هذه الخدمات، اتصل بمنسق الرعاية.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
الخدمات الإضافية (متابعة في الصفحة التالية)	إدارة الرعاية المتكاملة في كاليفورنيا (California Integrated Care Management, CICM)	$0	تحدد خطتنا الأعضاء المؤهلين لتلقي خدمات تنسيق الرعاية الإضافية المعروفة باسم CICM المتكاملة في كاليفورنيا (California Integrated Care Management, CICM). الأعضاء المؤهلون يشملون فئات معينة: • البالغون الذين يعانون من التشرد • البالغون المعرضون لخطر الاستخدام غير الضروري للمستشفى أو قسم الطوارئ • البالغون الذين يعانون من احتياجات خطيرة تتعلق بالصحة العقلية و/أو اضطراب تعاطي المخدرات (Substance Use Disorder, SUD) • البالغون في مرحلة الانتقال من السجن • البالغون الذين يعيشون في المجتمع والمعرضون لخطر الإيداع في مؤسسات الرعاية طويلة الأمد (Long-Term Care, LTC) • سكان مرافق التمريض للبالغين ينتقلون إلى المجتمع • البالغون الحوامل أو بعد الولادة والمعرضون للتفاوتات العنصرية والإثنية • البالغون الذين لديهم احتياجات موثقة تتعلق بالخرف
	خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري	$0	نغطي خدمات تقويم العمود الفقري لتصحيح محاذاة العمود الفقري. يتم توفير هذه الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare بواسطة اختصاصي تقويم العمود الفقري الشبكي. للحصول على قائمة أخصائيي العلاج بتقويم العمود الفقري، يُرجى الرجوع إلى *دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات (Provider and Pharmacy Directory)*. يجب الحصول على موافقة مسبقة لأعضاء شمال كاليفورنيا.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
الخدمات الإضافية (متابعة في الصفحة التالية)			قد يغطي برنامج Medi-Cal خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري عند تلقيها في المركز الصحي المؤهل اتحاديًا (Federally Qualified Health Center, FQHC) أو عيادات الصحة الريفية (Rural Health Clinics, RHC) داخل شبكة Kaiser Permanente. يجب الحصول على موافقة مسبقة لأعضاء شمال كاليفورنيا. قد تطلب FQHC وRHC الحصول على إحالة للحصول على الخدمات. لمعرفة المزيد من المعلومات حول الخدمات المتوفرة في FQHC أو RHC، اتصل بخدمات الأعضاء.
	مستلزمات مرض السكري وخدماته	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
	مزايا اللياقة البدنية — One Pass ®	$0	يمكنك الوصول إلى برنامج One Pass الكامل للياقة البدنية للجسم والعقل. يتضمن برنامج One Pass: • شبكة رياضية أساسية ومتميزة كبيرة تضم مراكز لياقة بدنية وطنية ومحلية ومجتمعية واستوديوهات لياقة بدنية متخصصة. يمكنك استخدام أي موقع داخل الشبكة. • برامج لياقة بدنية رقمية حية وعند الطلب في المنزل. • الأندية والأنشطة الاجتماعية متاحة على موقع أعضاء One Pass الإلكتروني وتطبيق الهاتف المحمول. • مجموعة واحدة للياقة البدنية المنزلية سنويًا للقوة أو اليوغا أو الرقص. • برامج التدريب المعرفي لصحة الدماغ عبر الإنترنت. لمزيد من المعلومات حول الصالات الرياضية ومواقع اللياقة البدنية المشاركة، ومزايا البرنامج، أو لإعداد حسابك عبر الإنترنت، تفضل بزيارة **YourOnePass.com** أو اتصل بالرقم **1-877-614-0618** (TTY **711**)، من الاثنين إلى الجمعة، من 6 صباحًا إلى 7 مساءً.

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
الخدمات الإضافية (متابعة في الصفحة التالية)	وجبات منزلية يتم توصيلها	$0	بموجب برنامج Medi-Cal، قد تكون مؤهلاً للحصول على تغطية للوجبات المنزلية بموجب وسائل الدعم المجتمعي. لا تتوفر وسائل الدعم المجتمعي في جميع المناطق، ويجب عليك تلبية معايير الأهلية المحددة. اطلب من طبيبك الحصول على مزيد من المعلومات حول وسائل دعم Medi-Cal المجتمعية.
	الرعاية الطبية المنزلية غير المغطاة من قبل Medicare (الرعاية المتقدمة في المنزل - Advanced Care At Home) لأعضاء شمال المنطقة P16 وP17 وP19 وP23 ملاحظة: هذه الميزة غير متاحة لجميع الأعضاء الآخرين.	$0 (بدون تكلفة) عند وصفه كجزء من خطة العلاج المنزلي الخاصة بك، وفي غير ذلك تدفع حصة التكلفة المعمول بها.	يلزم الحصول على إحالة. نحن نغطي الرعاية الطبية في منزلك التي لا يغطيها Medicare بخلاف ذلك، عندما يراها الطبيب مناسبة طبيًا بناءً على حالتك الصحية، لتوفير بديل لك عن تلقي الرعاية الحادة في المستشفى، وخدمات الرعاية ما بعد الحادة في المنزل لدعم تعافيك. راجع دليل العضو للتفاصيل.
	النقل الطبي غير الطارئ (غير الروتيني)	$0	نغطي خدمات النقل الطبي غير الطارئ اللازمة طبيًا إلى المنزل (ضمن مسافة 100 ميل)، أو إلى مرفق تمريض ماهر (Skilled Nursing Facility, SNF)، أو إلى منشأة تقدم مستوى أعلى من الرعاية، وذلك مباشرة بعد الخروج من المستشفى إثر التنويم أو بعد تلقي خدمات معينة في الطوارئ أو الرعاية العاجلة أو العيادات الخارجية بالمستشفى، وذلك **عند صدور أمر طبي من أحد مقدمي الرعاية الصحية ضمن شبكة مقدمي الخدمة.** ارجع إلى *دليل الأعضاء* لمزيد من التفاصيل.
	خدمات الأجهزة التعويضية	$0	يلزم الحصول على إذن مسبق.
	العلاج الإشعاعي	$0	يلزم الحصول على إحالة.
	خدمات لمساعدتك على السيطرة على مرضك	$0	

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
الخدمات الإضافية (متابعة في الصفحة التالية)	فوائد تكميلية خاصة للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة - الغذاء الصحي (**أعضاء جنوب كاليفورنيا فقط**)** ملاحظة: هذه الميزة غير متوفرة لأعضاء شمال كاليفورنيا. **تُعد ميزة الطعام الصحي جزءًا من برنامج تكميلي خاص لمرضى الأمراض المزمنة. لا يكون جميع الأعضاء مؤهلين للاستفادة من هذه الميزة. يجب أن يعاني الأعضاء من حالات مرضية مزمنة محددة، مثل مرض السكري، أو السمنة، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية، أو التهاب المفاصل، أو أمراض الكلى المزمنة، ليكونوا مؤهلين. هناك شروط أخرى قد تؤهلك للحصول على هذه الميزة. لا يمكن ضمان أهليتك للحصول على هذه الميزة استنادًا إلى حالتك الصحية وحدها. يجب استيفاء جميع شروط الأهلية المعمول بها قبل تقديم الميزة. للحصول على التفاصيل، يُرجى الاتصال بنا.	$0 على الأطعمة الصحية المعتمدة التي يتم شراؤها عبر الإنترنت وفي متاجر البيع بالتجزئة المشاركة. ستتلقى بطاقة إضافية صحية مسبقة الدفع مع بدل ربع سنوي لخطة التأمين الخاصة بك الموضحة في صف الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC).	إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج SSBCI، فيمكنك استخدام مخصصاتك الفصلية للأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية لشراء الأطعمة الصحية أيضًا. يمكنك تحديد كيفية استخدام مخصصاتك على بطاقة الإضافات الصحية الخاصة بك بين منتجات OTC التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) والأطعمة الصحية. يجب عليك استيفاء جميع المعايير، بما في ذلك واحد أو أكثر من الشروط المؤهلة لبرنامج SSBCI. • اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUD) • اضطرابات المناعة الذاتية • السرطان • اضطرابات القلب والأوعية الدموية • قصور القلب المزمن • الخرف • مرض السكري • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي • أمراض الجهاز الهضمي المزمنة • أمراض الكلى المزمنة (Chronic Kidney Disease, CKD) • اضطرابات دموية حادة • فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز Human Immunodeficiency Virus/) Acquired Immunodeficiency Syndrome, (HIV/AIDS • اضطرابات مزمنة في الرئتين • حالات الصحة العقلية المزمنة والمُسبّبة للإعاقة • الاضطرابات العصبية • السكتة الدماغية • رعاية ما بعد زراعة الأعضاء

الاحتياجات أو المخاوف الصحية	الخدمات التي قد تحتاج إليها	التكاليف التي تتحملها مقابل خدمات مقدمي الرعاية داخل الشبكة	معلومات عن القيود والاستثناءات والمزايا (القواعد المتعلقة بالمزايا)
الخدمات الإضافية (متابعة من الصفحة السابقة)			• نقص المناعة واضطرابات كبت المناعة • الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي • الحالات التي تنطوي على تحديات وظيفية وتتطلب خدمات مماثلة • الحالات المزمنة التي تُضعف البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم • الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة لكي يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاستمرار فيها ستتم إعادة شحن بطاقتك في 1 يناير و1 إبريل و1 يوليو و1 أكتوبر. لا يتم ترحيل أي جزء غير مستخدم من حد المزايا ربع السنوية إلى الربع التالي. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على *دليل الأعضاء* أو زيارة mybenefitscenter.com، أو الاتصال بالرقم **1-833-524-7035** (TTY **711**)، من الساعة 5 صباحًا إلى 5 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ، 7 أيام في الأسبوع.

وضع ملخص المزايا الموضح أعلاه لأغراض الإمداد بالمعلومات فقط ولا يُعد قائمة كاملة بالمزايا. وللحصول على قائمة كاملة ومعرفة المزيد من المعلومات بشأن المزايا المتاحة لك، يمكنك الاطلاع على *دليل الأعضاء* لخطة Kaiser Permanente Dual Complete. إذا لم يكن لديك *دليل الأعضاء*، فاتصل بخدمات الأعضاء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete على الرقم الموضح في أسفل هذه الصفحة لتحصل على نسخة. إذا كانت لديك أسئلة، فيمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة الموقع الإلكتروني kp.org/medicare.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

D. المزايا المغطاة خارج نطاق Kaiser Permanente Dual Complete

هناك بعض الخدمات التي يمكنك الاستفادة منها وليست ضمن تغطية خطة Kaiser Permanente Dual Complete ولكنها تخضع لتغطية Medicare أو Medi-Cal أو هيئة تابعة للولاية أو المقاطعة. هذه ليست قائمة كاملة. اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموضحة في أسفل هذه الصفحة لمعرفة المزيد عن هذه الخدمات.

الخدمات الأخرى التي يغطيها Medicare أو Medi-Cal أو هيئة تابعة للولاية	التكاليف
بعض خدمات رعاية المسنين المغطاة خارج Kaiser Permanente Dual Complete	$0
إعادة التأهيل النفسي	$0
إدارة الحالة المستهدفة	$0
برنامج الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية Medi-Cal Rx (Medi-Cal Rx Outpatient Prescription Drug Program)	$0
بعض خدمات طب الأسنان تتوفر مزايا طب الأسنان مقابل الرسوم (FFS) أو رعاية الأسنان المدارة (DMC) التابعة لـ Medi-Cal حسب مقاطعتك. للحصول على معلومات عن تغطية رعاية الأسنان لدى Medi-Cal، تواصل مع: ○ برنامج Dental FFS: **1-800-322-6384** (TTY **1-800-735-2922**) أو **www.smilecalifornia.org**. ○ تتوفر خطة Dental MC في مقاطعة Los Angeles ومقاطعة Sacramento: **1-800-430-4263** (TTY **1-800-430-7077**) أو **www.dental.dhcs.ca.gov/**.	$0
خدمات العلاج من اضطراب تعاطي المخدرات	$0
خدمات الصحة العقلية المتخصصة	$0
خدمات الدعم في المنزل	$0
خدمات الاستثناءات المنزلية والمجتمعية	$0
برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض	$0
خدمات المركز الإقليمي التي تغطيها Medi-Cal	$0
توفير الغرفة والمأكل والمشرب في مصحة	$0

E. الخدمات التي لا تغطيها خطة Kaiser Permanente Dual Complete وMedicare وMedi-Cal

هذه ليست قائمة كاملة. اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموضحة في أسفل هذه الصفحة لمعرفة المزيد عن الخدمات المستثناة الأخرى.

الخدمات التي لا تغطيها Kaiser Permanente Dual Complete وMedicare وMedi-Cal	
يلزم إجراء بعض الفحوصات والخدمات: • للحصول على وظيفة أو للاستمرار بها • للحصول على تأمين • للحصول على أي نوع من التراخيص • بموجب أمر من المحكمة أو إذا كانت من أجل الإفراج المشروط أو الوضع تحت الاختبار	لا يسري هذا الاستثناء إذا اكتشف الطبيب التابع للشبكة أن الخدمات لازمة طبيًا.
المعدات أو المستلزمات المخصصة للحصول على الراحة أو الرفاهية أو الأغراض التيسيرية. وتشمل هذه العناصر المخصصة فقط لراحة أو ملاءمة العضو، أو أحد أفراد الأسرة، أو مقدم الرعاية الصحية لأحد الأعضاء.	لا ينطبق هذا الاستثناء على مضخات الثدي التي تباع بالتجزئة والتي يتم توفيرها للنساء بعد الحمل. ولا يسري هذا الاستثناء أيضًا على العناصر المعتمدة لك ضمن خدمات الدعم المجتمعية.
الخدمات التجميلية. الخدمات الهادفة إلى تغيير مظهرك (تشمل إجراء عمليات جراحية للأجزاء العادية من الجسم لتغيير مظهرك).	لا ينطبق هذا الاستثناء على الأجهزة التعويضية المغطاة: • الغرسات الخصوية التي تتم زراعتها كجزء من الجراحة الترميمية المشمولة بالتغطية • الثدي الاصطناعي اللازم بعد عملية استئصال الثدي أو استئصال ورم • الأجهزة التعويضية لاستبدال عضو خارجي بالوجه كامل أو جزء منه
الخدمات التجريبية	الخدمات التجريبية هي الأدوية أو المعدات أو الإجراءات أو الخدمات التي يجري اختبارها في مختبر أو على الحيوانات ولكنها ليست جاهزة للاختبار على البشر، باستثناء تلك التي تغطيها دراسة بحثية سريرية كما هو موضح في *دليل الأعضاء*.
العناصر والخدمات التي ليست عناصر وخدمات مخصصة للرعاية الصحية	ما لم تتم الموافقة عليها بموجب تغطية Medi-Cal ضمن برنامج بدل الخدمات (In Lieu of Services) أو الأجهزة الطبية المعمرة.

الخدمات التي لا تغطيها Kaiser Permanente Dual Complete وMedicare وMedi-Cal	
وسائل وخدمات لتعزيز نمو الشعر أو منع تساقطه أو علاجات أخرى لذلك.	
خدمات علاج التدليك	لا يسري هذا الاستثناء على الخدمات العلاجية التي تمثل جزءًا من خطة العلاج الطبيعي.
ممرضات المهام الخاصة أو الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك	
لا يغطي برنامج Medicare العناية الروتينية بالقدم وخدماتها	
الخدمات التي لا تُعد "معقولة أو ضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal.	ما لم نضع قائمة بهذه الخدمات باعتبارها مشمولة بالتغطية، لا يسري هذا الاستثناء على الخدمات أو الأدوية غير المشمولة بالتغطية من برنامج Medicare ولكنها مغطاة ضمن خطتنا.
الخدمات غير المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الفيدرالية	نحن لا نغطي الأدوية والمكملات والاختبارات واللقاحات والأجهزة والمواد المشعة وأي خدمات أخرى تتطلب بموجب القانون موافقة إدارة الغذاء والدواء الفيدرالية ("FDA") لبيعها في الولايات المتحدة من دون أن توافق عليها إدارة الغذاء والدواء. لا ينطبق هذا الاستثناء على المواقف التالية: خدمات الطوارئ المشمولة بالتغطية التي تُقدم في كندا أو المكسيك، والخدمات المشمولة بالتغطية ضمن التجارب السريرية، والخدمات المقدمة كجزء من الخدمات الاستقصائية المشمولة بالتغطية.
الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في منشآت المحاربين القدامى (Veterans Affairs, 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. ولا تزال تتحمل مسؤولية مبالغ المشاركة في التكلفة، إن وجدت.
عندما تكون إحدى الخدمات غير مشمولة بالتغطية، تُستثنى جميع الخدمات المتعلقة بالخدمة غير المغطاة.	لا ينطبق هذا الاستثناء على علاج المضاعفات الناتجة عن الخدمات غير المغطاة، إذا كانت ستتم تغطية هذه المضاعفات بخلاف ذلك. فعلى سبيل المثال، إذا كانت لديك جراحة تجميلية غير مغطاة، فلن نغطي الخدمات التي تحصل عليها للتحضير للجراحة أو لرعاية المتابعة. ولكن إذا تعرضت لاحقًا لمضاعفات خطيرة تهدد الحياة مثل عدوى خطيرة، فإن هذا الاستثناء لن يُطبق وسنغطي الخدمات اللازمة لعلاج المضاعفات ما دامت هذه الخدمات مشمولة بالتغطية بموجب *دليل الأعضاء*.

الخدمات التي لا تغطيها Kaiser Permanente Dual Complete وMedicare وMedi-Cal	
خدمات الرعاية الشخصية غير اللازمة طبيًا، مثل المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (مثل: المشي والذهاب إلى الفراش والنهوض منه والاستحمام وارتداء الملابس والتغذية والمساعدة في الحمام وتناول الأدوية).	لا يسري هذا الاستثناء على المساعدة في أنشطة الحياة اليومية التي يتم توفيرها كجزء من التغطية الموصوفة والمشمولة بالتغطية ضمن الأقسام التالية: • الرعاية في مرحلة الاحتضار والرعاية التلطيفية • خدمات الرعاية والدعم طويلة الأجل • التمريض المتخصص/المتوسط/رعاية الحالات شبه الحادة • الدعم المجتمعي
عكس التعقيم.	
الخدمات التي يقدمها أشخاص غير مرخصين. وتشمل الخدمات التي يؤديها بأمان وفعالية أشخاص لا يحتاجون إلى تراخيص أو شهادات تمنحها الدولة لتقديم خدمات الرعاية الصحية وحيث لا تتطلب حالة العضو تقديم الخدمات من قِبل مقدم رعاية صحية مرخص.	لا ينطبق هذا الاستثناء على الحالات التالية: • وسائل الدعم المجتمعي المعتمدة من أجلك. • خدمات مدربة الولادة الطبيعية المشمولة بالتغطية. • خدمات العاملين في مجال الصحة المجتمعية المشمولة بالتغطية.

F. حقوقك بصفتك عضوًا في الخطة

باعتبارك عضوًا في Kaiser Permanente Dual Complete، فإنك تتمتع بحقوق معينة. ويمكنك ممارسة هذه الحقوق من دون التعرض لعقاب. ويمكنك أيضًا الاستفادة من هذه الحقوق من دون فقدان خدمات الرعاية الصحية. سنخبرك بحقوقك مرة واحدة في العام على الأقل. لمعرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك، يُرجى الاطلاع على *دليل الأعضاء*. وتتضمن حقوقك، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- **لديك الحق في الاحترام والإنصاف والكرامة.** ويشمل هذا ما يلي:
  - الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية من دون القلق بشأن حالتك الطبية أو الحالة الصحية أو تلقي الخدمات الصحية أو المطالبات أو السجل الطبي أو الإعاقة (تشمل الإعاقة الذهنية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العِرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة
  - الحصول على معلومات بلغات وتنسيقات أخرى (مثل، الطباعة بحروف كبيرة أو طريقة برايل أو ملف صوتي) مجانًا
  - عدم وجود أي قيود جسدية أو عزلة
- **لديك الحق في الحصول على معلومات عن الرعاية الصحية المخصصة لك.** ويتضمن هذا الحصول على معلومات عن العلاج وخيارات العلاج المتاحة لك. يجب أن تُقدم هذه المعلومات بلغة وتنسيق يمكِّنك من فهمها. ويتضمن ذلك الحق في الحصول على معلومات عن:
  - وصف الخدمات التي نغطيها
  - كيفية الحصول على الخدمات
  - تكلفة الخدمات
  - أسماء مقدمي الرعاية الصحية
- **لديك الحق في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك، ومنها رفض العلاج.** ويشمل هذا ما يلي:
  - PCP وتغيير مقدم الرعاية الحالي في أي وقت خلال العام.
  - اللجوء إلى مقدم الرعاية الصحية للنساء من دون إحالة
  - الحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية سريعًا
  - معرفة جميع خيارات العلاج، مهما كانت تكلفتها أو ما إذا كانت مشمولة بالتغطية أم لا
  - رفض العلاج، وإن كانت توصية مقدم الرعاية الصحية المتابع للحالة تعارض هذا القرار
  - التوقف عن تناول الأدوية، وإن كانت توصية مقدم الرعاية الصحية المتابع للحالة تعارض هذا القرار
  - طلب رأي آخر. سوف تقوم Kaiser Permanente Dual Complete بدفع تكلفة زيارة الرأي الثاني الخاصة بك
  - الإبلاغ برغبات الرعاية الصحية التي تريدها في توجيه مسبق

- **لديك الحق في الوصول إلى الرعاية في حينها من دون الحاجة إلى أي اتصال أو تخطي حواجز مادية.** ويشمل هذا ما يلي:
  - الحصول على رعاية طبية في حينها
  - الدخول إلى عيادة مقدم الرعاية الصحية والخروج منها. وهذا يعني إمكانية الوصول إلى الأشخاص أصحاب الإعاقة من دون التعرض لحواجز، وفقًا للقانون الأمريكي لذوي الإعاقة.
  - توفير مترجمين فوريين للمساعدة في التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية وخطتك الصحية
- **لديك الحق في طلب رعاية طارئة وعاجلة عند الحاجة إليها.** ما يعني أن لديك الحق في:
  - الحصول على خدمات الطوارئ من دون إذن مسبق في حالة الطوارئ
  - اللجوء إلى مقدم رعاية من خارج الشبكة في الحالات العاجلة أو الطارئة عند الضرورة
- **لديك الحق في الحفاظ على السرية والخصوصية.** ويشمل هذا ما يلي:
  - طلب نسخة من سجلاتك الطبية والحصول عليها بتنسيق يمكِّنك من فهمها، وطلب إجراء تعديلات بها أو تصحيحها
  - الحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية
- **لديك الحق في تقديم شكوى أو استئناف على خدمة مرفوضة أو متأخرة أو معدلة. يُرجى مراجعة القسم G أدناه.** ويشمل هذا ما يلي:
  - تقديم شكوى أو تظلم ضدنا أو ضد مقدمي الرعاية لدينا
  - الطعن ضد قرارات معينة اتخذها مقدمو الرعاية لدينا
  - تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (Department of Managed Health Care, DMHC) من خلال رقم الهاتف المجاني (1-888-466-2219)، أو خط TDD على الرقم (1-877-688-9891) لذوي الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام. تتوفر على موقع DMHC الإلكتروني (www.dmhc.ca.gov)، نماذج للشكاوى ونماذج لطلب مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review, IMR)، وتعليمات عبر الإنترنت.
    - اطلب من DMHC الحصول على IMR لدى Medi-Cal أو الأدوية الطبية بطبيعتها
    - طلب عقد جلسة استماع بالولاية
    - احصل على سبب تفصيلي لرفض الخدمات واطلب نسخًا مجانية من جميع المعلومات المستخدمة لاتخاذ القرار

لمعرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك، يمكنك الاطلاع على *دليل الأعضاء*. إذا لم تكن لديك نسخة من دليل الأعضاء، فاتصل بخدمات الأعضاء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete على الأرقام الموضحة في أسفل هذه الصفحة.

يمكن أيضًا للأشخاص المشتركين في Medicare وMedi-Cal الاتصال بمحقق شكاوى خاص على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين حتى الجمعة، من 9 صباحًا إلى 5 مساءً، أو بمكتب محقق الشكاوى التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين حتى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً.

G. كيفية تقديم شكوى أو طعن على خدمة مرفوضة أو متأخرة أو معدلة

إذا كانت لديك شكوى أو تعتقد أن Kaiser Permanente Dual Complete قد رفضت إحدى الخدمات أو أخرتها أو عدّلتها بشكلٍ غير صحيح، فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل هذه الصفحة. يمكنك أيضًا تقديم شكوى كتابيًا إلى العنوان الموضح أدناه. قد تتمكن من الطعن في قرارنا.

للاستفسار عن الشكاوى والاستئنافات، يمكنك الاطلاع على **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete على الأرقام الموضحة في أسفل هذه الصفحة.

قرارات التغطية والطعن والشكاوى حول الرعاية الطبية

قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية هو قرار يتعلق بما يلي:

- المزايا والخدمات المشمولة بالتغطية **أو**
- المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.

الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه بشأن تغطيتك ومطالبتنا بتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً أو لا نوافق على القرار.

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد 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. ويمكنك أيضًا تقديم **شكوى** إلينا بشأن جودة الرعاية التي حصلت عليها أو تقديمها إلى منظمة تحسين الجودة. يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام النموذج المتوفر على **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**. أو يمكنك الاتصال بالرقم **1-800-MEDICARE** (**1-800-633-4227**) لطلب المساعدة. يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج الشكاوى بالاتصال بالرقم **1-888-452-8609**. من الاثنين حتى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً، باستثناء العطلات الرسمية في الولاية.

الاتصال بـ	**1-800-443-0815** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية لمن لا يتحدثون اللغة الإنجليزية. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكوى لديك مؤهلاً للوصول إلى قرار سريع كما هو موضح في *دليل الأعضاء*، فاتصل بوحدة المراجعة العاجلة على الرقم **1-888-987-7247**، من 8:30 صباحًا إلى 5 مساءً، من الاثنين إلى السبت.
جهاز TTY	**711** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
الفاكس	إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكوى مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فأرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة المراجعة العاجلة على الرقم **1-888-987-2252**.
المراسلة	للحصول على قرار أو شكوى تغطية قياسية، قم بمراسلة مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع *دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات* لمعرفة المواقع). للطعن العادي، اكتب إلى العنوان الموضح في إشعار الرفض الذي نرسله إليك. إذا كان قرار التغطية أو الطعن أو الشكوى الخاص بك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع، فقم بالمراسلة على العنوان التالي: Kaiser Permanente Expedited Review Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
موقع الويب	يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا مباشرة إلى برنامج Medicare. لإرسال الشكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقِل إلى الموقع الإلكتروني **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx**.

قرارات التغطية للأدوية الموصوفة في الجزء D

قرار التغطية بشأن أدويتك من برنامج Medicare هو قرار بخصوص ما يلي:

- المزايا التي تستفيد منها والأدوية المشمولة بالتغطية لدى Medicare
- أو المبلغ الذي ندفعه مقابل أدويتك من Medicare.

الاتصال بـ	**1-877-645-1282** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية لمن لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.
جهاز TTY	**711** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
الفاكس	**1-844-403-1028**
المراسلة	OptumRx c/o Prior Authorization P.O. Box 25183 Santa Ana, CA 92799
موقع الويب	**kp.org**

الطعون بخصوص الأدوية الموصوفة في الجزء D

الطعن عبارة عن وسيلة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.

الاتصال بـ	**1-866-206-2973** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً. تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية لمن لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.
جهاز TTY	**711** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
الفاكس	**1-866-206-2974**
المراسلة	Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
موقع الويب	**kp.org**

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-800-443-0815 (TTY 711)، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً. المكالمة مجانية.
لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة kp.org/medicare.

الشكاوى بشأن الأدوية الموصوفة في الجزء D

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. ويتضمن هذا الشكاوى بشأن الأدوية الموصوفة من Medicare.

إذا كانت شكواك بشأن قرار التغطية المتعلق بالأدوية الموصوفة من Medicare، فيمكنك تقديم استئناف (راجع "الاستئنافات ضد الأدوية الموصوفة في الجزء D" أعلاه).

الاتصال بـ	**1-800-443-0815** هذه المكالمات مجانية. 7 أيام في الأسبوع من 8 صباحًا حتى 8 مساءً. إذا كانت شكواك مؤهلة للحصول على قرار سريع، فاتصل بوحدة الجزء D على الرقم **1-866-206-2973**، من 8:30 صباحًا إلى 5 مساء، من الاثنين حتى الجمعة. راجع **الفصل 9** لمعرفة ما إذا كانت مشكلتك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع. تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية لمن لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.
جهاز TTY	**711** هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً.
الفاكس	إذا كانت شكواك مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فأرسل طلبك بالفاكس إلى وحدة الجزء D على الرقم **1-866-206-2974.**
المراسلة	لإجراء شكوى قياسية، قم بمراسلة مكتب خدمات الأعضاء المحلي لديك (راجع *دليل الصيدليات ومقدمي الخدمات* لمعرفة المواقع). إذا كانت الشكوى مؤهلة لاتخاذ قرار سريع، فقم بالمراسلة على العنوان التالي: Kaiser Permanente Medicare Part D Unit P.O. Box 1809 Pleasanton, CA 94566
موقع الويب	يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا مباشرة إلى برنامج Medicare. لإرسال الشكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقِل إلى الموقع الإلكتروني **www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.**

منظمة تحسين الجودة (QIO)

تضم ولايتنا منظمة تسمى Commence Health. وهذه المنظمة عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المنضمين إلى برنامج Medicare. ولا ترتبط Commence Health بخطتنا. اتصل بـ Commence Health للمساعدة في:

- الرد على الاستفسارات الخاصة بحقوق رعايتك الصحية
- يمكنك تقديم شكوى بشأن الرعاية التي تحصل عليها في الحالات الآتية:
  - إذا كانت لديك مشكلة في جودة الرعاية،
  - تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي في وقت قريب للغاية، 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.

الاتصال بـ	**1-877-588-1123** الاتصال بهذا الرقم مجاني. من الاثنين إلى الجمعة، من 9 صباحًا إلى 5 مساءً. في عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية، من الساعة 10 صباحًا إلى الساعة 4 مساءً.
جهاز TTY	**711**
المراسلة	Commence Health BFCC-QIO Program P.O. Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
موقع الويب	**www.livantaqio.cms.gov**

إدارة الرعاية الصحية المُدارة في كاليفورنيا

تعتبر دائرة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كانت لديك شكوى بخصوص خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم **1-800-443-0815** واستخدام آلية التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. لا يحظر استخدام إجراء التظلم أي حقوق قانونية أو تعويضات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم تقم خطتك الصحية بتسويته بشكل يرضيك، أو تظلم ظل من دون حل لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة طلبًا للمساعدة. قد تكون أيضًا مؤهلاً لإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً لإجراء مراجعة طبية مستقلة، فإن هذه العملية 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. يتوفر لدى القسم أيضًا رقم هاتف مجاني **1-888-466-2219** وخط TDD **1-877-688-9891** للصُم والبكم. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة **www.dmhc.ca.gov** على نماذج شكوى ونماذج IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

H. ماذا تفعل إذا كنت تشك في تعرضك للاحتيال؟

يتسم أغلب اختصاصي الرعاية الصحية والمؤسسات بالأمانة. لكن لسوء الحظ، قد لا يتحلى بعضهم بالأمانة.

إذا كنت تعتقد أن ثَمة أمر غير صحيح، يقوم به طبيب أو مستشفى أو صيدلية، فيُرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمات الأعضاء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete. أرقام الهواتف موضحة أسفل هذه الصفحة.
- أو اتصل بمركز خدمة العملاء لدى Medi-Cal على 1-800-541-5555. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-800-430-7077.
- أو اتصل هاتفيًا بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يستطيع مستخدمو TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا.

إذا كانت لديك استفسارات عامة أو أسئلة عن خطتنا أو خدماتنا أو منطقة الخدمات أو الفوترة أو بطاقة هوية العضو، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لخطة Kaiser Permanente Dual Complete:

- **1-800-443-0815** (TTY **711**).
- الاتصال بهذا الرقم مجاني. من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
- تقدم خدمات الأعضاء أيضًا خدمات الترجمة الشفوية المجانية المتاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.

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**