

2026

دليل التغطية

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

California H5649-009-000

Ventura County

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

دليل التغطية الخاص بما يلي: 2026

مزايا وخدمات الرعاية الصحية في Medicare وتغطية الأدوية كونك عضوًا في خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

توفر لك هذه الوثيقة التفاصيل اللازمة بشأن الرعاية الصحية وتغطية الأدوية من برنامج Medicare خلال الفترة ما بين 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2026. تعد هذه الوثيقة وثيقة قانونية مهمة. لذا يجب الاحتفاظ بها في مكان آمن. توضح هذه الوثيقة المزايا والحقوق التي تتمتع بها. استخدم هذه الوثيقة لفهم ما يلي:

- أقساط خطتك ومبالغ تقاسم التكاليف
- المزايا الطبية والدوائية
- كيفية تقديم شكوى حال عدم رضاك عن مستوى الخدمة أو العلاج
- كيفية الاتصال بنا
- أوجه الحماية الأخرى المطلوبة بموجب قانون Medicare

لأسئلة حول هذا الوثيقة، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866). (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل من 1 أكتوبر - 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. هذه المكالمات مجانية.

يتم تقديم هذه الخطة، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، من قبل Central Health Plan of California, Inc. (عندما يشير دليل التغطية بالضمائم "نحن" أو "نا" أو "خاصتنا"، فإنها تعني Central Health Plan of California, Inc. وعندما يشير بالفاظ "خطة" أو "خطتنا"، فإنها تعني Central Health Medi-Medi Plan II [HMO D-SNP]).

تتاح هذه المواد مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بلغة (لغات) غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو في شكل إصدار صوتي. يمكنكم الاتصال على 314-2427 (866)، (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711). المكالمات مجانية.

قد تطرأ تغييرات على المزايا و/أو المدفوعات المشتركة/التأمين المشترك في 1 يناير 2027.

قد تطرأ تغييرات على كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمة في أي وقت. سنتلقى إشعارًا بأي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء هذه التغييرات.

خطة Central Health Medicare هي إحدى خطط HMO/HMO SNP المتعاقدة مع Medicare. يتوقف التسجيل في خططنا على تجديد العقد.

تمتثل Molina Healthcare لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها كما أنها لا تمارس أي تمييز في المعاملة على أساس الإثنية أو الأصل العرقي أو الأصل القومي أو الدين أو الجنس أو نوع الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو تلقي الرعاية الصحية، أو التجربة في المطالبات، أو التاريخ الطبي، أو المعلومات الجينية، أو أدلة التأمين، أو الموقع الجغرافي.

H5649_26_009_CA_EOC_C

CA-H5649-9-EC-AR-26-S-V2

2026 دليل التغطية

جدول المحتويات

4	البدا كعضو	الفصل 1:
4.....	أنت عضو في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)	القسم 1
5.....	متطلبات الأهلية للخطة	القسم 2
7.....	المواد الهامة المتعلقة بالعضوية	القسم 3
8.....	ملخص التكاليف الهامة	القسم 4
11.....	المزيد من المعلومات حول أفساط الخطة الشهرية	القسم 5
12.....	الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطة	القسم 6
12.....	كيف تتعاون جهات التأمين الأخرى مع خطتنا	القسم 7
14	أرقام الهاتف والموارد	الفصل 2:
14.....	جهات الاتصال لـ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)	القسم 1
17.....	الحصول على المساعدة من Medicare	القسم 2
18.....	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	القسم 3
19.....	هيئة تحسين الجودة (QIO)	القسم 4
19.....	الضمان الاجتماعي	القسم 5
20.....	Medicaid	القسم 6
21.....	البرامج المخصصة لمساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة	القسم 7
23.....	مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB)	القسم 8
24.....	إذا كان لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟	القسم 9
25	استخدام خطتنا لرعايتك الطبية بالإضافة إلى الخدمات المغطاة الأخرى	الفصل 3:
25.....	كيفية الحصول على الرعاية الطبية بالإضافة إلى الخدمات الأخرى كعضو في خطتنا	القسم 1
26.....	الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية بالإضافة إلى الخدمات الأخرى	القسم 2
29.....	كيفية الحصول على خدمات في حالات الطوارئ، أو الكوارث، أو الحاجة الملحة للرعاية	القسم 3
31.....	ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة عن التكلفة الكاملة لخدماتك المغطاة؟	القسم 4
31.....	الخدمات الطبية في الدراسة البحثية السريرية	القسم 5
32.....	قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية	القسم 6
33.....	قواعد ملكية الأجهزة الطبية المعمرة	القسم 7
35	مخطط المزايا الطبية (ما يتم تغطيته وما تدفعه)	الفصل 4:
35.....	فهم التكاليف التي تدفعها مقابل الخدمات المغطاة	القسم 1
35.....	يوضح مخطط المزايا الطبية المزايا والتكاليف الطبية الخاصة بك	القسم 2
71.....	الخدمات المغطاة خارج Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)	القسم 3
71.....	الخدمات غير المغطاة من جانب خطتنا	القسم 4
74	استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء D	الفصل 5:
74.....	القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D من الخطة	القسم 1

الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة.....	القسم 2	74.....
يجب أن تكون أديتك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة.....	القسم 3	77.....
الأدوية التي يُفرض عليها قيود في التغطية.....	القسم 4	78.....
ما يمكنك فعله حال عدم تغطية أحد أديتك بالطريقة التي تريد تغطيتها بها.....	القسم 5	79.....
قد تخضع قائمة الأدوية للتغيير خلال العام.....	القسم 6	81.....
أنواع الأدوية التي لا نغطيها.....	القسم 7	82.....
كيفية صرف الأدوية الموصوفة.....	القسم 8	83.....
الجزء D تغطية الأدوية في المواقف الخاصة.....	القسم 9	83.....
البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية.....	القسم 10	85.....
الفصل 6: ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D.....		87
ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D.....	الفصل 1	87.....
مراحل الدفع مقابل الأدوية لأعضاء Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) members.....	SECTION 2	89.....
يوضح شرح المزايا الخاص بالجزء D مرحلة الدفع الحالية لك.....	القسم 3	89.....
مرحلة الخصم.....	القسم 4	90.....
مرحلة التغطية الأولية.....	القسم 5	90.....
مرحلة التغطية القصوى.....	القسم 6	94.....
ما تدفعه مقابل لفاحات الجزء D.....	القسم 7	94.....
الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة مقابل الحصول على الخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة.....		96
الحالات التي يجب خلالها مطالبتنا بدفع تكلفة الخدمات أو الأدوية المغطاة.....	القسم 1	96.....
كيفية مطالبتنا برد المبلغ إليك أو سداد فاتورة كنت قد تلقيتها.....	القسم 2	97.....
سننظر في طلب الدفع ثم نقرر الموافقة أو عدم الموافقة.....	القسم 3	98.....
الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك.....		99
يجب على خطتنا أن نحترم حقوقك وحساسياتك الثقافية.....	القسم 1	99.....
مسؤولياتك كعضو في الخطة.....	القسم 2	106.....
الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى).....		108
الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف.....	القسم 1	108.....
مصادر الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة المخصصة.....	القسم 2	108.....
ما العملية التي تستخدمها للمساعدة في حل مشكلتك.....	القسم 3	110.....
التعامل مع المشكلات المتعلقة بـ Medicare.....	القسم 4	111.....
دليل قرارات التغطية والاستئنافات.....	القسم 5	111.....
الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.....	القسم 6	113.....
أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.....	القسم 7	118.....
كيفية مطالبتنا بتغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت تعتقد أنك غادرت المستشفى مبكرًا.....	القسم 8	124.....
كيف يمكنك مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك تنتهي خلال وقت قريب للغاية.....	القسم 9	127.....
الانتقال باستئنافك إلى المستويات 3، 4 و 5.....	القسم 10	130.....

131.....	كيف يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية، أو أوقات الانتظار، أو خدمة العملاء، أو المخاوف الأخرى	القسم 11
133.....	التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid	القسم 12
135	إنهاء عضويتك في خطتنا	الفصل 10:
135.....	إنهاء عضويتك في خطتنا	الفصل 1
135.....	متى يمكنك إلغاء عضويتك في خطتنا؟	القسم 2
137.....	كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا	القسم 3
138.....	يجب أن تستمر في الحصول على العناصر الطبية، والخدمات والأدوية من خلال خطتنا حتى انتهاء عضويتك	القسم 4
138.....	يجب على Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة خلال بعض الحالات المحددة	القسم 5
140	الإشعارات القانونية	الفصل 11:
140.....	إشعار بشأن القانون الحاكم	القسم 1
140.....	إشعار بشأن عدم التمييز	القسم 2
140.....	إشعار حول حقوق الحلول لجهة الدفع الثانوية في برنامج Medicare	القسم 3
141	التعريفات	الفصل 12:

الفصل 1: البدء كعضو

القسم 1 أنت عضو في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

القسم 1.1 أنت مسجل في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وهي خطة لذوي الاحتياجات الخاصة من Medicare

أنت مشمول بتغطية كل من Medicare و Medicaid:

- **Medicare** هو أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص دون سن 65 عامًا ممن يعانون من بعض الإعاقات والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية.
- **Medicaid** هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. تختلف تغطية Medicaid حسب الولاية ونوع Medicaid الذي لديك. يحصل بعض الأشخاص المشتركين في Medicaid على مساعدة في دفع أقساط Medicare والتكاليف الأخرى. ويحصل أشخاص آخرون أيضًا على تغطية للخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

لقد تم اختيارك للحصول على الرعاية الصحية من برنامج Medicare بالإضافة إلى تغطية الأدوية من خلال خطتنا، Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). تغطي خطتنا جميع خدمات الجزء A والجزء B. ومع ذلك، يختلف مبلغ تقاسم التكاليف وإمكانية الوصول إلى مقدم الخدمات في هذه الخطة عن Original Medicare.

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) هي خطة متخصصة من قبل Medicare Advantage (خطة لذوي الاحتياجات الخاصة تابعة لـ Medicare)، مما يعني أن المزايا المضمنة بها مصممة للأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة فيما يتعلق بالرعاية الصحية. تم إعداد Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) للأشخاص الذين يتمتعون بخدمات برنامج Medicare ممن يحق لهم أيضًا الحصول على المساعدة من Medicaid.

نظرًا لأنك تحصل على مساعدة من برنامج Medicaid فيما يتعلق بمبلغ تقاسم التكاليف في Medicare Part A و B من برنامج Medicare (الاستقطاعات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك)، فقد لا تدفع شيئًا مقابل خدمات Medicare. يوفر برنامج Medicaid أيضًا مزايا أخرى لك من خلال تغطية خدمات الرعاية الصحية التي لا يغطيها عادةً برنامج Medicare. وستتلقى أيضًا خدمات Extra Help من Medicare لدفع تكاليف الأدوية من جانب Medicare. ستساعدك Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) في إدارة جميع هذه المزايا، حتى يتسنى لك الحصول على خدمات الرعاية الصحية والمساعدة في الدفع التي يحق لك الحصول عليها.

تُدار خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) من خلال شركة خاصة. مثل جميع خطط Medicare Advantage، تمت الموافقة على خطة Medicare Special Needs من قبل Medicare. ومن ناحية أخرى، ترتبط الخطة أيضًا بعقد مع برنامج Medicaid في ولاية California للتنسيق بشأن مزايا Medicaid الخاصة بك. يسعدنا أن نقدم لك تغطية Medicare، بما في ذلك تغطية الأدوية.

القسم 1.2 المعلومات القانونية حول دليل التغطية

يمثل دليل التغطية هذا جزءًا من تعاقدا معك بشأن كيفية قيام Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بتغطية رعايتك. وتتضمن الأجزاء الأخرى من هذا التعاقد نموذج التسجيل، بالإضافة إلى قائمة الأدوية المغطاة (الوصفات)، وأي إشعارات تتلقاها منا بشأن التغييرات في التغطية أو الشروط التي تؤثر على تغطيتك. يطلق على هذه الإشعارات في بعض الأحيان اسم الملاحق أو التعديلات.

يسري العقد على الأشهر التي تم تسجيلك فيها في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خلال الفترة ما بين 1 يناير 2026 و31 ديسمبر 2026.

في كل سنة تقويمية، يسمح لنا برنامج Medicare بإجراء تغييرات على الخطط التي نقدمها. وهذا يعني أنه يمكننا تغيير تكاليف ومزايا Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بعد 31 ديسمبر 2026. كما يمكننا التوقف عن تقديم خطتنا في منطقة خدمتك، بعد 31 ديسمبر 2026.

يجب أن يوافق (Centers for Medicare & Medicaid Services) Medicare على Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). يمكنك الاستمرار في الحصول على تغطية Medicare كل عام كعضو في خطتنا طالما اخترنا الاستمرار في تقديم خطتنا مع تجديد كل من Medicare و Medicaid موافقتهم على الخطة.

القسم 2 متطلبات الأهلية للخطة

القسم 2.1 متطلبات الأهلية

سوف تكون مؤهلاً للعضوية في خطتنا طالما أنك تستوفي جميع الشروط التالية:

- الاشتراك في Medicare Part A و Medicare Part B
- الإقامة في منطقة خدمتنا الجغرافية (الموضحة في القسم 2.3). لا يُعدّ المسجونون في نطاق خدمتنا أفراداً يعيشون في نطاق الخدمة الجغرافي حتى وإن كانوا موجودين في هذا النطاق بالفعل.
- أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو تتواجد بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- أن تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه.

متطلبات الأهلية الخاصة لخطتنا

القسم 2.2 Medicaid

Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. تقرر كل ولاية ما الذي يعتبر دخلاً وموارد، ومن هو المؤهل، وما هي الخدمات التي يتم تغطيتها، وتكلفة الخدمات. ويمكن أن تقرر الولايات كيفية إدارة برامجها الخاصة بها، طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، هناك برامج مقدمة من خلال Medicaid تساعد الأشخاص على دفع تكاليف Medicare الخاصة بهم، مثل أقساط Medicare. تساعد "Medicare Savings Programs" الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير الأموال كل عام:

- **المستفيد المؤهل من برنامج Medicare - Plus (QMB+)**: يدفع برنامج Medicaid أقساط Medicare Part A و Medicare Part B بالإضافة إلى الخصومات، والتأمين المشترك، والمدفوعات المشتركة. تحصل على تغطية Medicaid لحصة تكلفة Medicare وستكون مؤهلاً لمزايا Medicaid الكاملة.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary-Plus (SLMB+)**: يساعد في دفع أقساط الجزء (B) وهو مؤهل أيضاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
- **الأفراد المؤهلون بشكل مزدوج للمزايا الكاملة (FBDE)**: في بعض الأحيان، قد يكون الأفراد مؤهلون للحصول على تغطية محدودة لمبلغ تقاسم التكاليف من قبل Medicare بالإضافة إلى مزايا Medicaid الكاملة.

القسم 2.3 منطقة خدمة الخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

تتوفر خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) للأفراد الذين يعيشون في منطقة خدمة الخطة فقط. لكي تظل عضواً في خطتنا، يجب عليك الاستمرار في الإقامة في منطقة خدمة الخطة. يتم وصف منطقة الخدمة أدناه.

يتضمن نطاق خدمتنا المقاطعات التالية في California: Ventura County.

إننا نوفر التغطية في العديد من الولايات. ومع ذلك، قد تكون هناك تكلفة أو فروق أخرى بين الخطط التي نقدمها في كل ولاية. إذا كنت تخطط للانتقال إلى ولاية جديدة، فيجب عليك أيضًا الاتصال بمكتب Medicaid في ولايتك والاستفسار عن كيفية تأثير هذه الخطوة على مزايا Medicaid الخاصة بك. أرقام هواتف Medicaid موجودة في الفصل 2، القسم 6 من هذا المستند.

إذا انتقلت خارج منطقة خدمة خطتنا، فلا يمكنك الاستمرار كعضو في خطتنا. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لمعرفة إذا ما كان لنا خطة في منطقتك الجديدة. عند انتقالك من منطقتك، سيكون لديك فترة تسجيل خاصة تسمح لك بالتبديل إلى Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو الدوائية المتوفرة في موقعك الجديد.

في حال تغيير محل إقامتك أو عنوانك البريدي، فمن المهم أيضًا أن تتصل بالضمان الاجتماعي. يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778).

القسم 2.4 المواطنون الأمريكيون أو المقيمون بشكل قانوني

يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو أن تكون مقيمًا بشكل قانوني بها لكي تنضم كعضو إلى خطة Medicare الصحية. سوف يخطر Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خطة Medicare (the Centers for Medicare & Medicaid Services) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو في خطتنا على هذا الأساس. يتعين على Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) إلغاء تسجيلك حال عدم استيفاء هذا الشرط.

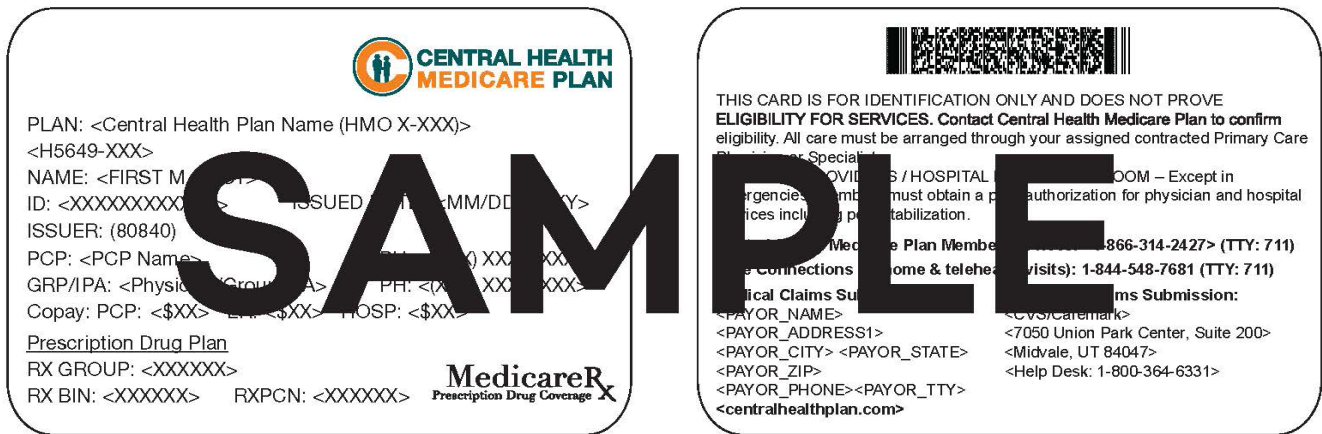
المواد الهامة المتعلقة بالعضوية

القسم 3

بطاقة عضوية الخطة

القسم 3.1

يجب عليك استخدام بطاقة عضويتك عند الحصول على خدمات مغطاة بموجب خطتنا وللاودية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدليات التابعة للشبكة. تذكر دائماً إظهار بطاقة هوية (ID) Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وبطاقة هوية California Department of Health Care Services Medicaid (ID) في كل مرة تتقدم فيها للحصول على الرعاية. يجب عليك أيضاً إظهار بطاقة Medicaid الخاصة بك لمقدم الخدمات. مثال لبطاقة العضوية:



لا تستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك للخدمات الطبية المغطاة أثناء عضويتك في هذه الخطة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة عضوية Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات الطبية بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare الخاصة بك في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهاره إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى، أو خدمات رعاية المسنين، أو المشاركة في الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare والتي تسمى أيضاً التجارب السريرية. إذا تعرضت بطاقة العضوية إلى التلف أو الفقدان أو السرقة؛ فاتصل على الفور بقسم خدمات الأعضاء، وسنرسل إليك بطاقة جديدة.

القسم 3.2 دليل مقدمي الرعاية والصيدليات:

يسرد دليل مقدمي الخدمات والصيدليات مقدمي الخدمات بالإضافة إلى الصيدليات التابعين للشبكة، بالإضافة إلى موردي الأجهزة الطبية المعمرة.

الصيدليات التابعة للشبكة هي جميع الصيدليات التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة المغطاة لأعضاء خطتنا. راجع الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على معلومات حول متى يمكنك استخدام الصيدليات غير الموجودة في شبكة الخطة.

مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم الأطباء وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية بالإضافة إلى موردي الأجهزة الطبية المعمرة، والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية المتعاقدة معنا لقبول مدفوعاتنا وأي مبالغ خاصة بتقاسم التكاليف تتعلق بالخطة كمدفوعات كاملة.

يجب عليك الاستعانة بمزودي الشبكة للحصول على الرعاية والخدمات الطبية الخاصة بك. وفي حال التوجه إلى مكان آخر للحصول على الخدمة دون موافقتنا، فسيُتبع عليك دفع تكاليف الخدمة كاملة. ويُستثنى من ذلك حالات الطوارئ والخدمات العاجلة في حال عدم إتاحة مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (أي في المواقف التي يكون فيها الحصول على الخدمات عبر الشبكة أمراً غير معقول أو غير ممكن)، بالإضافة إلى خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة والحالات التي تسمح فيها Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بالاستعانة بمقدمي خدمات غير تابعين للشبكة.

تتوفر أحدث قائمة لمقدمي الخدمات والصيدليات والموردين عبر موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com.

إذا لم يكن لديك نسخة من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، فيمكنك طلب نسخة (إلكترونية أو مطبوعة) من خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). سيتم إرسال نسخة مطبوعة من دليل مقدمي الخدمات إليك بالبريد خلال 3 أيام عمل.

القسم 3.3 قائمة الأدوية (كتيب الوصفات)

تحتوي خطتنا على قائمة الأدوية المغطاة (تسمى أيضاً قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات). حيث توضح الأدوية الموصوفة المغطاة بموجب ميزة الجزء D في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في هذه القائمة عن طريق الخطة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. يجب أن تفي قائمة الأدوية بمتطلبات Medicare. سيتم تضمين الأدوية ذات الأسعار المتفاوض عليها بموجب Medicare Drug Price Negotiation Program في قائمة الأدوية لديك ما لم يتم إزالتها واستبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم 6. وافق برنامج Medicare على "قائمة الأدوية" الخاصة بخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). وتخبرك قائمة الأدوية أيضاً بما إذا كانت هناك أي قواعد تحد من تغطية أدويةك.

سنزودك بنسخة من قائمة الأدوية. للحصول على المعلومات الكاملة والمحدثة حول الأدوية المغطاة، يمكنك زيارة centralhealthplan.com أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 4 ملخص التكاليف الهامة

تكاليفك لعام 2026	
\$0	قسط الخطة الشهري* *قد تزداد قيمة قسطك عن هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 4.1 للتعرف على التفاصيل.
\$9,250	الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة هذا هو أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الحصول على الخدمات المغطاة من قبل الجزء A و الجزء B. (راجع الفصل 4، القسم 1 للتعرف على التفاصيل.)
\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	زيارات عيادة الرعاية الأولية
\$0 مدفوعات مشتركة لكل زيارة	الزيارات لعيادات الأخصائيين
\$0 مدفوعات مشتركة لكل إقامة خاضعة لتغطية Medicare	إقامة المرضى الداخليين في المستشفى
\$250	خصومات تغطية الأدوية بموجب الجزء D (راجع الفصل 6، القسم 4 للتعرف على التفاصيل.)
وإذا كنت تتلقى Extra Help، فإن هذه الخصومات لا تنطبق عليك. يحتوي الفصل 6 على المزيد من التفاصيل حول التغطية والقيود.	

تكاليفك لعام 2026

المدفوعات المشتركة خلال مرحلة التغطية الأولية:

أدوية الفئة 1: \$0 مدفوعات مشتركة

أدوية الفئة 2: تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل جميع الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$1.60 أو \$4.

أدوية الفئة 3: مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية.

أدوية الفئة 4: مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية.

أدوية الفئة 5: مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية.

أدوية الفئة 6: \$0 مدفوعات مشتركة

مرحلة التغطية القصوى:

لن تدفع خلال هذه المرحلة مقابل جميع أدوية الجزء (D) المغطاة من جانب الخطة.

تغطية الأدوية بموجب الجزء D

(انتقل إلى الفصل 6 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك الخصومات السنوية ومراحل التغطية الأولية، التغطية القصوى.)

قد تشمل التكاليف الخاصة بك ما يلي:

- قسط الخطة (القسم 4.1)
- قسط Medicare الشهري الجزء B (القسم 4.2)
- غرامة التسجيل المتأخر الجزء (D) (القسم 4.3)
- المبلغ المعدل الشهري المرتبط بالدخل (القسم 4.4)
- مبلغ خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من برنامج Medicare (القسم 4.5)

القسم 4.1 قسط الخطة

لن تدفع قسطاً شهرياً منفصلاً لخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

إذا كنت تحصل على مساعدة من أحد تلك البرامج، فإن المعلومات المتعلقة بالأقساط في دليل التغطية لا تنطبق عليك. لقد أرسلنا إليك ملحقاً منفصلاً يُسمى "ملحق دليل التغطية" للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية (Extra Help) لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة (المعروف كذلك باسم ملحق إعانة محدود الدخل أو ملحق LIS)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذه المواد، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على LIS Rider.

القسم 4.2 قسط Medicare Part B الشهري

يُطلب من العديد من الأعضاء دفع أقساط Medicare الأخرى

يُطلب من بعض الأعضاء دفع أقساط Medicare الأخرى. كما هو موضح في القسم 2 أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب عليك الحفاظ على أهليتك لبرنامج Medicaid بالإضافة إلى الحصول على مزايَا Medicare Part A و Medicare Part B. بالنسبة لمعظم أعضاء Central Health Medi-Medi Plan II يدفع برنامج Medicaid قسط الجزء A الخاص بك (إذا لم تكن مؤهلاً للحصول عليه تلقائياً) بالإضافة إلى قسط الجزء B.

إذا لم يكن برنامج Medicaid يدفع أقساط Medicare الخاصة بك نيابةً عنك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare الخاصة بك لتظل عضواً في الخطة. ويتضمن ذلك قسط الجزء B وقد تدفع أيضاً قسط الجزء A، إذا لم تكن مؤهلاً للإعفاء من قسط الجزء A.

القسم 4.3 غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D

نظرًا لكونك مؤهلاً بشكل مزدوج، فلا تنطبق عليك غرامة التأخير في التسجيل (LEP) طالما تظل محافظاً على حالة التأهل المزدوج لديك، إلا أنه في حال فقدانها، قد تكون عرضة لهذه الغرامة. غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D هي قسط إضافي يجب دفعه لتغطية الجزء D إذا كانت هناك فترة تبلغ 63 يوماً أو أكثر على التوالي في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية الخاصة بك، أو أكثر لم تكن مشتركاً خلالها في الجزء D أو أي تغطية أخرى معتمدة للأدوية.

يتم تعريف تغطية الأدوية المعتمدة التي تُصرف بوصفة طبية بأنها تغطية تلي الحد الأدنى من معايير الرعاية الطبية حيث من المتوقع أن تدفع ما لا يقل عن التغطية المعتادة للأدوية الخاصة بـ Medicare في المتوسط. تعتمد تكلفة غرامة التأخير في التسجيل على المدة التي قضيتها بدون الجزء D أو أي تغطية للأدوية المعتمدة التي تُصرف بوصفة طبية. سيتعين عليك دفع هذه الغرامة طالما أنك تتمتع بتغطية الجزء D.

لست مطالباً بدفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا:

- إذا كنت تتلقى خدمات Extra Help من Medicare لدفع تكاليف الأدوية.
- لم تكن لديك تغطية معتمدة لأكثر من 63 يوماً متتالية.
- كنت تتمتع بتغطية معتمدة للأدوية عبر أحد المصادر الأخرى (مثل صاحب عمل سابق أو نقابة أو برنامج TRICARE أو إدارة صحة قدامى المحاربين [VA]). ستخبرك شركة التأمين أو قسم الموارد البشرية لديك كل عام إذا كانت تغطية الأدوية الخاصة بك هي تغطية معتمدة أم لا. وقد يتم إرسال هذه المعلومات إليك عبر خطاب أو تضمينها في نشرة إخبارية من جانب الخطة. احتفظ بهذه المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقاً.
- **ملاحظة:** يجب أن يوضح أي خطاب أو إشعار أنك كنت تتمتع بتغطية معتمدة للأدوية الموصوفة التي من المتوقع أن تدفع مقابل الحصول عليها بقدر ما تدفعه خطة الأدوية المعتادة في Medicare.
- **ملاحظة:** لا تمثل بطاقات الخصم على الأدوية الموصوفة والعيادات المجانية ومواقع الويب الخاصة باستقطاعات الأدوية تغطية معتمدة للأدوية الموصوفة.

يحدد برنامج Medicare مقدار غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D. وفيما يلي بيان آلية العمل:

- أولاً، احسب عدد الأشهر الكاملة التي تأخرت فيها عن التسجيل في خطة أدوية Medicare، بعد أن أصبحت مؤهلاً للتسجيل. أو قم بإحصاء عدد الأشهر الكاملة التي لم تكن تتمتع فيها بتغطية موثوقة للأدوية، إذا كان انقطاع التغطية لمدة 63 يوماً أو أكثر. يبلغ مقدار الغرامة 1% عن كل شهر لم تكن لديك فيه تغطية معتمدة. على سبيل المثال، عند مضي 14 شهراً بدون تغطية، يكون مقدار الغرامة 14%.
- ثم يحدد برنامج Medicare مبلغ متوسط قسط الخطة الشهري لخطط أدوية Medicare على المستوى المحلي من العام السابق (قسط المستفيد على المستوى المحلي). بالنسبة لعام 2026، يبلغ متوسط مبلغ القسط \$38.99.
- لحساب معدل الغرامة الشهري، يتم ضرب نسبة الغرامة في متوسط قسط المستفيد على المستوى المحلي ثم تقريب الناتج إلى أقرب 10 سنتات. في هذا المثال، ستكون 14% مضروبة في \$38.99، وهو ما يبلغ \$5.46. ويتم تقريب هذا الناتج إلى \$5.50. ستتم إضافة هذا المبلغ إلى القسط الشهري للخطة لأي شخص تنطبق عليه غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D.

هناك ثلاثة أشياء هامة يجب ملاحظتها بشأن غرامة التأخير في التسجيل الشهرية في الجزء D:

- قد يتغير مقدار الغرامة في كل عام، وذلك بفعل احتمالية تغير قسط المستفيد على المستوى المحلي في كل عام.

- الاستمرار في دفع الغرامة شهرياً طالما كنت مسجلاً في خطة بها مزايا لأدوية Medicare Part D، حتى في حال تغيير الخطط.
- إذا كنت تبلغ من العمر أقل من 65 عامًا وعضوًا في Medicare، فستتم إعادة النظر في غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D عند بلوغك 65 عامًا. وعقب بلوغك 65 عامًا، ستستند غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إلى الأشهر التي لم تحصل خلالها على تغطية عقب فترة التسجيل الأولية لكبار السن في Medicare فقط.

في حال عدم موافقتك على غرامة التأخير في التسجيل في الجزء (D)، فيمكنك أنت أو ممثلك طلب إجراء مراجعة. وبشكل عام، يجب عليك طلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا من تاريخ أول خطاب تتلقاه يفيد بأنه يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل. ومع ذلك، إذا كنت تدفع غرامة قبل الانضمام إلى خطتنا، فقد لا تتاح لك فرصة أخرى لطلب مراجعة غرامة التأخير في التسجيل.

القسم 4.4 مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل

إذا فقدت أهليتك لهذه الخطة بسبب حدوث تغييرات في الدخل، فقد يُطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية لخطة Medicare الخاصة بهم، المعروفة باسم مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل في الجزء D (IRMAA). ويتم حساب الرسوم الإضافية باستخدام إجمالي دخلك المعدل بحسب ما هو وارد في إقرارك الضريبي لدى مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) منذ 2 من الأعوام. إذا كان هذا المبلغ أعلى من مبلغ معين، فسوف تدفع مبلغ القسط الفئاسي ومبلغ IRMAA الإضافي. للمزيد من المعلومات حول المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على دخلك، تفضل بزيارة www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

إذا كان يتعين عليك دفع مبلغ IRMAA إضافي، فسيرسل لك الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare، خطابًا يطلعك فيه بشأن هذا المبلغ الإضافي. وسيتم استقطاع المبلغ الإضافي من شيك مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية أو مكتب إدارة شؤون الموظفين، بغض النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادةً أقساط خطتنا، ما لم تكن مزاياك الشهرية غير كافية لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. وفي حال إذا لم يكن شيك المزايا كافيًا لتغطية المبلغ الإضافي، حينها سنتلقى فاتورة من برنامج Medicare. يجب عليك دفع مبلغ IRMAA الإضافي للحكومة. لا يمكن دفعه باستخدام قسط خطتك الشهري. وعند عدم دفع مبلغ IRMAA الإضافي، فسيتم إلغاء اشتراكك في الخطة وستفقد تغطية الأدوية الموصوفة. إذا كنت لا توافق على دفع مبلغ IRMAA الإضافي، فيمكنك أن تطلب من الضمان الاجتماعي مراجعة القرار. لمعرفة المزيد حول كيفية القيام بذلك، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778).

القسم 4.5 ما تدفعه خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare

إذا كنت مشاركًا في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare، فسوف تدفع قسط خطتك (إذا كان لديك أقساط) في كل شهر وستتلقى فاتورة من خطة الرعاية الصحية أو خطة الأدوية مقابل الأدوية الموصوفة (بدلاً من دفع تكاليف الدواء للصيدلية). وتعتمد فاتورتك الشهرية على المبلغ المستحق عليك مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، بالإضافة إلى رصيد الشهر السابق، مقسومًا على عدد الأشهر المتبقية في العام. يوضح الفصل 2، القسم 7 المزيد عن خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare. في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي تم تحصيله كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات الواردة في الفصل 9 لتقديم شكوى أو استئناف.

القسم 5 المزيد من المعلومات حول أقساط الخطة الشهرية

القسم 5.1 عدم إجراء تغييرات على قسط خطتنا الشهري خلال العام

لا يجوز لنا تغيير المبلغ المحدد لقسط الخطة الشهري خلال العام. وعند إجراء أي تغييرات على قسط الخطة الشهرية للعام القادم، فنسخر ذلك خلال شهر سبتمبر على أن يكون القرار ساريًا في 1 يناير.

ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تتمكن من التوقف عن دفع غرامة التأخير في التسجيل، إذا كنت مدينًا بواحدة، أو قد تحتاج إلى البدء في دفع غرامة التأخير في التسجيل. قد يحدث ذلك إذا ما أصبحت مؤهلاً لبرنامج "Extra Help" أو عند فقد أهليتك لبرنامج "Extra Help" خلال العام.

- إذا كنت تدفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D خلال الوقت الحالي وأصبحت مؤهلاً للحصول على "Extra Help" خلال العام، فسوف تتمكن من التوقف عن دفع الغرامة.
 - إذا لم تعد تحصل على خدمات Extra Help فقد تدفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D حال عدم حصولك على تغطية من جانب الجزء D أو أي تغطية أخرى معتمدة للأدوية الموصوفة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي.
- هذا ويمكنك معرفة المزيد حول برنامج Extra Help من خلال الفصل 2، القسم 7.

القسم 6 الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطة

يتضمن سجل عضويتك معلومات من نموذج التسجيل الخاص بك، بما في ذلك عنوانك ورقم هاتفك. حيث توضح تغطية خطتك المحددة بما في ذلك مقدم الرعاية الأولية.

يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيدال ومقدمي الخدمات الآخرين التابعين لشبكة خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المغطاة ومبالغ تقاسم التكاليف. لهذا السبب، من المهم للغاية أن تساعدنا في الحفاظ على تحديث بياناتك.

يرجى إطلاعنا على أي تغييرات:

- إذا كنت قد أجريت أية تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- إذا كنت قد أجريت أي تغييرات على أي تغطية أخرى صحية (كالتي تأتي من صاحب عملك، أو من شريكك أو صاحب عمل زوجتك أو من تعويض العاملين أو Medicaid)
- إذا كانت لديك أي من دعاوى المسؤولية، مثل الدعاوى الصادرة عن حادث سيارة
- عند دخولك إلى أحد مرافق الرعاية
- عند تلقي الرعاية خارج منطقة الخدمة أو من خلال مستشفى أو غرفة طوارئ غير تابعين للشبكة
- عند إجراء تغيير للطرف المسؤول المعين (مثل مقدم الرعاية)
- عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية (ملاحظة: لست ملزمًا بإخبار خطتنا بالدراسات البحثية السريرية التي تعترض المشاركة فيها، إلا أننا نحثك على القيام بذلك).

عند إجراء أي تغييرات على أي من هذه المعلومات، يرجى إخبارنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). يتاح للأعضاء إنشاء حساب My Molina عبر الإنترنت لتغيير الطبيب المعالج، أو تحديث معلومات الاتصال، أو طلب بطاقة هوية (ID) جديدة، أو الحصول على تذكيرات صحية بشأن الخدمات التي يحتاجون إليها، أو عرض سجل الخدمة الخاص بهم. تفضل بزيارة www.mymolina.com لإنشاء حساب My Molina الخاص بك أو الوصول إليه.

من المهم أيضًا أن تتصل بالضمان الاجتماعي إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره. يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778).

القسم 7 كيف تتعاون جهات التأمين الأخرى مع خطتنا

يطالبنا برنامج Medicare بجمع معلومات حول أي تغطية طبية أو دوائية أخرى تتمتع بها حتى تتمكن من تنسيق أي تغطية أخرى مع المزايا التي تحصل عليها بموجب خطتنا. وهذا ما يطلق عليه تنسيق المزايا.

سنرسل إليك مرة واحدة كل عام خطابًا يُدرج فيه أي تغطية طبية أو دوائية أخرى نعرفها. اقرأ هذا المعلومات بعناية. إذا كانت صحيحة، فلست بحاجة إلى القيام بأي شيء. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). قد تحتاج إلى إعطاء شركات التأمين الأخرى (بمجرد التأكد من الأمر) رقم هوية (ID) عضويتك في الخطة حتى يتم دفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المحدد.

إذا كنت تتمتع بخدمات تأمينية أخرى (مثل تغطية التأمين الصحي الجماعي لصاحب العمل)، حينها تقرر قواعد Medicare إذا ما كانت خطتنا أو تأمينك الآخر من سيدفع التكلفة أولاً. يدفع التأمين الذي يسدد التكاليف أولاً ("جهة الدفع الأساسية") وصولاً إلى حدود التغطية. لا تدفع جهة التأمين التي تدفع ثانيًا، ("جهة الدفع الثانوية")، إلا إذا كانت هناك تكاليف غير مغطاة بالتغطية الأولية. ولا يجوز لجهة الدفع الثانوية دفع جميع التكاليف غير المغطاة. إذا كان لديك تأمين آخر، أخبر طبيبك والمستشفى والصيدلية.

تتطبق هذه القواعد على تغطية الخطة الصحية لصاحب العمل أو المجموعة النقابية:

- إذا كانت لديك تغطية للمتقاعدين، فإن برنامج Medicare هو من يدفع أو لا.
- إذا كانت تغطية خطة الرعاية الصحية الجماعية لديك تعتمد على عمالك الحالي أو على عمل أحد أفراد أسرته، فيتم تحديد الطرف المعني بالدفع أولاً اعتماداً على عمرك وعلى عدد الأشخاص العاملين لدى صاحب العمل بالإضافة إلى إذا ما كنت مشتركاً في برنامج Medicare على أساس العمر أو الإعاقة أو مرض الكلى في مرحله النهائية (ESRD):
 - إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً وتعاني من إعاقة ما فضلاً عن كونك أو كون أحد أفراد أسرته لا يزال يعمل، فإن خطة الرعاية الصحية الجماعية لديك تكون هي جهة الدفع الأساسية إذا كان لدى صاحب العمل 100 موظف أو أكثر أو على الأقل صاحب عمل واحد في خطة تجمع بين العديد من أصحاب العمل تضم أكثر من 100 موظف.
 - إذا كان عمرك يتخطى 65 عاماً ولا تزال أنت أو زوجك أو شريكك المحلي في العمل، فإن خطة الرعاية الصحية الجماعية لديك تكون هي جهة الدفع الأساسية إذا كان لدى صاحب العمل 20 موظفاً أو أكثر أو على الأقل صاحب عمل واحد في خطة تجمع بين العديد من أصحاب العمل تضم أكثر من 20 موظفاً.
- إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare بسبب إصابتك بمرض الكلى في مرحله النهائية (ESRD)، فستكون الخطة الصحية الجماعية لديك هي جهة الدفع الأساسية خلال الـ 30 شهراً الأولى بعد أن تصبح مؤهلاً للاشتراك في برنامج Medicare. عادةً ما تكون هذه الأنواع من التغطية جهة الدفع الأساسية التي تدفع مقابل الخدمات المتعلقة بكل نوع:
 - التأمين ضد الأخطاء (بما في ذلك تأمين السيارات)
 - المسؤولية (بما في ذلك تأمين السيارات)
 - مزايا الرئة السوداء
 - تعويض العمال
- لا يمثل برنامج Medicaid و TRICARE جهة الدفع الأساسية في أي حال من الأحوال مقابل الحصول على الخدمات المغطاة ببرنامج Medicare. إنهم يدفعون فقط بعد أن يدفع برنامج Medicare و/أو الخطط الصحية لمجموعة أصحاب العمل.

الفصل 2:

أرقام الهاتف والموارد

القسم 1 جهات الاتصال لـ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو الأسئلة المتعلقة ببطاقة الأعضاء، يمكن الاتصال أو مراسلة خدمات الأعضاء في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). سوف نسعد كثيرًا بتقديم المساعدة لك.

خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال

اتصل على	(866) 314-2427
المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر - 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. كما يتيح قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم:	711
يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. تتوفر خدمة National Relay على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.	
فاكس	(310) 507-6186
المراسلة عبر البريد	Molina Healthcare عناية: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
الموقع الإلكتروني	centralhealthplan.com

كيفية طلب الحصول على قرار تغطية أو استئناف بشأن رعايتك الطبية أو أدوية الجزء D الموصوفة

قرار التغطية هو قرار يتم البت فيه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل توفير خدماتك الطبية أو أدوية الجزء D. ويمثل تقديم "طلب الاستئناف" إحدى الطرق الرسمية لطلب إجراء مراجعة وتغيير قرار التغطية الذي تم اتخاذه. للتعرف على المزيد من المعلومات حول طلبات قرارات التغطية أو الاستئناف بشأن الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D، راجع الفصل 9 [ما يجب عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى)].

قرارات التغطية والاستئنافات بشأن الرعاية الطبية - معلومات الاتصال

اتصل على	(866) 314-2427
المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m.، بالتوقيت المحلي	

قرارات التغطية والاستثناءات بشأن الرعاية الطبية - معلومات الاتصال

711	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. تتوفر خدمة National Relay على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.	
التصوير المتقدم: 731-7218 (877)؛ عمليات الزرع 813-1206 (877)؛ طبي/سلوكي الرعاية الصحية في العيادات الخارجية 251-1450 (844)؛ العيادات الداخلية 834-2152 (844)؛ RX/ Jcodes 290-1309 (866)	فاكس
Central Health عناية: طلب التغطية 200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802	المراسلة عبر البريد
centralhealthplan.com	الموقع الإلكتروني

قرارات التغطية والاستثناءات بشأن أدوية الجزء D - معلومات الاتصال

الهاتف: 665-3086 (800) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي.	اتصل على
711	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
(866) 290-1309	فاكس
Molina Medicare Complete Care عناية: Pharmacy Department 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047	المراسلة عبر البريد
centralhealthplan.com	الموقع الإلكتروني

الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية معلومات الاتصال

(866) 314-2427	اتصل على
المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي	

الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية معلومات الاتصال	
711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. تتوفر خدمة National Relay على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
(562) 499-0610	فاكس
Molina Healthcare عناية: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801-9977	المراسلة عبر البريد
centralhealthplan.com	الموقع الإلكتروني

كيفية مطالبتنا بدفع حصتنا من تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي حصلت عليه

إذا كنت قد تلقيت فاتورة أو دفعت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم الخدمة) تعتقد أنه ينبغي لنا أن ندفع مقابلها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بالتعويض أو دفع فاتورة مقدم الخدمة. راجع الفصل 7 للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا ما أرسلت إلينا طلب دفع وتم رفض هذا الطلب أو بعض أجزائه، فيمكنك الاستئناف على هذا القرار. راجع الفصل 9 [الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى)] للتعرف على المزيد من المعلومات.

طلبات دفع مقابل الرعاية الطبية - معلومات الاتصال	
(866) 314-2427 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي	اتصل على
711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. تتوفر خدمة National Relay على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
(310) 507-6186	فاكس
Molina Healthcare عناية: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802	المراسلة عبر البريد
centralhealthplan.com	الموقع الإلكتروني

طلبات دفع تكلفة أدوية الجزء D - معلومات الاتصال	
اتصل على	الهاتف: 665-3086 (800) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي.
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم	711
فاكس	(866) 290-1309
المراسلة عبر البريد	Molina Medicare Complete Care Pharmacy Department: عناية 7050 S Union Park Center Drive Suite 600 Midvale, Utah 84047
الموقع الإلكتروني	centralhealthplan.com

القسم 2 الحصول على المساعدة من Medicare

يعدّ Medicare أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص دون سن 65 عامًا ممن يعانون من بعض الإعاقات والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكلى أو زرع كلية). وتعدّ Centers for Medicare & Medicaid Services (ما يعرف اختصارًا باسم CMS)، هي الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. تتعاقد هذه الوكالة مع مؤسسات Medicare Advantage بما في ذلك خطتنا.

Medicare - معلومات الاتصال	
اتصل على	1-800-MEDICARE، أو 1-800-633-4227 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم:	1-877-486-2048 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.
الدردشة المباشرة	يمكنك الدردشة مباشرة من خلال www.Medicare.gov/talk-to-someone .
المراسلة عبر البريد	يمكنك مراسلة Medicare عبر PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare – معلومات الاتصال

www.medicare.gov

الموقع الإلكتروني

- احصل على معلومات حول خطط الرعاية الصحية والدوائية في Medicare في منطقتك، بما في ذلك التكلفة والخدمات المتوفرة.
- ابحث عن الأطباء المشاركين في Medicare أو مقدمي الرعاية الصحية والموردين الآخرين.
- تعرف على ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات أو التطعيمات أو اللقاحات، وزيارات "العافية" السنوية).
- احصل على المعلومات الخاصة بطلبات الاستئناف والنماذج المخصصة لذلك في Medicare.
- احصل على معلومات حول جودة الرعاية التي توفرها الخطط، ومرافق الرعاية، والمستشفيات، والأطباء، ووكالات الرعاية الصحية المنزلية بالإضافة إلى مرافق غسيل الكلى، ومراكز رعاية المحتضرين، ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين، بالإضافة إلى مستشفيات الرعاية طويلة الأجل.
- ابحث عن مواقع الويب وأرقام الهواتف المفيدة.

يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني لإخبار Medicare عن أي من الشكاوى التي لديك بشأن Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP):

لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ برنامج Medicare شكاوى على محمل الجد مستخدمًا تلك المعلومات للمساعدة في الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة من خلاله.

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

القسم 3

برنامج State Health Insurance Assistance Program (SHIP) هو برنامج حكومي مستقل يضم استشاريين مدربين في كل ولاية. مقاطعة Ventura في California: Ventura County Area Agency on Aging هو برنامج حكومي مستقل (لا يرتبط بأي من شركات التأمين أو الخطط الصحية) كما إنه يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات مجانية تتعلق بخدمات التأمين الصحي على المستوى المحلي للأشخاص الأعضاء في Medicare.

مقاطعة Ventura في California: يستطيع الاستشاريون في Ventura County Area Agency on Aging مساعدتك على فهم حقوقك المترتبة على عضويتك في Medicare، فضلاً عن تقديم الشكاوى بشأن الرعاية الطبية أو العلاج، ومساعدتك في حل المشكلات المتعلقة بفواتير Medicare. مقاطعة Ventura في California: كما يمكن لهؤلاء الاستشاريون في Ventura County Area Agency on Aging مساعدتك في الرد على الأسئلة أو المشكلات المتعلقة ببرنامج Medicare بالإضافة إلى فهم خيارات خطة Medicare والإجابة على الأسئلة المتعلقة بالتبديل بين الخطط.

Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging (California's SHIP) – معلومات الاتصال

اتصل على

:Ventura County

(805) 477-7310

مقاطعة Ventura:

من الإثنين إلى الجمعة: من الساعة 8:00 AM إلى 5:00 PM

711

بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم

يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.

Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310	المراسلة عبر البريد
https://www.aging.ca.gov/hicap	الموقع الإلكتروني

القسم 4 هيئة تحسين الجودة (QIO)

تخدم هيئة تحسين الجودة (QIO) المعينة الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare في كل ولاية. في ولاية California، يطلق على هيئة تحسين الجودة اسم Livanta. هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. تتسم Livanta بكونها هيئة مستقلة بنفسها. ولا علاقة لها بخطتنا. اتصل على Livanta خلال أي من هذه المواقف:

- إذا كان لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها. تشمل الأمثلة على المخاوف المتعلقة بجودة الرعاية الحصول على دواء خاطئ أو الخضوع لفحوصات أو إجراءات غير ضرورية أو حدوث تشخيص خاطئ للحالة.
- إذا كنت تعتقد أن تغطية إقامتك داخل المستشفى ستنتهي قريباً جداً.
- إذا كنت تعتقد أن تغطية خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية التي تتلقاها في مرفق الرعاية الماهرة ومرفق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORF) ستنتهي خلال وقت قريب للغاية.

معلومات الاتصال – Livanta (California's Quality Improvement Organization)

(877) 588-1123	اتصل على
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 صباحاً إلى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي، في العطلات الأسبوعية وأيام الإجازات: من الساعة 10 صباحاً إلى 4 مساءً، بالتوقيت المحلي تتوفر خدمة البريد الصوتي على مدى 24 ساعة	
اتصل بالرقم 711 887-6668 (855)	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.	
BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450	المراسلة عبر البريد
https://www.livantaqio.cms.gov/	الموقع الإلكتروني

القسم 5 الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي أهلية الفرد للاشتراك في Medicare ويتعامل مع التسجيل في Medicare. الضمان الاجتماعي مسؤول أيضاً عن تحديد من يجب عليه دفع مبلغ إضافي لتغطية الجزء D من الأدوية لأن لديهم دخلاً أعلى. إذا تلقيت خطاباً من الضمان الاجتماعي يخبرك بأنه يتعين عليك دفع المبلغ الإضافي وكان لديك أسئلة حول المبلغ أو إذا ما انخفض دخلك بسبب حدث أدى إلى تغيير نمط حياتك، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

في حال الانتقال من مكان إلى آخر أو تغيير عنوانك البريدي، يجب عليك الاتصال بالضمان الاجتماعي لإخطارهم بذلك.

الضمان الاجتماعي – معلومات الاتصال	
اتصل على 1-800-772-1213 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. يتاح العمل من الساعة 8 a.m. حتى 7 p.m.، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بالضمان الاجتماعي للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.	
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 1-800-325-0778 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. يتاح العمل من الساعة 8 a.m. حتى 7 p.m.، من الإثنين إلى الجمعة.	
الموقع الإلكتروني www.ssa.gov	

Medicaid

القسم 6

Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. تقرر كل ولاية ما الذي يندرج تحت الدخل والموارد، والأشخاص المؤهلون، والخدمات التي يتم تغطيتها بالإضافة إلى تكلفة الخدمات. ويمكن أن تقرر الولايات كيفية إدارة برامجها الخاصة بها، طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، هناك برامج مقدمة من خلال Medicaid تساعد الأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare الخاصة بهم، مثل أقساط Medicare الخاصة بهم. تساعد "Medicare Savings Programs" هذه الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير الأموال كل عام.

الأعضاء في هذه الخطة مسجلون بشكل مزدوج في كل من Medicaid و Medicare. إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فيمكنك الاتصال على California Department of Health Care Services.

California Department of Health Services, (California's Medicaid program) – معلومات الاتصال

اتصل على (916) 449-5000 لا ينطبق	
711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413	المراسلة عبر البريد
https://www.dhcs.ca.gov/	الموقع الإلكتروني

يوفر Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California's Ombudsman Program) المساعدة للأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid في حل مشكلات الخدمة أو الفواتير. كما يمكنهما مساعدتك في تقديم شكوى أو استئناف إلى خطتنا.

Medi-Cal Managed Care Office of the Ombudsman – معلومات الاتصال

اتصل على	(888) 452-8609
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بتوقيت المحيط الهادئ، باستثناء أيام الإجازات	
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم	لا ينطبق يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.
المراسلة عبر البريد	لا ينطبق
الموقع الإلكتروني	https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

يساعد برنامج California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) الأشخاص في الحصول على معلومات حول دور الرعاية وحل المشكلات بين دور رعاية والمقيمين أو أسرهم.

California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – معلومات الاتصال

اتصل على	(800) 231-4024
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بتوقيت المحيط الهادئ، باستثناء أيام الإجازات	
المراسلة عبر البريد	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/

القسم 7 البرامج المخصصة لمساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة

يتضمن موقع Medicare الإلكتروني (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) معلومات حول طرق خفض تكاليف الأدوية الموصوفة. يمكن أن تساعد البرامج أدناه الأشخاص ذوي الدخل المحدود.

برنامج Medicare من Extra Help

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على خدمات برنامج Medicare من Extra Help لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. ولا يتعين عليك القيام بأي شيء آخر للحصول على خدمات Extra Help.

إذا كانت لديك أسئلة بشأن برنامج Extra Help فاتصل على:

• 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048

• مكتب الضمان الاجتماعي (Social Security Office) على الرقم 1-800-772-1213، بين الساعة 8 am و 7 pm، من الإثنين إلى

الجمعة. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو

• مكتب Medicaid في الولاية (الطلبات) (انظر القسم 6 في هذا الفصل للتعرف على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح في الصيدلية مقابل الأدوية الموصوفة، فإن خطتنا تتضمن آلية محددة يمكنها مساعدتك في التعرف على مبلغ المدفوعات المشتركة المناسب. إذا كان لديك ما يفيد بالمبلغ المناسب، فيمكننا مساعدتك في مشاركة هذا الدليل معنا.

- يمكن الوصول إلى (BAE) Best Available Evidence عبر موقعنا الإلكتروني http://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html. يتم استخدام BAE لتحديد إعانة الدخل المنخفض للعضو. يقوم قسم خدمات الأعضاء وقسم الصيدلة لدينا بتحديد الحالات التي تنطبق عليها سياسة BAE. يجوز للأعضاء إرسال وثائق لشركة BAE لإثبات أهليتهم للوصول إلى عنوان خدمات الأعضاء المدرج في الفصل 2. بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أسئلة. أشكال الأدلة المقبولة هي:
 - خطاب موافقة SSA
 - إشعار الموافقة
 - دخل الضمان التكميلي:

- عندما نتلقى الدليل الذي يوضح مستوى المدفوعات المشتركة الصحيح، سنقوم بتحديث النظام لدينا حتى تتمكن من دفع مبلغ المدفوعات المشتركة الصحيح عند حصولك على الأدوية الموصوفة التالية. وفي حال إذا ما دفعت أكثر من مبلغ المدفوعات المشتركة المحدد، فسنقوم برد المبلغ إليك، إما من خلال الشيكات أو عن طريق رصيد المدفوعات المشتركة في المستقبل. كما أنه إذا لم تقم الصيدلية بتحصيل المدفوعات المشتركة منك وتحملت المدفوعات المشتركة كدين مستحق عليك، فإننا قد نقوم بالدفع إلى الصيدلية مباشرة. إذا قامت إحدى الولايات بالدفع نيابةً عنك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الولاية. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة.

ماذا لو كنت تحصل على Extra Help بالتوازي مع تغطية من برنامج (ADAP) AIDS Drug Assistance Program؟ ما هو (ADAP) AIDS Drug Assistance Program؟

يساعد برنامج (ADAP) AIDS Drug Assistance Program الأفراد المؤهلين له المصابين بفيروس HIV/AIDS على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. وتكون أدوية Medicare Part D الموصوفة الواردة أيضًا في كتيب الوصفات ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم تكاليف الأدوية الموصوفة من خلال Office of AIDS. ملاحظة: ويجب أن يستوفي الأفراد بعض المعايير المعينة، ليتم تأهيلهم للاستفادة من ADAP في ولايتك، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة (HIV)، والدخل المنخفض على النحو المحدد من قبل الولاية، والتعرف على حالة الفرد إذا ما كان غير مؤمن عليه أو يتمتع بالتأمين. إذا قمت بتغيير الخطط، فيرجى إبلاغ موظف التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة.

للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، أو الأدوية المغطاة، أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال على Office of AIDS، على الرقم (916) 449-5900.

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare

تمثل خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية لمساعدتك على إدارة مدفوعاتك للأدوية التي تغطيها خطتنا من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (يناير – ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية من Medicare أو خطة صحية من Medicare مع تغطية للأدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية للأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، إلا أنك لن تستطيع توفير المال من خلاله أو الحصول على تخفيض لتكاليف الأدوية. إذا كنت تشارك في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare مع استمرارك في نفس خطة الجزء D، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2026. تنضم Extra Help من Medicare والمساعدة من SPAP و ADAP، بالنسبة للأفراد المؤهلين، بكونها أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare. للتعرف على المزيد حول خيار الدفع هذا، يُرجى الاتصال بنا على الرقم (866) 314-2427 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov.

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare - معلومات الاتصال	
اتصل على المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. يوفر قسم خدمات الأعضاء الذي يمكن الاتصال به على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	(844) 239-4913
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر - 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 a.m. حتى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.	711
فاكس المراسلة عبر البريد	(310) 507-6186
عناية: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802	Molina Healthcare
الموقع الإلكتروني	centralhealthplan.com

القسم 8 مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB)

مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية هو عبارة عن وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة لعمال السكك الحديدية وأسرهم. إذا كنت عضوًا في Medicare من خلال مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية، فيجب إخبارهم حال تغيير محل إقامتك أو عنوانك البريدي. إذا كانت لديك أسئلة بشأن المزايا التي تحصل عليها من قبل مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية، فاتصل بالإدارة.

مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB) - معلومات الاتصال	
اتصل على المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. إذا قمت بالضغط على "0"، فيمكنك التحدث مع ممثل لجنة لوائح الراديو من الساعة 9:00 صباحًا إلى 3:30 مساءً أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9:00 صباحًا إلى 12:00 ظهرًا يوم الأربعاء. إذا ضغطت على "1"، فيمكنك الوصول إلى RRB HelpLine الألي والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.	1-877-772-5772
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم	1-312-751-4701
يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم ليست مجانية.	
الموقع الإلكتروني	https://rrb.gov/

القسم 9

إذا كان لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟

في حال حصولك أنت (أو زوجتك أو شريكك المحلي) على مزايا من صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين (أو زوجتك أو شريكك المحلي) كجزء من هذه الخطة، فيمكنك الاتصال بمسؤول مزايا صاحب العمل/النقابة أو خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427-314 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) إذا كانت لديك أي استفسارات. كما يمكنك السؤال عن المزايا الصحية أو الأقساط أو فترة التسجيل المتاحة لك أو لزوجتك أو شريكك المحلي من قبل صاحب العمل أو المتقاعد. (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذه الوثيقة.) يمكنك الاتصال أيضًا على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لطرح أي أسئلة حول تغطية Medicare بموجب هذه الخطة. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت تتمتع أنت أو زوجك أو شريكك المحلي بتغطية أخرى للأدوية من خلال صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين، فيرجى الاتصال على مسؤول مزايا تلك المجموعة. يمكن أن يساعدك مسؤول المزايا على فهم كيفية عمل التغطية الحالية للأدوية مع خطتنا.

الفصل 3:

استخدام خطتنا لرعايتك الطبية بالإضافة إلى الخدمات المغطاة الأخرى

القسم 1 كيفية الحصول على الرعاية الطبية بالإضافة إلى الخدمات الأخرى كعضو في خطتنا

القسم 1.1 مقدمو الخدمات التابعون للشبكة والخدمات المغطاة

- **مقدمو الخدمات** هم الأطباء وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية المرخص لهم من قبل الولاية لتقديم الخدمات والرعاية الطبية للأفراد. يشمل مصطلح مقدمو الخدمات أيضاً المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- **الخدمات المغطاة** تتضمن جميع أوجه الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية والإمدادات والأجهزة فضلاً عن الأدوية المباعة بوصفها طبية المغطاة في خطتنا. هذا ويتم سرد الخدمات المغطاة المتعلقة بالرعاية الطبية في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4. تمت مناقشة الخدمات المغطاة الخاصة بالأدوية الموصوفة في الفصل 5.

القسم 1.2 القواعد الأساسية للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها الخطة

باعتبارها خطة صحية لبرنامجي Medicare و Medicaid، يجب أن تغطي (HMO D-SNP) Central Health Medi-Medi Plan II جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare وقد تقدم خدمات أخرى بالإضافة إلى تلك التي يغطيها برنامج Original Medicare. سوف تقوم (HMO D-SNP) Central Health Medi-Medi Plan II بتغطية الرعاية الطبية الخاصة بك بشكل عام طالما:

- يتضمن مخطط المزايا الطبية الخاص بالخطة الرعاية التي تتلقاها (يرد هذا المخطط في الفصل 4).
- **تعد الرعاية التي تتلقاها ضرورية من الناحية الطبية.** يُقصد بعبارة ضرورية من الناحية الطبية أن الخدمات أو المستلزمات أو الأجهزة أو الأدوية ضرورية للوقاية من حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها وتلبية المعايير المقبولة للممارسة الطبية.
- **لديك مقدم رعاية أولية (PCP) تابع للشبكة يشرف على رعايتك.** باعتبارك عضواً في خطتنا، يجب عليك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم 1.2).
- في أغلب الحالات، يجب أن تمنحك الخطة موافقة مسبقة (إحالة) قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدمي خدمات آخرين تابعين لشبكة الخطة، مثل الأخصائيين أو المستشفيات أو مرافق الرعاية الماهرة أو وكالات الرعاية الصحية المنزلية. للتعرف على المزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 2.3.
- لست بحاجة إلى الحصول على إحالات من مقدم الرعاية الأولية (PCP) لحالات الرعاية الطارئة أو الخدمات العاجلة. للتعرف على أنواع الرعاية الأخرى التي يمكنك الحصول عليها دون الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)، انتقل إلى القسم 2.2.
- **يجب أن تحصل على رعايتك من مقدم خدمات تابع للشبكة (انظر القسم 2).** لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات غير تابع لشبكة (مقدم خدمات غير مسجل في شبكة خطتنا) وذلك في أغلب الحالات. وهذا يعني أنك ستضطر إلى دفع مبلغ التكلفة كاملاً لمقدم الخدمات نظير الحصول على هذه الخدمات. وفيما يلي ثلاثة استثناءات:
- تغطي خطتنا الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات العاجلة التي يتم الحصول عليها من مقدم خدمات غير تابع للشبكة. وللتعرف على المزيد من المعلومات، ولمعرفة الخدمات الطارئة أو الخدمات العاجلة، انتقل إلى القسم 3.
- إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يتطلب برنامج Medicare تغطيتها من خطتنا مع عدم وجود أخصائيين في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمات غير تابع للشبكة بنفس مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه عادةً داخل الشبكة. وفي هذه الحالة يلزم الحصول على موافقة مسبقة. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة. إذا كنت تحصل على رعاية دورية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة دون موافقة مسبقة، فلن يتحمل Medicare أو الخطة مسؤولية التكاليف. وفي هذه الحالة، سنقوم بتغطية تلك الخدمات كما لو أنك قد حصلت عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة. لمعرفة المزيد حول الحصول على موافقة للتوجه إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة، راجع القسم 2.4.

- تغطي خطتنا خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق معتمد من Medicare لغسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتاً أو في حال عدم توفر خدمات مقدم الخدمة مؤقتاً أو عند عدم إمكانية الوصول إليه. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه مقابل غسيل الكلى مبلغ تقاسم التكاليف في Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة الخدمة التي توفرها الخطة وحصلت على خدمات غسيل الكلى من مقدم خدمات غير تابع لشبكة الخطة، فلا يمكن أن يتجاوز مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بك مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل الشبكة. ومع ذلك إذا كان مقدم خدمات غسيل الكلى المعتاد التابع للشبكة غير متاح مؤقتاً واخترت الحصول على الخدمات داخل منطقة الخدمة من خلال مقدم خدمات غير تابع لشبكة الخطة، فقد يكون مبلغ تقاسم التكاليف أعلى.

القسم 2 الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية بالإضافة إلى الخدمات الأخرى

القسم 2.1 يجب عليك اختيار مقدم رعاية أولية (Primary Care Provider, PCP) لتقديم الرعاية والإشراف عليها

ما المقصود بـ"(PCP)" وما الذي يفعله من أجلك

عندما تصبح عضواً في الخطة، يجب عليك اختيار مقدم خدمات تابع للشبكة ليكون هو مقدم الرعاية الأولية (PCP) لك. وقد يكون مقدم الرعاية الأولية (PCP) طبيباً، أو ممرضة ممارسة، أو غيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية الذين يستوفون المتطلبات الحكومية ويتم تدريبهم على توفير الرعاية الطبية الأساسية لك. يحق للأخصائيين الصحيين تقديم الخدمات على نحو مماثل لمقدمي الرعاية الأولية (PCP) في خطتنا عند ممارستهم مجالات طب الأسرة أو الممارسة العامة أو طب الشيخوخة أو الطب الباطني أو التوليد وأمراض النساء. وكما سيرد أدناه، سنتمكن من الحصول على الرعاية الروتينية أو الأساسية من مقدم الرعاية الأولية (PCP) لديك. سيقوم مقدم الرعاية الأولية (PCP) أيضاً بتنسيق باقي الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في الخطة. على سبيل المثال، لكي تتمكن من زيارة أحد الأخصائيين، عادةً ما تحتاج إلى الحصول على موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) أولاً (يُطلق على هذا الأمر الحصول على "إحالة" إلى أخصائي). وسيوفر مقدم الرعاية الأولية (PCP) معظم متطلبات رعايتك وسيساعدك في ترتيب أو تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحصل عليها بصفقتك عضواً في خطتنا. ويتضمن ذلك:

- الأشعة السينية
- الاختبارات المعملية
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء الأخصائيين
- الدخول إلى المستشفى
- متابعة الرعاية

إن "تنسيق" خدماتك يتضمن الفحص أو الاستشارة مع المقدمين الآخرين التابعين للشبكة حول رعايتك وتفاصيل سيرها. إذا كنت بحاجة إلى أنواع معينة من الخدمات أو اللوازم المغطاة، يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) (مثل منحك إحالة لزيارة أخصائي). وفي بعض الحالات، سوف يحتاج مقدم الرعاية الأولية (PCP) إلى الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة) من جانبنا. ونظراً لأن مقدم الرعاية الأولية (PCP) سيوفر لك الرعاية الصحية وينسقها لك، فإنه يجب عليك إرسال جميع سجلاتك الطبية السابقة إلى عيادة مقدم الرعاية الأولية (PCP). هذا ومن خلال القسم 3 يمكنك التعرف على كيفية حماية خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية.

كيفية اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)

تتسم علاقتك بمقدم الرعاية الأولية (PCP) بأهمية بالغة. لذا نوصيك بشدة باختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) القريب من منزلك. حيث يساهم قرب مقدم الرعاية الأولية (PCP) منك في سهولة الحصول على الرعاية الطبية وتوفير علاقة موثوقة ومنفتحة بشكل أسهل. للحصول على أحدث نسخة من دليل مقدمي الخدمات/الصيدليات، أو للحصول على المساعدة الإضافية في اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. إذا كان هناك طبيب أخصائي معين أو مستشفى تريد التعامل معها، فتأكد أولاً من أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) يقدم إحالات لهذا الأخصائي أو يتعاون مع هذه المستشفى. بمجرد اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، نوصيك بنقل جميع سجلاتك الطبية إلى عيادته أو عيادتها. سوف يتيح هذا لمقدم الرعاية الأولية (PCP) إمكانية الوصول إلى سجلك الطبي وأن يكون على دراية بأي حالات رعاية صحية حالية قد تواجهها. كما يتحمل مقدم الرعاية الأولية (PCP) الآن مسؤولية جميع خدمات الرعاية الصحية الدورية، ومن ثم يجب أن يكون أول شخص تتصل به لإخباره بأي مخاوف صحية. تتم طباعة اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) ورقم هاتف عيادته على بطاقة العضوية الخاصة بك.

كيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) لأي سبب، وفي أي وقت. ومن الممكن أيضًا أن يغادر مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك شبكة مقدمي الخدمات التابعة لخطتنا وحينها سيتعين عليك العثور على مقدم رعاية أولية (PCP) جديد.

لدى Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) سياسة استمرارية الرعاية (COC) التي تسمح لك بالوصول المستمر إلى الممارسين غير المتعاقد معهم في الحالات التالية:

إذا كنت عضوًا جديدًا، فيجوز لك الاستمرار في تلقي العلاج لمدة تصل إلى 90 يومًا:

- إذا كنت تخضع لبرنامج علاج نشط مع ممارس/ممارسين غير متعاقد معهم خلال وقت التسجيل.
- إذا كان لديك أجهزة طبية معمرة حالية- ستضمن لك Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) الاستمرار في الوصول إلى الأجهزة الطبية المعمرة المطلوبة بالإضافة إلى الإصلاحات من مقدمي الخدمات غير المتعاقد معهم.
- إذا كنت حاملاً، فيمكنك الاستمرار في الحصول على الرعاية حتى اكتمال خدمات ما بعد الولادة أو لفترة أطول إذا لزم الأمر للانتقال إلى مقدم خدمات آخر بشكل آمن.

إذا كنت عضوًا حاليًا فيجوز لك الاستمرار في الحصول على الرعاية لمدة تصل إلى عام فيما يتعلق بالخدمات المستمرة عند إيقاف العقد بين Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وممارسك أو مرفقك، شريطة الالتزام بالمحاذير التالية:

- أن تمثل الخدمات جزءًا من مزاياك.
- عدم إيقاف مقدم الخدمات بسبب مشكلات تتعلق بجودة الرعاية.
- موافقة مقدم الخدمات على الاستمرار في متابعتك.
- موافقة مقدم الخدمات على قبول الأسعار التنظيمية المطلوبة.

سيتعاون موظفو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) مع ممارسك غير المتعاقد لإدراجه في شبكة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) كمقدم خدمات متعاقد أو العمل معك ومقدم الخدمات لتحويل رعايتك إلى أحد الممارسين التابعين للشبكة خلال فترة استمرارية الرعاية التي تبلغ 90 يومًا. سيتم توفير استمرارية الرعاية في حدود مزاياك.

الاستثناءات من السياسة:

1. قد يقوم موظفو Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بتمديد الوقت لمدة 90 يومًا طالما كان ذلك ضروريًا لتلبية أي احتياجات غير عادية قد تكون لديك.
2. لن توافق Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) على استمرارية الرعاية من قبل مقدم خدمات غير مشارك إذا:
 - كنت بحاجة إلى مراقبة حالة مزمنة فقط.
 - يعتمد العقد المنتهي مع الممارس على إجراء مراجعة مهنية لعدم الكفاءة أو السلوك غير اللائق، وقد تكون رفاهيتك في خطر.
 - حال عدم رغبة الممارس في الاستمرار في تقديم الرعاية لك.
 - بدء الرعاية مع مقدم الخدمات غير المشارك عقب التسجيل في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
3. مقدم الخدمات الذي سيتولى مهام الرعاية المستمرة إما لأنه لم يستوف سياسات/معايير الاعتماد الخاصة بـ Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) في الماضي أو أنه يحاول الحصول على الاعتماد أثناء تقديم الرعاية المستمرة.

القسم 2.2 الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها دون إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)

يمكنك الحصول على الخدمات المذكورة أدناه دون الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP).

- الرعاية الصحية الروتينية للمرأة، ويتضمن ذلك فحوصات الثدي وفحص الثدي بالأشعة السينية (أشعة سينية للثدي) واختبارات "باب" لفحص عنق الرحم وفحوصات الحوض.
- لقاحات الإنفلونزا، وتطعيمات COVID-19، وتطعيمات التهاب الكبد الوبائي B، وتطعيمات الالتهاب الرئوي.

- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو من غير التابعين لها
- الخدمات العاجلة المشمولة بالتغطية في الخطة هي الخدمات التي تتطلب عناية طبية فورية (ولكن ليست حالة طارئة) إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي خدمات تابعين للشبكة. ومن أمثلة الخدمات العاجلة، الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو تفاقم الحالات المرضية القائمة بشكل غير متوقع. لا تندرج الزيارات الروتينية الضرورية طبيًا لمقدم الخدمات (مثل الفحوصات السنوية) تحت الخدمات العاجلة حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو في حال إذا ما كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتًا.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق معتمد لغسيل الكلى من قبل Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا. اتصل على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى تتمكن من مساعدتك في ترتيب إجراء غسيل الكلى أثناء غيابك، إذا كان ذلك ممكنًا.

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من الأخصائيين ومقدمي الخدمات الآخرين التابعين للشبكة

الأخصائي هو الطبيب الذين يقدم الرعاية الصحية الخاصة بمرض أو جزء معين في الجسم. ويوجد العديد من فئات الأطباء المتخصصين. على سبيل المثال:

- أخصائي الأورام لرعاية المرضى المصابين بالسرطان.
- أخصائي أمراض القلب لرعاية المرضى المصابين بأمراض قلبية.
- أخصائي العظام لرعاية المرضى المصابين بأمراض معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات.

يكون مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك مسؤولاً عن تنسيق الخدمات، بما في ذلك توجيهك إلى المتخصصين وموفري الشبكة الآخرين حسب الاقتضاء. لا يوجد شرط للحصول على موافقة مسبقة لزيارات عيادة الأخصائيين التابعين للشبكة. إذا كنت بحاجة إلى إجراء أو خدمة تتطلب موافقة مسبقة للتخطيط، فسوف يتصل بنا مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو الأخصائي للحصول على الموافقة المسبقة اللازمة. تم تحديد الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة من الخطة في الفصل 4، القسم 2.1 من هذه الوثيقة. تتضمن أمثلة الخدمات التي تتطلب الحصول على موافقة مسبقة من للخطة الرعاية الاختيارية (غير الطارئة) فيما يتعلق برعاية المرضى الداخليين في المستشفى، ودخول مرفق الرعاية الماهرة، والرعاية الصحية المنزلية.

إذا كنت بحاجة إلى الحصول على رعاية بعد ساعات العمل المحددة، فيرجى الاتصال بمقدم الرعاية الأولية (PCP). هذه المعلومات مدرجة في بطاقة هوية (ID) عضوية Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). إذا كنت تعتقد أنها حالة طارئة، فاطلب العناية الطبية على الفور. للمزيد من المعلومات، راجع القسم 3، في الصفحة التالية (كيفية الحصول على الخدمات المغطاة عندما تكون لديك حالة طارئة أو حاجة ملحة للرعاية).

ماذا لو ترك أحد الأخصائيين أو مقدم خدمات آخر تابع للشبكة خطتنا

من المهم أن تعرف أننا قد نجري تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الخدمات) والصيدليات في خطتنا خلال العام. إذا ترك الطبيب أو الأخصائي خطتنا، فستتمتع بالحقوق وأوجه الحماية التالية:

- على الرغم من احتمالية إجراء بعض التغييرات على شبكة مقدمي الخدمات لدينا خلال العام، إلا أن برنامج Medicare يتطلب منا أن نوفر لك وصولاً مستمرًا إلى الأطباء والأخصائيين المؤهلين.
- سنخبرك بأن مقدم الخدمة الخاص بك على وشك مغادرة خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمات جديد.
 - إذا ترك مقدم الرعاية الأولية أو مقدم خدمات الصحة السلوكية خطتنا، فسوف نخطر كإذ كنت قد زرت مقدم الخدمة هذا خلال السنوات الـ 3 الماضية.
 - إذا ترك أي من مقدمي الخدمة الآخرين خطتنا، فسوف نخطر كإذ تم تعيين مقدم خدمة لك، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو كنت قد رأيتك خلال الأشهر الـ 3 الماضية.
- سنساعدك على اختيار مقدم خدمات جديد مؤهل وتابع للشبكة للحصول على الرعاية المستمرة.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي أو علاجات أخرى مع مقدم الخدمات الحالي، فيحق لك طلب مواصلة الحصول على العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا. سنتعاون معك حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على الرعاية.
- سنقدم لك معلومات حول فترات التسجيل المتاحة والخيارات المتاحة لك لتغيير الخطط.
- في حال عدم توفر مقدم الخدمات أو المزايا التابع للشبكة أو كونه غير مناسب لتلبية احتياجاتك الطبية، فسنتقدم بالترتيب لحصولك على أي ميزة مغطاة تكون ضرورية طبيًا خارج شبكة مقدمي الخدمات لدينا من خلال تقاسم التكاليف داخل الشبكة.

- إذا اكتشفت أن الطبيب أو الأخصائي سيتترك الخطة، فيمكنك الاتصال بنا حتى تتمكن من مساعدتك في العثور على موفر خدمات جديد لإدارة رعايتك الصحية.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستطع توفير بديل مؤهل ليحل محل مقدم الخدمات السابق أو أن هناك قصورًا بشأن رعايتك، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى هيئة تحسين الجودة (QIO)، أو شكوى بشأن جودة الرعاية إلى الخطة، أو كليهما (راجع الفصل 9).

القسم 2.4 كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات آخرين غير تابعين للشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يتطلب برنامج Medicare تغطيتها من خطتنا مع عدم وجود مقدمي خدمات تابعين لشبكتنا يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمات غير تابع للشبكة. يتضمن ذلك خدمات مقدم الخدمات المؤهل بشكل فريد لتقديم الخدمة المحددة التي تحتاجها، بالإضافة إلى الخدمات المقدمة في مركز متخصص أو مركز امتياز (مثل خدمات ESRD). لا توجد قيود إضافية على المزايا تنطبق خارج شبكتنا أو منطقة الخدمة.

يجب عليك أنت أو مقدم الرعاية الأولية (PCP) الاتصال بخطتنا للحصول على موافقة مسبقة قبل طلب الرعاية من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة. إذا منحناك موافقة مسبقة للحصول على الرعاية من مقدم خدمات غير تابع للشبكة، فسنقوم بتغطية هذه الخدمات كما لو كنت قد حصلت على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة.

من الضروري للغاية الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا قبل زيارة مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات. إذا كان مقدم الخدمات يرغب في عودتك للحصول على مزيد من الرعاية، فتأكد أولاً من أن الموافقة التي أبدتها خطتنا تغطي أكثر من زيارة واحدة لمقدم الخدمات غير التابع للشبكة.

ملاحظة: يحق للأعضاء الحصول على الخدمات من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عند الحاجة إلى خدمات الرعاية الطارئة أو العاجلة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تغطي الخطط خدمات غسيل الكلى للمُسجلين في ESRD الذين سافروا خارج منطقة خدمة الخطة وغير قادرين على الوصول إلى مقدمي خدمات ESRD المتعاقدين.

القسم 3 كيفية الحصول على خدمات في حالات الطوارئ، أو الكوارث، أو الحاجة الملحة للرعاية

القسم 3.1 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حالة طبية طارئة

يُشار إلى الحالة بأنها حالة طبية طارئة عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي عاقل لديه دراية متوسطة بالصحة والطب أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب الحصول على الرعاية الطبية الفورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنت امرأة حاملاً، قد يكون ذلك في شكل فقدان لطفل لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو تعرضها لضعف خطير. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

إذا كنت تتعرض لحالة طبية طارئة:

- **احصل على المساعدة بأسرع ما يمكن.** الاتصال على رقم 911 أو الذهاب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. الاتصال بسيارة الإسعاف عند الحاجة إليها. لا يتعين عليك الحصول على موافقة أو إحالة أو لأ من مقدم الرعاية الأولية (PCP). ولا يتعين عليك الذهاب إلى طبيب تابع للشبكة. يمكنك الحصول على رعاية طبية طارئة مغطاة متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيتها، ومن أي مقدم خدمات لديه ترخيص حكومي مناسب حتى لو لم يكن جزءاً من شبكتنا.
- **وتأكد في أقرب وقت ممكن من إخبار خطتنا بحالتك الطارئة.** يهنا متابعة رعاية حالتك الطارئة. ويتعين عليك الاتصال بنا لإخطارنا برعاية حالتك الطارئة سواء كان ذلك من خلالك أو من خلال شخص آخر، وعادةً ما يكون ذلك في غضون 48 ساعة. برجاء الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم الموجود على ظهر بطاقة عضوية خطتك.

الخدمات المغطاة في الحالات الطبية الطارئة

تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة طوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. نغطي كذلك الخدمات الطبية اللازمة خلال حالات الطوارئ.

يقرر الأطباء الذين يقدمون الرعاية في حالات الطوارئ وقت استقرار الحالة الصحية وانهاء الحالة الطبية الطارئة.

بعد انتهاء حالة الطوارئ، يحق لك الحصول على رعاية متابعة للتأكد من أن حالتك لا تزال مستقرة. سيستمر أطباؤك في علاجك حتى يتصل بنا أطباؤك ويضعون خططاً للحصول على رعاية إضافية. وسوف نقوم بخطتنا بتغطية رعاية المتابعة اللازمة لك. إذا تم توفير الرعاية في حالات الطوارئ من قبل مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة، فسنحاول الترتيب لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة لتولي رعايتك بمجرد أن تسمح حالتك الطبية والظروف بذلك.

ماذا لو لم تكن حالة طبية طارئة؟

قد يصعب علينا أحياناً معرفة ما إذا كانت تتعرض لحالة طبية طارئة أم سلوك صحي طارئ. على سبيل المثال، قد تتوجه للحصول على الرعاية في حالات الطوارئ - معتقداً أن صحتك في خطر شديد - في حين قد يفيد الطبيب بأنها لم تكن حالة طبية طارئة على الإطلاق. إذا اتضح أن الأمر لم يكن حالة طارئة، طالما كنت تعتقد بشكل معقول أن صحتك في خطر جسيم، فسوف نقوم بتغطية رعايتك.

ومع ذلك، عقب إفادة الطبيب بأن الحالة ليست طارئة، سنقوم بتغطية الرعاية الإضافية إذا حصلت على الرعاية الإضافية بإحدى 2 من الطرق:

- التوجه إلى مقدم خدمات تابع للشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.
- إذا ما تم اعتبار رعايتك الإضافية التي حصلت عليها "خدمات عاجلة"، وستتبع القواعد للحصول على هذه الرعاية العاجلة.

القسم 3.2 الحصول على الرعاية عندما تكون لديك حاجة ملحة للخدمات

الخدمة التي تتطلب عناية طبية فورية (ولكنها ليست حالة طارئة) هي خدمة عاجلة إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتاً، أو إذا كان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن أمثلة الخدمات العاجلة الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو تفاقم الحالات المرضية القائمة بشكل غير متوقع. ومع ذلك، لا تندرج الزيارات الروتينية الضرورية طبيياً لمقدم الخدمات مثل الفحوصات السنوية ضمن الخدمات العاجلة حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو في حال إذا ما كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتاً.

عند عدم توفر مقدمي الخدمات التابعين للشبكة مؤقتاً أو تعذر الوصول إليهم، يمكن الحصول على الرعاية العاجلة باستخدام أي مركز رعاية عاجلة متوفر. يمكنك أيضاً الاتصال بخط الاستشارات التمرضية، بالنسبة لمتحدثي الإنجليزية والإسبانية يمكنهم الاتصال على 208-8809 (888) لمن يتحدثون الإنجليزية والإسبانية. بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 711.

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

- لديك حد قدره \$50,000 لتغطية الطوارئ العالمية كل عام تقويمي لاستخدامه في خدمات النقل في حالات الطوارئ والرعاية العاجلة والرعاية في حالات الطوارئ ورعاية ما بعد الاستقرار.
- تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يتم تصنيفها على أنها رعاية في حالات الطوارئ أو عاجلة في حال تم توفير الرعاية في الولايات المتحدة.
- إذا كنت تتلقى الرعاية في حالات الطوارئ خارج الولايات المتحدة وتحتاج إلى الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابع للشبكة لكي نستمر في تغطية رعايتك، أو يجب عليك الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة ومعتمد من قبل الخطة. وتكون التكاليف التي تتحملها هي أعلى مبلغ لتقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع للشبكة. وينطبق الحد أقصى للخطة.
- قد تحتاج إلى الدفع مقابل الخدمات من أموالك الخاصة وتقديم مطالبة بالسداد.
- لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم تحويل العملات أو رسوم المعاملات). لا تتم تغطية النقل إلى الولايات المتحدة من بلد آخر.
- ولا تتم تغطية الرعاية الروتينية والإجراءات المجدولة سابقاً أو الاختيارية.

إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنا سندفع مقابل أي خدمات، فيحق لك أن تسألنا عما إذا كنا سنغطيها قبل أن تحصل عليها. كما يحق لك كذلك مطالبتنا بذلك كتابةً. إذا قلنا أننا لن نغطي الخدمة (الخدمات)، فلديك الحق في الاستئناف على قرارنا بعدم تغطية أو تعويض رعايتك.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية أثناء وقوع الكارثة

إذا أعلن حاكم الولاية أو وزير الصحة والخدمات البشرية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها، فيحق لك الحصول على الرعاية من خطتك.

يمكنك زيارة: centralhealthplan.com للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية المطلوبة أثناء حالات الكوارث.

إذا لم تتمكن من الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين للشبكة أثناء حالات الكوارث، فستسمح لك خطتك بالحصول على الرعاية من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة بذات مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل الشبكة. وإذا لم يكن بإمكانك الاستعانة بصيدلية تابعة للشبكة أثناء حالات الكوارث، فسوف يتسنى لك صرف الأدوية الموصوفة من خلال صيدلية غير تابعة للشبكة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5.

القسم 4 ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة عن التكلفة الكاملة لخدماتك المغطاة؟

إذا كنت قد دفعت مقابل الخدمات المغطاة التي حصلت عليها، أو إذا كنت قد دفعت أكثر من مبلغ تقاسم التكاليف في خطتك مقابل الخدمات المغطاة، أو إذا تلقيت فاتورة مقابل التكلفة الكاملة للخدمات الطبية المغطاة، فيمكنك مطالبتنا بدفع حصتنا من تكلفة الخدمات المغطاة. راجع الفصل 7 للاطلاع على ما يمكنك فعله.

القسم 4.1 إذا كانت الخدمات غير مغطاة في خطتنا

تغطي خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) جميع الخدمات الضرورية طبيًا كما هو مدرج في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4. إذا حصلت على خدمات غير مغطاة في خطتنا، أو حصلت على خدمات خارج الشبكة دون موافقة، فتكون حينها مسؤولاً عن دفع التكلفة الكاملة للخدمات.

بالنسبة للخدمات المغطاة التي تتضمن حدودًا للمزايا، ستكون مطالبًا أيضًا بدفع التكلفة الكاملة نظير أي خدمات تحصل عليها بعد استنفاد المزايا لهذا النوع من الخدمات المغطاة.

القسم 5 الخدمات الطبية في الدراسة البحثية السريرية

القسم 5.1 ما المقصود بالدراسة البحثية السريرية

الدراسة البحثية السريرية (وتسمى أيضًا التجربة السريرية) هي طريقة يستخدمها الأطباء والعلماء لاختبار أنواع جديدة من الرعاية الطبية، مثل مدى نجاح دواء جديد للسرطان. تمت الموافقة على بعض الدراسات البحثية السريرية من قبل Medicare. وعادةً ما تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من قبل برنامج Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة. عندما تكون في دراسة بحثية سريرية، يمكنك البقاء مسجلًا في خطتنا والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية التي لا تتعلق بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا شاركت في دراسة معتمدة من Medicare، فإن Original Medicare يدفع معظم تكاليف الخدمات المغطاة التي تتلقاها كجزء من الدراسة. وإذا ما أخبرتنا أنك مشارك في تجربة سريرية مؤهلة، فلن تحصل سوى على مبلغ تقاسم التكاليف المحدد داخل الشبكة نظير الخدمات التي تحصل عليها في هذه التجربة. إذا دفعت أكثر، على سبيل المثال، إذا كنت قد دفعت بالفعل مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به لدى Original Medicare، فسنقوم بتعويض الفرق بين ما دفعته ومبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة. ومع ذلك، سوف تحتاج إلى تقديم الوثائق التي توضح لنا المبلغ الذي دفعته.

إذا كنت تريد المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من قبل Medicare، فلن يلزمك إخبارنا بذلك أو الحصول على الموافقة منّا أو من مقدم الرعاية الأولية (PCP). لا يحتاج مقدمو الخدمات الذين يقدمون الرعاية لك كجزء من الدراسة البحثية السريرية إلى أن يكونوا جزءًا من شبكة خطتنا. (لا ينطبق هذا الأمر على المزايا المغطاة التي تتطلب تجربة سريرية أو سبيلًا لتقييم الميزة، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب التغطية بدراسات تطوير الأدلة (NCDs-CED) ودراسات الإعفاء من الأجهزة البحثية (IDE). قد تخضع هذه المزايا أيضًا لموافقة مسبقة وبعض القواعد الأخرى المدرجة في الخطة.)

ورغم أنك لست بحاجة إلى الحصول على إذن من خطتنا للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، إلا إننا نشجعك على إخطارنا مسبقًا عند رغبتك في المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة من قبل Medicare.

وفي حال مشاركتك في دراسة غير معتمدة من قبل Medicare، تكون مسؤولاً عن دفع جميع التكاليف نظير المشاركة في هذه الدراسة.

القسم 5.2 من الذي يدفع مقابل الخدمات التي يتم الحصول عليها في الدراسة البحثية السريرية

بمجرد انضمامك إلى إحدى الدراسات البحثية السريرية التي وافق عليها برنامج Original Medicare، سوف تتم تغطيتك بالنسبة لأغلب الأجهزة والخدمات التي تحصل عليها كجزء من الدراسة وتشمل:

- غرفة وسريرًا للإقامة في أحد المستشفيات التي يسدد برنامج Medicare تكلفتها حتى لو لم تكن مشاركًا في الدراسة.
- إحدى العمليات أو إجراء طبي آخر يمثل جزءًا من الدراسة البحثية.
- معالجة أي آثار جانبية ومضاعفات ناجمة عن الرعاية الجديدة.

بعد أن يقوم برنامج Medicare بدفع حصته من تكلفة هذه الخدمات، ستدفع خطتنا الفرق بين تقاسم التكاليف في برنامج Original Medicare وتقسيم التكاليف داخل الشبكة كعضو في خطتنا. مما يعني أنك ستدفع نفس المبلغ مقابل الخدمات التي تتلقاها كجزء من الدراسة، كما لو كنت قد تلقيت تلك الخدمات من خطتنا. ورغم ذلك، يتعين عليك تقديم وثائق توضح مقدار مبلغ تقاسم التكاليف المدفوع. يُرجى الاطلاع على الفصل 7 لمزيد من المعلومات حول تقديم طلبات الدفع.

مثال على تقاسم التكاليف في تجربة سريرية: لنفترض أنك ستخضع لاختبار معلمي تبلغ تكلفته \$100 كجزء من دراسة بحثية. سوف تبلغ حصتك من تكاليف هذا الاختبار \$20 بموجب برنامج Original Medicare، إلا أن تكلفة الاختبار سوف تبلغ \$10 بموجب خطتنا. في هذه الحالة، سيدفع Original Medicare مبلغًا قدره \$80 مقابل الاختبار وستدفع أنت \$20 كمدفوعات مشتركة مطلوبة بموجب Original Medicare. ستقوم بعد ذلك بإخطار خطتنا بأنك قد حصلت على خدمة تجربة سريرية مؤهلة مع تقديم وثائق (مثل فاتورة مقدم الخدمات) إلى خطتنا. ستدفع لك الخطة بعد ذلك مبلغ \$10 بشكل مباشر. مما يجعل صافي مدفوعاتك \$10، وهو المبلغ ذاته الذي ستدفعه بموجب مزايا خطتنا.

عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية، لن يدفع برنامج Medicare ولا خطتنا مقابل أي مما يلي:

- بشكل عام، لن يدفع برنامج Medicare مقابل العنصر أو الخدمة الجديدة التي تختبرها الدراسة ما لم يغطي Medicare العنصر أو الخدمة حتى لو لم تكن مشاركًا في الدراسة.
- العناصر أو الخدمات المقدمة فقط لجمع البيانات، ولا يتم استخدامها في رعايتك الصحية المباشرة. على سبيل المثال، لن يدفع برنامج Medicare مقابل إجراء فحوصات مقطعية (CT) شهرية كجزء من الدراسة إذا كانت حالتك الطبية تتطلب عادةً فحصًا مقطعيًا (CT) واحدًا فقط.
- العناصر والخدمات المقدمة من قبل الجهات الراعية للبحث بشكل مجاني للمشاركين في التجربة.

الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية في منشور Medicare الذي يحمل اسم *Medicare and Clinical Research Studies*، المتوفر عبر الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf. يمكنك أيضًا الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 6 قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

القسم 6.1 مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي مرفق يقدم الرعاية لحالة يتم علاجها عادةً في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية ماهرة. فإذا كان حصولك على الرعاية في مستشفى أو مرفق رعاية ماهرة يتعارض مع المعتقدات الدينية للعضو، فسندفع بدلاً من ذلك بتوفير تغطية للرعاية في مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية. ويتم توفير هذه الميزة فقط لخدمات المرضى الداخليين المدرجة في الجزء A (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

القسم 6.2 كيفية الحصول على الرعاية في مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية

للحصول على الرعاية عبر إحدى مؤسسات الرعاية الصحية الدينية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند قانوني يفيد بأنك تعارض الحصول على علاج طبي غير مستثنى.

- الرعاية الطبية أو العلاج غير المستثنى هو أي رعاية طبية أو علاج طوعي وغير مطلوب بموجب أي قانون على المستوى الفيدرالي أو الولاية أو المستوى المحلي.
 - الرعاية الطبية أو العلاج المستثنى هو أي رعاية طبية أو علاج غير طوعي أو مطلوب بموجب أي قانون على المستوى الفيدرالي أو الولاية أو المستوى المحلي.
- ولتغطية الرعاية تحت مظلة خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها عبر مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية الشروط التالية:
- يجب أن يكون المرفق الذي يوفر الرعاية معتمدًا من برنامج Medicare.
 - لا تغطي خطتنا سوى مجالات الرعاية غير الدينية فقط.
 - إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة تم تقديمها لك عبر أحد المرافق، فإن الشروط التالية تنطبق عليك:
 - يجب أن تكون حالتك الطبية تسمح لك بالحصول على خدمات مشمولة لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى أو الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.
 - -و- يجب أن تحصل على موافقة من الخطة الخاصة بنا قبل أن يسمح لك بالدخول إلى المرفق وإلا لن يتم تغطية إقامتك.
 - -و- تنطبق حدود تغطية المرضى الداخليين بالمستشفى الخاصة بـ Medicare (راجع المزايا في الفصل 4).
- بالإضافة إلى ذلك، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء أو مكتب Medicaid التابع للولاية (معلومات الاتصال مدرجة في الفصل 2، القسم 6) للحصول على مزيد من المعلومات حول الخدمات التي يغطيها Medicaid لفهم جميع خيارات التغطية الخاصة بك.

القسم 7 قواعد ملكية الأجهزة الطبية المعمرة

القسم 7.1 لن تتمكن من امتلاك الأجهزة الطبية المعمرة عقب سداد مبلغ محدد من المدفوعات بموجب خطتنا

تشتمل الأجهزة الطبية المعمرة (DME) على عناصر مثل إمدادات وأجهزة الأكسجين، والكراسي المتحركة، والمشايات، وأنظمة المراتب الكهربائية، والعاكزات، ومستلزمات مرضى السكري، وأجهزة توليد الكلام، ومضخات التسريب الوريدي، والبخاخات، وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للأعضاء لاستخدامها في المنزل. هذا ويستطيع العضو أن يمتلك بعض الأجهزة الطبية المعمرة (DME)، مثل الأطراف الاصطناعية. أنواع الأجهزة الطبية المعمرة (DME) الأخرى التي يجب عليك تأجيرها.

في خطة Original Medicare، يستطيع الأشخاص الذين يؤجرون أجهزة طبية معمرة (DME) امتلاك المعدة بعد سداد المدفوعات المشتركة لها مدة 13 شهرًا. بصفتك عضوًا في **Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)**، لن تتمكن من امتلاك الأجهزة الطبية المعمرة (DME) المستأجرة بغض النظر عن مقدار المدفوعات المشتركة التي تدفعها مقابل الجهاز أثناء عضويتك في خطتنا. ولن تتمكن من امتلاك الجهاز، حتى إذا قمت بسداد ما يصل إلى 12 دفعة متتالية مقابل أحد الأجهزة الطبية المعمرة (DME) بموجب برنامج Original Medicare وذلك قبل الانضمام إلى خطتنا. في بعض الحالات المحدودة، يمكننا نقل ملكية الجهاز الطبي المعمر (DME) إليك. ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

ماذا يحدث للمدفوعات التي دفعتها مقابل الأجهزة الطبية المعمرة إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare؟

إذا لم تمتلك أحد الأجهزة الطبية المعمرة (DME) أثناء اشتراكك في خطتنا، فيجب عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بعد التبديل إلى خطة Original Medicare لامتلاك الجهاز (DME). لا تُحتسب المدفوعات التي قمت بسدادها في أثناء اشتراكك في خطتنا ضمن هذه الدفعات الـ 13.

المثال 1: لقد قمت بسداد 12 دفعة متتالية أو أقل مقابل العنصر الموجود في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. لا يتم احتساب الدفعات التي قمت بها أثناء اشتراكك في Original Medicare. سيتعين عليك سداد 13 دفعة لخطتنا قبل امتلاك الجهاز.

المثال 2: لقد قمت بسداد 12 دفعة متتالية أو أقل مقابل العنصر الموجود في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. لن تتمكن من امتلاك الجهاز أثناء عضويتك في خطتنا. عند عودتك مرة أخرى إلى Original Medicare، سيتعين عليك إجراء 13 دفعة جديدة متتالية لامتلاك الجهاز بمجرد انضمامك إلى Original Medicare مرة أخرى. ولن يتم احتساب أي مدفوعات قمت بها بالفعل (سواء الخاصة بخطتنا أو تلك المتعلقة ببرنامج Original Medicare).

القسم 7.2 قواعد أجهزة الأكسجين ومستلزماته وصيانتها

إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية أجهزة الأكسجين Medicare، فسوف تقوم Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بتغطية ما يلي:

- استئجار أجهزة الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتوياته
- الأنابيب والملحقات ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتوياته
- صيانة أجهزة الأكسجين وإصلاحها

إذا تركت Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة إلى أجهزة الأكسجين طبيًا، فيجب إعادة هذه الأجهزة.

ماذا يحدث عند تركك لخطتنا والرجوع إلى Original Medicare؟

يتطلب Original Medicare من مورد خدمات الأكسجين توفير الخدمات لك لمدة 5 سنوات. وستقوم باستئجار الأجهزة خلال الـ 36 شهرًا الأولى، وفيما يتعلق بالأشهر الـ 24 المتبقية، يقوم المورد بتوفير المعدات والصيانة (لا تزال مسؤولاً عن المدفوعات المشتركة للأكسجين). وعقب مضي 5 سنوات، يمكنك اختيار البقاء مع نفس الشركة أو الانتقال إلى شركة أخرى. وفي هذه المرحلة، تبدأ دورة السنوات الـ 5 مرة أخرى، حتى في حال استمرارك مع نفس الشركة، حيث سيطلب منك سداد المدفوعات المشتركة للأشهر الـ 36 الأولى مرة أخرى. وفي حال انضمت إلى خطتنا أو تركتها، تبدأ دورة السنوات الـ 5 مرة أخرى.

الفصل 4:

مخطط المزايا الطبية (ما يتم تغطيته وما تدفعه)

القسم 1 فهم التكاليف التي تدفعها مقابل الخدمات المغطاة

يسرد مخطط المزايا الطبية الخدمات المُغطاة ويوضح المبلغ الذي ستدفعه مقابل كل خدمة مُغطاة كعضو في Central Health Medi-Medi Plan (HMO D-SNP) II. يوفر هذا القسم أيضًا معلومات حول الخدمات الطبية غير المغطاة. ويشرح القيود المفروضة على بعض الخدمات المحددة.

القسم 1.1 التكاليف التي قد تدفعها مقابل الحصول على الخدمات المغطاة

تتضمن أنواع التكاليف التي قد تدفعها مقابل الحصول على الخدمات المغطاة:

- **المدفوعات المشتركة:** هي المبلغ الثابت الذي تدفعه في كل مرة تحصل فيها على خدمات طبية معينة. ستدفع مدفوعات مشتركة في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمة الطبية. (يوضح لك مخطط المزايا الطبية مزيدًا من المعلومات عن مدفوعاتك المشتركة.)
- **التأمين المشترك:** هو النسبة المئوية التي تدفعها من إجمالي تكلفة خدمات طبية معينة. ستدفع تأمينًا مشتركًا في الوقت الذي تحصل فيه على الخدمة الطبية. (يوضح لك مخطط المزايا الطبية مزيدًا من المعلومات عن تأمينك المشترك.)

القسم 1.2 ما الحد الأقصى الذي ستدفعه مقابل الحصول على الخدمات الطبية المغطاة بموجب Medicare Part A و الجزء B؟

ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا أيضًا يتلقون مساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا منهم يدفعون الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. ولن تكون مسؤولاً عن دفع الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B.

تضع خطط Medicare Advantage حدًا للمبلغ الذي يتعين عليك دفعه كل عام مقابل الخدمات الطبية التي يتم تغطيتها بموجب Medicare Part A و الجزء B ويسمى هذا الحد بالحد الأقصى للتكاليف المدفوعة (MOOP) للخدمات الطبية. بالنسبة للسنة التقويمية 2026، يبلغ مقدار **MOOP** ما قيمته **\$9,250**.

يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل المدفوعات المشتركة والتأمين المشترك للخدمات المغطاة ضمن هذا المبلغ الذي تدفعه. (ولا تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل أدوية الجزء D من الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. بالإضافة إلى ذلك، فإن المبالغ التي تدفعها مقابل بعض الخدمات لا يتم احتسابها ضمن الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. ويتم تمييز هذه الخدمات بعلامة النجمة (*). في مخطط مزايا Medical، عند بلوغ الحد الأقصى للمبلغ الذي ستدفعه إلى \$9,250، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف حتى نهاية العام مقابل الحصول على الخدمات المغطاة بموجب الجزء A والجزء B. ومع ذلك، يجب عليك الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B (ما لم يتم دفع قسط الجزء B من برنامج Medicaid بواسطة أو من خلال طرف خارجي آخر).

القسم 2 يوضح مخطط المزايا الطبية المزايا والتكاليف الطبية الخاصة بك

يوضح مخطط المزايا الطبية في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها خطة (HMO D-SNP) Central Health Medi-Medi Plan II بالإضافة إلى ما تدفعه من تكاليف مقابل الحصول على كل خدمة. ترد تغطية أدوية الجزء D في الفصل 5. تتم تغطية الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية فقط عند استيفاء هذه المتطلبات:

- يجب توفير خدمات Medicare المغطاة وفقًا لتوجيهات تغطية Medicare.
- يجب أن تكون خدماتك (بما في ذلك الرعاية الطبية والخدمات والإمدادات والأجهزة وأدوية الجزء B) ضرورية طبيًا. ويقصد بالضرورة الطبية أن الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية ضرورية لأغراض الوقاية أو تشخيص الحالة أو علاجها فضلاً عن كونها تلبى المعايير المقبولة للممارسة الطبية.

الفصل 4: مخطط المزايا الطبية (ما يتم تغطيته وما تدفعه)

- بالنسبة للمسجلين حديثاً، يجب أن توفر خطة الرعاية المنسقة من جانب MA فترة انتقالية لا تقل عن 90 يوماً، وخلال هذه الفترة قد لا تتطلب خطة MA الجديدة الحصول على موافقة مسبقة لأي برنامج علاجي نشط، حتى إذا كان البرنامج العلاج لخدمة بدأت مع موفر خدمات غير تابع للشبكة.
 - حصولك على الرعاية من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات غير تابع للشبكة إلا إذا كانت رعاية طارئة أو عاجلة أو عند عدم حصولك على إحالة من خطتنا أو من مقدم الخدمات التابع للشبكة. هذا يعني أنك ستضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لمقدم الخدمات مقابل الخدمات التي يتم الحصول عليها خارج الشبكة.
 - لديك مقدم رعاية أولية (PCP) يوفر لك الرعاية ويشرف عليها. وفي معظم الحالات، يجب أن تحصل على موافقة مسبقة من قبل مقدم الرعاية الأولية (PCP) التي تسمى (إحالة) قبل أن تتمكن من زيارة مقدمي خدمات آخرين تابعين لشبكة خطتنا.
 - تتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر على موافقة منا أولاً (تسمى في بعض الأحيان موافقة مسبقة). يتم تمييز الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة في مخطط المزايا الطبية بالخط العريض.
- أشياء مهمة أخرى يجب معرفتها حول تغطيتنا:

- أنت مشمول بتغطية كل من Medicare و Medicaid. يغطي برنامج Medicare الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة. يغطي برنامج Medicaid تقاسم تكاليف خدمات Medicare، بما في ذلك خدمات المستشفيات الداخلية وخدمات المستشفيات الخارجية. يغطي برنامج Medicaid أيضاً الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل خدمات تنظيم الأسرة.
 - على نحو مماثل لجميع خطط الرعاية الصحية في Medicare، فإننا نغطي كل ما يغطيه Original Medicare. (لمعرفة المزيد عن تغطية وخدمات Original Medicare يمكنك قراءة كتيب Medicare & You 2026. يمكنك مطالعته عبر الإنترنت من خلال www.Medicare.gov أو طلب الحصول على نسخة منه من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048
 - بالنسبة لجميع الخدمات الوقائية التي يتم تغطيتها مجاناً بموجب برنامج Original Medicare، نقوم أيضاً بتغطية هذه الخدمات مجاناً.
 - إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2026، فسيقوم برنامج Medicare أو خطتنا بتغطية هذه الخدمات.
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف ضمن برنامج Medicare، فلن تدفع أي مبالغ مقابل الحصول على الخدمات المدرجة في مخطط المزايا، طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أعلاه.**

أنت مشمول بتغطية كل من Medicare و Medicaid. تتم تغطية الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة طبيياً عادةً من جانب Medicare. تتم تغطية الرعاية طويلة الأمد والخدمات المجتمعية والأدوية المغطاة التي تُصرف بدون وصفة طبية المدرجة في قائمة الخطة عادةً من جانب Medicaid.

معلومات مهمة حول المزايا للأعضاء الذين يعانون بعض الأمراض المزمنة.

إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا التكميلية الخاصة للأعضاء المصابين بالأمراض المزمنة.

- الاضطرابات القلبية الوعائية؛
- فشل القلب المزمن؛
- الخرف؛
- مرض السكري؛
- الاضطرابات الرئوية المزمنة؛
- مرض الكلى المزمن (CKD)؛
- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs)؛
- السرطان؛
- اضطرابات المناعة الذاتية؛
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي؛
- مرض الجهاز الهضمي المزمن؛
- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)؛
- أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة؛

- الاضطرابات العصبية؛
- السكتة الدماغية؛
- ما بعد زراعة الأعضاء؛
- نقص المناعة واضطرابات كبت المناعة؛
- الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي؛
- الحالات التي تواجه تحديات وظيفية؛
- الحالات المزمنة التي تؤثر على البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم؛
- الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاحتفاظ بها؛
- اضطرابات الدم الحادة

سنقوم بمراجعة أهليتك سنويًا للتأكد من أنك مؤهل للحصول على الميزة. وقد يكون من الضروري الحصول على موافقة مسبقة. سنساعدك في الحصول على هذه المزايا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية لبدء طلبك للوصول إلى هذه المزايا الإضافية.

ملاحظة: من خلال طلب هذه الميزة، فإنك تصرح لممثلي Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بالاتصال بك عن طريق الهاتف أو البريد أو أي وسيلة اتصال أخرى كما هو موضح صراحةً في طلبك.

- للتعرف على المزيد من التفاصيل، انتقل إلى صف المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة في مخطط المزايا الطبية أدناه.
- يرجى الاتصال بنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها.

 يشير رمز التفاحة إلى الخدمات الوقائية في مخطط المزايا الطبية.

جدول المزايا الطبية

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

فحص تمدد الشريان الأورطي البطني

فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. لا تغطي خطتنا هذا الفحص إلا إذا كان لديك عوامل خطر محددة بالإضافة إلى الحصول على إحالة من طبيبك أو مساعد طبيبك أو الممرضة الممارسة أو الممرضة الطبية المتخصصة.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذا الفحص الوقائي.

العلاج بالإبر لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:
ما يصل إلى 12 زيارة خلال 90 يومًا في الحالات التالية: ولأغراض هذه الميزة، يتم تعريف الآلام أسفل الظهر المزمنة على النحو التالي:

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لخدمات الوخز بالإبر المغطاة من قبل برنامج Medicare. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

- الآلام تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر،
- غير محدد، حيث أنه ليس له سبب جهازي محدد (أي غير مرتبط بالأمراض النقلية أو الالتهابية أو المعدية، وما إلى ذلك)؛
- آلام غير مرتبطة بعملية جراحية؛ و
- آلام غير مرتبطة بالحمل.

ستتم تغطية 8 جلسات إضافية للمرضى الذين يظهرون تحسنًا. لا يجوز إجراء أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر سنويًا.

يجب التوقف عن العلاج حال عدم حدوث تحسن أو في حال حدوث تفاقم للحالة.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

متطلبات مقدم الخدمات:

يجوز للأطباء (كما هو منصوص عليه في المادة [1][r] 1861 من قانون) الضمان الاجتماعي تقديم خدمات الوخز بالإبر وفقاً لمتطلبات الولاية المعمول بها.

يجوز للمساعدين الطبيين (PA) والممرضات الممارسات (NP)/المختصين في التمريض السريري (CNS) (كما هو منصوص عليه في المادة [5][aa] 1861 من القانون) بالإضافة إلى الموظفين المساعدین تقديم خدمات الوخز بالإبر حال استيفاء جميع متطلبات الولاية المعمول بها فضلاً عن حصولهم على ما يلي:

- الحصول على درجة الماجستير أو الدكتوراه في العلاج بالإبر أو الطب الآسيوي التقليدي من كلية طب معتمدة من قبل لجنة الاعتماد للعلاج بالإبر والطب الآسيوي التقليدي (ACAOM)؛ و،
- الحصول على رخصة حالية وكاملة وسارية وغير مقيدة لممارسة العلاج بالإبر في إحدى الولايات أو الأقاليم أو الكومنولث (مثل، Puerto Rico) في الولايات المتحدة أو District of Columbia.

الوخز بالإبر لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر (يتبع)

يجب أن يخضع المساعدون ممن يقدمون خدمات الوخز بالإبر للإشراف المناسب من قبل طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/ممرضة مرخصة (NP/CNS) وفقاً للوائح الواردة في الأقسام 410.26 و 410.27 من قانون اللوائح الفيدرالية رقم 42.

الوخز بالإبر - الروتيني*

زيارات غير محدودة للوخز بالإبر سنوياً.

ستدفع \$0 مدفوعات مشتركة

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

خدمات الإسعاف

تتضمن خدمات الإسعاف المغطاة، سواء في حالات الطوارئ أو غير الطوارئ، خدمات الإسعاف عبر الطائرات ذات الجناحين والطائرات الهليكوبتر وسيارات الإسعاف، وصولاً إلى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية وذلك إذا ما تم توفيرها لعضو لا تسمح حالته الصحية باستخدام وسائل النقل الأخرى حيث قد تعرض حياته للخطر أو إذا ما تمت الموافقة على ذلك من قبل خطتنا.

إذا لم تكن خدمات الإسعاف المغطاة مخصصة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن حالة العضو لا تسمح باستخدام وسائل النقل الأخرى حيث قد تتعرض صحته للخطر فضلاً عن أنه من الناحية الطبية يتطلب النقل بسيارة الإسعاف.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لخدمات الإسعاف المغطاة في برنامج Medicare.

يلزم الحصول على موافقة مسبقة لطلب الإسعاف في الحالات غير الطارئة فقط.

الفحص البدني السنوي (تكميلي)*

يوفر الفحص البدني الروتيني السنوي تغطية لخدمات الفحص البدني الإضافية التي لا يمكن تقديمها إلا من قبل طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب. هذه فرصة رائعة لتركيز الانتباه على الوقاية والفحص. في أثناء الفحص البدني الروتيني، سيفحصك الطبيب لتحديد المشكلات من خلال الفحص البصري والجس والتسمع والقرع. تتضمن الأساليب الثلاثة الأخيرة اتصالاً بدنياً مباشراً وهي ضرورية لتحديد وجود (أو غياب) حالة بدنية.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمات.

إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات إضافية، فسيقوم مقدم الرعاية بإحالتك إلى اختصاصي أو تقديم تصريح سابق إذا لزم الأمر.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

الزيارة السنوية لفحص الصحة والعافية 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارة العناية بالصحة السنوية.

إذا كنت عضوًا في الجزء (B) لمدة تتجاوز 12 شهرًا، فيمكنك الحصول على زيارة صحية سنوية لتطوير أو تحديث خطة وقائية مخصصة بناءً على حالتك الصحية الحالية وعوامل الخطر المحيطة بك. يتم تغطيتها مرة واحدة كل 12 شهرًا.

ملاحظة: لا يمكن أن تتم زيارتك السنوية الأولى للعناية بالصحة في غضون 12 شهرًا من زيارتك الوقائية مرحبًا بك في Medicare. ومع ذلك، أنت لست بحاجة إلى تغطية زيارة الترحيب بك في Medicare للحصول على زيارات سنوية للعناية بالصحة عقب عضويتك في الجزء (B) لمدة 12 شهرًا.

قياس كثافة العظام 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لقياس كثافة العظام المغطى في برنامج Medicare.

بالنسبة للمؤهلين (بشكل عام، يُقصد بهم الأشخاص المعرضين لخطر فقدان كثافة العظام أو المعرضين لخطر هشاشة العظام)، تتم تغطية الخدمات التالية كل 24 شهرًا أو بشكل أكثر تكرارًا إذا كانت الضرورة الطبية تستدعي ذلك: إجراءات لتحديد كثافة العظام أو اكتشاف فقدان كثافة العظام أو تحديد جودة العظام، بما في ذلك تفسير الطبيب للنتائج.

فحص سرطان الثدي (الفحص بصورة الثدي الشعاعية) 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لفحوصات التصوير الشعاعي للثدي المغطاة.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- الخط الأساسي للفحص بصورة الثدي الشعاعية بين الأعمار 35 و39
- التصوير الشعاعي للثدي كل 12 شهرًا للنساء البالغات 40 عامًا فأكثر
- إجراء فحوصات الثدي الإكلينيكية مرة كل 24 شهرًا

يتم استخدام التصوير الشعاعي للثدي للكشف المبكر عن سرطان الثدي. بمجرد تحديد تاريخ الإصابة بسرطان الثدي، وحتى تختفي أي علامات أو أعراض لسرطان الثدي، تعتبر عمليات التصوير الشعاعي للثدي المستمرة تشخيصية ويتم تغطيتها ضمن "الاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية" في هذا المخطط. لا تتوفر المزايا السنوية لفحص التصوير الشعاعي للثدي للأعضاء الذين لديهم علامات أو أعراض سرطان الثدي.

خدمات إعادة تأهيل القلب

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمات. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تتم تغطية البرامج الشاملة لخدمات إعادة تأهيل القلب التي تشمل التمارين الرياضية والتعليم والاستشارة للأعضاء الذين يستوفون شروطًا معينة بأمر من الطبيب. وتغطي الخطة أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة التي ما تكون عادةً أكثر صرامة أو كثافة من برامج إعادة تأهيل القلب المعتادة.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت



زيارة الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب والأوعية الدموية)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للميزة الوقائية من أمراض الأوعية الدموية القلبية بالمعالجة السلوكية المكثفة.

نغطي حضور زيارة واحدة كل عام مع مقدم الرعاية الأولية لديك للمساعدة على الحد من خطر التعرض لأمراض القلب والأوعية الدموية. خلال هذه الزيارة، قد يناقش طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان ذلك مناسبًا)، ويفحص ضغط دمك، ويعطيك نصائح للتأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا.



اختبار فحوصات أمراض الأوعية الدموية القلبية

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لاختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية المشمول بالتغطية مرة واحدة كل 5 سنوات

هي عبارة عن اختبارات للدم بغرض الكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية (أو التشوهات المرتبطة بارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) بواقع مرة واحدة كل 5 سنوات (60 شهرًا).



فحص السرطان العنقي والمهبلي

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية المغطاة في برنامج Medicare.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- بالنسبة لجميع النساء: يتم إجراء فحوصات عنق الرحم الحوض بواقع 1 مرة كل 24 شهرًا
- إذا كنت معرضة لمخاطر الإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل بشكل مرتفع أو كنت في سن الإنجاب وأجريت فحص عنق الرحم وكانت النتائج غير مطمئنة خلال السنوات الـ 3 الماضية: إجراء اختبار عنق الرحم بواقع 1 مرة كل 12 شهرًا

خدمات تقويم العمود الفقري (مغطاة من قبل Medicare)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لخدمات تقويم العمود الفقري المغطاة من قبل برنامج Medicare.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- لا نغطي سوى المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع.

خدمات إدارة وعلاج الآلام المزمنة

سيختلف مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بهذه الخدمة حسب الخدمات الفردية المقدمة في إطار العلاج.

الخدمات الشهرية المغطاة للأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة (آلام مستمرة أو متكررة تستمر لأكثر من 3 أشهر). قد تشمل الخدمات تقييم الألم وإدارة الأدوية وتنسيق الرعاية والتخطيط لها.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

فحص سرطان القولون والمستقيم 

تتم تغطية اختبارات الفحص التالية:

- لا يرتبط تنظيف القولون بحد أدنى أو أقصى للعمر ويتم تغطيته بواقع مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر مرتفع، أو 48 شهرًا عقب التنظيف السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر مرتفع للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية عقب إجراء تنظيف القولون السابق.
- تصوير القولون المقطعي المحوسب للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا أو أكثر ممن ليسوا عرضة لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بشكل مرتفع وتتم تغطيتهم عقب مرور 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم خلاله إجراء آخر فحص لتصوير القولون المقطعي المحوسب أو مرور 47 شهرًا بعد الشهر الذي تم خلاله إجراء آخر فحص لتنظيف القولون المرن أو تنظيف القولون. بالنسبة للمرضى المعرضين لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم بشكل مرتفع، قد يتم دفع ثمن فحص القولون بالتصوير المقطعي المحوسب عقب مرور 23 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم خلاله إجراء آخر فحص للقولون بالتصوير المقطعي المحوسب أو آخر تنظيف للقولون.
- التنظيف السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر مرتفع بعد إجراء فحص تنظيف القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لخطر كبير من آخر تنظيف سيني مرن أو تصوير القولون المقطعي المحوسب.
- فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 12 شهرًا.
- الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطر المرتفع. مرة واحدة كل 3 سنوات.
- اختبارات العلامات الحيوية المعتمدة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطر المرتفع. مرة واحدة كل 3 سنوات.
- تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظيف القولون للمتابعة بعد إجراء اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم غير الجراحي القائم على البراز الذي يغطيه برنامج Medicare، والذي يُظهر نتيجة إيجابية.
- تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظيف سيني مرن للفحص المخطط له أو تنظيف القولون للفحص الذي يتضمن إزالة الأنسجة أو أي مادة أخرى، أو إجراء آخر يتم تقديمه فيما يتعلق باختبار الفحص وما يترتب عليه وفي نفس الجلسة السريرية.

خدمات طب الأسنان (المغطاة في Medicare)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الخدمات.

بشكل عام، لا يغطي Original Medicare خدمات طب الأسنان الوقائية (مثل التنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية للأسنان).

ومع ذلك، يدفع برنامج Medicare تكاليف خدمات طب الأسنان في حالات محددة للغاية، لا سيما عندما تكون هذه الخدمة جزءًا لا يتجزأ من العلاج المحدد للحالة الطبية الأساسية للمستفيد. وتتضمن بعض الأمثلة إعادة ترميم الفك عقب التعرض للكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الأعضاء.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

فحص الاكتئاب

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة السنوية لفحص الاكتئاب. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحص الاكتئاب. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة السنوية لفحص الاكتئاب.

فحص مرض السكري

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare.

بندرج هذا الفحص ضمن التغطية (ويتضمن اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا كنت تعاني من أي من عوامل الخطر التالية: ارتفاع ضغط الدم، أو كان لديك تاريخ طبي من مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية غير الطبيعية (خلل شحميات الدم)، أو السمنة، أو كان لديك تاريخ طبي من ارتفاع نسبة السكر في الدم (الجلوكوز). يمكن أيضاً تغطية الاختبارات إذا كنت تستوفي متطلبات أخرى، مثل زيادة الوزن ولديك تاريخ عائلي لمرض السكري.

قد تكون مؤهلاً لإجراء عدد 2 من الفحوصات لمرض لسكري كل 12 شهراً بعد تاريخ آخر اختبار فحص للسكري.

التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري بالإضافة إلى الخدمات والمستلزمات المتعلقة بالسكري

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (مستخدمو الأنسولين وغير الأنسولين). تشمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- تقتصر بعض مستلزمات مرضى السكري، بما في ذلك منتجات اختبار الجلوكوز في الدم، على علامات تجارية ومصنعين محددين. منتجات السكري المفضلة هي العلامات التجارية Trividia Health (TrueMetrix). تتوفر قائمة بمستلزمات علاج السكري عبر موقعنا الإلكتروني. يرجى الاطلاع على نموذج خطتنا للحصول على مزيد من المعلومات أو الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على معلومات إضافية.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت



التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري بالإضافة إلى الخدمات والمستلزمات المتعلقة بالسكري (يتبع)

- مستلزمات لمراقبة نسبة السكر في الدم؛ جهاز مراقبة نسبة السكر في الدم، وشرائط اختبار نسبة السكر في الدم، وأجهزة الوخز والإبر، ومحاليل التحكم في نسبة السكر في الدم للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة المراقبة.
 - أجهزة مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم (السكر).
 - بعض المتعلقات التي يأمر الطبيب بصرفها لك لاستخدامها في المنزل.
 - لا تتطلب أجهزة مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم ذات العلامة التجارية المفضلة الحصول على موافقة مسبقة.
 - شرائط اختبار الجلوكوز في الدم
 - لا تتطلب شرائط اختبار نسبة الجلوكوز في الدم ذات العلامة التجارية المفضلة الحصول على موافقة مسبقة.
 - قد يقتصر على الأمر على 30 يوماً من الإمدادات عند صرف الأدوية.
 - محاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة المراقبة.
- بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري المصابين بمرض القدم السكرية الحاد: عدد 1 زوج من الأحذية العلاجية المصبوبة لكل سنة تقويمية وذلك حسب الطلب (بما في ذلك النعال المرفقة مع هذه الأحذية) وعدد 2 زوج من النعال، أو 1 زوج من الأحذية ذات العمق وعدد 3 أزواج من النعال (باستثناء النعال القابلة للإزالة غير المخصصة المرفقة مع هذه الأحذية). التغطية تشمل التركيب.
- تتم تغطية التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري في ظل ظروف معينة.
- تشمل خدمات مرضى السكري المغطاة من قبل برنامج Medicare ما يلي:
 - فحص العين السنوي واختبارات الجلوكوما
 - فحوصات القدم
 - خدمات العلاج الغذائي الطبي (MNT)

الأجهزة الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة

- للحصول على تعريف للأجهزة الطبية المعمرة، راجع الفصل 12 وكذلك الفصل 3 من هذه الوثيقة.)
- ومن أمثلتها الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرّة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الخدمات للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ولوازم وأجهزة الأكسجين، والبخاخات، والمشايات.
- نحن نغطي جميع الأجهزة الطبية المعمرة (DME) الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامج Original Medicare. إذا لم يكن مقدم الخدمات في منطقتك بإمكانه توفير منتجات ذات علامة تجارية محددة أو من إنتاج شركة تصنيع محددة، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصًا لك. تتوفر أحدث قائمة بالموردين عبر موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الخدمات.

يبلغ معدل تقاسم التكاليف فيما يتعلق بتغطية أجهزة الأكسجين في برنامج Medicare \$0، كل شهر.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة بالنسبة للشركات المصنعة المفضلة.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

الرعاية في حالات الطوارئ

تعني الرعاية في حالات الطوارئ الخدمات التي:

- المقدمة بواسطة مقدم رعاية مدرب على تقديم خدمات الحالات الطارئة.
- مطلوب لتقييم أو استقرار حالة طبية طارئة.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمات.

إذا كنت تتلقى الرعاية في حالات الطوارئ في أحد المستشفيات غير التابعة للشبكة وتحتاج إلى الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك التوجه إلى مستشفى تابع للشبكة لكي نستمر في تغطية رعايتك أو يجب عليك الحصول على خدمة

رعاية المرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة ومعتمد من قبل الخطة وحينها تكون التكلفة مماثلة لمقدار مبلغ لتقاسم التكاليف الذي ستدفعه في مستشفى تابع للشبكة.

تعرف الحالة الطبية الطارئة على أنها عندما تعتقد أنت، أو أي شخص عادي آخر يتمتع بمعرفة متوسطة بالصحة والطب، أن لديك أعراضًا طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنت امرأة حامل، أو فقدت أحد الأطفال حديثي الولادة)، فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو إعاقته بشكل خطير. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

يتمثل مبلغ تقاسم التكاليف لخدمات الطوارئ الضرورية المقدمة خارج الشبكة مع مبلغ تقاسم التكاليف للخدمات المقدمة داخل الشبكة.

قد تتم تغطية الرعاية في حالات الطوارئ خارج الولايات المتحدة (U.S.) بموجب ميزة تغطية الطوارئ العالمية. نخصص ما يصل إلى \$50,000 لتغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم كل عام تقويمي للنقل في حالات الطوارئ، والرعاية العاجلة، والرعاية الطارئة، والرعاية بعد استقرار الحالة. راجع "تغطية الرعاية في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم" في هذا المخطط لمعرفة المزيد.

ميزة اللياقة البدنية (تكميلية) *

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. استشر طبيبك دائمًا قبل بدء روتين التمارين الرياضية أو تغييره.

سوف تحصل على عضوية مركز اللياقة البدنية في مراكز اللياقة البدنية المشاركة. إذا كنت لا تستطيع الذهاب إلى مركز لياقة بدنية أو تفضل ممارسة الرياضة من المنزل كذلك، فيمكنك اختيار مجموعة Home Fitness. ستساعدك المجموعة على البقاء نشيطاً من دون أن تترك منزلك. تتضمن خيارات اللياقة البدنية المنزلية اختيار جهاز تعقب اللياقة البدنية أو أدوات القوة أو اليوجا.

إذا اخترت ممارسة التمارين الرياضية في مركز للياقة البدنية، فيمكنك الاطلاع على الموقع الإلكتروني واختيار أحد المواقع المشاركة، أو يمكنك التوجه مباشرة إلى أحد مراكز اللياقة البدنية المشاركة للبدء. وقد تختلف المرافق ومراكز اللياقة البدنية وسلاسل اللياقة البدنية المشاركة حسب الموقع كما أنها خاضعة للتغيير. وتخضع المجموعات للتغيير.

برامج التوعية حول الصحة والعافية *



لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمات.

برامج إدارة الحالة الصحية

لدينا برامج متاحة لمساعدتك في إدارة حالتك الصحية المشخصة. تشمل البرامج:

- إدارة الربو.
- إدارة الاكتئاب.
- إدارة مرض السكري.
- إدارة ارتفاع ضغط الدم.
- أمراض القلب والأوعية الدموية (CVD)

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

برامج التوعية حول الصحة والعافية * (يتبع)

- مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)
- برنامج متابعة الحمل

تتوفر المواد التعليمية ونصائح الرعاية. يمكننا أيضًا مساعدتك في العمل مع مقدم الخدمات. التسجيل في برامج إدارة الحالة الصحية:

- يتم تسجيلك تلقائيًا في البرنامج (البرامج) الذي يلبي احتياجاتك على أفضل وجه بناءً على بيانات المطالبات الطبية أو الصيدلانية.
- يمكنك أيضًا التسجيل من خلال مقدم الخدمات لديك أو الإحالة الذاتية.

هناك متطلبات معينة يجب عليك الوفاء بها للتسجيل.

الانسحاب من برامج الإدارة الصحية:

- هذه البرامج طوعية، ويمكنك اختيار الانسحاب من أي برنامج في أي وقت.

يمكنك معرفة المزيد أو التسجيل في أي من البرامج المذكورة أعلاه عن طريق الاتصال بقسم Health Management Department لدينا على الرقم 891-2320 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 6 a.m. إلى 6 p.m. (بتوقيت منطقة المحيط الهادئ).

برامج تحسين الحالة الصحية

تتوفر أيضًا برامج أخرى مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، مثل:

- برنامج للتحكم في الوزن.

للحصول على معلومات و/أو مواد للتحكم في الوزن، يمكنك الاتصال بالرقم 472-9483 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال بالرقم: 711)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 6 a.m. إلى 6 p.m. (بتوقيت منطقة المحيط الهادئ).

خط الاستشارات التمرضية

سواء كان لديك مشكلة صحية فورية، أو أسئلة حول حالة طبية، أو ترغب في الحصول على معلومات عامة حول الموارد الصحية المتاحة، فإن خط الاستشارات التمرضية متاح على مدى 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

الرقم المجاني لخط الاستشارات التمرضية هو:

بالنسبة للمتحدثين باللغتين الإنجليزية والإسبانية، يمكنهم الاتصال على الرقم 208-8809 (888)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711

ستساعدك الممرضة المسجلة في تحديد ما إذا كان بإمكانك إدارة رعايتك في المنزل أو تحتاج إلى رعاية أخصائي طبي.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

برامج التوعية حول الصحة والعافية * (يتبع)

اتصل في أي وقت، ليلاً أو نهاراً، للتحدث مع ممرضة مسجلة حول الأمراض أو الإصابات.
 • ليست هناك حاجة إلى وجود إحالة أو الحصول على موافقة مسبقة
 هذه الخدمة ليست مخصصة لحالات الطوارئ. في حالة الطوارئ، اتصل بالرقم 911 على الفور.

خدمات السمع

تتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها مقدم الخدمات لتحديد إذا ما كنت بحاجة إلى علاج طبي كراية للمرضى الخارجيين عندما يقدمها طبيب أو أخصائي سمع أو مقدم خدمات آخر مؤهل.
 تساعد اختبارات السمع والتوازن التشخيصية التي يغطيها برنامج Medicare في تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي أم لا.
 يعتمد الفحص على حاجة طبية فقط، مثل فقدان السمع بسبب المرض أو الإصابة أو الجراحة.

خدمات السمع (تكميلية)*

بالإضافة إلى خدمات السمع المغطاة من قبل برنامج Medicare، يمكنك إجراء اختبار سمع روتيني بواقع مرة واحدة كل سنة تقويمية. وعقب إجراء اختبار السمع الروتيني، قد يتم توفير سماعات أذن لك.
 للعثور على مقدم خدمات سمع تابع للشبكة بالقرب منك، يمكنك:

1. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء، أو
2. البحث عبر الإنترنت – باستخدام أداة البحث عبر الإنترنت لمقدم خدمات السمع التكميلية لدينا عبر MolinaHealthcare.com/Medicare.

يمكن تركيب/تقييم سماعات الأذن بواقع مرة واحدة كل عام تقويمي.
 إذا أخبرك طبيبك أنك تحتاج إلى سماعات أذن، فيمكنك الحصول على عدد 2 سماعة أذن بحد أقصى يحدد ما سبقاً مقدم خدمات معتمد لدى الخطة للأذنين معاً كل 2 من الأعوام.

فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب

بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون إجراء اختبار فحص فيروس HIV أو الذين هم في خطر متزايد للإصابة بفيروس HIV، فإننا نغطي ما يلي:
 • إجراء فحص واحد كل 12 شهراً
 إذا كنت حاملاً، فإننا نغطي:
 • ما يصل إلى 3 فحوصات أثناء الحمل.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

وكالة الرعاية الصحية المنزلية

قبل الحصول على خدمات الصحة المنزلية، يجب أن يفيد الطبيب بأنك بحاجة إلى خدمات صحية منزلية وسيطلب تقديم خدمات الصحة المنزلية من قبل وكالة الصحة المنزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، مما يعني أن مغادرة المنزل تكلفك بذل جهد كبير. تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- خدمات التمريض بدوام جزئي أو المتقطعة وخدمات المساعدين الصحيين في المنزل (التي تتم تغطيتها بموجب امتياز الرعاية الصحية في المنزل، ويجب أن يكون إجمالي خدمات المساعدة الصحية المنزلية والرعاية التمريضية أقل من 8 ساعات في اليوم ولمدة 35 ساعة في الأسبوع)
- العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج مشكلات النطق
- الخدمات الاجتماعية والطبية
- الأجهزة والمستلزمات الطبية

العلاج بالتسريب في المنزل

يتضمن العلاج بالتسريب في المنزل إعطاء أدوية أو مواد بيولوجية عن طريق الوريد أو تحت الجلد للفرد في المنزل. تشمل المكونات اللازمة للعلاج بالتسريب في المنزل الدواء (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للفيروسات، والجلوبيولين المناعي)، والأجهزة (على سبيل المثال، المضخة)، والمستلزمات (على سبيل المثال، الأنابيب والقسطرة). تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- خدمات الأخصائيين لا سيما خدمات التمريض المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك
- تدريب المرضى وتعليمهم غير مشمولين ضمن مزايا الأجهزة الطبية المعمرة
- الملاحظة عن بعد
- خدمات الملاحظة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

رعاية المحتضرين

عندما تسجل في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من قبل برنامج Medicare، يتم دفع تكاليف خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزء A والجزء B المرتبطة بمرضك العضال من قبل خطة Original Medicare، وليس خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP).

تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فحسب) لمن يعانون من مرض ميؤوس منه الذين لم يختاروا ميزة رعاية المحتضرين. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة.

أنت مؤهل للحصول على إعاقة رعاية المسنين عندما يعطيك طبيبك والمدير الطبي لدار رعاية المسنين تشخيصاً نهائياً يشهد بأنك مصاب بمرض عضال ولديك 6 أشهر أو أقل للعيش إذا كان مرضك يسير في مساره الطبيعي، ويمكنك تلقي الرعاية عبر أي برامج معتمدة من Medicare لرعاية المحتضرين. وعلاوة على ذلك، تلتزم خطتنا بمساعدتك في العثور على برامج معتمدة من Medicare لرعاية المحتضرين في منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك البرامج الخاصة بنا أو التي نتحكم فيها أو لدينا مصلحة مالية فيها. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المحتضرين الذي تتعامل معه أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو غير التابعين لها.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم
- رعاية المحتضرين قصيرة الأجل
- الرعاية المنزلية

عند قبولك في رعاية المحتضرين، يكون لك الحق في الاستمرار في خطتنا؛ وعند رغبتك في ذلك، يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط الخطة.

بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات المغطاة بواسطة Medicare Part A أو B

والمعلقة بالأمراض الميؤوس منها التي تعاني منها: سيدفع برنامج Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لمقدم رعاية المحتضرين مقابل خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزء A والجزء B المتعلقة بمرضك الميؤوس منه. أثناء تواجدك في برنامج رعاية المحتضرين، سيقوم مقدم خدمات رعاية المحتضرين بإرسال فاتورة إلى Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفعها Original Medicare. ستتم محاسبتك بناءً على مبلغ تقاسم التكاليف لدى Original Medicare.

بالنسبة إلى الخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو B التي لا تتعلق بمرضك

المؤوس منه: إذا كنت بحاجة إلى خدمات غير طارئة وغير مطلوبة بشكل عاجل ومشمولة بموجب Medicare Part A أو B فضلاً عن كونها لا تتعلق بمرضك الميؤوس منه، فإن تكلفة هذه الخدمات تعتمد على ما إذا كنت تستعين في سبيل ذلك بمقدم خدمات تابع لشبكة خطتنا مع اتباع قواعد الخطة (مثل إذا ما كان هناك شرط للحصول على موافقة مسبقة).

- إذا حصلت على الخدمات المغطاة من مقدم خدمات تابع للشبكة واتبعت قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فإنك لا تدفع سوى مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به لدى الخطة مقابل الخدمات داخل الشبكة
- إذا حصلت على خدمات مغطاة من مقدم خدمات غير تابع للشبكة، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به لدى Original Medicare

بالنسبة للخدمات المغطاة بموجب Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

(HMO D-SNP) ولكنها ليست مغطاة ضمن Medicare Part A أو B: ستستمر الخطة غير المغطاة بموجب الجزء A أو B سواء كانت مرتبطة بمرضك الميؤوس منه أم لا. ستدفع مبلغ تقاسم تكاليف خطتنا مقابل هذه الخدمات.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

رعاية المحتضرين (يتبع)

بالنسبة إلى الأدوية التي يمكن أن تغطيها ميزة الجزء D في خطتنا: إذا لم تكن هذه الأدوية مرتبطة بحالة رعاية المحتضرين بسبب مرض ميؤوس منه، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف. وفي حال إذا ما كانت مرتبطة بحالة رعاية المحتضرين بسبب مرض ميؤوس منه، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف الوارد في برنامج Original Medicare. لا تخضع الأدوية مطلقاً لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. للتعرف على المزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5، القسم 9.4.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تندرج تحت رعاية المحتضرين (رعاية لا تتعلق بمرضك الميؤوس منه)، فيجب عليك الاتصال بنا لترتيب الخدمات.

تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فحسب) لمن يعانون من مرض ميؤوس منه الذين لم يختاروا ميزة رعاية المحتضرين.


التحصينات

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والتهاب الكبد ب وكوفيد-19.

تشمل خدمات Medicare Part B المغطاة ما يلي:

- لقاحات الالتهاب الرئوي
- حقن الإنفلونزا (أو اللقاحات)، بواقع مرة واحدة في كل موسم للإنفلونزا خلال فصلي الخريف والشتاء، مع حقن إضافية للإنفلونزا (أو لقاحات) إذا لزم الأمر من الناحية الطبية
- لقاحات الالتهاب الكبدي الوبائي (B) إذا كنت تعاني من خطر الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (B) في المرحلتين المتوسطة أو المتقدمة
- لقاحات COVID-19
- اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضاً لأي مخاطر، مع استيفاء هذه اللقاحات لقواعد التغطية الخاصة بـ Medicare Part B

كما نغطي أيضاً معظم اللقاحات الأخرى للبالغين بموجب ميزة أدوية الجزء D. راجع الفصل 6، القسم 8 للحصول على مزيد من المعلومات.

رعاية المرضى الداخليين في المستشفى

ستدفع \$0 للأيام من 1-90 من الإقامة في المستشفى لكل فترة مزايا.

تغطي خطتنا أيضاً 60 "يوم احتياطي مدى الحياة". هذه هي الأيام "الإضافية" التي نغطيها. إذا كانت إقامتك في المستشفى أطول من 90 يوماً لكل فترة مزايا، فيمكنك استخدام هذه الأيام الإضافية. ولكن بمجرد استنفاد هذه الـ 60 يوماً الإضافية، سنقتصر تغطية المستشفى للمرضى الداخليين على 90 يوماً لكل فترة مزايا.

يشمل إعادة تأهيل المرضى الداخليين الحاد، مستشفيات الرعاية طويلة المدى وأنواع أخرى من خدمات رعاية المرضى الداخليين في المستشفى. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسمياً إلى المستشفى بأمر من الطبيب. اليوم الذي يسبق خروجك من المستشفى هو آخر يوم لك في المستشفى.

تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة تماماً إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك)
- الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة
- خدمات التمريض المنتظمة
- تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات العناية المركزة أو العناية التاجية
- العقاقير والأدوية
- الفحوصات المعملية
- الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي
- الإمدادات الطبية والجراحية اللازمة

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (يتبع)

إذا حصلت على رعاية داخلية معتمدة في مستشفى غير تابع للشبكة عقب استقرار حالتك الطارئة، تكون التكاليف التي تتحملها هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع للشبكة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

- استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة
- خدمات غرف الإنعاش والعمليات
- العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب
- خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الداخليين
- وفي بعض الحالات المحددة، تتم تغطية الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة ونخاع العظام والخلايا الجذعية والأمعاء/الأحشاء المتعددة. إذا كنت بحاجة إلى عملية زرع، فسوف نقوم بالترتيب لمراجعة حالتك من قبل مركز زرع معتمد من Medicare والذي سيقدر ما إذا كنت مرشحاً لعملية زرع أم لا. قد يكون مقدمو عمليات زرع الأعضاء محليون أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل شبكتنا خارج نمط الرعاية المجتمعية، فيمكنك اختيار المستوى المحلي طالما أن مقدمي خدمات زراعة الأعضاء المحليين على استعداد لقبول سعر Original Medicare. إذا كانت خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) توفر خدمات زرع الأعضاء في مكان خارج نمط الرعاية لعمليات زرع الأعضاء في مجتمعك واخترت الحصول على عمليات زرع في هذا الموقع البعيد، فسوف نقوم بترتيب أو دفع تكاليف الإقامة والنقل المناسبة لك ولمرافقتك. ستوفر Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) تعويضاً عن الإقامة والوجبات أثناء التواجد في الموقع البعيد للرعاية الطبية المتعلقة بعملية الزرع، بحد أقصى يومي يصل إلى \$150 في اليوم. إضافة إلى ما سبق، يمكن طلب تعويض المسافة المقطوعة بالمبلغ المعادل لأسعار المسافة المقطوعة القياسية لدافعي الضرائب على النحو الذي تحدده مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) والذي يتم تعديله ونشر إخطار علناً بذلك. يبلغ الحد الأقصى للمبلغ المستحق عن جميع تكاليف السفر والإقامة والوجبات وتعويض المسافة المقطوعة هو خمسة آلاف دولار (\$5,000) لكل عملية زرع وفقاً لإرشادات الخطة.
- الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه. تبدأ تغطية الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة من نصف اللتر الأول من الدم الذي تحتاجه فقط. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءاً من أول نصف لتر مستخدم.
- خدمات الأطباء

ملاحظة: لكي تكون مريضاً داخلياً، يجب على موفر الخدمات كتابة أمر لقبولك كمرريض داخلي في المستشفى بشكل رسمي. حتى في حال كونك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجاً ضمن "المرضى الخارجيين". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضاً داخلياً أم خارجياً، فيمكنك سؤال موظفي المستشفى.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من خلال لائحة بيانات Medicare التي تحمل اسم مزايا المستشفى ضمن برنامج Medicare. تتوفر لائحة البيانات من خلال الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي

تتضمن الخدمات المغطاة خدمات الرعاية الصحية النفسية التي تتطلب الإقامة في المستشفى.

- يمكنك الحصول على هذه الخدمات إما من خلال مستشفى عام أو مستشفى للأمراض النفسية الذي يهتم فقط بالأشخاص الذين يعانون من حالات الصحة النفسية.
- إذا كنت في مستشفى للأمراض النفسية (بدلاً من مستشفى عام)، فإن برنامج Medicare يدفع فقط مقابل ما يصل إلى 190 يوماً من خدمات مستشفى الطب النفسي للمرضى الداخليين خلال حياتك.
- إذا استخدمت جزءاً من وقتك البالغ 190 يوماً قبل التسجيل في خطتنا، فسيتم تقليل عدد أيام المستشفى المغطاة مدى الحياة بمقدار عدد أيام المرضى الداخليين لعلاج الرعاية الصحية النفسية التي يغطيها برنامج Medicare مسبقاً في مستشفى للأمراض النفسية.
- ولا يسري شرط مدة 190 يوماً تلك على الخدمات الصحية النفسية الداخلية المقدمة في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة.
- ليس هناك حد لعدد فترات الاستفاد التي يمكنك الحصول عليها عندما تحصل على رعاية الصحة النفسية في مستشفى عام. يمكنك أيضاً الاستفادة من فترات مزايا متعددة عند حصولك على الرعاية في مستشفى للأمراض النفسية، ولكن هناك حد أقصى مدى الحياة يبلغ 190 يوماً.

لا تغطي Medicare:

- الممرضات ذات المهام الخاصة
- هاتف أو تلفزيون في غرفتك
- غرفة خاصة (ما لم تكن هناك ضرورة طبية)

إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المغطاة التي يتم الحصول عليها في المستشفى أو مرفق الرعاية الماهرة (SNF) أثناء فترة إقامة المريض الداخلي غير المغطاة

إذا استفدت مزايا المرضى الداخليين أو إذا كانت إقامة المرضى الداخليين غير معقولة وضرورية، فلن نقوم بتغطية إقامتك داخل المستشفى. ولكننا في بعض الحالات، سنتكفل بتكاليف بعض الخدمات المحددة التي تتلقاها في المستشفيات أو مرافق الرعاية (SNF). تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- راجع الميزة في هذا المخطط لفهم حصتك من التكلفة:
- "خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب"
- "اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والإمدادات العلاجية"
- "الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة"
- "خدمات إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين"

- خدمات الأطباء
- الاختبارات التشخيصية (مثل الفحوصات المعملية)
- العلاج بالأشعة السينية والراديووم والعلاج بالنظائر المشعة، بما في ذلك الخدمات والمواد الفنية
- الضمادات الجراحية
- الجبائر والقوالب الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المغطاة التي يتم الحصول عليها في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) أثناء فترة إقامة المريض الداخلي غير المغطاة (يتبع)

- الأطراف الاصطناعية وأجهزة تقويم العظام (بخلاف طب الأسنان) التي تحل محل كل أو جزء من عضو الجسم الداخلي (بما في ذلك الأنسجة المتجاورة)، أو كل أو جزء من وظيفة عضو الجسم الداخلي الذي لا يعمل بشكل دائم أو به خلل، بما في ذلك استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة
- دعامات للساق والذراع والظهر والرقبة؛ دعامات والأرجل والأذرع والعيون الاصطناعية بما في ذلك التعديلات والإصلاحات والاستبدالات المطلوبة بسبب الكسر أو التآكل أو فقدان أو تغيير الحالة البدنية للمريض
- العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي

ميزة الوجبات (تكميلية)*

وجبات الحالات المزمنة:

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

للتأهل للحصول على هذه الميزة، يجب أن يكون قد تم تشخيصك بمرض السكري، أو قصور القلب المزمن، أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية (تقتصر على عدم انتظام ضربات القلب، ومرض الشريان التاجي، ومرض الأوعية الدموية الطرفية، واضطراب التخثر الوريدي المزمن)، أو الخرف، أو الاضطرابات الرئوية المزمنة. سيقدر مدير حالتك أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى هذه الميزة.

توفر هذه الميزة 14 وجبة كل شهر، لمدة 12 شهرًا في السنة التقويمية بإجمالي 168 وجبة. وستعتمد أنواع الوجبات على أي احتياجات غذائية قد تكون لديك.

سيطلب مدير الحالة الوجبات وسيتم توصيلها إلى منزلك. ويصل الطلب الأول عادةً في غضون 72 ساعة (3 أيام عمل) من معالجته. سيتم الاتصال بك مقدمًا قبل تاريخ (تواريخ) التوصيل.

الوجبات التي تعقب الخروج:

تهدف هذه الميزة إلى الحفاظ على صحتك وقوتك بعد الإقامة في المستشفى الداخلي أو في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF)، أو لحالة طبية أو حالة طبية محتملة تتطلب منك البقاء في المنزل فترة من الوقت. سيقدر مدير حالتك أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى هذه الميزة. ويمكن لطبيبك أن يطلب هذه الميزة لك إذا كنت تعاني من أمراض مزمنة معينة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة. توفر هذه الميزة وجبتين في اليوم مدة 14 يومًا بإجمالي 28 وجبة يتم تسليمها. سيتم تحديد أنواع الوجبات بناءً على أي احتياجات غذائية قد تكون لديك، ويمكن استخدام هذه الميزة حتى 4 مرات في السنة، بحد أقصى 112 وجبة في كل سنة تقويمية. سيطلب مدير الحالة الوجبات وسيتم توصيلها إلى منزلك. ويصل الطلب الأول عادةً في غضون 72 ساعة (3 أيام عمل) من معالجته. سيتم الاتصال بك مقدمًا قبل تاريخ (تواريخ) التوصيل.

العلاج الغذائي الطبي 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للاستفادة بخدمات العلاج الغذائي الطبي التي يغطيها برنامج Medicare.

هذه الميزة مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري، أو أمراض الكلى (ولكن ليس لغسيل الكلى)، أو بعد عملية زرع الكلى عندما يطلبها الطبيب.

نقوم بتغطية 3 ساعات من خدمات الاستشارة المباشرة خلال السنة الأولى من تلقيك خدمات العلاج الغذائي الطبي بموجب برنامج Medicare (ويشمل ذلك خطتنا، وأي خطة أخرى من Medicare Advantage، أو Original Medicare)، وعدد 2 من الساعات كل عام بعد ذلك. فإذا طرأ تغيير على حالتك أو علاجك أو تشخيصك، يجوز لك الحصول على مزيد من ساعات العلاج بناءً على طلب من طبيبك المعالج. يجب أن يصف الطبيب تلك الخدمات، ويجدد الأمر كل عام إذا استلزم الحاجة لتمديد العلاج للسنة التقويمية المقبلة.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لميزة خدمات برنامج Medicare لميزة MDPP.

ستتم تغطية خدمات MDPP للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medicare بموجب جميع خطط Medicare الصحية.

MDPP هو برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر تدريباً عملياً على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، واستراتيجيات حل المشكلات للتغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

أدوية Medicare Part B

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء B من برنامج Original Medicare. يتلقى أعضاء خطتنا تغطية لهذه الأدوية من خلال خطتنا. تتضمن الأدوية المغطاة:

قد تخضع أدوية الجزء B للعلاج التدريجي. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

- الأدوية التي لا تعطىها لنفسك عادة بل تأخذها حقناً أو بالتسريب داخل الأوردة خلال زيارتك للأطباء أو المستشفيات الخارجية أو لدى حصولك على خدمات مراكز الجراحة الإسعافية.
- يتم توفير الأنسولين من خلال أحد الأجهزة الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا)
- الأدوية التي تأخذها باستخدام الأجهزة الطبية المعمرة (مثل البخاخات) المعتمدة من الخطة
- دواء الزهايمر، Leqembi®، (الاسم العام له هو lecanemab)، الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد. وبالإضافة إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى إجراء فحوصات واختبارات إضافية قبل و/أو أثناء العلاج مما قد تكون سبباً في زيادة إجمالي التكاليف. تحدث إلى طبيبك حول الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاجها كجزء من علاجك
- عقاقير عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

أدوية Medicare Part B (يتبع)

- أدوية زرع الأعضاء/المتنبطة للمناعة: يغطي Medicare العلاج الدوائي لزرع الأعضاء إذا كان Medicare منوطاً بدفع تكاليف زراعة الأعضاء. ويجب أن تكون مسجلاً في الجزء (A) خلال وقت عملية زراعة الأعضاء المغطاة، كما يجب أن تكون مسجلاً في الجزء (B) في الوقت الذي تحصل فيه على الأدوية المثبطة للمناعة. تغطي تغطية أدوية Medicare Part D الأدوية المثبطة للمناعة حال كونها غير مغطاة من جانب الجزء B
 - وندفع تكاليف هذه الأدوية إذا كنتِ قعيدة المنزل بسبب كسر يشهد طبيب بأن لهذا الكسر علاقة بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، وأنك لا تستطيعين تعاطي الدواء بنفسك
 - بعض المستضدات: يغطي Medicare المستضدات إذا ما وصفها الطبيب وأعطاه شخص مدرب بشكل صحيح (قد تكون أنت، المريض) تحت إشراف مناسب
 - بعض الأدوية المضادة للسرطان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي يتم تناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحاً في شكل قابل للحقن أو كان الدواء دواءً غير نشط يؤخذ مع الدواء القابل للحقن (أحد أشكال الدواء التي تؤخذ عن طريق الفم ويتحلل عند تناوله إلى نفس المادة الفعالة الموجودة في الدواء القابل للحقن). ومع توفر أدوية جديدة لعلاج سرطان تؤخذ عن طريق الفم، فقد يغطيها الجزء (B). وفي حال عدم تغطيتها من جانب الجزء B، فإن الجزء B يشملها بالتغطية
 - الأدوية المضادة للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي Medicare الأدوية المضادة للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم والتي يتم تناولها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا ما تم تناولها قبل 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو خلال هذه المدة أو ما يليها أو في حال إذا ما تم استخدامها كبديل علاجي كامل للأدوية المضادة للغثيان التي يتم حقنها عبر الوريد
 - بعض الأدوية الفموية لمرض الكلى في مراحله النهائية (ESRD) المغطاة بموجب Medicare Part B
 - الأدوية المحاكية للكالسيوم والفوسفات بموجب نظام دفع مرض الكلى في مراحله النهائية، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv® والدواء الفموي Sensipar®
 - بعض الأدوية المخصصة لإجراء غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، ترياق الهيبارين، عند الضرورة الطبية بالإضافة إلى المخدر الموضعي
 - عوامل تحفيز تكوين كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare الإريثروبويتين عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من مرض الكلى في مراحله النهائية (ESRD) أو إذا كنت تحتاج إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Procrit®، Aranesp®)
 - الجلوبيولين المناعي حقناً بالوريد للعلاج المنزلي من أمراض نقص المناعة البشرية الرئيسية
 - التغذية الوريدية والمعوية (التغذية الوريدية والأنبوبية)
- كما نقوم بتغطية بعض اللقاحات بموجب الجزء B بالإضافة إلى معظم لقاحات البالغين بموجب ميزة الأدوية الموصوفة في الجزء D.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

أدوية Medicare Part B (يتبع)

يشرح الفصل 5 مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا في الجزء "D"، بما في ذلك القواعد التي يجب عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية. كما يشرح الفصل 6 التكاليف التي تتحملها في مقابل الحصول على الأدوية الموصوفة في الجزء D ضمن خطتنا.

قد تتطلب منك الخطة أن تحاول أولاً تناول دواء واحد لعلاج حالتك قبل أن توفر لك الخطة تغطية دواء آخر لعلاج هذه الحالة. فعلى سبيل المثال، إذا كان الدواء (A) والدواء (B) يعالجان نفس الحالة الطبية، وكانت تكلفة الدواء (A) أقل من الدواء (B)؛ فقد نطلب منك أن تجرب الدواء (A) أولاً. إذا لم يكن الدواء (A) فعالاً في علاج حالتك، فعندئذٍ نغطي الدواء (B). يمكنك معرفة المزيد حول كيفية تحديد ما إذا كان العلاج التدريجي ضرورياً من خلال زيارة centralhealthplan.com.

بطاقة الخصم الممولة مسبقاً*

تُودع الأموال في بطاقة خصم، ويتم ذلك بناءً على عدد مرات استخدام كل ميزة. لا يتم تحويل المبالغ غير المستخدمة.

تُحفظ الأموال في كل فئة من فئات المزايا على نفس بطاقة الخصم، ولكن لا يُمكن استخدامها إلا للعناصر/الخدمات المُدرجة في تلك الفئة.

العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) وأجهزة السمع التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC)*

حتى \$320 كل 3 أشهر. لا يتم تحويل الأموال غير المستخدمة للعناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) إلى الربع التالي.

- العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) هي منتجات صحية لا تتطلب وصفة طبية.
- سيكون لديك بدل لشراء العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) وأجهزة السمع التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) المُعتمدة من الخطة.

كتالوج الأعشاب*

- يمكنك استخدام بدل العناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) لشراء منتجات الأعشاب الصحية والعافية من الكتالوج.

بدل اللياقة البدنية*

حتى \$20 كل شهر. لا يتم تحويل الأموال غير المستخدمة من بدل اللياقة البدنية إلى الشهر التالي.

- سيكون لديك بدل لاستخدامه في نفقات اللياقة البدنية أو في مراكز اللياقة البدنية المؤهلة.

يمكنك العثور على كتالوج يسرد المنتجات المُعتمدة للعناصر التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) ومنتجات الأعشاب الصحية والعافية عبر الموقع الإلكتروني www.centralhealthplan.com. ستحتاج إلى تفعيل بطاقة الخصم الخاصة بك قبل استخدامها. للحصول على المساعدة بشأن ميزة بطاقة الخصم الممولة مسبقاً، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء (أرقام الهواتف مدونة على الغلاف الخلفي لهذه الوثيقة).

فحص وعلاج السمنة لتعزيز فقدان الوزن المستدام 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمة الوقائية لفحص السمنة وعلاجها.

إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك يبلغ 30 درجة فما فوق، فإننا ندفع تكاليف خدمات الاستشارة لمساعدتك على فقدان الوزن. تتم تغطية هذه الاستشارة إذا حصلت عليها في أحد مراكز الرعاية الأولية، حيث يمكن تنسيقها مع خطة الوقاية الشاملة الخاصة بك. للمزيد، يرجى الرجوع إلى طبيب الرعاية الأولية أو الممارس.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

خدمات علاج تعاطي المواد الأفيونية

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية لمرضى العيادات الخارجية التي يغطيها برنامج Medicare.

لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة للحصول على خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية التي يغطيها برنامج Medicare للمرضى الخارجيين، لكن قد يلزم الحصول عليه إذا كنت بحاجة إلى أدوية لعلاج تعاطي المواد الأفيونية.

يمكن لأعضاء خطتنا الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) الحصول على تغطية خدمات علاج OUD من خلال برنامج علاج المواد الأفيونية (OTP) الذي يتضمن الخدمات التالية:

- أدوية علاجية بمساعدة الأدوية (MAT) التي تتألف من مضادات ونظير الأفيون معتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)
- توزيع وتعاطي أدوية علاجية بمساعدة الأدوية (MAT) (إن أمكن)
- الاستشارة بشأن الاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة
- العلاج الفردي والجماعي
- اختبار السموم
- أنشطة الجرعات
- التقييمات الدورية

اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة. لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين. يتطلب الاختبار الجيني المعمل الحصول على موافقة مسبقة.

تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الأشعة السينية
- العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة)، بما في ذلك المواد والوالمات الفنية
- المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات
- الجبائر والقوالب الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع
- الاختبارات المعملية
- الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه. تبدأ تغطية الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة من نصف اللتر الأول من الدم الذي تحتاجه فقط. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءاً من أول نصف لتر مستخدم.
- الاختبارات التشخيصية غير المختبرية مثل فحوصات التصوير المقطعي المحوسب (CT)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، وتخطيط كهربية القلب (EKG)، وفحوصات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) عندما يطلبها طبيبك أو مقدم خدمات رعاية صحية آخر لعلاج مشكلة طبية.
- الفحوصات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين - خدمات تشخيصية غير إشعاعية مثل تخطيط كهربية القلب (EKG)، وتخطيط كهربية الدماغ (EEG)، واختبارات وظائف الرئة، ودراسات النوم، واختبارات الإجهاد على جهاز المشي.
- الخدمات الإشعاعية التشخيصية (المعقدة وغير المعقدة) مثل عمليات الفحص المتخصصة، والتصوير المقطعي المحوسب، والتصوير المقطعي المحوسب (SPECT)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، والتصوير بالرنين المغناطيسي، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRA)، والدراسات النووية، والموجات فوق الصوتية، وتصوير الثدي بالأشعة التشخيصية، والإجراءات الإشعاعية التداخلية (تصوير النخاع، وتصوير المثانة، وتصوير الأوعية الدموية، ودراسات البارايوم).

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

خدمات الملاحظة هي خدمات تقدم في العيادات الخارجية بالمستشفى حيث يتم تقديمها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى دخولك كمرضى داخلي أو الخروج من المستشفى.

لكي تتم تغطية خدمات الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى، يجب أن تستوفي معايير Medicare وأن تكون معقولة وضرورية. ولا تخضع عمليات الملاحظة للتغطية إلا عند تقديمها بأمر من طبيب أو فرد آخر مفوض بموجب قانون الترخيص بالولاية ولوائح موظفي المستشفى لإدخال المرضى إلى المستشفى أو طلب إجراء اختبارات للمرضى الخارجيين.

ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمات أمرًا بقبولك كمرضى داخلي في المستشفى، تكون مدرجًا ضمن المرضى الخارجيين وتدفع مبالغ تقاسم تكاليف الخدمات التي يتم الحصول عليها في العيادات الخارجية للمستشفى. حتى في حال كونك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن "المرضى الخارجيين". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من خلال لائحة بيانات Medicare التي تحمل اسم مزايا المستشفى ضمن برنامج Medicare. تتوفر لائحة البيانات من خلال الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

خدمات المرضى الخارجيين في المستشفى

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

تتم تغطية خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى بموجب مزايا أخرى في هذا المخطط. راجع هذه المزايا وغيرها عند تقديم الرعاية في عيادات المستشفيات الخارجية:

- "الرعاية في حالات الطوارئ"
- "تغطية الحالات الطارئة/الحالات العاجلة في جميع أنحاء العالم"

نغطي الخدمات الضرورية طبيًا التي تحصل عليها في أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات من أجل تشخيص مرض أو إصابة أو علاج أي منهما.

تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الخدمات التي يحصل عليها المريض في أقسام الطوارئ أو العيادات الخارجية، مثل خدمات الملاحظة أو الجراحة في العيادات الخارجية
- الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تُصدر بها المستشفيات فواتير محاسبية
- الرعاية الصحية النفسية، بما في ذلك خدمات الرعاية ضمن برنامج الاستشفاء الجزئي، إذا شهد الطبيب المعالج للمريض بالحاجة إلى العلاج الداخلي من دون تلك الخدمات
- الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي التي تُجريها المستشفيات للمريض مع استصدار فواتير محاسبية بها
- المستلزمات الطبية مثل الجبائر وقوالب الجبس
- بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكن تعاطيها ذاتيًا

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

خدمات المستشفى لمرضى العيادات الخارجية (يتبع)

- "اختبارات التشخيص لمرضى العيادات الخارجية والخدمات والإمدادات العلاجية"
 - "جراحة العيادات الخارجية المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات والمراكز الجراحية المتنتقلة"
 - "الاستشفاء الجزئي"
- قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين.
- يتطلب الاختبار الجيني المعمل الحصول على موافقة مسبقة.

ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمات أمرًا بقبولك كمريض داخلي في المستشفى، تكون مدرجًا ضمن المرضى الخارجيين وتدفع مبالغ تقاسم تكاليف الخدمات التي يتم الحصول عليها في العيادات الخارجية للمستشفى. حتى في حال كونك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن "المرضى الخارجيين". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى.

يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في لائحة بيانات Medicare التي تسمى "هل تدرج تحت فئة المرضى الداخليين أم الخارجيين؟" إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare – يمكنك السؤال عن ذلك! تتوفر لائحة البيانات عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني <https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf> أو من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

رعاية الصحة النفسية للمرضى الخارجيين

- لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.
- راجع "فحص الاكتئاب" في هذا المخطط للتعرف على فحص الاكتئاب السنوي.
- راجع "الاستشفاء الجزئي" في هذا المخطط إذا كنت بحاجة إلى الحصول على علاج الصحة النفسية لمرضى العيادات الخارجية المغطى من قبل برنامج Medicare.
- قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

خدمات الصحة النفسية التي يقدمها طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية، أخصائي نفسي، أو أخصائي اجتماعي سريري، أو متخصص في التمريض السريري، أو مستشار مهني مرخص (LPC)، أو معالج متخصص في شؤون الزواج والأسرة مرخص له (LMFT)، أو ممرض ممارس (NP)، أو مساعد طبيب (PA)، أو غيره من أخصائيي الرعاية الصحية النفسية المؤهلين لبرنامج Medicare كما هو مسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها.

تشمل تغطية الرعاية الصحية النفسية لمرضى العيادات الخارجية من برنامج Medicare ما يلي:

- فحص واحد للاكتئاب كل سنة تقويمية. ويجب توفير الفحص في عيادة طبيب الرعاية الأولية أو عيادة الرعاية الأولية حيث يمكن توفير علاج المتابعة أو الإحالات.
- العلاج النفسي الفردي والجماعي مع الأطباء أو بعض المهنيين المرخصين المسموح بهم من قبل الولاية التي تحصل فيها على هذه الخدمات.
- الاستشارة العائلية، إذا كان الغرض الرئيسي هو المساعدة في علاجك.
- إجراء اختبار لمعرفة ما إذا كنت تحصل على الخدمات التي تحتاجها وما إذا كان علاجك الحالي يساعدك.
- التقييم النفسي.
- تنظيم الدواء

خدمات إعادة التأهيل في العيادات الخارجية

- لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.
- قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تتضمن الخدمات المغطاة العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج الكلام واللغة.

يتم توفير خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين عبر العديد من العيادات الخارجية، مثل أقسام المرضى الخارجيين بالمستشفيات، وعيادات المعالجين المستقلين بالإضافة إلى مرافق إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORFs).

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

خدمات علاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين

نحن نغطي الرعاية الخارجية لعلاج إدمان المخدرات أو الكحول، دون استخدام الأدوية الصيدلانية. قد تشمل الخدمات خدمات العيادات الخارجية المكثفة بالإضافة إلى الاستشارة التقليدية. لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات والمراكز الجراحية المتنقلة

ملاحظة: إذا كنت ستجري عملية جراحية في أحد المستشفيات، فيجب عليك مراجعة مقدم الخدمات حول ما إذا كنت ستقيم في المستشفى أم في العيادة الخارجية. يتم التعامل مع حالتك على أنك مريض خارجي وستدفع مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بالجراحة في العيادات الخارجية بالمستشفى ما لم يكن لديك أمرًا كتابيًا من مقدم الخدمات يوصي بقبولك كمريض داخلي في المستشفى. حتى في حال مكوثك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن "المرضى الخارجيين". لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

خدمات الاستشفاء الجزئية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة

الاستشفاء الجزئي هو برنامج منظم للعلاج النفسي النشط يتم تقديمه كخدمة للمرضى في العيادات الخارجية في المستشفى أو من خلال مركز الصحة النفسية المجتمعي، وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو المعالج لديك أو المعالج المتخصص في شؤون الزواج والأسرة المرخص أو عيادة الاستشاري المهني المرخص وهو بديل للاستشفاء في العيادات الداخلية. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج تم إعداده للعلاج الصحي السلوكي (النفسي) الذي يتم تقديمه كخدمة للمرضى الخارجيين في المستشفى، أو مركز صحة نفسية مجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية توفر المزيد من الرعاية مقارنة بما تتلقاه في عيادة الطبيب أو المعالج أو المعالج المتخصص في شؤون الزواج والأسرة المرخص (LMFT) أو عيادة الاستشاري المهني المرخص ولكنها تكون أقل تركيزًا من الاستشفاء الجزئي في المستشفى.

أنظمة الاستجابة في حالات الطوارئ الشخصية (PERS) (تكميلية) *

PERS هو نظام إنذار طبي منزلي يمكنه مساعدتك في حالات الطوارئ. إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على هاتف محمول أو خلوي أو أرضي وقلادة صغيرة يجب ارتداؤها في كل الأوقات. ويمكن ارتداء القلادة حول الرقبة أو المعصم أو على الحزام. بمجرد الضغط على زر، سيتم توصيلك بممثل مركز الرعاية في الشركة المعنية بالمراقبة.

إنَّ عمال الهاتف متاحون على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، وسيبقون على الخط معك في حالة الطوارئ. سواء كنت بحاجة إلى الحصول على خدمة طبية عاجلة أو طلب المساعدة من أحد أفراد أسرتك، فسيقدم إليك ممثل مركز الرعاية المساعدة التي تحتاج إليها.

باستخدام جهاز PERS المحمول أو المنزلي، يمكنك تنشيط الزر الخاص بك للاحتياجات غير الطارئة. إذا كنت تشعر بالوحدة أو تريد التحدث إلى شخص ما، أو تحتاج إلى مساعدة في تحديد موعد مع طبيبك، أو ترتيب النقل، أو تحتاج إلى أي مساعدة أخرى، فسيساعدك ممثل مركز الرعاية وقد يوصلك بخدمات أعضاء Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) أو مدير حالتك لمساعدتك في الحصول على المساعدة التي تحتاجها.

ستدفع \$0 مقابل هذه الميزة.

سيقرر مدير حالتك ما إذا كنت مؤهلاً لهذه الميزة. يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

خدمات الأطباء/الممارسين، بما فيها زيارات عيادة الطبيب

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- خدمات الرعاية الطبية أو الجراحية الضرورية طبياً المقدمة في عيادة الطبيب أو مركز جراحي خارجي معتمد أو قسم العيادات الخارجية في المستشفى أو أي مكان آخر. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج المقدمة من قبل أحد الاختصاصيين
- فحوصات السمع أو التوازن المقدمة بواسطة أحد مقدمي الخدمات الرئيسيين (PCP)، إذا طلب الطبيب المعالج إجراءها للتأكد من مدى احتياجك للعلاج منها
- بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد المحددة، بما في ذلك: خدمات إعادة تأهيل القلب، خدمات أطباء الرعاية الأولية، خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري، خدمات العلاج الوظيفي، خدمات الأطباء المتخصصين، جلسات فردية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة، جلسات جماعية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة، خدمات طب الأقدام، متخصصون آخرون في الرعاية الصحية، جلسات فردية لخدمات الطب النفسي، جلسات جماعية لخدمات الطب النفسي، العلاج الطبيعي وخدمات أمراض النطق واللغة، خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية، جلسات فردية لعلاج إدمان المخدرات في العيادات الخارجية، ولساعات جماعية لعلاج إدمان المخدرات في العيادات الخارجية.
- يمكنك اختيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على واحدة من هذه الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب أن تتعامل مع مقدم خدمات تابع للشبكة يوفر خدمة الرعاية الصحية عن بُعد. لتحديد موقع مقدم الخدمات التابع للشبكة، يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني عبر centralhealthplan.com.
- الزيارات الطبية الافتراضية هي زيارات طبية يتم اختيارها لك خارج المرافق الطبية من قبل مقدمي خدمات افتراضيين يستخدمون التكنولوجيا عبر الإنترنت ووسائل الصوت/الفيديو المباشرة.
- ملاحظة: لا يمكن علاج جميع الحالات الطبية من خلال الزيارات الافتراضية. سيحدد طبيب الزيارة الافتراضية ما إذا كنت بحاجة إلى زيارة طبيب شخصياً لتلقي العلاج.
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بأمراض الكلى في المرحلة النهائية لأعضاء غسيل الكلى المنزلي أو في المستشفى أو في مركز غسيل الكلى للحالات الحرجة في المستشفيات أو مركز غسيل الكلى أو منزل العضو قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها دون النظر إلى موقعك الحالي.
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات أو اضطرابات الصحة النفسية المصاحبة دون النظر إلى موقعك الحالي.
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة النفسية وتقييمها وعلاجها في الحالات الآتية:

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (يتبع)

- إذا كانت لديك زيارة شخصية خلال 6 أشهر قبل أول زيارة رعاية صحية عن بُعد
- إذا كانت لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا خلال تلقيك هذه الخدمات للرعاية الصحية عن بُعد
- يمكن الحصول على استثناءات لما سبق بسبب ظروف معينة
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة النفسية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHC)
- الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5 - 10 دقائق في الحالات التالية:
- إذا كنت مريضًا غير جديد و
- إذا كان الفحص غير مرتبط بزيارة للعيادة خلال الأيام الـ 7 الماضية و
- إذا كان الفحص لا يؤدي إلى زيارة للعيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح
- تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك والترجمة والمتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة في الحالات التالية:
- إذا كنت مريضًا غير جديد و
- إذا كان التقييم غير مرتبط بزيارة للعيادة في الأيام الـ 7 الماضية و
- كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة مكتبية في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح
- استشارة طبيبك للأطباء الآخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني
- الحصول على رأي آخر من مقدم خدمة آخر تابع للشبكة قبل إجراء الجراحة
- رعاية الأسنان غير الروتينية (تقتصر الخدمات المغطاة على جراحة الفك أو الهياكل ذات الصلة، أو تثبيت كسور الفك أو عظام الوجه، أو خلع الأسنان لتحضير الفك للعلاجات الإشعاعية لمرض السرطان الخبيث، أو الخدمات التي يتم تغطيتها عند تقديمها من قبل طبيب). قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- خدمات المراقبة في عيادة الطبيب أو العيادات الخارجية بالمستشفى إذا كنت تتناول أدوية مضادة لتخثر الدم، مثل الكومادين أو الهيبارين أو الوارفارين.

خدمات طب الأقدام (مشمولة بتغطية Medicare).

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.
 قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- تشخيص وعلاج الإصابات والأمراض التي تصيب القدمين طبيًا أو جراحيًا (مثل إصابات أصابع القدم المطرقية أو مهماز العقب)
- العناية الروتينية بالقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معينة تؤثر على الأطراف السفلية

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

الوقاية قبل التعرض (PrEP) للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية



لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للحصول على ميزة الوقاية قبل التعرض (PrEP).

إذا لم تكن مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، إلا أن طبيبك أو ممارس الرعاية الصحية الآخر قرر أنك بصدد التعرض لخطر متزايد للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، فإننا نغطي أدوية الوقاية قبل التعرض (PrEP) بالإضافة إلى الخدمات ذات الصلة.

إذا كنت مؤهلاً، فإن الخدمات المغطاة تشمل ما يلي:

- أدوية الوقاية قبل التعرض (PrEP) المعتمدة من هيئة الغذاء والدواء (FDA) التي تؤخذ عن طريق الفم أو الحقن. إذا كنت تحصل على دواء يؤخذ عن طريق الحقن، فإننا نغطي أيضًا رسوم حقن الدواء.
- ما يصل إلى 8 جلسات استشارية فردية (بما في ذلك تقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية [HIV])، والحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية [HIV]، والالتزام بالأدوية) وذلك كل 12 شهرًا.
- ما يصل إلى 8 فحوصات لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) كل 12 شهرًا.

فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة.

اختبارات فحص سرطان البروستاتا



لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للاختبار السنوي للمستضدات المحددة للبروستاتا (PSA).

بالنسبة للرجال في سن الـ 50 فما أكبر، سنكفل بدفع تكاليف إجراء الخدمات التالية لمرة واحدة كل 12 شهرًا:

- الفحص الرقمي للمستقيم
- اختبارات المستضدات المحددة للبروستاتا (PSA)

الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الأجهزة التعويضية (غير أجهزة الأسنان) هي تلك الأجهزة التي يُستعاض بها عن أحد أعضاء الجسم أو وظائفه جزئيًا أو كليًا. وتتضمن هذه الأجهزة، على سبيل المثال لا الحصر، إجراء الاختبار أو التركيب أو التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والتقويمية؛ فضلاً عن أكياس فغر القولون والمستلزمات المرتبطة برعاية فغر القولون بشكل مباشر بالإضافة إلى أجهزة تنظيم ضربات القلب، والدعامات، والأحذية التعويضية، والأطراف الاصطناعية، والأثداء الاصطناعية (بما في ذلك حمالة الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي). وتتضمن بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية والتقويمية، وإصلاح و/أو استبدال الأجهزة التعويضية والتقويمية. كما تشمل أيضًا بعض التغطية بعد إزالة الساد أو جراحة الساد – الرؤية راجع رعاية النظر التي ترد لاحقًا في هذا المخطط للحصول على مزيد من التفاصيل.

خدمات إعادة التأهيل الرئوي

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة.

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تتم تغطية برامج إعادة التأهيل الرئوي الشاملة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن الذي تتراوح حدته بين معتدل إلى حاد (COPD) والأعضاء الذين يخضعون لإعادة التأهيل الرئوي بأمر من الطبيب المعالج لمرض الجهاز التنفسي المزمن.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة



الفحص والاستشارة للحد من تعاطي الكحول

لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات لميزة الفحص والاستشارة الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare للحد من تعاطي الكحول.

نغطي فحص تعاطي الكحول للبالغين (بما في ذلك النساء الحوامل) ممن يتعاطون الكحول ولكنهم ليسوا مدمنين له.

إذا كانت نتيجة فحص تعاطي الكحول إيجابية، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى 4 جلسات استشارية شخصية على مدار العام (إذا كنت قادرًا على ذلك ومنتدبًا خلال الاستشارة) من جانب طبيب رعاية أولية مؤهل أو أحد الممارسين في عيادة الرعاية الأولية.



الكشف عن سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة (LDCT)

تتم تغطية التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT) كل 12 شهرًا للأفراد المؤهلين.



الكشف عن سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة (LDCT)

(يتبع)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارات الاستشارات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي يغطيها برنامج Medicare فيما يتعلق بالتصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT).

الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 – 77 ممن لا يعانون من علامات أو أعراض سرطان الرئة، إلا أن لديهم تاريخًا من التدخين يصل إلى 20 عامًا على الأقل بالإضافة إلى المدخنين الحاليين أو من أقلعوا عن التدخين خلال الـ 15 عامًا الماضية، الذين يتلقون أمرًا بإجراء التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT) أثناء زيارات استشارة فحص سرطان الرئة ومشاركة اتخاذ القرار التي تستوفي معايير Medicare لمثل هذه الزيارات، على أن تُقدم هذه الخدمات من قبل طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب.

بالنسبة لفحوصات سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT) بعد فحص LDCT الأولي: يجب أن يتلقى الأعضاء أمرًا كتابيًا بإجراء فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT)، الذي يمكن الحصول عليه أثناء أي زيارة مناسبة للطبيب أو الممارس المؤهل غير الطبيب. وإذا ما اختار الطبيب أو الممارس المؤهل غير الطبيب تقديم استشارة فحص سرطان الرئة بالإضافة إلى زيارة اتخاذ القرار المشترك لفحوصات سرطان الرئة اللاحقة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT)، فيجب أن تستوفي الزيارة معايير Medicare المخصصة لمثل هذه الزيارات.

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

فحص عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي C 

لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات مقابل فحص التهاب الكبد الوبائي C المغطى من Medicare.

نغطي إجراء فحص واحد لالتهاب الكبد الوبائي C إذا ما طلب طبيب الرعاية الأولية أو غيره من موفري خدمات الرعاية الصحية المؤهلين إجراء هذا الفحص وكنت تستوفي أحد الشروط التالية:

- أن تكون معرضًا لخطر مرتفع بسبب استخدامك أو تناولك لعقاقير الحقن غير المشروعة.
- أن تكون قد خضعت لعملية نقل دم قبل عام 1992.
- أن تكون قد ولدت بين عامي 1945-1965.

إذا كنت قد ولدت بين عامي 1945-1965 ولا تندرج تحت الفئات عالية الخطورة، فإننا ندفع مقابل الفحص مرة واحدة فقط. إذا كنت معرضًا لخطر مرتفع (على سبيل المثال، مواصلة استخدام أدوية الحقن غير المشروعة منذ فحص التهاب الكبد الوبائي C السلبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.

فحص الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) وتقديم المشورة للوقاية منها 

لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات للمزايا الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare لفحوصات الأمراض المنقولة جنسياً (STI) والجلسات الاستشارية المتعلقة بهذه الأمراض.

نحن نغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) للكلاميديا، والسيلان، والزهري، والتهاب الكبد الوبائي (B). وتتم تغطية هذه الفحوصات للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً عندما يطلب مقدم الرعاية الأولية إجراء الاختبارات. نحن نتحمل تكاليف إجراء هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا وفي أوقات معينة خلال فترة الحمل.

فحص الأمراض المنقولة جنسياً (STI) وتقديم المشورة للوقاية منها (تتمة) 

نقوم أيضًا بتغطية ما يصل إلى 2 من الجلسات الفردية تتراوح مدتهما بين 20 إلى 30 دقيقة، وهي جلسات استشارية سلوكية مكثفة وجهاً لوجه كل عام للبالغين النشطين جنسياً المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً (STI). ولن تخضع جلسات الاستشارة هذه للتغطية ضمن الخدمات الوقائية إلا إذا كانت تُقدم بواسطة مقدم رعاية أولية ويتم إجراؤها في بيئة رعاية أولية، مثل عيادة الطبيب.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

خدمات علاج أمراض الكلى

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

- خدمات التثقيف حول أمراض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدة الأعضاء على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم. وفيما يتعلق بالأعضاء المصابين بمرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة عند إحالتهم من قبل الطبيب، فإننا نغطي ما يصل إلى 6 جلسات من الخدمات التثقيفية بشأن أمراض الكلى على مدى العمر
- علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من النطاق الجغرافي للخدمة، كما هو موضح في الفصل 3 أو عندما يكون مقدم الرعاية غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتًا.
- علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين (إذا أُدخلت كمرضى داخلي في أحد مستشفيات الرعاية الخاصة)
- التدريب على غسيل الكلى ذاتيًا، بما في ذلك تدريبك أنت وأي أحد يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل
- أجهزة ومستلزمات غسيل الكلى بالمنزل
- خدمات دعم منزلي محددة مثل (زيارات أخصائيي الغسيل الكلوي الضرورية للوقوف على آلية عمليات الغسيل الكلوي التي تجرى في المنزل والمساعدة في حالات الطوارئ وكذلك لفحص أجهزة الغسيل الكلوي وإمداد المياه).

تخضع بعض أدوية غسيل الكلى للتغطية بموجب Medicare الجزء B. للحصول على معلومات حول تغطية أدوية الجزء B، انتقل إلى أدوية Medicare Part B في هذا الجدول.

الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمة.

(للحصول على تعريف للرعاية في مرافق الرعاية الماهرة، راجع الفصل 12 من هذه الوثيقة. تُسمى أحيانًا مرافق الرعاية التمريضية الماهرة باسم SNFs).

قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

وقد تشمل الخدمات المغطاة ما يلي، وذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- غرفة رعاية شبه خاصة (أو غرفة رعاية خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية)
- الوجبات، بما فيها الحميات الغذائية الخاصة
- خدمات مرافق الرعاية الماهرة
- العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج مشكلات النطق

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (بتبع)

- الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية لدينا، (بما في ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم).
 - الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه. تبدأ تغطية الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة من نصف اللتر الأول من الدم الذي تحتاجه فقط. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من أول نصف لتر مستخدم.
 - المستلزمات الطبية والجراحية التي توفرها مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNFs) في أغلب الأحيان
 - الفحوصات المعملية التي تقدمها مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNFs)
 - الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تقدمها مرافق الرعاية التمريضية الماهرة في أغلب الأحيان (SNFs)
 - استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي توفرها مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNFs) في أغلب الأحيان
 - خدمات الأطباء/الممارسين
- بشكل عام، سوف تحصل على الرعاية في مرافق الرعاية الماهرة (SNF) من خلال المرافق التابعة للشبكة. في ظل بعض الشروط المذكورة أدناه، قد تتمكن من دفع مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به داخل الشبكة لمرفق غير مدرج كمقدم خدمات تابع للشبكة، إذا ما قبل المرفق مدفوعات خطتنا.
- مرافق التمريض أو دور الرعاية المستمرة للمتقاعدين في المكان الذي كنت تقيم فيه قبل انتقالك للمستشفى (ما دامت تلك المرافق تقدم الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة)
 - مرافق رعاية تمريضية ماهرة (SNF) يعيش فيه زوجك/شريكك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى.

الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ (تقديم المشورة بشأن الإقلاع عن التدخين أو تعاطي التبغ)



تتم تغطية استشارات الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ للمرضى الخارجيين والمرضى في المستشفيات ممن يستوفون المعايير التالية:

- تعاطي منتجات التبغ، بغض النظر عما إذا كانت تظهر عليهم علامات أو أعراض الأمراض المتعلقة بالتبغ
- ممن يتسمون بالانتباه واليقظة أثناء الاستشارة
- عند تقديم المشورة من قبل طبيب مؤهل أو ممارس آخر معتمد من قبل Medicare

نغطي عدد 2 من المحاولات للإقلاع عن التدخين سنويًا (قد تتضمن كل محاولة 4 جلسات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع حصول المريض على ما يصل إلى 8 جلسات سنويًا).

المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة

إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا التكميلية الخاصة لأعضاء المصابين بالأمراض المزمنة.

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة إذا كنت من مستخدمي بطاقة الخصم هذه الممولة مسبقًا.

ما تدفعه أنت

ستدفع \$0 كمدفوعات مشتركة لعمليات النقل غير الطبي المعتمدة من الخطة. قد تكون المشاركة في برنامج إدارة الرعاية ضرورية. ويجب أن يحصل الأعضاء كذلك على موافقة الطبيب على الاختبار بناءً على نقص المعلومات الطبية التاريخية. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

الخدمات المغطاة

المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة * (يتبع)

- اضطرابات القلب والأوعية الدموية
- فشل القلب المزمن
- الخرف
- مرض السكري
- اضطرابات الرئة المزمنة
- مرض الكلى المزمن (CKD)
- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs)
- السرطان
- اضطرابات المناعة الذاتية
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- مرض الجهاز الهضمي المزمن
- اضطرابات الدم الحادة
- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)
- أمراض الصحة النفسية المزمنة والمسببة للإعاقة
- الاضطرابات العصبية
- السكتة الدماغية
- ما بعد زراعة الأعضاء
- نقص المناعة واضطرابات كبت المناعة
- الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي
- الحالات التي تواجه تحديات وظيفية
- الحالات المزمنة التي تؤثر على البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم
- الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاحتفاظ بها

سنساعدك في الحصول على هذه المزايا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية لبدء طلبك للوصول إلى هذه المزايا الإضافية.

ملاحظة: من خلال طلب هذه الميزة، فإنك تصرح لممثلي Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بالاتصال بك عن طريق الهاتف أو البريد أو أي وسيلة اتصال أخرى كما هو موضح صراحةً في طلبك.

عند الموافقة، سيتم إضافة مبلغ قدره \$200 على بطاقة الخصم الممولة مسبقًا الخاصة بك وذلك بشكل شهري لاستخدامه في مزايا SSBCI. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي.

الأغذية والمنتجات

يمكنك استخدام البديل الموجود في بطاقة الخصم الممولة مسبقًا للحصول على مجموعة متنوعة من المنتجات الغذائية الصحية العامة وذات الأسماء التجارية في متجرك المحلي المشارك القريب، أو عبر الإنترنت مع التوصيل المنزلي من دون أي تكلفة إضافية من خلال الموقع الإلكتروني

.Members.NationsBenefits.com/Molina

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة * (يتبع)

يرجى الاطلاع على قسم "بطاقة الخصم الممولة مسبقاً" للحصول على قائمة كاملة بالمزايا والخدمات المدرجة في البديل المجمع.

النقل غير الطبي*

للتأهل لخدمة النقل غير الطبي، يجب أن تعاني من حالة مرضية مزمنة واحدة على الأقل من الحالات المذكورة أعلاه، وأن تكون مشتركاً في برنامج إدارة الرعاية. سيقدر مدير الرعاية إذا ما كنت مؤهلاً لهذه الميزة.

يمكنك استخدام ما يصل إلى نصف رحلاتك المخصصة في اتجاه واحد فقط المغطاة من خلال ميزة النقل (الروتينية الإضافية). تشمل الرحلات المخصصة في اتجاه واحد فقط (حتى 50 ميلاً) الذهاب والعودة من وإلى محلات البقالة، والنوادي الرياضية، ومراكز كبار السن. تُحتسب هذه الرحلات ضمن الحد الأقصى المسموح به وهو 48 رحلة في اتجاه واحد فقط ضمن خدمة النقل (الروتينية الإضافية).

يرجى مراجعة قسم "النقل (الروتينية الإضافية)" أدناه للتعرف على المزيد من المعلومات.

العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.

تتم تغطية العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (PAD).

ما يصل إلى 36 جلسة خلال مدة 12 أسبوعاً عند استيفاء جميع متطلبات العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET).

يجب على برنامج العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) ما يلي:

- تتكون من جلسات تتراوح مدتها بين 30 و60 دقيقة، وتتضمن برنامجاً تدريبياً علاجياً لعلاج مرض الشريان المحيطي (PAD) لدى المرضى الذين يعانون من العرج
- أن يكون في المرافق الاستشفائية الخارجية أو في عيادة الطبيب
- أن يتم تقديمه من قبل موظفين مساعدين مؤهلين لضمان أن الفوائد تتجاوز الأضرار، ويتم تدريبهم على العلاج بالتمرين الرياضية لعلاج مرض الشريان المحيطي (PAD)
- أن يكون تحت الإشراف المباشر لطبيب، أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخصائي ترميز سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.

قد تتم تغطية SET لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعاً مقابل 36 جلسة إضافية على مدى فترة زمنية ممتدة إذا اعتبر مقدم الرعاية الصحية ذلك ضرورياً من الناحية الطبية.

عمليات النقل في الحالات غير الطارئة (تكميلية) *

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

تتلقى 48 رحلة نقل غير طارئة في اتجاه واحد عبر مقدمي خدمات النقل المتعاقدين إلى مواقع معتمدة من الخطة لتلقي خدمات الرعاية الصحية من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

عمليات النقل في الحالات غير الطارئة (تكميلية) * (يتبع)

وهناك حد أقصى يبلغ 50 ميلاً لكل رحلة. وتتضمن وسائل النقل المتاحة سيارات الأجرة أو الشاحنات الصغيرة أو النقل الطبي أو خدمات مشاركة الركوب. وعلاوةً على ذلك، يجب طلب خدمات النقل قبل الموعد المحدد بيومين على الأقل لضمان التوافر. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف مدونة على الغلاف الخلفي لهذه الوثيقة) لتحديد موعد. ويجب إبلاغ قسم خدمات الأعضاء بشأن إلغاء المواعيد قبل 24 ساعة على الأقل من الموعد المحدد لتجنب احتسابها ضمن مزايا النقل التي استنفذتها.

الخدمات العاجلة

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

تندرج الخدمة التي تغطيها الخطة وتتطلب رعاية طبية فورية ولا تشكل حالة طارئة ضمن الخدمات العاجلة إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتاً، أو حتى إذا كنت داخل منطقة خدمة خطتنا، وكان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ويجب على خطتنا تغطية الخدمات العاجلة مع عدم تحملك سوى تقاسم التكاليف المعمول به داخل الشبكة. ومن أمثلة الخدمات العاجلة تأتي الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو تفاقم الحالات المرضية القائمة بشكل غير متوقع. لا تندرج الزيارات الروتينية الضرورية طبيًا لمقدم الخدمات (مثل الفحوصات السنوية) تحت الخدمات العاجلة حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو في حال إذا ما كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتاً.

قد تتم تغطية الرعاية العاجلة خارج الولايات المتحدة بموجب ميزة تغطية الحالات الطارئة في جميع أنحاء العالم. نخصص ما يصل إلى \$50,000 لتغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم كل عام تقويمي للنقل في حالات الطوارئ، والرعاية العاجلة، والرعاية الطارئة، والرعاية بعد استقرار الحالة. لمعرفة المزيد، راجع "تغطية الرعاية الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في هذا المخطط.

رعاية النظر (المغطاة من Medicare) 

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة.

تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:

- خدمات العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين، بما في ذلك علاج الضمور البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي برنامج Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) للنظارات/العصيات اللاصقة.

ما تدفعه أنت

الخدمات المغطاة

رعاية النظر (المغطاة من جانب - Medicare) (يتبع)

- بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر مرتفع للإصابة بالجلوكوما، ندفع مقابل فحص واحد كل عام. ومن بين الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالجلوكوما يأتي الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما، والأشخاص المصابون بمرض السكري، والأمريكيون من أصل أفريقي ممن تبلغ أعمارهم 50 عامًا أو أكثر، والأمريكيون من أصل إسباني ممن تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر.
- بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري، يخضع فحص اعتلال الشبكية السكري للتغطية بواقع مرة واحدة في العام.
- زوج واحد من النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة إعتام عدسة العين والتي تتضمن إدخال عدسة داخل العين. عند إجراء 2 من العمليات الجراحية المنفصلة لإعتام عدسة العين، لا يمكنك حجز الميزة بعد إجراء الجراحة الأولى وشراء عدد 2 من النظارات بعد الجراحة الثانية.

رعاية النظر (تكميلية) *

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة.

لقد عقدنا شراكة مع أحد موفري خدمات النظر لمنحك قيمة أكبر لاحتياجات النظر الروتينية! تشمل خدمات رعاية النظر التكميلية المشمولة بتغطية ما يلي، وذلك على سبيل المثال لا الحصر: وتتضمن التغطية:

- فحص روتيني واحد على العين كل عام
- بدل النظارات

يمكنك استخدام بدل النظارات الخاص بك الذي يبلغ \$300 لشراء:

- العدسات اللاصقة*
- النظارات (العدسات والإطارات)
- النظارات - العدسات و/أو الإطارات

*إذا اخترت العدسات اللاصقة، فيمكنك أيضًا استخدام بدل النظارات الخاص بك لسداد رسوم تركيب العدسات اللاصقة بالكامل أو جزء منها. وعليك أن تدفع ثمن أي نظارات تصحيحية تتجاوز الحد المسموح به لبدل نظارتك في الخطة. \$0 مدفوعات مشتركة لفحص روتيني واحد للعين (وانكسار الضوء) للنظارات كل سنة تقويمية.

الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare"

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".

تغطي خطتنا الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في برنامج Medicare. تتضمن الزيارة مراجعة لحالتك الصحية، بالإضافة إلى التثقيف والمشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك فحوصات وحقق معينة)، والإحالات للحصول على رعاية أخرى إذا لزم الأمر.

الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" (يتبع)

هام: إننا نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في برنامج Medicare" فقط خلال الأشهر الـ 12 الأولى من اشتراكك في Medicare Part B وعند تحديد موعد لك، أخبر عيادة طبيبك أنك ترغب في جدولة زيارتك الوقائية "مرحبًا بكم في برنامج Medicare".

الخدمات المغطاة

ما تدفعه أنت

تغطية الرعاية الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم (تكميلية) *

لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة.

كميزة إضافية، تشمل تغطيتك ما يصل إلى \$50,000 كل سنة تقويمية للرعاية الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة (U.S.)

إذا كنت تتلقى الرعاية في حالات الطوارئ خارج الولايات المتحدة وتحتاج إلى الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابع للشبكة لكي تستمر في تغطية رعايتك، أو يجب عليك الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة ومعتمد من قبل الخطة. وتكون التكاليف التي تتحملها هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع الشبكة. وينطبق الحد أقصى للخطة.

تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يمكن تصنيفها على أنها رعاية في حالات الطوارئ أو عاجلة في حال تم الحصول على الرعاية في الولايات المتحدة. وتشمل التغطية العالمية الرعاية في حالات الطوارئ أو العاجلة، والنقل في حالات الطوارئ، والنقل باستخدام سيارة إسعاف في حالات الطوارئ من مكان الطوارئ إلى أقرب مرفق علاج طبي وما بعد رعاية الاستقرار. تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة طوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر.

وعند حدوث أي من هذه الحالات، نطلب منك أو من أي شخص يعتني بك الاتصال بنا. وسنعمل على توفير الرعاية لك من خلال مقدمي خدمات تابعين للشبكة بمجرد أن تسمح حالتك الطبية وظروفك بذلك.

لا تتم تغطية النقل إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. ولا تتم تغطية الرعاية الروتينية والإجراءات المجدولة سابقاً أو الاختيارية.

لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم تحويل العملات أو رسوم المعاملات).

يُقصد بالولايات المتحدة الأمريكية الـ 50 ولاية، بالإضافة إلى District of Columbia، و Puerto Rico، و Virgin Islands، و Guam، و Northern Mariana Island، و American Samoa.

قد تحتاج إلى تقديم مطالبة لتعويض تكاليف الرعاية الطارئة/العاجلة التي تلقيتها خارج الولايات المتحدة. ينطبق الحد أقصى للخطة بقيمة \$50,000 على هذه الميزة كل سنة تقويمية.

الخدمات المغطاة خارج Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

القسم 3

نظرًا لكونك عضوًا في الخطة، فإنك تتمتع بالتغطية بموجب برنامج Medicare Savings. يساعد برنامج Medicare Savings الأشخاص ذوي الدخل المحدود في تغطية تكاليف الرعاية الطبية مثل الأقساط أو تقاسم التكاليف. تعتمد المساعدة في تكاليف الرعاية الطبية على مستوى المساعدة التي تحصل عليها. يرجى الرجوع إلى الجدول الوارد في الفصل 2، القسم 6 لمعرفة التغطية المتعلقة بك. بالنسبة للبعض، يوفر Medicaid مساعدة إضافية مع مزايا إضافية.

للحصول على مساعدة بشأن Medicaid، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). وسنساعد دائمًا بتقديم المساعدة لك. يمكنك أيضًا الاتصال بـ California Medicaid مباشرة. يمكنك العثور على معلومات الاتصال الخاصة بـ California Department of Health Care Services في الفصل 2، القسم 6.

الخدمات غير المغطاة من جانب خطتنا

القسم 4

يخبرك هذا القسم بالخدمات المستثناة.

يسرد المخطط أدناه بعض الخدمات والعناصر غير المغطاة في خطتنا تحت أي ظرف من الظروف أو أنها قد تكون مشمولة بتغطية Medicaid فقط في بعض الحالات المحددة.

إذا حصلت على خدمات مستثناة (غير مغطاة)، فيجب عليك دفع ثمنها بنفسك إلا بموجب الشروط المحددة المذكورة أدناه. حتى في حال إذا ما كنت قد تلقت الخدمات المستثناة في مرفق للطوارئ، فإن الخدمات المستثناة تظل غير مشمولة ولن تدفع الخطة تكلفتها. الاستثناء الوحيد هو إذا تم الاستئناف

على الخدمة والبت فيها: عند الاستثناء، ستكون خدمة طبية كان ينبغي لنا أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك المحددة. (للحصول على معلومات حول الاستثناء بشأن قرار كنا قد اتخذناه بعدم تغطية خدمة طبية، انتقل إلى الفصل 9، القسم 6.3.)

الخدمات غير المغطاة في Medicare تكون مغطاة في ظل ظروف محددة فقط	
الجراحة أو الإجراءات التجميلية	مغطاة في حالات الإصابات العرضية أو لتحسين أداء أحد أعضاء الجسم المشوهة مشمولة في جميع مراحل إعادة بناء الثدي عقب استئصاله، وكذلك للثدي غير المصاب للظهور بمظهر مماثل غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
الرعاية الوصائية	الرعاية الوصائية هي رعاية شخصية لا تتطلب الاهتمام المستمر من قبل الأخصائيين الطبيين أو شبهه الطبيين المدربين، مثل الرعاية التي تساعدك في أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس
الإجراءات والأجهزة والأدوية الطبية والجراحية التجريبية	قد يتم تغطيتها بواسطة Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو بموجب خطتنا (راجع الفصل 3، القسم 5 لمعرفة المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية)
الرسوم المفروضة مقابل الرعاية من قبل أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك.	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
تتضمن الخدمات المنزلية أوجه المساعدة المنزلية الأساسية، بما في ذلك الأعمال المنزلية الخفيفة أو إعداد الوجبات الخفيفة.	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
خدمات العلاج الطبيعي (استخدام الوسائل العلاجية الطبيعية أو البديلة)	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
أحذية العظام أو الأجهزة الداعمة للقدمين	الأحذية التي تكون جزءًا من دعامة الساق والمضمنة في تكلفة الدعامة أو الأحذية التقويمية أو العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري
المتعلقات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية الماهرة، مثل الهاتف أو التلفزيون	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
غرفة خاصة في المستشفى	تتم تغطيتها عند الضرورة الطبية فقط
عمليات استعادة الخصوبة، ومستلزمات منع الحمل غير الموصوفة طبيًا	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
بضع القرنية الإشعاعي وجراحة الليزك (LASIK) وأجهزة المساعدة الأخرى لضعف البصر	توفر هذه الخطة تغطية إضافية للعناية بالرؤية. راجع "العناية بالبصر" في مخطط المزايا، القسم 2.1 من هذا الفصل لمزيد من المعلومات.

الخدمات غير المغطاة في Medicare تكون مغطاة في ظل ظروف محددة فقط	
الرعاية الروتينية بالقدم	يتم توفير بعض التغطية المحدودة وفقاً لإرشادات Medicare (على سبيل المثال، إذا كنت تُعاني من مرض السكري)
الخدمات التي تعتبر غير معقولة وضرورية، وفقاً لمعايير Original Medicare	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف

الفصل 5:

استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء D

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف الأدوية الخاصة بك؟



نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على خدمات برنامج Extra Help من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة الخاصة بك. نظرًا لأنك مشترك في برنامج "Extra Help"، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة من الجزء D. لقد أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً يُسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على Extra Help لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة (المعروف كذلك باسم ملحق إعانة محدود الدخل أو LIS Rider)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذا الملحق، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب ملحق إعانة محدود الدخل (LIS). (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذه الوثيقة).

القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D من الخطة

انتقل إلى مخطط المزايا الطبية في الفصل 4 للاطلاع على مزايا أدوية Medicare Part B ومزايا أدوية رعاية المحتضرين.

بالإضافة إلى الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة بموجب مزايا Medicaid.

لمزيد من المعلومات حول تغطية أدوية Medicaid، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء أو مكتب Medicaid التابع للولاية (معلومات الاتصال مدرجة في الفصل 2، القسم 6).

سوف تقوم الخطة عادةً بتغطية أدويةك طالما أنك تتبع هذه القواعد.

- يجب أن يكون لديك مقدم خدمات (طبيب أو طبيب أسنان أو طبيب آخر) يكتب لك وصفة طبية، ويجب أن تكون صالحة بموجب قانون الولاية المعمول به.
- يجب ألا يكون المسؤول عن وصف الدواء مدرجًا في قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة ببرنامج Medicare.
- وبشكل عام، يجب عليك التعامل مع صيدلية تابعة للشبكة لصرف الأدوية الموصوفة لك (راجع القسم 2) أو يمكنك صرف الأدوية الموصوفة من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا).
- يجب أن يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا (راجع القسم 3).
- يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. "دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا" يقصد بها استخدام الدواء الذي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء FDA أو عند دعمه بمراجع معينة. (انظر القسم 3 لمزيد من المعلومات حول دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا).
- قد يتطلب الدواء الحصول على موافقة من خطتنا بناءً على بعض المعايير المحددة قبل تغطيته. (راجع القسم 4 للحصول على مزيد من المعلومات).

القسم 2 الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة

وفي معظم الحالات، لا تكون الأدوية الموصوفة طبيًا مشمولة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا. (راجع القسم 2.5 للحصول على معلومات حول تغطية الوصفات الطبية التي يتم صرفها عبر الصيدليات غير التابعة للشبكة.)

الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية متعاقدة مع الخطة لتوفير أدويةك المغطاة. مصطلح "الأدوية المغطاة" يعني جميع أدوية الجزء D المدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.

القسم 2.1 الصيدليات التابعة للشبكة

العثور على صيدلية تابعة للشبكة في منطقتك

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، انتقل إلى دليل الصيدليات، أو قم بزيارة موقعنا الإلكتروني (centralhealthplan.com)، و/أو اتصل على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866).

ويمكنك الذهاب إلى أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

إذا ما غادرت الصيدلية التي كنت تتعامل معها شبكة الخطة، فسيتعين عليك البحث عن صيدلية جديدة تابعة للشبكة. وللعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، يمكنك الحصول على المساعدة من خدمات الأعضاء أو الرجوع إلى دليل الصيدليات. كما يمكنك أيضًا العثور على معلومات عبر موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com.

الصيدليات المتخصصة

يجب في بعض الأحيان تجهيز الأدوية الموصوفة من صيدلية متخصصة. تتضمن الصيدليات المتخصصة:

- الصيدليات التي تقدم الأدوية لعلاج التسريب بالمنزل.
- الصيدليات التي تقدم الأدوية للمقيمين في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل (LTC). عادة، يكون لدى منشأة الرعاية طويلة الأمد (مثل دار رعاية المسنين) صيدلية خاصة بها. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدوية الجزء D في مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC)، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).
- الصيدليات التي تخدم برنامج Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program (الغير متاح في Puerto Rico) وباستثناء الحالات الطارئة، قد يتردد مواطنو أمريكا الأصليون أو مواطنو ألاسكا فقط على هذه الصيدليات.
- الصيدليات التي تصرف أدوية تقيدها إدارة الغذاء والدواء (FDA) في مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا أو تنسيقًا مع مقدم الخدمات أو تنقيفًا بشأن كيفية استخدامها. لتحديد صيدلية متخصصة، انتقل إلى دليل الصيدليات أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 2.2 خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة

يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة الخطة للحصول على بعض أنواع الأدوية. وبشكل عام، تُعد الأدوية التي تتوفر من خلال الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج مرض مزمن أو طويل الأجل. ويتم تمييز الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة الطلب عبر البريد المقدمة من الخطة بعلامة "NM" في "قائمة الأدوية" لمعرفة أنها لا تخضع لخدمة الطلب عبر البريد.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا الحصول على إمدادات تكفي 100 يوم.

للحصول على نماذج الطلب والمعلومات المتعلقة بكيفية طلب الأدوية الموصوفة عبر البريد، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة الموقع الإلكتروني centralhealthplan.com.

في أغلب الأحيان، يمكنك تسلم الطلبات الخاصة بالصيدلية التي تصرف عبر البريد في غضون 14 يومًا. إذا كانت هناك حاجة ملحة أو تأخر هذا التوقيت، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة في الحصول على إمدادات مؤقتة من الأدوية الموصوفة.

الأدوية الموصوفة الجديدة التي تتلقاها الصيدلية بشكل مباشر من عيادة الطبيب.

بعد أن تتلقى الصيدلية الأدوية الموصوفة من مقدم رعاية صحية، تتصل بك لرؤية ما إذا كنت ترغب في صرف الوصفة على الفور أو الانتظار حتى وقت لاحق. من الضروري أن ترد على كل مرة يتم خلالها الاتصال بك من جانب الصيدلية، لإخبارهم بما يجب القيام به فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة الجديدة من حيث الشحن أو التأجيل أو التوقف عن إعداد الطلب.

إعادة صرف الوصفات الطبية من خلال الطلب عبر البريد. لإعادة صرف أدويةك، يتاح لك خيار الاشتراك في برنامج إعادة صرف الأدوية تلقائيًا. بموجب هذا البرنامج، سوف نبدأ معالجة عملية الصرف التالية الخاصة بك عندما تظهر سجلاتنا أن أدويةك أو شركت على النفاذ. وسوف

تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل أدوية موصوفة للتحقق من أنك تحتاج إلى المزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات الصرف المجدولة إذا كانت لديك أدوية كافية أو إذا تغيرت الأدوية الخاصة بك.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي ولكنك لا تزال تريد الحصول على الأدوية من الصيدلية من خلال خدمة الطلب عبر البريد، فيرجى الاتصال بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاذ الأدوية الحالية. سيضمن ذلك شحن طلبك إليك في الوقت المناسب.

إلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم بإعادة صرف الأدوية الموصوفة تلقائيًا من خلال الطلب عبر البريد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com.

إذا تلقيت أدوية أعيد صرفها تلقائيًا عبر البريد ولم تكن ترغب في ذلك، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد المبلغ.

القسم 2.3 كيف يمكنك الحصول على إمدادات طويلة الأجل من الأدوية؟

عند حصولك على إمدادات طويلة الأجل من الأدوية، قد تدفع مبلغًا أقل لتقاسم التكاليف. توفر الخطة 2 من الطرق للحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى أيضًا الإمداد الممتد) من أدوية المداومة المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. (تعد أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بانتظام لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل).

1. وتتيح لك بعض صيدليات التجزئة الحصول على إمدادات طويلة الأجل من أدوية المداومة. ويُطلعك دليل الصيدليات على الصيدليات التي يمكنها أن تمنحك إمدادات طويلة الأجل من أدوية المداومة. ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات.
2. يمكنك أيضًا الحصول على أدوية المداومة من خلال برنامج الطلب عبر البريد. راجع القسم 2.3 للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 2.4 استخدام إحدى الصيدليات غير الموجودة في شبكة الخطة

بوجه عام، لا ندفع مقابل الأدوية التي يتم صرفها عبر إحدى الصيدليات غير التابعة للشبكة إلا في حال عدم القدرة على الوصول إلى إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة الخاصة بنا حيث يمكنك صرف الأدوية الموصوفة لك بصفتك عضوًا في خطتنا. تحقق أولاً مع خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لمعرفة إذا ما كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

لا نغطي الأدوية الموصوفة التي يتم صرفها عبر صيدليات غير تابعة للشبكة إلا في بعض الحالات المحددة فقط:

- إذا كانت الأدوية الموصوفة متعلقة برعاية ضرورية عاجلة
- إذا كانت الأدوية الموصوفة متعلقة برعاية لحالة طبية طارئة
- سوف تقتصر التغطية على إمداد بالأدوية لفترة 31 يومًا ما لم تنص الوصفة الطبية على أقل من ذلك

إذا كان لزامًا عليك التعامل مع صيدلية غير تابعة للشبكة، فعادةً سيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة (بدلاً من حصتك المعتادة في التكلفة) وقت صرف الأدوية الموصوفة. ويمكنك أن تطلب من سداد نفقات حصتنا من التكلفة. (راجع الفصل 7، القسم 2 للتعرف على مزيد من المعلومات بشأن كيفية مطالبة الخطة بسداد المبلغ لك.) وقد تكون مطالبًا بدفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والتكلفة التي نغطيها في صيدلية تابعة للشبكة.

القسم 3 يجب أن تكون أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة

القسم 3.1 توضح "قائمة الأدوية" أدوية الجزء "D" المغطاة

تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات). وتسمى في دليل التغطية هذا، قائمة الأدوية.

وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في هذه القائمة عن طريق الخطة بمساعدة فريق من الأطباء والصيدال. تلي القائمة متطلبات Medicare وقد تمت الموافقة عليها من قبل Medicare.

تتضمن "قائمة الأدوية" الأدوية المغطاة بموجب Medicare Part D. بالإضافة إلى الأدوية التي يغطيها Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة لك بموجب مزايها Medicaid. لمزيد من المعلومات حول تغطية أدوية Medicaid، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء أو مكتب Medicaid التابع للولاية (معلومات الاتصال مدرجة في الفصل 2، القسم 6).

سنقوم بشكل عام بتغطية الدواء المدرج في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة طالما أنك تتبع قواعد التغطية الأخرى الموضحة في هذا الفصل فضلاً عن اتباع دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا. ويُقصد بدواعي الاستعمال المقبولة طبيًا أن يكون استخدام الدواء إما:

- قد تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) للتشخيص أو الحالة التي يتم وصفه لها، أو
- مدعوم ببعض المراجع المعينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information و Micromedex و DRUGDEX Information System.

تحتوي قائمة الأدوية على الأدوية ذات العلامات التجارية والأدوية العامة والمنتجات البيولوجية (التي قد تتضمن الأدوية الحيوية المماثلة).

الدواء الذي يحمل علامة تجارية هو دواء يُصَرَف بوصفة طبية ويُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة التي تصنعه. وتتسم المنتجات البيولوجية بكونها أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية المتعارف عليها. عندما نشير إلى "الأدوية" في قائمة الأدوية الخاصة بنا، قد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

تحتوي الأدوية العامة على نفس المواد الفعالة التي تحتوي عليها الأدوية التي تحمل علامة تجارية. هذا وتحتوي المنتجات البيولوجية على بدائل تسمى البدائل الحيوية المماثلة. بوجه عام، تتماثل فعالية الأدوية العامة والبدائل الحيوية مع فعالية الأدوية التي تحمل علامات تجارية أو المنتجات البيولوجية، وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. وعلاوةً على ذلك، تتوفر أدوية عامة تعمل كبدايل للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية فضلاً عن بدائل الأدوية الحيوية المماثلة لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. تكون بعض الأدوية الحيوية المماثلة قابلة للتبديل، واعتمادًا على قوانين الولاية المعمول بها، يمكن استبدالها بمنتج بيولوجي أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، على نحو مماثل لاستبدال الأدوية العامة بالأدوية التي تحمل علامة تجارية.

راجع الفصل 12 للحصول على تعريفات لأنواع الأدوية التي قد تكون واردة في قائمة الأدوية.

الأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC)

وتغطي خطتنا أيضًا بعض الأدوية المحددة التي يتم صرفها بدون وصفة طبية. تكون تكلفة بعض الأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية أقل من أدوية الوصفة الطبية وتعطي نفس المفعول. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النضوية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات.

الأدوية غير المدرجة بقائمة الأدوية

لا تغطي خطتنا جميع الأدوية الموصوفة.

- لا يتيح القانون لأي خطة من خطط Medicare تغطية أنواع معينة من الأدوية وذلك في بعض الحالات. (للتعرف على المزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 7.)
- في حالات أخرى، يأتي القرار من جانبنا بعدم تضمين دواء معين في قائمة الأدوية.
- وفي بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير وارد في قائمة الأدوية. (للتعرف على المزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 9.)

القسم 3.2 6 فئات لمشاركة التكلفة للأدوية المدرجة في قائمة الأدوية

يُدرج كل دواءٍ في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكلفة. وبشكل عام، كلما ارتفع مستوى تقاسم التكاليف، ارتفعت تكاليف الدواء:

- الفئة 1 - الأدوية العامة المفضلة
- الفئة 2 - الأدوية المكافئة
- الفئة 3 - أدوية العلامة التجارية المفضلة
- الفئة 4 - الأدوية غير المفضلة
- الفئة 5 - الأدوية المتخصصة
- الفئة 6 - اختيار أدوية الرعاية

لمعرفة فئة مشاركة التكلفة التي يُدرج تحتها الدواء، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية. سيظهر المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل فئة من فئات مشاركة التكلفة في الفصل 6.

القسم 3.3 كيفية معرفة إذا ما كان هناك دواءً معيناً مدرجاً في قائمة الأدوية

لمعرفة إذا ما كان الدواء الذي تتناوله مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة بنا، يمكنك:

- التحقق من أحدث إصدار لقائمة الأدوية يتم توفيره إلكترونياً.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني للخطة (centralhealthplan.com). قائمة الأدوية الواردة على الموقع الإلكتروني تكون دائماً هي الأحدث.
- اتصل بخدمات الأعضاء للتحقق مما إذا كان هناك دواءً معيناً مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أو لطلب الحصول على نسخة من القائمة.
- استخدم "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بخطتنا عبر (CAREMARK.COM) للبحث عن الأدوية الواردة في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه ومعرفة إذا ما كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 2427-314 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 4 الأدوية التي يُفرض عليها قيود في التغطية

القسم 4.1 سبب فرض قيود على بعض الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة، تحدّ بعض القواعد الخاصة من كيفية تغطية الخطة لها ووقت التغطية المخصص لها. قام فريق من الأطباء والصيدالدة بوضع هذه القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الخدمات على استخدام الأدوية بالطريقة الأكثر فعالية. ولمعرفة إذا ما كانت أي من هذه القيود تنطبق على أي دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، فيمكنك الرجوع إلى قائمة الأدوية.

وفي حالة تماثل فعالية دواء آمن ذي تكلفة أقل مع دواء مرتفع الثمن، فإن الخطة تتوقع أن يستخدم مقدم الخدمات الدواء الأقل ثمنًا.

يرجى ملاحظة أن هناك أدوية قد تظهر أكثر من مرة في قائمة الأدوية لدينا في بعض الأحيان، ويرجع السبب في ذلك إلى وجود حالة من التباين بين نفس الأدوية بناءً على مدى فعاليتها أو كمية أو شكل الدواء الذي يصفه مقدم الخدمات، وقد يتم تطبيق قيود أو مبالغ تقاسم تكاليف مختلفة على الأنواع المختلفة من الدواء (على سبيل المثال، 10 مجم مقابل 100 مجم؛ مرة واحدة في اليوم مقابل عدد 2 مرات في اليوم؛ أقرص مقابل شراب وهكذا).

القسم 4.2 أنواع القيود

تخبرك الأقسام أدناه بالمزيد عن أنواع القيود المطبقة على بعض الأدوية.

عند فرض بعض القيود على دوائك، فهذا يعني أنه سيتعين عليك أو على مقدم الخدمات اتخاذ خطوات إضافية حتى تتمكن من تغطية الدواء وذلك في أغلب الأحيان. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 لمعرفة ما يجب عليك أو على مقدم الخدمات القيام به للحصول على تغطية للدواء. إذا كنت ترغب في رفع هذا القيد، فستحتاج إلى استخدام عملية اتخاذ قرار التغطية ومطالبتنا بإجراء استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على التنازل عن القيود نيابةً عنك. (راجع الفصل 9)

الحصول على موافقة الخطة مقدمًا

بالنسبة لبعض الأدوية، تحتاج أنت أو مقدم الخدمات إلى الحصول على موافقة من الخطة بناءً على بعض المعايير المعينة قبل أن نوافق على تغطية الدواء لك. ويطلق على هذا الأمر **الموافقة المسبقة**. ويتم طلب هذا الأمر لضمان سلامة الدواء والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. إذا لم تحصل على هذه الموافقة، فقد لا تتم تغطية الدواء من جانب الخطة. يمكن الحصول على معايير الموافقة المسبقة لخطتنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 أو عبر موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com.

تجربة دواء مختلف أولاً

يشجعك هذا الأمر على تجربة أدوية أقل تكلفة ولكنها عادةً ما تكون بنفس الفعالية قبل مطالبة الخطة بتغطية دواء آخر، فعلى سبيل المثال، إذا كان الدواء (A) والدواء (B) يعالجان نفس الحالة الطبية، وكانت تكلفة الدواء (A) أقل من الدواء (B)؛ فقد تطلب منك الخطة أن تجرب الدواء (A) أولاً. إذا كان الدواء (A) عديم الفعالية، حينها ستغطي الخطة الدواء (B)، ويُطلق على هذا الشرط لتجربة دواء مختلف أولاً اسم **العلاج التدريجي**. يمكن الحصول على معايير العلاج التدريجي لخطتنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 أو عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare.

حدود الكمية

على سبيل المثال، يمكن أن نحدد كمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه في كل مرة تقوم خلالها بصرف أدويةك الموصوفة. على سبيل المثال، إذا كان من الآمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يوميًا لدواء معين، فقد نحد من تغطية أدويةك الموصوفة بما لا يزيد عن حبة واحدة يوميًا.

القسم 5 ما يمكنك فعله حال عدم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي تريد تغطيتها بها

هناك حالات يكون فيها الدواء الموصوف لك الذي تتناوله، أو الدواء الذي تعتقد أنت ومقدم الخدمات بأنه يجب عليك تناوله، غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو أن هناك قيود مفروضة على هذا الدواء. على سبيل المثال:

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية. قد تكون النسخة العامة من الدواء مغطاة، إلا أن النسخة التي تحمل العلامة التجارية التي تريد تناولها غير ذلك.
- أن يكون الدواء مغطى، إلا أن هناك بعض القواعد والقيود الخاصة المفروضة على تغطية هذا الدواء.

إذا كان الدواء مدرجًا في إحدى فئات مشاركة التكلفة مما يجعل عن مبلغ مشاركة التكلفة يزيد عما ترغب به، فيمكنك الانتقال إلى القسم 5.1 لمعرفة ما يمكنك القيام به.

إذا لم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية أو أنه يخضع لبعض القيود، فإليك بعض الخيارات:

- اطلب من الخطة تغطية إمدادات مؤقتة من الدواء.
- يمكنك التغيير إلى دواءٍ آخر.
- يمكنك طلب الحصول على استثناء ومطالبة الخطة بتغطية الدواء أو إزالة القيود المفروضة على الدواء.

قد تتمكن من الحصول على إمدادات مؤقتة

في ظل ظروف معينة، يجب أن توفر الخطة إمدادات مؤقتة من الدواء الذي تتناوله بالفعل. وتمنحك الإمدادات المؤقتة الوقت للتحدث مع مقدم الخدمة لديك حول التغيير.

لكي تكون مؤهلاً للحصول على إمدادات مؤقتة، يجب ألا يكون الدواء الذي كنت تتناوله مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أو أصبح خاضعًا للقيود بطريقة ما.

- إذا كنت عضوًا جديدًا، فسوف نقوم بتغطية الإمدادات المؤقتة من دوائك خلال الـ 90 يومًا الأولى من عضويتك في الخطة.
- إذا كنت مشتركًا في الخطة خلال العام الماضي، فسنعطي الإمدادات المؤقتة من الأدوية خلال الـ 90 يومًا الأولى من العام التقويمي.
- تصل مدة هذه الإمدادات المؤقتة إلى 31 يومًا. إذا كانت الأدوية الموصوفة مكتوبة لعدد أيام أقل، فسوف نسمح بتكرار صرف الدواء عدة مرات بما يصل إلى 31 يومًا بحد أقصى. ويجب صرف الوصفة الطبية عبر إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. (لاحظ أنه قد تقوم صيدليات الرعاية بعيدة المدى بتوفير الأدوية بكميات صغيرة في كل مرة لمنع الإهدار.)
- للأعضاء ممن انضموا إلى الخطة منذ أكثر من 90 يومًا ويعيشون في إحدى مرافق الرعاية طويلة الأجل ويحتاجون إلى إمداد فوري: سنعطي إمدادات طارئة لمدة 31 يومًا من دواء معين، أو أقل إذا كانت الأدوية الموصوفة تغطي أيامًا أقل. هذا بالإضافة إلى الإمدادات المؤقتة الواردة أعلاه.
- إذا كنت مقيمًا جديدًا في مرفق رعاية طويلة الأجل (LTC) وتم تسجيلك في خطتنا مدة تزيد على 90 يومًا وتحتاج إلى دواء غير مدرج في كتيب الوصفات الدوائية أو يخضع لقيود أخرى، مثل العلاج التدريجي أو حدود الكمية (حدود الجرعة)، فسنعطي إمدادًا طارئًا لمدة 31 يومًا بهذا الدواء (ما لم تكن الوصفة الدوائية مكتوبة لعدد أيام أقل) في الوقت الذي يسعى فيه العضو إلى الحصول على استثناء يتعلق بكتيب الوصفات الدوائية. وتتوفر الاستثناءات في المواقف التي تعاني فيها من تغير في مستوى الرعاية التي تتلقاها والتي تتطلب أيضًا منك الانتقال من منشأة إلى أخرى أو من مركز علاج إلى مركز آخر. وفي مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلًا لاستثناء مؤقت لمرة واحدة لوصف الدواء حتى لو كنت خارج نطاق مدة أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة. يرجى ملاحظة أن سياسة الانتقال الخاصة بنا لا تسري إلا على هذه الأدوية المصنفة ضمن "الجزء D" ويمكن شراؤها من صيدلية تابعة للشبكة. ولا يمكن استخدام سياسة الانتقال لشراء دواء غير مدرج في أدوية الجزء D أو دواء من خارج الشبكة، ما لم تكن مؤهلًا للحصول على مزايا من خارج الشبكة.

للسئلة حول الإمدادات المؤقتة، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

عند حصولك على الإمدادات المؤقتة لأحد الأدوية، ينبغي عليك التحدث مع أحد مقدمي الخدمات لديك لتقرر ما ستفعله عند نفاذ الإمدادات الخاصة بك. لديك 2 من الخيارات:

الخيار 1: يمكنك التغيير إلى دواء آخر

تحدث مع مقدم الخدمات بشأن ما إذا كان هناك دواء مختلف تغطيه الخطة قد يناسبك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب الحصول على قائمة بالأدوية المغطاة التي تعالج نفس الحالة الطبية. يمكن لهذه القائمة أن تساعد مقدم الرعاية الخاص بك على العثور على أحد الأدوية المغطاة التي قد تكون فعالة بالنسبة إليك.

الخيار 2: يمكنك طلب الحصول على استثناء

يمكنك أنت ومقدم الخدمات مطالبة الخطة بإجراء استثناء وتغطية الدواء بالطريقة التي ترغبان في تغطيتها. إذا ما أفاد مقدم الخدمات بأن لديك أسبابًا طبية تبرر مطالبتنا بالاستثناء، فيمكن لمقدم الخدمات مساعدتك في طلب الاستثناء. فعلى سبيل المثال، يمكنك أن تطلب من الخطة تغطية أحد الأدوية حتى بالرغم من عدم إدراجها في قائمة الأدوية. أو يمكنك أن تطلب من الخطة تغطية الدواء من دون قيود.

إذا كنت عضوًا حاليًا وستتم إزالة الدواء الذي تتناوله من كتيب الوصفات أو سيتم تقييده بطريقة ما للعام المقبل، فسنبخبرك بأي تغيير قبل العام الجديد. يمكنك طلب الحصول على استثناء قبل العام المقبل وسنرد عليك في غضون 72 ساعة من تلقينا طلبك (أو البيان الداعم الخاص بالمسؤول عن وصف الدواء). إذا وافقتنا على طلبك، فسندون بتغطية الدواء قبل أن يصبح التغيير ساري المفعول.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمات في طلب الحصول على استثناء، فيمكنك مراجعة الفصل 9، القسم 7.4 للتعرف على ما يجب عليك فعله. وهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي المحددة من Medicare للتأكد من معالجة طلبك بسرعة وبشكل عادل.

القسم 5.1 ما الذي يجب فعله إذا كان الدواء مدرجًا في إحدى فئات مشاركة التكلفة وتعتقد أن تكلفته مرتفعة للغاية

إذا كان الدواء مدرجًا في إحدى فئات مشاركة التكلفة وتعتقد أن تكلفته مرتفعة للغاية، فإليك بعض الأشياء التي يمكنك القيام بها:

يمكنك التغيير إلى دواء آخر

إذا كان الدواء مدرجًا في إحدى فئات مشاركة التكلفة وتعتقد أن التكلفة مرتفعة للغاية، فتحدث إلى مقدم الخدمات لديك. قد يكون هناك دواءً مختلفًا في فئة أقل لمبلغ مشاركة التكلفة وقد يكون له تأثير جيد على حالتك الصحية. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب الحصول على قائمة بالأدوية المغطاة التي تعالج نفس الحالة الطبية. يمكن لهذه القائمة أن تساعد مقدم الرعاية الخاص بك على العثور على أحد الأدوية المغطاة التي قد تكون فعالة بالنسبة إليك.

يمكنك طلب الحصول على استثناء

يمكنك أنت ومقدم الخدمات مطالبة خطتنا بالحصول على استثناء في فئة مشاركة التكلفة للدواء بحيث يمكنك دفع مبلغ أقل مقابل هذا الدواء. إذا ما أفاد مقدم الخدمات بأن لديك أسباباً طبية تبرر مطالبتنا بالاستثناء، فيمكن لمقدم الخدمات مساعدتك في طلب الحصول على استثناء للقاعدة. إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمات في طلب الحصول على استثناء، فيمكنك مراجعة الفصل 9، القسم 7.4 للتعرف على ما يجب عليك فعله. وهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية المحددة من Medicare للتأكد من معالجة طلبك بسرعة وبشكل عادل. أدوية الفئة 5: الأدوية المتخصصة غير مؤهلة لهذا النوع من الاستثناء. لا يخضع مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بالأدوية في هذه الفئة للتخفيض.

القسم 6 قد تخضع قائمة الأدوية للتغيير خلال العام

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في بداية كل عام (1 يناير). ومع ذلك، يمكن للخطة إجراء بعض التغييرات على قائمة الأدوية خلال العام. على سبيل المثال، قد تقوم الخطة بما يلي:

- إضافة أدوية أو حذفها من قائمة الأدوية.
 - نقل أحد الأدوية إلى مستوى أعلى أو أقل من مستويات تقاسم التكاليف.
 - إضافة قيود على التغطية الخاصة بأحد الأدوية أو رفع هذه القيود.
 - استبدال دواءٍ يحمل علامة تجارية بدواء آخر من الأدوية العامة.
 - استبدال المنتج البيولوجي الأصلي بنسخة بيولوجية مماثلة قابلة للتبديل من المنتج البيولوجي.
- يجب أن نتبع متطلبات Medicare قبل تغيير قائمة الأدوية الخاصة بالخطة.

معلومات عن التغييرات في تغطية الأدوية

عند إجراء تغييرات على قائمة الأدوية، فإننا ننشر معلومات حول هذه التغييرات عبر موقعنا الإلكتروني. كما نقوم بتحديث قائمة الأدوية بشكل دوري عبر الإنترنت. في بعض الأحيان، سنتلقى إشعاراً مباشراً حال إجراء تغييرات على أحد الأدوية التي تتناولها.

التغييرات الطارئة على تغطية أدويةك والتي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

- إضافة أدوية جديدة إلى دليل الأدوية وإزالة دواء مماثل في قائمة الأدوية أو إجراء تغييرات عليها على الفور في دليل الأدوية.
 - لنا الحق في حذف دواء مماثل من قائمة الأدوية على الفور، أو نقل الدواء المماثل إلى فئة مشاركة تكلفة مختلفة، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. وسيكون الإصدار الجديد من الدواء في نفس مستوى تقاسم التكاليف أو مستوى أقل وبنفس القيود أو قيود أقل.
 - سيتم إجراء هذه التغييرات فقط في حال إضافة دواء عام جديد مماثل لدواء يحمل علامة تجارية أو في حال إضافة أنواع جديدة معينة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت واردة بالفعل في قائمة الأدوية.
 - قد نقوم بإجراء هذه التغييرات على الفور وإطلاعك عليها خلال وقت لاحق، حتى إذا كنت تتناول الدواء الذي تم حذفه أو الذي بصدد إجراء تغييرات عليه. وإذا كنت تتناول الدواء المماثل وقت إجراء التغيير، فسنخبرك بأي تغيير محدد تم إجراؤه.
- إضافة أدوية إلى قائمة الأدوية وإزالة دواء مماثل في قائمة الأدوية أو إجراء تغييرات عليه
 - عند إضافة إصدار آخر من أحد الأدوية إلى قائمة الأدوية، يجوز لنا حذف دواء مماثل من قائمة الأدوية، أو نقله إلى مستوى مختلف من تقاسم التكاليف، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. وسيكون هذا الإصدار من الدواء محل الإضافة في نفس مستوى تقاسم التكاليف أو مستوى أقل وبنفس القيود أو قيود أقل.
 - سيتم إجراء هذه التغييرات فقط في حال إضافة دواء عام جديد مماثل لدواء يحمل علامة تجارية أو في حال إضافة أنواع جديدة معينة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت واردة بالفعل في قائمة الأدوية.
 - نطلعك على إجراء التغيير قبل 30 يوماً على الأقل، أو يمكننا إطلاعك على التغيير مع تغطية صرف الدواء الذي تتناوله لفترة تبلغ 31 يوماً.

- حذف الأدوية غير الآمنة وغيرها من الأدوية التي تم سحبها من السوق من قائمة الأدوية
 - في بعض الأحيان قد يعتبر الدواء غير آمن أو يتم سحبه من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نقوم بإزالة الدواء على الفور من قائمة الأدوية. وإذا كنت تتناول هذا الدواء، فسنطالعك على الأمر عقب إجراء التغيير.
- إجراء تغييرات أخرى على الأدوية في قائمة الأدوية
 - قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى بمجرد بدء العام تؤثر على الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، نستند في ذلك إلى التحذيرات الواردة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو الإرشادات السريرية الجديدة التي أقرها برنامج Medicare.
 - سنطالعك على إجراء هذه التغييرات قبل 30 يومًا على الأقل، أو يمكننا إطلاعك على التغيير مع تغطية إعادة صرف الدواء الذي تتناوله لفترة تبلغ 31 يومًا إضافية.
- عند إجراء أي من هذه التغييرات على أي من الأدوية التي تتناولها، يمكنك التحدث مع من يصف الدواء حول الخيارات التي قد تناسبك بشكل أفضل، بما في ذلك تعاطي أحد الأدوية الأخرى لعلاج حالتك، أو طلب الحصول على قرار تغطية لتلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله. كما يمكنك أنت أو من يصف الدواء مطالبتنا بالحصول على استثناء لمواصلة تغطية الدواء أو نوع الدواء الذي كنت تتناوله. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية طلب الحصول على قرار التغطية، بما في ذلك الاستثناء، راجع الفصل 9.

التغييرات الطارئة على قائمة الأدوية التي لا تؤثر عليك خلال سنة الخطة هذه

قد نجري بعض التغييرات التي لم يرد وصفها أعلاه على قائمة الأدوية. في هذه الحالات، لن ينطبق التغيير عليك إذا كنت تتناول الدواء عند إجراء التغيير؛ ومع ذلك، من المحتمل أن تؤثر هذه التغييرات عليك بدءًا من 1 يناير من سنة الخطة التالية حال استمرارك في نفس الخطة. بشكل عام، التغييرات التي لن تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية هي:

- نقل دوائك إلى فئة أعلى من فئات مشاركة التكلفة.
- وضع قيود جديدة على استخدام الدواء.
- حذف أدوية من قائمة الأدوية.

إذا ما خضع أي من الأدوية التي تتناولها لهذه التغييرات (باستثناء سحبه من السوق، أو استبدال دواء عام بدواء يحمل علامة تجارية، أو أي تغيير آخر كان قد ورد في الأقسام أعلاه)، فلن يؤثر التغيير على استخدامك أو ما تدفعه كحصة من التكلفة حتى 1 يناير من العام التالي. وحتى ذلك التاريخ، ربما لن ترى أي زيادة في مدفوعاتك أو أي قيود إضافية على استخدامك للدواء.

لن نخبرك بهذه الأنواع من التغييرات مباشرةً خلال سنة الخطة الحالية. ستحتاج إلى التحقق من "قائمة الأدوية" لسنة الخطة التالية (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوحة) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي ستؤثر عليك خلال سنة الخطة التالية.

القسم 7 أنواع الأدوية التي لا نغطيها

يتم استثناء بعض أنواع الأدوية الموصوفة. وهذا يعني أن برنامج Medicare لا يدفع ثمن هذه الأدوية.

إذا تقدمت باستئناف وتبين أن الدواء المطلوب غير مستثنى بموجب الجزء D، فسوف ندفع تكلفته أو ندرجه في التغطية (للحصول على معلومات حول الاستئناف بشأن القرار، انتقل إلى الفصل 9). وإذا كان الدواء مستثنى، فيجب عليك دفع تكلفته.

فيما يلي 3 قواعد عامة حول الأدوية التي لن تغطيها خطط أدوية Medicare ضمن الجزء D:

- لا يمكن لتغطية الأدوية الخاصة بالجزء D من خطتنا تغطية دواء من الممكن تغطيته من جانب Medicare Part A أو B.
- لا يمكن لخطتنا أن تغطي دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
- لا تغطي خطتنا الاستخدام غير المسموح به لدواء ما عندما لا يكون الاستخدام مدعومًا ببعض المراجع المعينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information و Micromedex DRUGDEX Information System. الاستخدام غير المسموح به هو أي استخدام للدواء بخلاف المشار إليه على ملصق الدواء على النحو المنصوص عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA).

بالإضافة إلى ذلك، لا يغطي برنامج Medicare الفئات التالية من الأدوية المدرجة أدناه وذلك بموجب القانون. ومع ذلك، قد تكون بعض هذه الأدوية المغطاة بموجب تغطية الأدوية الخاصة بك في Medicaid.

لمزيد من المعلومات حول تغطية أدوية Medicaid، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء أو مكتب Medicaid التابع للولاية (معلومات الاتصال مدرجة في الفصل 2، القسم 6).

- الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (وتسمى أيضًا الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية)
- أدوية زيادة الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد
- الأدوية المستخدمة لأغراض التجميل أو لتعزيز نمو الشعر
- الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة طبيًا، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلورايد
- الأدوية المستخدمة لعلاج العجز الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو زيادة الوزن
- أدوية العيادات الخارجية التي تسعى الشركة المصنعة إلى اشتراط شراء الاختبارات أو خدمات الملاحظة المرتبطة بها حصريًا من الشركة المصنعة كشرط للبيع

إذا كنت تحصل على Extra Help لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة، فلن يدفع Extra Help ثمن الأدوية غير المغطاة عادةً. إذا كنت تتمتع بتغطية للأدوية من خلال برنامج Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid التابع لولايتك بعض الأدوية الموصوفة التي لا يتم تغطيتها عادةً في خطة أدوية Medicare. يمكنك الاتصال ببرنامج Medicaid التابع لولايتك لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (ويمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج Medicaid في الفصل 2، القسم 6).

القسم 8 كيفية صرف الأدوية الموصوفة

لصرف أدويةك الموصوفة، قم بتقديم معلومات عضويتك في خطتنا، التي يمكن العثور عليها في بطاقة عضويتك، في أي من الصيدليات التي يقع عليها اختيارك تكون تابعة للشبكة. وستقوم الصيدلية التابعة للشبكة تلقائيًا بتحصيل حصة تكاليف الدواء التي ندفعها من الخطة. وستكون بحاجة إلى دفع حصتك من التكلفة للصيدلية عند استلام الأدوية الموصوفة.

يجب عليك إظهار بطاقة الهوية (ID) الخاصة بعضوية California Medicaid لصرف الأدوية الموصوفة المغطاة من قبل Medicaid

إذا لم يمكنك الحصول على معلومات عضوية خطتك، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بخطتنا للحصول على المعلومات، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات التسجيل في خطتنا.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات الضرورية، فربما يتعين عليك دفع تكلفة الدواء الموصوف كاملة عند صرفه. ويمكنك أن تطلب منا سداد نفقات حصتنا من التكلفة. راجع الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية طلب السداد من الخطة.

القسم 9 الجزء D تغطية الأدوية في المواقف الخاصة

القسم 9.1 الإقامة المغطاة من خطتنا في أحد المستشفيات أو مراكز الرعاية الماهرة

إذا سُمح لك بالدخول إلى أحد المستشفيات أو أحد مرافق الرعاية الماهرة للإقامة، المغطاة من جانب الخطة، فإننا نغطي تكلفة الأدوية الموصوفة لك أثناء إقامتك بشكل عام. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مرافق الرعاية الماهرة، فإننا سوف نقوم بتغطية الأدوية التي تحصل عليها طالما أن هذه الأدوية تستوفي جميع قواعدها في التغطية في هذا الفصل.

القسم 9.2 الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل (LTC)

عادةً، يكون لدى مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC) (مثل دار رعاية المسنين) صيدلية خاصة، أو أنه يستخدم صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين بالمرفق. وإذا كنت مقيمًا في أحد مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC)، فيمكنك الحصول على الأدوية الموصوفة لك من خلال صيدلية المرفق أو تلك التي يستعين بها المرفق، طالما أنها تابعة لشبكتنا.

تحقق من دليل الصيدليات لمعرفة إذا ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC) أو تلك التي تستخدمها تابعة لشبكتنا. إذا لم يكن الأمر كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). إذا كنت في مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC)، فيجب علينا التأكد من قدرتك على تلقي مزايا الجزء D الخاصة بك بشكل روتيني من خلال شبكتنا من صيدليات مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC).

إذا كنت مقيمًا في مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC) وتحتاج إلى دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو يخضع لبعض القيود بطريقة ما، فانقل إلى القسم 5 للحصول على معلومات حول الحصول على إمدادات مؤقتة أو طارئة.

القسم 9.3 الحصول على تغطية للأدوية من خطة مجموعة صاحب العمل أو المتقاعدين؟

إذا كنت تتمتع أنت أو زوجك أو شريكك المحلي بتغطية أخرى للأدوية من خلال صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين، فيرجى الاتصال على مسؤول مزايا تلك المجموعة. يمكن أن يساعدك مسؤول المزايا على فهم كيفية عمل التغطية الحالية للأدوية الموصوفة لك مع خطتنا.

وبشكل عام، إذا كان لديك تغطية من مجموعة موظفين أو متقاعدين، فإن تغطيتنا للأدوية ستكون بمثابة تغطية ثانوية لتغطية المجموعة. وهذا يعني أن تغطية مجموعتك ستكون جهة الدفع الرئيسية.

ملاحظة خاصة حول التغطية القابلة للاعتماد:

يجب أن ترسل لك مجموعة صاحب العمل أو المتقاعدين في كل عام إشعارًا تطلعك من خلاله عما إذا كانت تغطية الأدوية للسنة التقويمية التالية قابلة للاعتماد أم لا.

إذا كانت تغطية خطة المجموعة، قابلة للاعتماد، فهذا يعني أن الخطة تتمتع بتغطية للأدوية ومن المتوقع أن تدفع، في المتوسط، على الأقل بقدر التغطية القياسية للأدوية من جانب Medicare.

احتفظ بأي إخطارات حول التغطية القابلة للاعتماد فقد تحتاج إلى هذه الإخطارات في وقت لاحق لإثبات احتفاظك بتغطية قابلة للاعتماد. وفي حال إذا لم تتلق إشعار التغطية القابلة للاعتماد، فيمكنك طلب الحصول على نسخة من مسؤول المزايا في خطة المتقاعدين أو صاحب العمل أو النقابة.

القسم 9.4 الحصول على رعاية المحتضرين المعتمدة من برنامج Medicare

لا تغطي رعاية المحتضرين وخطتنا نفس الدواء في ذات الوقت. إذا كنت مسجلًا في رعاية المحتضرين التابعة لبرنامج Medicare وكنت بحاجة إلى أدوية محددة (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للغثبان أو المليئة أو لتخفيف الألم أو مضادة للقلق) غير خاضعة لتغطية رعاية المحتضرين لأنها غير مرتبطة بمرضك الميوس منه وما يتعلق به، فيجب أن تتلقى خطتنا إشعارًا ممن قام بوصف الدواء أو من مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء ليس له علاقة بالمرض قبل أن تتمكن خطتنا من تغطية هذا الدواء. لمنع التأخير في تلقي هذه الأدوية التي يجب أن تغطيها خطتنا، اطلب من مقدم الخدمات أو المعني بوصف الدواء تقديم إشعار قبل صرف الأدوية الموصوفة.

في حالة قيامك بالغاء اختيار رعاية المحتضرين أو خروجك منها، يجب أن تغطي خطتنا أدويةك كما هو موضح في هذه الوثيقة. ولتجنب حدوث أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء ميزة رعاية المحتضرين المعتمدة من برنامج Medicare، أحضر الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من أنك قد تركت رعاية المحتضرين.

القسم 10 البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية

نقوم بإجراء مراجعات لاستخدام المخدرات لأعضائنا للمساعدة في التأكد من حصولهم على رعاية آمنة ومناسبة. نقوم بالمراجعة في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية، تدفع مدفوعات مشتركة. نحن أيضًا نراجع سجلاتنا بشكل منتظم. خلال هذه المراجعات، نبحث عن المشكلات المحتملة مثل:

- الأخطاء الدوائية المحتملة
 - الأدوية التي قد لا تكون ضرورية لكونك تتناول دواءً آخر مشابهًا لعلاج نفس الحالة
 - الأدوية التي قد لا تكون آمنة أو مناسبة بسبب عمرك أو جنسك
 - مجموعات معينة من الأدوية التي يمكن أن تضرك إذا تم تناولها في نفس الوقت
 - وصفات طبية للأدوية التي تحتوي على مكونات لديك حساسية منها
 - أخطاء محتملة في كمية (جرعة) الدواء الذي تتناوله
 - كميات غير آمنة من أدوية تخفيف الألم الناجم عن تعاطي المواد الأفيونية
- إذا لاحظت مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية الموصوفة، فسوف نعمل مع موفر الرعاية الخاص بك لمعالجة المشكلة.

القسم 10.1 برنامج إدارة الدواء (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية أفيونية المفعول بطريقة آمنة

لدينا برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بشكل آمن المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي يتم إساءة استخدامها بشكل متكرر. ويُسمى هذا البرنامج Drug Management Program. إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية المفعول حصلت عليها من عدة أطباء أو صيدليات أو إذا تلقيت حديثًا جرعة زائدة من أدوية أفيونية المفعول، فقد نتحدث مع الطبيب المتابع لحالتك للتأكد من أن استخدامك للأدوية أفيونية المفعول لها مناسبة ووفق ضرورة طبية. إذا ما قررنا بالتعاون مع من يصفون لك الأدوية أن استخدامك للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينات الموصوفة طبيًا قد لا يكون آمنًا، فقد نضع قيودًا على كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا وضعناك في برنامج إدارة البيانات (DMP)، فقد تكون القيود كما يلي:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية الخاصة بك للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين من صيدلية (صيدليات) معينة
- إلزامك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينات من طبيب (أطباء) محددين
- الحد من كمية الأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينات التي سنعطيها لك

إذا كنا نخطط للحد من كيفية حصولك على هذه الأدوية أو مقدار ما يمكنك الحصول عليه، فسنرسل إليك خطابًا مسبقًا. سيطالعك الخطاب ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية، أو إذا ما كان سيطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من مقدم خدمة أو صيدلية معينة. كما ستتاح لك فرصة إطلاعنا على الأطباء أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها فضلًا عن أي معلومات أخرى تعتقد أنها قد تكون ذات أهمية بالنسبة لنا. بعد أن نتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد هذا القيد. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ أو كنت لا توافق على قرارنا مع هذا القيد، يحق لك وللوصف الخاص بك الاستئناف. إذا قُدمت استئنافًا، فسوف نراجع حالتك ونخطر بك بقرارنا الجديد. إذا وصلنا رفض أي جزء من طلبك المتعلق بالقيود التي تنطبق على وصولك إلى الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج خطتنا. راجع الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية تقديم استئناف.

لن يتم وضعك في برنامج إدارة الدواء (DMP) إذا كنت تعاني من حالات طبية معينة، مثل الألم المرتبط بالسرطان أو مرض فقر الدم المنجلي، أو كنت تتلقى رعاية المحتضرين أو الرعاية التلطيفية أو رعاية نهاية الحياة، أو تعيش في مرفق للرعاية طويلة الأجل.

القسم 10.2 برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM) لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم

لدينا برنامج يمكنه مساعدة أعضائنا في تلبية الاحتياجات الصحية المعقدة. يسمى برنامجنا برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. ولغرض التأكد من حصول أعضائنا على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها قام فريق يضم عددًا من الصيدلانية والأطباء بوضع هذا البرنامج لنا.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة بعينها ويتناولون أدوية تتجاوز مبلغًا معينًا من تكاليف الأدوية أو ممن يندرجون في برنامج إدارة العلاج الدوائي (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام المواد الأفيونية بأمان، من الحصول على الخدمات من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسيقدم لك الصيدلي أو أي متخصص صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدويةك. أثناء المراجعة، يمكنك التحدث عن أدويةك والتكاليف بالإضافة إلى أي مشكلات أو أسئلة لديك حول الأدوية الموصوفة والأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية. كما ستحصل على ملخص كتابي يحتوي على قائمة مهام موصى بها تتضمن الخطوات التي يجب عليك اتخاذها للحصول على أفضل النتائج عند تلقي الأدوية. كما ستحصل كذلك على قائمة بالأدوية الشخصية التي تشتمل على كل الأدوية التي تتناولها والسبب وراء تناولها. بالإضافة إلى ذلك، سيتلقى أعضاء برنامج MTM معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تعتبر مواد خاضعة للرقابة.

من الجيد أن تتحدث مع طبيبك حول قائمة المهام الموصى بها وقائمة الأدوية. أحضر خطة الإجراءات وقائمة الأدوية معك في الزيارة أو في أي وقت تتحدث فيه مع الأطباء أو الصيادلة أو غير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية. أيضًا، احتفظ بقائمة الأدوية الخاصة بك محدثة [على سبيل المثال، مع هويتك (ID)] في حالة ذهابك إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

وإذا كان لدينا برنامج يناسبك احتياجاتك، فسوف نقوم بتسجيلك في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. إذا قررت عدم المشاركة، يرجى إعلامنا وسنقوم بسحبك. للأسئلة حول هذا البرنامج، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

الفصل 6:

ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D

الفصل 1 ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D

إننا نستخدم كلمة دواء في هذا الفصل للإشارة إلى الأدوية الموصوفة بموجب Part D. لا تتدرج جميع الأدوية ضمن أدوية الجزء D. يتم استثناء بعض الأدوية من تغطية الجزء D بموجب القانون. وهناك بعض الأدوية المستبعدة من تغطية الجزء (D) حيث إنها مغطاة بموجب الجزء (A) أو الجزء (B) من برنامج Medicare.

لفهم المعلومات المتعلقة بالدفع، تحتاج إلى معرفة الأدوية الخاضعة للتغطية، وأماكن صرف الوصفات الطبية بالإضافة إلى القواعد التي يجب اتباعها عند الحصول على الأدوية المغطاة. يوضح الفصل 5 هذه القواعد. عندما تستخدم "أداة المزايا الحقيقية" الخاصة بخطتنا للبحث عن تغطية الأدوية (centralhealthplan.com)، تعرض التكلفة التي تراها تقديرًا للتكاليف غير المتوقعة التي من المتوقع أن تدفعها. ويمكنك أيضًا الحصول على المعلومات المتوفرة في "أداة المزايا في الوقت الفعلي" عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف الأدوية إذا كنت تتلقى Extra Help لتغطية تكاليف الأدوية الموصوفة بموجب الجزء D؟

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على خدمات برنامج Extra Help من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة الخاصة بك. نظرًا لكونك مشترك في برنامج Extra Help، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة في الجزء D. لقد أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً يُسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على Extra Help لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة (المعروف كذلك باسم ملحق إعانة محدود الدخل أو LIS Rider)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذه المواد، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على LIS Rider.

القسم 1.1 أنواع التكاليف التي قد تدفعها مقابل الحصول على الأدوية المغطاة

هناك 3 أنواع مختلفة من التكاليف التي تدفعها مقابل الحصول على أدوية الجزء D المغطاة التي قد يُطلب منك دفعها:

- مبلغ الخصم هو المبلغ الذي تدفعه مقابل الحصول على الأدوية قبل أن تبدأ خطتنا في دفع حصتها.
- المدفوعات المشتركة هو المبلغ الثابت الذي تدفعه في كل مرة تصرف خلالها وصفة طبية.
- التأمين المشترك هو نسبة مئوية من إجمالي التكلفة التي تدفعها في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.

القسم 1.2 كيف يحسب برنامج Medicare التكاليف التي تدفعها

لدى Medicare قواعد حول ما يتم احتسابه وما لا يتم احتسابه في تكاليفك التي تدفعها.

وفيما يلي القواعد التي يجب أن نتبعها لتتبع تكاليفك المدفوعة.

هذه المدفوعات مدرجة في التكاليف التي تدفعها

تتضمن التكاليف التي تدفعها المدفوعات المدرجة أدناه (طالما أنها للأدوية المغطاة بموجب الجزء D مع اتباعك لقواعد تغطية الأدوية الموضحة في الفصل 5):

- المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية عندما تكون في أي من مراحل الدفع التالية:

- مرحلة الخصم
- مرحلة التغطية الأولية
- أي مدفوعات قمت بها خلال هذه السنة التقويمية كعضو في خطة أدوية طبية مختلفة من Medicare قبل الانضمام إلى خطتنا
- أي مدفوعات مقابل أدويةك من قبل العائلة أو الأصدقاء
- أي مدفوعات لأدويةك من قبل برنامج Extra Help من Medicare، أو خطط الرعاية الصحية الخاصة بصاحب العمل أو النقابة، أو Indian Health Service، أو برامج المساعدة في علاج الإيدز (AIDS)، أو برامج الولاية للمساعدة الدوائية (SPAPs)، ومعظم الجمعيات الخيرية

الانتقال إلى مرحلة التغطية القصوى:

عند وصول مقدار التكاليف التي تدفعها أنت (أو من ينوب عنك) إلى \$2,100 خلال السنة التقويمية، فسوف تنتقل من مرحلة التغطية الأولية إلى مرحلة التغطية القصوى.

هذه المدفوعات غير مدرجة في التكاليف التي تدفعها

لا تتضمن التكاليف التي تدفعها أيًا من أنواع المدفوعات التالية:

- الأدوية التي تشتريها من خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
- الأدوية غير المغطاة من قبل خطتنا.
- الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية غير تابعة للشبكة التي لا تلي متطلبات الخطة للتغطية خارج الشبكة.
- الأدوية غير المدرجة في الجزء (D)، بما في ذلك الأدوية الموصوفة المغطاة في الجزء (A) أو الجزء (B) بالإضافة إلى الأدوية الأخرى المستبعدة من تغطية Medicare.
- المدفوعات مقابل الأدوية الموصوفة غير المغطاة عادةً من قبل خطة الأدوية من Medicare.
- المدفوعات التي تدفعها خطط التأمين الصحي وبرامج الرعاية الصحية الممولة من الحكومة مثل TRICARE ووزارة شؤون المحاربين القدامى (VA).
- مدفوعات الجهات الخارجية مقابل الأدوية التي تحصل عليها ممن لديها التزام قانوني بدفع تكاليف الأدوية الموصوفة (على سبيل المثال، تعويضات العمال).
- مدفوعات الشركات المصنعة للأدوية بموجب برنامج خصم الشركة المصنعة

تذكير: إذا كانت هناك أي هيئة أخرى مثل تلك المذكورة أعلاه تدفع جزءًا من تكاليف الأدوية التي تدفعها أو جميعها، فيجب عليك إخبار خطتنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم (711).

تتبع التكاليف الإجمالية التي تدفعها

- يتضمن شرح المزايا الخاص بالجزء D (EOB) الذي تحصل عليه المبلغ الحالي للتكاليف المدفوعة. وعند وصول هذا المبلغ إلى \$2,100، سيخبرك شرح المزايا (EOB) الخاص بالجزء D بأنك قد تركت مرحلة التغطية الأولية وانتقلت إلى مرحلة التغطية القصوى.
- تأكد من تقديم المعلومات التي نحتاجها. انتقل إلى القسم 3.1 للتعرف على ما يمكنك القيام به للمساعدة في التأكد من أن سجلاتنا المتعلقة بمدفوعاتك كاملة ومحدثة.

SECTION 2 مراحل الدفع مقابل الأدوية لأعضاء Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) members

هناك 3 مراحل للدفع مقابل تغطية الأدوية بموجب Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP). يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة على المرحلة التي تكون فيها عند صرف هذه الأدوية أو إعادة صرفها. ويرد في هذا الفصل شرح لتفاصيل كل مرحلة من المراحل. وهذه المراحل هي:

المرحلة 1: مرحلة الخصم السنوي

المرحلة 2: مرحلة التغطية الأولية

المرحلة 3: مرحلة التغطية القصوى

القسم 3 يوضح شرح المزايا الخاص بالجزء D مرحلة الدفع الحالية لك

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية الموصوفة لك والمدفوعات التي تقوم بها عند حصولك على الأدوية الموصوفة من الصيدلية. وبهذه الطريقة، يمكننا إطلاعك على الأمر عند انتقالك من أحد مراحل دفع تكلفة الدواء إلى المرحلة التالية. إننا نتتبع عدد 2 من أنواع التكاليف

- **التكاليف التي تدفعها:** وهي عبارة عن المبلغ الذي تدفعه. ويتضمن ذلك ما دفعته عند حصولك على دواء مغطى بموجب الجزء D، وأي مدفوعات قام بها أفراد الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات مقابل الحصول على أدويةك من خلال "Extra Help" من برنامج Medicare أو خطط الرعاية الصحية الخاصة بصاحب العمل أو النقابة أو Indian Health Service أو برامج المساعدة في علاج الإيدز (AIDS) أو الجمعيات الخيرية ومعظم برامج الولايات الخاصة بالمساعدة الدوائية (SPAPs).
- **إجمالي تكاليف الدواء:** يمثل إجمالي المدفوعات المسددة مقابل الأدوية المغطاة في الجزء D. ويتضمن ذلك ما دفعته الخطة، وما دفعته أنت فضلاً عما دفعته البرامج أو المؤسسات الأخرى مقابل الحصول على الأدوية المغطاة في الجزء D.
- إذا كنت قد صرفت أحد الأدوية الموصوفة أو أكثر عبر الخطة خلال الشهر السابق، فسنرسل لك شرح المزايا (EOB) الخاص بالجزء D. يشمل ملخص EOB للجزء (D):
- **معلومات عن هذا الشهر.** يوفر هذا التقرير تفاصيل المتعلقة بالأدوية الموصوفة التي تم صرفها خلال الشهر السابق. كما يوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعته الخطة، وما دفعته أنت والآخرين نيابة عنك.
- **إجمالي المبالغ المدفوعة منذ 1 يناير.** يتم توضيح إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات مقابل أدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات أسعار الأدوية.** يتم عرض إجمالي سعر الدواء، ومعلومات حول الزيادات الطارئة على الأسعار منذ صرف الأدوية للمرة الأولى وذلك عند كل طلب للحصول على نفس الكمية من الأدوية.
- **وصفات طبية بديلة متوفرة بتكلفة أقل.** سيتضمن هذا الأمر معلومات حول الأدوية الأخرى المتاحة بمبلغ تقاسم تكاليف أقل عند طلب أدوية موصوفة، إذا كان ذلك ممكناً.

القسم 3.1 مساعدتنا على تحديث معلوماتنا حول مدفوعات الأدوية الخاصة بك

نستخدم السجلات التي نحصل عليها من الصيدليات لتتبع تكاليف الأدوية والمدفوعات مقابل الأدوية الخاصة بك. وفيما يلي يمكنك التعرف على كيفية مساعدتنا في الحفاظ على معلوماتك صحيحة ومحدثة:

- **إظهار بطاقة عضويتك في كل مرة تصرف خلالها أدوية موصوفة.** يساعدنا هذا الأمر في التأكد من معرفة الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها ومعرفة مقدار ما تدفعه.
- **تأكد من تقديم المعلومات التي نحتاجها.** هناك أوقات قد تدفع فيها التكلفة الكلية للدواء الموصوف. وفي هذه الحالات، لن نتمكن من الحصول على المعلومات التي نحتاجها لتتبع تكاليفك التي تدفعها بشكل تلقائي. ولمساعدتنا في تتبع تكاليفك التي تدفعها، يتعين عليك توفير نسخ لنا من قسائم الشراء. بعض الحالات التي يجب عليك خلالها إمدادنا بنسخ من قسائم شراء الأدوية:

- عندما تشتري دواءً مشمولاً بالتغطية من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو في حال استخدمت بطاقة خصم ليست جزءاً من مزايا خطتنا عند دفعك مدفوعات مشتركة مقابل الأدوية المقدمة بموجب برنامج مساعدة المرضى من الشركة المصنعة للأدوية.
- في أي وقت قمت فيه بشراء أدوية مغطاة من صيدليات غير تابعة للشبكة أو خلال أوقات أخرى قمت خلالها بدفع كامل التكلفة لدواء مغطى بموجب ظروف خاصة
- إذا تم تحصيل رسوم منك مقابل دواء مغطى، فيمكنك أن تطالب خطتنا بدفع حصتنا من التكلفة. للحصول على تعليمات حول كيفية القيام بذلك، انتقل إلى الفصل 7، القسم 2.
- **أرسل إلينا المعلومات المتعلقة بمدفوعات الآخرين لك.** يجري اعتبار التكاليف التي دفعها أشخاص ومؤسسات بعينها إليك ضمن التكاليف المدفوعة من جانبك. على سبيل المثال، تدخل مدفوعات برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) (AIDS) وهيئة Indian Health Service ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف المدفوعة من جانبك. احتفظ بسجل لهذه المدفوعات وأرسلها إلينا حتى تتمكن من تتبع التكاليف التي تدفعها.
- **تحقق من التقرير المكتوب الذي نرسله إليك.** عندما تتلقى شرح المزايا (EOB) الخاص بالجزء D، يتعين عليك مراجعته للتأكد من اكتمال المعلومات ومدى صحتها. إذا كنت تعتقد أن هناك شيئاً مفقوداً أو كان لديك أسئلة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). يمكن لأعضاء الخطة الوصول إلى تقارير شرح المزايا الخاصة بهم عبر الإنترنت من خلال Caremark.com. احرص على الحفاظ على هذه التقارير.

القسم 4 مرحلة الخصم

نظرًا لكون معظم أعضائنا يحصلون على Extra Help لتغطية تكاليف الأدوية الموصوفة، فإن مرحلة الخصم لا تنطبق على معظم الأعضاء. وإذا كنت تتلقى Extra Help، فإن مرحلة الدفع هذه لا تنطبق عليك أيضًا.

اطلع على الملحق المنفصل (ملحق LIS) للحصول على معلومات حول مبلغ الخصم الخاص بك.

إذا لم تكن من بين هؤلاء الذي يتلقون Extra Help، فإن مرحلة الخصم هي مرحلة الدفع الأولى لتغطية أدويةك. تبدأ هذه المرحلة عند صرف الأدوية الموصوفة للمرة الأولى خلال العام. وعندما تكون في مرحلة الدفع هذه، **يجب عليك دفع التكلفة الكاملة لأدويةك** وصولاً إلى مبلغ الخصم الخاص بخطتنا الذي يبلغ \$250 لعام 2026. لا ينطبق الخصم على منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات الجزء D للبالغين، بما في ذلك لقاحات القوباء المنطقية والكزاز ولقاحات السفر. ستدفع مبلغ خصم سنوي قدره \$250 نظير أدوية الفئات 2-5. **يجب عليك دفع التكلفة الكاملة للأدوية المدرجة في الفئات 2-5** وصولاً إلى مبلغ الخصم الخاص بالخطة. وبالنسبة لجميع الأدوية الأخرى، لن تضطر إلى دفع أي مبلغ خصم. وعادةً ما تكون **التكلفة الكلية أقل من السعر الكامل العادي للدواء**، حيث تحدد خطتنا تكاليف أقل لمعظم الأدوية المصروفة عبر الصيدليات التابعة للشبكة. لا يمكن أن تتجاوز التكلفة الكاملة الحد الأقصى للسعر العادل بالإضافة إلى رسوم صرف الأدوية ذات الأسعار المتفاوض عليها بموجب Medicare Drug Price Negotiation Program.

وبمجرد دفع \$250 مقابل أدوية الفئات 2-5، سوف تنتقل من مرحلة الخصم هذه إلى مرحلة التغطية الأولية.

القسم 5 مرحلة التغطية الأولية

القسم 5.1 يعتمد ما تدفعه مقابل الدواء على الدواء والمكان الذي يتم من خلاله صرف الأدوية الموصوفة

خلال مرحلة التغطية الأولية، تدفع الخطة حصتها من تكلفة الأدوية المغطاة، وتدفع أنت حصتك (مبلغ المدفوعات المشتركة أو مبلغ التأمين المشترك). وسيختلف مبلغ حصتك من التكلفة حسب الدواء والمكان الذي يتم من خلاله صرف الوصفة الطبية.

تتضمن خطتنا ستة (6) فئات لمشاركة التكلفة

يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكلفة. وبشكل عام، كلما ارتفعت فئة تقاسم التكلفة، ارتفعت تكاليف الدواء لديك.

- الفئة 1 - الأدوية العامة المفضلة
- الفئة 2 - الأدوية المكافئة
- الفئة 3 - أدوية العلامة التجارية المفضلة
- الفئة 4 - الأدوية غير المفضلة
- الفئة 5 - الأدوية المتخصصة
- الفئة 6 - اختيار أدوية الرعاية

لمعرفة فئة مشاركة التكلفة التي يندرج تحتها الدواء، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية.

اختيارات الصيدلية

إن مقدار ما تدفعه مقابل دواء ما يتوقف على حصولك عليه من:

- صيدلية للبيع بالتجزئة تابعة للشبكة
- صيدلية غير تابعة لشبكة الخطة. لا تغطي الأدوية الموصوفة التي يتم صرفها عبر صيدليات غير تابعة للشبكة إلا في بعض الحالات المحددة فقط. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5 لمعرفة متى يمكننا تغطية الأدوية الموصوفة التي يتم صرفها عبر صيدلية غير تابعة للشبكة.
- الصيدليات التي يمكن الطلب من خلالها عبر البريد.

للتعرف على المزيد من المعلومات حول خيارات الصيدليات وصرف الأدوية الموصوفة، يمكنك الرجوع إلى الفصل 5 أو دليل مقدمي الخدمات/الصيدليات الخاص بالخطة.

القسم 5.2 تكاليف حصولك على إمدادات تكفي لمدة شهر واحد من أحد الأدوية المغطاة

خلال مرحلة التغطية الأولية، ستكون حصتك من تكلفة الدواء المغطى إما في شكل مدفوعات مشتركة أو تأمين مشترك.

تكاليف حصولك على إمدادات تكفي لمدة شهر واحد من أدوية الجزء D المغطاة

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على خدمات برنامج Extra Help من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. نظرًا لأنك مشترك في برنامج "Extra Help"، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة من الجزء D. لقد أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً يُسمى "ملحق دليل التغطية" للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية (Extra Help) لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة (المعروف كذلك باسم ملحق إعانة محدود الدخل أو ملحق LIS)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذا الملحق، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب ملحق إعانة محدود الدخل.

تقاسم التكاليف خارج الشبكة	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد	تقاسم التكاليف القياسي للبيع بالتجزئة داخل الشبكة	الفئة
(تقتصر التغطية على حالات محددة؛ راجع الفصل 5 للتعرف على المزيد من التفاصيل.) (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا)	مبلغ تقاسم تكاليف الرعاية على المدى الطويل (LTC) (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا)	(إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا)	الفئة 1 لمشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة المفضلة)
\$0	\$0	\$0	\$0
\$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية	\$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية	\$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية	\$0 أو \$1.60 أو \$4 مدفوعات مشتركة لكل وصفة طبية
			الفئة 2 لمشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة)

الفئة	تقاسم التكاليف القياسي للبع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً)	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً)	مبلغ تقاسم تكاليف الرعاية على المدى الطويل (LTC) (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً)	تقاسم التكاليف خارج الشبكة (تقتصر التغطية على حالات محددة؛ راجع الفصل 5 للتعرف على المزيد من التفاصيل.) (إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً)
الفئة 3 لمشاركة التكلفة (أدوية العلامة التجارية المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية
الفئة 4 لمشاركة التكلفة (الأدوية غير المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية
الفئة 5 لمشاركة التكلفة (فئة الأدوية المتخصصة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية
الفئة 6 لمشاركة التكلفة (أدوية رعاية محددة)	\$0	\$0	\$0	\$0

انتقل إلى القسم 8 للحصول على مزيد من المعلومات حول تقاسم التكاليف للقاتح المدرجة في الجزء D.

القسم 5.3 إذا وصف لك الطبيب كمية أقل من إمدادات تكفي لمدة شهر كامل، فقد لا تكون مضطراً لدفع تكلفة إمدادات تكفي لمدة شهر كامل

عادةً، يغطي المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية إمدادات كافية لمدة شهر كامل. قد تكون هناك أوقات ترغب فيها أنت أو طبيبك في أن يكون لديك إمدادات من الدواء تكفي لأقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً ما للمرة الأولى) ويمكنك أيضاً أن تطلب من الطبيب والصيدلي الحصول على إمدادات تكفي لأقل من شهر كامل، إذا كان هذا الأمر سيساعدك على التخطيط لتواريخ إعادة صرف الأدوية بشكل أفضل.

إذا تلقيت إمدادات من بعض الأدوية المعينة تكفي لأقل من شهر كامل، فلن تضطر إلى دفع ثمن إمدادات تكفي لشهر كامل

- إذا كنت مسؤولاً عن التأمين المشترك، فستدفع نسبة من إجمالي تكلفة الدواء. ونظراً لاعتماد التأمين المشترك على التكلفة الإجمالية للدواء، فإن ما ستدفعه سيكون أقل وذلك لأن التكلفة الإجمالية للدواء ستكون أقل هي الأخرى.
- إذا كنت مسؤولاً عن المدفوعات المشتركة للدواء، فلن تدفع سوى مقابل عدد الأيام التي تتلقى خلالها الدواء بدلاً من الشهر بأكمله. سنحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل الدواء ("معدل تقاسم التكاليف اليومي") ونضربه في عدد الأيام التي تحصل فيها على الدواء.

القسم 5.4 تكاليف حصولك على إمدادات طويلة الأجل (ما يصل إلى 100 يوم) من أدوية الجزء D المغطاة

بالنسبة لبعض الأدوية، يُمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى أيضاً الإمداد الممتد). وتغطي الإمدادات طويلة الأجل فترة تصل إلى 100 يوم.

تكاليف حصولك على إمدادات طويلة الأجل من أحد الأدوية المغطاة بموجب الجزء D

الغنة	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد (إمدادات تكفي 100 يوم)	تقاسم التكاليف القياسي للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة) (إمدادات تكفي 100 يوم)	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد (إمدادات تكفي 100 يوم)
الغنة 1 لمشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة المفضلة)	\$0	\$0	\$0
الغنة 2 لمشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة)	تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل جميع الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$1.60 أو \$5.10	تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل جميع الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$1.60 أو \$5.10	تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل جميع الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$1.60 أو \$5.10
الغنة 3 لمشاركة التكلفة (أدوية العلامة التجارية المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية
الغنة 4 لمشاركة التكلفة (الأدوية غير المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 للأدوية العامة (بما ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية العامة)، مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل الأدوية الأخرى لكل وصفة طبية

الفئة	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد (إمدادات تكفي 100 يوم)	تقاسم التكاليف القياسي للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة) (إمدادات تكفي 100 يوم)
الفئة 5 لمشاركة التكلفة (فئة الأدوية المتخصصة)	لا تتوفر عرض طويل الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).	لا تتوفر عرض طويل الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).
الفئة 6 لمشاركة التكلفة (أدوية رعاية محددة)	\$0	\$0

القسم 5.5 تظل في مرحلة التغطية الأولية حتى يصل إجمالي تكاليف الأدوية التي تدفعها سنويًا إلى \$2,100

تظل في مرحلة التغطية الأولية حتى يصل إجمالي التكاليف المدفوعة من جانبك إلى \$2,100. وستنتقل بعدها إلى مرحلة التغطية القصوى. سيساعدك شرح المزايا (EOB) الخاص بالجزء (D) الذي تتسلمه على تتبع ما أنفقته أنت والخطة وأي أطراف خارجية نيابة عنك خلال العام. لن يستطيع جميع الأعضاء الوصول إلى حد المدفوعات الذي يبلغ \$2,100 في السنة. سنخبرك حال وصولك إلى هذا المبلغ. راجع القسم 1.3 للتعرف على المزيد من المعلومات بشأن كيفية حساب برنامج Medicare للتكاليف التي تدفعها.

القسم 6 مرحلة التغطية القصوى

خلال مرحلة التغطية القصوى، لن تكون مطالبًا بالدفع مقابل الحصول على أدويةك المغطاة في الجزء D. سوف تدرج في مرحلة التغطية القصوى عند وصول مقدار ما تدفعه من تكاليف إلى الحد الأقصى الذي يبلغ \$2,100 للسنة التقويمية. وبمجرد وصولك إلى مرحلة التغطية القصوى، ستظل في مرحلة الدفع هذه حتى نهاية السنة التقويمية. لن تدفع خلال هذه المرحلة مقابل جميع أدوية الجزء D المغطاة من جانب الخطة.

القسم 7 ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D

رسالة هامة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات – تدرج بعض اللقاحات تحت المزايا الطبية وتخضع لتغطية الجزء B. في حين تدرج اللقاحات الأخرى كأدوية ضمن الجزء D. ويمكنك العثور على هذه اللقاحات مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة. تغطي خططنا معظم لقاحات البالغين المغطاة في الجزء (D) دون فرض أي تكلفة عليك. انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على تفاصيل التغطية وتقاسم التكاليف بشأن بعض اللقاحات المحددة.

تتقسم تغطية اللقاحات في الجزء D إلى 2 من الأقسام

- يختص القسم الأول من التغطية بتكاليف اللقاح نفسه.
- أما القسم الثاني فيتعلق بتكلفة الحقن باللقاح. (يُطلق على هذا الأمر أحيانًا "تعاطي" اللقاح.)

تعتمد تكاليف لقاحات الجزء D على 3 أمور:

1. إذا تمت التوصية باللقاح للبالغين من قبل هيئة تسمى اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP).
 - معظم لقاحات البالغين المدرجة في الجزء D موصى بها من قبل اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) ولا تكلفك شيئًا.
2. أماكن الحصول على اللقاح.
 - قد يتم صرف اللقاح نفسه عبر إحدى الصيدليات أو يتم توفيره من قبل عيادة الطبيب.

3. المسؤول عن حقن اللقاح.

◦ يمكنك تعاطي اللقاح بواسطة الصيدلي أو مقدم خدمات آخر في الصيدلية. أو وقد يعطيه لك مقدم خدمة في عيادة الطبيب.

قد يختلف ما تدفعه وقت حصولك على اللقاح المدرج في الجزء D بحسب الظروف بالإضافة إلى مرحلة الدفع مقابل الحصول على الأدوية التي تتدرج بها خلال الوقت الحالي.

• عند حصولك على اللقاح، قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمات المعني بإعطاء اللقاح لك. ويمكنك أن تطلب من الخطة سداد نفقات حصتنا من التكلفة. وبالنسبة لمعظم لقاحات البالغين المدرجة في الجزء D، فهذا يعني أنك ستحصل على كامل التكلفة التي دفعتها.

• وفي أوقات أخرى، عند حصولك على اللقاح، لن تدفع سوى حصتك من التكلفة بموجب ميزة الجزء D. بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً.

فيما يلي 3 أمثلة للطرق التي قد تحصل من خلالها على اللقاح المشمول بتغطية الجزء D.

الحالة 1: الحصول على اللقاح المدرج في الجزء D من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. (يعتمد توافر هذا الخيار لك على المكان الذي تعيش فيه. لا تسمح بعض الولايات للصيدليات بإعطاء لقاحات بعينها.)

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً.
- بالنسبة للقاحات الأخرى المدرجة بموجب الجزء D، ستدفع للصيدلية مبلغ التأمين المشترك أو المدفوعات المشتركة للقاح نفسه حيث تتضمن تكلفة إعطائك اللقاح.
- ستدفع خطتنا باقي التكاليف.

الحالة 2: الحصول على اللقاح المدرج في الجزء D من خلال عيادة الطبيب.

- عند حصولك على اللقاح، قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة موفر الخدمة المعني بإعطاء اللقاح.
- يمكنك بعد ذلك مطالبة خطتنا بدفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الواردة في الفصل 7.
- بالنسبة لمعظم لقاحات البالغين المدرجة في الجزء D، ستحصل على كامل المبلغ الذي دفعته. بالنسبة للقاحات الأخرى المدرجة في الجزء D، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته مطروحاً منه أي تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة للقاح (بما في ذلك تعاطي اللقاح)، مطروحاً منه أي فرق بين المبلغ الذي يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا كنت تتلقى خدمات Extra Help، فسنعيد إليك هذا الفرق).

الحالة 3: عند شراء اللقاح المدرج في الجزء D نفسه عبر إحدى الصيدليات التابعة للشبكة، ثم التوجه إلى عيادة طبيبك لتعاطي اللقاح.

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً مقابل اللقاح.
- بالنسبة للقاحات الأخرى المدرجة بموجب الجزء D، ستدفع للصيدلية مبلغ التأمين المشترك أو المدفوعات المشتركة للقاح نفسه.
- عند تعاطيك اللقاح بواسطة الطبيب، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمة.
- يمكنك بعد ذلك مطالبة خطتنا بدفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الواردة في الفصل 7.
- بالنسبة لمعظم لقاحات البالغين المدرجة في الجزء D، ستحصل على كامل المبلغ الذي دفعته. بالنسبة للقاحات الأخرى المدرجة في الجزء D، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته مطروحاً منه أي فرق بين المبلغ الذي يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا كنت تتلقى خدمات Extra Help، فسنعيد إليك هذا الفرق).

الفصل 7:

مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة مقابل الحصول على الخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة

القسم 1

الحالات التي يجب خلالها مطالبتنا بدفع تكلفة الخدمات أو الأدوية المغطاة

يرسل مقدمو الخدمة التابعين للشبكة فاتورة إلى الخطة تتضمن تكلفة الخدمات والأدوية المغطاة. وفي حال إذا ما تلقيت فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الطبية أو الأدوية التي حصلت عليها، فيجب عليك إرسال هذه الفاتورة إلينا حتى نتأكد من سدادها. وعند استلامنا للفاتورة، سننظر فيها ثم نقرر إذا ما كان يجب تغطية الخدمات والأدوية. وإذا ما قررنا أنه يجب تغطيتها، فسنعوم بالدفع لمقدم الخدمات بشكل مباشر.

إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمة أو عنصر من عناصر Medicare الخاضعة لتغطية الخطة، فيمكنك مطالبة خطتنا بإعادة المبلغ إليك مرة أخرى (غالبًا ما يُطلق على عملية إعادة المبلغ إليك اسم التعويض). من حَقك أن تسترد أموالك من خلال خطتنا عندما تدفع مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيها خطتنا. قد تكون هناك مواعيد نهائية يجب عليك الالتزام بها لاسترداد أموالك. انتقل إلى القسم 2 من هذا الفصل. عندما ترسل إلينا طلبًا بالدفع، فإننا نراجع ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء. وإذا ما قررنا أنه يجب تغطيتها، فسنعوم برد المبلغ إليك مرة أخرى.

قد تتلقى أحيانًا فاتورة من أحد مقدمي الخدمات بها كامل تكلفة الرعاية الطبية التي تلقيتها أو ربما أكثر من حصتك في تقاسم التكاليف. حاول أولاً التفاهم بشأن هذه الفاتورة مع مقدم الخدمات. إذا لم ينجح ذلك، فقم بإرسال الفاتورة إلينا بدلاً من دفعها. سننظر في الفاتورة ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمات أم لا. وإذا ما قررنا أنه يجب تغطيتها، فسنعوم بالدفع لمقدم الخدمات بشكل مباشر. إذا قررنا عدم دفعها، فسنعوم بإخطار مقدم الخدمة. يجب ألا تدفع أبدًا أكثر من تكلفة تقاسم التكاليف التي تسمح بها الخطة. إذا تم التعاقد مع مقدم الخدمات هذا، فلا يزال لديك الحق في العلاج.

وفيما يلي أمثلة على الأوقات التي يمكنك خلالها أن تطالب الخطة برد ما دفعته أو دفع فاتورة كنت قد حصلت عليها:

1. عند الحصول على رعاية طبية طارئة أو عاجلة من أحد مقدمي الخدمة غير التابعين لشبكة الخطة

- يمكنك تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات العاجلة من أي من مقدمي الخدمات، سواء كان مقدم الخدمة هذا تابعًا لشبكتنا أم لا. يجب عليك أن تطلب من مقدم الخدمة إرسال الفاتورة إلى الخطة.
- إذا دفعت المبلغ بنفسك كإجراء عند الحصول على الرعاية الصحية، فيمكنك مطالبتنا بدفع حصتنا من التكلفة. أرسل إلينا فاتورتك مع ما يثبت عملية الدفع التي قمت بها.
- قد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمة يطالبك من خلالها بدفع مبلغ ترى أنك لا تدين به. أرسل لنا هذه الفاتورة، مع توثيق أي مدفوعات قمت بها.
 - إذا كانت هناك مديونية مستحقة لمقدم الخدمات، فإننا سوف ندفعها له بشكل مباشر.
 - إذا كنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك من تكلفة الخدمة، فسوف نحدد المبلغ المستحق عليك وسنعوم بسداد حصتنا من التكلفة.

2. عندما يرسل لك مقدم الخدمات التابع للشبكة فاتورة تعتقد أنه لا ينبغي عليك دفعها

يتعين على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة إرسال الفواتير إلى الخطة بشكل مباشر. قد تكون هناك أخطاء في بعض الأحيان ويطلبون منك الدفع مقابل خدماتك.

- عندما تتلقى فاتورة من مقدم خدمات تابع للشبكة وتعتقد أنها تزيد عما يجب أن تدفعه، يمكنك إرسال هذه الفاتورة إلينا. وسنتواصل مع مقدم الخدمات مباشرة ونعمل على حل مشكلة الفاتورة.
- أما إذا كنت سددت قيمة فاتورة بالفعل ثم إرسالها من مقدم خدمات تابع للشبكة ولكنك تشعر أنك دفعت الكثير جدًا، فيرجى إرسال الفاتورة إلينا ومرفق معها أي إثبات دفع قمت به. يمكنك مطالبتنا بأن نعيد لك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق عليك بموجب الخطة.

3. إذا كنت مسجلًا بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان يكون تسجيل الشخص في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيله قد مر بالفعل. ربما يكون تاريخ التسجيل قد حدث في العام الماضي.)

إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا ودفعت مقابل الحصول على أي من الخدمات أو الأدوية المغطاة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا من التكاليف. سوف تحتاج إلى تقديم الأوراق مثل الإيصالات والفواتير حتى تتمكن من التعامل مع السداد.

4. عندما تتعامل مع صيدلية غير تابعة للشبكة لأدوية الموصوفة

إذا توجهت إلى صيدلية غير تابعة للشبكة، فقد لا تتمكن الصيدلية من تقديم المطالبة إلينا بشكل مباشر. إذا كنت تذهب إلى إحدى الصيدليات غير التابعة للشبكة، فسوف تضطر إلى دفع التكلفة كاملة مقابل وصفتك الدوائية.

احتفظ بقسائمك وأرسل نسخة إلينا عند مطالبتك لنا بسداد حصتنا من التكلفة. تذكر أننا نغطي الصيدليات غير التابعة للشبكة فقط في ظروف محدودة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5 للتعرف على المزيد من المعلومات حول هذه الظروف. وقد لا نعيد إليك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والمبلغ الذي سندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. عندما تدفع كامل تكلفة الأدوية الموصوفة لأنك لا تحمل بطاقة الهوية الخاصة بالعضوية معك

إذا لم تكن تحمل بطاقة الهوية الخاصة بالعضوية معك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بالخطة أو البحث عن معلومات تسجيلك بالخطة. إذا لم تكن الصيدلية قادرة على الحصول على المعلومات التي تحتاجها على الفور، فربما تحتاج إلى دفع كامل قيمة الأدوية الموصوفة بنفسك. احتفظ بقسائمك وأرسل نسخة إلينا عند مطالبتك لنا بسداد حصتنا من التكلفة. وقد لا نعيد لك ما دفعته مقابل التكلفة الكاملة إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المحدد للأدوية الموصوفة.

6. عندما تدفع كامل تكلفة الأدوية الموصوفة في حالات أخرى

قد تدفع كامل تكلفة الأدوية الموصوفة لأن الدواء غير مغطى في الخطة لسبب ما.

- على سبيل المثال، قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية المغطاة (الوصفات) الخاصة بالخطة، أو قد يكون خاضعاً لبعض المتطلبات أو القيود التي لم تكن على دراية بها أو تعتقد أنها لا ينبغي أن تنطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فربما تحتاج أن تدفع كامل قيمته.
- احتفظ بالقسيمة وأرسل نسخة إلينا عندما تطلب منا أن ندفع لك المبلغ. وقد نحتاج في بعض الحالات إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك لسداد حصتنا من التكلفة الخاصة بالدواء. وقد لا نعيد لك ما دفعته مقابل التكلفة الكاملة إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المحدد للأدوية الموصوفة.

7. عندما يكون هناك خطأ في الفاتورة في الصيدلية فيما يتعلق بدواء مدرج في القائمة.

عندما ترسل إلينا طلباً بالدفع، فإننا سوف نراجع الطلب ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. ويسمى هذا الأمر إعداد قرار تغطية. وإذا ما قررنا أنه يجب تغطية ذلك، فسندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. إذا رفضنا طلبك بشأن الدفع، فيمكنك تقديم استئناف ضد القرار. يحتوي الفصل 9 على معلومات حول كيفية تقديم الاستئناف.

القسم 2 كيفية مطالبتنا برد المبلغ إليك أو سداد فاتورة كنت قد تلقيتها

يمكنك أن تطلب منا سداد المبلغ عن طريق إرسال طلب كتابي إلينا. إذا أرسلت طلباً كتابياً، فأرسل فاتورتك والمستندات الخاصة بأي مدفوعات قمت بسدادها. ومن المفضل أن تحتفظ بنسخة من الفاتورة والقوائم ضمن سجلاتك.

للتأكد من أنك تقدم لنا جميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لتقديم طلب الدفع الخاص بك. **يجب عليك تقديم الطلبات إلينا خلال عام واحد (1) تقويمي** من تاريخ الحصول على الخدمة و/أو العنصر أو خلال 36 شهراً من تاريخ الحصول على الدواء.

- لا يتعين عليك استخدام النموذج، إلا أنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك تنزيل نسخة من النموذج عبر موقعنا الإلكتروني centralhealthplan.com أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النوية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على النموذج.

أرسل طلب الدفع الخاص بك مع أي فواتير أو إيصالات إلينا عبر العنوان التالي:

تعويضات الخدمات الطبية:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
 عناية: Medicare Member Services
 200 Oceangate, Suite 100
 Long Beach, CA 90802
 أو عبر الفاكس على الرقم (310) 507-6186

تغطية الأدوية الموصوفة:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)
 عناية: Medicare Pharmacy Department
 7050 Union Park Center, Suite 600
 Midvale, UT 84047

القسم 3 سننظر في طلب الدفع ثم نقرر الموافقة أو عدم الموافقة

عندما نتلقى طلبك للدفع، سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى أي معلومات إضافية منك. وإلا فسننظر في طلبك ونتخذ قرار التغطية.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء مشمول بالتغطية وأنت اتبعت جميع القواعد، فسنقوم بدفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. وإذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك مبلغ حصتنا من التكلفة عبر البريد. وإذا كنت قد دفعت التكلفة الكاملة للدواء، فقد لا يتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية غير تابعة للشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته مقابل الدواء أعلى من السعر المحدد). إذا لم تكن قد دفعت بعد قيمة الخدمة أو العنصر، فسنرسل القيمة مباشرة إلى مقدم الخدمة.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير مغطى، أو أنك لم تتبع جميع القواعد، فلن ندفع حصتنا من تكلفة الرعاية أو الدواء. سنرسل إليك خطاباً يوضح أسباب عدم إرسالنا المدفوعات بالإضافة إلى بيان حقوقك في الاستئناف على هذا القرار.

القسم 3.1 إذا ما تم إخبارك بأننا لن ندفع تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء بشكل كلي أو جزئي فيمكنك تقديم استئناف

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً في رفض طلبك للدفع أو المبلغ الذي ندفعه، فيمكنك تقديم استئناف. إذا قمت بتقديم استئناف، فهذا يعني أنك تطلب منا تغيير القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلبك للدفع. عملية الاستئناف هي عملية رسمية تخضع لإجراءات مفصلة ومواعيد نهائية ذات أهمية للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم هذا الاستئناف، انتقل إلى الفصل 9.

الفصل 8:

حقوقك ومسؤولياتك

القسم 1

يجب على خطتنا أن نحترم حقوقك وحساسياتك الثقافية

القسم 1.1

يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تتناسب مع حساسياتك الثقافية وتتلاءم معها (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو طباعة ذات حروف كبيرة، أو تنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك.)

يجب على الخطة التأكد من تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية بطريقة مناسبة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إتقان محدود للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو إعاقة سمعية، أو أولئك الذين لديهم ثقافات وخلفيات عرقية متنوعة. تتضمن الأمثلة على كيفية تلبية الخطة لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو أجهزة TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة بخلاف الإنجليزية. كما يمكننا أيضًا توفير المعلومات لك بعدة طرق منها بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو تنسيقات بديلة أخرى مجانًا إذا كنت بحاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ويتناسب معك. للحصول على معلومات من جانبنا بطريقة تتلاءم معك، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

تُطالب خطتنا بمنح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

في حال عدم توفر الأخصائيين التابعين لشبكة الخطة في أحد المجالات المحددة، تكون الخطة مسؤولة عن تحديد موفري خدمات متخصصين غير تابعين للشبكة يمكنهم توفير الرعاية اللازمة لك. في هذه الحالة، يمكنك دفع مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه أخصائيون تابعون لشبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجين إليها، فيمكنك الاتصال بالخطة للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة مع دفع ذات مبلغ تقاسم التكاليف المعمول به داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ويتناسب معك، أو عند الرغبة في زيارة أخصائي صحة المرأة أو العثور على أخصائي تابع للشبكة، فيرجى الاتصال بنا لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال بالرقم، 314-2427 (866)، ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس من الساعة 8 a.m. حتى 8 p.m.، بالتوقيت المحلي، 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل - 30 سبتمبر، من الاثنين - الجمعة، 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) أو مباشرة من خلال Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على من خلال الهاتف النصي TTY على الرقم 1-800-537-7697.

القسم 1.2

يجب علينا ضمان حقك في الحصول على الخدمات والأدوية المغطاة بالخطة

يحق لك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) تابع لشبكة الخطة لتوفير الخدمات المغطاة لك وترتيبها. يحق لك التوجه إلى أحد اختصاصيي الصحة النسائية (مثل طبيب أمراض النساء) من دون الحاجة إلى إحالة.

لديك الحق في الحصول على مواعيد وخدمات مغطاة من شبكة مقدمي الخدمات لدى الخطة في غضون فترة زمنية معقولة. يشمل ذلك الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من جانب الاختصاصيين. يحق لك صرف الأدوية الموصوفة طبيًا من أي صيدلية تابعة للشبكة دون تأخير ممتد.

إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على الرعاية الطبية أو الأدوية المدرجة في الجزء D في غضون فترة زمنية معقولة، فيمكنك التعرف على ما يمكن القيام به من خلال الفصل 9.

القسم 1.3 وجوب حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. إننا نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) على النحو المنصوص عليه من قبل قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

- تتضمن معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات الشخصية التي أطلعنا عليها عند التسجيل في هذه الخطة بالإضافة إلى سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- لديك حقوق فيما يتعلق بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). إننا نقدم لك إشعارًا كتابيًا، يسمى إشعار ممارسة الخصوصية، يتحدث عن هذه الحقوق ويشرح كيفية حماية خصوصية معلوماتك الصحية.

كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية؟

- إننا نضمن عدم اطلاع أي أشخاص غير مصرح لهم على سجلاتك أو إحداث تغييرات بها.
- باستثناء الظروف المذكورة أدناه، إذا كنا نعتزم إطلاع أي شخص لا يقدم لك الرعاية أو لا يدفع مقابل رعايتك على معلوماتك الصحية، فإننا نلتزم بالحصول على إذن كتابي منك أو من شخص منحه سلطة قانونية لاتخاذ القرارات نيابة عنك أو لآ.
- توجد حالات معينة لا يتعين علينا فيها الحصول على إذن كتابي مسبق. وهذه الاستثناءات يصرح بها القانون أو يطلبها.
 - نلتزم بالإفصاح عن المعلومات الصحية للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية.
 - نظرًا لكونك عضو في خطتنا من خلال Medicare، فإننا نلتزم بتقديم معلوماتك الصحية بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالأدوية الموصوفة لك بموجب الجزء D إلى برنامج Medicare. وإذا ما أفصح Medicare عن معلوماتك لأغراض البحث أو الاستخدام الأخرى، فسيتم ذلك وفقًا للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ وعادة ما يتطلب هذا الأمر عدم مشاركة المعلومات التي تحدد هويتك بشكل فريد.

يمكنك رؤية المعلومات الواردة في سجلاتك ومعرفة كيفية مشاركتها مع الآخرين

يحق لك الاطلاع على السجلات الطبية والحصول على نسخة من السجلات. كما يحق لنا فرض رسوم عليك مقابل الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية. يحق لك طلب تحديث أو إدخال تصحيحات على السجلات الطبية. وفي حال طلبت ذلك منا، فسنعاون مع مقدم الرعاية الصحية خاصتك لاتخاذ قرار بشأن وجوب إدخال التغييرات أم لا.

لديك الحق في معرفة كيفية مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي أغراض غير روتينية.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية المحمية، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

الخصوصية

تستخدم شركة Central Health Plan of California, Inc. (المشار إليها بلفظ Molina Healthcare أو الضمير "نحن" أو "خاصتنا") المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بك وتشاركها لتوفر لك مزايا الرعاية الصحية. إننا نستخدم تلك المعلومات وتبادلها من أجل تقديم خدمات العلاج وإجراء عمليات الدفع والرعاية الصحية. كما نستخدم تلك المعلومات ونشاركها لأغراض أخرى يسمح بها القانون أو يلزمنا بها. ونجد لزامًا علينا أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. يسري هذا الإشعار اعتبارًا من.

PHI يُقصد بهذا الاختصار المعلومات الصحية المحمية. PHI يُقصد بها المعلومات الصحية التي تحتوي على اسمك ورقم عضويتك أو محددات الهوية الأخرى والتي يتم استخدامها أو مشاركتها من قبل Molina Healthcare.

لماذا تستخدم Molina Healthcare معلوماتك الصحية المحمية أو تشاركها؟

نحن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وتبادلها لكي نقدم لك مزايا الرعاية الصحية. ويجري استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وتبادلها بغرض تقديم خدمات العلاج والقيام بإجراءات الدفع وتقديم عمليات الرعاية الصحية لك.

للعلاج

يجوز لشركة Molina Healthcare أن تستخدم وتشارك بياناتك الصحية المحمية (PHI) من أجل تقديم الرعاية الطبية لك أو من أجل الإعداد لتقديمها. وتشتمل خدمات العلاج هذه أيضًا على الحالات ما بين الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. على سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة المعلومات بشأن حالتك الصحية مع أحد الاختصاصيين. وهو ما من شأنه مساعدة ذلك الاختصاصي للتحدث مع طبيبك حول العلاج.

للدفع

يجوز لشركة Molina Healthcare أن تستخدم أو تشارك البيانات الصحية المحمية (PHI) بهدف اتخاذ القرارات بشأن دفع المستحقات. وقد يتضمن ذلك المطالبات والموافقات فيما يتعلق بخدمات العلاج وكذلك القرارات التي تُتخذ بشأن الحاجات الطبية. ومن ثم يجوز لنا كتابة اسمك وحالتك والعلاج المقدم لك والأدوية المقدمة على الفاتورة. فيجوز لنا مثلاً أن نبلغ طبيبك بحصولك على الميزات الطبية التي نوفرها. كما يجوز لنا إطلاع طبيبك على حجم الفاتورة التي قد ندفعها.

لعمليات الرعاية الصحية

يجوز لشركة Molina Healthcare أن تستخدم وتشارك بياناتك الصحية المحمية (PHI) لإدارة خطتنا الصحية. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الواردة في طلبك لنخبرك عن البرنامج الصحي الأمثل بالنسبة لك. كذلك يجوز لنا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل التوصل لحل بشأن أي مشكلات تتعلق بالعضوية. كما يجوز استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض النظر في مدى صحة دفع تكاليف الخدمات الواردة في طلبك.

تتضمن عمليات الرعاية الصحية العديد من احتياجات العمل اليومية. ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- الارتقاء بالجودة؛
- الإجراءات التي تُتخذ في البرامج الصحية لمساعدة الأعضاء في حالات بعينها (كمريض الربو مثلاً)؛
- إجراء المراجعات الطبية أو الإعداد لها؛
- الخدمات القانونية، ومنها برامج التحقيق والكشف عن الإساءات والاحتيال.
- الإجراءات اللازمة لمساعدتنا على الامتثال للقوانين؛
- تلبية احتياجات الأعضاء، بما في ذلك حل الشكاوى والاستئنافات.

سنشارك المعلومات الصحية المحمية (PHI) مع الشركات الأخرى التي يشار إليها بلفظ ("شركاء الأعمال") التي تمارس مختلف أنواع الأنشطة التي تنطوي عليها خطة الرعاية الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لتذكيرك بمواعيد زيارتك الطبية. ويجوز لنا كذلك استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لكي نقدم لك معلومات حول علاجك أو الخدمات العلاجية والمزايا الصحية الأخرى.

متى تستطيع Molina Healthcare استخدام بياناتك الصحية المحمية (PHI) وتبادلها من دون الحصول على تصريح (موافقة) مكتوبة مسبقة منك بذلك؟

بالإضافة إلى العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، يسمح القانون لشركة Molina Healthcare - بل ويُلزِمها - باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) لعدة أغراض أخرى بما فيها ما يلي:

حسبما يتطلب القانون

يجوز لنا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية طبقاً لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) متى كان ذلك إلزاماً من Department of Health and Human Services (HHS). وقد يكون ذلك من أجل قضايا بعينها في المحاكم أو غير ذلك من المراجعات القانونية أو حينما يكون ذلك إلزاماً لأغراض تنفيذ القانون.

الصحة العامة

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض أنشطة الصحة العامة. ومن ذلك مساعدة الجهات الصحية العامة في الوقاية من الأمراض أو التحكم بها.

مراقبة خدمات الرعاية الصحية

يجوز استخدام أو مشاركة بياناتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية. فقد ترغب هذه الجهات في الاطلاع على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل مراجعة الحسابات وتدقيقها.

الأبحاث

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الأبحاث في حالات بعينها، مثل عندما تكون هذه الأبحاث معتمدة من خلال مجلس مراجعة خصوصية أو مؤسسي.

الإجراءات الإدارية أو القانونية

يجوز استخدام أو مشاركة بياناتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الإجراءات القانونية؛ كأن يكون ذلك استجابةً لأمر قضائي بعينه.

تنفيذ القانون

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الشرطة لأغراض فرض القانون، مثل المساعدة في العثور على أحد المشتبه بهم أو الشهود أو المفوقدين.

الصحة والسلامة

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للوقاية من تهديد خطير يطل الصحة أو الأمن العام.

الأغراض الحكومية

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية لأغراض معينة. على سبيل المثال، توفير الحماية للرئيس.

ضحايا أعمال الإساءة والإهمال والعنف المنزلي

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات القانونية إذا كنا نرى وقوع شخص ما ضحية للإساءة أو الإهمال.

تعويض العمال

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بهدف الامتثال لقوانين تعويضات العمال.

أغراض الإفصاح الأخرى

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع متعهدي دفن الموتى وقضاة التحقيق في حوادث الوفاة لمساعدتهم على أداء مهامهم.

متى تحتاج Molina Healthcare إلى تصريح خطي (موافقة) منك لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو مشاركتها؟ تحتاج شركة Molina Healthcare إلى الحصول على موافقة كتابية منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأي غرض آخر غير تلك الأغراض المدرجة في هذا الإشعار. تحتاج شركة Molina Healthcare للحصول على تصريح منك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) في الحالات التالية: (1) معظم عمليات استخدام المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي والإفصاح عنها؛ (2) عمليات الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية لأغراض التسويق؛ و (3) الاستخدامات والأغراض التي تتضمن بيع المعلومات الصحية المحمية (PHI). يجوز لك إلغاء موافقتك التي منحتها إياها سابقًا. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحتها إياها بالفعل.

ما هي حقوق المعلومات الصحية الخاصة بك؟

لك الحق في:

- طلب وضع قيود على استخدامات معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وأغراض الإفصاح عنها [مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI)]

يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض تيسير تقديم العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع أسرنا أو أصدقائك أو غيرهم ممن تشتمل عليهم خطتك الصحية. ولكننا غير ملزمين بالموافقة على طلبك هذا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina Healthcare لتقديم طلبك.

- طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خلال الاتصالات السرية

يجوز لك أن تطلب من Molina Healthcare إطلاعك على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI). وستنابع الطلبات المعقولة، شرط أن نخبرنا كيف يمكن أن تعرّض مشاركة كل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو بعضها حياتك للخطر. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina Healthcare لتقديم طلبك.

- مراجعة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) والحصول على نسخة منها

يحق لك مراجعة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) التي لدينا والحصول على نسخة منها. وقد يشمل ذلك السجلات المستخدمة في تغطية الخدمات والمطالبات وغيرها من القرارات بوصفك أحد أعضاء Molina Healthcare. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina Healthcare لتقديم طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل نسخ هذه السجلات وإرسالها عن طريق البريد. وفي بعض الحالات، قد نرفض الطلب. ملاحظة مهمة: لا تتوفر لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. فإذا كنت ترغب في الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو إدخال أي تعديلات عليها، فيرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.

- تعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI)

يجوز لك أن تتقدم إلينا بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية (PHI). ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina Healthcare لتقديم طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

- تلقي كشف بعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) (تبادل معلوماتك الصحية المحمية [PHI]) يجوز لك أن تطلب منا الحصول على قائمة بالأطراف التي تبادلنا معها معلوماتك الصحية المحمية (PHI) خلال السنوات الستة السابقة على تاريخ تقديم هذا الطلب. على ألا تشمل هذه القائمة على عمليات مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) التالية:
 - مشاركة المعلومات بهدف تيسير العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛
 - مع الأشخاص بخصوص معلوماتهم الصحية المحمية (PHI)؛
 - عمليات المشاركة التي جرت بموجب الموافقة الممنوحة منك؛
 - وقائع الاستخدام والتبادل المسموح بها أو الإلزامية بموجب القوانين المعمول بها؛
 - المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي جرى الكشف عنها لمصلحة الأمن القومي أو للأغراض الاستخباراتية؛ أو
 - التبادلات التي جرت كجزء من مجموعة بيانات محدودة وفقاً للقانون المعمول به.

سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسوماً مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال مدة 12 شهراً. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina Healthcare لتقديم طلبك.

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. اتصل بخدمات الأعضاء في Molina Healthcare على رقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة عضوية (ID) Molina Healthcare، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من 8 a.m. إلى 8 p.m.، بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوقك لم تتم حمايتها؟

يحق لك التقدم بشكوى إلى شركة Molina Healthcare وإلى Department of Health and Human Services إذا كنت تعتقد بأن حقوق خصوصيتك قد جرى انتهاكها. ولا يجوز لنا أن نتخذ أي إجراء بحقك بسبب ما تقدمت به من شكاوى. ولن تتغير خدمات الرعاية والمزايا التي نقدمها لك بأي حال من الأحوال.

كما يحق لك التقدم بشكواك إلينا من خلال:

الاتصال على خدمات الأعضاء في Molina Healthcare على رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة عضوية Molina Healthcare، على مدى 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

كتابياً:

Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)

عناية: Medicare Appeals and Grievances

P.O. Box 22816

Long Beach, CA 90801

كما يجوز لك التقدم بشكواك إلى Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services على العنوان:

ما الواجبات الملقاة على عاتق Molina Healthcare؟

تتحمل Molina Healthcare مسؤولية ما يأتي:

- المحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- تزويدك بالمعلومات المكتوبة، ومنها ما يتعلق على سبيل المثال بواجباتنا وممارسات الخصوصية التي نتخذها بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- إخطارك في حالة وقوع أي انتهاك بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) غير المؤمنة؛
- عدم استخدام بياناتك الوراثية أو الكشف عنها لأي أغراض كتابية.
- الالتزام ببنود هذا الإشعار.

هذا الإشعار عرضة للتعديل

تحتفظ شركة **Molina Healthcare** بحقها في تعديل ممارستها المعلوماتية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. وإذا قمنا بذلك، فستكون الشروط والممارسات الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي بحوزتنا. وفي حال إجراء أي تغييرات جوهرية على هذا الإشعار، فستنشر **Molina Healthcare** الإشعار المعدل عبر موقعنا الإلكتروني، وسترسل هذا الإشعار المعدل أو المعلومات حول التغييرات الجوهرية تلك وكيفية الحصول على هذا الإشعار المعدل إلى أعضائنا الذين تشملهم تغطية شركة **Molina Healthcare**، وذلك خلال مراسلتنا البريدية السنوية المقبلة لأعضائنا.

معلومات الاتصال

لأسئلتك واستفساراتك، يرجى الاتصال على المكتب التالي:

هاتفياً:

اتصل بخدمات الأعضاء في **Molina Healthcare** على رقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة عضوية (ID) **Molina Healthcare ID** على مدار 7 أيام في الأسبوع، من 8 a.m. إلى 8 p.m.، بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو في شكل إصدار صوتي مجاناً. اتصل بخدمات الأعضاء في **Molina Healthcare** على رقم الهاتف المجاني الموجود على بطاقة عضوية (ID) **Molina Healthcare** على مدار 7 أيام في الأسبوع، من 8 a.m. إلى 8 p.m.، بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711. المكالمات مجانية.

القسم 1.4 يتعين علينا منحك معلومات حول الخطة وشبكة مقدمي الخدمات والخدمات التي يجري تغطيتها ضمن الخطة

باعتبارك عضواً في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، يحق لك الحصول على عدة أنواع من المعلومات منا.

إذا كنت ترغب في الحصول على أي من أنواع المعلومات التالية، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711):

- **معلومات حول الخطة.** ويتضمن ذلك، على سبيل المثال، معلومات حول الحالة المالية للخطة.
- **معلومات حول موفري الخدمات والصيدليات في شبكتنا.** لديك الحق في الحصول على معلومات حول مؤهلات مقدمي الخدمة والصيدليات في شبكتنا والتعرف على طريقة الدفع لمقدمي الخدمة في شبكتنا.
- **معلومات حول تغطيتك والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند استخدام التغطية.** ويقدم الفصلان 3 و4 معلومات تتعلق بالخدمات الطبية. ويوفر الفصلان 5 و6 معلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة في الجزء D.
- **معلومات حول سبب عدم تغطية أمر ما وما يمكنك فعله بشأن ذلك.** يوفر لك الفصل 9 معلومات حول طلب الحصول على تفسير كتابي لسبب عدم تغطية إحدى الخدمات الطبية أو الأدوية المدرجة في الجزء D أو في حال إذا ما كانت تغطيتك خاضعة لبعض القيود. يوفر الفصل 9 أيضاً معلومات حول مطالبتنا باتخاذ قرار مغاير لما سبق من القرارات، الذي يُسمى أيضاً بالاستئناف.

القسم 1.5 لديك الحق في معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات حول رعايتك الصحية

لديك الحق في معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات حول رعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية. يجب على مقدمي الخدمات شرح حالتك الطبية وخيارات العلاج بطريقة يمكنك فهمها.

كما يحق لك المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. لمساعدتك في اتخاذ القرارات مع أطباءك بشأن العلاج الأفضل لك، تتضمن حقوقك ما يلي:

- **معرفة جميع خياراتك.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بجميع خيارات العلاج الموصى بها لحالتك، بغض النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت مشمولة في خطتنا. ويتضمن أيضًا إخبارك بالبرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء على إدارة أديتهم واستخدام الأدوية بأمان.
- **التعرف على المخاطر.** يحق لك الاطلاع على المخاطر التي قد تتعرض لها أثناء الرعاية. كما يتعين إخبارك مقدمًا إذا كانت الخدمة أو طريقة العلاج أو العلاج جزء من تجربة بحثية. ويحق لك رفض المشاركة في التجارب العلاجية.
- **التعبير عن رفضك** يحق لك رفض أي علاج موصى به. ويشمل ذلك الحق ترك المستشفى أو أي منشأة طبية حتى إذا نصح الأطباء بغير ذلك. ويحق لك أيضًا التوقف عن تناول الدواء. وفي حال رفضك الدواء، فإنك تتحمل المسؤولية الكاملة عما تصل إليه حالتك بفعل هذا الأمر.

لديك الحق في إعطاء تعليمات حول ما يجب فعله إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ قرارات طبية بنفسك

- أحيانًا لا يكون لدى الأشخاص القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم بسبب الحوادث والأمراض. لديك الحق في التحدث بما تريد أن يحدث إذا كنت في هذا الموقف. وهذا يعني أنه إذا كنت ترغب في ذلك، يمكنك:
- ملء نموذج مكتوب لمنح شخص ما السلطة القانونية لاتخاذ القرارات الطبية نيابة عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- تقديم توجيهات مكتوبة إلى الأطباء حول كيفية التعامل بشأن الرعاية الطبية التي تتلقاها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات وحدك.
- يطلق على الوثائق القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهاتك مسبقًا في هذه المواقف باسم **التوجيهات المسبقة**. ومن بين الأمثلة المتعلقة بالتوجيهات المسبقة تأتي وصية شخص على قيد الحياة والتوكيل الرسمي للرعاية الصحية.

كيفية إعداد توجيه مسبق لإعطاء التوجيهات:

- **الحصول على نموذج.** يمكنك الحصول على نموذج التوجيه المسبق من محاميك أو أحد الأخصائيين الاجتماعيين أو من بعض متاجر اللوازم المكتبية. وفي بعض الأحيان يمكنك الحصول على نماذج التوجيه المسبق من المنظمات التي تقدم للأشخاص معلومات حول Medicare.
- ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب النماذج.
- تتوفر النماذج أيضًا من خلال رابط إلى Caring Connections عبر موقعنا الإلكتروني، بالإضافة إلى <http://www.caringinfo.org/planning/advance-directives/by-state/>
- **ملء النموذج وتوقيعه.** بغض النظر عن المكان الذي حصلت فيه على هذا النموذج، ضع في اعتبارك أنه مستند قانوني. لذا يجب عليك التفكير في الاستعانة بمحام لإعداده.
- **توزيع نسخ من النموذج على الأشخاص المناسبين.** يمكنك إعطاء نسخة من النموذج إلى طبيبك وإلى الشخص الذي تذكره في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابة عنك إذا لم تتمكن من ذلك. وقد ترغب في إعطاء نسخ للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. ويمكنك الاحتفاظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت على دراية مسبقة بدخولك إلى المستشفى ووقعت على التوجيه السابق، فأحضر نسخة معك إلى المستشفى.

- سوف يتم سؤالك في المستشفى عما إذا كنت قد وقعت على نموذج توجيه مسبق وإذا ما كان بحوزتك.
- أما إذا لم تكن قد وقعت على نموذج توجيه مسبق، فهناك نماذج متوفرة بالمستشفى وسيجري سؤالك عما إذا كنت تود التوقيع على النموذج أم لا.

ملء التوجيه المسبق هو أمر اختياري (بما في ذلك إذا ما كنت تريد التوقيع عليه حال وجودك بالمستشفى). وفقًا لأحكام القانون، لا يستطيع أحد أن يحرملك من الحصول على الرعاية اللازمة أو أن يمارس أيًا من أنواع التمييز ضدك بناءً على إذا ما كنت قد وقعت على توجيه مسبق أم لا.

ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك؟

إذا قمت بالتوقيع على توجيه مسبق، وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فلك الحق في تقديم شكوى: **بالنسبة للشكاوى المتعلقة بمقدمي خدمات الرعاية الصحية:**
بالنسبة للشكاوى المتعلقة بمرافق الرعاية الصحية والمستشفيات:

القسم 1.6 يحق لك التقدم بشكوى وطلب إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف أو شكاوى وتحتاج إلى طلب تغطية أو تقديم استئناف، فإن الفصل 9 من هذه الوثيقة يوضح لك ما يمكنك فعله. وبغض النظر عما قد أقدمت إليه—يمكنك طلب قرار تغطية، أو تقديم استئناف، أو تقديم شكوى—فنحن مطالبون بمعاملتك بشكل عادل.

القسم 1.7 اعتقادك بأنك تتلقى معاملة غير منصفة أو أن هناك نوعاً من عدم الاحترام فيما يتعلق بحقوقك

إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت لعدم الإنصاف أثناء المعاملة أو عدم احترام حقوقك بسبب عرقك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك أو صحتك أو إثنيتك أو عقيدتك (معتقداتك) أو عمرك أو أصلك القومي، فيجب عليك الاتصال على Department of Health and Human Services، **Office for Civil Rights** على الرقم 1-800-368-1019 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697) أو الاتصال على مكتب Civil Rights المحلي.

إذا كنت تعتقد أنك قد تعرضت لمعاملة غير منصفة أو عدم احترام حقوقك، وأن الأمر لا يتعلق بالتمييز، فيمكنك الحصول على المساعدة في التعامل مع المشكلة التي تواجهها من خلال هذه الجهات:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء في خطتنا على الرقم **(866) 314-2427** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**).
- الاتصال بمكتب SHIP المحلي في مقاطعة **Ventura: (805) 477-7310**
- الاتصال على **Medicare** على الرقم **(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على **1-877-486-2048**)

القسم 1.8 كيف يُمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات حول حقوقك من خلال هذه الجهات:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **(866) 314-2427** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**)
- الاتصال بمكتب SHIP المحلي في مقاطعة **Ventura: (805) 477-7310**
- الاتصال بـ **Medicare**
- تفضل بزيارة www.Medicare.gov لقراءة المنشور *Medicare Rights & Protections* (المتوفر عبر: Medicare Rights & Protections)
- اتصل على **(1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**)

القسم 2 مسؤولياتك كعضو في الخطة

الأشياء التي يتعين عليك القيام بها كعضو في الخطة مذكورة أدناه. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **(866) 314-2427** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**) إذا كان لديك أي أسئلة.

- تعرّف على الخدمات المغطاة والقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على هذه الخدمات المغطاة. استخدم دليل التغطية هذا للتعرف على ما يتم تغطيته لك والقواعد التي يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات المغطاة.
 - يقدم الفصلان 3 و 4 تفاصيل حول خدماتك الطبية.
 - ويوفر الفصلان 5 و 6 معلومات حول تغطية أدوية الجزء D.

- إذا كنت تتمتع بأي تغطية صحية أخرى أو تغطية للأدوية بالإضافة إلى خطتنا، فيجب عليك إطلاعنا على الأمر. يخبرك الفصل 1 عن تنسيق هذه الفوائد.
- أخبر الطبيب ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة عضوية خطتك وبطاقة Medicaid كلما حصلت على الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D.
- ساعد أطباءك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين على مساعدتك من خلال توفير المعلومات اللازمة لهم وطرح الأسئلة عليهم والمتابعة أثناء رعايتك.
 - للمساعدة في الحصول على أفضل رعاية، أخبر أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين عن مشاكلك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها مع الأطباء.
 - تأكد من إمام أطباؤك بجميع الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - إذا كانت لديك أي أسئلة، فتأكد من طرحها والحصول على إجابة يمكنك فهمها.
- كن متفهمًا للأمور. نحن نتوقع من جميع الأعضاء احترام حقوق غيرهم من المرضى. ونتوقع منك أيضًا أن تتصرف بطريقة تساعد على حسن سير العمل في عيادة طبيبك والمستشفيات والعيادات الأخرى.
- دفع المبالغ المستحقة عليك. بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك مسؤول عن سداد ما يلي من مدفوعات:
 - يجب عليك دفع أقساط الخطة.
 - يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare الخاصة بك لتظل عضوًا في الخطة.
 - نظرًا لكون معظم الخدمات الطبية أو الأدوية التي تحصل عليها مشمولة بالخطة، فيجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الخدمة أو الدواء.
- إذا انتقلت إلى مكان آخر داخل نطاق منطقة خدمة الخطة، فإننا بحاجة إلى معرفة ذلك حتى نتمكن من تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- إذا انتقلت خارج منطقة خدمة خطتنا، فلا يمكنك الاستمرار كعضو في خطتنا.
- إذا انتقلت إلى مكان آخر، فيجب عليك إبلاغ الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية).

الفصل 9:

إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)

القسم 1 الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف

يوضح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشكلات والمخاوف. هذا وتعتمد آلية التعامل مع مشكلتك على 2 من الأمور:

1. ما إذا كانت المشكلة تتعلق بالمزايا التي يغطيها برنامج **Medicare** أو **Medicaid**. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة بشأن تحديد إذا ما كنت ستستعين بعملية **Medicare** أو **Medicaid** أو كلاهما، فيمكنك الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (ولمستخدمي TTY يرجى الاتصال على 711).

2. نوع المشكلة التي تواجهها:

- بالنسبة لبعض المشكلات، يجب عليك اتباع العملية فيما يخص قرارات التغطية والاستئناف.
- بالنسبة لبعض المشكلات الأخرى، تحتاج إلى اللجوء إلى عملية تقديم الشكاوى؛ (التي تسمى تظلمات).

تمت الموافقة على كلا النوعين من العمليات من قبل برنامج Medicare. ولكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا وعليك اتباعها.

ستساعدك المعلومات الواردة في هذا الفصل على تحديد العملية المناسبة التي يجب الاستعانة بها وما يتعين عليك فعله.

القسم 1.1 المصطلحات القانونية

يتضمن هذا الفصل مصطلحات قانونية لبعض القواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية. العديد من هذه المصطلحات غير مألوفة لمعظم الأشخاص وقد يصعب فهمها. ولتسهيل الأمور، يتم شرحها خلال هذا الفصل:

ومع ذلك، من الضروري في بعض الأحيان معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة. لمساعدتك في معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها للحصول على المساعدة أو المعلومات المناسبة لك، فإننا نقوم بتضمين المصطلحات القانونية عند تقديم تفاصيل حول التعامل مع مواقف محددة.

القسم 2 مصادر الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة المخصصة

نحن هنا لمساعدتك. حتى لو كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك، فنحن ملزمون باحترام حقك في الشكوى. ينبغي لك دائمًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للحصول على المساعدة. ولكنك قد ترغب خلال بعض المواقف في الحصول على المساعدة أو التوجيه من قبل طرف خارجي ليس على اتصال بنا. هناك اثنان من الهيئات يمكنهما تقديم المساعدة:

برنامج State Health Insurance Assistance (SHIP).

تحتل كل ولاية ببرنامج حكومي مع مستشارين مدربين. لا يرتبط البرنامج بنا أو بأي شركة تأمين أخرى أو خطة صحية. يمكن للمستشارين في هذا البرنامج مساعدتك على فهم العملية التي يجب عليك استخدامها للتعامل مع المشكلة التي تواجهها. يمكنهم أيضًا الرد على أسئلتك وتزويدك بمزيد من المعلومات وتقديم توجيهات حول ما يجب القيام به.

إن خدمات مستشاري SHIP مجانية في حال اللجوء إليها.

Medicare

يمكنك أيضًا الاتصال بـ Medicare للحصول على المساعدة.

- الاتصال على 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك زيارة www.Medicare.gov.

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج **Medicaid**

California Department of Health Care Services (California's Medicaid Program) – معلومات الاتصال		الطريقة
اتصل على (916) 449-5000	لا ينطبق	الاتصال على
711	يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
Medi-Cal Managed Care P.O. Box 997413, MS 4401 Sacramento, CA 95899-7413		المراسلة عبر البريد
/https://www.dhcs.ca.gov/		الموقع الإلكتروني
Medi - Cal Managed Care Office of the Ombudsman (California's Ombudsman Program) – معلومات الاتصال		الطريقة
(888) 452-8609	لا ينطبق	اتصل على
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بتوقيت المحيط الهادئ، باستثناء أيام الإجازات	يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم
لا ينطبق		المراسلة عبر البريد
https://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx		الموقع الإلكتروني
California Department of Aging, Long-Term Care Ombudsman Program (LTCOP) – معلومات الاتصال		الطريقة
(800) 231-4024	لا ينطبق	اتصل على
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بتوقيت المحيط الهادئ، باستثناء أيام الإجازات		المراسلة عبر البريد
California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833		
http://www.aging.ca.gov/ProgramsProviders/LTCOP/		الموقع الإلكتروني

California's Quality Improvement Organization – Livanta - معلومات الاتصال	الطريقة
<p>(877) 588-1123</p> <p>من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 صباحًا إلى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي، في العطلات الأسبوعية وأيام الإجازات: من الساعة 10 a.m. إلى 4 p.m. بالتوقيت المحلي وتتوفر خدمة البريد الصوتي على مدى 24 ساعة</p>	<p>اتصل على</p>
<p>اتصل بالرقم 711 887-6668 (855)</p> <p>يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.</p>	<p>بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم</p>
<p>BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450</p>	<p>المراسلة عبر البريد</p>
<p>https://www.livantaqio.cms.gov/</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

القسم 3 ما العملية التي تستخدمها للمساعدة في حل مشكلتك

نظرًا لكونك عضوًا في برنامج Medicare وتلقى المساعدة من جانب Medicaid، يتاح لك العديد من العمليات المختلفة التي يمكنك الاستعانة بها للتعامل مع مشكلتك أو شكواك. وتعتمد العملية التي تستعين بها على إذا ما كانت المشكلة تتعلق بمزايا Medicare أو مزايا Medicaid. إذا كانت مشكلتك تتعلق بميزة مشمولة من جانب Medicare، فيمكنك الاستعانة بعملية Medicare. إذا كانت مشكلتك تتعلق بميزة مشمولة من جانب Medicaid، فيمكنك الاستعانة بعملية Medicaid. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة بشأن تحديد إذا ما كنت ستستعين بعملية Medicare أو Medicaid أو كلاهما، فيمكنك الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم (866) 314-2427 (ولمستخدمي TTY يرجى الاتصال على (711).

يتم وصف عملية Medicare وعملية Medicaid في أجزاء مختلفة من هذا الفصل. ولمعرفة الجزء الذي يجب عليك مطالعته، استخدم المخطط أدناه.

هل مشكلتك تتعلق بمزايا Medicare أم مزايا Medicaid؟

تتعلق مشكلتي بمزايا Medicare.

انتقل إلى، القسم 4، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare.

تتعلق مشكلتي بتغطية Medicaid.

انتقل إلى القسم 12، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid.

القسم 4 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟

يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (العناصر الطبية والخدمات و/أو أدوية الجزء B) مشمولة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشاكل المتعلقة بالدفع مقابل الرعاية الطبية.

نعم.

راجع القسم 5، دليل قرارات التغطية والاستئنافات.

لا.

راجع القسم 11 كيف يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية، أو أوقات الانتظار، أو خدمة العملاء، أو المخاوف الأخرى.

قرارات التغطية والاستئنافات

القسم 5 دليل قرارات التغطية والاستئنافات

تتعامل قرارات التغطية والاستئنافات مع المشكلات المتعلقة بمزاياك وتغطيتك الخاصة بالرعاية الطبية (الخدمات والعناصر وأدوية الجزء B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير عمومًا إلى العناصر والخدمات الطبية والأدوية الموصوفة بموجب الجزء B على أنها رعاية طبية. هذا وتستخدم عملية قرار التغطية والاستئنافات للمشكلات المتعلقة بعدة أمور مثل معرفة إذا ما كان هناك شيئًا ما خاضعًا للتغطية أم لا فضلًا عن الطريقة التي يتم بها تغطية شيء ما.

طلب الحصول على قرارات التغطية قبل حصولك على الخدمات

إذا كنت تريد معرفة إذا ما كنا سنغطي إحدى خدمات الرعاية الطبية قبل الحصول عليها، فيمكنك أن تطلب منا إصدار قرار تغطية لك. قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية التي تحصل عليها أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية التي تحصل عليها. على سبيل المثال، إذا قام طبيب تابع للشبكة بإحالتك إلى أخصائي طبي غير تابع للشبكة، فإن هذه الإحالة تعتبر قرار تغطية مفضل ما لم يتمكن الطبيب التابع للشبكة من إثبات أنك تلقيت إشعار رفض قياسي لهذا الأخصائي الطبي، أو أن ينص دليل التغطية على أن الخدمة المشار إليها لا يتم تغطيتها أبدًا تحت أي ظرف من الظروف. ويمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب الحصول على قرار بالتغطية إذا لم يكن طبيبك على يقين بشأن إذا ما كنا سنغطي خدمة طبية معينة أو نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. وفي ظل ظروف محدودة، قد يتم رفض طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية، مما يعني عدم مراجعة طلبك. تتضمن الأمثلة على حالات رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكنه غير مخول قانونًا للقيام بذلك، أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلبك بالحصول على قرار التغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب إجراء مراجعة لقرار الرفض.

ونتخذ قرار التغطية متى قررنا ما هو مشمول بالتغطية والمبلغ الذي ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير مغطاة أو أنها لم تعد مغطاة. وفي حال عدم موافقتك على هذا القرار، يمكنك تقديم استئناف.

تقديم استئناف

إذا اتخذنا قرار تغطية، سواء قبل الحصول على المزايا أو خلال الفترة التي تليها، ولم تكن راضيًا، فيمكنك تقديم استئناف بشأن القرار. ويمثل تقديم طلب الاستئناف إحدى الطرق الرسمية لطلب إجراء مراجعة وتغيير قرار التغطية الذي تم اتخاذه. وفي ظل ظروف معينة، التي سنناقشها لاحقًا، يمكنك طلب تقديم استئناف عاجل لقرار التغطية. يتم التعامل مع الاستئناف من قبل مراجعين مختلفين عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأول.

عند تقديمك استئنافًا للمرة الأولى، فإنه يُطلق عليه استئناف ضمن المستوى 1. وعند تقديمك هذا الاستئناف، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد طبّقنا جميع القواعد بشكل صحيح. عند استكمالنا المراجعة، نصدر لك القرار النهائي.

وفي ظل ظروف محدودة، قد يتم رفض طلب الاستئناف ضمن المستوى 1، مما يعني عدم مراجعة طلبك. تتضمن أمثلة الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما يلي: إذا كان الطلب غير مكتمل، أو عند تقديم شخص ما للطلب نيابة عنك إلا أنه كان غير مخول قانونًا للقيام بذلك، أو عند سحبك الطلب. إذا رفضنا طلب الاستئناف ضمن المستوى 1، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب إجراء مراجعة لقرار الرفض.

- عند رفضنا استئنافك ضمن المستوى 1 للرعاية الطبية بشكل كلي أو جزئي، فسيتنقل هذا الاستئناف تلقائيًا إلى الاستئنافات ضمن المستوى 2 حيث يخضع للمراجعة من قبل هيئة مراجعة مستقلة لا ترتبط بعلاقة معنا.
- لا يتعين عليك القيام بأي أمر لبدء إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2. وتتطلب قواعد Medicare أن نرسل استئنافك الذي يتعلق بالرعاية الطبية إلى المستوى 2 تلقائيًا إذا لم نوافق على استئنافك ضمن المستوى 1.
- راجع **القسم 6.4** للتعرف على المزيد من المعلومات حول الاستئنافات الخاصة بالرعاية الطبية ضمن المستوى 2.
- ترد مناقشة استئنافات الجزء D بمزيد من التفصيل خلال القسم 7.
- إذا لم تكن راضيًا عن قرار الاستئناف ضمن المستوى 2، فقد تتمكن من الاستمرار عبر مزيد من المستويات الإضافية للاستئناف (يوضح هذا الفصل عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5).

القسم 5.1 كيفية الحصول على المساعدة عند طلب الحصول على قرار تغطية أو تقديم استئناف

فيما يلي الموارد إذا قررت طلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف القرار:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427-866 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711)
- **احصل على مساعدة مجانية** من برنامج State Health Insurance Assistance Program.
- **الطبيب** إذا ساعدك طبيبك في طلبات الاستئناف بعد المستوى 2، فسيلازم تعيينه كمثل لك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب الحصول على نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضًا)
- بالنسبة للرعاية الطبية، يمكن لطبيبك أن يطلب الحصول على قرار تغطية أو تقديم استئناف ضمن المستوى 1 نيابةً عنك، وسيتم إرساله تلقائيًا إلى المستوى 2.
- بالنسبة لأدوية الجزء D، يمكن لطبيبك أو أي طبيب آخر أن يطالب بالحصول على قرار تغطية أو استئناف ضمن المستوى 1 نيابةً عنك. وعند رفض استئنافك ضمن المستوى 1، فإنه يمكن لطبيبك أو الطبيب الآخر أن يطلب تقديم استئناف ضمن المستوى 2.
- **يمكنك مطالبة شخص ما بالتصرف نيابةً عنك.** يُمكنك تحديد شخص آخر للقيام بتمثيلك فيما يخص طلب قرارات التغطية أو تقديم الاستئناف.
- إذا كنت ترغب أن يكون أحد الأصدقاء أو الأقارب أو أي شخص آخر ممثلًا لك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427-866 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) واطلب الحصول على نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضًا عبر www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو من خلال موقعنا الإلكتروني Centralhealthplan.com). يمنح هذا النموذج الشخص الإذن بالتصرف نيابةً عنك. ويجب أن يتم توقيعه بواسطة الشخص الذي ترغب في يتصرف نيابةً عنك. ويجب عليك إرسال نسخة من النموذج الموقع عليه إلينا.
- يمكننا قبول طلب الاستئناف من ممثلك بدون النموذج، إلا أننا لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. إذا لم تتمكن من الحصول على النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن استئنافك، فسيتم رفض طلب الاستئناف. وعند حدوث ذلك، فسنرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بإجراء مراجعة لقرارنا الخاص برفض استئنافك.
- **لديك أيضًا الحق في تعيين محامٍ.** يمكنك الاتصال بمحاميك أو الحصول على اسم محامٍ من رابطة المحامين المحلية أو غير ذلك من خدمات الإحالة. ومع ذلك، توفر بعض المجموعات القانونية لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك. ومع ذلك، **لست ملزمًا بتعيين محامٍ** لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو الاستئناف على القرار.

القسم 5.2 القواعد والمواعيد النهائية للحالات المختلفة

هناك 4 حالات مختلفة تتضمن قرارات التغطية وطلبات الاستئناف. لكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة، ونوفر التفاصيل لكل قسم من هذه الأقسام:

- **القسم 6** الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 7:** أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 8:** كيفية طلب تغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت ترى أن مغادرتك للمستشفى تأتي خلال وقت مبكر.

• **القسم 9:** كيفية مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية المحددة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك تنتهي مبكرًا جدًا (ينطبق هذا الأمر على الخدمات التالية فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق الرعاية الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين [CORF])

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب عليك الاستعانة به، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة أو المعلومات من الهيئات الحكومية مثل برنامج State Health Insurance Assistance Program.

القسم 6 الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف

القسم 6.1 ما يجب عليك فعله حال مواجهة مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو حال رغبتك استرداد حصتنا من تكلفة رعايتك

يتم وصف مزايا الرعاية الطبية في الفصل 4 في مخطط المزايا الطبية. في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب الحصول على أدوية الجزء B. وعند حدوث ذلك، فإننا نوضح كيفية اختلاف قواعد أدوية الجزء B عن قواعد المستلزمات والخدمات الطبية.

يعرض هذا القسم الخطوات الواجب اتباعها في أي من المواقف الـ 5 التالية:

1. إذا كنت لا تحصل على الرعاية الطبية التي تريدها بينما تعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **طلب قرار تغطية القسم 6.2:**
2. عدم موافقة خطتنا على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر أن يقدمها لك، وكنت تعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **طلب قرار تغطية القسم 6.2:**
3. إذا تلقيت رعاية طبية تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها، لكننا أفدنا بأننا لن ندفع مقابل هذه الرعاية. **تقديم استئناف. القسم 6.3:**
4. إذا حصلت على رعاية طبية ودفعت تكاليفها وكنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها، وتريد أن تطلب من خطتنا تعويضك عن هذه الرعاية. **أرسل الفاتورة إلينا. القسم 6.5:**
5. عند إخبارك بتخفيض أو إيقاف تغطية بعض أنواع الرعاية الطبية التي تتلقاها التي كنا قد وافقنا عليها سابقًا، وكنت تعتقد أن تخفيض هذه الرعاية أو إيقافها قد يضر بصحتك. **تقديم استئناف. القسم 6.3:**

ملاحظة: إذا كانت التغطية التي سيتم إيقافها تتعلق بالرعاية في المستشفيات أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرافق الرعاية الماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فيمكنك مراجعة القسمين 8 و9. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2 كيفية مطالبتنا بالحصول على قرار تغطية

المصطلحات القانونية

يسمى قرار التغطية الذي ينطوي على الرعاية الطبية، حكم المنظمة.

يُطلق على قرار التغطية السريع اسم الحكم المعجل.

الخطوة 1: قرر إذا ما كنت بحاجة إلى قرار تغطية قياسي أو قرار تغطية عاجل.

يتم اتخاذ قرار التغطية القياسي عادةً في غضون 7 أيام تقويمية عندما يخضع العنصر أو الخدمة الطبية لقواعد الموافقة المسبقة لدينا، أو 14 يومًا تقويميًا لجميع العناصر والخدمات الأخرى، أو 72 ساعة بالنسبة لأدوية الجزء B. وعادةً ما يتم اتخاذ قرار التغطية العاجل في غضون 72 ساعة بالنسبة للخدمات الطبية، أو 24 ساعة بالنسبة لأدوية الجزء (B). لا يمكنك الحصول على قرار تغطية عاجل/إلا إذا كان اتّباع المواعيد النهائية القياسية قد يلحق ضررًا جسيمًا بصحتك أو قد يضر بقدرتك على العمل.

- إذا أخبرنا طبيبك بأن صحتك تتطلب قرار تغطية عاجل، فإننا سنوافق على منحك قرار تغطية عاجل بشكل تلقائي.
- إذا طلبت الحصول على قرار تغطية عاجل بنفسك، دون دعم طبيبك، فسنقرر حينها إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منحك قرار تغطية عاجل.

إذا لم نوافق على قرار التغطية العاجل، فسنرسل إليك خطابًا يتضمن ما يلي:

- توضيح أننا سنتبع المواعيد النهائية القياسية.
- يوضح أنه إذا ما طلب طبيبك قرار تغطية عاجل، فسنمنحك قرار تغطية عاجل بشكل تلقائي.
- يوضح أنك يمكنك تقديم شكوى عاجلة للطعن في قرار انا بإصدار قرار التغطية القياسي بدلاً من قرار التغطية العاجل الذي طلبته.

الخطوة 2: مطالبة خطتنا باتخاذ قرار تغطية أو قرار تغطية سريع.

- ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها كتابيًا أو عبر الفاكس لتقديم طلبك إلينا للموافقة على تغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو توفيرها لك. يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك القيام بذلك. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

الخطوة 3: نحن نأخذ في الاعتبار طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية ونقدم لك إجابتنا.

بالنسبة لقرارات التغطية القياسية، نستخدم المواعيد النهائية القياسية.

وهذا يعني أنك ستتلقى الرد على الطلب في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ تسلم طلبك الحصول على خدمة أو عنصر طبي يخضع لقواعد الحصول على موافقة مسبقة. إذا كان العنصر أو الخدمة الطبية المطلوبة لا تخضع لقواعد الموافقة المسبقة، فسندعم لك الرد في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي الطلب. وإذا كان طلبك يتعلق بأحد أدوية الجزء B، فسندرد عليك في غضون 72 ساعة من استلام الطلب.

- ومع ذلك، عند طلب إتاحة المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية. وإذا كنا بحاجة إلى أيام إضافية لإصدار القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا إذا كان الأمر يتعلق بدواء ضمن الجزء B.
 - إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى عاجلة. وسندعم لك الرد على شكواك بمجرد اتخاذ القرار. (تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية اتخاذ قرارات التغطية والاستئناف. راجع القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.)
- بالنسبة لقرارات التغطية العاجلة، يكون لدينا إطارًا زمنيًا سريعًا.

يعني قرار التغطية السريع أننا سنرد خلال 72 ساعة إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية. إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء B، فسندرد عليك في غضون 24 ساعة.

- ومع ذلك، عند طلب إتاحة المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. وإذا كنا بحاجة إلى أيام إضافية لإصدار القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا إذا كان الأمر يتعلق بدواء ضمن الجزء B.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى عاجلة. (راجع القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.) وسنتصل بك حالما نتخذ القرار.
- إذا جاء ردنا برفض الطلب جزئيًا أو كليًا، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب الرفض.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية، فيمكنك الاستئناف.

في حال جاء الرد بالرفض، فيحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم استئناف. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على تغطية الرعاية الطبية التي تريدها. إذا قدمت استئنافًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئناف.

القسم 6.3 كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 1

المصطلحات القانونية

يُطلق على الاستئناف المقدم إلى خطتنا بشأن قرار تغطية الرعاية الطبية إعادة النظر.

يُطلق على الاستئناف العاجل كذلك اسم إعادة النظر العاجلة.

الخطوة 1: قرر إذا ما كنت بحاجة إلى استئناف قياسي أو استئناف عاجل.

يتم تقديم الاستئناف القياسي عادةً في غضون 30 يومًا تقويميًا أو 7 أيام تقويمية فيما يتعلق بأدوية الجزء (B). عادةً ما يتم تقديم الاستئناف العاجل في غضون 72 ساعة.

- إذا كنت تستأنف على قرار كنا قد اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فستحتاج أنت و/أو طبيبك إلى تحديد إذا ما كنت بحاجة إلى تقديم استئناف عاجل. إذا أخبرنا الطبيب الذي نتعامل معه بأن صحتك تتطلب تقديم الاستئناف العاجل، فسنوافق على طلبك بتقديمه.
- تتماثل متطلبات الحصول على "استئناف عاجل" مع تلك المتطلبات الخاصة بالحصول على "قرار تغطية عاجل" في القسم 6.2 من هذا الفصل.

الخطوة 2: طلب تقديم استئناف أو استئناف عاجل

- إذا كنت تطلب استئنافًا قياسيًا، فيمكنك تقديم الاستئناف القياسي كتابيًا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- إذا كنت تطلب استئنافًا عاجلاً، فيمكنك تقديم استئناف كتابي أو الاتصال بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويميًا من تاريخ الإشعار الكتابي المرسل لإخطارك بالرد على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فيمكنك شرح سبب تأخر تقديم الاستئناف. قد نمحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. وقد يكون هذا السبب الوجيه مرضًا خطيرًا منعك من الاتصال بنا أو عند تقديمنا معلومات غير صحيحة لك أو غير كاملة حول الموعد النهائي لتقديم طلب الاستئناف.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. كما يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.

الخطوة 3: سوف ننظر في استئنافك ونطلعك على الرد.

- عند إجراء مراجعة للاستئناف، سوف نلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات. ونقوم بالمراجعة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ قرار برفض طلبك.
- سنجمع المزيد من المعلومات إذا لزم الأمر، وقد نتواصل معك أو مع طبيبك.

المواعيد النهائية للاستئناف العاجل

- بالنسبة للاستئنافات العاجلة، يتعين علينا الرد خلال 72 ساعة من تلقّي الاستئناف. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
 - إذا أردت إتاحة المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية. وإذا كنا بحاجة إلى أيام إضافية لإصدار القرار، فسنبخبرك بذلك كتابيًا. ولا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بأحد أدوية الجزء B.
 - إذا لم تتلق ردًا من جانبنا في غضون 72 ساعة (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة إذا كنا قد استغرقنا أيامًا إضافية)، فنحن ملزمون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف بشكل تلقائي، حيث سيتخضع إلى المراجعة من قبل هيئة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- في حال موافقتنا جزئيًا أو كليًا على طلبك، فسيتم علينا الموافقة على منحك التغطية أو توفيرها لك خلال 72 ساعة من تاريخ استلامنا للاستئناف.
- إذا جاء الرد من جانبنا برفض الطلب جزئيًا أو كليًا، فسنرسل لك القرار كتابيًا مع إعادة توجيه استئنافك إلى هيئة المراجعة المستقلة بشكل تلقائي ليُدرج تحت الاستئناف ضمن المستوى 2. ستخطر منظمة المراجعة المستقلة كتابيًا عند تلقي استئنافك.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة للاستئنافات القياسية، يتعين علينا الرد خلال 30 يومًا تقويميًا من تلقّي الاستئناف. إذا كان الطلب يتعلق بأحد أدوية الجزء B ولم تكن قد حصلت عليه بعد، فسنوافيك بالرد في غضون 7 أيام تقويمية من تلقّي الاستئناف. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب السرعة.
 - ومع ذلك، عند طلب إتاحة المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية. وإذا كنا بحاجة إلى أيام إضافية لإصدار القرار، فسنبخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا إذا كان الأمر يتعلق بدواء ضمن الجزء B.

- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا أن نستغرق أيًا إضافيًا، فيمكنك تقديم شكوى عاجلة. عند تقديم شكوى سريعة، سيصلك رد منا على شكواك خلال 24 ساعة. (راجع القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.)
 - إذا لم نخطرك بالرد بحلول الموعد النهائي (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فسنرسل طلبك إلى الاستئناف ضمن المستوى 2 حيث ستقوم هيئة مراجعة مستقلة بإجراء مراجعة لطلب الاستئناف. يشرح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
 - إذا جاء ردنا بالموافقة على طلبك بشكل كلي أو جزئي، فيجب علينا الموافقة على التغطية أو توفيرها في غضون 30 يومًا تقويميًا إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية، أو في غضون 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك يتعلق بأحد أدوية الجزء B.
- إذا رفضنا الاستئناف جزئيًا أو كليًا، فإننا نحيل الاستئناف الذي تقدّمه إلى هيئة المراجعة المستقلة للمضي قدمًا في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2.

القسم 6.4 عملية الاستئناف ضمن المستوى 2

المصطلح القانوني

يشار إلى منظمة المراجعة المستقلة بالاسم الرسمي كيان المراجعة المستقلة. يطلق عليه أحيانًا اسم IRE.

هيئة المراجعة المستقلة هي هيئة مستقلة تم تعيينها من قبل برنامج Medicare. لا ترتبط هذه المنظمة بعلاقة بنا، كما أنها ليست وكالة حكومية. وتقرر هذه المنظمة إذا ما كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم يجب تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها.

الخطوة 1: تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعة الاستئناف المقدم.

- سنرسل المعلومات المتعلقة باستئنافك إلى هذه المنظمة. وتسمى هذه المعلومات ملف حالتك. ولديك الحق في مطالبتنا بالحصول على نسخة من ملف حالتك.
 - لديك الحق في تقديم معلومات إضافية لمنظمة المراجعة المستقلة بغرض دعم استئنافك.
 - يلقي المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كافة المعلومات المتعلقة بالاستئناف.
- إذا لجأت إلى الاستئناف العاجل ضمن المستوى 1، فسيتاح لك أيضًا التقدم باستئناف عاجل ضمن المستوى 2.
- بالنسبة للاستئناف العاجل، يجب أن تقدم لك هيئة المراجعة ردًا على استئنافك ضمن المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تلقي طلب الاستئناف.
 - إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية وتحتاج منظمة المراجعة المستقلة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تكون في صالحك، فقد يستغرق الأمر 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. ولا يجوز لهيئة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار إذا كان الطلب يتعلق بأحد أدوية الجزء B.
- إذا لجأت إلى الاستئناف القياسي ضمن المستوى 1، فسيتاح لك أيضًا التقدم باستئناف قياسي ضمن المستوى 2.
- فيما يتعلق بالاستئناف القياسي، إذا كان الطلب يتعلق بإحدى الخدمات أو العناصر الطبية، فيجب أن توافقك منظمة المراجعة المستقلة بالرد على الاستئناف ضمن المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي طلب الاستئناف.
 - إذا كان الطلب يتعلق بأحد أدوية الجزء B، فيجب أن توافقك هيئة المراجعة المستقلة بالرد على الاستئناف ضمن المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي طلب الاستئناف.

الخطوة 2: إطلاعك على رد منظمة المراجعة المستقلة.

ستطلعك منظمة المراجعة المستقلة بقرارها كتابيًا مع توضيح أسباب هذا القرار.

- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على طلب للحصول على أحد العناصر أو الخدمات الطبية بشكل كلي أو جزئي، فيجب علينا الموافقة على تغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو توفير الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات القياسية. بالنسبة للطلبات العاجلة لدينا 72 ساعة من تاريخ حصولنا على القرار من منظمة المراجعة المستقلة.

- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على طلب الحصول على أحد أدوية الجزء B كلياً أو جزئياً، فيجب علينا الموافقة على هذا الدواء أو توفيره في غضون 72 ساعة عقب ورود قرار هيئة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات القياسية. بالنسبة للطلبات العاجلة لدينا 24 ساعة من تاريخ حصولنا على القرار من منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة الاستئناف المقدم جزئياً أو كلياً، فهذا يعني أنها توافق خطتنا الرأي على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) للحصول على تغطية للرعاية الطبية. (ويطلق على هذا الأمر تأييد القرار أو رفض استئنافك.) في هذه الحالة، سترسل لك منظمة المراجعة المستقلة خطاباً:
 - تشرح فيه أبعاد القرار.
 - تُخبرك بحقك في الاستئناف ضمن المستوى 3 إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الرعاية الطبية التي تطلبها تلي حدًا أدنى معينًا. كما سيوضح الإشعار الكتابي الذي تتلقاه من منظمة المراجعة المستقلة قيمة المبلغ الدولاري التي يجب استيفاؤها لمواصلة عملية الاستئناف.
 - إطلاعك على كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 3.

الخطوة 3: إذا كانت حالتك تلبى المتطلبات، فاختر إذا ما كنت تريد متابعة استئنافك.

- هناك 3 مستويات إضافية تتعلق بعملية الاستئناف بعد المستوى 2 (حيث يبلغ إجمالي مستويات الاستئناف 5 مستويات). إذا أردت الانتقال إلى الاستئناف ضمن المستوى 3، فيمكنك التعرف على التفاصيل بشأن كيفية القيام بذلك من خلال الإشعار الكتابي الذي تتلقاه عقب استئنافك ضمن المستوى 2.
- يتم التعامل مع الاستئناف من المستوى 3 من قبل قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري. يوضح القسم 10 عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5.

القسم 6.5 مطالبتنا بأن ندفع لك حصتنا من فاتورة الرعاية الطبية التي تلقيتها

إن طلب السداد يعني طلب قرار التغطية منا.

- إذا كنت تطلبنا بأن نرد إليك ما دفعته، فإنك بذلك تطلب الحصول على قرار التغطية. ولكي نتخذ مثل هذا القرار، سوف نتحقق أولاً لمعرفة إذا ما كانت الرعاية الطبية التي دفعت تكلفتها مغطاة أم لا. سوف نتحقق أيضاً لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام التغطية الخاصة بك للرعاية الطبية.
- إذا كانت الرعاية الطبية مشمولة بالتغطية وامتثلت لجميع القواعد، فسنرسل إليك مدفوعات حصتنا من التكلفة في غضون 30 يوماً تقويمياً بشكل عام، ولكن ليس بعد 60 يوماً تقويمياً من تلقي طلبك. إذا لم تكن دفعت مقابل الحصول على الرعاية الطبية بعد، فسنرسل المدفوعات إلى مقدم الخدمات مباشرةً.
- **في حال رفضنا لطلبك:** إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير مشمول بالتغطية، أو أنك لم تتبع جميع القواعد، فلن ترسل لك أي مدفوعات. وبدلاً من ذلك، سنرسل إليك خطاباً نطلعك من خلاله على أننا لن ندفع مقابل الحصول على الرعاية الطبية مع بيان أسباب ذلك.
- في حال عدم موافقتك على قرارنا برفض طلبك، يمكنك تقديم استئناف. وفي حال تقديمك للاستئناف، فهذا يعني أنك تطلب منا تغيير قرار التغطية الذي اتخذناه عند رفضنا طلب الدفع الخاص بك.
- لتقديم هذا الاستئناف، اتبع عملية الاستئنافات في القسم 6.3. بالنسبة للاستئنافات المتعلقة بالسداد، يرجى ملاحظة ما يلي:

- يتعين علينا أن نوافيك بالإجابة خلال 60 يوماً من تاريخ استلام الاستئناف. عند مطالبتنا برد تكاليف الرعاية الطبية التي تلقيتها ودفعت تكلفتها بالفعل، فلا يجوز لك تقديم طلب استئناف عاجل.
- إذا قررت هيئة المراجعة المستقلة أنه يتعين علينا الدفع، فيجب علينا إرسال المبلغ المطلوب إليك أو إلى موفر الخدمة في غضون 30 يوماً تقويمياً. وإذا جاء الرد بالموافقة على الاستئناف في أي مرحلة من مراحل الاستئناف بعد المستوى 2، فيتعين علينا حينها سداد القيمة المطلوبة لك أو لمقدم الخدمة خلال 60 يوماً.

القسم 7

أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف

القسم 7.1

يطلعك هذا القسم على ما يمكنك فعله حال مواجهة مشكلات في الحصول على الأدوية الواردة بالجزء (D) أو كنت ترغب في استرداد قيمة أحد الأدوية الواردة بالجزء (D)

تشمل المزايا الخاصة بك تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. ولكي تتم تغطيتك، يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. (راجع القسم 5 للتعرف على المزيد من المعلومات حول دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.) للحصول على تفاصيل حول أدوية الجزء D والقواعد والقيود والتكاليف، يرجى مراجعة الفصلين 5 و6. يتناول هذا القسم أدوية الجزء D الخاصة بك فقط. لتبسيط الأمور، نستخدم عادةً لفظ الدواء في بقية هذا القسم بدلاً من تكرار عبارة الأدوية الموصوفة المغطاة للمرضى الخارجيين أو أدوية الجزء D في كل مرة. نستخدم أيضاً مصطلح قائمة الأدوية بدلاً من قائمة الأدوية المغطاة أو كتيب الوصفات.

- إذا لم تكن على دراية بشأن إذا ما كان الدواء مشمولاً بالتغطية أو إذا كنت تستوفي القواعد، فيمكنك سؤالنا عن ذلك. تتطلب بعض الأدوية أن تحصل على موافقة منا قبل أن نقوم بتغطيتها.
- إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكنك صرف الأدوية الموصوفة كما هي مكتوبة، فستحصل على إشعار كتابي من الصيدلية يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب إصدار قرار التغطية.

القرارات والاستئنافات المتعلقة بتغطية الجزء (D)

المصطلحات القانونية

يُطلق على قرار التغطية الأولية المتعلق بأدوية Part D اسم **حكم التغطية**.

يعد قرار التغطية بمثابة قرار مبدئي نتخذه بشأن المزايا والتغطية أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل الأدوية. يوضح هذا القسم الخطوات الواجب اتباعها في أي من المواقف التالية:

- **مطالبتنا بتغطية أدوية الجزء D غير المدرجة في قائمة الأدوية المغطاة بالخطأ. المطالبة بالحصول على استثناء. القسم 7.2**
- **المطالبة برفع أي من القيود المطبقة على تغطية الخطة بشأن أي من الأدوية (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها) المطالبة بالحصول على استثناء. القسم 7.2**
- **طلب دفع مبلغ تقاسم تكاليف أقل مقابل دواء مغطى في مستوى تقاسم تكاليف أعلى طلب استثناء. القسم 7.2**
- **طلب الحصول على موافقة مسبقة بشأن أي من الأدوية. طلب قرار تغطية القسم 7.4**
- **دفع ثمن دواء موصوف طبيًا كنت قد اشتريته بالفعل. المطالبة برد النفقات إليك القسم 7.4**

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، فيمكنك تقديم استئناف للطعن في قرارنا.

ويوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكذلك كيفية تقديم الاستئناف.

القسم 7.2 طلب الحصول على استثناء

المصطلحات القانونية:

يُطلق على طلب تغطية دواء غير موجود في قائمة الأدوية اسم **استثناء الوصفة الطبية**.

يُطلق على طلب إلغاء قيد مفروض على تغطية دواء اسم **استثناء الوصفة الطبية**.

يُطلق على طلب دفع سعر أقل مقابل دواء غير مفضل مشمول بالتغطية اسم **استثناء المستوى**.

إذا لم تتم تغطية الدواء بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها، فيمكنك أن تطلب منا الحصول على استثناء. (ويعد ذلك نوعاً من أنواع قرارات التغطية). وعند طلب استثناء، يحتاج طبيبك أو من وصف لك الدواء إلى توضيح الأسباب الطبية وراء الحاجة إلى الاستثناء. إليك 3 أمثلة للاستثناءات التي يمكنك أنت أو الطبيب أو غيركما ممن يصف الدواء مطالبتنا بتطبيقها:

1. **تغطية أدوية الجزء D غير المدرجة في قائمة الأدوية.** عند موافقتنا على تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، فستحتاج إلى دفع مبلغ تقاسم التكاليف الذي ينطبق على الفئة 4 - الأدوية غير المفضلة. لا يمكنك أن تطلب منا الحصول على استثناء بشأن مبلغ تقاسم التكاليف الذي يتعين عليك دفعه مقابل ذلك الدواء.
2. **رفع القيد المفروض على الدواء المشمول بالتغطية.** ثمة بعض القواعد والقيود الإضافية السارية على أدوية بعينها من قائمة الأدوية الخاصة بنا (لمزيد من المعلومات، راجع القسم 5). إذا وافقتنا على تقديم استثناء والتنازل عن أحد القيود، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ تقاسم التكاليف الذي نطلب منك دفعه مقابل الحصول على الدواء.
3. **تغيير تغطية الدواء بنقله إلى فئة مشاركة التكلفة.** يندرج كل دواء في قائمة الأدوية ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكلفة. وبشكل عام، كلما انخفض رقم فئة مشاركة التكلفة، كلما انخفض المبلغ الذي تدفعه كحصة من تكلفة الدواء.
 - إذا كانت قائمة الأدوية لدينا تحتوي على دواء (أدوية) بديل المخصص لعلاج حالتك الطبية في مستوى تقاسم تكاليف أقل من مستوى الدواء الذي تحصل عليه، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بناءً على مبلغ تقاسم تكلفة الدواء (الأدوية) البديلة.
 - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطية تكلفة دوائك بمبلغ تقاسم التكاليف الذي ينطبق على أدنى مستوى يحتوي على بدائل تحمل علامة تجارية لعلاج حالتك.
 - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً عاماً، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ تقاسم التكاليف الذي ينطبق على أدنى مستوى يحتوي على بدائل ذات علامة تجارية أو عامة لعلاج حالتك.
 - لا يمكنك مطالبتنا بتغيير فئة مشاركة التكلفة لأي دواء في الفئة 5 للأدوية المتخصصة.
 - إذا وافقتنا على طلبك بتطبيق الاستثناء على المستويات وكان هناك أكثر من مستوى من مستويات تقاسم التكاليف المنخفضة يتضمن أدوية بديلة لا يمكنك الحصول عليها، فإنك تدفع عادةً المبلغ الأقل.

القسم 7.3 أمور هامة يجب معرفتها بشأن طلب الحصول على الاستثناءات

يتعين على الطبيب أو غيره ممن يصف لك الدواء إخبارنا بالأسباب الطبية.

يجب أن يقدم لنا الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء بياناً يوضح الأسباب الطبية الداعية إلى طلب تطبيق الاستثناء. ولإصدار القرار بصورة أسرع، ضمّن المعلومات الطبية التي تحصل عليها من الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء في الطلب الذي تقدّمه الخاص بالاستثناء.

غالباً ما تحتوي قائمة الأدوية على أكثر من دواء مخصص لعلاج حالة طبية معينة. ويُطلق على هذه الخيارات المختلفة اسم الأدوية البديلة. فإذا كان مفعول الدواء البديل مماثلاً للدواء الذي تطلبه، ولم يكن له أي آثار جانبية أو أي مشكلات صحية أخرى، فلن نوافق في العموم على طلب الاستثناء. إذا طلبت منا الحصول على استثناء للفئات، فإننا لن نوافق على طلب الاستثناء ما لم تكن جميع الأدوية البديلة في فئة (فئات) مشاركة تكلفة الأقل ليست ذات فعالية بالنسبة لك أو من المحتمل أن تسبب آثاراً جانبية أو ضرراً آخر.

إجازة الرد على الطلب بالموافقة أو الرفض

- عند موافقتنا على طلبك بشأن الاستثناء، فإن هذه الموافقة عادةً ما تكون سارية حتى نهاية سنة الخطة. هذا صحيح طالما استمر طبيبك في وصف الدواء لك وتبين أن هذا الدواء آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- في حال رفضنا للطلب، يمكنك طلب إجراء مراجعة أخرى من خلال تقديم استئناف.

القسم 7.4 كيفية المطالبة بإصدار قرار التغطية شاملاً تطبيق الاستثناء

المصطلحات القانونية

يُطلق على "قرار التغطية العاجل" اسم "حكم التغطية العاجل".

الخطوة 1: قرر إذا ما كنت بحاجة إلى قرار تغطية قياسي أو قرار تغطية عاجل.

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)

يتم اتخاذ قرارات التغطية القياسية خلال 72 ساعة من تلقينا بيان الطبيب. يتم اتخاذ قرارات التغطية العاجلة خلال 24 ساعة من تلقينا بيان الطبيب. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، فاطلب منا الحصول على قرار تغطية عاجل. وللحصول على قرار تغطية عاجل، يجب استيفاء عدد 2 من المتطلبات:

- يجب أن تطلب دواءً لم تستطع الحصول عليه بعد. (لا يمكنك طلب قرار تغطية عاجل لاسترداد ثمن دواء كنت قد اشتريته بالفعل).
- إذا كان اتباع المواعيد النهائية القياسية قد يلحق ضرراً جسيماً بصحتك أو قد يضر بقدرتك على العمل.
- إذا أخبرنا طبيبك أو أي شخص معني آخر بأن حالتك الصحية تتطلب قرار تغطية عاجل، فإننا سنوافق على منحك قرار تغطية عاجل بشكل تلقائي.
- إذا طلبت الحصول على قرار تغطية عاجل بنفسك، دون دعم من طبيبك أو أي شخص آخر معني بوصف الدواء، فسنقرر إذا ما كانت حالتك الصحية تتطلب منحك قرار تغطية عاجل أم لا. إذا لم نوافق على قرار التغطية العاجل، فسنرسل إليك خطاباً يتضمن ما يلي:
 - توضيح أننا سنتبع المواعيد النهائية القياسية.
 - توضيح إذا ما طلب الطبيب أو غيره ممن يصفون الدواء الحصول على قرار تغطية عاجل، فإننا سنوافق على الطلب ونصدر لك القرار.
 - توضيح أنك يمكنك تقديم شكوى سريعة للطعن في قرارنا بإصدار قرار التغطية القياسي بدلاً من قرار التغطية العاجل الذي طلبته. سوف نقوم بالرد على شكواك خلال 24 ساعة من استلامها.

الخطوة 2: طلب الحصول على قرار تغطية قياسي أو قرار تغطية عاجل.

- ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها كتابياً أو عبر الفاكس لتقديم طلبك إلينا للموافقة على تغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو توفيرها لك. يمكنك أيضاً الوصول إلى عملية اتخاذ قرار التغطية من خلال موقعنا الإلكتروني. يتعين علينا قبول جميع الطلبات الكتابية بما في ذلك الطلب المقدم من خلال نموذج طلب إعادة النظر في التغطية من جانب CMS المتوفر عبر الموقع الإلكتروني centralhealthplan.com. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال. لمساعدتنا في معالجة طلبك، قم بتضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات التي توضح المطالبة المرفوضة التي يتم الاستئناف عليها.

ويمكنك أنت أو طبيبك (أو الشخص الآخر المعني بوصف الدواء) أو ممثلك القيام بذلك. كما يمكن إبابة أحد المحامين للتصرف نيابة عنك. يوضح القسم 4 من هذا الفصل كيف يمكنك منح إذن كتابي لشخص آخر للعمل كممثل لك.

- إذا كنت تطلب الحصول على استثناء، فيمكنك تقديم البيان الداعم، الذي يتضمن الأسباب الطبية للاستثناء. وبوسع طبيبك أو من وصف لك الدواء إرسال هذه البيانات الداعمة عبر البريد أو الفاكس. أو يمكن لطبيبك أو لمن وصف لك الدواء إخبارنا عبر الهاتف، ومن ثم إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد.

الخطوة 3: النظر في طلبك وإطلاعك على الرد.**المواعيد النهائية لقرار التغطية العاجل**

- يجب علينا بشكل عام موافاتك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقي الطلب.
 - وبالنسبة للاستثناءات، فسوف نوافيك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. وسوف نوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
 - إذا لم نتمكن من الوفاء بهذا الموعد النهائي، فيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 ضمن عملية الاستئناف، حيث سيخضع للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء الرد من جانبنا بالموافقة على الطلب جزئياً أو كلياً، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 24 ساعة من استلامنا لطلبك أو للبيان الداعم لطلبك من قبل الطبيب.
- إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك بياناً كتابياً يوضح سبب رفض الطلب. كما سنطلعك أيضاً على خطوات تقديم الاستئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه بعد

- يجب علينا بشكل عام موافاتك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي الطلب.
 - وبالنسبة للاستثناءات، فسوف نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. وسوف نوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.

- إذا لم تتمكن من الوفاء بهذا الموعد النهائي، فيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 ضمن عملية الاستئناف، حيث سيخضع للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء الرد من جانبنا بالموافقة على الطلب جزئياً أو كلياً، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا لطلبك أو للبيان الداعم لطلبك من قبل الطبيب.
- إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك بياناً كتابياً يوضح سبب رفض الطلب. كما سنطلعك أيضاً على خطوات تقديم الاستئناف.

المواعيد النهائية الخاصة بقرار التغطية القياسي بشأن استرداد نفقات دواء اشتريته بالفعل

- يجب علينا الرد عليك في غضون 14 يوماً تقويمياً من تلقي طلبك.
- إذا لم تتمكن من الوفاء بهذا الموعد النهائي، فيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 ضمن عملية الاستئناف، حيث سيخضع للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء الرد بالموافقة على طلبك بشكل كلي أو جزئي، فيتعين علينا أيضاً إجراء الدفع لك خلال 14 يوماً تقويمياً من استلام طلبك.
- إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك بياناً كتابياً يوضح سبب رفض الطلب. كما سنطلعك أيضاً على خطوات تقديم الاستئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلب التغطية، فيمكنك تقديم استئناف.

- في حال جاء الرد بالرفض، فيحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم استئناف. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على تغطية الأدوية التي تريدها. إذا قدمت استئنافاً، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئناف.

القسم 7.5 كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 1

المصطلحات القانونية

يُطلق على الاستئناف الذي تنطوي عليه خطتنا بشأن قرار تغطية أحد أدوية الجزء D اسم "إعادة النظر" المتعلقة بالخطوة. يُطلق على الاستئناف العاجل كذلك اسم "إعادة النظر العاجلة".

الخطوة 1: قرر إذا ما كنت بحاجة إلى استئناف قياسي أو استئناف عاجل.

عادةً ما يتم تقديم الاستئناف القياسي في غضون 7 أيام تقويمية. عادةً ما يتم تقديم الاستئناف العاجل في غضون 72 ساعة. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، فيمكنك تقديم استئناف عاجل.

- إذا كنت تستأنف على قرار كنا قد اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليها بعد، فستحتاج أنت وطبيبك أو الشخص الآخر المعني بوصف الدواء إلى تحديد إذا ما كنت بحاجة إلى تقديم استئناف عاجل.
- تتماثل متطلبات الحصول على "استئناف عاجل" مع تلك المتطلبات الخاصة بالحصول على "قرار تغطية عاجل" في القسم 7.4 من هذا الفصل.

الخطوة 2: يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء الاتصال بنا لتقديم استئناف ضمن المستوى 1. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب الحصول على رد سريع، فيجب عليك طلب استئناف عاجل.

- بالنسبة للاستئنافات القياسية، قم بإرسال طلب مكتوب. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- بالنسبة لطلبات الاستئناف العاجلة، يمكنك إرسال الاستئناف في شكل كتابي أو الاتصال على الرقم 2427-314 (866). يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- يتعين علينا قبول جميع الطلبات الكتابية، بما في ذلك الطلب المقدم من خلال نموذج طلب تحديد التغطية من CMS، المتوفر عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare. تأكد من تضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لمساعدتنا في معالجة طلبك.

- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويميًا من تاريخ الإشعار الكتابي المرسل لإخطارك بالرد على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فيمكنك شرح سبب تأخر تقديم الاستئناف. قد نمحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. وقد يكون هذا السبب الوجيه مرضًا خطيرًا منعك من الاتصال بنا أو عند تقديمنا معلومات غير صحيحة لك أو غير كاملة حول الموعد النهائي لتقديم طلب الاستئناف.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات الواردة في استئنافك وإضافة المزيد من المعلومات. كما يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.

الخطوة 3: سوف ننظر في استئنافك ونطلعك على الرد.

- عند إجراء مراجعة للاستئناف، سوف نلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية. ونقوم بالمراجعة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ قرار برفض طلبك.
- وقد نلجأ إلى الاتصال بك أو بطبيبك أو بمن وصف لك الدواء للمزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للاستئناف العاجل

- بالنسبة للاستئنافات العاجلة، يتعين علينا الرد خلال 72 ساعة من تلقّي الاستئناف. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
 - عند عدم موافاتك بالرد في غضون 72 ساعة، فنحن ملزمون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث سيخضع إلى المراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.
 - إذا جاء الرد من جانبنا بالموافقة على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا لاستئنافك.
 - إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كليًا أو جزئيًا، فنسرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب رفض الطلب كما سنطلعك أيضًا على خطوات تقديم الاستئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه بعد

- بالنسبة للاستئنافات القياسية، يتعين علينا الرد خلال 7 يومًا تقويميًا من تلقّي الاستئناف. سنصدر لك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تتطلب الحصول عليه.
 - في حال عدم صدور قرار لك في غضون 7 أيام تقويمية، فيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث سيخضع للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.
 - إذا جاء الرد بالموافقة على طلبك بشكل كلي أو جزئي، فيجب علينا توفير التغطية في أسرع وقت ممكن وفقًا لما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية من تلقي طلب الاستئناف.
 - إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كليًا أو جزئيًا، فنسرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب رفض الطلب كما سنطلعك أيضًا على خطوات تقديم الاستئناف.
 - يجب علينا الرد عليك في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلبك.
 - إذا لم تتمكن من الوفاء بهذا الموعد النهائي، فيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 ضمن عملية الاستئناف، حيث سيخضع للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
 - إذا جاء الرد بالموافقة على طلبك بشكل كلي أو جزئي، فيتعين علينا أيضًا إجراء الدفع لك خلال 30 يومًا تقويميًا من استلام طلبك.
 - إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كليًا أو جزئيًا، فنسرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب رفض الطلب. كما سنطلعك أيضًا على خطوات تقديم الاستئناف.

الخطوة 4: في حال رفض الاستئناف المقدم، فإنك تقرر إذا ما كنت تريد الاستمرار في عملية الاستئناف وتقديم استئناف آخر.

- إذا قررت تقديم استئناف آخر، فهذا يعني أن استئنافك سينتقل إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف.

القسم 7.6

كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 2

المصطلحات القانونية

يشار إلى منظمة المراجعة المستقلة بالاسم الرسمي كيان المراجعة المستقلة. يطلق عليه أحياناً اسم IRE.

منظمة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة تم تعيينها من قبل برنامج Medicare. لا ترتبط هذه المنظمة بعلاقة بنا، كما أنها ليست وكالة حكومية. وتقرر هذه المنظمة إذا ما كان القرار الذي اتخذناه صحيحاً أم يجب تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها.

الخطوة 1: يجب عليك (أو ممثلك أو طبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء) الاتصال بمنظمة المراجعة المستقلة وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا استئنافك ضمن المستوى 1، فإن الإشعار الكتابي الذي نرسله إليك سينتضمن توجيهات بشأن كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. وستوضح لك هذه التعليمات من يمكنه تقديم استئناف ضمن المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها فضلاً عن كيفية الوصول إلى منظمة المراجعة المستقلة.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يوماً تقويمياً من تاريخ الإشعار الكتابي.
- ومع ذلك، في حال عدم اكتمال مراجعتنا ضمن الإطار الزمني المعمول به، أو اتخاذنا قراراً غير مواتٍ بشأن تحديد المخاطر بموجب برنامج إدارة الأدوية لدينا، فسنرسل طلبك إلى هيئة المراجعة المستقلة تلقائياً.
- سنرسل المعلومات المتعلقة بطلبك إلى منظمة المراجعة المستقلة. وتسمى هذه المعلومات ملف حالتك. ولديك الحق في مطالبتنا بالحصول على نسخة من ملف حالتك.
- لديك الحق في تقديم معلومات إضافية لمنظمة المراجعة المستقلة بغرض دعم استئنافك.

الخطوة 2: تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعة الاستئناف المقدم.

يلقي المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كافة المعلومات المتعلقة بالاستئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف العاجل

- إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب من منظمة المراجعة المستقلة الحصول على استئناف عاجل.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على إدراج طلبك ضمن الاستئنافات العاجلة، فيتعين عليها موافاتك بالرد على استئنافك المقدم ضمن المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تسلّم الطلب.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة للاستئنافات القياسية، يجب أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد على استئنافك ضمن المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية بعد استلام طلبك إذا كان الاستئناف يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد. إذا كنت تطلب منا سداد ثمن دواء كنت قد اشتريته بالفعل، فيجب أن تقدم لك منظمة المراجعة المستقلة رداً على استئنافك ضمن المستوى 2 في غضون 14 يوماً تقويمياً من استلام طلبك.

الخطوة 3: إطلاعك على رد منظمة المراجعة المستقلة.

بالنسبة للاستئنافات العاجلة:

- إذا جاء الرد بموافقة منظمة المراجعة المستقلة على طلبك بشكل كلي أو جزئي، فيجب علينا توفير تغطية الدواء الذي وافقت عليه منظمة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة عقب موافاتنا بالقرار من منظمة المراجعة المستقلة.

بالنسبة للاستئنافات القياسية:

- إذا جاء الرد بموافقة منظمة المراجعة المستقلة على طلب التغطية بشكل كلي أو جزئي، فيتعين علينا توفير تغطية الدواء التي وافقت عليها منظمة المراجعة المستقلة في غضون 72 ساعة من استلام قرار منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا جاء الرد بموافقة منظمة المراجعة المستقلة على طلب تعويضك بشكل كلي أو جزئي مقابل دواء كنت قد اشتريته بالفعل، فيتعين علينا إرسال المدفوعات إليك في غضون 30 يوماً تقويمياً من استلام القرار من منظمة المراجعة المستقلة.

ماذا لو رفضت منظمة المراجعة المستقلة طلب الاستئناف؟

إذا رفضت المنظمة الاستئناف المقدم جزئيًا أو كليًا، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بشأن رأيها في عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (ويطلق على هذا الأمر تأييد القرار. ويسمى أيضًا رفض الاستئناف). في هذه الحالة، سترسل لك منظمة المراجعة المستقلة خطابًا:

- تشرح فيه أبعاد القرار.
- تُخبرك بحقك في الاستئناف ضمن المستوى 3 إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الدواء التي تطلبها تلي حدًا أدنى معينًا. إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر وسيكون القرار في المستوى 2 نهائيًا.
- إخبارك بالقيمة الدولارية التي يجب أن تكون محل نزاع لمواصلة عملية الاستئناف.

الخطوة 4: إذا كانت حالتك تلي المتطلبات، فاختر إذا ما كنت تريد متابعة استئنافك.

- هناك 3 مستويات إضافية تتعلق بعملية الاستئناف بعد المستوى 2 (حيث يبلغ إجمالي مستويات الاستئناف 5 مستويات).
- إذا كنت تريد الانتقال إلى استئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في إشعار كتابي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتم التعامل مع الاستئناف من المستوى 3 من قبل قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري. يوضح القسم 10 عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيفية مطالبتنا بتغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت تعتقد أنك غادرت المستشفى مبكرًا

عند دخولك إحدى المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها التي تكون ضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك. وخلال فترة إقامتك بالمستشفى، سيعمل طبيبك وفريق العمل في المستشفى معك على تحضيرك لليوم الذي ستغادر فيه المستشفى. كما يمكنهم مساعدتك في الحصول على الرعاية التي قد تحتاجها عقب الخروج.

- يُطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى تاريخ الخروج.
- عندما يتم تحديد موعد خروجك، سيخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى.
- إذا اعتقدت أنك ستخرج من المستشفى في وقت مبكر، يمكنك طلب البقاء في المستشفى لمدة أطول وسيتم النظر في طلبك.

القسم 8.1 أثناء إقامتك في المستشفى، سنتلقى إشعارًا كتابيًا من Medicare يُطلعك على حقوقك

في غضون 2 من الأيام من دخولك المستشفى، سنتلقى إشعارًا كتابيًا يسمى رسالة هامة من Medicare بشأن حقوقك. يحصل كل شخص لديه برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار. إذا لم تحصل على الإشعار من شخص ما في المستشفى (على سبيل المثال، أخصائي الحالة أو الممرضة)، فيمكنك طلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).

1. اقرأ هذا الإخطار بعناية واطرح الأسئلة عن الأمور غير الواضحة. ويُطلعك هذا على:

- حقك في الحصول على الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare أثناء وبعد إقامتك في المستشفى، وفقًا لطلب طبيبك. حقك في التعرف على هذه الخدمات، ومن سيدفع مقابلها، ومتى يمكنك الحصول عليها.
- حقك في المشاركة في أي قرارات تتعلق بإقامتك في المستشفى.
- حقك في معرفة جهات الإبلاغ عن أي من المشكلات التي تواجهك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
- حقك في طلب إجراء مراجعة فورية لقرار خروجك إذا كنت تعتقد أنك على وشك الخروج من المستشفى. هذه طريقة رسمية وقانونية لطلب تأخير تاريخ خروجك حتى تتمكن من تغطية رعايتك في المستشفى لفترة أطول.

2. سيطلب منك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك قد استلمته ووعيت ما يحتويه.

- يمكنك أنت أو الشخص الذي يتصرف بالنيابة عنك التوقيع على الإشعار.
- لا يثبت التوقيع على الإشعار إلا حصولك على المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يتضمن الإشعار تاريخ خروجك. التوقيع على الإشعار لا يعني موافقتك على تاريخ الخروج.

3. احتفظ بنسخة من الإشعار حتى تتوفر لديك المعلومات حول كيفية تقديم استئناف (أو الإبلاغ عن مخاوف بشأن جودة الرعاية) إذا كنت بحاجة إليها.

- إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من 2 من الأيام من تاريخ خروجك، فستتلقى نسخة أخرى قبل الموعد المحدد للخروج.
- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإشعار مسبقاً، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو (1-800-633-4227) أو (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك أيضاً الحصول على الإشعار عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

القسم 8.2 كيفية التقدم باستئناف ضمن المستوى 1 بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

لمطالبتنا بتغطية خدمات المستشفى الداخلية لفترة أطول، استخدم عملية الاستئناف لتقديم هذا الطلب. وقبل أن تبدأ في ذلك، عليك أن تدرك ما ينبغي لك القيام به بالإضافة إلى المواعيد النهائية المحددة.

• اتبع خطوات العملية

• التزم بالمواعيد النهائية

- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك.** إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (866) 314-2427 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). أو اتصل على State Health Insurance Assistance Program (SHIP) للحصول على المساعدة.

Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging Ventura County

(805) 477-7310. تتوفر معلومات الاتصال ببرنامج SHIP في الفصل 2، القسم 3.

أثناء الاستئناف ضمن المستوى 1، تقوم هيئة تحسين الجودة بمراجعة الاستئناف الخاص بك. فهو يتحقق لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المخطط له مناسباً طبيًا لك. تضم هيئة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية ممن يتقاضون أجوراً من الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشمولين بتغطية Medicare والمساعدة في تحسينها. يتضمن ذلك مراجعة مواعيد الخروج من المستشفى للأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare. لا يعد هؤلاء الخبراء جزءاً من خطتنا.

الخطوة 1: اتصل بهيئة تحسين الجودة في ولايتك واطلب إجراء مراجعة فورية لخروجك من المستشفى. يجب عليك التصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه الهيئة؟

- سوف يطلعك الإشعار الكتابي الذي تلقينته (رسالة هامة من Medicare بشأن حقوقك) على كيفية التواصل مع الهيئة. أو يمكنك البحث عن اسم هيئة تحسين الجودة وعنوانها ورقم الهاتف المخصص لها في ولايتك من خلال الفصل 2.

تصرف سريعاً:

- يجب عليك الاتصال بهيئة تحسين الجودة حال رغبتك بتقديم استئناف وذلك قبل مغادرتك للمستشفى وفي موعد لا يتجاوز منتصف ليل يوم خروجك.
- إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فقد يُسمح لك بالبقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج دون أي تكلفة عليك أثناء انتظارك الحصول على القرار من هيئة تحسين الجودة.
- إذا لم يكن باستطاعتك الالتزام بهذا الموعد النهائي، فيمكنك الاتصال بنا. إذا قررت المكوث بالمستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، فقد يتعين عليك دفع تكاليف خدمات الرعاية التي تلقاها بالمستشفى بعد مرور ذلك التاريخ.
- بمجرد طلبك إجراء مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، سنتصل بنا هيئة تحسين الجودة. وبحلول ظهر اليوم التالي للاتصال بنا، سنقدم لك إشعار الخروج المفصل. يوضح هذا الإشعار تاريخ الخروج المخطط له كما يفصل الأسباب التي جعلتنا نعتقد بالتوازي مع طبيبك والمستشفى بأنه من المناسب (المناسب طبيًا) خروجك في ذلك التاريخ.
- يمكنك الحصول على نسخة من إشعار الخروج المفصل من خلال الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو (1-800-633-4227) أو (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الحصول على نسخة من الإشعار عبر الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

الخطوة 2: تجري هيئة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

- سيسألك أخصائيو الرعاية الصحية في هيئة تحسين الجودة (المراجعون) (أو ممثلك) عن سبب اعتقادك بأن تغطية الخدمات يجب أن تستمر. واعلم أنك لست مضطراً إلى تجهيز أي معلومات كتابية، ولكن يمكنك فعل ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- سينظر المراجعون في معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى الطبيب، ويراجعون المعلومات التي تلقوها من المستشفى ومن خطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لإبلاغ المراجعين لنا باستئنافك، سنتلقى أيضاً إشعاراً كتابياً يوضح تاريخ خروجك المخطط له. يوضح الخطاب أسباب اعتقاد طبيبك والمستشفى وكذلك اعتقادنا في صحة تاريخ خروجك من المستشفى.

الخطوة 3: ستقدم لك هيئة تحسين الجودة الرد على استئنافك في غضون يوم كامل عقب حصولها على جميع المعلومات المطلوبة.**ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالموافقة؟**

- إذا جاء الرد من جانب الهيئة بالموافقة، فيتعين علينا الاستمرار في تقديم خدمات المستشفى الداخلية المغطاة طالما كانت هذه الخدمات ضرورية طبيًا.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المدفوعات المشتركة، إذا كانت تنطبق). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود مفروضة على خدمات المستشفى المغطاة.

ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالرفض؟

- إذا جاء الرد من جانب منظمة المراجعة المستقلة بالرفض، فهذا يعني موافقتها على تاريخ الخروج المقرر لك وأنه مناسب من الناحية الطبية. وفي هذه الحالة، ستنتهي تغطيتنا للخدمات الاستشفائية المقدمة لك ظهر اليوم التالي بعد رد منظمة تحسين الجودة عليك.
- إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة برفض استئنافك وقررت البقاء في المستشفى، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لرعاية المستشفى التي تتلقاها بعد الظهر في اليوم التالي لإجابة هيئة تحسين الجودة على استئنافك.

الخطوة 4: إذا جاء الرد على استئنافك ضمن المستوى 1 بالرفض، فأنت من تقرر إذا ما كنت تريد تقديم استئناف آخر.

- إذا جاء رد هيئة تحسين الجودة برفض استئنافك، وقررت البقاء في المستشفى عقب تاريخ الخروج المخطط له، فيمكنك تقديم استئناف آخر. إن تقديم استئناف آخر يعني أنك بصدد الانتقال إلى المستوى 2 من عمليات الاستئناف.

القسم 8.3 كيفية التقدم باستئناف ضمن المستوى 2 بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

أثناء النظر في الاستئناف ضمن المستوى 2، سوف تطلب من هيئة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار بشأن طلب الاستئناف الأول. إذا لم توافق هيئة تحسين الجودة على استئنافك في المستوى 2، يتعين عليك سداد جميع التكاليف نظير بقائك بعد تاريخ الخروج المقرر لك.

الخطوة 1: الاتصال بهيئة تحسين الجودة مرة أخرى وطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويمياً من اليوم الذي أبدت فيه هيئة تحسين الجودة رأيها برفض استئنافك المقدم ضمن المستوى 1. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حال استمرار إقامتك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء التغطية التي تحصل عليها بشأن الرعاية.

الخطوة 2: إجراء هيئة تحسين الجودة مراجعة ثانية لحالتك.

- يُلقى المراجعون في هيئة تحسين الجودة نظرة أخرى بعناية على كافة المعلومات المتعلقة باستئنافك.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويمياً من استلام طلبك للاستئناف من المستوى 2، سيتخذ المراجعون قراراً بشأن الاستئناف الخاص بك ويخبرونك بقرارهم.

في حال موافقة منظمة المراجعة المستقلة:

- يجب علينا تعويضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض منظمة تحسين الجودة لاستئنافك الأول. كما يتعين علينا مواصلة تغطية رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.
- يتعين عليك الالتزام بسداد نصيبك من التكاليف، كما تستمر قيود التغطية في السريان.

في حال رفض منظمة المراجعة المستقلة:

- هذا يعني موافقتهم على قرارهم الصادر بشأن الاستئناف من المستوى 1 ولا نية لتغييره.
- وبيّن الخطاب المرسل إليك ماذا يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف.

الخطوة 4: إذا جاء الرد بالرفض، فستحتاج إلى تحديد إذا ما كنت تريد متابعة استئنافك بالانتقال إلى المستوى 3.

- هناك 3 مستويات إضافية تتعلق بعملية الاستئناف بعد المستوى 2 (حيث يبلغ إجمالي مستويات الاستئناف 5 مستويات). إذا كنت تريد الانتقال إلى استئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في إشعار كتابي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتم التعامل مع الاستئناف من المستوى 3 من قبل قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري. يوضح لك القسم 10 في هذا الفصل المزيد من المعلومات حول عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5.

القسم 9 كيف يمكنك مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك تنتهي خلال وقت قريب للغاية

عند حصولك على خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية الماهرة، أو رعاية إعادة التأهيل (مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين) المغطاة، يحق لك الاستمرار في الحصول على خدماتك لهذا النوع من الرعاية طالما كانت الرعاية مطلوبة لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. عندما نقرر أن الوقت قد حان للتوقف عن تغطية أي من أنواع الرعاية الـ 3 لك، فيتعين علينا إخبارك مسبقاً. وعند انتهاء تغطيتنا للرعاية التي تتلقاها، نتوقف عن تحمل حصتنا من تكاليف هذه الرعاية.

إذا كنت ترى أننا نتوقف عن توفير تغطية الرعاية في وقت سابق لأوانه، فيمكنك تقديم استئناف على قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب الاستئناف.

القسم 9.1 سنطالعك مسبقاً على موعد انتهاء تغطيتك

المصطلح القانوني:

إشعار بعدم التغطية من قبل Medicare. يمكنك التعرف على كيفية تقديم طلب استئناف عاجل. يعد طلب الاستئناف العاجل طريقة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار التغطية الخاص بنا بشأن موعد إيقاف رعايتك.

1. سنلقى إشعاراً كتابياً قبل يومين على الأقل من إيقاف خطتنا لتغطية الرعاية التي تحصل عليها. وسيوضح لك الخطاب ما يأتي:
 - التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية لك.
 - كيفية طلب إجراء استئناف عاجل لطلب الاستمرار في تغطية رعايتك لفترة أطول من الوقت.
2. سيطلب منك أو من أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار الكتابي للإقرار بأنك قد تسلمته. لا يثبت التوقيع على الإشعار إلا حصولك على المعلومات المتعلقة بموعد إيقاف تغطيتك. لا يعني التوقيع على الإخطار موافقتك على قرار الخطة بشأن توقف الحصول على الرعاية.

القسم 9.2 كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 1 لمطالبتنا بتغطية رعايتك لفترة أطول

إذا كنت ترغب في مطالبتنا بتغطية رعايتك لفترة أطول من الوقت، فستحتاج إلى استخدام عملية الاستئناف لتقديم هذا الطلب. وقبل أن تبدأ في ذلك، عليك أن تدرك ما ينبغي لك القيام به بالإضافة إلى المواعيد النهائية المحددة.

• اتبع خطوات العملية

• التزم بالمواعيد النهائية

• اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (866)

314-2427 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). أو اتصل على State Health Insurance

Assistance Program (SHIP) للحصول على المساعدة.

:Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging Ventura County

(805) 477-7310. تتوفر معلومات الاتصال ببرنامج SHIP في الفصل 2، القسم 3.

أثناء الاستئناف ضمن المستوى 1، تقوم هيئة تحسين الجودة بمراجعة الاستئناف الخاص بك. هي من يقرر إذا ما كان تاريخ انتهاء رعايتك مناسبًا من الناحية الطبية. تضم هيئة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية ممن يتقاضون أجورًا من الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشمولين بتغطية Medicare والمساعدة في تحسينها. يتضمن ذلك مراجعة قرارات الخطة بشأن الوقت المناسب للتوقف عن تغطية أنواع معينة من الرعاية الطبية. لا يعد هؤلاء الخبراء جزءًا من خطتنا.

الخطوة 1: قدم استئنافك ضمن المستوى 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة واطلب الحصول على استئناف عاجل. يجب عليك التصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه الهيئة؟

• سوف يطلعك الإشعار الكتابي الذي تلقيته (إشعار بعدم التغطية من قبل Medicare) على كيفية التواصل مع الهيئة. (أو يمكنك البحث عن اسم هيئة تحسين الجودة وعنوانها ورقم الهاتف المخصص لها في ولايتك من خلال الفصل 2.)

تصرف سريعًا:

• يتعين عليك الاتصال بهيئة تحسين الجودة لبدء تقديم الاستئناف بحلول ظهيرة اليوم الذي يسبق تاريخ السريان الوارد في إشعار بعدم التغطية من قبل Medicare.

• إذا فاتك الموعد النهائي، وكنت ترغب في تقديم استئناف، فلا يزال لديك حقوق تتعلق بالاستئناف. اتصل بهيئة تحسين الجودة باستخدام معلومات الاتصال الواردة في إشعار عدم التغطية من قبل Medicare. يمكنك العثور على اسم هيئة تحسين الجودة وعنوانها ورقم الهاتف المخصص لها في ولايتك من خلال الفصل 2.

الخطوة 2: تجري هيئة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

المصطلح القانوني:

الشرح التفصيلي لإنهاء التغطية. إشعار يقدم تفاصيل حول أسباب إنهاء التغطية.

ما يحدث خلال إجراء المراجعة السريعة

- سيسألك أخصائيو الرعاية الصحية في هيئة تحسين الجودة (المراجعون) أو ممثلك عن سبب اعتقادك بأن تغطية الخدمات يجب أن تستمر. واعلم أنك لست مضطرًا إلى تجهيز أي معلومات كتابية، ولكن يمكنك فعل ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- كما ستقوم منظمة المراجعة المستقلة بإلقاء نظرة على السجلات الطبية والتحدث إلى طبيبك ومراجعة المعلومات التي توفرت لهم من خلال خطتنا.
- بحلول نهاية اليوم، يخبرنا المراجعون بشأن استئنافك، كما سنتمكن من الحصول على شرح تفصيلي لإنهاء التغطية يوضح بالتفصيل أسباب إنهاء تغطيتنا لخدماتك.

الخطوة 3: وبعد مرور يوم كامل من استلام المراجعين لجميع المعلومات التي يحتاجونها، سيخبرونك بقرارهم.

ماذا يحدث إذا جاء رد المراجعين بالموافقة؟

- إذا جاء رد المراجعين بالموافقة على استئنافك، فيجب علينا مواصلة تغطية الخدمات المغطاة لك طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المدفوعات المشتركة، إذا كانت تنطبق). وقد تكون هناك قيود مفروضة على الخدمات المغطاة.

ماذا يحدث لو كان الرد بالرفض؟

- إذا جاء رد المراجعين بالرفض، فإن التغطية تنتهي في التاريخ الذي أُخطرت به من جانبنا.
- إذا قررت الاحتفاظ بما تتلقاه من خدمات الرعاية المنزلية، وخدمات الرعاية بمرافق الرعاية الماهرة، أو مرافق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك، فينبغي عليك حينها سداد كافة التكاليف الخاصة بالرعاية المقدمة لك.
- **الخطوة 4:** إذا جاء الرد على استئنافك ضمن المستوى 1 بالرفض، فأنت من تقرر إذا ما كنت تريد تقديم استئناف آخر.
- في حال جاء رد المراجعين برفض استئنافك ضمن المستوى 1 وقررت الاستمرار في تلقيك لخدمات الرعاية بعد انتهاء فترة التغطية، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 2.

القسم 9.3 كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 2 لمطالبة خطتنا بتغطية رعايتك لفترة أطول

- أثناء النظر في الاستئناف ضمن المستوى 2، سوف تطلب من هيئة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار بشأن طلب الاستئناف الأول. فإذا جاء قرار هيئة تحسين الجودة برفض الاستئناف ضمن المستوى 2، فينبغي لك سداد كافة التكاليف نظير خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرافق الرعاية الماهرة أو التمتع بخدمات برنامج مرافق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء التغطية لديك.
- **الخطوة 1:** الاتصال بهيئة تحسين الجودة مرة أخرى وطلب إجراء مراجعة أخرى.
- يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي أبدت فيه هيئة تحسين الجودة رأيها برفض استئنافك المقدم ضمن المستوى 1. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حالة مواصلة التمتع بخدمات الرعاية بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بالرعاية المقدمة لك.

الخطوة 2: إجراء هيئة تحسين الجودة مراجعة ثانية لحالتك.

- يُلقى المراجعون في هيئة تحسين الجودة نظرة أخرى بعناية على كافة المعلومات المتعلقة باستئنافك.
- **الخطوة 3:** سوف يتخذ المراجعون قرارًا بشأن استئنافك ويطلعونك على هذا القرار في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الاستئناف الخاص بك.

ماذا يحدث عند موافقة منظمة المراجعة المستقلة؟

- يتعين علينا تعويضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أشرنا خلاله أن تغطيتك بصدد الانتهاء. يجب أن نستمر في توفير التغطية الخاصة بالرعاية طالما كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.
- يجب أن تستمر في دفع حصتك من التكاليف كما أنه قد تنطبق بعض قيود التغطية.

ماذا يحدث عند رفض منظمة المراجعة المستقلة؟

- يعني ذلك أنها توافق على القرار الذي اتخذناه بشأن استئنافك ضمن المستوى 1.
- ويبين الخطاب المرسل إليك ماذا يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف. ويوضح لك التفاصيل اللازمة لكيفية الانتقال إلى المستوى التالي من الاستئناف، والذي يجرى التعامل معه من خلال قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري.

الخطوة 4: إذا كانت الإجابة لا، فسوف يتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الخاص بك.

- هناك 3 مستويات إضافية تتعلق بالاستئناف بعد المستوى 2، حيث يبلغ إجمالي مستويات الاستئناف 5 مستويات. إذا كنت تريد الانتقال إلى استئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتم التعامل مع الاستئناف من المستوى 3 من قبل قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري. يوضح لك القسم 10 في هذا الفصل المزيد من المعلومات حول عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5.

القسم 10 الانتقال باستئنافك إلى المستويات 3، 4 و 5

القسم 10.1 مستويات الاستئناف 3 و 4 و 5 لطلبات الخدمات الطبية

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا كنت قد قدمت استئنافاً ضمن المستوى 1 واستئنافاً ضمن المستوى 2، وتم رفض كلاهما.

إذا كانت القيمة الدولارية لأحد العناصر أو الخدمات الطبية التي قدمت استئنافاً بشأنها تلبي مستويات دنيا معينة، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات أخرى من الاستئناف. وإذا كانت القيمة الدولارية أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر. ويوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على استئناف ضمن المستوى 2 الخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم استئناف ضمن المستوى 3.

بالنسبة لمعظم الحالات التي تتضمن استئنافاً، تعمل المستويات الـ 3 الأخيرة للاستئناف بنفس الطريقة التي يسير بها الأمر ضمن أول 2 من المستويات. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الخاص بك على كل مستوى من هذه المستويات.

الاستئناف ضمن المستوى 3 سيقوم قاضي القانون الإداري أو محام إداري يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة استئنافك والرد عليك.

- إذا قبل قاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري الاستئناف فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي. وعلى عكس القرار الصادر في الاستئناف ضمن المستوى 2، يحق لنا استئناف القرار ضمن المستوى 3 لصالحك. وإذا قررنا الاستئناف، فسينقل الاستئناف إلى المستوى 4.
 - إذا قررنا عدم الاستئناف، فيتعين علينا الموافقة على الرعاية الطبية أو توفيرها لك في غضون 60 يوماً تقويمياً من تلقي قرار قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري.
 - إذا قررنا الاستئناف على القرار، فإننا نرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف ضمن المستوى 4 مرفقةً بها الوثائق ذات الصلة. وقد ننتظر قرار الاستئناف ضمن المستوى الرابع قبل الموافقة على الرعاية الطبية المتنازع عليها أو توفيرها.
- إذا رفض قاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري الاستئناف فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئناف.
 - إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الخطوات الواجب اتخاذها لتقديم استئناف المستوى 4.

الاستئناف ضمن المستوى 4 سيراجع **Medicare Appeals Council** (المجلس) استئنافك وسيرد عليك. وهذا المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا بمراجعة قرار استئناف المستوى 3 المؤبد، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي. على عكس قرار المستوى 2، لدينا الحق في استئناف قرار المستوى 4 الذي يناسبك. سنقرر إذا ما كان سيتم استئناف هذا القرار ضمن المستوى 5.
 - إذا قررنا عدم الاستئناف على القرار، فيتعين علينا الموافقة على رعايتك الطبية أو توفيرها لك في غضون 60 يوماً تقويمياً من تلقي قرار المجلس.
 - إذا قررنا الاستئناف على القرار، فسنخبرك بذلك كتابياً.
- إذا جاء الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئناف.
 - إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس استئنافك، فإن الإشعار الذي تتلقاه سيخبرك ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى استئناف ضمن المستوى 5 وكيفية الاستمرار في استئناف ضمن المستوى 5.

الاستئناف ضمن المستوى 5 سيقوم أحد قضاة المحكمة الفيدرالية الجزئية بمراجعة الاستئناف.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ثم يقرر إذا ما كان طلبك مقبولاً أم لا. هذا هو الجواب النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد المحكمة الفيدرالية الجزئية.

القسم 10.2 استئنافات المستويات 3 و4 و5 بشأن طلبات الأدوية الواردة في الجزء D

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا كنت قد قدمت استئنافاً ضمن المستوى 1 واستئنافاً ضمن المستوى 2، وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة الدواء الذي قدمت استئنافاً بشأنه تساوي مبلغاً معيناً بالدولار، فقد تتمكن من المتابعة إلى مستويات إضافية من الاستئناف. فإذا كانت القيمة المالية دون المستوى الأدنى، فلا يمكنك التقدم باستئنافات أخرى. ويوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الاستئناف ضمن المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها والخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم استئناف ضمن المستوى 3.

بالنسبة لمعظم الحالات التي تتضمن استئنافاً، تعمل المستويات الـ 3 الأخيرة للاستئناف بنفس الطريقة التي يسير بها الأمر ضمن أول 2 من المستويات. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الخاص بك على كل مستوى من هذه المستويات.

الاستئناف ضمن المستوى 3 سيقوم قاضي القانون الإداري أو محام إداري يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة استئنافك والرد عليك.

- إذا جاء الرد بالموافقة، فبذلك تكون قد انتهت عملية الاستئناف. ويتعين علينا الموافقة على تغطية الدواء التي وافق عليها قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري أو توفيرها في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يوماً تقويمياً من تسلم القرار.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو المحامي الإداري الاستئناف فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئناف.
 - إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الخطوات الواجب اتخاذها لتقديم استئناف المستوى 4.

الاستئناف ضمن المستوى 4 سيراجع **Medicare Appeals Council** (المجلس) استئنافك وسيرد عليك. وهذا المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالموافقة، فبذلك تكون قد انتهت عملية الاستئناف. يتعين علينا الموافقة على تغطية الدواء التي وافق عليها المجلس في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يوماً تقويمياً عقب تسلم القرار.
- إذا جاء الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئناف.
 - إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس استئنافك، فإن الإشعار الذي تتلقاه سيخبرك ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى استئناف ضمن المستوى 5 وكيفية الاستمرار في استئناف ضمن المستوى 5.

الاستئناف ضمن المستوى 5 سيقوم أحد قضاة المحكمة الفيدرالية الجزئية بمراجعة الاستئناف.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ثم يقرر إذا ما كان طلبك مقبولاً أم لا. هذا هو الجواب النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد المحكمة الفيدرالية الجزئية.

تقديم الشكاوى

القسم 11 كيف يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية، أو أوقات الانتظار، أو خدمة العملاء، أو المخاوف الأخرى

القسم 11.1 ما أنواع المشاكل التي يتم التعامل معها خلال عملية الشكاوى؟

يتم استخدام عملية الشكاوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. وإليك بعض الأمثلة لأنواع من المشكلات التي تجرى معالجتها بعملية الشكاوى.

الشكوى	مثال
جودة الرعاية الطبية	هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية داخل المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	هل واجهت مشكلات تتعلق باحترام خصوصيتك أو الإفصاح عن معلوماتك السرية؟
الإهانة أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	<ul style="list-style-type: none"> هل كان شخص ما وقحا أو غير محترم معك؟ هل أنت غير راضٍ عن خدمات الأعضاء لدينا؟ هل تشعر أنه يتم حثك على ترك الخطة؟
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> هل لديك مشكلة في الحصول على موعد أو مشكلة بشأن الانتظار طويلاً للحصول على الموعد؟ هل انتظرت لفترة طويلة بفعل الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية؟ أو خدمات الأعضاء لدينا أو غيرهم من الموظفين في الخطة؟ تشمل الأمثلة الانتظار لفترة طويلة على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الفحص، أو الحصول على الأدوية الموصوفة.
النظافة	هل أنت غير راضٍ عن مستوى النظافة أو حالة العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب؟
المعلومات التي تزودك بها	<ul style="list-style-type: none"> هل أخفقنا في إعطائك إشعاراً مطلوباً؟ هل يصعب فهم معلوماتنا الكتابية؟
التوقيت	<p>إذا كنت قد طلبت الحصول على قرار تغطية أو كنت قد قدمت استئنافاً، وتعتقد أننا لا نوافقك بالرد بالسرعة الكافية، فيمكنك تقديم شكوى بشأن الإبطاء في الرد. فيما يلي أمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> عند طلبك الحصول على قرار تغطية عاجل أو استئناف عاجل، وتمت مقابلة هذا الأمر بالرفض من جانبنا، فيمكنك تقديم شكوى. إذا كنت تعتقد أننا لا نتبع المواعيد النهائية لقرارات التغطية أو الاستئنافات؛ فيمكنك تقديم شكوى. إذا كنت تعتقد أننا لا نتبع المواعيد النهائية لتغطيتك أو تعويضك عن بعض المواد الطبية أو الخدمات أو الأدوية التي تمت الموافقة عليها؛ فيمكنك تقديم شكوى. إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في اتباع المواعيد النهائية المطلوبة لتوجيه حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة؛ فيمكنك تقديم شكوى.

القسم 11.2 كيف يمكنك التقدم بشكوى

المصطلح القانوني:

- يطلق على الشكوى كذلك اسم التظلم.
- يطلق على عملية تقديم الشكوى كذلك اسم تقديم تظلم.
- يطلق على عملية اتباع عملية الشكوى كذلك اسم اتباع عملية تقديم تظلم.
- يطلق على الشكوى السريعة اسم التظلم العاجل.

الخطوة 1: اتصل بنا على الفور – إما عبر الهاتف أو كتابياً.

- عادةً ما تكون الخطوة الأولى هي الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). إذا كنت بحاجة إلى القيام بشيء آخر، فسيخبرك خدمات الأعضاء به.
- إذا كنت لا ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضياً)، فيمكنك تقديم شكواك كتابياً وإرسالها إلينا. وإذا قدمت الشكوى كتابياً، فسيكون الرد على شكواك كتابياً كذلك.

- سنحاول حل شكاوك عبر الهاتف. إذا لم تتمكن من حل شكاوك عبر الهاتف، فلدينا إجراء رسمي لمراجعة شكاواك. نحن نسمي هذه العملية "تقديم شكوى من قبل الأعضاء". إننا نجيب على أغلب الاستئنافات خلال 30 يومًا تقويميًا. يمكننا أن نستغرق وقتًا أطول إذا طلبت منا ذلك أو إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات وكان التأخير في مصلحتك. إذا طالبت الحصول على رد كتابي أو قدمت شكوى مكتوبة أو قدمت شكوى بشأن جودة الرعاية، فسندرد عليك كتابيًا. وسندقدم لك شكوى عاجلة حال رفضنا طلبك للحصول على قرار تغطية عاجل أو استئناف عاجل أو حال استغراقنا وقتًا إضافيًا في اتخاذ قرار تغطية أو استئناف وكنتم لا توافق على أن نستغرق وقتًا أطول. يمكننا أن نرد على الشكاوى العاجلة في غضون 24 ساعة.
- يكون الموعد النهائي لتقديم شكوى هو 60 يومًا تقويميًا من وقت حدوث المشكلة محل الشكوى.

الخطوة 2: سوف ننظر في شكاوك ونطلعك على الرد.

- سنوافيك بالرد الفوري إن أمكننا ذلك. إذا اتصلت بنا بشأن شكوى ما، فقد نتمكن من الرد عليك خلال نفس المكالمات الهاتفية.
- يتم الرد على أغلب الشكاوى في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كنا نحتاج إلى المزيد من المعلومات وكان التأخير في صالحك، أو إذا طلبت المزيد من الوقت، يمكن أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا (44 يومًا تقويميًا بشكل إجمالي) للرد على شكاوك. وإذا قررنا أن الأمر يستغرق أيامًا إضافية، فسندخبرك بذلك كتابيًا.
- إذا قدمت شكوى بسبب رفضنا طلبك بشأن قرار التغطية العاجل أو الاستئناف العاجل، فسندقدم لك شكوى سريعة بشكل تلقائي. إذا تقدمت بشكوى سريعة، فهذا يعني أننا سنوافيك بالرد في غضون 24 ساعة.
- عند رفضنا شكاوك بشكل كلي أو جزئي أو عند عدم تحملنا المسؤولية عن المشكلة محل الشكوى، فسندقوم بتضمين أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 11.3 يمكنك أيضًا تقديم شكوى حول جودة الرعاية إلى هيئة تحسين الجودة

إذا كانت شكاوك بشأن جودة الرعاية، فإليك أيضًا 2 من الخيارات الإضافية:

- يمكنك التقدم بالشكوى إلى هيئة تحسين الجودة مباشرة. هيئة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الذين يتفاوضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية نظير التحقق من الرعاية المقدمة لمرضى برنامج Medicare وتحسينها. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

أو

- يمكنك تقديم شكاوك إلى كل من هيئة تحسين الجودة وإينا في نفس الوقت.

القسم 11.4 يمكنك أيضًا إطلاع Medicare على شكاوك

يمكنك تقديم شكوى بشأن Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) إلى Medicare بشكل مباشر. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يمكنك أيضًا الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid الخاصة بك**القسم 12 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid**

لمزيد من المعلومات حول المزايا و/أو العمليات المغطاة من خلال Medicaid، ينبغي لك الاتصال بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف مدونة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب) أو مكتب Medicaid التابع لولايتك (معلومات الاتصال مدرجة في الفصل 2، القسم 6).

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟

يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (العناصر الطبية والخدمات و/أو أدوية الجزء B) مشمولة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشاكل المتعلقة بالدفع مقابل الرعاية الطبية.

نعم.

راجع القسم 5، دليل قرارات التغطية والاستئناف.

لا.

راجع القسم 11 كيف يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية، أو أوقات الانتظار، أو خدمة العملاء، أو المخاوف الأخرى.

الفصل 10:

إنهاء عضويتك في خطتنا

الفصل 1 إنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون خيار إنهاء عضويتك في خطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) طوعياً (بناءً على رغبتك) أو غير طوعي (ليس بإرادتك):

- قد تترك خطتنا لأنك لديك الرغبة في تركها. يوفر القسمان 2 و3 معلومات حول إنهاء عضويتك طوعاً.
- هناك أيضاً بعض الحالات المحددة التي نكون خلالها ملزمين بإنهاء عضويتك. يخبرك القسم 5 بالمواقف التي يتعين علينا فيها إنهاء عضويتك. إذا تركت خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا في تقديم الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة لك وستستمر في دفع حصتك في التكلفة حتى تنتهي عضويتك.

القسم 2 متى يمكنك إلغاء عضويتك في خطتنا؟

القسم 2.1 قد تتمكن من إنهاء عضويتك لكونك مشتركاً في Medicare و Medicaid

يمكن أن ينهي معظم الأشخاص المسجلين في Medicare عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظراً لاشتراكك في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare التالية في أي شهر من العام:

- خطة Original Medicare مع خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare،
- Original Medicare بدون خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare (إذا كنت ترغب في هذا الخيار وكنت تحصل على Extra Help، فقد يسجلك Medicare في خطة للأدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي)، أو
- إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك الحصول على خطة D-SNP متكاملة توفر لك خدمات Medicare ومعظم مزايا وخدمات Medicaid أو جميعها في خطة واحدة.

ملاحظة: إذا قمت بالانسحاب من تغطية أدوية Medicare ولم تعد تحصل على Extra Help فضلاً عن عدم وجود تغطية معتمدة للأدوية لفترة متواصلة تبلغ 63 يوماً أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقاً.

- اتصل على مكتب Medicaid في الولاية لمعرفة خيارات خطة Medicaid.
- تتوفر خيارات الخطة الصحية الأخرى من Medicare أثناء فترة التسجيل المفتوحة. يخبرك القسم 2.2 بالمزيد حول فترة التسجيل المفتوحة.
- سوف تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نحصل فيه على طلبك لتغيير خطتك. سيبدأ أيضاً تسجيلك في خطتك الجديدة في هذا اليوم.

القسم 2.2 يمكنك إنهاء عضويتك أثناء فترة التسجيل المفتوحة

يمكنك إنهاء عضويتك أثناء فترة التسجيل المفتوحة كل عام. خلال هذا الوقت، قم بمراجعة التغطية الصحية والدوائية الخاصة بك واتخاذ قرار بشأن التغطية للعام القادم.

- تبدأ فترة التسجيل المفتوحة من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر.
- اختر الإبقاء على تغطيتك الحالية أو قم بإجراء تغييرات على تغطيتك للعام القادم. إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، يمكنك اختيار أي من أنواع الخطط التالية:

- خطة صحية أخرى من برنامج Medicare، مع أو بدون تغطية للأدوية.
- Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare
- Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare.
- إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك الحصول على خطة D-SNP متكاملة توفر لك خدمات Medicare ومعظم مزايا وخدمات Medicaid أو جميعها في خطة واحدة.

إذا كنت تتلقى **Extra Help** من Medicare لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Original Medicare ولم تسجل في خطة منفصلة لتغطية الأدوية الموصوفة بموجب Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، إلا إذا اخترت عدم التسجيل التلقائي.

ملاحظة: إذا قمت بالانسحاب من تغطية أدوية Medicare ولم تعد تحصل على Extra Help فضلاً عن عدم وجود تغطية معتمدة للأدوية لفترة متواصلة تبلغ 63 يوماً أو أكثر على التوالي، فقد يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقاً.

- ستنتهي عضويتك في خطتنا عند بدء تغطية خطتك الجديدة في 1 يناير.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك أثناء فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage

لديك الفرصة لإجراء تغيير واحد على تغطية الرعاية الصحية لديك أثناء فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage كل عام.

- تبدأ فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage من 1 يناير حتى 31 مارس، كما تبدأ فترة التسجيل المفتوحة للمستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في خطة MA، من شهر الاستحقاق للجزء A والجزء B حتى اليوم الأخير من الشهر الـ 3 للاستحقاق.
- خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage يمكنك القيام بما يلي:
 - التبديل إلى خطة Medicare Advantage Plan أخرى مع أو بدون تغطية للأدوية.
 - إلغاء الاشتراك في خطتنا والحصول على التغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت التبديل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضاً الانضمام إلى خطة أدوية موصوفة منفصلة لبرنامج Medicare في ذلك الوقت.
 - سوف تنتهي عضويتك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تسجيلك في خطة Medicare Advantage مختلفة أو عند تلقي طلبك بالتبديل إلى برنامج Original Medicare. إذا اخترت أيضاً التسجيل في خطة أدوية برنامج Medicare، فستبدأ عضويتك في خطة الأدوية خلال اليوم الأول من الشهر الذي يلي حصول خطة الأدوية على طلب التسجيل الخاص بك.

القسم 2.4 يمكنك في بعض الحالات المعينة إنهاء عضويتك أثناء فترة تسجيل خاصة

في بعض الحالات، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من العام. وهذا ما يُسمى فترة التسجيل الخاصة.

قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة إذا كانت أي من الحالات التالية تنطبق عليك. هذه مجرد أمثلة. وللحصول على القائمة الكاملة، يمكنك الاتصال بالخطة أو الاتصال ببرنامج Medicare أو زيارة موقع Medicare الإلكتروني www.Medicare.gov.

- عادةً، عند التبديل
- إذا كنت تتمتع بعضوية California Medicaid
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على Extra Help لدفع تكلفة أدوية Medicare.
- إذا انتهكنا شروط عقدنا معك
- إذا كنت تتلقى الرعاية في إحدى المؤسسات، مثل مرفق الرعاية أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل (LTC)
- عند قيامك بالتسجيل في برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)
- **ملاحظة:** إذا كنت مشتركاً في برنامج إدارة الأدوية، فقد لا تكون مؤهلاً إلا لبعض فترات تسجيل خاصة فقط. يخبرك الفصل 5، القسم 10 بالمزيد عن برامج إدارة الأدوية.
- **ملاحظة:** يخبرك القسم 2.1 بالمزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicaid.

تختلف فترات التسجيل بالنظر إلى حالتك.

لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً لفترة التسجيل الخاصة، اتصل على Medicare على الرقم (1-800-633-4227) Medicare (1-800-MEDICARE). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير كل من تغطية Medicare الصحية وتغطية الأدوية. يمكنك اختيار:

- خطة صحية أخرى من برنامج Medicare، مع أو بدون تغطية للأدوية،
- Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare،
- Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare.

ملاحظة: إذا قمت بالانسحاب من تغطية أدوية Medicare ولم تعد تحصل على Extra Help فضلاً عن عدم وجود تغطية معتمدة للأدوية لفترة متواصلة تبلغ 63 يوماً أو أكثر على التوالي، فقد يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقاً.

إذا كنت تتلقى **Extra Help** من Medicare لدفع تكاليف الأدوية: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Original Medicare ولم تسجل في خطة منفصلة لتغطية الأدوية الموصوفة بموجب Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، إلا إذا اخترت عدم التسجيل التلقائي. سوف تنتهي عضويتك عادةً خلال اليوم الأول من الشهر الذي يلي تلقينا طلبك بتغيير خطتك.

ملاحظة: يخبرك القسمان 2.1 و 2.2 بالمزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicaid والمساعدة الإضافية.

القسم 2.5 الحصول على مزيد من المعلومات حول موعد إنهاء عضويتك

إذا كانت لديك أي أسئلة حول إنهاء عضويتك، يمكنك:

- الاتصال بخدمات الأعضاء.
- تعرف على المزيد من المعلومات من خلال دليل **Medicare & You 2026**.
- اتصل على Medicare على الرقم (1-800-633-4227) Medicare (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048)

القسم 3 كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى:	هذا هو ما يجب عليك القيام به:
خطة رعاية صحية أخرى من Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • التسجيل في خطة صحية جديدة من Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) عند بدء تغطية الخطة الجديدة.
Original Medicare مع خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare.	<ul style="list-style-type: none"> • التسجيل في خطة أدوية جديدة من Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) عند بدء تغطية خطة الأدوية الجديدة.

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

<ul style="list-style-type: none"> • إرسال طلب كتابي لنا لإلغاء التسجيل. الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. • يمكنك أيضًا الاتصال على Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) وطلب إلغاء التسجيل. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. • سيتم إلغاء تسجيلك في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) عند بدء تغطيتك في Original Medicare. 	<p>Original Medicare بدون خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare.</p>
--	--

ملاحظة: إذا قمت بالانسحاب من تغطية أدوية Medicare ولم تعد تحصل على Extra Help فضلاً عن عدم وجود تغطية معتمدة للأدوية لفترة متواصلة تبلغ 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقًا.

للاستفسارات حول مزايا Medicaid، اتصل بـ California Department of Health Care Services، على الرقم 449-5000 (916)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، لا ينطبق. اسأل عن مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare في كيفية حصولك على تغطية Medicaid.

القسم 4 يجب أن تستمر في الحصول على العناصر الطبية، والخدمات والأدوية من خلال خطتنا حتى انتهاء عضويتك

يجب عليك الاستمرار في الحصول على رعايتك الطبية والأدوية الموصوفة من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك في Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) وبدء تغطية Medicare و Medicaid الجديدة.

- استمر في الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا للحصول على الرعاية الطبية.
- استمر في الاستعانة بالصيدليات التابعة لشبكتنا أو الحصول على الوصفات الطبية من خلال طلبها عبر البريد.
- عند دخولك المستشفى خلال اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، تتم تغطية إقامتك في المستشفى من خلال خطتنا حتى موعد خروجك (حتى عند خروجك بعد بدء سريان التغطية الجديدة).

القسم 5 يجب على Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة خلال بعض الحالات المحددة

يتعين على Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة في الحالات التالية:

- إذا لم تعد مشتركًا في كلٍ من Medicare Part A والجزء B
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمات التابعة لنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة الخدمة لمدة تزيد عن 6 أشهر.
- إذا انتقلت أو انطلقت في رحلة طويلة، فمن الضروري الاتصال بمسؤولي خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في منطقة الخدمات التابعة للخطة.
- إذا ذهبت إلى السجن
- إذا لم تعد من مواطني الولايات المتحدة أو عند إقامتك بشكل غير قانوني في الولايات المتحدة
- إذا كذبت بشأن المعلومات الخاصة بأشكال التأمين الأخرى التي تتمتع بها للحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا أو أخفيت هذه المعلومات.
- حال تعمدك تقديم معلومات غير صحيحة عند التسجيل في خطتنا ويكون لهذه المعلومات تأثير على مدى أهليتك للخطة. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أو لـ).
- إذا تصرفت بطريقة مزعجة على نحو مستمر مما يجعل من الصعب علينا توفير الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أو لـ).

• إذا سمحت لأي شخص آخر باستخدام بطاقة معرف الخطة الخاصة بك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)

◦ إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد تطلب Medicare تحقيق المفتش العام في

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن موعد إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 5.1 إننا لا نستطيع مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بحالتك الصحية

لا يُسمح لخطة Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) بمطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بحالتك الصحية.

ما الذي يجب فعله عند حدوث ذلك؟

إذا كنت تشعر بأنه قد طلب منك مغادرة الخطة لأسباب ذات صلة بصحتك، فعليك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 5.2 يحق لك تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا، ينبغي علينا اطلاعك على الأسباب التي دعنتنا لإنهاء عضويتك كتابة. كما يتعين علينا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

القسم 1 إشعار بشأن القانون الحاكم

يخضع دليل التغطية هذا للباب الثامن عشر XVIII من قانون الضمان الاجتماعي واللوائح التي تم إنشاؤها بموجب قانون الضمان الاجتماعي من قبل Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). بالإضافة إلى ذلك، قد يتم تطبيق قوانين اتحادية أخرى، وفي ظل ظروف معينة، قوانين الولاية التي تعيش فيها. وقد يؤثر ذلك على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين القوانين أو شرحها في هذه الوثيقة.

القسم 2 إشعار بشأن عدم التمييز

نحن لانمارس أي نوع من أنواع التمييز على أساس العرق أو الإثنية أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو النوع أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو تجربة المطالبات 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 ضد التمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، وقانون الأمر يكيين ذوي الإعاقة، القسم 1557 من قانون الرعاية الميسرة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المنظمات التي تحصل على تمويل فيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

عند الرغبة في التعرف على المزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير المنصفة، فيمكنك الاتصال على Office for Civil Rights التابع لـ Department of Health and Human Services على الرقم 1-800-368-1019 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697) أو Office for Civil Rights المحلي. ويمكنك أيضاً مراجعة المعلومات من Office for Civil Rights التابع لـ Department of Health and Human Services وذلك عبر الموقع الإلكتروني www.HHS.gov/ocr/index.html.

إذا كنت تعاني من إعاقة وكنت بحاجة إلى المساعدة في الوصول إلى الرعاية، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 314-2427 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 314-2427 (866)). إذا كانت لديك شكوى مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فإن قسم خدمات الأعضاء يُمكنه مساعدتك.

القسم 3 إشعار حول حقوق الحلول لجهة الدفع الثانوية في برنامج Medicare

يحق لنا ونتحمل مسؤولية الدفع لقاء خدمات الرعاية الصحية المغطاة ببرنامج Medicare التي لا يكون فيها برنامج Medicare جهة الدفع الرئيسية. ووفقاً للوائح CMS الواردة في الأقسام 422.108 و 423.462 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42، فإن Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP)، في هيئة Medicare Advantage Organization، ستمارس نفس حقوق الاسترداد التي يمارسها الوزير بموجب لوائح CMS في الأجزاء الفرعية (B) إلى (D) من الجزء 411 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42 بالإضافة إلى أن القواعد المنصوص عليها في هذا القسم تحل محل أي قوانين خاصة بالولاية.

الفصل 12:

التعريفات

مركز جراحة العيادة الخارجية – مركز جراحة العيادة الخارجية هو مرفق يعمل على تقديم خدمات جراحية للمرضى في العيادات الخارجية بشكل حصري ممن ليسوا بحاجة إلى دخول المستشفى وممن لا تتجاوز مدة إقامتهم المتوقعة في المركز 24 ساعة.

الاستثناء – الاستثناء هو إجراء يمكنك القيام به حال عدم موافقتك على قرارنا برفض طلب تغطية خدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة أو الدفع مقابل الخدمات أو الأدوية التي حصلت عليها بالفعل. يمكنك أيضاً تقديم استثناء إذا كنت لا توافق على قرارنا بإيقاف الخدمات التي تتلقاها.

المدفوعات الإضافية – عندما يقوم مقدم الخدمات (مثل الطبيب أو المستشفى) بتحصيل مبلغ من المريض يتجاوز مبلغ تقاسم التكاليف المسموح به في خطتنا. بصفتك عضواً في Central Health Medi-Medi Plan II، فلن يتعين عليك دفع مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بخطتنا إلا عند حصولك على الخدمات المغطاة في خطتنا. لا نسمح لمقدمي الخدمة بإجراء موازنة الفاتورة أو تحصيل رسوم منك أكثر من مبلغ تقاسم التكاليف الذي توضح خطتك إنك ستدفعه.

فترة المزايا – هي الطريقة التي من خلالها يقيس برنامج Original Medicare بالإضافة إلى خطتنا استخدامك لخدمات مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) بالإضافة إلى المستشفيات. تبدأ فترة المزايا في اليوم الذي تدخل فيه المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الماهرة. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي رعاية للمرضى الداخليين في المستشفى (أو رعاية ماهرة في مرفق للرعاية التمريضية الماهرة (SNF) لمدة 60 يوماً على التوالي. إذا توجهت إلى مستشفى أو مرفق رعاية تمريضية ماهرة بعد انتهاء فترة مزايا واحدة، فستبدأ فترة مزايا جديدة. كما أنه لا يوجد حد معين لعدد فترات المزايا.

المنتج البيولوجي – هو دواء موصوف طبيًا يتم تصنيعه من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. وتتسم المنتجات البيولوجية بكونها أكثر تعقيداً من الأدوية الأخرى ولا يمكن استخلاص مثل تام لها، لذلك تسمى الأشكال البديلة لها بالبدايل الحيوية. تعمل البدايل الحيوية عموماً بشكل جيد، كما أنها آمنة مثل المنتجات البيولوجية الأصلية. (راجع "المنتج البيولوجي الأصلي" و "البديل الحيوي").

البديل الحيوي – هو منتج بيولوجي مشابه تماماً للمنتج البيولوجي الأصلي، ولكن ليس مطابقاً له. هذا وتتسم البدايل الحيوية بكونها آمنة وفعالة على نحو مماثل للمنتج البيولوجي الأصلي. ويمكن استبدال بعض البدايل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة (راجع "البديل الحيوي القابل للتبديل").

دواء يحمل علامة تجارية – هو دواء موصوف طبيًا يتم تصنيعه وبيعه من قبل شركة الأدوية التي قامت في الأصل بأبحاث على الدواء ومن ثم تطويره. الأدوية التي تحمل علامة تجارية تتضمن نفس المكونات التي تتضمنها أدوية عامة مكافئة للأدوية. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية العامة وبيعها من قبل شركات تصنيع أدوية أخرى ولا تكون متاحة بشكل عام إلا بعد انتهاء صلاحية براءة الاختراع الخاصة بالدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

مرحلة التغطية القصوى – هي المرحلة الواردة في ميزة الدواء في الجزء D التي تبدأ عندما تنفق أنت (أو الأطراف الأخرى المؤهلة لتكون ممثلة عنك) ما مجموعه \$2,100 على الأدوية المغطاة في الجزء D خلال العام المشمول بالتغطية. خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة للأدوية المغطاة في الجزء D. أنت لا تدفع شيئاً.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) – الوكالة الفيدرالية التي تدير برنامج Medicare.

C-SNPs – Chronic-Care Special Needs Plan (C-SNP) هي خطط الاحتياجات الخاصة للرعاية المزمنة التي تجعل التسجيل مقتصرًا على الأشخاص المؤهلين لـ MA الذين يعانون من أمراض حادة ومزمنة محددة.

التأمين المشترك – هو المبلغ الذي قد يُطلب منك دفعه، معبراً عنه كنسبة مئوية (على سبيل المثال 20%) كحصنتك من تكلفة الخدمات أو الأدوية الموصوفة بعد دفع أي خصومات.

الشكوى – يسمى المصطلح القانوني لتقديم الشكوى تقديم تظلم. لا يتم اللجوء إلى الشكوى إلا للتوصل إلى حل لأنواع معينة من المشكلات فقط. ويتضمن هذا الأمر المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية التي تحصل عليها وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. ويشمل أيضاً الشكاوى في حال عدم اتباع خطتك للموعد الزمني المقرر في عملية الاستثناء.

مرفق إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) – هو مرفق يوفر خدمات إعادة التأهيل عقب التعرض للمرض أو الإصابة بشكل أساسي، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، والعلاج التنفسي بالإضافة إلى العلاج المهني وخدمات أمراض وخدمات أمراض الكلام واللغة، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

المدفوعات المشتركة (أو الدفع المشترك) – مبلغ قد يُطلب منك دفعه كحصة من تكلفة خدمة أو إمداد طبي، مثل زيارة الطبيب، أو زيارة العيادات الخارجية للمستشفى، أو دواء بوصفة طبية. والمدفوعات المشتركة هي مبلغ محدد (على سبيل المثال \$10)، وليس نسبة مئوية.

تقاسم التكاليف – يشير تقاسم التكاليف إلى المبالغ التي يتعين على العضو دفعها عند الحصول على الخدمات أو الأدوية. (هذا بالإضافة إلى قسط الخطة الشهري). ويتضمن مبلغ تقاسم التكاليف أي مجموعة من الأنواع الـ 3 التالية من المدفوعات: (1) أي خصومات قد تفرضها الخطة قبل تغطية الخدمات أو الأدوية؛ (2) أي مدفوعات مشتركة ثابتة تتطلبها الخطة عند الحصول على خدمة أو دواء معين؛ أو (3) أي تأمين مشترك، وهو نسبة مئوية من إجمالي المبلغ المدفوع مقابل الحصول على خدمة أو دواء تتطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

فئة مشاركة التكلفة – يندرج كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكلفة. وبشكل عام، كلما ارتفعت فئة مشاركة التكلفة، ارتفعت تكاليف الدواء لديك.

تحديد التغطية – قرار بشأن ما إذا كان الدواء الموصوف لك مشمولاً بتغطية الخطة والمبلغ، إن وجد، الذي يتعين عليك دفعه مقابل الأدوية الموصوفة. وبشكل عام، عند رغبتك في صرف أدوية موصوفة عبر إحدى الصيدليات ووجدت أنها غير مشمولة بخطتك، فإن ذلك لا يندرج تحت قرار التغطية. يتعين عليك الاتصال بخطتك أو مراسلتها لطلب قرار رسمي بالتغطية. ويطلق على قرارات تحديد التغطية مسمى **قرارات التغطية** في هذه الوثيقة.

الأدوية المغطاة – المصطلح المستخدم للإشارة إلى جميع الأدوية المغطاة من قبل خطتنا.

الخدمات المغطاة – المصطلح المستخدم للإشارة إلى جميع خدمات ومستلزمات الرعاية الصحية المغطاة في خطتنا.

الأدوية المباعة بوصفة طبية القابلة للاعتماد – تغطية الأدوية الموصوفة (على سبيل المثال، من صاحب العمل أو النقابة) التي من المتوقع أن تدفع لها مبلغًا لا يقل قيمته عن قيمة تغطية الأدوية الموصوفة القياسية في برنامج Medicare وذلك بشكل متوسط. ويمكن للأشخاص الذين يتمتعون بهذا النوع من التغطية عندما يكونوا مؤهلين للحصول على عضوية Medicare الاحتفاظ بهذه التغطية بشكل عام دون دفع غرامة إذا ما قرروا التسجيل في تغطية الأدوية الموصوفة في برنامج Medicare لاحقًا.

الرعاية الوصائية – الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية المقدمة في مرفق للرعاية أو مرفق لرعاية المحتضرين أو أي مرفق آخر عند عدم الحاجة إلى الحصول على رعاية طبية ماهرة أو رعاية ماهرة. تشمل الرعاية الوصائية، التي يقدمها أشخاص ليس لديهم مهارات أو تدريب مهني، المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والدخول أو النهوض من السرير أو الكرسي، والتحرك، واستخدام الحمام. وقد يشمل أيضًا نوع الرعاية الصحية التي يقوم بها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا يدفع برنامج Medicare تكاليف الرعاية الوصائية.

معدل تقاسم التكاليف اليومي – قد يتم تطبيق معدل تقاسم التكاليف اليومي عندما يصف لك طبيبك كمية أقل من شهر كامل من أدوية معينة ويطلب منك دفع مدفوعات مشتركة. يمثل معدل تقاسم التكاليف اليومي المدفوعات المشتركة مقسوم على عدد أيام إمدادات الشهر. فيما يلي مثال: إذا كانت المدفوعات المشتركة لإمدادات تكفي لمدة شهر واحد من الدواء هي \$30، وكانت إمدادات الشهر الواحد في خطتك تكفي لمدة 30 يومًا، فإن "معدل تقاسم التكاليف اليومي" الخاص بك هو \$1 في اليوم.

الخصومات – هي المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل الحصول على الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تدفع خطتنا.

إلغاء التسجيل أو إلغاء العضوية – عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسوم التوزيع – رسوم يتم فرضها في كل مرة يتم خلالها توزيع دواء مغطى لدفع تكلفة صرف الوصفة الطبية، مثل الوقت الذي يستغرقه الصيدلي لإعداد الوصفة الطبية وصرفها.

خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة (D-SNP) – تسجل خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة (D-SNP) الأفراد المؤهلين للحصول على عضوية Medicare (الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الولاية بموجب برنامج Medicaid (الباب التاسع عشر).. تغطي الولايات بعض تكاليف Medicare، اعتمادًا على الولاية وأهلية الفرد.

الأفراد المؤهلون بشكل مزدوج – الأشخاص المؤهلون للحصول على تغطية Medicare و Medicaid.

الأجهزة الطبية المعمرة (DME) – هي الأجهزة الطبية التي يطلبها الطبيب لأسباب طبية. تشمل الأمثلة المشايات، والكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المرايب التي تعمل بالطاقة، ومستلزمات مرضى السكري، ومضخات التسريب الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات الأكسجين، والبخاخات، أو أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل.

الطوارئ – يشار إلى الحالة بأنها حالة طبية طارئة عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي عاقل لديه دراية متوسطة بالصحة والطب أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب الحصول على الرعاية الطبية الفورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنت امرأة حاملاً، قد يكون ذلك في شكل فقدان لطفل لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو تعرضها لضعف خطير. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

الرعاية في حالات الطوارئ – الخدمات المغطاة التي: (1) مقدمة من مقدم خدمات مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و (2) اللازمة لعلاج أو تقييم أو استقرار حالة طبية طارئة.

دليل التغطية (EOC) ومعلومات الإفصاح – هذه الوثيقة بالتوازي مع نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أو ملحقات أو تغطية اختيارية أخرى تم اختيارها، تشرح تغطيتك وما يجب علينا فعله بالإضافة إلى حقوقك وما يجب عليك فعله كعضو في خطتنا.

الاستثناء – هو نوع من قرارات التغطية التي تتيح لك، في حالة الموافقة عليها، الحصول على دواء غير وارد في قائمتنا (استثناء الوصفة الطبية)، أو الحصول على دواء غير مفضل بمستوى تقاسم تكاليف منخفض (استثناء المستوى). ويمكنك أيضاً طلب الحصول على استثناء عند مطالبة خطتنا لك بتناول دواء آخر قبل تلقي الدواء الذي تطلبه، أو إذا كانت خطتنا تتطلب الحصول على موافقة مسبقة لأحد الأدوية وكنت ترغب أن نتنازل عن قيود المعايير أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء الذي تطلبه (استثناء الوصفة الطبية).

Extra Help – هو برنامج تابع لـ Medicare أو الولاية لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة في Medicare، مثل الأقساط والخصومات والتأمين المشترك.

الدواء العام – هو دواء موصوف طبيًا تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) يحتوي على نفس المواد الفعالة لدى الدواء الذي يحمل علامة تجارية. وبوجه عام، تتماثل فعالية الدواء العام مع الدواء الذي يحمل علامة تجارية وعادةً ما تكون تكلفته أقل.

النظم – هو نوع من الشكاوى التي تقدمها بشأن خطتنا أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات، بما في ذلك الشكاوى المتعلقة بجودة الرعاية التي تتلقاها. ولا ينطوي على النزاعات المتعلقة بالتغطية أو الدفع.

المساعد الصحي المنزلي – هو الشخص الذي يوفر خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج معتمد مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام واستخدام المرحاض وارتداء الملابس أو إجراء بعض التمارين الموصوفة طبيًا).

رعاية المحتضرين – هي إحدى الميزات التي توفر علاجًا خاصًا للعضو الذي تم تشخيصه طبيًا على أنه مريض في مرحلة متأخرة من المرض، مما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو 6 أشهر أو أقل. ويتعين علينا أن نرودك بقائمة تتضمن مقدمي خدمات رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت الحصول على رعاية المحتضرين والاستمرار في دفع أقساط التأمين وأنت لا تزال عضوًا في خطتنا. لا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات الطبية الضرورية بالإضافة إلى المزايا التكميلية التي نقدمها.

إقامة المرضى الداخليين في المستشفى – هي الإقامة في المستشفى عند قبولك رسميًا في المستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. حتى في حال مكوثك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن "المرضى الخارجيين".

مبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل (IRMAA) – إذا كان دخلك المعدل بحسب ما ورد في إقرارك الضريبي الخاص بمصلحة الضرائب الداخلية (IRS) منذ عامين 2 يتخطى مبلغًا محددًا، فستدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل، والمعروف أيضًا باسم IRMAA. IRMAA هي رسوم إضافية تضاف إلى قسط التأمين الخاص بك. يتأثر أقل من 5% من أعضاء Medicare، لذلك لن يدفع معظم الأشخاص قسطًا أعلى.

حد التغطية الأولية – هو الحد الأقصى للتغطية ضمن مرحلة التغطية الأولية.

فترة التسجيل الخاصة – عندما تصبح مؤهلاً للمرة الأولى لعضوية Medicare، الفترة الزمنية التي يمكنك خلالها التسجيل في Medicare Part A والجزء B. وإذا كنت مؤهلاً للحصول على عضوية Medicare عند بلوغك 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية لك تبلغ 7 أشهر وتبدأ قبل 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، وتتضمن الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، وتنتهي عقب مضي 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا.

خطة الاحتياجات الخاصة المزدوجة المتكاملة (D-SNP) – هي خطة D-SNP التي تغطي خدمات Medicare بالإضافة إلى معظم أو جميع خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد أيضًا باسم الأفراد المؤهلين بشكل مزدوج للحصول على المزايا الكاملة.

خطط الاحتياجات الخاصة المؤسسية (I-SNP) – لا تسجل خطط الاحتياجات الخاصة المؤسسية (I-SNP) سوى الأشخاص المؤهلين لخطط MA الذين يعيشون في المجتمع ولكنهم بحاجة إلى مستوى من الرعاية المقدمة في المرافق، أو الذين يعيشون (أو من المتوقع أن يعيشوا) لمدة 90 يومًا على

الأقل بشكل متتالي في مرافق معينة للرعاية طويلة الأجل. تتضمن خطط الاحتياجات الخاصة المؤسسية (I-SNP) الأنواع التالية من الخطط: خطط الاحتياجات الخاصة المكافئة للمؤسسية (IE - SNPs)، وخطط الاحتياجات الخاصة المؤسسية الهجينة (HI-SNPs)، وخطط الاحتياجات الخاصة المؤسسية التي تعتمد على المرافق (FI-SNPs).

خطط الاحتياجات الخاصة المكافئة للمؤسسية (IE-SNP) – هي خطط تجعل التسجيل مقتصرًا على الأشخاص المؤهلين لـ MA الذين يعيشون في المجتمع ولكنهم بحاجة إلى مستوى الرعاية الذي يتم تقديمه في المرافق.

البديل الحيوي القابل للتبديل – هو بديل حيوي يمكن استخدامه كبديل لمنتج حيوي مماثل أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لكونه يلبي المتطلبات الإضافية المتعلقة بإمكانية الاستبدال التلقائي. هذا ويخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية المغطاة (الوصفات الطبية أو قائمة الأدوية) – قائمة بالأدوية الموصوفة طبيًا التي تغطيها الخطة.

إعانة الدخل المنخفض (LIS) – انتقل إلى Extra Help.

برنامج خصم الشركة المصنعة – هو برنامج تدفع بموجبه الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة فيما يتعلق بالأدوية والمنتجات البيولوجية التي تحمل علامة تجارية والمدرجة في الجزء D. وتستند الاستقطاعات إلى اتفاقيات بين الحكومة الفيدرالية والشركات المصنعة للأدوية.

الحد الأقصى للسعر العادل – هو السعر الذي تعاقده عليه برنامج Medicare للدواء المحدد.

الحد الأقصى للدفع – هو أقصى مبلغ يمكنك دفعه خلال العام التقويمي مقابل الحصول على الخدمات المغطاة. ولا تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل أقساط Medicare Part A و B والأدوية الموصوفة ضمن الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن برنامج Medicaid، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة نظير الحصول على الخدمات المغطاة في الجزء A والجزء B. (ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا أيضًا يتلقون مساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا منهم يدفعون الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة.)

Medicaid (أو Medical Assistance) – هو برنامج مشترك على المستوى الفيدرالي وعلى مستوى الولاية يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى ولاية، إلا أن أغلب تكاليف الرعاية الصحية تخضع للتغطية إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicaid و Medicare.

دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا – هي استخدام دواء معتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعوم ببعض المراجع المعينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information و Micromedex DRUGDEX Information System.

الضرورة الطبية – الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية ضرورية لأغراض الوقاية أو تشخيص الحالة أو علاجها فضلاً عن كونها تلبى المعايير المقبولة للممارسة الطبية.

Medicare – هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لكبار السن الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، وللمرضى الذين تقل أعمارهم عن 65 ولكنهم يعانون من إعاقات بعينها ومرضى الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (وهؤلاء عادة هم الذين يعانون من فشل كلوي دائم ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو زراعة واحدة).

فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage – الفترة الزمنية التي تتراوح بين 1 يناير إلى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء في خطة Medicare Advantage إلغاء تسجيلهم في الخطة والانتقال إلى خطة Medicare Advantage أخرى أو الحصول على تغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت التبديل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة تغطية أدوية بوصفة طبية منفصلة لبرنامج Medicare في ذلك الوقت. تتوفر أيضًا فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage لمدة 3 أشهر بعد أن يصبح الفرد مؤهلاً لأول مرة للحصول على خدمات Medicare.

خطة Medicare Advantage (MA) – تسمى أحيانًا Medicare Part C. وهي خطة تقدمها شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتزويدك بجميع مزايا Medicare Part A والجزء B من برنامج Medicare. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage عبارة عن HMO (1)، أو PPO (2)، أو Private Fee-for-Service (PFFS) (3)، أو Medicare Medical Savings Account (MSA) (4). إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage HMO أو PPO أيضًا خطة لذوي الاحتياجات الخاصة (SNP). في معظم الحالات، توفر خطط Medicare Advantage أيضًا الجزء D من Medicare (تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا). وتسمى هذه الخطط **خطط Medicare Advantage مع تغطية الأدوية الموصوفة.**

الخدمات المغطاة في برنامج Medicare – الخدمات المغطاة بموجب Medicare Part A و B. ويجب أن تغطي جميع خطط الرعاية الصحية في برنامج Medicare جميع الخدمات المغطاة بموجب Medicare Part A و B من برنامج Medicare. ولا يشمل مصطلح الخدمات المغطاة في برنامج Medicare المزايا الإضافية، مثل النظر أو الأسنان أو السمع، التي قد يتم تقديمها من قبل Medicare Advantage.

خطة الرعاية الصحية في برنامج Medicare – يتم تقديم خطة الرعاية الصحية في برنامج Medicare من قبل شركة خاصة تتعاقد مع برنامج Medicare لتوفير مزايا الجزء A والجزء B للأعضاء في برنامج Medicare المسجلين في الخطة. يشمل هذا المصطلح جميع خطط Medicare Advantage، وخطط تكلفة Medicare، وخطط الاحتياجات الخاصة، والبرامج التوضيحية/التجريبية، وبرامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE)

تغطية الأدوية من برنامج Medicare (Medicare Part D) – تأمين للمساعدة في دفع ثمن الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين، واللقاحات، والمنتجات البيولوجية، وبعض الإمدادات التي لا يغطيها Medicare Part A أو B.

برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) – أحد برامج Medicare Part D للاحتياجات الصحية المعقدة للأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو المشتركين في برنامج إدارة الأدوية. عادة ما تتضمن خدمات برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) المناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية.

سياسة Medigap (تأمين Medicare التكميلي) – برنامج Medicare التكميلي الذي توفره شركات التأمين الخاصة لسد الفجوات في Original Medicare. تعمل سياسات Medigap مع برنامج Original Medicare فقط. (خطة Medicare Advantage ليست هي سياسة Medigap).

العضو (عضو في خطتنا أو عضو الخطة) – هو عضو في Medicare مؤهل للحصول على خدمات مغطاة، كان قد سبق له التسجيل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من قبل Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS).

خدمات الأعضاء – هو القسم المسؤول في إطار خطتنا عن الرد على أسئلتك بشأن العضوية والمزايا والشكاوى والاستئنافات.

الصيدلية التابعة للشبكة – هي صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة. وفي معظم الحالات، لا تكون الأدوية الموصوفة طبيبياً مغطاة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

مقدم الخدمات التابع للشبكة – مقدم الخدمات هو المصطلح العام للأطباء وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية المرخصة أو المعتمدة من قبل Medicare ومن قبل الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. **مقدمو الخدمات التابعين لشبكتنا** يرتبطون باتفاق مع خطتنا لقبول مدفوعاتنا كمدفوعات كاملة، وفي بعض الحالات لتنسيق الخدمات المغطاة وتقديمها لأعضاء خطتنا. ويُطلق على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أيضاً مسمى **مقدمو خدمات الخطة**

فترة التسجيل المفتوحة – هي الفترة الزمنية بين 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر من كل عام حيث يمكن للأعضاء تغيير خططهم الصحية أو الدوائية أو التبديل إلى Original Medicare.

حكم الهيئة – هو قرار تتخذه خطتنا بشأن إذا ما كانت العناصر أو الخدمات مشمولة أو مقدار ما يتعين عليك دفعه مقابل الحصول على العناصر أو الخدمات المغطاة. ويطلق على قرارات الهيئة مسمى قرارات التغطية في هذه الوثيقة.

المنتج البيولوجي الأصلي – هو منتج بيولوجي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) ويعمل كمثيل للشركات المصنعة التي تنتج بدائل حيوية مماثلة.. ويسمى أيضاً المنتج المرجعي.

Original Medicare (Traditional Medicare أو Fee-for-Service Medicare) – يتم توفير Original Medicare من قبل الحكومة، وليس من قبل خطة رعاية صحية خاصة مثل خطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة. في إطار برنامج Original Medicare، تغطي خدمات Medicare من خلال الدفع للأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية التي يحددها الكونجرس. يمكنك زيارة الطبيب أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يقبلون برنامج Medicare. يجب عليك دفع الخصم. يدفع Medicare حصته من المبلغ المعتمد من Medicare، وأنت تدفع حصتك. يتكون برنامج Original Medicare من 2 من الأجزاء: الجزء A (تأمين المستشفى) والجزء B (التأمين الطبي) وهو متاح في كل مكان في الولايات المتحدة.

الصيدلية غير التابعة للشبكة – هي صيدلية لا ترتبط بعقد مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المغطاة لأعضاء خطتنا. إن معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات غير التابعة لشبكتنا لا تشملها تغطية خطتنا ما لم تنطبق شروط معينة عليها.

مقدم الخدمات غير التابع للشبكة أو المرفق غير التابع للشبكة – هو مقدم خدمات أو مرفق لا يرتبط بعقد مع خطتنا لتنسيق أو توفير الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمات غير التابعين للشبكة هم مقدمو الخدمات ممن لا يتم توظيفهم أو التحكم فيهم أو تشغيلهم بواسطة خطتنا.

التكاليف المدفوعة – راجع تعريف "تقاسم التكاليف" أعلاه. يُشار أيضاً إلى طلب تقاسم التكاليف الخاص بالعضو لدفع جزء من تكلفة الخدمات أو الأدوية التي يتلقاها بمتطلب "التكاليف المدفوعة" من جانب العضو.

الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة – هو الحد الأقصى لما يمكنك دفعه مقابل الحصول على أدوية الجزء D.

الجزء C – راجع خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء D – هو برنامج مزايا الأدوية الموصوفة الطوعي من Medicare.

أدوية الجزء D – الأدوية التي يمكن تغطيتها بموجب الجزء D. وقد يمكننا توفير جميع أدوية الجزء D أو عدم توفيرها. تم استبعاد فئات معينة من الأدوية من تغطية الجزء D من قبل الكونجرس. يجب أن تغطي كل خطة فئات معينة من أدوية الجزء "D".

غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D – هي مبلغ يضاف إلى قسطك الشهري لتغطية أدوية برنامج Medicare حال عدم حصولك على تغطية قابلة للاعتماد (تغطية من المتوقع أن تدفع خلالها في المتوسط بقدر تغطية الأدوية القياسية في برنامج Medicare وذلك على أقل تقدير) لفترة ممتدة تبلغ 63 يومًا أو أكثر بعد أن تصبح مؤهلاً للمرة الأولى للانضمام إلى الجزء D من الخطة. إذا لم تعد تحصل على "Extra Help" فقد تدفع غرامة التأخير في التسجيل حال عدم حصولك على تغطية من الجزء D أو أي تغطية أخرى معتمدة للأدوية لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي.

خطة هيئة مقدمي الخدمة المفضلين (PPO) – خطة هيئة مقدمي الخدمة المفضلين هي خطة Medicare Advantage حيث إن لديها شبكة من مقدمي الخدمات المتعاقدين ممن وافقوا على علاج أعضاء الخطة مقابل دفع مبلغ محدد. ويتعين على خطة PPO تغطية جميع مزايا الخطة سواء تم الحصول عليها من قبل مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو غير التابعين لها. ويكون تقاسم التكاليف أعلى بشكل عام عند حصول الأعضاء على مزايا الخطة من موفري خدمات غير تابعين للشبكة. وتتسم خطط PPO بكونها تضع حدًا سنويًا لتكاليفك الشخصية مقابل الخدمات التي تتلقاها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) بالإضافة إلى حد أعلى لإجمالي تكاليفك الشخصية المجمعة مقابل الحصول على الخدمات من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) وغير التابعين لها (غير المفضلين).

القسط – هو مدفوعات دورية إلى Medicare أو شركة تأمين أو خطة رعاية صحية لتغطية الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة.

الخدمات الوقائية – الرعاية الصحية للوقاية من الأمراض أو الكشف عنها في مرحلة مبكرة، عندما يكون من المرجح أن يكون للعلاج تأثير أفضل (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية اختبارات عنق الرحم، ولقاحات الإنفلونزا، وتصوير الثدي بالأشعة السينية).

مقدم الرعاية الأولية (PCP) – هو الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر الذي تزوره دائمًا لمعظم المشكلات الصحية التي تعاني منها. ويتعين عليك بموجب العديد من خطط الرعاية الصحية ببرنامج Medicare زيارة مقدم الرعاية الأولية لديك أو لأقرب للجوء إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.

الموافقة المسبقة – الموافقة المسبقة على الحصول على خدمات أو أدوية معينة. الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة من خطتنا، يتم تمييزها في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4. كما تم تحديد الأدوية المغطاة التي تحتاج إلى الحصول على موافقة مسبقة في كتيب الوصفات بالإضافة إلى نشر معاييرنا عبر موقعنا الإلكتروني.

الأطراف الاصطناعية والتقويمات – الأجهزة الطبية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، دعامة الذراع والظهر والرقبة؛ والأطراف الاصطناعية؛ والعيون الاصطناعية؛ والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء داخلي أو وظيفة من وظائف الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر والعلاج بالتغذية المعوية وغير الفموية.

هيئة تحسين الجودة (QIO) – تضم مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية ممن يتقاضون أجرًا من الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى الأعضاء في Medicare وتحسين هذه الرعاية.

حدود الكمية – هي أداة للإدارة مصممة للحد من استخدام الأدوية المحددة لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو الاستخدام. قد يكون هناك قيود مفروضة على كمية الدواء التي تشملها التغطية وفقًا للوصفة الطبية.

"أداة المزايا في الوقت الفعلي" – بوابة أو تطبيق عبر الكمبيوتر يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وفي الوقت الفعلي ومناسبة سريريًا بالإضافة إلى الوصفات الطبية ومعلومات المزايا الخاصة بالمسجلين. ويتضمن ذلك مبالغ تقاسم التكاليف وأدوية الوصفات البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية مثل دواء معين وقيود التغطية (الموافقة المسبقة والعلاج التدريجي وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة – هي أمر كتابي من طبيب الرعاية الأولية لزيارة أحد الأخصائيين أو الحصول على خدمات طبية معينة. وقد لا تدفع خطتنا مقابل الخدمات التي يتم الحصول عليها من قبل أحد الأخصائيين في حال عدم وجود إحالة.

خدمات إعادة التأهيل – تتضمن هذه الخدمات رعاية إعادة التأهيل للمرضى الداخليين، والعلاج الطبيعي وعلاج الكلام واللغة والعلاج الوظيفي.

الدواء المحدد – دواء مغطى في الجزء D الذي تفاوض بشأنه Medicare على الحد الأقصى للسعر العادل.

منطقة جغرافية – يجب أن تعيش فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. وبالنسبة إلى الخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات ممن يمكنك التعامل معهم، فيكون هذا عمومًا هو النطاق الذي يمكنك الحصول فيه على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). يتعين على الخطة إلغاء تسجيلك إذا انتقلت خارج منطقة خدمة الخطة بشكل دائم.

الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) – الرعاية التمريضية الماهرة وخدمات إعادة التأهيل التي تقدّم على أساس يومي دائم داخل مرفق الرعاية التمريضية الماهرة. تشمل أمثلة الرعاية العلاج الطبيعي أو الحقن في الوريد والتي لا يمكن تقديمها إلا بواسطة ممرضة أو طبيب مسجل.

خطة الاحتياجات الخاصة – أحد أنواع خطة Medicare Advantage التي توفر رعاية صحية أكثر تركيزاً لمجموعات محددة من الأشخاص، مثل الأعضاء في Medicare و Medicaid، أو المقيمين في مرفق رعاية، أو الذين يعانون من حالات طبية مزمنة معينة.

العلاج التدريجي – هو أداة استخدام تتطلب منك تجربة دواء آخر أولاً لعلاج حالتك الطبية قبل أن تتمكن من تغطية الدواء الذي وصفه لك طبيبك في بداية الأمر.

دخل الضمان التكميلي (SSI) – مدفوعات شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو المكفوفين أو ممن تبلغ أعمارهم 65 عاماً أو أكثر. تختلف مزايا الدخل الإضافي من الضمان الاجتماعي (SSI) عن مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات العاجلة – تدرج الخدمة التي تغطيها الخطة وتتطلب رعاية طبية فورية ولا تشكل حالة طارئة ضمن الخدمات العاجلة إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتاً، وكان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن أمثلة الخدمات العاجلة الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو تفاقم الحالات المرضية القائمة بشكل غير متوقع. لا تدرج الزيارات الروتينية الضرورية طبيياً لمقدم الخدمات (مثل الفحوصات السنوية) تحت الخدمات العاجلة حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو في حال إذا ما كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتاً.

معلومات إضافية هامة حول الرعاية الصحية وموارد الأعضاء

- إشعار عدم التمييز (NDN) – القسم 1557
- إشعار التوافر (NOA) – خدمات المساعدة اللغوية
- إشعار ممارسة الخصوصية (NPP)

التمييز مخالف للقانون. تتبع خطة Central Health Plan قوانين الولاية والحقوق المدنية الفيدرالية. لا تميز Central Health Plan بشكل غير قانوني أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف بسبب الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية العرقية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

تنص Central Health Plan على ما يلي:

- مساعدات وخدمات مجانية في الوقت المناسب للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل:
 - مترجمين مؤهلين للغة الإشارة
 - المواد المكتوبة بتنسيقات أخرى (طريقة برايل، والطباعة بخط كبير، والملفات الصوتية، والتنسيقات الإلكترونية التي يمكن الوصول إليها، وغيرها من التنسيقات)
- خدمات لغوية مجانية في الوقت المناسب للأشخاص غير المتحدثين باللغة الإنجليزية كلغة أساسية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Central Health Plan بين الساعة 8:00 a.m. و 8:00 p.m. عن طريق الاتصال بالرقم 1-866-314-2427. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711 عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو على شريط صوتي أو في شكل إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

عبر الهاتف: 1-866-606-3889. في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيُرجى الاتصال على 711

كيفية تقديم تظلم

إذا كنت تعتقد أن Central Health Plan قد فشلت في تقديم هذه الخدمات أو أنها قد مارست تمييزًا غير قانوني بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو الهوية الإثنية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، فيمكنك تقديم شكوى إلى منسق الحقوق المدنية في Central Health Plan. يمكنك تقديم شكوى عبر الهاتف، أو كتابيًا، أو بطريقة شخصية أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية في Central Health Plan بين الساعة 8:30 a.m. و 5:30 p.m. عن طريق الاتصال على 1-866-606-3889. أو، في حال كنت من غير القادرين على السمع أو التحدث بصورة جيدة، فيمكنك الاتصال على رقم 711.

- **كتابيًا:** املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

Central Health Plan
Civil Rights Coordinator
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

- بصورة شخصية: قم بزيارة عيادة الطبيب أو Central Health Plan وأخبرهم أنك تريد تقديم شكوى.
- إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان Civil.Rights@MolinaHealthcare.com. يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لخطة Central Health Plan على MolinaHealthcare.Alertline.com

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES

يمكنك كذلك تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في ولاية California عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** يمكنك الاتصال على الرقم 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال على الرقم 711 (Telecommunications Relay Service).
- **كتابيًا:** املاً نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:
Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413

- تتوفر استمارات الشكاوى على [DHCS.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).
- **إلكترونيًا:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFFICE OF CIVIL RIGHTS – U.S DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى (تظلم) بخصوص الحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل بالرقم 1-800-368-1019. في حال كنت من غير القادرين على التحدث أو السمع بصورة جيدة، فيرجى الاتصال بـ TTY/TDD: 1-800-537-7697.
- **كتابيًا:** املاً نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

- تتوفر نماذج الشكاوى عبر [HHS.gov/ocr/office/file/index.html](https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).
- **إلكترونيًا:** قم بزيارة Office for Civil Rights Complaint Portal عبر [OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf](https://www.OCRportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf).

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

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-866-314-2427(TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427(TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-866-314-2427، (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريلا والخط الكبير، اتصل بـ 1-866-314-2427 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ձեզ հարկավոր է աջակցություն ձեր լեզվով, ապա զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար գործում են նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ, օրինակ՝ Բրայլի գրաստիպով ու խոշորատառ տպատառով տրամադրվող նյութեր: Տվյալ դեպքում զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Ծառայությունները գործում են անվճար:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ 1-866-314-2427(TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的语言提供帮助，请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的辅助工具和服务，例如盲文文件和大字体文件。请致电 1-866-314-2427(TTY: 711)。这些服务均免费提供。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود راهنمایی دریافت کنید، با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌هایی به خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با 1-866-314-2427 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-866-314-2427(TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निशुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-866-314-2427(TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注記：日本語での対応が必要な場合は 1-866-314-2427(TTY: 711) までお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスもご用意しております。1-866-314-2427(TTY: 711)までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean)

알림: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 지원 및 서비스도 이용하실 수 있습니다. 1-866-314-2427(TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ນອກນີ້ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕໂຟມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-866-314-2427(TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-866-314-2427(TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-866-314-2427(TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ 1-866-314-2427(TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427(TTY: 711)'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Notice of Availability/Taglines – Section 1557 Central Health Plan

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-866-314-2427 (TTY: 711). Такие услуги = бесплатны.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-866-314-2427 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами й послугами, наприклад отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

إشعار ممارسات الخصوصية

يوضح هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية وكيفية الإفصاح عنها وكيفية حصولك على هذه المعلومات. يُرجى الاطلاع على هذا الإشعار بكل دقة وعناية.

يصف هذا الإشعار ممارسات الخصوصية للخطط الصحية التابعة لشركة Molina Healthcare (المشار إليها هنا باسم "Molina" أو "نحن" أو "خاصتنا"). نستخدم ونشارك المعلومات الصحية المحمية ("المعلومات الصحية المحمية [PHI]") الخاصة بك لتوفير المزايا الصحية الخاصة بك كعضو في Molina. فنحن نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) ونتبادلها من أجل تقديم خدمات العلاج وإجراء عمليات الدفع والرعاية الصحية. كما نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) ونشاركها لأغراض أخرى يسمح بها القانون أو يلزمنا بها. ونجد لزامًا علينا أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. يسري هذا الإشعار اعتبارًا من 1 يناير 2026.

المعلومات الصحية المحمية (PHI) يُقصد بها المعلومات الصحية التي تحتوي على اسمك ورقم عضويتك أو محددات الهوية الأخرى والتي يتم استخدامها أو مشاركتها معنا. تتضمن المعلومات الصحية المحمية (PHI) معلومات صحية حول اضطرابات تعاطي المخدرات ومعلومات بيومترية (مثل البصمة الصوتية).

لماذا نستخدم المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو نشاركها؟

نحن نستخدم معلوماتك الصحية المحمية (PHI) ونتبادلها لكي نقدم لك مزايا الرعاية الصحية. ويجري استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أيضًا وتبادلها بغرض تقديم خدمات العلاج والقيام بإجراءات الدفع وعمليات الرعاية الصحية.

للعلاج

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) ومشاركتها من أجل تقديم الرعاية الطبية لك أو من أجل الإعداد لتقديمها. وتشتمل خدمات العلاج هذه أيضًا على الحالات ما بين الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية على سبيل المثال، يجوز لنا مشاركة المعلومات بشأن حالتك الصحية مع أحد الاختصاصيين. وهو ما من شأنه مساعدة ذلك الاختصاصي للتحديث مع طبيبك حول العلاج.

للدفع

يجوز لنا استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو مشاركتها بهدف اتخاذ القرارات بشأن دفع المستحقات. وقد يتضمن ذلك المطالبات والموافقات فيما يتعلق بخدمات العلاج وكذلك القرارات التي تُتخذ بشأن الحاجات الطبية. ومن ثم يجوز لنا كتابة اسمك وحالتك والعلاج المقدم لك والأدوية المقدمة على الفاتورة. فيجوز لنا مثلاً أن نبلغ طبيبك بحصولك على الميزات الطبية التي نوفرها. كما يجوز لنا إطلاع طبيبك على حجم الفاتورة التي قد ندفعها.

لعمليات الرعاية الصحية

يجوز لنا استخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) لإدارة خطتنا الصحية على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الواردة في طلبك لنخبرك عن البرنامج الصحي الأمثل بالنسبة لك. كذلك يجوز لنا استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل التوصل لحل بشأن أي مخاوف لديك. كما يجوز استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض النظر في مدى صحة دفع تكاليف الخدمات الواردة في طلبك.

تتضمن عمليات الرعاية الصحية العديد من احتياجات العمل اليومية. ومن ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- الارتقاء بالجودة؛
- الإجراءات التي تُتخذ في البرامج الصحية لمساعدة الأعضاء في حالات بعينها (مثل مرضى الربو)؛
- إجراء المراجعات الطبية أو الإعداد لها؛
- الخدمات القانونية، ومنها برامج التحقيق والكشف عن الإساءات والاحتيال.
- الإجراءات اللازمة لمساعدتنا على الامتثال للقوانين؛
- تلبية احتياجات الأعضاء، بما في ذلك حل الشكاوى والتظلمات.

وسنقوم بمشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع شركات أخرى ("شركاء الأعمال") التي تمارس مختلف أنواع الأنشطة التي تنطوي عليها الخطة (الخطط) الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لتذكيرك بمواعيد زيارتك الطبية. ويجوز لنا كذلك استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لكي نقدم لك معلومات حول علاجك (علاجتك) أو الخدمات العلاجية والمزايا الصحية الأخرى.

متى نستطيع استخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو تبادلها من دون الحصول على موافقة (تصريح) مكتوبة منك بذلك؟ بالإضافة إلى العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، يسمح القانون لشركة Molina - بل ويلزمها - باستخدام ومشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) لعدة أغراض أخرى بما فيها ما يلي:

حسبما يتطلب القانون

يجوز لنا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية طبقاً لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) متى كان ذلك إلزاماً من Department of Health and Human Services (HHS). وقد يكون ذلك من أجل قضايا بعينها في المحاكم أو غير ذلك من المراجعات القانونية أو حينما يكون ذلك إلزاماً لأغراض تنفيذ القانون.

الصحة العامة

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض أنشطة الصحة العامة. ومن ذلك مساعدة الجهات الصحية العامة في الوقاية من الأمراض أو التحكم بها.

مراقبة خدمات الرعاية الصحية

يجوز استخدام أو مشاركة بياناتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية. فقد ترغب هذه الجهات في الاطلاع على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) من أجل مراجعة الحسابات وتدقيقها.

الأبحاث

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الأبحاث في حالات بعينها، مثل عندما تكون هذه الأبحاث معتمدة من خلال مجلس مراجعة خصوصية أو مؤسسي.

الإجراءات الإدارية أو القانونية

يجوز استخدام أو مشاركة بياناتك الصحية المحمية (PHI) لأغراض الإجراءات القانونية؛ كأن يكون ذلك استجابةً لأمر قضائي بعينه.

تنفيذ القانون

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الشرطة لأغراض فرض القانون، مثل المساعدة في العثور على أحد المشتبه بهم أو الشهود أو المفقودين.

الصحة والسلامة

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للوقاية من تهديد خطير ووشيك يطل صحة أو سلامة أحد الأشخاص أو الجمهور العام.

الأغراض الحكومية

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات الحكومية لأغراض معينة. على سبيل المثال، توفير الحماية للرئيس.

ضحايا أعمال الإساءة والإهمال والعنف المنزلي

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الجهات القانونية إذا كنا نرى وقوع شخص ما ضحيةً للإساءة أو الإهمال.

تعويض العمال

يجوز استخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) بهدف الامتثال لقوانين تعويضات العاملين.

أغراض الإفصاح الأخرى

تجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع متعهدي دفن الموتى وقضاة التحقيق في حوادث الوفاة لمساعدتهم على أداء مهامهم.

قيود إضافية على الاستخدام والإفصاح.

قد تتطلب بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات تدابير خاصة لحماية الخصوصية تقيد استخدام أنواع معينة من المعلومات الصحية والإفصاح عنها. قد تحمي هذه القوانين الأنواع التالية من المعلومات: اضطرابات تعاطي الكحول والمواد المخدرة، والمعلومات البيومترية، وإساءة معاملة الأطفال أو البالغين أو إهمالهم بما في ذلك الاعتداء الجنسي، والأمراض المعدية، والمعلومات الجينية، وفيروس نقص HIV/AIDS، والصحة العقلية، ومعلومات القاصرين، والوصفات الطبية، والصحة الإنجابية، والأمراض المنقولة جنسياً. سنتبع القانون الأكثر صرامة، حيثما انطبق علينا.

معلومات اضطراب تعاطي المخدرات (SUD).

على الرغم من أننا لسنا برنامجًا لعلاج اضطرابات تعاطي المخدرات بموجب القانون الفيدرالي ("برنامج SUD")، فقد نتلقى معلومات عنك من برنامج SUD. لا يجوز لنا الكشف عن معلومات SUD لاستخدامها في إجراء مدني أو جنائي أو إداري أو تشريعي ضدك ما لم نحصل على (1) موافقتك الخطية، أو (2) أمر محكمة مصحوبًا بأمر استدعاء أو شرط قانوني آخر يفرض الإفصاح صدر بعد أن تم إخطارنا وإعطائك فرصة للاستماع إليك.

متى نحتاج إلى موافقة (اعتماد) مكتوبة منك لاستخدام المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو مشاركتها؟

نحتاج إلى الحصول على موافقة كتابية منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية PHI لأي غرض آخر غير تلك الأغراض المدرجة في هذا الإخطار. نحتاج للحصول على موافقة منك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) للحالات التالية: (1) معظم عمليات استخدام المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي والإفصاح عنها؛ (2) عمليات الاستخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية لأغراض التسويق؛ و (3) الاستخدامات والأغراض التي تتضمن بيع المعلومات الصحية المحمية (PHI). يجوز لك إلغاء موافقتك التي منحناها إياها سابقًا. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحناها إياها بالفعل.

ما هي حقوق المعلومات الصحية الخاصة بك؟

لك الحق في:

- **طلب وضع قيود على استخدامات معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وأغراض الإفصاح عنها [مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI)]**
يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بغرض تيسير تقديم العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع أسرتك أو أصدقائك أو غيرهم ممن تشتمل عليهم خطتك الصحية. ولكننا غير ملزمين بالموافقة على طلبك هذا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.
- **طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية (PHI) من خلال الاتصالات السرية**
يجوز لك أن تطلب من Molina إطلاعك على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI). وستتابع الطلبات المعقولة، شرط أن نخبرنا كيف يمكن أن تعرّض مشاركة كل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو بعضها حياتك للخطر. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.
- **مراجعة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) والحصول على نسخة منها**
يحق لك مراجعة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) التي لدينا والحصول على نسخة منها. وقد يشمل ذلك السجلات المستخدمة في تغطية الخدمات والمطالبات وغيرها من القرارات بوصفك أحد أعضائنا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل نسخ هذه السجلات وإرسالها عن طريق البريد. وفي بعض الحالات، قد نرفض الطلب. ملاحظة مهمة: لا تتوفر لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. فإذا كنت ترغب في الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو إدخال أي تعديلات عليها، فيرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.
- **تعديل معلوماتك الصحية المحمية (PHI)**
يجوز لك أن نتقدم إليك بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية (PHI). ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.
- **تلقي كشف بعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) (تبادل معلوماتك الصحية المحمية [PHI])**
يجوز لك أن تطلب منا الحصول على قائمة بالأطراف التي تبادلنا معها معلوماتك الصحية المحمية (PHI) خلال السنوات الستة السابقة على تاريخ تقديم هذا الطلب. على ألا تشتمل هذه القائمة على عمليات مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) التالية:
 - مشاركة المعلومات بهدف تيسير العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛
 - مع الأشخاص بخصوص معلوماتهم الصحية المحمية (PHI)؛
 - عمليات المشاركة التي جرت بموجب الموافقة الممنوحة منك؛
 - وقائع الاستخدام والتبادل المسموح بها أو الإلزامية بموجب القوانين المعمول بها؛
 - المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي جرى الكشف عنها لمصلحة الأمن القومي أو للأغراض الاستخباراتية؛ أو
 - التبادلات التي جرت كجزء من مجموعة بيانات محدودة وفقًا للقانون المعمول به.

سنفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال مدة 12 شهرًا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك.

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوقك لم تتم حمايتها؟

يحق لك التقدم بشكواك إلينا وإلى Department of Health and Human Services إذا كنت تعتقد بأن حقوق خصوصيتك قد جرى انتهاكها. ولا يجوز لنا أن نتخذ أي إجراء بحقك بسبب ما تقدمت به من شكاوى. ولن تتغير خدمات الرعاية والمزايا التي نقدمها لك بأي حال من الأحوال.

كما يحق لك التقدم بشكواك إلينا من خلال:

يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711. أو راسلنا على:

Molina Healthcare
عناية: Appeals and Grievances
P.O. Box 22816
Long Beach, CA 90801-9977

كما يجوز لك التقدم بشكواك إلى *Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services* على العنوان التالي:

U.S. Department of Health & Human Services Office for Civil Rights
Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 200
(800) 368-1019; (800) 537-7697 (TDD); (202) 619-3818 (فاكس)

ما هي واجباتنا؟

نلتزم بما يلي:

- المحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- تزويدك بالمعلومات المكتوبة، ومنها ما يتعلق على سبيل المثال بواجباتنا وممارسات الخصوصية التي نتخذها بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI)؛
- إخطارك في حالة وقوع أي انتهاك بشأن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) غير المؤمنة؛
- عدم استخدام بياناتك الوراثية أو الكشف عنها لأي أغراض كتابية.
- الالتزام ببنود هذا الإشعار.

هذا الإشعار عرضة للتعديل

نحتفظ بالحق في تعديل ممارسات الشركة المعلوماتية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. وإذا قمنا بذلك، فستكون الشروط والممارسات الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية (PHI) التي بحوزتنا. وفي حال إجرائنا أي تغييرات جوهرية على هذا الإشعار، فسوف ننشر الإشعار المعدل على موقعنا الإلكتروني، وسترسل بهذا الإشعار المعدل أو المعلومات حول التغييرات الجوهرية تلك وكيفية الحصول على هذا الإشعار المعدل إلى أعضائنا، وذلك خلال مراسلتنا البريدية السنوية المقبلة لأعضائنا الخاضعين للتغطية آنذاك. يتوفر هذا الإشعار عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com.

معلومات الاتصال

إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار، يرجى الاتصال بنا.

يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المجاني المدون على ظهر بطاقة الهوية (ID)، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يُرجى الاتصال على الرقم 711. أو يمكنك الكتابة إلى Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو في شكل إصدار صوتي مجانًا. يمكنك الاتصال على الرقم (855) 882-3901، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. المكالمات مجانية.

خدمات الأعضاء Central Health Medi-Medi Plan II (HMO D-SNP) خدمات الأعضاء

الطريقة	خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال
اتصل على	(866) 314-2427 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. خط خدمات الأعضاء مفتوح على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع، وإذا اتصلت بعد ساعات العمل، فهناك خيار لترك رسالة صوتية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة عاجلة أو كنت في أزمة، فسوف يوجهك IVR إلى Nurse Advice Line للحصول على دعم إضافي مباشر. يتيح قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم	711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. تتوفر خدمة National Relay على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
فاكس	(310) 507-6186
المراسلة عبر البريد	Molina Healthcare عناية: Medicare Member Services 200 Oceangate, Ste. 100 Long Beach, CA 90802
الموقع الإلكتروني	centralhealthplan.com
Ventura County: برنامج (California في SHIP) Ventura County Area Agency on Aging هو برنامج حكومي يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تتعلق بالتأمين الصحي المحلي مجاناً للأشخاص في برنامج Medicare.	

الطريقة	معلومات الاتصال
اتصل على	:Ventura County (805) 477-7310 :Ventura County من الإثنين إلى الجمعة: من الساعة 8:00 AM إلى 5:00 PM
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم	711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.
المراسلة عبر البريد	Ventura County: Ventura County Area Agency on Aging 4651 Telephone Road Ventura, CA 93003-9086 (805) 477-7310
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/hicap

بيان الإفصاح عن PRA وفقاً لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تعرض رقم تحكم صالحاً لمكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم التحكم OMB الصالح لجمع المعلومات هذا هو 1051-0938. إذا كان لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، يرجى الكتابة إلى: CMS, Mail 7500, Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Baltimore, Maryland, 05-26-Stop C4 .1850-21244