

2026

دليل التغطية

خطة Senior Whole Health of New York NHC

(HMO D-SNP)

New York H5992-007-000

يسري من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

من 1 يناير حتى 31 ديسمبر، 2026

دليل التغطية لعام 2026:

المزايا والخدمات الصحية وتغطية الأدوية في برنامج Medicare كعضو في خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

توفر لك هذه الوثيقة التفاصيل اللازمة بشأن برنامج Medicare بالإضافة إلى تغطية الأدوية 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، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833). (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي، طوال أيام الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. هذه المكالمات مجانية.

يتم تقديم هذه الخطة، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، من قبل Senior Whole Health of New York, Inc. (عند الإشارة في دليل التغطية هذا بالألفاظ "نحن" أو "نا" أو "خاصتنا"، فإنها تعني Senior Whole Health of New York, Inc. وعند الإشارة بألفاظ "خطة" أو "خطتنا"، فإنها تعني Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

ترتبط خطط Molina Healthcare المتمثلة في C-SNP و D-SNP و HMO مع Medicare. ترتبط خطط D-SNP بعقد مع برنامج Medicaid الحكومي. يتوقف التسجيل في خططنا على تجديد العقد.

تلتزم Senior Whole Health بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تميز على أساس العرق، أو الإثنية، أو الأصل الوطني، أو الدين، أو النوع، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة العقلية أو البدنية، أو الحالة الصحية، أو تلقي الرعاية الصحية، أو تاريخ المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الوراثية أو وجود أدلة على إمكانية التأمين أو الموقع الجغرافي.

تتوفر هذه الوثيقة مجاناً باللغات الإسبانية والصينية والعربية والكورية والروسية والإيطالية والفرنسية والكريولية الفرنسية والبيديشية والبولندية والتاغالوغية والبنغالية والألبانية واليونانية والأردية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بلغة (لغات) غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو في شكل إصدار صوتي. يمكنك الاتصال على 671-0440 (833)، (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711). المكالمات مجانية.

قد تطرأ تغييرات على المزايا في 1 يناير 2027.

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

جدول المحتويات

4	البدا كعضو	الفصل 1:
4.....	أنت عضو في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	القسم 1
5.....	متطلبات الأهلية للخطة	القسم 2
6.....	المواد الهامة المتعلقة بالعضوية	القسم 3
8.....	ملخص التكاليف الهامة	القسم 4
12.....	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 الخاصة بخطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	القسم 1
16.....	– الحصول على المساعدة من Medicare	القسم 2
17.....	State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	القسم 3
18.....	هيئة تحسين الجودة (QIO)	القسم 4
19.....	الضمان الاجتماعي	القسم 5
19.....	Medicaid	القسم 6
22.....	البرامج المخصصة لمساعدة الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة	القسم 7
24.....	مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB)	القسم 8
25.....	إذا كان لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟	القسم 9
26	استخدام خطتنا لرعايتك الطبية بالإضافة إلى الخدمات المغطاة الأخرى	الفصل 3:
26.....	كيفية الحصول على الرعاية الطبية بالإضافة إلى الخدمات الأخرى كعضو في خطتنا	القسم 1
27.....	الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية؛ والخدمات الأخرى	القسم 2
30.....	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
32.....	الخدمات الطبية في الدراسة البحثية السريرية	القسم 5
33.....	قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية	القسم 6
34.....	قواعد ملكية الأجهزة الطبية المعمرة	القسم 7
35	مخطط المزايا الطبية (ما يتم تغطيته)	الفصل 4:
35.....	فهم الخدمات المغطاة	القسم 1
35.....	يوضح مخطط المزايا الطبية المزايا والتكاليف الطبية الخاصة بك	القسم 2
73.....	الخدمات المغطاة خارج خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)	القسم 3
73.....	الخدمات غير المغطاة من جانب Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) أو Medicaid	القسم 4

76	استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء D	الفصل 5:
76.....	القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D من الخطة.....	القسم 1
76.....	الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة.....	القسم 2
78.....	يجب أن تكون أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة.....	القسم 3
80.....	الأدوية التي يُفرض عليها قيود في التغطية.....	القسم 4
81.....	ما يمكنك فعله حال عدم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي تريد تغطيتها بها.....	القسم 5
83.....	قد تخضع قائمة الأدوية للتغيير خلال العام.....	القسم 6
84.....	أنواع الأدوية التي لا نغطيها.....	القسم 7
85.....	كيفية صرف الأدوية الموصوفة.....	القسم 8
85.....	الجزء D تغطية الأدوية في المواقف الخاصة.....	القسم 9
86.....	البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية.....	القسم 10
88	ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D	الفصل 6:
88.....	ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D.....	القسم 1
90.....	مراحل دفع مقابل الأدوية لأعضاء Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).....	القسم 2
90.....	يوضح شرح المزايا الخاص بالجزء D مرحلة الدفع الحالية لك.....	القسم 3
91.....	مرحلة الخصم.....	القسم 4
91.....	مرحلة التغطية الأولية.....	القسم 5
95.....	مرحلة التغطية القصوى.....	القسم 6
95.....	ما تدفعه مقابل لفاحات الجزء D.....	القسم 7
97	مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة مقابل الحصول على الخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة	الفصل 7:
97.....	الحالات التي يجب خلالها مطالبتنا بدفع تكلفة الخدمات أو الأدوية المغطاة.....	القسم 1
99.....	كيفية مطالبتنا برد المبلغ إليك أو سداد فاتورة كنت قد تلقيتها.....	القسم 2
99.....	سننظر في طلب الدفع ثم نقرر الموافقة أو عدم الموافقة.....	القسم 3
100	حقوقك ومسؤولياتك	الفصل 8:
100.....	يجب على خطتنا أن نحترم حقوقك وحساسياتك الثقافية.....	القسم 1
117.....	مسؤولياتك كعضو في الخطة.....	القسم 2
119	إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)	الفصل 9:
119.....	الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف.....	القسم 1
119.....	مصادر الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة المخصصة.....	القسم 2
120.....	فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجي Medicare و Medicaid.....	القسم 3
120.....	ما العملية التي تستخدمها للمساعدة في حل مشكلتك.....	القسم 4
120.....	دليل قرارات التغطية والاستئنافات.....	القسم 5
122.....	الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.....	القسم 6
131.....	أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.....	القسم 7

137.....	كيفية مطالبتنا بتغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت تعتقد أنك غادرت المستشفى مبكرًا	القسم 8
140.....	كيف يمكنك مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك تنتهي خلال وقت قريب للغاية	القسم 9
143.....	الانتقال باستئنافك إلى المستويات 3، 4 و 5	القسم 10
145.....	كيف يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية، أو أوقات الانتظار، أو خدمة العملاء، أو المخاوف الأخرى	القسم 11
148	إنهاء عضويتك في خطتنا	الفصل 10:
148.....	إنهاء عضويتك في خطتنا	الفصل 1
148.....	متى يمكنك إلغاء عضويتك في خطتنا؟	القسم 2
150.....	كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا	القسم 3
151.....	يجب أن تستمر في الحصول على العناصر الطبية، والخدمات والأدوية من خلال خطتنا حتى انتهاء عضويتك	القسم 4
151.....	يجب على Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطّة في حالات معينة	القسم 5
153	الإشعارات القانونية	الفصل 11:
153.....	إشعار بشأن القانون الحاكم	القسم 1
153.....	إشعار بشأن عدم التمييز	القسم 2
153.....	إشعار حول حقوق الحلول لجهة الدفع الثانوية في برنامج Medicare	القسم 3
154	التعريفات	الفصل 12:

الفصل 1: البدء كعضو

القسم 1 أنت عضو في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

القسم 1.1 أنت مسجل في Senior Whole Health of New York NHC (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 (الفشل الكلوي).
- **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 وتغطية الأدوية من جانب برنامج Medicare من خلال خطتنا، Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). تغطي خطتنا جميع خدمات الجزء A والجزء B. ومع ذلك، يختلف مبلغ تقاسم التكاليف وإمكانية الوصول إلى مقدم الخدمات في خطتنا عن Original Medicare.

Senior Whole Health of New York NHC (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 الذين لديهم احتياجات خاصة للرعاية الصحية. تم إعداد Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) للأشخاص المشتركين في 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 (الخصومات والمدفوعات المشتركة والتأمين المشترك)، فقد لا تدفع شيئًا مقابل خدمات Medicare. يوفر برنامج Medicaid أيضًا مزايا أخرى من خلال تغطية خدمات الرعاية الصحية التي لا يغطيها عادةً برنامج Medicare. وستحصل أيضًا على خدمات برنامج Extra Help من Medicare لدفع تكاليف أدوية Medicare. من Medicare لدفع تكاليف أدوية Medicare. ستساعدك خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) على إدارة جميع هذه المزايا، حتى تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية والمساعدة في الدفع التي يحق لك الحصول عليها.

تُدار خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) من خلال شركة خاصة. مثل جميع خطط Medicare Advantage، تمت الموافقة على خطة Medicare Special Needs من قبل Medicare. ترتبط خطتنا أيضًا ببرنامج New York Medicaid 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 جزءًا من عقدنا معك حول كيفية قيام Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بتغطية رعايتك. تتضمن الأجزاء الأخرى من هذا العقد نموذج التسجيل، وقائمة الأدوية المغطاة (الوصفات)، وأي إشعارات تتلقاها منا بشأن التغييرات في التغطية أو الشروط التي تؤثر على تغطيتك. تسمى هذه الإشعارات أحيانًا بالراكبين أو التعديلات.

يسري العقد على الأشهر التي تم تسجيلك فيها في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) في 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 إجراء تغييرات على تكاليف ومزايا Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بعد 31 ديسمبر 2026. كما يمكننا التوقف عن تقديم خطتنا في منطقة خدمتك، بعد 31 ديسمبر 2026.

يجب أن يوافق Medicare (Centers for Medicare & Medicaid Services) على خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) كل عام. يمكنك الاستمرار في الحصول على تغطية Medicare كل عام كعضو في خطتنا طالما اخترنا الاستمرار في تقديم خطتنا بالإضافة إلى تجديد Medicare موافقته 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
- العيش في منطقة خدمتنا الجغرافية (ترد في القسم 2.3 أدناه منطقة خدمتنا). 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

تم إعداد خطتنا لتلبية احتياجات الأشخاص ممن يحصلون على مزايا محددة من Medicaid. Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولايات يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب أن تكون مؤهلاً للحصول على مزايا Medicare وجميع مزايا Medicaid.

ملاحظة: في حال فقدانك للأهلية ولكن من المتوقع بشكل معقول أن تستعيدتها خلال 6 أشهر، تكون لا تزال مؤهلاً للعضوية. يُوضح لك الفصل 4، القسم 2.1، تفاصيل التغطية ومبلغ تقاسم التكاليف خلال فترة الأهلية المستمرة المفترضة.

القسم 2.2 Medicaid

Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومات الولاية 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 هؤلاء الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير الأموال في كل عام:

- **المزايا الكاملة المؤهلة المزدوجة (FBDE):** الفرد الذي يحق له الحصول على Medicare، لا يستوفي معايير الدخل أو الموارد لـ QMB+ أو SLMB+، ولكنه مؤهل للحصول على تغطية Medicaid الكاملة إما بشكل قاطع أو من خلال مجموعات تغطية اختيارية بناءً على حالة المحتاج طبيًا، أو مستويات الدخل الخاصة للأفراد المؤسسين، أو المنزل والإعفاءات المجتمعية.
- **المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB +):** المساعدة في دفع أقساط Medicare Part A والجزء B، وغيرها من تكاليف تقاسم التكاليف (مثل الخصومات والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة). هؤلاء الأفراد مؤهلون أيضًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.

القسم 2.3 منطقة خدمة الخطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC

يتم توفير خدمات Senior Whole Health of New York NHC للأفراد الذين يعيشون في منطقة خدمة خطتنا فقط. لكي تظل عضوًا في خطتنا، يجب عليك الاستمرار في الإقامة في منطقة خدمة الخطة.

يتضمن نطاق خدمتنا المقاطعات التالية في نيويورك: Bronx و Kings و Nassau و New York و Orange و Queens و Richmond و Rockland و Westchester.

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. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لمعرفة إذا ما كان لدينا 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 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 ببالك مراكز Medicare & Medicaid Services (Centers for Medicare & Medicaid Services) خطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو في خطتنا على هذا الأساس. يتعين على (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC إلغاء تسجيلك حال عدم استيفاء هذا الشرط.

القسم 3 المواد الهامة المتعلقة بالعضوية

القسم 3.1 بطاقة عضوية الخطة

يجب عليك استخدام بطاقة عضويتك عند الحصول على خدمات مغطاة بموجب خطتنا وللأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدليات التابعة للشبكة. تذكر دائمًا إظهار بطاقة الهوية الخاصة بخطة (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC وبطاقة عضوية Medicaid في كل مرة تتقدم فيها للحصول على الرعاية. يجب عليك أيضًا إظهار بطاقة Medicaid الخاصة بك لمقدم الخدمات. فيما يلي نموذج بطاقة يوضح ما ستبدو عليه بطاقتك:



Medicare

<LOB>

Member: <MemFIRST> <MemMID> <MemLAST>

Member #: <MemID>

Issue Date: <ISSUDAT>

<ContNum>

SWHNY.com

[BARCODE FOP]

SAMPLE

Member Services: (833) 671-0440 or TTY at 711
 24-Hour Nurse Advice Line in English: (844) 658-8544 or TTY: 711
 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: (844) 658-8544 or TTY: 711

Member Services: (833) 671-0440 or TTY at 711
 24-Hour Nurse Advice Line in English: (844) 658-8544 or TTY: 711
 24-Hour Nurse Advice Line in Spanish: (844) 658-8544 or TTY: 711

Pharmacy: 7050 Union Park Center, Suite 600
 Midvale, UT 84047
 Please call Member Services (see above).

لا تستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك للخدمات الطبية المغطاة أثناء عضويتك في هذه الخطة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة عضوية Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات الطبية بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare الخاصة بك في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهارها إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى، أو خدمات رعاية المحتضرين، أو المشاركة في الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare (التي تسمى أيضًا التجارب السريرية).

إذا تعرضت بطاقة العضوية إلى التلف أو فقدان أو السرقة؛ فاتصل على الفور بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وسنرسل إليك بطاقة جديدة.

القسم 3.2 دليل مقدمي الرعاية والصيدليات:

يسرد دليل مقدمي الخدمات والصيدليات SWHNY.com مقدمي الخدمات بالإضافة موردي الأجهزة الطبية المعمرة التابعين لشبكتنا خلال الوقت الحالي.

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 أمرًا غير معقول أو غير ممكن) بالإضافة إلى خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة والحالات التي تسمح فيها خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بالاستعانة بمقدمي خدمات غير تابعين للشبكة.

يتضمن دليل الصيدليات SWHNY.com قائمةً بالصيدليات التابعة للشبكة.

الصيدليات التابعة للشبكة هي تلك الصيدليات التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة المغطاة للأعضاء في خطتنا. استخدم دليل الصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي تريد التعامل معها. راجع الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على معلومات حول المواقف التي يمكنك خلالها الاستعانة بالصيدليات غير التابعة للشبكة الخطة. تتوفر أحدث قائمة لمقدمي الخدمات والصيدليات والموردين عبر موقعنا الإلكتروني SWHNY.com.

إذا لم يكن لديك نسخة من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، فيمكنك طلب نسخة (إلكترونية أو مطبوعة) من خدمات الأعضاء على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). سيتم إرسال نسخة مطبوعة من دليل مقدمي الخدمات إليك بالبريد خلال 3 أيام عمل.

يتضمن دليل الصيدليات SWHNY.com قائمةً بالصيدليات التابعة للشبكة. **الصيدليات التابعة للشبكة** هي تلك الصيدليات التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة المغطاة للأعضاء في خطتنا. استخدم دليل الصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي تريد التعامل معها. راجع الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على معلومات حول المواقف التي يمكنك خلالها الاستعانة بالصيدليات غير التابعة للشبكة الخطة.

القسم 3.3 قائمة الأدوية (كتيب الوصفات)

تحتوي خطتنا على قائمة الأدوية المغطاة (تسمى أيضًا قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات). وهو توضح الأدوية الموصوفة التي يتم تغطيتها بموجب ميزة الجزء "D" المضمنة في خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في هذه القائمة عن طريق الخطة بمساعدة من الأطباء والصيدال. 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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).

وتخبرك قائمة الأدوية أيضًا بما إذا كانت هناك أي قواعد تحد من تغطية الأدوية.

سنزودك بنسخة من قائمة الأدوية. للحصول على المعلومات الأكثر اكتمالاً وحدثاً حول الأدوية المغطاة، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني للخطة (SWHNY.com) أو الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 4 ملخص التكاليف الهامة

تكاليفك لعام 2026	
\$0	قسط الخطة الشهري* * يمكن أن يكون القسط الخاص بك أعلى من هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 4.1 لمطالعة التفاصيل.
\$9,250 ولن تكون مسؤولاً عن دفع أي تكاليف وصولاً إلى الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة مقابل الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B.	الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة هذا هو أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الحصول على الخدمات التي يغطيها الجزء A والجزء B. (راجع الفصل 4، القسم 1 للتعرف على التفاصيل).
\$0 لكل زيارة إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الخاصة بتقاسم التكاليف من Medicare بموجب Medicaid، فستدفع \$0 لكل زيارة.	زيارات عيادة الرعاية الأولية
\$0 لكل زيارة إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الخاصة بتقاسم التكاليف من Medicare بموجب Medicaid، فستدفع \$0 لكل زيارة.	الزيارات لعيادات الأخصائيين
\$0 إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الخاصة بتقاسم التكاليف من Medicare بموجب Medicaid، فستدفع \$0.	إقامة المرضى الداخليين في المستشفى
يبلغ مقدار المبلغ المستقطع \$615. وإذا كنت تتلقى Extra Help، فإن هذه الخصومات لا تنطبق عليك. يحتوي الفصل 6 على المزيد من التفاصيل حول التغطية والقيود.	خصومات تغطية الأدوية بموجب الجزء D (راجع الفصل 6، القسم 4 للتعرف على التفاصيل).
المدفوعات المشتركة خلال مرحلة التغطية الأولية: أدوية الفئة 1: \$0	تغطية الأدوية بموجب الجزء D (انتقل إلى الفصل 6 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك الخصومات السنوية ومراحل التغطية الأولية، التغطية القصوى).

تكاليفك لعام 2026

أدوية الفئة 2: 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 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

مرحلة التغطية القصوى:

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

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

نظرًا لكونك عضوًا في خطتنا، سوف تدفع قسطًا شهريًا للخطة. بالنسبة لعام 2026، يبلغ قسط الخطة الشهري لخطة Senior Whole Health Complete Care (HMO D-SNP) ما قدره \$17.30.

إذا كنت مُسجلًا بالفعل وتحصل على مساعدة من أحد تلك البرامج، فإن المعلومات المتعلقة بالاقساط في دليل التغطية لا تنطبق عليك. 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 ملحق LIS)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذه المواد، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على LIS Rider.

في بعض الحالات، قد يكون قسط خطتك أقل

يساعد برنامج Extra Help الأشخاص ذوي الموارد المحدودة في سداد تكاليف أدويتهم. تعرف على المزيد حول هذه البرامج في الفصل 2، القسم 7. إذا كنت مؤهلاً، فقد يؤدي التسجيل في أحد هذه البرامج إلى تخفيض مقدار قسط الخطة الشهري.

تختلف أقساط الجزء B والجزء D من برنامج Medicare للأشخاص ذوي الدخل المختلفة. إذا كانت لديك أسئلة حول هذه الأقساط، فيمكنك الرجوع إلى نسختك من دليل Medicare & You 2026 ضمن القسم الذي يسمى تكاليف Medicare لعام 2026. يمكنك تنزيل نسخة عبر الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare (www.Medicare.gov/medicare-and-you) أو طلب نسخة ورقية عبر الهاتف على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

G القسم 4.2 قسط Medicare الشهري الخاص بالجزء B

يُطلب من العديد من الأعضاء دفع أقساط Medicare الأخرى

بالإضافة إلى دفع قسط الخطة الشهرية، يطلب 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 كل من Medicare Part A و Medicare Part B. بالنسبة لمعظم أعضاء Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، يدفع برنامج Medicaid قسط الجزء A الخاص بك (إذا لم تكن مؤهلاً للحصول عليه تلقائيًا) وقسط الجزء B الخاص بك.

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

القسم 4.3 الجزء D غرامة التسجيل المتأخر

نظرًا لكونك مؤهلاً بشكل مزدوج، فلا تنطبق عليك غرامة التأخير في التسجيل (LEP) طالما تظل محافظًا 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 يومًا أو أكثر على التوالي في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية الخاصة بك، أو أكثر لم تكن مشتركًا خلالها في الجزء D أو أي تغطية أخرى معتمدة للأدوية. يتم تعريف تغطية الأدوية المعتمدة التي تصرف 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.

لا يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا:

- إذا كنت تتلقى Extra Help من Medicare لدفع تكاليف الأدوية.
- لم تكن لديك تغطية معتمدة لأكثر من 63 يومًا 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 تحصل على هذه المعلومات عبر خطاب أو نشرة إخبارية من تلك الخطة. احتفظ بهذه المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقًا.
- **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 يومًا أو أكثر. يبلغ مقدار الغرامة 1% عن كل شهر لم تكن لديك فيه تغطية معتمدة. على سبيل المثال، عند مضي 14 شهرًا 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 2025، يبلغ متوسط مبلغ القسط \$36.78. قد يتغير هذا المبلغ لعام 2026.
 - لحساب معدل الغرامة الشهري، اضرب نسبة الغرامة في متوسط القسط الشهري ثم قَرّبها إلى أقرب 10 سنتات. في هذا المثال، ستكون 14% مضمرة في \$36.78، وهو ما يبلغ \$5.15. ويتم تقريب هذا الناتج إلى \$5.20. ستتم إضافة مبلغ الغرامة إلى القسط الشهري 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 ومسجلاً 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 (IRMAA) D. 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 القياسي ومبلغ IRMAA الإضافي. لمزيد 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 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، فسنخطر بذلك خلال شهر سبتمبر على أن يكون القرار ساريًا في 1 يناير.

إذا أصبحت مؤهلاً للحصول على Extra Help أو حال فقدك الأهلية للحصول على Extra Help خلال العام، فقد يتغير مقدار قسط خطتنا الذي يتعين عليك دفعه. إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Extra Help فيما يتعلق بتكاليف تغطية أدويةك، فإن Extra Help يدفع جزءًا من قسط الخطة الشهري. إذا فقدت الأهلية للحصول على Extra Help خلال العام، فستحتاج إلى البدء في دفع قسط الخطة الشهري بالكامل. 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 والصيدالدة 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 (كالتالي 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 تعترزم 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). يمكن للأعضاء إنشاء حساب My Senior Whole Health عبر الإنترنت لتغيير الطبيب، أو تحديث معلومات الاتصال الخاصة بهم، أو طلب بطاقة هوية (ID) جديدة، أو الحصول على تذكيرات صحية بشأن الخدمات التي يحتاجون إليها، أو عرض سجل الخدمة الخاص بهم. تفضل بزيارة <https://member.molinahealthcare.com/member/LoginNY> لإنشاء حساب My Senior Whole Health 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 TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778).

القسم 7 كيف تتعاون جهات التأمين الأخرى مع خطتنا

تأمين آخر

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

سنرسل إليك مرة واحدة كل عام خطاباً يُدرج فيه أي تغطية طبية أو دوائية أخرى نعرفها. اقرأ هذا المعلومات بعناية. إذا كانت صحيحة، فليست بحاجة إلى القيام بأي شيء. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 يسدّد التكاليف أولاً ("جهة الدفع الأساسية") وصولاً إلى حدود التغطية. لا تدفع جهة التأمين التي تدفع ثانياً، ("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.

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

- إذا كانت لديك تغطية للمتقاعدين، فإن برنامج Medicare هو من يدفع أولاً.
 - إذا كانت تغطية خطة الرعاية الصحية الجماعية لديك تعتمد على عملك الحالي أو على عمل أحد أفراد أسرتك، 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 أسرتك 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 بدون أخطاء (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 الخاصة بخطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو الأسئلة المتعلقة ببطاقة الأعضاء، يرجى الاتصال أو مراسلة خدمات الأعضاء في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). سوف نسعد كثيرًا بتقديم المساعدة لك.

خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال

اتصل على	(833) 671-0440
المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.	
يوفر قسم خدمات الأعضاء الذي يمكن الاتصال به على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	
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. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.	
فاكس	(310) 507-6186
المراسلة عبر البريد	Senior Whole Health of New York عناية: خدمات الأعضاء 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
الموقع الإلكتروني	SWHNY.com

كيفية طلب الحصول على قرار تغطية أو استئناف بشأن رعايتك الطبية

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. للتعرف على كيفية طلب الحصول على قرار تغطية أو استئناف بشأن رعايتك الطبية أو أدوية الجزء D، انتقل إلى الفصل 9.

قرارات التغطية والاستئنافات بشأن الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D – معلومات الاتصال

اتصل على	(833) 671-0440
المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.	
7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي.	

قرارات التغطية والاستثناءات بشأن الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D – معلومات الاتصال

<p>711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي.</p>	<p>بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: فاكس</p>
<p>التصوير المتقدم: (877) 731-7218؛ Transplants (877) 813-1206 Medical/Behavioral Health Outpatient (844) 251-1450 Inpatient (844) 834-2152 RX/Jcodes (866) 290-1309</p>	<p>فاكس</p>
<p>Molina Healthcare عناية: طلب التغطية 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 الأدوية الموصوفة: عناية: Medicare Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047</p>	<p>المراسلة عبر البريد الإلكتروني</p>
<p>SWHNY.com</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

كيفية تقديم شكوى بشأن الرعاية الطبية

يمكنك تقديم شكوى بخصوصنا أو بخصوص مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك شكوى بشأن جودة رعايتك. لا يشمل هذا النوع من الشكاوى النزاعات المتعلقة بالتغطية أو الدفع. للمزيد من المعلومات حول كيفية التقدم بشكوى بشأن الرعاية الطبية، راجع الفصل 9.

الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية – معلومات الاتصال

<p>(833) 671-0440 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 يتطلب هذا الرقم استخدام هواتف خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي.</p>	<p>بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: فاكس</p>
<p>(562) 499-0610</p>	<p>فاكس</p>

الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية – معلومات الاتصال

المراسلة عبر البريد	Molina Healthcare عناية: Appeals & Grievances P.O. Box 22816 9977-Long Beach, CA 90801
---------------------	---

موقع Medicare الإلكتروني SWHNY.com

كيفية مطالبتنا بدفع 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 للحصول على مزيد من المعلومات.

طلبات الدفع – معلومات الاتصال

اتصل على	(833) 671-0440 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.
----------	--

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.
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.

بالنسبة لمستخدمي أجهزة
TTY، يمكنهم الاتصال على
الرقم:

(866) 290-1309

فاكس

المراسلة عبر البريد	Molina Healthcare عناية: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047 الأدوية الموصوفة:
---------------------	--

عناية: Medicare Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

SWHNY.com

الموقع الإلكتروني

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، أو 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 (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 جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد 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
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> 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، ومرافق رعاية المحتضرين، ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين، بالإضافة إلى مستشفيات الرعاية طويلة الأجل. ابحث عن مواقع الويب وأرقام الهواتف المفيدة. <p>يمكنك أيضًا زيارة www.Medicare.gov لإخبار Medicare عن الشكاوى التي لديك بشأن Senior Whole Health of New York NHC.</p> <p>لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ برنامج Medicare شكاوىك على محمل الجد مستخدمًا تلك المعلومات للمساعدة في الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة من خلاله.</p>

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

القسم 3

برنامج State Health Insurance Assistance Program (SHIP) هو برنامج حكومي يضم استشاريين مؤهلين في كل ولاية، حيث يوفر المساعدة المجانية والمعلومات والإجابات على أسئلتك المتعلقة ببرنامج Medicare. في New York، يُطلق على برنامج SHIP اسم Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HIICAP) (برنامج معلومات التأمين الصحي والاستشارة والمساعدة).

برنامج معلومات التأمين الصحي والاستشارة والمساعدة (HIICAP) هو برنامج حكومي مستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تأمين صحي محلية مجانية للأشخاص المسجلين في برنامج Medicare.

يمكن لمستشاري برنامج معلومات التأمين الصحي والاستشارة والمساعدة (HIICAP) مساعدتك على فهم حقوقك في برنامج Medicare، ومساعدتك في تقديم شكاوى بشأن رعايتك الطبية أو علاجك، ومساعدتك في حل المشكلات المتعلقة بفواتير Medicare. يمكن أيضاً لمستشاري معلومات التأمين الصحي والاستشارة والمساعدة (HIICAP) مساعدتك في الإجابة على أسئلة أو مشكلات Medicare ومساعدتك على فهم اختيارات خطة Medicare والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتبديل الخطط.

معلومات التأمين الصحي، برنامج الاستشارة والمساعدة HIICAP New York's SHIP - معلومات الاتصال	
اتصل على	(800) 701-0501
المراسلة عبر البريد	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 1251-Albany, New York 12223
الموقع الإلكتروني	https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

القسم 4 هيئة تحسين الجودة (QIO)

تخدم هيئة تحسين الجودة (QIO) المعينة الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare في كل ولاية. في New York، يطلق على هيئة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) 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. يجب عليك الاتصال بـ Livanta في أي من هذه المواقع:

- 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.

Livanta منظمة تحسين الجودة في New York – معلومات الاتصال

اتصل على	(866) 815-5440
بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم:	الإثنين إلى الجمعة من 9 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي؛ عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية من الساعة 10 a.m. إلى 4 p.m. بالتوقيت المحلي.
المراسلة عبر البريد	يمكنهم الاتصال على الرقم 711. يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث
	Livanta BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
الموقع الإلكتروني	https://www.livantaqio.cms.gov/

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 ولديك أسئلة حول المبلغ أو إذا انخفض دخلك بسبب حدث غير 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.
	يناح 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.
	يناح العمل من الساعة 8 a.m. حتى 7 p.m.، من الإثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	www.SSA.gov

القسم 6 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 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:

- **المزايا الكاملة المؤهلة المزدوجة (FBDE):** في بعض الأحيان، قد يكون الأفراد مؤهلون للحصول على تغطية محدودة لمبلغ تقاسم التكاليف من قبل Medicare بالإضافة إلى مزايا Medicaid الكاملة.
 - **المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB +):** المساعدة في دفع أقساط Medicare Part A والجزء B، وغيرها من تكاليف تقاسم التكاليف (مثل الخصومات والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة). هؤلاء الأفراد مؤهلون أيضاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
- لكي تكون عضواً في هذه الخطة، يجب أن تكون مسجلاً بشكل مزدوج في Medicare و Medicaid وتلبية جميع متطلبات الأهلية الأخرى للخطة في وقت التسجيل.

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من برنامج Medicaid، فاتصل على

برنامج Medicaid في ولاية New York – معلومات الاتصال

اتصل على	1-800-541-2831 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، وأيام السبت من الساعة 9 a.m. إلى 1 p.m.
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
المراسلة عبر البريد	Human Resources Administration 505 Claremont Avenue, 7th Floor New York, NY 11238 يُمكنك مراسلة Local Department of Social Services (LDSS) الخاص بك. احصل على عنوان LDSS من خلال الموقع الإلكتروني: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm
الموقع الإلكتروني	/https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ يمكن للأعضاء من مقاطعة Nassau الاتصال بقسم الخدمات الاجتماعية المحلي.

قسم الخدمات الاجتماعية بمقاطعة Nassau

اتصل على	(516) 227-7474
المراسلة عبر البريد	Nassau County DSS .Charles Lindbergh Blvd 60 3656-Uniondale, NY 11553
الموقع الإلكتروني	https://www.nassaucountyny.gov/agencies/dss/medicaid/index.html يمكن للأعضاء من مقاطعة Westchester الاتصال بقسم الخدمات الاجتماعية المحلي.

قسم الخدمات الاجتماعية بمقاطعة Westchester

اتصل على	(914) 995-3333
المراسلة عبر البريد	White Plains District Office Court Street 85 4201-White Plains, NY 10601
الموقع الإلكتروني	http://socialservices.westchestergov.com/about-us/dss-district-offices

يوفر *The Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)* المساعدة للأشخاص المسجلين في برنامج Medicaid في حل مشكلات الخدمة أو الفواتير. كما يمكنهما مساعدتك في تقديم شكوى أو استئناف إلى خطتنا. يمكن أن يساعد ombudsman هذا المسجلين في خطة Medicaid Health and Recovery (HARP)؛ أو المسجلين في Medicaid Managed Care (MMC) ويحصلون على خدمات ودعم طويل الأمد.

Independent Consumer Advocacy Network ICAN - معلومات الاتصال

اتصل على	1-844-614-8800 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9 a.m. إلى 5 p.m.
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

Independent Consumer Advocacy Network ICAN - معلومات الاتصال

Independent Consumer Advocacy Network (ICAN)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
البريد الإلكتروني: ican@cssny.org

المراسلة عبر البريد

www.icannys.org

الموقع الإلكتروني

كما يساعد Community Health Advocates (CHA) الأشخاص المسجلين في Medicaid على حل مشكلات الخدمات أو الفواتير. كما يمكنهما مساعدتك في تقديم شكوى أو استئناف إلى خطتنا.

Community Health Advocates CHA - معلومات الاتصال

1-844-614-8800 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 a.m. إلى 5 p.m.

اتصل على

711

يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث

بالنسبة لمستخدمي أجهزة
TTY، يمكنهم الاتصال على
الرقم:

Community Health Advocates (CHA)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
البريد الإلكتروني: cha@cssny.org

المراسلة عبر البريد

www.communityhealthadvocates.org

الموقع الإلكتروني

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project CHAMP - معلومات الاتصال

1-888-614-5400 من الاثنين إلى الأربعاء من الساعة 9 a.m. إلى 7 p.m.، ومن الخميس إلى الجمعة.
9 a.m. إلى 4 p.m.

اتصل على

711

يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث

بالنسبة لمستخدمي أجهزة
TTY، يمكنهم الاتصال على
الرقم:

Community Health Access to Addiction and Mental Healthcare Project (CHAMP)
Community Service Society of New York
633 Third Ave, 10th Floor
New York, NY 10017
البريد الإلكتروني: ombuds@oasas.ny.gov

المراسلة عبر البريد

www.champny.org

الموقع الإلكتروني

يساعد برنامج New York State Long Term Care Ombudsman Program الأشخاص في الحصول على معلومات حول دور الرعاية وحل المشكلات بين دور رعاية والمقيمين أو أسرهم.

The New York State Long Term Care Ombudsman Program – معلومات الاتصال

اتصل على	1-855-582-6769 من الاثنين إلى الجمعة. 8:00 a.m. إلى 4:00 p.m.
المراسلة عبر البريد	2 Empire State Plaza, 5th Floor Albany, NY 12223 البريد الإلكتروني: ombudsman@aging.ny.gov
الموقع الإلكتروني	http://www.ltcombudsman.ny.gov/whois/index.cfm

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 Extra Help من Medicare

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

إذا كانت لديك أسئلة بشأن برنامج Extra Help فاتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048؛
 - مكتب الضمان الاجتماعي (Social Security Office) على الرقم 1-800-772-1213، بين الساعة 8 a.m. و 7 p.m.، من الإثنين إلى الجمعة. بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو
 - مكتب Medicaid في الولاية (انظر القسم 6 من 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 أحدث الأدلة المتوفرة (BAE) عبر الموقع الإلكتروني <https://www.cms.gov/medicare/enrollment-renewal/part-d-prescribers/best-available-evidence-bae>. 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 بتحويل 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 بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) إذا كانت لديك أي أسئلة.

يتأهل معظم الأعضاء للحصول على Extra Help من Medicare ويحصلون عليها بالفعل لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. ماذا لو كنت تحصل على مساعدة إضافية وتغطية من برنامج State Pharmaceutical Assistance (SPAP)؟

تقدم العديد من الولايات المساعدة في دفع ثمن الأدوية الموصوفة وأقساط خطة الأدوية و/أو تكاليف الأدوية الأخرى. إذا كنت مسجلاً في برنامج State Pharmaceutical Assistance (SPAP)، فإن برنامج Extra Help من Medicare يكون هو جهة الدفع الأساسية.

EPIC Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage New York's State Pharmaceutical Assistance Program – معلومات الاتصال

اتصل على	(800) 332-3742
المراسلة عبر البريد	من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. - 5 p.m. بالتوقيت المحلي EPIC P.O. Box 15018 5018-Albany, NY 12212
الموقع الإلكتروني	/https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

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

يساعد برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP) الأفراد المصابين بـ HIV/AIDS على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. وتكون أدوية Medicare Part D المدرجة أيضًا في قائمة ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال معلومات ADAP الخاصة بولاية New York.

ملاحظة: لكي تكون مؤهلاً لبرنامج ADAP القائم في ولايتك، يجب أن يستوفي الأفراد بعض المعايير المعينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية (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 مسؤول التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات عن معايير الأهلية أو الأدوية المغطاة أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال بالرقم (800) 542-2437 أو 1-844-682-4058.

برامج الولاية للمساعدة الدوائية (State Pharmaceutical Assistance Programs)

لدى كثير من الولايات برامج مساعدة دوائية تساعد الأشخاص على تحمل تكاليف الأدوية الموصوفة استنادًا إلى الحاجة المالية أو العمر أو الحالة الطبية أو الإعاقة. تختلف قواعد كل ولاية فيما يتعلق بتوفير تغطية الأدوية لأعضائها.

في ولاية New York، يُطلق على برنامج State Pharmaceutical Assistance Program في الولاية اسم EPIC (تغطية التأمين الصيدلاني لكبار السن).

EPIC Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage New York's State Pharmaceutical Assistance Program – معلومات الاتصال

اتصل على	(800) 332-3742
المراسلة عبر البريد	من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. - 5 p.m. بالتوقيت المحلي EPIC P.O. Box 15018 5018-Albany, NY 12212
الموقع الإلكتروني	/https://www.health.ny.gov/health_care/epic/

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 التكاليف التي تدفعها 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، ولكنه لا يوفر لك المال أو يخفض من تكاليف الأدوية. إذا كنت مشاركًا في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare مع استمرارك في نفس خطة الجزء D، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2026. تتسم Extra Help من Medicare والمساعدة من SPAP وADAP، 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 على خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov.

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare - معلومات الاتصال

<p>اتصل على (833) 671-0440</p> <p>المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.</p> <p>يوفر قسم خدمات الأعضاء الذي يمكن الاتصال به على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711</p> <p>ينطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث</p> <p>المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.</p>	<p>بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم:</p>
<p>(310) 507-6186</p>	<p>فاكس</p>
<p>Senior Whole Health of New York عناية: خدمات الأعضاء 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802</p>	<p>المراسلة عبر البريد</p>
<p>SWHNY.com</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

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

<p>1-877-772-5772</p> <p>المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.</p> <p>اضغط على "0" للتحدث مع ممثل مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB) من الساعة 9 a.m. إلى 3:30 p.m. أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9 a.m. إلى 12 p.m. يوم الأربعاء.</p> <p>اضغط على "1" للوصول إلى RRB HelpLine الآلي والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.</p>	<p>اتصل على</p>
---	-----------------

1-312-751-4701	بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم:
يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص وهو محدد فقط للأفراد الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث المكالمات الواردة إلى هذا الرقم ليست مجانية.	
https://RRB.gov	الموقع الإلكتروني

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 671-0440 (833) (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 على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 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

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته حول استخدام خطتنا لتغطية رعايتك الطبية والخدمات الأخرى. للاطلاع على تفاصيل الرعاية الطبية التي تغطيها خطتنا، راجع مخطط المزاي الطبية في الفصل 4.

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" أيضًا المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- موفرو الخدمات المسجلون في الشبكة هم الأطباء وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية بالإضافة إلى المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية المتعاقدة معنا لقبول مدفوعاتنا كمدفوعات كاملة. لقد قمنا بالترتيب لمقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم الخدمات المغطاة للأعضاء في خطتنا. يرسل مقدمو الرعاية في شبكتنا فاتورة إلينا بصورة مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. فعندما تشاهد أحد مقدمي الخدمات داخل الشبكة، فلن تسدد له مقابل الخدمات المغطاة غالبًا.
- الخدمات المغطاة تتضمن جميع أوجه الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية والإمدادات والأجهزة فضلاً عن الأدوية الموصوفة المغطاة في خطتنا. هذا ويتم سرد الخدمات المغطاة المتعلقة بالرعاية الطبية في مخطط المزاي 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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare وقد تقدم خدمات أخرى بالإضافة إلى تلك التي يغطيها برنامج Original Medicare.

سوف تقوم شركة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بتغطية الرعاية الطبية الخاصة بك بشكل عام طالما:

- يتضمن مخطط المزاي الطبية الخاص بالخطة الرعاية التي تتلقاها 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 عضوًا في خطتنا، يجب عليك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم 2.1).
 - 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 3 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، وللمعرفة الخدمات الطارئة أو الخدمات العاجلة، انتقل إلى القسم 3.

- إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تتطلب مطالبة Medicare الخطة لتغطيتها ولكن لا يوجد متخصصون 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. وفي هذا الموقف، سنغطي الرعاية بدون أية تكلفة عليك. 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: والخدمات 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 (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC، يتعين عليك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP). (PCP) الخاص بك هو مزود مرخص يلبي متطلبات الدولة ويتم تدريبه ليقدم لك الرعاية الطبية الأساسية.

مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك هو طبيب طب الأسرة، أو الطب الباطني، أو طب الشيخوخة، أو طب البالغين، أو طب الأسرة في ولاية New York، أو ممرض ممارس في علم الشيخوخة. ستحصل على معظم خدمات الرعاية الصحية من موفر الرعاية الأولية (PCP). سيقوم PCP الخاص بك أيضاً بتنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في الخطة. ويشمل ذلك الأشعة السينية والاختبارات المعملية والعلاجات وأخصائيي أشكال الرعاية ودخول المستشفى ورعاية المتابعة. يتضمن "تنسيق" خدماتك أيضاً التحقق أو التشاور مع موفري الخطة الآخرين بشأن رعايتك. وفي بعض الحالات، سوف يحتاج مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة) منّا. يوضح مخطط المزايا في الفصل 4 الخدمات التي تحتاج إلى ترخيص مسبق من الخطة. سوف يقوم مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بالاتصال بـ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) للحصول على التفويض اللازم. 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).

كيفية اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)

عند قيامك بالتسجيل في خطتنا، سيطلب منك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP). قد يكون موفر الرعاية الأولية الذي تراه حالياً جزءاً من شبكة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بالفعل. عندما تتقدم بطلب للحصول على خطتنا، سنكتشف إذا ما كان مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك جزءاً من خطتنا. إذا لم يكن طبيبك جزءاً من (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC، فستحتاج إلى اختيار طبيب جديد من شبكتنا وتحديد موعد لرؤية هذا الطبيب في أقرب وقت ممكن.

يمكنك اختيار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك من دليل مقدمي الخدمات والصيديات Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) في وقت قيامك بالتسجيل. للحصول على أحدث قائمة بمقدمي الخدمات، استخدم أداة البحث عن مزود خدمة على موقعنا الإلكتروني. يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المجاني المدون على الجزء الخلفي من هذا الكتيب. سوف نراجع أسماء مقدمي الرعاية الأولية (PCP) في منطقتك، ونسألك عن الأطباء الآخرين الذين تتوجه إليهم والمستشفيات التي تذهب إليها. سيطلب منك وضع اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) في طلب التسجيل الخاص بك. يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك في أي وقت.

كيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)

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

الفصل 3: استخدام خطتنا لرعايتك الطبية بالإضافة إلى الخدمات المغطاة الأخرى

لدى Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) سياسة استمرارية الرعاية (COC) التي تسمح لك بالوصول إلى الممارسين غير المتعاقد معهم بشكل مستمر 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 (DME) حالية ستضمن لك Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) الاستمرار في الوصول إلى الأجهزة الطبية المعمرة (DME) 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 لا تزال عضوًا فيجوز لك الاستمرار في الحصول على الرعاية لمدة تصل إلى عام للخدمات المستمرة عند إيقاف العقد بين Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) وممارسك أو مرفقك، شريطة الالتزام بالمعايير 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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) مع ممارسك غير المتعاقد لإدراجه في شبكة Senior Whole Health of New York NHC (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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بتمديد الوقت لمدة 90 يومًا طالما كان ذلك ضروريًا لتلبية أي احتياجات غير عادية قد تكون لديك.
2. لن توافق Senior Whole Health of New York NHC (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.

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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 المتخصصين ومقدمي الخدمات الآخرين في الشبكة

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

- اختصاصي الأورام لرعاية المرضى المصابين بمرض السرطان.
- 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 تصريحاً مسبقاً للخطة الرعاية الاختيارية (غير الطارئة) للمرضى الداخليين في المستشفى، والقبول في منشأة ترميز ماهرة، والرعاية الصحية المنزلية.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية بعد ساعات العمل العادية، فيرجى الاتصال بمقدم الرعاية الأولية (PCP). هذه المعلومات مدرجة في بطاقة هوية عضوية Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) الخاصة بك. إذا كنت تعتقد أنها حالة طارئة، فاطلب العناية الطبية على الفور. لمزيد من المعلومات، راجع القسم 3، (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 مستمراً 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 بك إذا كنت قد زرت مقدم الخدمة هذا خلال السنوات الـ 3 الماضية.
 - إذا ترك أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسوف نخطر بك إذا تم تعيين مقدم خدمة لك، أو كنت تتلقى الرعاية منه حالياً، 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، فنقوم بالترتيب لحصولك على أي ميزة مغطاة تكون ضرورية طبيًا خارج شبكة مقدمي الخدمات لدينا من خلال تقاسم التكاليف داخل الشبكة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- إذا اكتشفت أن الطبيب أو الأخصائي سيترك 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 متخصصة يتطلب Medicare أو Medicaid من خطتنا تغطيتها ولكن لا يوجد أخصائيون في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة. 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.

الفصل 3: استخدام خطتنا لرعايتك الطبية بالإضافة إلى الخدمات المغطاة الأخرى

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 تصريحاً مسبقاً للحصول على الرعاية من مقدم خدمات خارج الشبكة، فسنقوم بتغطية هذه الخدمات كما لو كنت حصلت على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة.

من المهم جداً الحصول على تصريح مسبق من خطتنا قبل زيارة مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات. إذا كان مقدم الخدمة 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. وبالإضافة إلى ذلك، يجب على الخطط تغطية خدمات غسيل الكلى للأعضاء المصابين بمرض الكلى في مراحله النهائية ممن انتقلوا إلى خارج منطقة خدمة الخطط ولا يمكنهم الوصول إلى مقدمي خدمات مرض الكلى في مراحله النهائية المتعاقد معهم.

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 أولاً 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 أراضيها، 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.** بهمنا متابعة رعاية حالتك الطارئة. ويجب عليك أو أي شخص آخر الاتصال وإبلاغنا عن الرعاية في حالات الطوارئ، وذلك في غضون 48 ساعة عادةً. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف وأيام وساعات العمل أو شرح مكان العثور على الرقم (على سبيل المثال، الوجه الخلفي من بطاقة عضوية خطتنا).

الخدمات المغطاة في حالة الطوارئ الطبية

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 وانتهاء 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 تقوم خطتنا بتغطية رعاية المتابعة اللازمة لك.

إذا تم توفير الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك 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 مؤقتًا، 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 تأتي الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو تفاقم الحالات المرضية القائمة بشكل غير متوقع. ومع ذلك، لا تندرج الزيارات الروتينية الضرورية طبيًا 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 مؤقتًا.

عند عدم توفر مقدمي الخدمات التابعين للشبكة مؤقتًا أو تعذر الوصول إليهم، يمكن الحصول على الرعاية العاجلة باستخدام أي مركز رعاية عاجلة متوفر. يمكنك أيضًا الاتصال بخط الاستشارات التمريضية على الرقم 8544-658 (844). بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 711.

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

- لديك حد قدره \$10,000 لتغطية الطوارئ العالمية كل عام تقويمي لاستخدامه في الرعاية في حالات الطوارئ ورعاية ما بعد الاستقرار.
 - تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يتم تصنيفها على أنها رعاية طارئة 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 مبلغ تقاسم 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 سابقًا 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)، فلدك 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 نقيم بها، فيحق لك الحصول على الرعاية من خطتنا.

يمكنك زيارة SWHNY.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 خطتنا 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. انقل إلى الفصل 5، القسم 2.5.

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

إذا دفعت مقابل الخدمات المغطاة أو إذا حصلت على فاتورة مقابل الخدمات 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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) جميع الخدمات الضرورية طبيًا كما هو موضح في مخطط مزايا 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. إذا قمت بدفع التكاليف بمجرد الوصول إلى حد المزايا، فلن يتم احتساب هذه التكاليف ضمن الحد الأقصى للمصروفات التي تدفعها.

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.

بمجرد موافقة Medicare على الدراسة، وإبداء اهتمامك، سيتصل بك أحد الأشخاص الذين يعملون في الدراسة لشرح المزيد عن الدراسة ومعرفة ما إذا كنت تستوفي المتطلبات التي حددها العلماء الذين يديرون الدراسة. يمكنك المشاركة في الدراسة طالما أنك تستوفي متطلبات الدراسة فضلاً عن كونك لديك فهم وقبول كامل لما يتضمنه ذلك إذا شاركت في الدراسة.

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 بمبلغ 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 سجلًا 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 نظيرها 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.

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 [02226-medicare-and-09-09-2019-clinical-research-studies.pdf](https://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-09-09-2019-clinical-research-studies.pdf). ويمكنك 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 ترميزية ماهرة. فإذا كان حصولك على الرعاية في مستشفى أو مرفق رعاية ماهرة يتعارض مع المعتقدات الدينية للعضو، فسنتقوم 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 رعاية في مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند قانوني يفيد بأنك تعارض الحصول على العلاج الطبي غير المستثنى.

- 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 من إحدى المؤسسات الدينية للرعاية الصحية 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 الترميزية الماهرة.
 - - و - يجب أن تحصل على موافقة مسبقة من الخطة قبل أن يسمح لك بالدخول إلى المرفق وإلا لن تتم تغطية إقامتك.
 - يتم تطبيق حدود تغطية المرضى الداخليين في المستشفى المقررة في برنامج Medicare
- 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 الكهربية، والعكازات، 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 (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC، 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. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) للتعرف على المزيد من المعلومات.

ماذا يحدث للمدفوعات التي دفعتها مقابل الأجهزة الطبية المعمرة إذا قمت بالتحويل إلى برنامج 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 وصيانتته

إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية معدات الأكسجين Medicare، فسوف تقوم شركة Senior Whole Health of New York NHC (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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة إلى أجهزة الأكسجين طبيًا، فيجب إعادة أجهزة الأكسجين.

ماذا يحدث عند ترك خطتنا 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)

القسم 1 فهم الخدمات المغطاة

يسرد مخطط المزايا الطبية الخدمات المغطاة الخاصة بك كعضو في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). يوفر هذا القسم أيضًا معلومات حول الخدمات الطبية غير المغطاة. ويشرح القيود المفروضة على بعض الخدمات المحددة.

القسم 1.1 لن تدفع أي أموال مقابل الحصول على الخدمات المغطاة

نظرًا لكونك تتلقى مساعدة من Medicaid، فلن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة طالما أنك تمتلك لقواعد الخطة للحصول على الرعاية الصحية. (راجع الفصل 3 للتعرف على المزيد من المعلومات حول قواعد الخطة للحصول على الرعاية).

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 من التكاليف 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 الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة \$9,250 (MOOP).

يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل الخدمات المغطاة ضمن هذا المبلغ الأقصى من الحيب. ولا تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل أقساط الخطة وأدوية الجزء D من الحد الأقصى للمبلغ المجمع الذي ستدفعه. بالإضافة إلى ذلك، فإن المبالغ التي تدفعها مقابل بعض الخدمات لا يتم احتسابها ضمن الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة. يتم تمييز هذه الخدمات بعلامة النجمة (*) في جدول المزايا الطبية. 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

يسرد مخطط المزايا الطبية الوارد في الصفحات التالية الخدمات المغطاة بموجب الخطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) (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 لأعراض الوقاية أو تشخيص الحالة أو علاجها فضلًا عن كونها تلبى المعايير المقبولة للممارسة الطبية.

- 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.
- تتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا في حال حصل طبيبك أو أي مقدم خدمات 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.
- إذا كانت خطة الرعاية المنسقة لديك توفر موافقة على طلب الموافقة المسبقة لبرنامج العلاج، فيجب أن تكون الموافقة سارية طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضرورياً لتجنب انقطاع الرعاية وفقاً لمعايير التغطية المعمول بها، وتاريخك الطبي فضلاً عن توصية موفر الخدمة المعالج.

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 في العيادات الخارجية. يغطي برنامج Medicaid أيضاً الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل خدمات تنظيم الأسرة أو الرعاية طويلة الأجل أو الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية، أو الخدمات المنزلية والمجتمعية، أو خدمات Medicaid الأخرى فقط.
- مثل جميع خطط Medicare الصحية، فإننا نغطي كل ما يغطيه برنامج 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-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 أضف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2026، فسيقوم برنامج Medicare أو خطتنا بتغطية هذه الخدمات.
- وبما أنك تتلقى المساعدة من برنامج Medi-Cal، فلن تدفع شيئاً نظير خدماتك المغطاة طالما أنك تتبع قواعد الخطة. وهذا يعني أنه بالنسبة للخدمات المغطاة، لن يتعين عليك دفع أي مشاركة في التكلفة (لا توجد مدفوعات مشتركة أو خصومات). نظراً لكونك أحد أعضاء Senior Health of New York NHC (HMO D-SNP)، فإننا نقوم بتنسيق الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وخدمات Medicaid الخاصة بك حيث إن كلاهما مغطى من جانب خطتنا. تتضمن معلومات المزايا الواردة أدناه الخدمات المغطاة من Medicare و Medicaid.
- إذا كنت لا تزال في نطاق فترة الأشهر الـ 6 (180 يوماً) من الأهلية المستمرة لخطتنا، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare المغطاة بخطة Medicare Advantage. ومع ذلك، لن نستمر في تغطية مزايا Medicaid المغطاة في خطة Medicaid المعمول بها في الولاية، وسنواصل دفع أقساط Medicare أو تقاسم التكاليف التي ستكون الولاية مسؤولة عنها إذا لم تفقد أهليتك لبرنامج Medicaid. قد يزيد المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات المغطاة من برنامج Medicare خلال هذه الفترة.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن برنامج Medicaid، فلن تدفع أي مبالغ مقابل الحصول على الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية، طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أعلاه.

معلومات مهمة حول المزايا للأعضاء الذين يعانون بعض الأمراض المزمنة.

- إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أعلاه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا التكميلية الخاصة للأعضاء المصابين بالأمراض المزمنة.
 - اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (SUDs)
 - اضطرابات المناعة الذاتية
 - السرطان

الفصل 4: مخطط المزايا الطبية (ما يتم تغطيته)

- الاضطرابات القلبية الوعائية
- فشل القلب المزمن
- الخرف
- مرض السكري
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- مرض الجهاز الهضمي المزمن
- مرض الكلى المزمن (CKD)
- اضطرابات الدم الحادة
- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)
- الاضطرابات الرئوية المزمنة
- 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 تضعف 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 Senior Whole Health of New York NHC 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 مزايا Medicare.

جدول المزايا الطبية

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذا الفحص الوقائي.	<p>فحص تمدد الشريان الأورطي البطني</p> <p>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.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لخدمات الوخز بالإبر المغطاة من قبل برنامج Medicare. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>العلاج بالإبر لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <p>ما يصل إلى 12 زيارة خلال 90 يومًا في الحالات التالية:</p> <p>ولأغراض هذه الميزة، يتم تعريف آلام أسفل الظهر المزمنة على النحو التالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استمرار الآلام لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد، حيث أنه ليس له سبب جهازي محدد (أي غير مرتبط بالأمراض النقيلية أو الالتهابية أو المعدية، وما إلى ذلك)؛ • آلام غير مرتبطة بعملية جراحية؛ و • آلام غير مرتبطة بالحمل. <p>ستتم تغطية 8 جلسات إضافية للمرضى الذين يظهرون تحسنًا. لا يجوز إجراء أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر سنويًا.</p> <p>يجب التوقف عن العلاج حال عدم حدوث تحسن أو في حال حدوث تفاقم للحالة.</p> <p>متطلبات مقدم الخدمات:</p> <p>يجوز للأطباء (كما هو محدد في 1861(ص)(1) من قانون الضمان الاجتماعي (القانون)) تقديم الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الدولة المعمول بها.</p> <p>يجوز لمساعدى الأطباء (PAs)، والمرضى الممارسين (NPs) / المتخصصين في التمريض السريري (CNSs) (كما هو محدد في 1861 (5) (aa) من القانون)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا كانوا يستوفون جميع متطلبات الدولة المعمول بها ولديهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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، • رخصة حالية وكاملة وسارية وغير مقيدة لممارسة الوخز بالإبر في إحدى الولايات أو الأقاليم أو الكومنولث (مثل، Puerto Rico) في الولايات المتحدة أو District of Columbia. <p>يجب أن يخضع المساعدون ممن يقدمون خدمات الوخز بالإبر للإشراف المناسب من قبل طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/ممرضة مرخصة (NP/CNS) وفقًا للوائح الواردة في الأقسام 410.26 و 410.27 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الخدمات.	<p>خدمات الوخز بالإبر (التكميلية)*</p> <p>خطط لما يصل إلى 30 زيارة طبية ضرورية كل عام تقويمي لخدمات الوخز بالإبر.</p> <p>يتم تغطية خدمات الوخز بالإبر التكميلية عندما يتم تحديدها كمعيار رعاية مقبول طبيًا لما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الصداع؛ آلام مفصل الورك أو الركبة المرتبطة بهشاشة العظام (OA)؛ أو آلام المفاصل الأخرى عندما تكون مزمنة ولا تستجيب للرعاية الطبية القياسية؛ متلازمات الألم التي تنطوي على المفاصل والأنسجة الرخوة المرتبطة بها؛ آلام العضلات والعظام في الرقبة والظهر؛ الغثيان المرتبط بالعلاج الكيميائي؛ الغثيان بعد الجراحة؛ والغثيان المصاحب للحمل • لا تشمل خدمات الوخز بالإبر المغطاة خدمات علاج الربو أو الإدمان (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الإقلاع عن التدخين) 	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لخدمات الإسعاف المغطاة في برنامج Medicare. يشترط الحصول على موافقة مسبقة لطلب النقل بسيارة الإسعاف في الحالات غير الطارئة فقط.	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تشمل خدمات الإسعاف المغطاة، سواء في حالات الطوارئ أو غير الطوارئ، خدمات الطائرات ثابتة الأجنحة والطائرات الهليكوبتر وسيارات الإسعاف، وصولاً إلى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية إذا ما تم توفيرها لعضو قد تتعرض حالته الصحية للخطر عند استخدام وسائل النقل الأخرى أو إذا كان ذلك مصرحاً به 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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارة العناية بالصحة السنوية.	<p>الزيارة السنوية لفحص الصحة والعافية</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لقياس كثافة العظام المغطى في برنامج Medicare.	<p>قياس كثافة العظام</p> <p>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.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لفحوصات التصوير الشعاعي للثدي المغطاة.	<p>فحص سرطان الثدي (الفحص بصورة الثدي الشعاعية)*</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 <p>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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	<p>خدمات إعادة تأهيل القلب</p> <p>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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للميزة الوقائية من أمراض الأوعية الدموية القلبية بالمعالجة السلوكية المكثفة.	<p>زيارة خفض مخاطر أمراض الأوعية الدموية القلبية (علاج مرض القلب)*</p> <p>ندفع نظير زيارة واحدة كل عام مع مقدم الرعاية الرئيسي للمساعدة على خفض من خطر التعرض لمرض القلب. خلال هذه الزيارة، قد يناقش طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان ذلك مناسبًا)، ويفحص ضغط دمك، ويعطيك نصائح للتأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لاختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية المشمول بالتغطية مرة واحدة كل 5 سنوات	<p>اختبار فحوصات أمراض الأوعية الدموية القلبية</p> <p>إجراء فحوصات الدم للكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية (أو التشوهات المرتبطة بارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) مرة كل 5 سنوات (60 شهرًا).</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية المغطاة في برنامج Medicare.	<p>فحص السرطان العنقي والمهبلي</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.	<p>خدمات تقويم العمود الفقري (مغطاة من قبل Medicare)</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> التدخلات اليدوية بالعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي 	

الخدمات المغطاة	ما تدفعه أنت
<p>خدمات إدارة وعلاج الآلام المزمنة</p> <p>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.</p>	<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p>
<p>فحص السرطان القولوني المستقيمي*</p> <p>يتم تغطية اختبارات الفحص التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 أو حقنة الباريوم الشرجية. 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 مرتفع منذ الخضوع لآخر تنظيف سيني مرن أو حقنة الباريوم الشرجية. فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. 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 والذي يغطي 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. 	<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحص تصوير السرطان القولوني المستقيمي المغطى من قبل Medicare. إذا عثر طبيبك على ورم حميد أو أي نسيج آخر أثناء تنظيف القولون أو تنظيف القولون السيني المرن وقام بإزالة، يصبح الفحص تشخيصيًا. لا ينطبق خصم الجزء (B).</p> <p>إذا تم الكشف عن أي خلل أثناء الفحص واتخذ مقدم الخدمات إجراءً في ذلك الوقت، فإن الخدمات الإضافية (الخزعة أو أي تدخل آخر) تعد من قبيل الفحص التشخيصي.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح سابق لأسنان.</p>	<p>خدمات طب الأسنان (المغطاة في Medicare)</p> <p>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.</p> <p>* هذا ليس ضمانًا للتغطية.</p> <p>* بعض الإجراءات تخضع للحصول على موافقة مسبقة. سيقدم طبيب أسنانك وثائق مثل الأشعة السينية وسردًا لدعم الإجراءات الضرورية طبياً وتلبية الإرشادات السريرية المقبولة.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة</p> <p>لا يمكن تغطية جميع إجراءات طب الأسنان التي أوصى بها طبيب الأسنان. اطلب من طبيب الأسنان أن يخبرك بما ستدفعه الخطة وما سيتعين عليك دفعه من جيبك.</p> <p>قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا لم تكن الخدمة مشمولة أو في حال تجاوز الحد الأقصى المسموح به. قد تنطبق القيود والاستثناءات.</p>	<p>خدمات طب الأسنان (التكميلية)*</p> <p>لقد أقمنا شراكة مع أحد الموردين لتوفير تغطية شاملة للأسنان تتوافق مع الخدمات التي يقدمها New York State Medicaid. سيتم تغطية الخدمات عند الحصول عليها من مقدم خدمات تابع لشبكة الموردين لدينا.</p> <p>وتتضمن مزايا الأسنان الخدمات التشخيصية والوقائية والترميمية وعلاج لب الأسنان وأمراض اللثة وتركيبات الأسنان الاصطناعية (القابلة للإزالة) وتركيبات الأسنان الاصطناعية (الثابتة) والأطراف الاصطناعية الفكية وخدمات الزرع وجراحة الفم والوجه والفكين والخدمات العامة المساعدة.</p> <p>للحصول على قائمة كاملة بالخدمات، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/dental/provider/index.htm and select Updated Fee Schedule</p> <p>قد يتم تحديث الرموز المدرجة في رابط جدول المزايا أعلاه من قبل جمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA) خلال العام. إذا كان لديك أي استفسارات حول رموز ADA للأسنان، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. يمكن العثور على رقم الهاتف على الوجه الخلفي لبطاقة هوية (ID) العضو في الخطة. قد تتطلب بعض خدمات طب الأسنان الحصول على موافقة مسبقة ويجب أن تكون ضرورية طبياً. سيتولى مقدم الخدمات مهمة أي تصاريح مطلوبة من الخطة نيابة عنك.</p> <p>ملاحظة: التغطية الواردة أعلاه مخصصة لمزايا الأسنان التكميلية من Medicare. وتتم أيضاً إدارة New York Medicaid Dental Benefit بواسطة New York NHC (HMO D-SNP). يرجى الاتصال بالخطة إذا كان لديك أي استفسارات حول ميزة Medicaid هذه.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة السنوية لفحص الاكتئاب.</p>	<p>فحص الاكتئاب</p> <p>نقوم بتغطية فحص واحد للاكتئاب سنوياً. ويجب توفير الفحص في مكان الرعاية الرئيسي حيث يمكن توفير علاج المتابعة والإحالات.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p>فحص مرض السكري</p> <p>يندرج 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.</p> <p>قد تكون مؤهلاً لإجراء عدد 2 من الفحوصات لمرض لسكري كل 12 شهراً بعد تاريخ آخر اختبار فحص للسكري.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. تتم تغطية المستلزمات عندما تكون لديك وصفة طبية وتصرفها من صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو من خلال برنامج Mail Service Pharmacy.</p> <p>راجع رعاية البصر في هذا المخطط للتعرف على خدمات الأطباء إذا كنت تحتاج إلى فحص للعين لفحص اعتلال الشبكية السكري أو فحص الزرق.</p> <p>راجع "خدمات طب الأقدام" في هذا المخطط إذا كنت مريضاً بالسكري وتحتاج إلى الذهاب إلى طبيب لإجراء فحص للقدمين.</p> <p>راجع "العلاج الغذائي الطبي" في هذا المخطط إذا كنت مريضاً بالسكري وتحتاج إلى خدمات العلاج الغذائي الطبي (MNT).</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة للحصول على مستلزمات مرضى السكري وأحذية مرضى السكري والزرعات.</p> <p>لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة بالنسبة للشركات المصنعة المفضلة. ليس من الضروري الحصول على موافقة مسبقة للتدريب على إدارة مرض السكري ذاتياً المغطى من قبل برنامج Medicare.</p>	<p>التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري بالإضافة إلى الخدمات والمستلزمات المتعلقة بالسكري*</p> <p>لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (مستخدمو الأنسولين وغير الأنسولين). تشمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. ◦ True Metrix هي الشركة المصنعة المفضلة لدينا للمستلزمات الخاصة بمرضى السكري. يرجى الاطلاع على نموذج خطتنا للحصول على مزيد من المعلومات أو الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على معلومات إضافية. ◦ محاليل التحكم في السكر للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة المراقبة. ◦ بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري المصابين بمرض القدم السكرية الحاد: زوج واحد لكل سنة تقويمية من الأحذية العلاجية المصنوعة حسب الطلب (بما في ذلك الملحقات المتوفرة مع هذه الأحذية) وزوجين إضافيين من الأحذية الداخلية، أو زوج واحد من الأحذية العميقة وثلاثة أزواج من الملحقات (لا تشمل الملحقات القابلة للإزالة غير المخصصة المتوفرة 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: <ul style="list-style-type: none"> ◦ فحص العين السنوي واختبارات الجلوكوما ◦ فحوصات القدم ◦ خدمات العلاج الغذائي الطبي (MNT) 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>الأجهزة الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة (للإطلاع على تعريف "للأجهزة الطبية المعمرة"، راجع الفصلين 12 و 3).</p> <p>تتضمن العناصر المغطاة، على سبيل المثال وليس الحصر، الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الخدمات للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، وأجهزة الأكسجين، والبخاخات، والمشايات.</p> <p>نحن نغطي جميع الأجهزة الطبية المعمرة (DME) الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامج Original Medicare. إذا لم يكن المورد 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 SWHNY.com.</p> <p>بشكل عام، تغطي (HMO D-SNP) Senior Whole Health of New York NHC أي أجهزة طبية معمرة (DME) مغطاة من قبل Original Medicare من العلامات التجارية والشركات المصنعة المدرجة في هذه القائمة. ولن نغطي العلامات التجارية والشركات المصنعة الأخرى ما لم يخبرنا طبيبك أو مقدم خدمات آخر أن العلامة التجارية مناسبة لاحتياجاتك الطبية. ومع ذلك إذا كنت عضوًا جديدًا في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) وتستخدم أجهزة طبية معمرة (DME) من علامة تجارية غير مدرجة في قائمتنا، فسنستمر في تغطية هذه العلامة التجارية لك لمدة تصل إلى 90 يومًا. وخلال هذا الوقت، يتعين عليك التحدث مع طبيبك لتحديد العلامة التجارية المناسبة لك طبيًا بعد فترة الـ 90 يومًا هذه. (إذا كنت لا توافق طبيبك الرأي، فيمكنك أن تطلب منه إحالتك للحصول على رأي آخر.)</p> <p>في حال عدم موافقتك أنت (أو مقدم الخدمات) على قرار تغطية الخطة، فيحق لك أو لمقدم الخدمة تقديم استئناف. يمكنك أيضًا تقديم استئناف حال عدم موافقتك على قرار موفر الخدمة بشأن المنتج أو العلامة التجارية المناسبة لحالتك الطبية. (للتعرف على المزيد من المعلومات حول الاستئنافات، انتقل إلى القسم 9).</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>إذا تم إدخالك إلى المستشفى، فسوف تدفع تقاسم التكاليف كما هو موضح في "رعاية المرضى الداخليين في المستشفى" في هذا المخطط. ويكون تقاسم التكاليف هو نفسه بالنسبة إلى خدمات الرعاية العاجلة خارج الشبكة أو داخل الشبكة.</p>	<p>الرعاية في حالات الطوارئ</p> <p>تعني الرعاية في حالات الطوارئ التي:</p> <ul style="list-style-type: none"> المقدمة بواسطة مقدم رعاية مدرب على تقديم خدمات الحالات الطارئة. مطلوب لتقييم أو استقرار حالة طبية طارئة. <p>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 إعاقتها بشكل خطير. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.</p> <p>يتمثل مبلغ تقاسم التكاليف لخدمات الطوارئ الضرورية المقدمة خارج الشبكة مع مبلغ تقاسم التكاليف للخدمات المقدمة داخل الشبكة.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>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 أعلى مبلغ لتقاسم التكاليف الذي ستدفعه في مستشفى تابع للشبكة.</p>	<p>الرعاية في حالات الطوارئ (يتبع)</p> <p>قد يتم تغطية الرعاية في حالات الطوارئ خارج الولايات المتحدة (الولايات المتحدة) بموجب مزايا تغطية الطوارئ العالمية. إننا نقدم ما يصل إلى \$10,000 لتغطية حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم كل سنة تقويمية للرعاية في حالات الطوارئ والرعاية بعد الاستقرار. راجع "تغطية الرعاية في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم" في هذا المخطط لمعرفة المزيد.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. استشر طبيبك دائماً قبل بدء روتين التمارين الرياضية أو تغييره.</p>	<p>ميزة اللياقة البدنية (إضافية)*</p> <p>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.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p>	<p>برامج التوعية الصحية والسلامة</p> <ul style="list-style-type: none"> • لدينا برامج متاحة لمساعدتك في إدارة حالتك الصحية المشخصة. تشمل البرامج إدارة الربو • إدارة الاكتئاب • إدارة مرض السكري • إدارة ارتفاع ضغط الدم • إدارة أمراض القلب والأوعية الدموية (CVD) • إدارة مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) <p>تتوفر المواد التعليمية ونصائح الرعاية. يمكننا أيضاً مساعدتك في العمل مع مقدم الخدمات. التسجيل في برامج إدارة الحالة الصحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتم تسجيلك تلقائياً في البرنامج (البرامج) الذي يلبي احتياجاتك على أفضل وجه بناءً على بيانات المطالبات الطبية أو الصيدلانية. • يمكنك أيضاً التسجيل من خلال مقدم الخدمات لديك أو الإحالة الذاتية. <p>هناك متطلبات معينة يجب عليك الوفاء بها للتسجيل.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>برامج التوعية الصحية والسلامة (يتبع) الانسحاب من برامج الإدارة الصحية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • هذه البرامج تطوعية، 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 TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711) من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. (حسب التوقيت الشرقي القياسي). <p>برامج تحسين الحالة الصحية تتوفر أيضًا برامج أخرى مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • برنامج الإقلاع عن التدخين. • برنامج للتحكم في الوزن. <p>للحصول على معلومات و/أو مواد للإقلاع عن التدخين أو التحكم في الوزن، اتصل بالرقم 472-9483 (866) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711) من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. (حسب التوقيت الشرقي القياسي).</p> <p>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.</p> <p>ستساعدك الممرضة المسجلة في تحديد ما إذا كان بإمكانك إدارة رعايتك في المنزل أو تحتاج إلى رعاية أخصائي طبي.</p> <p>الرقم المجاني لخط الاستشارات التمرضية هو: 8544-658 (844)؛ بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) / أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم (TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711) اتصل في أي وقت، ليلاً أو نهاراً، للتحدث مع ممرضة مسجلة حول الأمراض أو الإصابات.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ليست هناك حاجة إلى وجود إحالة أو الحصول على موافقة مسبقة <p>هذه الخدمة ليست مخصصة لحالات الطوارئ. في حالة الطوارئ، اتصل بالرقم 911 على الفور.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لبطاقة Healthy You .</p>	<p>بطاقة Healthy You توفر لك بطاقة Healthy You الخاصة بالخطة بدل إنفاق إجمالي قدره \$285 كل شهر لمجموعة محددة من مزايا الخطة التكميلية مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي يتم الحصول عليها بدون وصفة طبية (OTC) • أجهزة المساعدة السمعية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) • الأغذية والمنتجات*

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>بطاقة Healthy You (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • النقل لأي موقع مرتبط بالصحة • النقل للاحتياجات غير الطبية • المرافق <p>بطاقة الخصم فورية الاستعمال ليست بطاقة انتماء. ولا يمكنك تحويل البطاقة إلى نقود أو إقراضها لشخص آخر. ولا تغطي بطاقة المزايا هذه الجراحات التجميلية. يتم تحويل الأموال إلى البطاقة بشكل شهري. في نهاية كل فترة مزايا، لن يتم تحويل الأموال المخصصة غير المستخدمة إلى الشهر التالي أو سنة الخطة التالية. وإذا تركت الخطة، يتم إرجاع أي أموال مخصصة غير مستخدمة إلى الخطة في تاريخ إلغاء التسجيل الفعلي.</p> <p>لمزيد من المعلومات حول كيفية التأهل للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للأمراض المزمنة، ومزايا الأغذية والمنتجات، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). للوصول إلى بدلات SSBCI، يجب أن يكون لدى الأعضاء حالة مزمنة مؤهلة؛ وتقديم موافقة الطبيب بالتزامن مع إدارة الحالة من قبل Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP). راجع "المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة" في هذا المخطط للتعرف على المزيد من المعلومات.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات السمع</p> <p>تتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها مقدم الخدمات لتحديد إذا ما كنت بحاجة إلى علاج طبي كإجراء للمرضى الخارجيين عندما يقدمها طبيب أو أخصائي سمع أو مقدم خدمات آخر مؤهل.</p> <p>تساعد اختبارات السمع والتوازن التشخيصية التي يغطيها برنامج Medicare في تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي أم لا.</p> <p>يعتمد الفحص على حاجة طبية فقط، مثل فقدان السمع بسبب المرض أو الإصابة أو الجراحة.</p> <p>خدمات السمع (التكميلية) *</p> <p>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:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء، أو 2. البحث عبر الإنترنت باستخدام أداة البحث عبر الإنترنت لمقدم خدمات السمع التكميلية لدينا عبر MolinaHealthcare.com/Medicare. <p>يمكن تركيب/تقييم سماعات الأذن مرة واحدة كل عام تقويمي.</p> <p>إذا أخبرك طبيبك أنك تحتاج إلى سماعات أذن، فيمكنك الحصول على عدد 2 سماعة أذن بحد أقصى يحددهما سابقاً مقدم خدمات معتمد لدى الخطة للأذنين معاً كل 2 من الأعوام.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للاستفادة بالفحص الوقائي الخاص بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) الذي يغطيه برنامج Medicare.</p>	<p>فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب</p> <p>بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون إجراء اختبار فحص فيروس HIV أو الذين هم في خطر متزايد للإصابة بفيروس HIV، فإننا نغطي ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إجراء فحص واحد كل 12 شهرًا. • إذا كنت حاملاً، فإننا نغطي: • ما يصل إلى 3 فحوصات أثناء الحمل. 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>وكالة الرعاية الصحية المنزلية</p> <p>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.</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التمريض بدوام جزئي أو المتقطعة وخدمات المساعدين الصحيين في المنزل (التي تتم تغطيتها بموجب امتياز الرعاية الصحية في المنزل، يجب 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 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>العلاج بالتسريب في المنزل</p> <p>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).</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الأخصائيين لا سيما خدمات التمريض المقدمة وفقاً لخطة الرعاية الخاصة بك • تدريب المرضى وتعليمهم غير مشمولين ضمن مزايا الأجهزة الطبية المعمرة • الملاحظة عن بعد • خدمات المتابعة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP).</p>	<p>رعاية المحتضرين</p> <p>أنت مؤهل للحصول على ميزة رعاية المحتضرين عند تشخيصك تشخيصًا نهائيًا من قبل طبيبك والمدير الطبي لرعاية المحتضرين يفيد بأنك مصاب بمرض ميؤوس منه وأن أمامك فترة يبلغ قوامها 6 أشهر أو أقل حتى تفارق الحياة إذا ما استمر مرضك في مساره الطبيعي. ويمكنك تلقي الرعاية عبر أي برامج معتمدة من Medicare لرعاية المحتضرين. وعلاوة على ذلك، تلتزم خطتك بمساعدتك في العثور على برامج معتمدة من Medicare لرعاية المحتضرين في منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك البرامج التي تمتلكها أو 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.</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم • رعاية مؤقتة قصيرة المدى • الرعاية المنزلية <p>عند قبولك في رعاية المحتضرين، يكون لك الحق في الاستمرار في خطتنا؛ وعند رغبتك في ذلك، يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط الخطة.</p> <p>بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو B المرتبطة بمرضك الميؤوس منه: سيدفع برنامج Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لمقدم رعاية المحتضرين مقابل خدمات رعاية المحتضرين وأي خدمات من الجزء A والجزء B متعلقة بمرضك الميؤوس منه. أثناء تواجدك في برنامج رعاية المحتضرين، سيقوم مقدم الخدمات الخاص بك بإرسال فاتورة إلى Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفعها Original Medicare. ستتم محاسبتك بناءً على مبلغ تقاسم التكاليف لدى Original Medicare.</p> <p>بالنسبة إلى الخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو B التي لا تتعلق بمرضك الميؤوس 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).</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>بالنسبة للخدمات التي تغطيها Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) ولكنها ليست مغطاة من قبل Medicare Part A أو B: سوف تستمر في تغطية الخدمات المغطاة بالخطة والتي لا يغطيها الجزء A أو B سواء كانت مرتبطة بمرضك الميؤوس منه أم لا. ستدفع مبلغ تقاسم تكاليف خطتك مقابل هذه الخدمات.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
	<p>رعاية المحتضرين (يتبع)</p> <p>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).</p> <p>ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تدرج تحت رعاية المحتضرين (رعاية لا تتعلق بمرضك الميؤوس منه)، فيجب عليك الاتصال بنا لترتيب الخدمات.</p> <p>تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فحسب) لمن يعانون من مرض عضال والذين لم يختاروا المزايا المتاحة للمحتضرين.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والتهاب الكبد ب وكوفيد 91.</p>	<p>التحصينات</p> <p>تشمل خدمات Medicare Part B المغطاة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 كوفيد 19 • اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضاً لأي مخاطر، مع استيفاء هذه اللقاحات لقواعد التغطية الخاصة بـ Medicare Part B <p>كما نغطي أيضاً معظم اللقاحات الأخرى للبالغين بموجب ميزة أدوية الجزء D. راجع الفصل 6، القسم 8 للحصول على مزيد من المعلومات.</p>	
<p>سوف تدفع \$0 للأيام من 1 إلى 90 من الإقامة في المستشفى لكل فترة مزايا.</p> <p>تغطي خطتنا 60 "يوم احتياطي مدى الحياة". هذه هي الأيام "الإضافية" التي نغطيها.</p> <p>إذا كانت إقامتك في المستشفى أطول من 90 يوماً لكل فترة مزايا، فيمكنك استخدام هذه الأيام الـ 60 الإضافية،</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين في المستشفى</p> <p>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.</p> <p>وقد تشمل الخدمات المغطاة ما يلي، وذلك على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة تماماً إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك) • الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>ستقتصر تغطية إقامة المرضى الداخليين في المستشفى على 90 يومًا لكل فترة مزايا.</p> <p>قد تتم تغطية الخدمات الإضافية وفقًا لمزايا وإرشادات Medicaid الخاصة بك.</p> <p>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.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرف الإنعاش والعمليات • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب • خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات للمرضى الداخليين • وفي بعض الحالات المحددة، تتم تغطية الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب والرئة 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 مرشحًا لعملية زرع أم لا. قد يكون مقدمو عمليات زرع الأعضاء محليون أو من خارج نطاق الخدمة. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل شبكتنا خارج نمط الرعاية المجتمعية، فيمكنك اختيار الذهاب محليًا طالما أن مقدمي خدمات زراعة الأعضاء المحليين على استعداد لقبول سعر Original Medicare. إذا كانت Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) توفر خدمات زراعة الأعضاء في مكان خارج نمط رعاية عمليات زرع الأعضاء في مجتمعك واخترت إجراء عمليات زراعة الأعضاء في هذا الموقع البعيد، فسوف نقوم بترتيب أو دفع تكاليف السكن المناسب و تكاليف النقل لك ولرفيقتك. Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) تحدد تفاصيل الرعاية الطبية المتعلقة بزراعة الأعضاء، 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 علنيًا بذلك. يبلغ الحد الأقصى للمبلغ المستحق عن جميع تكاليف السفر والإقامة والوجبات وتعويض المسافة المقطوعة هو خمسة آلاف دولار (\$5,000) لكل عملية زرع وفقًا لإرشادات الخطة. • الدم - بما في ذلك تخزينه وإعطائه. تبدأ تغطية الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة من نصف اللتر الرابع من الدم الذي تحتاجه فقط. يجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 أنصاف لترات من الدم تحصل عليها خلال السنة التقويمية أو أن تتبرع بالدم أو يتبرع لك شخص آخر به. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من النصف لتر الأول المستخدم. • خدمات الأطباء

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>رعاية المرضى الداخليين في المستشفى (يتبع)</p> <p>ملاحظة: لكي تكون مريضاً داخلياً، يجب على مقدم الخدمات الخاص بك كتابة أمر لإدخالك رسمياً كمرضى داخلي في المستشفى. حتى في حال مكوثك 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.</p> <p>يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من خلال لائحة بيانات Medicare التي تحمل اسم مزايا المستشفى ضمن برنامج Medicare. تتوفر لائحة البيانات عبر الإنترنت 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. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجاناً، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p>
<p>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، ستقتصر تغطية المستشفى للمرضى الداخليين على 90 يوماً لكل فترة مزايا.</p> <p>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.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة. باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن يخبرنا طبيبك أنك ستدخل إلى المستشفى.</p>	<p>خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي</p> <p>ندفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تستلزم البقاء في المستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 المدة المحددة لك التي تبلغ 190 يوماً قبل التسجيل في خطتنا، فسيتم تقليل عدد أيام المستشفى المغطاة مدى الحياة بمقدار عدد أيام المرضى الداخليين لرعاية الصحة النفسية التي يغطيها برنامج Medicare مسبقاً في مستشفى للأمراض النفسية. • ولا يسري شرط المدة التي تبلغ 190 يوماً تلك على خدمات الصحة النفسية الداخلية المقدمة في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة. • ليس هناك حد لعدد فترات الاستفادة 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. • يغطي برنامج Medicaid إقامة المرضى الداخليين بعد الوصول إلى الحد الذي يبلغ 190 يوماً. لا توجد فترة فائدة أو حد مدى الحياة. • يجب عليك اختيار مقدمي خدمات طب الأسنان المتعاقد معهم. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على قائمة بمقدمي خدمات الصحة السلوكية التابعين للشبكة. <p>لا يغطي Medicare ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ الممرضات ذات المهام الخاصة ◦ هواتف أو تلفزيون في غرفتك <p>غرفة خاصة (ما لم تكن هناك ضرورة طبية)</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المغطاة التي يتم الحصول عليها في المستشفى أو مرفق الرعاية الماهرة (SNF) أثناء فترة إقامة المريض الداخلي غير المغطاة</p> <p>إذا استنفدت 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الأطباء • الاختبارات التشخيصية (مثل الفحوصات المعملية) • العلاج بالأشعة السينية والراديووم والعلاج بالنظائر المشعة، بما في ذلك الخدمات والمواد الفنية • الضمادات الجراحية <p>إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المغطاة التي يتم الحصول عليها في المستشفى أو مرفق الرعاية الماهرة (SNF) أثناء فترة إقامة المريض الداخلي غير المغطاة (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • الجبائر والجبائر الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع • 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 • دعائم للساق والذراع والظهر والرقبة؛ دعائم والأرجل والأذرع والعيون الاصطناعية بما في ذلك التعديلات والإصلاحات والاستبدالات المطلوبة بسبب الكسر أو التآكل أو فقدان أو تغيير الحالة البدنية للمريض <p>العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للاستفادة بخدمات العلاج الغذائي الطبي التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p>العلاج الغذائي الطبي</p> <p>هذه الميزة مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري، أو أمراض الكلى (ولكن ليس لغسيل الكلى)، أو بعد عملية زرع الكلى عندما يطلبها الطبيب.</p> <p>نقوم بتغطية 3 ساعات من خدمات الاستشارة المباشرة خلال السنة الأولى من تلقك 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 تمديد العلاج للسنة التقويمية المقبلة.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لميزة خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP).</p>	<p>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري</p> <p>ستتم تغطية خدمات MDPP للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medicare بموجب جميع خطط Medicare الصحية.</p> <p>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.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. قد تخضع الأدوية التي يغطيها القسم "B" للعلاج التدريجي. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>أدوية Medicare Part B</p> <p>هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء B من برنامج Original Medicare. يتلقى أعضاء خطتنا تغطية لهذه الأدوية من خلال خطتنا. تتضمن الأدوية المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي لا يتناولها المريض عادةً بنفسه ويتم حقنها أو ضخها أثناء حصولك على الخدمات من جانب الطبيب أو العيادات الخارجية في المستشفى أو مركز جراحة العيادة الخارجية • يتم توفير الأنسولين من خلال أحد الأجهزة الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية التي تتناولها 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 تعطى لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • أدوية زرع الأعضاء/المتبطة 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 كنت قعيدة المنزل بسبب كسر يشهد طبيب بأن لهذا الكسر علاقة بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، وأنت 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 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>أدوية Medicare Part B (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 متاحًا 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 D يشملها بالتغطية. • الأدوية المضادة للعثيان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي Medicare الأدوية المضادة للعثيان 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 كبدائل علاجي كامل للأدوية المضادة للعثيان 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 أو إذا كنت تحتاج إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Aranesp®، Procrit®) • الجلوبيولين المناعي حقنًا بالوريد للعلاج المنزلي من أمراض نقص المناعة البشرية الرئيسية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية الوريدية والأنبوبية) <p>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 ضروريًا من خلال زيارة SWHNY.com.</p> <p>كما نقوم بتغطية بعض اللقاحات بموجب الجزء B بالإضافة إلى معظم لقاحات البالغين بموجب مزايا أدوية الجزء D.</p> <p>يشرح الفصل 5 مزايا أدوية الجزء D، بما في ذلك القواعد التي يجب عليك اتباعها لتغطية الأدوية الموصوفة. يشرح الفصل 6 ما ستدفعه من تكاليف مقابل أدوية الجزء D في خطتنا.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمة الوقائية لفحص السمنة وعلاجها.	<p>فحص وعلاج السمنة لتعزيز فقدان الوزن المستدام</p> <p>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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات برنامج العلاج بالأدوية الأفيونية للمرضى الخارجيين 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.	<p>خدمات علاج تعاطي المواد الأفيونية</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية علاجية بمساعدة الأدوية (MAT) التي تتألف من مضادات ونظير الأفيون معتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) • صرف وإدارة أدوية MAT (إن أمكن) • تقديم المشورة بشأن تعاطي المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة الجرععات • التقييمات الدورية 	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	<p>اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة)، بما في ذلك المواد واللوازم الفنية • المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر والجبائر الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع • الاختبارات المعملية • الدم - بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه. تبدأ تغطية الدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة فقط بالنصف الرابع من الدم الذي تحتاجه يجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 مكابيل من الدم التي تحصل عليها في السنة التقويمية أو التبرع بالدم بواسطتك أو من قبل شخص آخر. يتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءاً من النصف لتر الأول المستخدم • الفحوصات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين خدمات تشخيصية غير إشعاعية مثل تخطيط كهربية القلب، وتخطيط كهربية الدماغ، واختبارات وظائف الرئة، ودراسات النوم، واختبارات الإجهاد على جهاز المشي. 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<ul style="list-style-type: none"> الخدمات الإشعاعية التشخيصية (المعقدة وغير المعقدة) مثل عمليات الفحص المتخصصة، والتصوير المقطعي المحوسب (CT)، والتصوير المقطعي المحوسب (SPECT)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRA)، والدراسات النووية، والموجات فوق الصوتية، وتصوير الثدي بالأشعة التشخيصية، والإجراءات الإشعاعية التداخلية (تصوير النخاع، وتصوير المثانة، وتصوير الأوعية الدموية، ودراسات الباريوم). لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين.
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى</p> <p>خدمات الملاحظة هي خدمات تقدم في العيادات الخارجية بالمستشفى حيث يتم تقديمها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى دخولك كمريض داخلي أو الخروج من المستشفى.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من خلال لائحة بيانات Medicare التي تحمل اسم مزايا المستشفى ضمن برنامج Medicare. تتوفر لائحة البيانات عبر الإنترنت 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. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>تتم تغطية خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى بموجب مزايا أخرى في هذا المخطط. راجع هذه المزايا وغيرها عند تقديم الرعاية في عيادات المستشفيات الخارجية:</p> <p>"الرعاية في حالات الطوارئ"</p> <p>"تغطية الطوارئ/الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم" "اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والإمدادات العلاجية"</p> <p>«جراحة العيادات الخارجية المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات والمراكز الجراحية المتنقلة»</p> <p>«الاستشفاء الجزئي»</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات المرضى الخارجيين في المستشفى</p> <p>سنغطي مصاريف الخدمات اللازمة لحالتك الصحية التي تحصل عليها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى من أجل تشخيص مرض أو إصابة أو علاج أي منهما.</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 محاسبة • 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 إصدار فواتير بها • المستلزمات الطبية مثل الجبائر وجبائر الجبس • بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكن تعاطيها ذاتيًا <p>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 مكوثك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن «المرضى الخارجيين». إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى.</p> <p>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 Medicare – فيمكنك السؤال عن ذلك! تتوفر لائحة البيانات هذه عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة.</p> <p>راجع "فحص الاكتئاب" في هذا المخطط للتعرف على فحص الاكتئاب السنوي.</p> <p>راجع "الاستشفاء الجزئي" في هذا المخطط إذا كنت بحاجة إلى الحصول على علاج الصحة النفسية للمرضى الخارجيين المغطى من قبل برنامج Medicare.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>رعاية الصحة النفسية للمرضى في العيادات الخارجية</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <p>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.</p> <p>تشتمل تغطية الرعاية الصحية النفسية للمرضى الخارجيين من برنامج Medicare ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص واحد للاكتئاب كل سنة تقييمية. ويجب توفير الفحص في عيادة طبيب الرعاية الأولية أو عيادة الرعاية الأولية حيث يمكن توفير علاج المتابعة والإحالات. • 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. 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل في العيادات الخارجية</p> <p>الخدمات المغطاة: تكاليف العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب.</p> <p>يتم توفير خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين عبر العديد من العيادات الخارجية، مثل أقسام المرضى الخارجيين بالمستشفيات، وعيادات المعالين المستقلين بالإضافة إلى مرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs).</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات علاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يغطي برنامج Medicare خدمات علاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين. • بالإضافة إلى ذلك، يغطي برنامج Medicaid الزيارات العلاجية الفردية والجماعية. يجب أن يكون العضو قادرًا على الإحالة الذاتية لتقييم واحد من مزود الشبكة خلال فترة اثني عشر (12) شهرًا. <p>يجب عليك استخدام أحد مقدمي خدمات الصحة السلوكية في Senior Whole Health Healthcare.</p> <p>اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات والمراكز الجراحية المتحركة</p> <p>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".</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات إذا كنت تستخدم بطاقة Healthy You. قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا تجاوزت الحد الأقصى للبدلات الشهرية. قد تنطبق القيود والاستثناءات.</p>	<p>الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) (تكميلية)*</p> <p>سوف تحصل على بدل يبلغ \$285 كل شهر لإنفاقه على المستلزمات والمنتجات والأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية (OTC) المعتمدة من الخطة باستخدام بطاقة Healthy You. يتم تقاسم هذا البديل الشهري مع بدل الأغذية والمنتجات (SSBCI)*، وخدمات النقل إلى المواقع المعتمدة من جانب الخطة، والسماعات التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وخدمات النقل في الحالات غير الطارئة (SSBCI)* بالإضافة إلى سداد تكاليف المرافق (SSBCI)*. يمكنك استخدام هذا البديل للعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والأغذية والمنتجات (SSBCI)*، والنقل إلى المواقع المعتمدة من جانب الخطة، وأجهزة السمع التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وخدمات النقل في الحالات غير الطارئة (التكميلية)، أو للمساعدة في سداد تكاليف المرافق (الكهرباء والغاز الطبيعي والمياه). إذا لم تستخدم مبلغ البديل الشهري بالكامل، فستنتهي صلاحية الرصيد المتبقي ولن يتم ترحيله إلى الشهر التالي.</p> <p>تشمل التغطية الخاصة بك منتجات الصحة والعافية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) مثل الفيتامينات وواقبات الشمس ومسكنات الألم وأدوية السعال والبرد والضمادات.</p> <p>يمكنك طلبها:</p> <p>عبر الإنترنت – قم بزيارة الموقع الإلكتروني NationsOTC.com/Molina</p> <p>عبر الهاتف – 9243-208-877 للتحدث مع أحد أعضاء NationsOTC</p> <p>استشاري متمرس على (المستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم (711)، على مدار 365 في العام.</p> <p>عبر البريد املاً نموذج الطلب الوارد ضمن كتالوج المنتجات التي تصرف دون وصفة طبية وأعد إرساله.</p> <p>من خلال مواقع البيع بالتجزئة المشاركة.</p> <p>راجع كتالوج المنتجات التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) لعام 2026 للاطلاع على قائمة كاملة بالعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) من قبل الخطة أو اتصل بمسؤول دعم هذه المنتجات للحصول على مزيد من المعلومات. وستجد معلومات مهمة (إرشادات الطلب) في كتالوج المنتجات التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) لعام 2026.</p> <p>لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم «خدمات الأعضاء».</p> <p>*متطلبات الأهلية للحالات المزمنة</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات مقابل خدمات الاستشفاء الجزئي في المستشفيات المغطاة من قبل برنامج Medicare. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات الاستشفاء الجزئية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة</p> <p>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 (LMFT) وهو بديل للاستشفاء في العيادات الداخلية.</p> <p>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.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p>	<p>خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 الرعاية الأولية (PCP)، إذا طلب الطبيب المعالج إجراؤها للتأكد من مدى احتياجك للعلاج منها • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد، بما في ذلك خدمات الرعاية الأولية إذا اخترت الحصول على واحدة منها <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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. 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 مزود الشبكة، قم بزيارة موقعنا على SWHNY.com. ◦ الزيارات الطبية الافتراضية هي زيارات طبية يتم اختيارها لك خارج المرافق الطبية من قبل مقدمي خدمات افتراضيين يستخدمون التكنولوجيا عبر الإنترنت وقدرات 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.

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بأمراض الكلى في المراحل النهائية لأعضاء غسيل الكلى المنزلي في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى للحالات الحرجة في المستشفى أو مرفق غسيل الكلى أو منزل العضو. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها، بغض النظر عن موقعك، قد يلزم الحصول على إذن مسبق. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات أو اضطرابات الصحة النفسية المصاحبة، دون النظر إلى موقعهم الحالي. قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة النفسية وتقييمها وعلاجها في الحالات الآتية: <ul style="list-style-type: none"> ◦ 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 ◦ إذا كانت هناك استثناءات لما سبق بسبب ظروف معينة • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة النفسية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHC) • الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذًا: <ul style="list-style-type: none"> ◦ إذا كنت مريضًا غير جديد و ◦ إذا كان الفحص غير مرتبط بزيارة للعيادة خلال الأيام الـ 7 الماضية و ◦ كان الفحص لا يؤدي إلى زيارة مكتبية 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: <ul style="list-style-type: none"> ◦ إذا كنت مريضًا غير جديد و ◦ إذا كان التقييم غير مرتبط بزيارة للعيادة في الأيام الـ 7 الماضية و ◦ إذا كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة للعيادة 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 خدمات 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.

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>خدمات طب الأقدام (مشمولة بتغطية Medicare).</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> تشخيص وعلاج إصابات القدمين وأمراضهما طبيًا أو جراحياً (مثل إصابات أصابع القدم المطرقية أو مهماز العقب) العناية الروتينية بالقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معينة تؤثر على الأطراف السفلية 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للحصول على ميزة الوقاية قبل التعرض (PrEP).</p>	<p>الوقاية قبل التعرض (PrEP) للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)</p> <p>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.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً، فإن الخدمات المغطاة تشمل ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 أيضاً 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. <p>فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة.</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للاختبار السنوي للمستضدات المحددة للبروستاتا (PSA).</p>	<p>اختبارات فحص سرطان البروستاتا</p> <p>بالنسبة للرجال في سن الـ 50 فما أكبر، سنكفل بدفع تكاليف إجراء الخدمات التالية لمرة واحدة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> الفحص الرقمي للمستقيم اختبارات المستضدات المحددة للبروستاتا (PSA) 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة</p> <p>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، والأثناء الاصطناعية (بما في ذلك حمالة الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي). وتشمل بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية والتقويمية، وإصلاح و/أو استبدال الأجهزة التعويضية والتقويمية. كما تشمل أيضاً بعض التغطية بعد إزالة الساد أو جراحة الساد – الرؤية راجع رعاية النظر التي ترد لاحقاً في هذا المخطط للحصول على مزيد من التفاصيل.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>تتم تغطية برامج إعادة التأهيل الرئوي الشاملة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن المعتدل إلى الشديد جدًا (COPD) وطلب إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب المعالج لمرض الجهاز التنفسي المزمن.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات لميزة الفحص والاستشارة الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare للحد من تعاطي الكحول.	<p>الفحص والاستشارة للحد من تعاطي الكحول</p> <p>نغطي فحص تعاطي الكحول للبالغين (بما في ذلك النساء الحوامل) ممن يتعاطون الكحول ولكنهم ليسوا مدمنين له.</p> <p>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 ومنتبهًا خلال الاستشارة) من جانب طبيب رعاية أولية مؤهل أو أحد الممارسين في عيادة الرعاية الأولية.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات مقابل الاستشارة المغطاة من Medicare وزيارة اتخاذ القرار المشتركة أو LDCT.	<p>الكشف عن سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة (LDCT)</p> <p>تتم تغطية التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT) كل 12 شهرًا للأفراد المؤهلين.</p> <p>الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و77 عامًا 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.</p> <p>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.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات مقابل فحص الالتهاب الكبدي الوبائي C المغطى من Medicare.	<p>فحص عدوى فيروس الالتهاب الكبدي الوبائي C</p> <p>نغطي إجراء فحص واحد للالتهاب الكبدي الوبائي C إذا ما طلب طبيب الرعاية الأولية أو غيره من موفري خدمات الرعاية الصحية المؤهلين إجراء هذا الفحص وكنت تستوفي أحد الشروط التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أن تكون معرضاً 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. <p>إذا كنت قد ولدت بين عامي 1945-1965 ولا تندرج تحت الفئات عالية الخطورة، فإننا ندفع مقابل الفحص مرة واحدة فقط. إذا كنت معرضاً لخطر مرتفع (على سبيل المثال، مواصلة استخدام أدوية الحقن غير المشروعة منذ فحص الالتهاب الكبدي الوبائي C السليبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.</p>	
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.	<p>فحص الأمراض المنقولة جنسياً (STIs) وتقديم المشورة للوقاية منها</p> <p>نحن نغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) للكلاميديا، والسيلان، والزهري، والتهاب الكبد الوبائي (B). ويتم 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 شهراً وفي أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>نقوم أيضاً 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.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات. علاج مرضى الكلى الداخليين المقيمين • راجع «رعاية المرضى الداخليين في المستشفى» في هذا المخطط. إمدادات ومعدات غسيل الكلى بالمنزل • راجع «المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة» في هذا الجدول.	<p>خدمات علاج أمراض الكلى</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 مؤقتاً من النطاق الجغرافي للخدمة، كما هو موضح في الفصل 3 أو عندما يكون مقدم الرعاية غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتاً. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين (إذا أُدخلت كمريض داخلي في أحد مستشفيات الرعاية الخاصة) • التدريب على غسيل الكلى ذاتياً (بما في ذلك تدريبك أنت وأي فرد يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل) 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>خدمات الدعم المنزلي</p> <ul style="list-style-type: none"> • راجع "رعاية وكالة الصحة المنزلية" في هذا المخطط. <p>أدوية غسيل الكلى الواردة بالجزء (B) من برنامج Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • لمزيد من المعلومات، راجع "أدوية الوصفات الطبية الواردة في الجزء D" في هذا الجدول. 	<ul style="list-style-type: none"> • إمدادات ومعدات غسيل الكلى بالمنزل • خدمات دعم منزلي محددة مثل (زيارات عمال الغسيل الكلوي الضرورية لفحص كيفية سير عمليات الغسيل الكلوي في المنزل والمساعدة في حالات الطوارئ وكذلك لفحص معدات الغسيل الكلوي وإمداد المياه) <p>تخضع بعض أدوية غسيل الكلى للتغطية بموجب Medicare Part B. للحصول على معلومات حول تغطية أدوية الجزء B، انتقل إلى أدوية Medicare Part B في هذا الجدول.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الميزة</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p> <p>باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن يخبرنا طبيبك أنك ستدخل إلى SNF. ليس من الضروري الإقامة المسبقة بالمستشفى.</p>	<p>الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF)</p> <p>(للحصول على تعريف للرعاية في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة، راجع الفصل 12. تُسمى أحياناً مرافق الرعاية التمريضية الماهرة باسم SNFs.)</p> <p>تشمل الخدمات المغطاة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة رعاية نصف خاصة (أو غرفة رعاية خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية) • الوجبات، بما فيها الحميات الغذائية الخاصة • خدمات مرافق الرعاية الماهرة • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج مشكلات النطق • 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 وإعطاؤه. تبدأ تغطية الدم بالكامل بالإضافة إلى خلايا الدم الحمراء المعبأة من نصف اللتر الرابع من الدم الذي تحتاجه يجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 أنصاف لترات من الدم تحصل عليها خلال السنة التقويمية أو أن تتبرع بالدم أو يتبرع شخص آخر به. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءاً 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 (SNFs) في أغلب الأحيان • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي توفرها مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNFs) في أغلب الأحيان • خدمات الأطباء/الممارسين <p>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 لمرافق غير مدرج كمقدم خدمات تابع للشبكة، إذا ما قبل المرافق مدفوعات خطتنا.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
	<p>رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (يُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • مرافق التمريض أو دور الرعاية المستمرة للمتقاعدين في المكان الذي كنت تقيم فيه قبل انتقالك للمستشفى (ما دامت تلك المرافق تقدم الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة) • مرفق رعاية تمريضية ماهرة (SNF) يعيش فيه زوجك/شريكتك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى. 	
<p>لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات للمزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p>الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ (تقديم المشورة بشأن الإقلاع عن التدخين أو تعاطي التبغ)</p> <p>تتم تغطية استشارات الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ للمرضى الخارجيين والمرضى في المستشفيات ممن يستوفون المعايير التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>نغطي عدد 2 من المحاولات للإقلاع عن التدخين سنوياً (قد تتضمن كل محاولة 4 جلسات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع حصول المريض على ما يصل إلى 8 جلسات سنوياً).</p>	
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.</p>	<p>المزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ المغطاة بالرعاية الطبية. خدمات الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ (التكميلية)*</p> <p>إذا كنت ترغب في الإقلاع عن التدخين، فيجب عليك التحدث إلى طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو الاتصال بقسم التثقيف الصحي لدينا.</p> <p>بالإضافة إلى التغطية المقدمة بموجب مزايا الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ المغطاة من برنامج Medicare، تغطي الخطة 8 خدمات استشارية إضافية كل سنة تقويمية لمساعدتك في التوقف عن التدخين أو استخدام منتجات التبغ.</p> <p>يجب عليك استنفاد ميزة الإقلاع عن تعاطي التبغ المغطاة ببرنامج Medicare قبل أن تقوم الخطة بدفع تكاليف التغطية بموجب هذه الميزة.</p>	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة إذا كنت من مستخدمي بطاقة Healthy You.</p> <p>قد تكون المشاركة في برنامج إدارة الرعاية ضرورية. ويجب أن يحصل الأعضاء كذلك على موافقة الطبيب على الاختبار بناءً على نقص المعلومات الطبية التاريخية.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>المزايا الإضافية الخاصة للأمراض المزمنة III</p> <p>إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة.</p> <ul style="list-style-type: none"> • اضطرابات المناعة الذاتية؛ • 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 • زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي • مرض الجهاز الهضمي المزمن • اضطرابات الدم الحادة • 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 تضعف البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم • الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو الاحتفاظ بها <p>سنساعدك في الحصول على هذه المزايا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية لبدء طلبك للوصول إلى هذه المزايا الإضافية.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>المزايا الإضافية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة (يتبع)</p> <p>ملاحظة: من خلال طلب هذه الميزة، فإنك تصرح لممثلي Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) بالاتصال بك عن طريق الهاتف أو البريد أو أي وسيلة اتصال أخرى كما هو موضح صراحةً في طلبك.</p> <p>عند الموافقة، سيتم إضافة بدل قدره \$285 على بطاقة Healthy You لديك شهرياً بشكل تلقائي لاستخدامه في مزايا SSBCI. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي.</p> <p>الأغذية والمنتجات*</p> <p>يتأهل المستفيدون المصابون بحالة مزمنة المذكورة أعلاه أيضاً للحصول على مزايا الأطعمة والمنتجات عبر ميزة بطاقة Healthy You. سيتم إيداع مبلغ قدره \$285 شهرياً في بطاقة Healthy You الخاصة بك تلقائياً بالتوازي لشراء العناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والسماعات التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والنقل للمواقع الصحية المعتمدة من جانب الخطة، والنقل للاحتياجات غير الطبية، وسداد تكلفة المرافق* (الكهرباء والغاز الطبيعي، والمياه).</p> <p>يمكنك استخدام البديل الموجود في بطاقة الخصم Healthy You 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 وذلك عبر الموقع الإلكتروني SWHMA.com.</p> <p>لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي.</p> <p>النقل للاحتياجات غير الطبية</p> <p>يمكنك استخدام بطاقة Healthy You في خدمات النقل لتلبية الاحتياجات غير الطبية إلى المواقع المعتمدة مثل مراكز اللياقة البدنية ومخازن الطعام ومحلات البقالة والصيدليات لشراء المستلزمات التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) والخدمات الدينية ومراكز كبار السن. للمزيد من المعلومات، يرجى الانتقال إلى قسم بطاقة Healthy You الممولة مسبقاً.</p> <p>المرافق*</p> <p>يجب على الأعضاء المشاركة في تقييم لتحديد الأهلية بموجب ميزة المساعدة في سداد تكلفة المرافق (الكهرباء والغاز الطبيعي والمياه).</p> <p>سيتم إيداع مبلغ قدره \$285 شهرياً في بطاقة Healthy You الخاصة بك تلقائياً بالتوازي لشراء العناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والسماعات التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، والأغذية والمنتجات*، والنقل للمواقع الصحية المعتمدة من جانب الخطة، والنقل للاحتياجات غير الطبية.</p> <p>*متطلبات الأهلية للحالات المزمنة</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة.</p> <p>قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.</p>	<p>العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)</p> <p>تتم تغطية العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (PAD). ما يصل إلى 36 جلسة خلال مدة 12 أسبوعًا عند استيفاء جميع متطلبات العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET).</p> <p>يجب على برنامج العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أن يتكون من جلسات تتراوح مدتها بين 30 و60 دقيقة، وتتضمن برنامجًا تدريبيًا علاجيًا لعلاج مرض الشريان المحيطي (PAD) لدى المرضى الذين يعانون من العرج • أن يكون في المرافق الاستشفائية الخارجية أو في عيادة الطبيب • يتم تقديمه من قبل موظفين مساعدين مؤهلين لضمان أن الفوائد تتجاوز الأضرار، ويتم تدريبهم على العلاج بالتمارين الرياضية ل-PAD • أن يكون تحت الإشراف المباشر لطبيب، أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخطائي تريض سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة. <p>قد تتم تغطية SET لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا مقابل 36 جلسة إضافية على مدى فترة زمنية ممتدة إذا اعتبر مقدم الرعاية الصحية ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة لهذه الخدمات إذا كنت من مستخدمي بطاقة Healthy You.</p> <p>قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا تجاوزت الحد الأقصى للبدلات السنوية.</p> <p>قد تنطبق القيود والاستثناءات. إذا كنت بحاجة إلى الرعاية في حالات الطوارئ، فيمكنك الاتصال على الرقم 911 وطلب سيارة إسعاف.</p> <p>راجع "خدمات الإسعاف" في هذا المخطط لمعرفة المزيد عن النقل في حالات الطوارئ.</p>	<p>عمليات النقل في الحالات غير الطارئة (تكميلية)</p> <p>لديك بدل يبلغ \$285 على بطاقة Healthy You يمكنك إنفاقه شهريًا على النقل إلى موقع متعلق بالخدمات الصحية حسب تقديرك. لا يتماشى هذا المبلغ مع عدد محدد من "الرحلات"، لكن يمكن استخدامه لدفع تكلفة خدمة النقل في غير حالات الطوارئ إلى الحد الذي تسمح به الميزة. يتم الجمع بين هذا المبلغ والعناصر التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC)، وأجهزة السمع التي تصرف بدون وصفة طبية، والأغذية والمنتجات*، والنقل للمواقع الصحية المعتمدة من الخطة، والبدل الشهري الخاص بالمرافق. إذا لم تستخدم مبلغ المزايا الشهري بالكامل، فستنتهي صلاحية الرصيد المتبقي ولن يتم ترحيله إلى الشهر التالي.</p> <p>يمكنك استخدام بطاقة Healthy You لدفع تكاليف وسائل المواصلات عبر تطبيقات خدمات النقل، أو خدمات سيارات الأجرة، أو أي وسيلة أخرى من وسائل النقل في غير حالات الطوارئ، مثل تذاكر الحافلات، أو بطاقات السكك الحديدية، أو غيرها من وسائل النقل العام. يُنصح الأعضاء بزيادة عدد الرحلات المتاحة من خلال هذا المخصص. بالنسبة إلى الجهات المطلوبة بشكل شائع، مثل مراكز غسيل الكلى أو مرافق العلاج الطبيعي، اتصل بمرفق تقديم الرعاية مباشرةً لمعرفة ما إذا كانت هناك وسيلة نقل أقل تكلفة قبل حجز رحلة عبر تطبيقات خدمات النقل أو خدمة النقل الفردي.</p>

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الخدمات.	<p>*متطلبات الأهلية للحالات المزمنة</p> <p>الخدمات العاجلة</p> <p>تندرج الخدمة التي تغطيها الخطة وتتطلب رعاية طبية فورية ولا تشكل حالة طارئة ضمن الخدمات العاجلة إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتًا، 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 مبلغ 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 مؤقتًا.</p>	
لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة للأعضاء المؤهلين للحصول على هذه الميزة. قد يلزم الحصول على تصريح سابق للنظارة الطبية.	<p>رعاية النظر (المغطاة من Medicare)</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين، بما في ذلك علاج الضمور البقعي المرتبط بالعمى. لا يغطي برنامج Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) للنظارات/العدسات اللاصقة. • بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر مرتفع للإصابة بالجلوكوما، ندفع مقابل إجراء 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 بداء السكري، تتم تغطية فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة سنويًا • 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. <p>رعاية النظر (تكميلية)</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص روتيني واحد على العين كل عام • النظارات بحد يصل إلى 350 دولارًا سنويًا <p>تشمل الخدمات المغطاة لبرنامج Medicaid ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات أخصائيي النظارات وأطباء العيون وأخصائيي طب العيون بما في ذلك النظارات والعدسات اللاصقة الضرورية طبيًا وعدسات البولي كربونات والعيون الاصطناعية (المخزونة أو المخصصة) والأجهزة المساعدة لعلاج ضعف النظر والخدمات المتعلقة بضعف النظر. تشمل التغطية إصلاح أو استبدال الأجزاء. 	

ما تدفعه أنت	الخدمات المغطاة
	<p>رعاية النظر (المغطاة من جانب - Medicare) (يتبع)</p> <p>فحوصات لتشخيص وعلاج العيوب البصرية و/أو أمراض العيون. تقتصر فحوصات الانكسار على كل عامين ما لم تكن ضرورية من الناحية الطبية. يجب أن تتوجه إلى طبيب أن تتوجه إلى أحد مقدمي الخدمات تابع للشبكة.. راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو اتصل بخدمة الأعضاء للحصول على القائمة.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات للزيارة الوقائية مرحبًا بكم في برنامج Medicare.</p>	<p>الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare"</p> <p>تغطي خطتنا الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في برنامج Medicare. تتضمن الزيارة مراجعة لحالتك الصحية، بالإضافة إلى التنقيف والمشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك فحوصات وحقق معينة)، والإحالات للحصول على رعاية أخرى إذا لزم الأمر.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 جدول زيارتك الوقائية مرحبًا بكم في برنامج Medicare.
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو استقطاعات لهذه الميزة. 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.</p> <p>وتكون التكاليف التي تتحملها هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع للشبكة. وينطبق الحد أقصى للخطة.</p> <p>قد تحتاج إلى تقديم مطالبة لتعويض تكاليف الرعاية الطارئة/العاجلة التي تلقيتها خارج الولايات المتحدة.</p> <p>ونعني</p> <p>ينطبق الحد أقصى للخطة بقيمة \$10000 على هذه الميزة كل سنة تقويمية.</p>	<p>تغطية الطوارئ/الرعاية العاجلة في كل أنحاء العالم (إضافية)</p> <p>كميزة إضافية، تشمل تغطيتك ما يصل إلى \$10,000 كل سنة تقويمية للرعاية الطارئة/العاجلة في كل أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة.</p> <p>تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يمكن تصنيفها على أنها رعاية في حالات الطوارئ حتى إذا ما تم تقديم الرعاية في الولايات المتحدة. وتشمل التغطية العالمية الرعاية في حالات الطوارئ ورعاية ما بعد الاستقرار.</p> <p>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.</p> <p>لا تتم تغطية النقل إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. ولا تتم تغطية الرعاية الروتينية والإجراءات المجدولة سابقًا أو الاختيارية.</p> <p>لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم تحويل العملات أو رسوم المعاملات).</p> <p>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.</p>

القسم 3 الخدمات المغطاة خارج خطة Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

الخدمات التالية لا تغطيها Senior Whole Health Medicare Complete Care (HMO-D-SNP) ولكنها متاحة من خلال Medicaid:

- خدمات تنظيم الأسرة خارج الشبكة بموجب أحكام الوصول المباشر،
- مزايا صيدلية Medicaid على النحو الذي يسمح به قانون الولاية (فئات الأدوية المحددة المستثناة من مزايا الجزء D من برنامج Medicare)،
- برامج Methadone Maintenance Treatment
- خدمات إعادة التأهيل المقدمة للمقيمين في المساكن المجتمعية المرخصة من OMH و برامج العلاج الأسري،
- مكتب خدمات الأشخاص ذوي الإعاقة التنموية،
- إدارة الحالات الطبية الشاملة،
- العلاج تحت الملاحظة المباشرة (DOT) لمرض الدرن،

القسم 4 الخدمات غير المغطاة من جانب Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) أو Medicaid

يخبرك هذا القسم بالخدمات المستثناة.

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

إذا حصلت على خدمات مستثناة (غير مشمولة)، فيجب عليك دفع ثمنها بنفسك إلا بموجب الشروط المحددة المذكورة أدناه. حتى في حال إذا ما كنت قد تلقيت 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 الاستئناف، ستكون خدمة طبية كان ينبغي لنا أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك المحددة. (للحصول على معلومات حول الاستئناف 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

العلاج بالإبر	متاح للأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة في منطقة أسفل الظهر في ظل ظروف معينة
الجراحة أو الإجراءات التجميلية	مغطاة في حالات الإصابة العرضية أو لتحسين أداء أحد أعضاء الجسم المشوهة مشمولة في جميع مراحل إعادة بناء الثدي عقب استئصاله، وكذلك للثدي غير المصاب للظهور بمظهر مماثل
الرعاية الوصائية	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف
الرعاية الوصائية هي رعاية شخصية لا تتطلب الاهتمام المستمر من قبل الأخصائيين الطبيين أو شبه الطبيين المدربين، مثل الرعاية التي تساعدك في أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس	

الخدمات غير المغطاة في Medicare تكون مغطاة في ظل ظروف محددة فقط

قد يتم تغطيتها بواسطة Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو بموجب خطتنا	الإجراءات الطبية والجراحية، والأجهزة، والأدوية التجريبية
(راجع الفصل 3، القسم 5 لمعرفة المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية)	الإجراءات والعناصر التجريبية هي تلك العناصر والإجراءات المحددة من قبل Original Medicare بحيث لا يتم قبولها بشكل عام من قبل المجتمع الطبي
غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف	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	وجبات الطعام التي يتم تقديمها في المنزل
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)
الأحذية التي تشكل جزءاً من دعامة الساق والمدرجة في تكلفة الدعامة. الأحذية التقويمية أو العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري. قد تتم تغطية الأحذية التقويمية بموجب برنامج Medicaid	أحذية العظام أو الأجهزة الداعمة للقدمين
غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف	المتعلقات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية الماهرة، مثل الهاتف أو التلفزيون
تتم تغطيتها عند الضرورة الطبية فقط	غرفة خاصة في المستشفى
غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف	عمليات استعادة الخصوبة، ومستلزمات منع الحمل غير الموصوفة طبيًا
تخضع المعالجة اليدوية للعمود الفقري بهدف تصحيح الخلع للتغطية	الرعاية الروتينية
غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف انظر مخطط المزايا الطبية أعلاه للتعرف على المزيد من المعلومات.	العناية الروتينية بالأسنان، مثل عمليات التنظيف أو الحشو أو أطقم الأسنان
غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف انظر مخطط المزايا الطبية أعلاه للتعرف على المزيد من المعلومات.	فحوصات العين الروتينية، النظارات، بضع القرنية الإشعاعي وجراحة الليزك (LASIK) وأجهزة المساعدة الأخرى في حالات ضعف النظر

الخدمات غير المغطاة في Medicare تكون مغطاة في ظل ظروف محددة فقط

<p>يتم توفير بعض التغطية المحدودة وفقاً لإرشادات Medicare (على سبيل المثال، إذا كنت تُعاني من مرض السكري) انظر مخطط المزايا الطبية أعلاه للتعرف على المزيد من المعلومات.</p>	<p>الرعاية الروتينية بالقدم</p>
<p>يغطي برنامج Medicaid إجراء الاختبارات والفحوصات، وتقييمات المعينات السمعية والوصفات الطبية (الضرورية من الناحية الطبية). انظر مخطط المزايا الطبية أعلاه للتعرف على المزيد من المعلومات.</p>	<p>فحوصات السمع المنتظمة، أو سماعات الأذن، أو الفحوصات اللازمة لتركيب سماعات الأذن</p>
<p>غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف</p>	<p>الخدمات التي تعتبر غير معقولة وضرورية، وفقاً لمعايير Original Medicare</p>

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 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 ملحق LIS)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذه المواد، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على LIS Rider. (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مدونة على الغلاف الخلفي لهذه الوثيقة.)

القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D من الخطة القسم 1

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، ينبغي لك 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 الموافقة على 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 مقدمي الخدمات والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني (SWHNY.com)، و/أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

ويمكنك الذهاب إلى أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

ماذا تفعل حال مغادرة الصيدلية التي تتعامل معها للشبكة

إذا ما غادرت الصيدلية التي كنت تتعامل معها شبكة الخطة، فسيتم عليك البحث عن صيدلية جديدة تابعة للشبكة. وللعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، يمكنك الحصول على المساعدة من خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو الرجوع إلى دليل موفري الخدمات والصيدليات. كما يمكنك أيضًا العثور على المعلومات عبر موقعنا الإلكتروني SWHNY.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)، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 الأصليين أو مواطنو أسكا فقط على هذه الصيدليات.
- الصيدليات التي تصرف أدوية تقيدتها إدارة الغذاء والدواء (FDA) في مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا أو تنسيقًا مع مقدم الخدمات أو تنسيقًا بشأن كيفية استخدامها. لتحديد صيدلية متخصصة، انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات SWHNY.com أو اتصل على خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 2.2 خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة

للحصول على بعض أنواع الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا. 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 بالبريد المقدمة من الخطة بعلامة "NM" في "قائمة الأدوية" لمعرفة أنها لا تخضع لخدمة الطلب عبر البريد.

خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا تتيح لك طلب الحصول على ما يصل إلى 100 يوم من الإمدادات.

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

في أغلب الأحيان، يمكنك تسلم الطلب عبر البريد في غضون 14 يومًا. إذا كانت هناك حاجة ملحة أو تأخر هذا التوقيت، فيرجى الاتصال بخدمة 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.

عمليات إعادة صرف الأدوية الموصوفة من خلال الطلب عبر البريد. لإعادة تجهيز الأدوية الخاصة بك، يتاح لك خيار الاشتراك في برنامج إعادة التجهيز التلقائي. وفي إطار هذا البرنامج، نبدأ معالجة عملية الصرف التالية عندما تُظهر سجلاتنا أن أدويةك أو شكتك على النفاذ. سوف تتصل بك الصيدلية قبل شحن الأدوية للتحقق من حاجتك إلى المزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات الصرف المجدولة إذا كانت لديك أدوية كافية أو إذا ما غيرت الأدوية الخاصة بك.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة التعبئة التلقائي الخاص بنا ولكنك لا تزال تريد من صيدلية الطلب عبر البريد أن ترسل لك الوصفة الطبية الخاصة بك، فيمكنك الاتصال بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاذ الأدوية الحالية. سيضمن ذلك شحن طلبك إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بصرف الوصفات من خلال الطلب عبر البريد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني SWHNY.com.

إذا تلقيت أدوية أُعيد 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؟

توفر خطتنا طريقتين للحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى أيضًا الإمداد الممتد) من أدوية المداومة المدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بخطتنا. تُعد 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. ويمكنك التعرف من خلال دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر SWHNY.com على الصيدليات التابعة للشبكة التي يمكنها تزويدك بإمدادات طويلة الأجل من أدوية المداومة. ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 بصفحتك عضوًا في خطتنا. تحقق أولاً مع خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 منا 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 (ككتاب الوصفات). وتسمى في دليل التغطية هذا، قائمة الأدوية.

وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في هذه القائمة عن طريق الخطة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. 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 مزيا Medicaid. لمزيد من المعلومات حول تغطية أدوية Medicaid، ينبغي لك 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 .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 تُصَرَف بدون وصفة طبية

تغطي خطتنا أيضًا بعض الأدوية المحددة التي تُصَرَف بدون وصفة طبية. تكون تكلفة بعض الأدوية التي تُصَرَف بدون وصفة طبية أقل من الأدوية الموصوفة ويكون لها نفس المفعول. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 مستويات لمبالغ تقاسم التكاليف للأدوية المدرجة في قائمة الأدوية

يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكاليف. 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 مستوى تقاسم التكاليف الذي يندرج تحته الدواء، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية لدينا. سيظهر المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى من مستويات تقاسم التكاليف 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 (SWHNY.com). إن قائمة الأدوية الواردة في الموقع الإلكتروني تكون دائماً هي الأكثر تحديثاً.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) 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 بخططنا عبر (Caremark.com) أو من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء). ابحث 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 فعالية 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؛ أقراص مقابل شراب وهكذا).

القسم 4.2 أنواع القيود

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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 مقدماً

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 الحث على 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 لخططنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة موقعنا الإلكتروني SWHNY.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 لخطينا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو زيارة موقعنا الإلكتروني SWHNY.com.

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 دواء 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، فسنقوم بتغطية الإمدادات المؤقتة من دوائك خلال الـ 90 يومًا الأولى من عضويتك في الخطة.
- إذا كنت مشتركًا في الخطة خلال العام الماضي، فسنغطي الإمدادات المؤقتة من الأدوية خلال الـ 90 يومًا الأولى من السنة التقويمية.
- 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: سوف نغطي إمدادًا واحدًا فقط لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا ما تم وصف أدويةك الموصوفة لعدد أيام 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 مؤهلاً 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 مؤهلاً للحصول على مزايا من خارج الشبكة.

لأسئلة حول الإمدادات المؤقتة، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 وافقنا على طلبك، فسنأذن بتغطية الدواء قبل أن يصبح التغيير ساري المفعول.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمات في طلب الحصول على استثناء، فيمكنك مراجعة الفصل 8، 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، فيمكنك التحدث إلى مقدم الخدمات. قد يكون هناك دواءً مختلفًا في فئة أقل لمبلغ مشاركة التكلفة قد يكون له تأثير جيد على حالتك الصحية. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 أسبابًا 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 للتعرف على ما يجب عليك فعله. وهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي المحددة من Medicare للتأكد من معالجة طلبك بسرعة وبشكل عادل.

الأدوية المدرجة في الفئة 5 للأدوية 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 دليل الأدوية.
- إضافة قيود على التغطية الخاصة بأحد الأدوية أو رفع هذه القيود.
- استبدال دواءٍ يحمل علامة تجارية بدواءٍ 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 إشعارًا مباشرًا حال إجراء تغييرات على أحد الأدوية التي تتناولها.

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

- إضافة أدوية جديدة إلى قائمة الأدوية وإزالة دواء مماثل في قائمة الأدوية أو إجراء تغييرات عليها على الفور في قائمة الأدوية.
 - لنا الحق في حذف دواء مماثل من قائمة الأدوية على الفور، أو نقل الدواء المماثل إلى فئة مشاركة تكلفة مختلفة من تقاسم التكاليف، 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 وإطالعك عليها خلال وقت لاحق، حتى إذا كنت تتناول الدواء الذي تم حذفه أو الذي يصدد 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 أو إجراء تغييرات عليه مع وجود إشعار مسبق.
 - 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 يومًا على الأقل، أو يمكننا إطلاعك على التغيير مع تغطية صرف الدواء الذي تتناوله لفترة تبلغ 31 يومًا.
- حذف الأدوية غير الآمنة وغيرها من 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، فسنطلعك 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.
 - سنطلعك على إجراء هذه التغييرات قبل 30 يومًا على الأقل، أو يمكننا إطلاعك على التغيير مع تغطية إعادة صرف الدواء الذي تتناوله لفترة إضافية تبلغ 31 يومًا.

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 مطالبنا 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 مستوى أعلى من مستويات تقاسم التكاليف.
- 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.

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 تقديم الاستئناف، راجع الفصل 9.) إذا كان الدواء الذي تستثني خطتنا مستبعدًا أيضًا من قبل برنامج Medicaid، فيجب عليك دفع ثمنه بنفسك.

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، بموجب القانون، لا يغطي برنامج Medicare فئات الأدوية التالية المدرجة أدناه، ومع ذلك، قد تتم تغطية بعض هذه الأدوية لك بموجب تغطية Medicaid الخاصة بك. 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 الأدوية الموصوفة، قم بتقديم معلومات عضوية خطتنا (التي يمكن العثور عليها في بطاقة عضويتك، في صيدلية تابعة للشبكة من اختيارك. 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.

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 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 المواقع 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 مرفق 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)

عادة، 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 مرافق 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 مقدمي الخدمات والصيدليات من خلال SWHNY.com 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 833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 إشعارات حول التغطية القابلة للاعتماد فقد نحتاج إلى هذه الإشعارات 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 للغثيان أو الملينة أو لتخفيف الألم أو مضادة للقلق) غير خاضعة لتغطية رعاية المحتضرين لأنها غير مرتبطة بمرضك الميؤوس 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 الأدوية 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 حدوث مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية الموصوفة، فسنعاون مع مقدم الخدمات لديك 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 كنت 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 مناسبًا 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 سنغطيها لك

إذا كنا نخطط للحد من كيفية حصولك على هذه الأدوية أو مقدار ما يمكنك الحصول عليه، فسنرسل إليك خطابًا مسبقًا. ومن خلال الخطاب سوف نتعرف على إذا ما كنا نقيّد تغطية هذه الأدوية أو إذا ما كان مطلوبًا منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية من قبل طبيب أو صيدلية محددة فقط. كما ستتاح لك فرصة إطلاعنا على الأطباء أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها فضلاً 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 قدّمت استئنافًا، فسوف نراجع حالتك ونخطر بك بقرارنا الجديد. إذا واصلنا 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 الصيادلة 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 أدويتك. أثناء المراجعة، يمكنك التحدث عن أدويتك والتكاليف بالإضافة إلى أي مشكلات أو أسئلة لديك حول الأدوية الموصوفة والأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية. ستحصل على ملخص مكتوب يحتوي على قائمة المهام الموصى بها والتي تتضمن الخطوات التي يجب عليك اتخاذها للحصول على أفضل النتائج من أدويتك. 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 التحدث مع طبيبك حول قائمة المهام والأدوية الموصى بها. 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 671 (833)-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 الجزء D. لا تندرج 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. عند استخدام "أداة المزاياء في الوقت الفعلي" الخاصة بخطتنا للبحث عن تغطية الأدوية (SWHNY.com)، تعرض التكلفة التي تراها تقديرًا للتكاليف التي من المتوقع أن تدفعها من جيبك. ويمكنك أيضًا الحصول على المعلومات المتوفرة في "أداة المزاياء في الوقت الفعلي" عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 ملحق LIS)، حيث يوضح لك المزيد عن تغطية الأدوية. إذا لم تتلق هذه المواد، فيمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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

التكاليف التي تدفعها تتضمن 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

التكاليف التي تدفعها لا تتضمن 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
 - الأدوية الموصوفة المغطاة في الجزء A أو الجزء B
 - المدفوعات مقابل الأدوية المغطاة ضمن التغطية الإضافية إلا أنها ليست مغطاة عادةً من قبل خطة الأدوية من Medicare.
 - المدفوعات مقابل الأدوية غير المغطاة عادةً من قبل خطة الأدوية من Medicare.
 - المدفوعات التي تدفعها خطط التأمين الصحي وبرامج الرعاية الصحية الممولة من الحكومة مثل TRICARE وإدارة صحة 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 671-0440 (833) بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711.

تتبع التكاليف الإجمالية التي تدفعها

- يتضمن شرح المزايا (EOB) الخاص بالجزء D 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.

القسم 2 مراحل دفع مقابل الأدوية لأعضاء Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)

هناك 3 مراحل للدفع مقابل الحصول على الأدوية بالنسبة لتغطية الأدوية بموجب خطة Senior Whole Health of New York NHC (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 خططنا 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 من جيبك. 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 أدويةك

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 نتتمكن 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. أمثلة على الحالات التي ينبغي لك 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 عند دفع 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 الولاية الخاص بالمساعدة الدوائية، وبرنامج المساعدة في علاج الإيدز (AIDS) وهيئة Indian Health Service ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف التي تدفعها من جانبك. احتفظ بسجل لهذه المدفوعات وأرسلها إلينا حتى نتأكد 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 (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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.

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 \$615 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 \$615 نظير أدوية الفئات 2-5. يجب عليك دفع التكلفة الكاملة التي تبلغ \$615 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 \$615 مقابل الأدوية المدرجة في 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 التكاليف

يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكاليف. وبشكل عام، كلما ارتفعت فئة مشاركة التكاليف، 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 مستوى تقاسم التكاليف الذي يندرج تحته الدواء، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية لدينا.

اختيارات الصيدلية

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

- صيدلية للبيع بالتجزئة تابعة للشبكة
- صيدلية غير تابعة لشبكة الخطه. لا نغطي 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 بالإضافة إلى دليل الصيدليات.

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.

قد تكون تكلفة الدواء أقل من مدفوعاتك المشتركة في بعض الأحيان. وفي هذه الحالات، تدفع السعر الأقل للدواء بدلاً من المدفوعات المشتركة.

تكاليف حصولك على إمدادات تكفي لمدة شهر واحد من أحد الأدوية المغطاة بموجب الجزء D

تقاسم التكاليف خارج الشبكة	تقتصر التغطية على حالات محددة، راجع الفصل 5 للتعرف على المزيد من التفاصيل.	تقاسم التكاليف للبريد الخاص بخدمة الطلب عبر البريد	تقاسم التكاليف القياسي للبيع بالتجزئة داخل الشبكة	الفئة
إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	
\$0 مدفوعات مشتركة	\$0 مدفوعات مشتركة	\$0 مدفوعات مشتركة	\$0 مدفوعات مشتركة	الفئة 1 لمشاركة التكلفة (الأدوية العامة 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 أدوية 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 أدوية 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 أدوية 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 أدوية الأخرى لكل وصفة طبية	الفئة 2 لمشاركة التكلفة (الأدوية العامة)

<p>تقاسم التكاليف خارج الشبكة</p> <p>تقتصر التغطية على حالات محددة، راجع الفصل 5 للتعرف على المزيد من التفاصيل.</p> <p>إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً</p>	<p>تقاسم التكاليف للرعاية طويلة الأجل LTC</p> <p>إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً</p>	<p>مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد</p> <p>إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً</p>	<p>تقاسم التكاليف القياسي للبيع بالتجزئة داخل الشبكة</p> <p>إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً</p>	<p>الفئة</p>
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>الفئة 3 لمشاركة التكلفة (الأدوية المفضلة التي تحمل علامة تجارية)</p>
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>الفئة 4 لمشاركة التكلفة (الأدوية غير المفضلة)</p>
<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>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</p>	<p>الفئة 5 لمشاركة التكلفة (الأدوية المتخصصة)</p>
<p>\$0 مدفوعات مشتركة</p>	<p>\$0 مدفوعات مشتركة</p>	<p>\$0 مدفوعات مشتركة</p>	<p>\$0 مدفوعات مشتركة</p>	<p>الفئة 6 لمشاركة التكلفة (اختيار أدوية الرعاية)</p>

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 تريد فيها أن تطلب من طبيبك وصف إمداد بالدواء لأقل من شهر (على سبيل المثال، عند تجربة دواء لأول مرة). 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 إمدادات طويلة الأجل (تسمى أيضاً "الإمدادات الممتدة"). يغطي الإمداد طويل الأجل فترة تصل إلى 100 يوم.

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

الفئة	إمداد يغطي ما يصل إلى 100 يومًا	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد
الفئة 1 لمشاركة التكلفة (الأدوية العامة المفضلة)	\$0 مدفوعات مشتركة	\$0 مدفوعات مشتركة
الفئة 2 لمشاركة التكلفة (الأدوية العامة)	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 3 لمشاركة التكلفة (الأدوية المفضلة التي تحمل علامة تجارية)	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

الفئة	تقاسم التكاليف القياسي لبائعي التجزئة التابعين للشبكة	مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخدمة الطلب عبر البريد
إمداد يغطي ما يصل إلى 100 يومًا	إمداد يغطي ما يصل إلى 100 يومًا	إمداد يغطي ما يصل إلى 100 يوم
الفئة 5 لمشاركة التكلفة (الأدوية المتخصصة)	لا تتوفر الإمدادات طويلة الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).	لا تتوفر الإمدادات طويلة الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).
الفئة 6 لمشاركة التكلفة (اختيار أدوية الرعاية)	\$0 مدفوعات مشتركة	\$0 مدفوعات مشتركة

القسم 5.5 نظل 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 (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 خطتنا معظم لقاحات البالغين المغطاة في الجزء D دون فرض أي تكلفة عليك. انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 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 تأمين مشترك لتعاطي اللقاح 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 نتمكن من سدادها. وعند استلامنا للفاتورة، سننظر فيها ثم نقرر إذا ما كان يجب تغطية الخدمات والأدوية. وإذا ما قررنا أنه يجب تغطيتها، فسنقوم 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**). ويحق لك استرداد أموالك من خلال خطتنا كلما دفعت أكثر من حصتك من تكلفة الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيتها 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، فسنقوم برد المبلغ إليك مرة أخرى.

قد تتلقى أحيانًا فاتورة من أحد مقدمي الخدمات بها كامل تكلفة الرعاية الطبية التي تلقيتها أو 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، فسنقوم بالدفع لمقدم الخدمات بشكل مباشر. إذا قررنا عدم دفعها، فسنقوم 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 مقدم خدمات، سواء كان مقدم الخدمات جزءًا من شبكتنا أم لا. يجب عليك أن تطلب من مقدم الخدمة إرسال الفاتورة إلى الخطة.

- إذا دفعت المبلغ بنفسك كاملاً 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 وسنقوم 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. ولكن في بعض الأحيان قد تحدث بعض الأخطاء، ويطلبون منك دفع مقابل خدماتك أو مبلغ أكثر من مبلغ مشاركة التكلفة.

- لن يُطلب منك سوى دفع مبلغ تقاسم التكاليف عند الحصول على خدمات مغطاة. إننا لا نسمح لمقدمي الخدمات بإضافة رسوم منفصلة إضافية تسمى المدفوعات الإضافية. وتتنطبق هذه الحماية (أنك لن تدفع أكثر من مبلغ تقاسم التكاليف في أي حال من الأحوال) حتى إذا ما دفعنا لمقدم الخدمات أقل من رسوم مقدم الخدمات مقابل الحصول على إحدى الخدمات وحتى في حال وجود نزاع ولم تتمكن من دفع رسوم معينة لمقدم الخدمات. لا نسمح لمقدمي الخدمات بمطالبتك بدفع فواتير الخدمات المغطاة. لأننا نُدفع لمقدمي الرعاية لدينا بشكل مباشر، ونحميك من تحمل أي رسوم. وهذا صحيح حتى لو ندفع لمقدم الرعاية مبلغاً أقل من الرسوم التي يفرضها. عندما تتلقى فاتورة من مقدم خدمات تابع للشبكة وتعتقد أنها تزيد عما يجب أن تدفعه، يمكنك إرسال هذه الفاتورة إلينا. وستواصل مع مقدم الخدمات مباشرة ونعمل على حل مشكلة الفوترة. أما إذا كنت سددت قيمة فاتورة بالفعل تم إرسالها من مقدم خدمات تابع للشبكة ولكنك تشعر أنك دفعت الكثير جداً، فيُرجى إرسال الفاتورة إلينا ومرفق معها أي إثبات دفع قمت به. سنعيد لك المبلغ المدفوع نظير تلقي الخدمات المغطاة أو الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق عليك بموجب خطتنا.

3. إذا كنت مسجلاً 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 لصرف الأدوية الموصوفة

إذا ذهبت إلى صيدلية غير تابعة للشبكة، فقد لا تتمكن الصيدلية من تقديم المطالبة مباشرة إلينا. إذا كنت تذهب إلى إحدى الصيدليات غير التابعة للشبكة، فسوف تضطر إلى دفع التكلفة كاملةً 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 لدى الخطة، 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.

عندما ترسل إلينا طلباً بالدفع، فإننا سوف نراجع الطلب ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. ويسمى هذا 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 طلبًا كتابيًا، فأرسل فاتورتك والمستندات الخاصة بأي مدفوعات قمت بسدادها. ومن المفضل أن تحتفظ بنسخة من الفاتورة والقسائم ضمن سجلاتك. يجب عليك تقديم الطلبات إلينا خلال سنة تقويمية واحدة (1) من تاريخ الحصول على الخدمة و/أو العنصر أو خلال 36 شهرًا من تاريخ الحصول على الدواء.

للتأكد من أنك تقدم لنا جميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لتقديم طلب الدفع الخاص بك.

- لا يتعين عليك استخدام النموذج، إلا أنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك تنزيل نسخة من النموذج عبر موقعنا الإلكتروني (SWHNY.com) أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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:

Senior Whole Health of New York
 Medicare Member Services: عناية
 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
 أو عبر الفاكس على الرقم 507-6186 (310)

تغطية الأدوية الموصوفة:

Molina Healthcare
 Pharmacy Department: عناية
 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 خطابًا 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 أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها 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. 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 بالتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ويتناسب معك. للحصول على معلومات من جانبنا بطريقة تتلاءم معك، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بالتنسيق 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 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 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-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة مع Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos brindar información de una manera que sea apropiada para usted y coherente con su identidad cultural (en otros idiomas además del inglés, en Braille, en letra grande o en formatos alternativos, etc.)

Su plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de una manera culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas aquellas con poco dominio del inglés, destrezas de lectura limitadas, incapacidad auditiva o aquellas con diversos orígenes culturales y étnicos. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos

de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de un traductor, los servicios de intérprete, los teleescritores o la conexión TTY (teléfono de texto o teléfono de teleescritores).

Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete gratuitos disponibles para responder a preguntas de miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en sistema braille, en letras grandes o en formatos alternativos de forma gratuita si lo requiere. Debemos brindarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para que le brindemos información de un modo adecuado para usted, llame a Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica preventiva y de rutina para la mujer.

Si los proveedores de la red del plan para una especialidad no están disponibles, es responsabilidad del plan encontrar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, usted solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre a dónde acudir para obtener este servicio según los costos compartidos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, llame a Servicios para Miembros para presentar un reclamo al (833) 671-0440, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Los usuarios de TTY deben llamar al 711. También puede presentar una queja ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o puede presentarla directamente a la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

節 1.1 我們必須以適用於您且依據您文化敏感度的方式向您提供資訊 (非英語版本、點字、大字體版本或其他替代格式等)

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以符合文化習慣且無障礙的方式提供給所有保戶，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不足或文化和種族背景多元的人士。一項計劃如何符合這些無障礙要求的範例包括但不限於提供翻譯服務、口譯服務、TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本計劃提供免費的口譯服務，為不說英語的會員回答問題。我們也可以根據您的需求，免費提供點字、大字體版本或其他替代格式資訊。我們必須以無障礙和適用於您的格式提供本計劃福利相關資訊。若要向我們索取適用於您的資訊版本，請致電會員服務部。

本計劃必須可讓女性保戶選擇，是否要直接透過網絡內的婦女健康專科醫師取得例行性和預防性健康照護服務。

如果無法提供本計劃網絡內某專科服務提供者，則本計劃有責任尋找網絡外專科服務提供者，為您提供必要的照護。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現本計劃網絡中沒有自己所需給付服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解可前往何處以網絡內分攤費用的方式獲得此服務。

如果您遇到任何問題而無法以無障礙和適用於您的格式向本計劃取得資訊，請致電會員服務部提出申訴，電話號碼為 (833) 671-0440，當地時間週一至週五上午 8 點至晚上 8 點為您提供服務。TTY 使用者請撥打 711。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話號碼為 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

القسم 1-1 يجب أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتسق مع حساسياتك الثقافية (بلغات غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل أو بخط كبير، أو بتسويات بديلة أخرى، إلخ).

في خطتك يجب التأكد من أن جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مناسبة ثقافياً 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 الخطه لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات المترجم أو خدمات الترجمة الفورية أو الآلات الكاتبة أو اتصال TTY (الهاتف النصي أو هاتف الآلة الكاتبة).

وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل، أو بخط كبير، أو بتسقيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطه بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مطلوب منا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة في شبكة الخطه متاحين لأحد التخصصات، تقع على عاتق الخطه مسؤولية تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط تكاليف المشاركة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطه يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطه للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خلال مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال على 671-0440 (833)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يرجى الاتصال على الرقم 711. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو مباشرة مع مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

1.1 당사는 귀하에게 적합하고 귀하의 문화적 민감성과 일치하는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 이외의 언어, 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식 등으로).

귀하의 플랜은 임상 및 비임상 서비스를 모두 문화적으로 유능한 방식으로 제공하고 제한된 영어 능력, 제한된 읽기 능력, 청력 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 사람들을 포함하여 모든 등록자가 액세스 할 수 있도록 보장해야 합니다. 플랜이 이러한 접근성 요구 사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역가 서비스, 통역 서비스, 전신 타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신 타자기 전화) 연결 제공 등이 있습니다(단, 이에 국한되지 않음).

본 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 필요한 경우 점자, 큰 활자 또는 기타 대체 형식으로 정보를 무료로 제공할 수 있습니다. 플랜의 혜택에 대한 정보를 귀하에게 접근 가능하고 적합한 형식으로 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 정보를 얻으려면 가입자 서비스부에 전화하십시오.

당사의 플랜은 여성 등록자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스를 위해 네트워크 내에서 여성 건강 전문가에게 직접 액세스할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

플랜 네트워크에 속한 전문의를 이용할 수 없는 경우, 플랜은 네트워크 외부에서 전문의를 지정하여 필요한 진료를 받을 수 있도록 해드려야 합니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 지불하면 됩니다. 필요한 서비스를 제공하는 플랜 네트워크에 전문의가 없는 경우, 네트워크 내 비용 부담으로 해당 서비스를 제공하는 의료 제공자의 정보를 플랜에 문의하십시오.

당사 플랜에서 귀하에게 접근할 수 있고 적합한 형식으로 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우, 현지 시간으로 월요일부터 금요일까지, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 (833) 671-0440로 전화하여 가입자 서비스부에 불만을 제기하십시오. TTY 사용자의 경우 711로 전화하십시오. 또한 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화하거나 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697로 직접 민권 사무소에 불만을 제기할 수 있습니다.

Раздел 1.1 Мы должны предоставлять вам информацию в доступной для вас форме, а также в соответствии с вашими культурными особенностями (на других языках, помимо английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.).

Ваш план должен следить за тем, чтобы вся помощь, как клиническая, так и нет, оказывалась с учетом культурных особенностей пациента и была доступна всем участникам плана, в том числе с плохим знанием английского языка, ограниченными навыками чтения и нарушениями слуха или с различными культурными и этническими особенностями. Примеры того, как план может выполнить эти требования, включают, помимо прочего, предоставление услуг устных и письменных переводчиков, а также линий для слабослышащих (TTY — текстовый телефон или телетайп).

В нашем плане есть устные переводчики, готовые ответить на вопросы участников, не говорящих на английском языке. Услуги устных переводчиков предоставляются бесплатно. Кроме того, при необходимости мы можем бесплатно присылать вам наши материалы, напечатанные крупным шрифтом или шрифтом Брайля, либо в других альтернативных форматах. Информацию о покрываемых планом услугах мы должны сообщать в доступном и удобном для вас виде. Для того чтобы получить информацию в доступной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания.

Наш план должен давать женщинам-участникам возможность обращаться непосредственно к гинекологам, которые сотрудничают с планом, для обычного и профилактического обслуживания.

Если сотрудничающих с планом врачей нужной специальности нет, план должен найти вам такого специалиста за пределами сети. В подобной ситуации вы оплачиваете только расходы в рамках сети. Если выясняется, что врачи нужной для вас специальности с планом не сотрудничают, позвоните в наш отдел обслуживания. Там объяснят, к кому обратиться за нужной вам помощью, заплатив только ту сумму, которая предусмотрена планом.

Если у вас возникнут проблемы с получением информации от нашего плана в доступной для вас форме, позвоните в отдел обслуживания по номеру (833) 671-0440 и подайте жалобу (с понедельника по пятницу с 08:00 до 20:00 по местному времени). При использовании TTY набирайте 711. Кроме того, можно пожаловаться в программу Medicare (телефон: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по вопросам гражданских прав (Office for Civil Rights) (телефон: 1-800-368-1019 или TTY: 1-800-537-7697).

Sezione 1.1 Dobbiamo fornire le informazioni in modo adeguato alle esigenze del cliente e in linea con le sue sensibilità culturali (in lingue diverse dall'inglese, in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi, ecc.)

Il Suo piano è necessario per garantire che tutti i servizi, sia clinici che non clinici, siano forniti in modo culturalmente competente e siano accessibili a tutti gli iscritti, compresi quelli con conoscenza della lingua inglese limitata, capacità di lettura limitate, incapacità uditiva o quelli con diversi background culturali ed etnici. Esempi di come un piano può soddisfare questi requisiti di accessibilità includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, la fornitura di servizi di traduzione, servizi di interpretazione, telescriventi o connessione tty (telefono di testo o telefono di telescrivente).

Il nostro piano ha servizi di interpretariato gratuiti disponibili per rispondere alle domande dei membri non di lingua inglese. Possiamo anche fornirLe informazioni in braille, in caratteri grandi o in altri formati alternativi gratuitamente se ne ha bisogno. Siamo tenuti a fornirLe informazioni sui vantaggi del piano in un formato

accessibile e appropriato per Lei. Per ottenere informazioni da noi in un modo che funzioni per Lei, chiami il Servizio Soci.

Il nostro piano è necessario per dare alle donne iscritte la possibilità di accedere direttamente a uno specialista della salute delle donne all'interno della rete per i servizi di assistenza sanitaria di routine e preventiva delle donne.

Se i fornitori nella rete del piano per una specialità non sono disponibili, è responsabilità del piano individuare i fornitori di specialità al di fuori della rete che forniranno le cure necessarie. In questo caso, pagherà solo la condivisione dei costi in rete. Se si trova in una situazione in cui non ci sono specialisti nella rete del piano che coprono un servizio di cui ha bisogno, chiami il piano per informazioni su dove andare per ottenere questo servizio con la condivisione dei costi in rete.

Se ha problemi a ottenere informazioni dal nostro piano in un formato accessibile e appropriato per Lei, chiami per presentare un reclamo al Servizio Soci chiamando il numero (833) 671-0440, dal lunedì al venerdì, dalle 8:00 alle 20:00. Gli utenti TTY sono pregati di chiamare il 711. Può anche presentare un reclamo a Medicare chiamando il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o direttamente all'Ufficio per i diritti civili 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Section 1.1 **Nous sommes tenus de fournir des renseignements d'une manière qui vous convienne et soit respectueuse de vos sensibilités culturelles (dans d'autres langues que l'anglais, en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats de substitution, etc.)**

Votre régime est tenu de veiller à ce que tous les services, tant cliniques que non cliniques, soient fournis d'une manière culturellement compétente et soient accessibles à tous les affiliés, y compris ceux qui ont une maîtrise limitée de l'anglais, des capacités de lecture limitées, une incapacité auditive, ou ceux qui ont des origines culturelles et ethniques diverses. Un régime peut, par exemple, satisfaire à ces exigences d'accessibilité en fournissant des services de traduction et d'interprétation, des télécopieurs ou une connexion ATS (téléphone textuel ou télécopieur), mais cette liste n'est pas exhaustive.

Notre régime dispose de services d'interprétation gratuits pour répondre aux questions des affiliés non anglophones. Nous pouvons également vous fournir gratuitement des informations en braille, en gros caractères ou dans d'autres formats si nécessaire. Nous sommes tenus de vous fournir des informations sur les prestations du régime dans un format accessible et adapté à vos besoins. Pour obtenir des informations dans un format qui vous convienne, veuillez appeler les services aux membres.

Notre régime est tenu d'offrir aux femmes affiliées la possibilité d'accéder directement à un spécialiste de la santé des femmes au sein du réseau pour les soins de santé courants et préventifs.

Si le réseau du régime ne dispose pas de prestataires pour certains services spécialisés, il incombe au régime de trouver des prestataires de services spécialisés en dehors du réseau qui vous fourniront les soins nécessaires. Dans ce cas, vous ne paierez que la participation aux coûts au sein du réseau. Si vous vous trouvez dans une situation où aucun spécialiste du réseau du régime ne couvre un service dont vous avez besoin, appelez le régime pour savoir où vous adresser pour obtenir ce service avec une participation aux coûts au sein du réseau.

Si vous avez des difficultés à obtenir des informations de notre régime dans un format accessible et adapté à vos besoins, veuillez déposer un grief auprès des services aux membres en appelant le (833) 671-0440, du lundi au vendredi entre 8 h et 20 h, heure locale. Pour les utilisateurs du système TTY, veuillez appeler le 711. Vous pouvez également déposer une plainte auprès de Medicare en appelant le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ou directement auprès de l'Office for Civil Rights 1-800-368-1019 ou TTY 1-800-537-7697.

seksyon 1.1 Nou dwe bay enfòmasyon yonan yon fason ki travay pou ou epi ki annamoni avèk sansiblite kiltirèl ou (nan lang ki pa Anglè, an bray, an gwo lèt, oswa yon lòt kalite fòma, elatriye.)

Plan w lan dwe garanti tout sèvis yo, kit sèvis klinik ak sèvis ki pa sèvis klinik yo, pou li bay yo yon fason ki konpetan nan domèn kiltirèl epi yo aksesib pou tout moun ki enskri yo (asire yo), ki gen ladann moun ki pa pale Anglè byen, moun ki pa ka li byen, moun ki gen difikilte pou tandè, oswa moun ki gen divès kalite kilti ak orijin etnik yo. Men kèk egzanp sou fason yon plan ka reponn ak kondisyon aksesiblite sa yo (aksè pou moun ki gen yon andikap), li gen ladann bagay sa yo men se pa sa sèlman, bay sèvis tradiktè, sèvis entèprèt, telefòn tèks, oswa koneksyon TTY (telefòn tèks).

Plan nou an genyen sèvis entèprèt ki disponib gratis pou reponn kesyon manm ki pa pale Anglè yo. Epitou, nou kapab ba w enfòmasyon an bray, an gwo karaktè, oswa an lòt fòma gratis si w bezwen li. Nou oblije ba w enfòmasyon sou avantaj plan an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou. Pou jwenn enfòmasyon nan men nou yon fason ki bon pou ou, tanpri rele Sèvis pou Manm yo.

Plan nou an oblije bay fanm ki enskri yo yon opsyon aksè dirèk a yon espesyalis sante pou fanm ki nan rezo a, pou sèvis swen sante woutin yo ak swen prevansyon pou fanm yo.

Si pwofesyonèl swen sante ki nan rezo plan an pou yon espesyalite pa disponib, se responsablite plan an pou li jwenn pwofesyonèl swen sante espesyalize deyò rezo a k ap gen pou ba w swen ki nesèsè yo. Nan ka sa a, w ap peye sèlman pataj depans ki nan rezo a. Si w twouve w nan yon sitiyasyon kote pa gen espesyalis nan rezo plan an ki kouvri yon sèvis ou bezwen, rele plan an pou w ka jwenn enfòmasyon konsènan kote pou w ale pou w ka jwenn sèvis sa a nan pataj depans ki nan rezo a.

Si ou gen pwoblèm pou jwenn enfòmasyon nan plan nou an nan yon fòma ki aksesib epi ki apwopriye pou ou, tanpri rele pou depoze yon doleyans nan Sèvis pou Manm yo, deepi ou rele nimewo, (833)6710440, Lendi-Vandredi, 8a.m - 8p.m. lè lokal. . Itilizatè TTY yo, tanpri rele nan nimewo 711. Epitou, ou ka depoze yon plent nan Medicare, pou fè sa, rele nan nimewo 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) oswa dirèkteman nan Biwo pou Dwa Sivil la nan nimewo 1-800-368-1019 oswa itilizatè TTY yo rele nan nimewo 1-800-537-7697.

1.1 סעקציע מיר מוזן צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר איר און קאָנסיסטענט מיט דיין קולטור סענסיטיוויטי (אין אנדערע שפראַכן ווי ענגליש, אין בראַיל, אין גרויס דרוק, אָדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאָרמאַטירונגען, אאז"ו.)

אייער פֿלאַך איז פֿאַרלאַנגט צו ענשור אַז אַלע סערוויסעס, ביידע קליניש און ניט-קליניש, זענען צוגעשטעלט אין אַ קולטורלי קאָמפֿעטענט שטייבייטן און זענען צוטריטלעך פֿאַר אַלע ענראַ וואָל, אריינגענומען יענע מיט באַ גרענעצט ענגליש באַ האַ וונטקייט, באַ גרענעצט ליענען סקילז, געהער ומפֿאַסיק, אַדער יענע מיט פֿאַרשידן קולטור. און עטניק באַ קגראַ ונדז. ביישפּילן פֿון ווי אַ פֿלאַך קען באַ געגענען די אַ קסעסאַ ביליטי פֿאַדערונגען אַ ריינגעמען, אַ בער זענען נישט באַ גרענעצט צו צושטעלן פֿון יבערזעצער סערוויסעס, יבערזעצער סערוויסעס, טעלעטייפֿ־רייטער אַדער TTY (טעקסט טעלעפֿאָן אַדער טעלעטייפֿ־רייטער טעלעפֿאָן) פֿאַרבינדונג.

אונדזער פֿלאַך האַט פֿריי יבערזעצער סערוויסעס פֿאַראַנען צו ענטפֿערן פֿאַראַגעס פֿון ניט-ענגליש בייטןעט מיטגלידער. מיר קענען אויך געבן אייך אינפֿאָרמאַציע אין בראַיל, אין גרויס דרוק אַדער אנדערע אַלטערנאַטיוו פֿאַרמאַטירונגען אַן קיין קאָסט אויב איר דאַרפֿן עס. מיר זענען פֿאַרלאַנגט צו געבן אייך אינפֿאָרמאַציע וועגן דעם בענעפיטן פֿון דעם פֿלאַך אין אַ פֿאַרמאַט וואָס איז צוטריטלעך און פֿאַר אַסיק פֿאַר אייך. צו באַקומען אינפֿאָרמאַציע פֿון אונדז אין אַ וועג וואָס אַרבעט פֿאַר אייך, ביטע רופן מיטגליד סערוויסעס.

אונדזער פֿלאַך איז פֿאַרלאַנגט צו געבן ווייבלעך ענראַ וואָל די אַפֿציע פֿון דירעקט אַ קסעס צו אַ פֿרויען געזונט ספֿעציאַליסט אין די נעץ פֿאַר פֿרויען רוטין און פֿרעווענטיוע געזונט קעיר סערוויסעס.

אויב פֿראַ ווידער אין דעם פלאן נעץ פֿאַר אַ ספּעציאַליטעט זענען נישט פאראנען, עס איז די פֿאַראַנטוואָרטלעכקייט פון דעם פֿלאַן צו געפֿינען ספּעציאַליטעט פֿראַ ווידער אַרויס די נעץ וואָס וועט צושטעלן אייך מיט די נייטיק קעיר. אין דעם פֿלאַן, אייך וועט בלויז באַצאלן אין-נעץ קאסטן טיילונג. אויב איר געפֿינען זיך אין אַ סיטואַציע וווּ עס זענען קיין ספּעציאַליטעט אין די נעץ וואָס דעקן אַ סערוויס אייך דאַרפֿן, רופן דעם פֿלאַן פֿאַר אינפֿארמאַציע אויף וווּ צו גיין צו באַקומען דעם סערוויס אין די נעץ איינטיילונג קאסטן.

אויב איר האָט קיין קאַנפּליקט צו באַקומען אינפֿארמאַציע פֿון אונדזער פֿלאַן אין אַ פֿאַרמאָט וואָס איז צוטריטלעך און צונעמען פֿאַר איר, ביטע רופן צו פאַרלייגן אַ קלאַווויאָטור מיט מעמבער סערוויסעס דורך רופן 0440-671 (833), מאַנטיק-פרייטאָג, 8 - 8, היגע צייט. TTY ניצערס, ביטע רופן 711. איר קענט אויך פאַרלייגן אַ קלאַג מיט Medicare דורך רופן (1-800-633-4227) MEDICARE אַ דער גלייך מיט די אַפּפּיסע פֿאַר סיוויל רעכט (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019 אַ דער TTY 1-800-537-7697.

Sekcja 1.1 Musimy dostarczać informacje w sposób odpowiedni dla użytkownika i zgodny z jego wrażliwością kulturową (w językach innych niż angielski, wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach itp.)

Plan jest zobowiązany do zapewnienia, aby wszystkie usługi, zarówno kliniczne, jak i niekliniczne, były świadczone w sposób uwzględniający odrębności kulturowe i były dostępne dla wszystkich osób zapisanych do planu, w tym osób z ograniczoną znajomością języka angielskiego, ograniczoną umiejętnością czytania, niesłyszących lub osób o różnym pochodzeniu kulturowym i etnicznym. Plan może spełnić wymagania w zakresie dostępności zapewniając między innymi usługi tłumacza ustnego i pisemnego lub usługi telefonu tekstowego (TTY).

Plan oferuje usługi tłumaczy, którzy bezpłatnie pomagają członkom niemówiącym po angielsku w uzyskiwaniu odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby może także zapewnić bezpłatnie informacje wydrukowane alfabetem Braille'a, dużą czcionką lub w innych alternatywnych formatach. Plan jest zobowiązany do przekazywania informacji o świadczeniach w formacie dostępnym i odpowiednim dla członków. Aby uzyskać od planu informacje w odpowiednim dla siebie formacie, członkowie powinni zadzwonić do działu obsługi uczestników.

Plan jest zobowiązany do zapewnienia członkiniom opcji bezpośredniego dostępu do specjalisty ds. zdrowia kobiet w ramach sieci w zakresie regularnych i profilaktycznych usług opieki zdrowotnej dla kobiet.

Jeśli w sieci nie ma dostępnych świadczeniodawców danej specjalizacji, obowiązkiem planu jest znalezienie świadczeniodawców spoza sieci, którzy zapewnią niezbędną opiekę. W takim przypadku członek zapłaci tylko obowiązujący w sieci udział w kosztach. Jeśli członek znajdzie się w sytuacji, kiedy w sieci planu nie będzie specjalistów, którzy zapewniliby potrzebną mu usługę, powinien zadzwonić do planu, aby uzyskać informacje, gdzie może uzyskać taką usługę przy udziale w kosztach obowiązującym w sieci.

Osoby, które mają trudności z uzyskaniem od planu informacji w dostępnym i odpowiednim formacie, mogą złożyć zażalenie w dziale obsługi członków, dzwoniąc pod numer (833) 671-0440 od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00 – 20.00 czasu lokalnego. Użytkownicy TTY powinni dzwonić pod numer 711. Można również złożyć skargę do Medicare, dzwoniąc pod numer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) lub bezpośrednio do Urzędu ds. Praw Obywatelskich pod numer 1-800-368-1019 lub TTY 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat naming ibigay ang impormasyon sa paraang gumagana para sa iyo at sumusunod sa mga pagkasensitibo ng kultura (sa wika maliban sa Ingles, sa braille, sa malalaking titik, o ibang kahaliling mga format, atbp.)

Kinakailangan ang plano mo para matiyak na ang lahat ng mga serbisyo, parehong klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa isang paraang may kakayahang pangkultura at naa-access sa lahat ng mga nakatala, kabilang ang mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong kakayahan sa pagbasa, kawalan ng kakayahan sa

pandinig, o mga may magkakaibang kultura at etnikong pinagmulan. Kasama sa mga halimbawa ng kung paano matutugunan ng isang plano ang mga kinakailangan sa pagiging naa-access na ito, ngunit hindi limitado sa pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalín, mga serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o TTY (teleponong pang-text o teleponong teletypewriter) na koneksyon.

Mayroong mga libreng serbisyo ng interpreter ang plano namin na handang magamit para sagutin ang mga tanong mula sa mga miyembrong hindi nakakapagsasalita ng Ingles. Maaari ka rin naming bigyan ng impormasyon sa braille, sa malaking titik, o ibang kahaliling format nang walang bayad kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming magbigay sa iyo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana sa iyo, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro.

Inaatasan ang plano namin na bigyan ang mga babaeng nakatala ng opsyon ng direktang pag-access sa isang espesyalista sa kalusugan ng kababaihan sa loob ng network para sa mga regular na serbisyo ng kababaihan at pang-iwas na pangangalaga sa kalusugan.

Kung hindi handang magamit ang mga provider sa network ng plano para sa isang espesyalidad, responsibilidad ng plano na humanap ng mga provider ng espesyalidad sa labas ng network na magbibigay sa iyo ng kinakailangan na pangangalaga. Sa kasong ito, babayaran mo lamang ang hatian sa gastos sa network. Kung nakita mo ang sarili mo sa isang sitwasyon kung saan walang mga espesyalista sa network ng plano na sumasaklaw sa isang serbisyo na kailangan mo, tawagan ang plano para sa impormasyon kung saan pupunta para makuha ang serbisyo ng ito sa hatian sa gastos sa network.

Kung mayroon kang anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na naa-access at naa-angkop para sa iyo, mangyaring tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa pamamagitan ng pagtawag sa (833) 671-0440, Lunes-Biyernes, 8 a.m. – 8 p.m., lokal na oras. Sa mga gumagamit ng TTY, mangyaring tumawag sa 711. Maaari ka ring maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

বাভাগ 1.1 আমাদেৰে অবশ্যই এমনভাবে তথ্য প্ৰদান কৰতে হব যে যা আপনাৰ জন্ম কাৰ্যকৰী এবং আপনাৰ সাংস্কৃতিক সংবদনশীলতাৰ সাথে সামঞ্জস্যপূৰ্ণ হয় (ইংৰাজী বিষয়ত অন্যান্য ভাষায়, ব্ৰহ্মিলে, বড় হৰফে মুদ্ৰণে বা অন্যান্য বকিল্প ফৰ্ম্যাটে ইত্যাদিতে)

সমস্ত পৰিষেবো, ক্লিনিকাল এবং অ-ক্লিনিকাল উভয়ই সাংস্কৃতিকভাবে উপযুক্ত পদ্ধতিতে প্ৰদান কৰা হয় এবং যাদেৰে ইংৰাজিতে দক্ষতা সীমিত, পড়ার দক্ষতা সীমিত, শ্ৰবণশক্তিৰ অক্ষমতা রয়েছে বা যাদেৰে বচৈত্ৰিয়ময় সাংস্কৃতিক এবং জাতিগত প্ৰক্ষেপট রয়েছে তাৰা সহ সমস্ত তালিকাভুক্তদেৰে জন্ম অ্যাক্সেসযোগ্য, আপনাৰ প্ল্যানটিকে তা নিশ্চিত কৰতে হব। কোনে প্ল্যান কীভাবে এই অ্যাক্সেসযোগ্যতাৰ প্ৰয়োজনীয়তাগুলি পূৰ্ণ কৰতে পাৰে তাৰ উদাহৰণগুলিৰ মধ্যৰে রয়েছে, তবে অনুবাদক পৰিষেবো, দোভাষী পৰিষেবো, টেলোটিইপ্ৰাইটাৰ বা TTY (টেক্সট টেলিফোনে বা টেলোটিইপ্ৰাইটাৰ ফোনে) সংযোগেৰে বধানেৰে মধ্যৰে সীমাবদ্ধ নয়।

আমাদেৰে প্ল্যানে, ইংৰাজীভাষী নয় এমন সদস্যদেৰে প্ৰশ্নেৰে উত্তৰ দেওয়াৰ জন্ম বনামূল্যে দোভাষী পৰিষেবো রয়েছে। আপনাৰ প্ৰয়োজন হলে, আমাৰা আপনাকে ব্ৰহ্মিলে, বড় হৰফে মুদ্ৰণে বা অন্যান্য বকিল্প ফৰ্ম্যাটে কোনে খৰচ ছাড়াই তথ্য দিতে পাৰা। আমাদেৰে আপনাকে প্ল্যানেৰে সুবধিাগুলিৰ সম্পৰকে এমন একটা ফৰ্ম্যাটে তথ্য দিতে হব যে যা আপনাৰ জন্ম অ্যাক্সেসযোগ্য এবং উপযুক্ত। আপনাৰ জন্ম কাৰ্যকৰী এমন উপায়ে আমাদেৰে থেকে তথ্য পতে, অনুগ্ৰহ কৰে সদস্য পৰিষেবাদিতে কল কৰুনা।

আমাদেৰে প্ল্যানটিৰ মহিলা তালিকাভুক্তদেৰে, মহিলাদেৰে বুটনি ও প্ৰতৰিোধমূলক স্বাস্থ্যসেবো পৰিষেবোগুলেৰেৰে জন্ম নটেওয়াৰকৰে মধ্যৰে একজন মহিলা স্বাস্থ্য বশিযেজ্ঞেৰে সৰাসৰা যোগাযোগ কৰতে দেওয়াৰ বকিল্প প্ৰদান কৰা প্ৰয়োজন।

কোনো বিশেষত্বের জন্য প্ল্যানের নটেওয়ারক সর্বস্বত্বকারীরা উপলভ্য না হলে, নটেওয়ারক বাইরে বিশেষ সর্বস্বত্বকারী, যারা আপনাকে প্রয়োজনীয় পরিচর্যা সর্বস্বত্ব করবে তাদরে খুঁজে বের করার দায়িত্ব প্ল্যানের উপর বর্তায়। এই ক্ষেত্রে, আপনি শুমাত্র ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার অর্থ পমেন্ট করবেন। আপনার প্রয়োজনীয় পরিষেবা আপনাকে প্রদান করতে পারে প্লানের নটেওয়ারক এমন কোনো বিশেষজ্ঞ উপস্থিতি নহে এরকম কোনো পরিস্থিতিতে আপনি পড়লে, ইন-নটেওয়ারক খরচ শয়োর করে নেওয়ার সময় এই পরিষেবাটি পতে কথায় যতে হবে সে সম্পর্কে তথ্যের জন্য প্লানের কল করুন।

আপনার জন্য অ্যাক্সেসযোগ্য ও উপযুক্ত ফর্ম্যাটে আমাদের প্ল্যান বিয়ক তথ্য পতে আপনার কোনো সমস্যা হলে, অনুগ্রহ করে সোমবার থেকে শুব্বার স্থানীয় সময় সকাল 8টা থেকে রাতুরি 8টার মধ্যে সদস্য পরিষেবা অভয়োগ দায়ের করতে (833) 671-0440 নম্বরে কল করুন। TTY ব্যবহারকারী, অনুগ্রহ করে 711 এ কল করুন। এছাড়াও, আপনি 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) নম্বরে কল করে Medicare-এর কাছে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন বা 1-800-368-1019 বা TTY 1-800-537-7697-এ সরাসরি কল করে সন্তি রাইটস অফিসে অভয়োগ দায়ের করতে পারেন।

Seksioni 1.1 Ne jemi të përkushtuar të ofrojmë informacion të përshtatshëm për ju dhe që respekton ndjeshmëritë tuaja kulturore (në gjuhë të tjera përveç anglishtes, në braille, në format me shkronja të mëdha ose formate të tjera alternative, etj.)

Planit tuaj duhet të ofrojë të gjitha shërbimet, si klinike ashtu edhe jo-klinike në një mënyrë kompetente kulturore dhe janë të aksesueshme për të gjithë të regjistruarit, duke përfshirë personat me aftësi të kufizuara në anglisht, personat me aftësi të kufizuara në lexim, personat me aftësi të kufizuar në dëgjim ose personat me kulturë dhe prejardhje etnike të ndryshme. Shembujt se si një plan mund t'i plotësojë këto kërkesa aksesueshmërie përfshijnë, por nuk kufizohen me ofrimin e shërbimeve të përkthyesve, shtypshkronjave ose lidhjes me TTY (telefon me tekst ose telefon me shtypshkronjë).

Plani ynë ofron shërbime me përkthyes falas për t'iu përgjigjur pyetjeve të anëtarëve që nuk flasin anglisht. Ne gjithashtu mund t'ju japim informacione në braille, në format me shkronja të mëdha ose në formate të tjera alternative pa kosto, sipas nevojës. Neve na kërkohet t'ju japim informacione rreth përfitimeve të planit në një format që është i aksesueshëm dhe i përshtatshëm për ju. Për të marrë informacion nga ne në një mënyrë të përshtatshme për ju, ju lutemi telefononi Shërbimet e Anëtarëve.

Plani ynë duhet t'ju japë grave të regjistruara mundësinë e aksesit të drejtpërdrejtë te një specialist i shëndetit të gruas brenda rrjetit për shërbimet rutinë dhe parandaluese të kujdesit shëndetësor për gratë.

Nëse ofruarit në rrjetin e planit për një specialitet nuk janë të disponueshëm, është përgjegjësi e planit të gjejë ofruarit e specializuar jashtë rrjetit, të cilët do t'ju ofrojnë kujdesin e nevojshëm. Në këtë rast, ju do të paguani vetëm ndarjen e koston brenda rrjetit. Nëse përballeni me një situatë ku nuk ka specialistë në rrjetin e planit që mbulojnë një shërbim që ju nevojitet, telefononi planin për të marrë informacion se ku të shkoni për ta marrë këtë shërbim me ndarjen e koston brenda rrjetit.

Nëse hasni ndonjë problem për të marrë informacion nga plani ynë në një format që është i arritshëm dhe i përshtatshëm për ju, ju lutemi telefononi për të paraqitur një ankesë tek Shërbimet e Anëtarëve duke telefonuar (833) 671-0440, nga e hëna në të premte, nga ora 08:00 - 20:00, ora lokale. Përdoruesit TTY, ju lutem telefononi 711. Ju gjithashtu mund të paraqisni një ankesë te Medicare duke telefonuar 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ose drejtpërdrejt te Zyra për të Drejtat Civile 1-800-368-1019 ose TTY 1-800-537-7697.

Enότητα 1.1 **Πρέπει να παρέχουμε πληροφορίες με τρόπο που να λειτουργεί για εσάς και που να συνάδει με τις πολιτισμικές σας ευαισθησίες (σε γλώσσες εκτός των Αγγλικών, σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές κ.λπ.)**

Το πρόγραμμά σας απαιτείται να διασφαλίσει ότι όλες οι υπηρεσίες, τόσο κλινικές όσο και μη κλινικές, παρέχονται με πολιτισμικά ικανό τρόπο και είναι προσβάσιμες σε όλους τους εγγεγραμμένους, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με περιορισμένη αγγλική επάρκεια, περιορισμένες δεξιότητες ανάγνωσης, ανικανότητα ακοής ή άτομα με διαφορετικό πολιτιστικό και εθνοτικό υπόβαθρο. Παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο ένα πρόγραμμα μπορεί να πληροί αυτές τις απαιτήσεις προσβασιμότητας περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την παροχή μεταφραστικών υπηρεσιών, υπηρεσιών διερμηνείας, τηλεγραφομηχανών ή σύνδεσης TTY (τηλέφωνο κειμένου ή τηλέφωνο τηλεγραφομηχανής).

Το πρόγραμμά μας διαθέτει δωρεάν υπηρεσίες διερμηνείας για να απαντήσετε σε ερωτήσεις από μη αγγλόφωνα μέλη. Μπορούμε, επίσης, να σας δώσουμε πληροφορίες σε γραφή Braille, με μεγάλα γράμματα ή σε άλλες εναλλακτικές μορφές χωρίς κόστος, εάν τις χρειάζεστε. Είμαστε υποχρεωμένοι να σας παρέχουμε πληροφορίες σχετικά με τις παροχές του προγράμματος σε μορφή που είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς. Για να λάβετε πληροφορίες από εμάς με τρόπο που σας εξυπηρετεί, καλέστε το Τμήμα Υπηρεσιών Μελών.

Το πρόγραμμά μας απαιτείται να δώσει στις γυναίκες εγγεγραμμένους τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης σε έναν ειδικό υγείας γυναικών στο πλαίσιο του δικτύου για υπηρεσίες ρουτίνας και προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης των γυναικών.

Εάν οι πάροχοι στο δίκτυο του προγράμματος για μια ειδικότητα δεν είναι διαθέσιμοι, είναι ευθύνη του προγράμματος να εντοπίσει εξειδικευμένους παρόχους εκτός του δικτύου που θα σας παρέχουν την απαραίτητη φροντίδα. Σε αυτήν την περίπτωση, θα πληρώσετε μόνο επιμερισμό κόστους εντός δικτύου. Εάν βρεθείτε σε μια κατάσταση όπου δεν υπάρχουν ειδικοί στο δίκτυο του προγράμματος που να καλύπτουν μια υπηρεσία που χρειάζεστε, καλέστε το πρόγραμμα για πληροφορίες σχετικά με το πού να πάτε για να αποκτήσετε αυτήν την υπηρεσία με επιμερισμό κόστους εντός δικτύου.

Εάν αντιμετωπίζετε προβλήματα με τη λήψη πληροφοριών από το πρόγραμμά μας σε μορφή που να είναι προσβάσιμη και κατάλληλη για εσάς, καλέστε για να υποβάλετε παράπονο στο Τμήμα Υπηρεσιών Μελών στον αριθμό (833) 671-0440, Δευτέρα έως Παρασκευή, 8 π.μ. έως 8 μ.μ., τοπική ώρα. Οι χρήστες της υπηρεσίας TTY παρακαλούνται να καλέσουν στο 711. Μπορείτε επίσης να υποβάλετε καταγγελία στο Medicare καλώντας στο 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ή απευθείας στο Γραφείο Πολιτικών Δικαιωμάτων 1-800-368-1019 ή TTY 1-800-537-7697.

سیکشن 1.1 **ہمیں معلومات اس انداز میں فراہم کرنی چاہیے جو آپ کے لیے مناسب ہو اور آپ کے ثقافتی حساس پہلوؤں سے ہم آہنگ ہو (انگریزی کے علاوہ باقی زبانوں میں، بریل میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس، وغیرہ)**

آپ کے منصوبے سے اس بات کو یقینی بنانے کا تقاضا کیا جاتا ہے کہ تمام سروسز، کلینکل اور غیر کلینکل دونوں ثقافتی طور پر موزوں انداز میں فراہم کی جاتی ہیں اور تمام مندرجہ افراد کو ان تک رسائی حاصل ہے جن میں انگریزی زبان کی محدود مہارت، پڑھنے کی محدود مہارتیں، قوت سماعت سے محروم، یا متنوع ثقافتی اور نسلی پس منظر سے تعلق رکھنے والے افراد شامل ہیں۔ منصوبہ رسائی کے تقاضے کیسے پورا کر سکتا ہے اس کی مثالوں میں بلاتحدید، ترجمان کی سروسز، مترجم کی سروسز، ٹیلی ٹائپ رائٹرز، یا TTY (ٹیکسٹ ٹیلی فون یا ٹیلی ٹائپ رائٹر فون) کنکشن کی فراہمی شامل ہیں۔

ہمارے منصوبے میں مفت ترجمان کی سروسز موجود ہیں جو انگریزی نہ بولنے والے ممبرز کے سوالات کا جواب دینے کے لیے دستیاب ہیں۔ ہم آپ کو ضرورت پیش آنے پر بریل سسٹم میں، بڑے پرنٹ میں، یا دیگر متبادل فارمیٹس میں بغیر کسی قیمت کے بھی معلومات فراہم کرتے ہیں۔ ہمارے لیے منصوبے کے وظائف کے بارے میں ایسے فارمیٹ میں آپ کو معلومات فراہم کرنا

ضروري يه جو آپ كے ليے قابل رسائی اور موزوں ہو۔ براہ کرم ہم سے اپنے ليے كام کرنے والی معلومات حاصل کرنے كے ليے ممبر سروسز كو كال كریں۔

ہمارے منصوبے سے تقاضا کیا جاتا ہے کہ وہ مندرج خواتین کو ان کی روزمرہ اور احتیاطی صحت کی نگہداشت کی سروسز کے ليے نیٹ ورک کے اندر خواتین کی صحت کے ماہر تک براہ راست رسائی کا اختیار دے۔

اگر منصوبے کے نیٹ ورک میں خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان دستیاب نہیں ہیں، تو یہ منصوبے کی ذمہ داری ہے کہ وہ نیٹ ورک سے باہر خصوصیت رکھنے والے فراہم کنندگان کو تلاش کرے جو آپ کو ضروری نگہداشت فراہم کریں گے۔ اس کیس میں، آپ صرف اندرون نیٹ ورک لاکت کے اشتراک کی ادائیگی کریں گے۔ اگر آپ خود کو ایک ایسی صورتحال میں پاتے ہیں جہاں منصوبے کے نیٹ ورک میں کوئی ماہرین موجود نہیں ہیں جو آپ کو درکار سروسز کو کور کریں، تو منصوبے کو اس حوالے سے معلومات کے ليے كال کریں کہ اس سروسز کو اندرون نیٹ ورک لاکت کے اشتراک پر حاصل کرنے کے ليے کہاں جائیں۔

اگر آپ کو ہمارے منصوبے میں موجود اپنے ليے قابل رسائی اور موزوں فارمیٹ میں معلومات حاصل کرنے میں کسی مشکل کا سامنا کرنا پڑ رہا ہے، تو براہ کرم مقامی وقت کے مطابق، پیر-جمعہ، صبح 8 بجے - رات 8 بجے تک، 671-0440 (833) پر كال کر کے ممبر سروسز کو شکایت درج کروائیں۔ TTY صارفین، براہ کرم 711 پر كال کریں۔ آپ Medicare (1-800-633-4227) پر كال کر کے یا دفتر برائے شہری حقوق کو 1-800-368-1019 یا 1-800-537-7697 TTY پر براہ راست كال کر کے Medicare کے ساتھ شکایت درج کروا سکتے ہیں۔

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 الذهاب إلى أحد اختصاصي الصحة النسائية 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 طبياً 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 إشعاراً كتابياً، 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 أولاً.
- 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.
 - نظراً 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 الاستخدامات الأخرى، فسيتم ذلك وفقاً للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ وعادةً 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 كان لديك أي أسئلة أو مخاوف حول خصوصية وسرية المعلومات الصحية الشخصية، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

إشعار ممارسات الخصوصية

يبين 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) ونبادلها 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 لزاماً علينا أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. يسري هذا الإشعار اعتباراً 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) ونبادلها لكي نقدم لك مزايا الرعاية الصحية. ويجري استخدام معلوماتك الصحية المحمية (PHI) أيضاً 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 أيضاً 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 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 المميزات الطبية التي توفرها. 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 (علاجاتك) 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 ويُلزمها - 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.

أعراض 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 برنامجاً 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 مصحوباً 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 منحتنا إياها سابقاً. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحتنا 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 كتابياً. 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). وسنتابع الطلبات المعقولة، شرط أن تخبرنا كيف يمكن أن تعرض مشاركة كل هذه المعلومات الصحية المحمية (PHI) أو بعضها حياتك للخطر. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. 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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذجنا لإنشاء طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسوماً 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 كتابياً. 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 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 لمدة 12 شهراً. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. 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 على العنوان التالي:

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
9977-Long Beach, CA 90801

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
مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights)
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019؛ (TDD) 537-7697 (800)؛ (فاكس) 619-3818 (202)

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 www.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 مراسلة Molina Member Services, 200 Oceangate, Suite 100, Long Beach, CA 90802.

يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو الإصدارات الصوتية. يمكنك الاتصال على الرقم 882-3901 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. المكالمات مجانية.

القسم 1.4 يتعين علينا منحك معلومات حول الخطة وشبكة مقدمي الخدمات والخدمات التي يجري تغطيتها ضمن الخطة

باعتبارك عضواً في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، يحق لك الحصول على عدة أنواع من المعلومات منا. إذا كنت تريد أيًا من أنواع المعلومات التالية، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (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 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

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية. يجب على مقدمي الخدمات شرح حالتك الطبية وخيارات العلاج بطريقة يمكنك فهمها.

لديك أيضاً الحق في المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. لمساعدتك في اتخاذ القرارات مع أطبانك 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 أيضاً إخبارك بالبرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم واستخدام الأدوية بأمان.

- **التعرف على المخاطر.** يحق لك الاطلاع على المخاطر التي قد تتعرض لها أثناء الرعاية. كما يتعين إخبارك مقدماً 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 أيضاً 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 قادراً على اتخاذ قرارات طبية بنفسك

- أحياناً 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 مسبقاً 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 أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لطلب النماذج.
 - **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). وفقاً 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.

إذا لم يتم اتباع توجيهاتك

إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق، وكنت تعتقد أن هناك طبيباً أو مستشفى لم يتبع ما ورد به من تعليمات، فيجوز لك تقديم شكوى إلى New York State Department of Health Complaint Hotline من خلال الاتصال على الرقم 1-866-334-9866 (وبالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 1.6 يحق لك التقدم بشكوى وطلب إعادة النظر في القرارات التي اتخذتها

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 - 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 **Office for** Department of Health and Human Services' **Civil Rights** على الرقم 1-800-368-1019 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697) أو الاتصال على **Office for 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 أعضاء خطتنا على الرقم **(833) 671-0440** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**)
- الاتصال بمكتب **SHIP** المحلي في SHIP. تتوفر معلومات الاتصال ببرنامج SHIP في الفصل 2، القسم 3.
- الاتصال على **Medicare** على الرقم **(1-800-633-4227)** (1-800-MEDICARE) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف 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 **(833) 671-0440** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**)
- الاتصال على مكتب **SHIP** المحلي على الرقم **701-0501 (800)**
- الاتصال بـ **Medicare**
- تفضل بزيارة www.Medicare.gov لقراءة المنشور *Medicare Rights & Protections* (المتوفر عبر: Medicare Rights & Protections)
- الاتصال على **(1-800-633-4227)** (1-800-MEDICARE) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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 **(833) 671-0440** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**) إذا كان لديك أي أسئلة.
- تعرف 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 الموصوفة 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 خطتنا عندما تحصل 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 أطباءك 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.
- **الترم بدفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك مسؤول عن سداد ما يلي من مدفوعات:
 - يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare الخاصة بك لتظل عضوًا في الخطة.
 - إذا طُلب منك دفع المبلغ الإضافي للجزء (D) بسبب ارتفاع معدل دخلك (كما ورد في إقرارك الضريبي الأخير)، فيجب عليك الاستمرار في دفع المبلغ الإضافي إلى الحكومة بشكل مباشر لتظل عضوًا في الخطة.
- 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. وتعتمد العملية التي تتخذها على نوع المشكلة التي تواجهها.

- بالنسبة لبعض المشكلات، يجب عليك اتباع عملية قرارات التغطية والاستئناف.
- بالنسبة لبعض المشكلات الأخرى، تحتاج إلى اللجوء إلى عملية تقديم الشكاوى (التي تسمى تظلمات).

القسم 1.1 المصطلحات القانونية

يتضمن هذا الفصل مصطلحات قانونية لبعض القواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية. يتسم العديد من هذه المصطلحات بكونها غير مألوفة لمعظم الأشخاص. ولغرض تيسير الأمور، يستخدم هذا الفصل كلمات مألوفة أكثر بدلاً من بعض المصطلحات القانونية.

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 دائماً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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)

كل ولاية لديها برنامج 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 أيضاً الرد على أسئلتك وتزويدك بمزيد من المعلومات وتقديم توجيهات حول ما يجب القيام به.

خدمات مستشاري SHIP مجانية. تتوفر معلومات الاتصال ببرنامج SHIP في الفصل 2، القسم 3.

Medicare

يمكنك أيضاً 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

- يمكنك الاتصال على Medicaid Helpline على الرقم 1-800-541-2831 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) من الإثنين إلى الجمعة من 8 a.m. إلى 8 p.m.، وأيام السبت من 9 a.m. إلى 1 p.m.
- يُمكنك مراسلة Local Department of Social Services (LDSS) الخاص بك. ابحث عن عنوان LDSS الخاص بك عبر: www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss

- يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لـ New York State Medicaid من خلال: www.health.ny.gov/health_care/medicaid

القسم 3 فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجي Medicaid و Medicare

إذا كنت عضوًا في برنامج Medicare وتحصل على المساعدة من برنامج Medicaid، تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا Medicare و Medicaid الخاصة بك. ويطلق على ذلك اسم "العملية المتكاملة" لأنها تدمج أو تجمع بين عمليات Medicare و Medicaid. في بعض الأحيان، لا يتم الجمع بين عمليتي Medicare و Medicaid. في تلك الحالات، يمكنك استخدام عملية Medicare للحصول على ميزة يغطيها Medicare وعملية Medicaid للحصول على ميزة يغطيها برنامج Medicaid. يتم شرح هذه الحالات في القسم 6.4.

القسم 4 ما العملية التي تستخدمها للمساعدة في حل مشكلتك

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف، فيمكنك قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. تساعدك المعلومات التالية على الوصول للقسم المناسب من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى بشأن المزايا المغطاة من قبل Medicare أو Medicaid.

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). ولإضفاء المزيد من اليسر، نشير عمومًا إلى العناصر الطبية والخدمات وأدوية Medicare Part 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.

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)

وفي ظل ظروف محدودة، قد يتم رفض طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية، 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 قانوناً للقيام بذلك، أو عند سحبك الطلب. إذا رفضنا طلبك بالحصول على قرار التغطية، فسنرسل إليك إشعاراً يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب إجراء مراجعة لقرار الرفض. ونتخذ قرار التغطية نتي قرارنا 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 قرار التغطية هذا، يمكنك تقديم استئناف.

تقديم استئناف

إذا اتخذنا قرار تغطية، سواء قبل الحصول على المزايا أو خلال الفترة التي تليها، ولم تكن راضياً، فيمكنك استئناف القرار. ويمثل تقديم طلب الاستئناف إحدى الطرق الرسمية لطلب إجراء مراجعة وتغيير قرار التغطية الذي تم اتخاذه. وفي ظل ظروف معينة، التي سنناقشها لاحقاً، يمكنك طلب تقديم استئناف عاجل لقرار التغطية. يتم التعامل مع الاستئناف من قبل مراجعين مختلفين عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي. عند تقديمك استئنافاً 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 الأمثلة على حالات رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما للطلب نيابةً عنك ولكنه غير مخول قانوناً للقيام بذلك، أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلب الاستئناف ضمن المستوى 1، فسنرسل إليك إشعاراً يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب إجراء مراجعة لقرار الرفض.

إذا رفضنا طلب الاستئناف الخاص بك ضمن المستوى 1 للحصول على الرعاية الطبية بشكل كلي أو جزئي، فسينتقل استئنافك تلقائياً إلى المستوى 2. يتم النظر في الاستئناف ضمن المستوى 2 بواسطة منظمة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا.

- 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 تلقائياً إذا لم نوافق على استئنافك ضمن المستوى 1.
- راجع القسم 6.4 من هذا الفصل للتعرف على المزيد من المعلومات حول الاستئنافات الخاصة بالرعاية الطبية ضمن المستوى 2.
- ترد مناقشة استئنافات الجزء D بمزيد من التفصيل خلال القسم 7 من هذا الفصل.

إذا لم تكن راضياً 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711)
- احصل على مساعدة مجانية من برنامج State Health Insurance Assistance Program.
- يمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديم طلب نيابة عنك. إذا ساعد طبيبك في الاستئناف بعد المستوى 2، فسيُلمر تعيينه كممثل لك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) وطلب الحصول على نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضاً عبر www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf).
- بالنسبة للرعاية الطبية، يمكن لطبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر أن يطلب قرار تغطية أو استئناف ضمن المستوى 1 نيابة عنك. إذا تم رفض الاستئناف الخاص بك ضمن المستوى 1، فسيتم إعادة توجيهه تلقائياً إلى المستوى 2.
- إذا طلب الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء أن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر الذي تحصل عليه بالفعل في وقت مراجعة الاستئناف، فقد يلزمك تعيينه بصفته ممثلاً لك ليتصرف نيابةً عنك.
- 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 نيابة 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) واطلب الحصول على نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضًا عبر www.CMS.gov / www.Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). يمنح هذا النموذج الشخص الإذن بالتصرف نيابة عنك. ويجب أن يتم توقيعه بواسطة شخصك ومن قبل الشخص الذي ترغب في يتصرف نيابة عنك. ولا بد أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع عليه.

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 محام.** يمكنك الاتصال بمحاميك أو الحصول على اسم محام 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 محام** 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، لذلك فإننا نوفر التفاصيل لكل حالة:

- **القسم 6:** "الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار الحصول على تغطية أو تقديم استئناف"
- **القسم 7:** "أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار الحصول على تغطية أو تقديم استئناف"
- **القسم 8:** "كيفية طلب تغطية تمديد مدة إقامة المرضى الداخليين في المستشفى 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 التمرضية الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين [CORF])

إذا لم تكن متأكدًا من المعلومات التي تنطبق عليك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة أو المعلومات من برنامج SHIP.

القسم 6 الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف

القسم 6.1 الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية الرعاية الطبية أو إذا كنت ترغب في مطالبتنا برد تكاليف الرعاية التي تتلقاها إليك

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 يريدها 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 أتباع 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 قرارنا 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 ستلقى الرد على الطلب في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ تسلم طلبك للحصول 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، فسندد 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 الشكاوى عن عملية اتخاذ قرارات التغطية والاستئناف. (راجع القسم 11 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، فسندد 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 سريعة. (راجع القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى). وستصل بك حالما نتخذ القرار.

- إذا جاء ردنا برفض الطلب جزئياً أو كلياً، فسنرسل إليك كتابياً 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 استئنافاً، 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 تقويمياً 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، فسوف نوافق على طلبك بتقديمه.
- تتماثل متطلبات الحصول على "استئناف عاجل" مع المتطلبات نفسها الخاصة بالحصول على "قرار تغطية عاجل" في القسم 6.2.

الخطوة 2: طلب تقديم استئناف أو استئناف عاجل

- إذا كنت تطلب استئنافاً قياسيًّا، فيمكنك تقديم الاستئناف القياسي كتابياً. كما يمكنك أيضاً طلب تقديم استئناف عن طريق الاتصال بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
 - إذا كنت تطلب استئنافاً عاجلاً، فيمكنك تقديم استئناف كتابي أو الاتصال بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
 - يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويمياً من تاريخ الإشعار الكتابي المرسل لإخطارك بالرد على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لنفيته، فيمكنك شرح سبب تأخر تقديم الاستئناف. قد نمنحك مزيداً من الوقت لتقديم الاستئناف. وقد يكون هذا السبب الوجيه مرضاً خطيراً منعك من الاتصال بنا أو عند تقديمنا معلومات غير صحيحة لك أو غير كاملة حول الموعد النهائي لتقديم طلب الاستئناف.
 - يمكنك طلب نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. كما يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.
- إذا أخبرناك بأننا نتوقف عن تغطية الخدمات أو المستلزمات التي تحصل عليها بالفعل أو نخفضها، فقد تتمكن من الاستمرار في الحصول على تلك الخدمات أو المستلزمات في وقت مراجعة الاستئناف.

- إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة ما أو عنصر ما تحصل عليه حالياً، فسنرسل إليك إشعاراً قبل الشروع في تنفيذ الإجراء المقترح.
- إذا كنت لا توافق على الإجراء، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 1. سنستمر في تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت استئنافاً ضمن المستوى 1 خلال 10 أيام تقويمية من تاريخ ختم البريد على خطابنا أو بحلول تاريخ سريان الإجراء المقصود، أيهما أحدث.
- إذا استوفيت هذا الموعد النهائي، فيمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمة أو العنصر دون أي تغييرات أثناء انتظار استئنافك ضمن المستوى 1. سنستمر أيضاً في الحصول على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (التي ليست محل استئنافك) دون أي تغييرات عليها.

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 تلقي الاستئناف**. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
 - إذا أردت 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 منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- **في حال موافقتنا جزئيًا أو كليًا على طلبك،** فسينتبع 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 ليندرج 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 تلقي الاستئناف**. إذا كان الطلب يتعلق بأحد أدوية الجزء B ولم تكن قد حصلت عليه بعد، فسنوافيك بالرد في غضون **7 أيام تقويمية من تلقي 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 أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى عاجلة. عند تقديم شكوى سريعة، سيصلك رد منا على شكاوك خلال 24 ساعة. (ولمزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع **القسم 11**.)
 - إذا لم نخطر 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، أو في غضون 7 أيام تقويمية** إذا كان طلبك يتعلق بأحد أدوية الجزء B.
- **إذا جاء الرد من جانب خطتك برفض الطلب جزئيًا أو كليًا،** فإننا نمحك حقوقًا إضافية للاستئناف.
- إذا رفضنا ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا سنرسل إليك خطابًا بذلك.
- وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، سنخطر في الخطاب بأننا أرسلنا حالتك لمؤسسة المراجعة المستقلة (independent review organization) من أجل النظم في المستوى الثاني.
- وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicaid، فسنبخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك.

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.

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 صحيحًا أم يجب تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها.

- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج Medicare في العادة، فسوف نحيل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف بمجرد اكتمال إجراءات استئناف المستوى 1.
 - إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج Medicaid في العادة، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 2 بنفسك. يخبرك الخطاب بكيفية فعل ذلك. وفيما يلي نورد المعلومات كذلك.
 - إذا كانت مشكلتك بشأن إحدى الخدمات أو العناصر التي يمكن أن تكون مغطاة بموجب برنامجي Medicare و Medicaid، فسوف تحصل على استئناف ضمن المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة بشكل تلقائي. ويمكنك كذلك طلب عقد جلسة استماع عادلة في الولاية.
- إذا كنت مؤهلاً لاستمرارك في الحصول على المزايا عند تقديم استئنافك ضمن المستوى 1، فقد تستمر في تلقي مزاياك الخاصة بالخدمة أو العنصر أو الدواء محل الاستئناف أيضًا خلال المستوى 2. راجع الصفحة رقم 138 للحصول على معلومات عن استمرار المزايا الخاصة بك في أثناء سير طعون المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medicare، فلن تستمر في الحصول على المزايا الخاصة بهذه الخدمة أثناء نظر الاستئناف ضمن المستوى 2 مع منظمة المراجعة المستقلة.
 - إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات التي يغطيها في العادة برنامج Medicaid، فستستمر في الحصول على مزايا هذه الخدمة إذا قُدمت استئنافًا ضمن المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية من تلقّي خطاب قرار الخطة.
- الحالة التي تتعلق فيها المشكلة بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medicare في العادة:**
- 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 مجانية 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، فستقدم كذلك استئنافًا عاجلاً ضمن المستوى 2.**
- بالنسبة للاستئناف العاجل، يجب أن تقدم لك منظمة المراجعة المستقلة 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.
 - 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.
- 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 كليًا أو جزئيًا، 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 جزئيًا أو كليًا، 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 خطابًا:
 - تشرح فيه أبعاد القرار.
 - تُخاطبك بحقك في الاستئناف ضمن المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الرعاية الطبية تلي حدًا أدنى معينًا. كما سيوضح الإشعار الكتابي الذي تتلقاه من منظمة المراجعة المستقلة قيمة المبلغ الدلالي التي يجب استيفاؤها لمواصلة عملية الاستئناف.
 - إطلاعك على كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 3.
- إذا رُفض استئناف المستوى 2 الذي تقدّمه واستوفيت المتطلبات للمضي قدمًا في عملية الاستئنافات، فيتعين أن تقرر إذا ما كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم استئناف ثالث. يمكنك 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. يشرح القسم 10 في هذا الفصل عملية الاستئنافات للمستويات 3 و4 و5.

الحالة التي تتعلق فيها المشكلة بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medicaid في العادة:

الخطوة 1: ويمكنك طلب عقد جلسة استماع حكومية في الولاية.

- يكون المستوى 2 من عملية الاستئناف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid عادةً هو جلسة استماع حكومية مع الولاية. يجب عليك طلب جلسة استماع حكومية كتابيًا أو عبر الهاتف في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ إرسالنا لخطاب القرار بشأن استئنافك ضمن المستوى 1. ستوضح الرسالة التي تتلقاها مكان تقديم طلب جلسة الاستماع.
- عبر الهاتف: 1-800-342-3334 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 ومطالبة المشغل الاتصال على الرقم 1-877-502-6155)
- عن طريق الفاكس: 518-473-6735
- عبر الإنترنت: <http://otda.ny.gov/oah/FHReq.asp>
- عبر البريد: NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
Managed Care Hearing Unit
P.O. Box 22023
Albany, New York 12201-2023
- شخصيًا: للمقيمين من خارج مدينة New York:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
40 North Pearl Street
Albany, New York 12243
- للمقيمين في مدينة New York:
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
5 Beaver Street
New York, New York 10004

بعد أن تطلب عقد جلسة استماع عادلة، سترسل لك الولاية إشعارًا بوقت ومكان الجلسة. في جلسة الاستماع، سيطلب منك توضيح سبب اعتقادك أن هذا القرار خاطئ. سيستمع مسؤول جلسة الاستماع إليك وإلى الخطة ويقرر ما إذا كان قرارنا خاطئًا. إذا رفضت الولاية طلبك لعقد جلسة استماع حكومية سريعة، فسيتصلون بك ويرسلون لك خطابًا. إذا تم رفض طلبك لعقد جلسة استماع حكومية سريعة، فستقوم الولاية بالإعداد لجلسة الاستماع الخاصة بك في غضون 90 يومًا.

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)

إذا وافقت الولاية على طلبك لعقد جلسة استماع حكومية سريعة، فسوف يتصلون بك لإخطارك بوقت وتاريخ جلسة الاستماع. سيتم عقد جميع جلسات الاستماع السريعة عبر الهاتف.

للتحضير لجلسة الاستماع:

- سنرسل لك نسخة من "حزمة الأدلة" قبل جلسة الاستماع. تلك المعلومات التي استخدمناها لاتخاذ قرارنا بشأن خدماتك. سنعطي تلك المعلومات لمسؤول جلسة الاستماع لشرح القرار الذي اتخذناه. عند عدم وجود وقت كافٍ لإرسالها إليك، فسوف نحضر نسخة من حزمة الأدلة إلى جلسة الاستماع بالإجابة عنك. إذا لم تحصل على حزمة الأدلة الخاصة بك بحلول الأسبوع الذي يسبق جلسة الاستماع، فيمكنك الاتصال على 1-800 MCO-PLAN لطلب الحصول عليه.
- لديك الحق في الاطلاع على ملف حالتك والمستندات الأخرى. يحتوي ملف حالتك على سجلاتك الصحية وقد يحتوي على مزيد من المعلومات حول سبب تغيير خدمة الرعاية الصحية أو عدم الموافقة عليها. ويمكنك أيضاً طلب الاطلاع على الإرشادات وأي مستند آخر تم الاعتماد عليه لاتخاذ هذا القرار. يمكنك الاتصال على 1-800 MCO-PLAN للاطلاع على ملف حالتك والمستندات الأخرى، أو لطلب نسخة مجانية. سيتم إرسال النسخ إليك بالبريد فقط إذا أشرت إلى أنك ترغب في استلامها عبر البريد.
- لديك الحق في إحضار شخص معك لمساعدتك في جلسة الاستماع، مثل محامٍ أو صديق أو قريب أو شخص آخر. في جلسة الاستماع، يمكنك أنت أو هذا الشخص إعطاء مسؤول جلسة الاستماع أي من المستندات الكتابية، أو مجرد ذكر سبب عدم صحة القرار. يمكنك أيضاً إحضار أشخاص للتحدث نيابة عنك. يمكنك أنت أو هذا الشخص أيضاً طرح أسئلة على أي أشخاص آخرين في جلسة الاستماع.
- لديك الحق في تقديم مستندات لدعم حالتك. أحضر نسخة من أي أوراق تعتقد أنها ستساعدك في حالتك، مثل رسائل الطبيب وفواتير الرعاية الصحية والإيصالات. قد يكون من المفيد إحضار نسخة من هذا الإشعار وجميع الصفحات التي جاءت معه إلى جلسة الاستماع.
- قد تتمكن من الحصول على مساعدة قانونية عن طريق الاتصال على Legal Aid Society المحلية أو إحدى مجموعات المناصرة. لتحديد محام، تحقق من الصفحات ذات اللون الأصفر ضمن "المحامون" أو انتقل إلى www.LawhelpNY.org. في مدينة New York، اتصل بالرقم 311.

الاستئناف الخارجي

لديك حقوق أخرى تتعلق بالاستئناف إذا أوضحنا إن الخدمة التي تطلبها كانت:

1. ليست ضرورية طبياً؛
2. تجريبية أو تحقيقية؛
3. لا تختلف عن الرعاية التي يمكنك الحصول عليها في شبكة الخطة؛ أو
4. متوفرة من خلال مقدم خدمات مشاركتك لديه التدريب والخبرة الصحيحة لتلبية احتياجاتك.

بالنسبة لهذه الأنواع من القرارات، يمكنك أن تطلب من New York State (NYS) تقديم استئناف خارجي مستقل. يُسمى هذا بالاستئناف الخارجي وذلك لأن القرار يتم اتخاذه من قبل مراجعين لا يعملون في الخطة الصحية Senior Whole Health of New York NHC أو NYS. هؤلاء المراجعون هم أشخاص مؤهلون معتمدون من NYS. يجب أن تكون الخدمة ضمن حزمة مزايا الخطة أو أن تكون علاجاً تجريبياً أو تجربة سريرية أو علاجاً لمرض نادر. لا توجد عليك التزامات بسداد تكلفة الخدمات المغطاة في الخطة مطلقاً.

لديك مدة قوامها 4 أشهر من تاريخ إرسالنا لخطاب القرار بشأن استئنافك ضمن المستوى 1 لطلب استئناف خارجي. إذا اتفقت أنت و Senior Whole Health of New York NHC على تخطي عملية الاستئناف الخاصة بالخطة، فيجب عليك طلب الاستئناف الخارجي في غضون 4 أشهر من تاريخ إبرام هذا الاتفاق.

لطلب استئناف خارجي، املاً طلباً وأرسله إلى إدارة الخدمات المالية. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم المدون في الجهة الخلفية لبطاقة هوية الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم استئناف خارجي. سيتعين عليك وعلى أطباءك تقديم معلومات حول مشكلتك الطبية. يوضح طلب الاستئناف الخارجي ما هي المعلومات المطلوبة.

فيما يلي بعض الطرق التي يمكنك من خلالها تقديم استئناف خارجي:

- الاتصال على Department of Financial Services على الرقم 1-800-400-8882
- الانتقال إلى موقع Department of Financial Services الإلكتروني عبر www.dfs.ny.gov.
- اتصل بنا على الرقم (833) 671-0440

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)

سيتم اتخاذ القرار بشأن استئنافك الخارجي في غضون 30 يومًا. قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من الوقت (ما يصل إلى خمسة أيام عمل) إذا طلب مراجع الاستئناف الخارجي مزيدًا من المعلومات. سيتم إخبارك أنت و Senior Whole Health of New York NHC بالقرار النهائي في غضون يومين بعد اتخاذ القرار.

يمكنك الحصول على قرار أسرع في أي من الحالتين الآتيتين:

- إذا أفاد طبيبك بأن التأخير سيتسبب في حدوث ضرر جسيم على حالتك الصحية؛ أو
- إذا كنت في المستشفى بعد زيارة غرفة الطوارئ ورفضت الخطة توفير الرعاية لك في المستشفى.

وهذا ما يسمى الاستئناف الخارجي العاجل. سيقدر مراجع الاستئناف الخارجي الاستئناف العاجل خلال 72 ساعة أو أقل.

إذا طلبت الحصول على علاج للاضطراب الناتج عن تعاطي المخدرات في المستشفى قبل 24 ساعة على الأقل من مغادرتك للمستشفى، فسنستمر في سداد تكاليف إقامتك إذا:

- طلبت استئنافًا عاجلاً واحداً 1 في غضون 24 ساعة؛ و
- طلبت استئنافًا خارجيًا سريعًا في الوقت ذاته.

سنستمر في دفع تكاليف إقامتك حتى يصدر قرار بشأن استئنافاتك. سنتخذ قرارًا بشأن استئنافك العاجل ضمن المستوى 1 في غضون 24 ساعة. سيتم اتخاذ قرار بشأن الاستئناف الخارجي السريع في غضون 72 ساعة.

سيخبرك مراجع الاستئناف الخارجي والخطة بالقرار فورًا عبر الهاتف أو الفاكس. سيتم إرسال خطاب يخبرك بالقرار لاحقًا.

يمكنك طلب جلسة استماع عادلة أو طلب استئناف خارجي، أو كليهما. إذا طلبت عقد جلسة استماع عادلة واستئناف خارجي، فسيكون قرار مسؤول جلسة الاستماع العادلة هو القرار الذي يتم احتسابه."

في القسم 10.2، استئنافات Medicaid الإضافية، يجب ألا تتضمن MMCP لغة إضافية حيث يطالب دليل التغطية (MMCP) (EOC) إدراج وصف للإجراءات والتعليمات حول تقديم استئنافات إضافية في الولاية.

القسم 11.4، يمكنك أيضًا إخبار Medicare و Medicaid بشأن شكواك:

1. يجب على MMCP إدراج "و Medicaid" في عنوان هذا القسم.
2. يجب أن يتضمن MMCP الذي يدير برنامج MAP معلومات الاتصال التالية الخاصة بالشكوى لوكالة Medicaid:

لديك أيضًا الحق في الاتصال على New York State Department of Health بشأن شكواك.

تواصل مع Department of Health عن طريق:

- الهاتف: 1-866-712-7197
- البريد الإلكتروني: New York State Department of Health

Bureau of Managed Long Term Care
Technical Assistance Center
99 Washington Ave/ One Commerce Plaza 16th Fl
Albany, NY 12210

- البريد الإلكتروني: mltctac@health.ny.gov

لديك أيضًا الحق في الاتصال على New York State Department of Health بشأن شكواك. تواصل مع Department of Health عن طريق:

- الهاتف: 1-800-206-8125

• البريد الإلكتروني: New York State Department of Health
Managed Care Complaint Unit
OHIP DHPKO 1CP-1609
Albany, New York 12237
البريد الإلكتروني: managedcarecomplaint@health.ny.gov

الخطوة 2: يقدم لك مكتب جلسات الاستماع الحكومية رده.

سيطلعك مكتب جلسة الاستماع الحكومية بقراره كتابيًا مع توضيح أسباب هذا القرار.

- إذا وافق مكتب جلسات الاستماع الحكومية على طلب الخدمة أو العنصر الطبي بشكل جزئي أو كلي، فيتعين علينا الإقرار باستحقاقك الخدمة أو العنصر أو توفيرهما في غضون 72 ساعة من تلقينا القرار من مكتب جلسات الاستماع الحكومية.
- إذا رفض مكتب جلسات الاستماع الحكومية الاستئناف المقدم جزئيًا أو كليًا، فهذا يعني أنه يوافق 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.)

هل يمكنني تقديم استئناف آخر إذا جاء القرار برفض الاستئناف كليًا أو جزئيًا

إذا صدر قرار منظمة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسات الحكومية برفض الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نمنحك حقوقًا إضافية للاستئناف.

سيوضح الخطاب الذي تستلمه من مكتب جلسات الاستماع العادلة خيار التظلم التالي.

راجع القسم 10 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول حقوقك في تقديم الاستئناف بعد المستوى 2.

القسم 6.5 إذا كنت تطالبنا بدفع حصتنا من فاتورة الرعاية الطبية التي تلقيتها

لا يمكننا تعويضك بشكل مباشر عن إحدى الخدمات أو العناصر المدرجة في برنامج Medicaid. إذا حصلت على فاتورة مقابل خدمات وعناصر مشمولة بتغطية Medicaid، فأرسل الفاتورة إلينا. لا تدفع هذه الفاتورة. وسنتواصل مع مقدم الخدمات مباشرة ونعمل على حل المشكلة. ولكن في حال إذا ما دفعت الفاتورة، فيمكنك الحصول على استرداد من مقدم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بهم هذا حال اتباعك القواعد الخاصة بالحصول على الخدمة أو العنصر.

إن طلب السداد يعني طلب قرار التغطية منا.

إذا كنت تطالبنا 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 أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام التغطية الخاصة بك للرعاية الطبية.

إذا كنت تريد منا تعويضك عن خدمة أو عنصر من عناصر Medicare أو مطالبتنا بدفع تكلفة خدمة أو عنصر من عناصر Medicaid كنت قد دفعتها لمقدم الرعاية الصحية، فسوف نطلب منا اتخاذ قرار التغطية هذا. سوف نتحقق لمعرفة إذا ما كانت الرعاية الطبية التي دفعت مقابلها هي خدمة مغطاة أم لا. سوف نتحقق أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام التغطية الخاصة بك للرعاية الطبية.

- في حال موافقتنا على طلبك: إذا كانت الرعاية الطبية من Medicare مشمولة بالتغطية، فسوف نرسل إليك مدفوعات التكلفة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد استلام طلبك.

◦ إذا كانت رعاية Medicaid التي دفعت مقابلها لمقدم الرعاية الصحية مشمولة بالتغطية وتعتقد أنه يتعين علينا دفع تكلفة مقدم الرعاية الصحية، فسنرسل إلى مقدم الرعاية الصحية مدفوعات التكلفة في غضون 60 يومًا تقويميًا من استلام طلبك.

◦ ثم يتعين عليك الاتصال بمقدم الرعاية الصحية لسداد المبلغ إليك. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الحصول على الرعاية الطبية بعد، فسنرسل المدفوعات إلى مقدم الرعاية الصحية مباشرة.

- 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 خطابًا 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 30 يومًا من تاريخ استلام الاستئناف.
- إذا قررت هيئة المراجعة المستقلة أنه يتعين علينا الدفع، فيجب علينا إرسال المبلغ المطلوب إليك أو إلى موفر الخدمة في غضون 30 يومًا تقويميًا. وإذا جاء الرد على الاستئناف بالموافقة في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف بعد المستوى 2، فيتعين علينا أن نرسل القيمة التي طالبتنا بدفعها إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية خلال 60 يومًا تقويميًا.

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 المميزات الخاصة بك بوصفك عضوًا في خطتنا تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. لكي يكون الدواء مشمولًا بالتغطية، لا بد من استخدامه 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 أيضًا مصطلح قائمة الأدوية بدلاً من قائمة الأدوية المغطاة أو كتيب الوصفات.

- إذا لم تكن على دراية بشأن إذا ما كان الدواء مشمولًا 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)

المصطلح القانوني:

يُطلق على قرار التغطية الأولية المتعلق بأدوية الجزء D اسم **حكم التغطية**.

يعد قرار التغطية بمثابة قرار مبدئي نتخذه بشأن المزاي 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 بالخطة. **المطالبة بالحصول على استثناء. القسم 7.2:**
- طلب التنازل عن قيود مفروضة على تغطية الخطة لدواء ما (مثل حدود كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها، أو معايير الحصول على موافقة مسبقة، أو شرط تجربة دواء آخر أولاً). **المطالبة بالحصول على 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.** إذا وافقتنا على تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، فستحتاج إلى دفع مبلغ تقاسم التكاليف الذي ينطبق على الأدوية المتخصصة ضمن الفئة 5. لا يمكنك طلب الحصول على استثناء من مبلغ تقاسم التكاليف الذي نطالبك بدفعه مقابل الحصول على 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 5.5). إذا وافقتنا على تقديم استثناء والتنازل عن أحد القيود، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ المدفوعات المشتركة أو التأمين المشترك الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء.
 - 3. تغيير تغطية الدواء بنقله إلى مستوى تقاسم تكاليف أقل.** يندرج كل دواء في قائمة الأدوية ضمن واحدة من ست (6) فئات لمشاركة التكاليف. وبشكل عام، كلما انخفض رقم مستوى تقاسم التكاليف، 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 فئة تحتوي 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 فئة تحتوي 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 إلينا الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء بياناً يوضح الأسباب الطبية الداعية إلى طلب تطبيق الاستثناء. ولإصدار القرار بصورة أسرع، ضيّن المعلومات الطبية التي تحصل عليها من الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء في الطلب الذي تقدّمه الخاص بالاستثناء.

غالبًا ما تحتوي قائمة الأدوية على أكثر من دواء مخصص لعلاج حالة طبية معينة. ويُطلق على هذه الخيارات المختلفة اسم **الأدوية البديلة**. إذا 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 استثناءً للمستويات، فإننا لن نوافق على طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع الأدوية البديلة في مستوى (مستويات) تقاسم التكاليف الأقل ليست ذات فعالية بالنسبة لك أو من المحتمل أن تسبب آثارًا جانبية أو ضررًا 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 آمنًا 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

المصطلح القانوني:

يُطلق على "قرار التغطية العاجل" اسم "حكم التغطية العاجل".

الخطوة 1: قرر إذا ما كنت بحاجة إلى قرار تغطية قياسي أو قرار تغطية عاجل.

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 شكاواك 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 SWHNY.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 إبادة 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 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 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**
- يتعين علينا بشكل عام موافاتك بالرد خلال 72 ساعة من تلقّي الطلب.
 - وبالنسبة للاستثناءات، فسوف نريك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. وسوف نريك 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 لقرار التغطية القياسي بشأن مدفوعات الدواء الذي 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 الأدوية الواردة في الجزء D اسم إعادة الحكم المتعلق 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 عليه 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 المتطلبات نفسها الخاصة بالحصول على "قرار تغطية عاجل" في القسم 7.4.

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 كتابي أو اتصل بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- بالنسبة لطلبات الاستئناف العاجلة، يمكنك إرسال الاستئناف في شكل كتابي أو الاتصال على الرقم المدون على الوجه الخلفي لبطاقة هوية العضو. 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 SWHNY.com. 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: نحن ننظر في التظلم التي تقدمه ونوافيك بالرد.

- 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. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف ضمن المستوى 2.
 - في حال موافقتنا جزئيًا أو كليًا على طلبك، فسيتعين علينا منحك التغطية أو توفيرها لك خلال 72 ساعة من تاريخ استلامنا للاستئناف.
 - إذا جاء الرد برفض الطلب المقدم كليًا أو جزئيًا، فسنرسل 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. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف ضمن 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، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب رفض الطلب كما سنطلعك أيضًا على خطوات تقديم الاستئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي بشأن مدفوعات الدواء الذي اشتريته بالفعل

- 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، فسنرسل 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.

المصطلح القانوني

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 سيتضمن 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.
- 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 منظمة المراجعة المستقلة تلقائياً.
- 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.

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 ردّاً 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.

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئناف، الشكاوى)**ماذا لو رفضت منظمة المراجعة المستقلة طلب الاستئناف؟**

إذا رفضت المنظمة المستقلة الاستئناف المقدم جزئياً أو كلياً، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بشأن رأيها في عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (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 الدواء التي تطلبها تلي حدًا أدنى معيناً. إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر وسيكون القرار في المستوى 2 نهائياً.
- 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 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 المزيد من المعلومات حول عمليات الاستئناف ضمن المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيفية مطالبتنا بتغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت تعتقد أنك غادرت المستشفى مبكراً

- 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 إشعاراً كتابياً من Medicare يُطلعك على حقوقك

في غضون 2 من الأيام من دخولك المستشفى، سنتلقى إشعاراً كتابياً 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 المساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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، وفقاً 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.
- أن تعرف أين يمكنك 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227) أو 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227). 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-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

القسم 8.2 كيفية التقدم باستئناف ضمن المستوى 1 بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

لمطالبتنا بتغطية خدمات المرضى الداخليين في المستشفى 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). أو اتصل على State Health Insurance Assistance Program (SHIP) للحصول على مساعدة شخصية. 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 يتفاوضون 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 تلقيته (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 تتلقاها بالمستشفى بعد مرور ذلك التاريخ.

بمجرد طلبك إجراء مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، ستتصل 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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (بالنسبة لمستخدمي أجهزة 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، فیتعين علينا الاستمرار في تقديم خدمات المرضى الداخليين المغطاة بالمستشفى 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 للرعاية في المستشفى التي تتلقاها بعد الظهر في اليوم التالي من الحصول على رد 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 تقويميًا 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 تقويميًا من استلام طلبك للاستئناف من المستوى 2، سيتخذ المراجعون قرارًا 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 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 المطلوبة لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. عندما نقرر أن الوقت قد حان للتوقف عن تغطية أي من أنواع الرعاية الـ 3 لك، فيتعين علينا إخبارك مسبقًا. وعند انتهاء تغطيتنا للرعاية التي تلقاها، نتوقف عن تحمل 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 سنطّلع مسبقًا على موعد انتهاء تغطيتك

المصطلح القانوني:

إشعار بعدم التغطية من قبل Medicare. يخبرك بكيفية تقديم طلب الحصول على استئناف عاجل. يعد طلب الاستئناف العاجل طريقة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار التغطية الخاص بنا بشأن موعد إيقاف رعايتك.

1. ستلقى إشعارًا كتابيًا قبل يومين 2 على الأقل من إيقاف خطتنا لتغطية الرعاية التي تحصل عليها. وسيوضح لك الخطاب ما يأتي:
 - التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك.
 - 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 موافقتك على قرار الخطة بشأن توقف الحصول على الرعاية.

القسم 9.2 كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 1 لمطالبة خطتنا 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 833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). أو اتصل على State Health Insurance Assistance Program (SHIP) للحصول على المساعدة. 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 أجرًا 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 من المستوى الأول: اتصل بمنظمة تحسين الجودة واطلب استئنافًا سريعًا. 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 عدم التغطية من قبل Medicare".

• إذا فاتك الموعد النهائي، وكنت ترغب في تقديم استئناف، فلا يزال لديك حقوق تتعلق بالاستئناف. اتصل بهيئة تحسين الجودة.

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 ستتمكن من الحصول على شرح تفصيلي لإنهاء التغطية من جانبنا يوضح بالتفصيل أسباب إنهاء تغطيتنا لخدماتك.

الخطوة 3: وبعد مرور يوم كامل من استلام المراجعين لجميع المعلومات التي يحتاجونها، سيطلعونك على قرارهم.

ماذا يحدث إذا جاء رد المراجعين بالموافقة؟

• إذا جاء رد المراجعين بالموافقة على استئنافك، حينها يجب علينا مواصلة تغطية الخدمات المغطاة لك طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

- سيتعين عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف (مثل الخصومات أو المدفوعات المشتركة، إذا كانت تنطبق). وقد تكون هناك قيود مفروضة على الخدمات المغطاة.

ماذا يحدث لو كان الرد بالرّفص؟

- إذا جاء رد المراجعين بالرّفص، فإن التغطية تنتهي في التاريخ الذي أُخْطرت به من جانبنا.
- إذا قررت الاحتفاظ بما تتلقاه من خدمات الرعاية المنزلية، وخدمات الرعاية بمرافق الرعاية التمريضية الماهرة، أو مرافق إعادة التأهيل الشاملة 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 بالرّفص، 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.
- وبيّن 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 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 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 تلي 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 القانون 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 الذي يأتي لصالحك. وإذا قررنا الاستئناف، فسينقل الاستئناف إلى المستوى 4.

- إذا قررنا عدم الاستئناف، فبتعين 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 القانون الإداري أو المحامي الإداري الاستئناف فقد تنتهي عملية الاستئناف أو لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فنتتهي 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

سيقوم **Medicare Appeals Council** (المجلس) بمراجعة استئنافك والرد عليك. وهذا المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا بمراجعة قرار استئناف المستوى 3 المؤيد، 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، فبتعين 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، فنتتهي 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 الطعون الإضافية لبرنامج Medicaid

هناك حقوق أخرى يمكنك ممارستها بشأن الاستئناف إذا كان الاستئناف المقدم يتعلق بالخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج Medicaid في العادة. ويوضح لك الخطاب الذي تتلقاه من مكتب الجلسات العادلة الخطوات الواجب اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدماً في عملية التظلمات.

القسم 10.3 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 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

سيقوم **Medicare Appeals Council** (المجلس) بمراجعة استئنافك والرد 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 المشكلات التي يتم التعامل معها خلال عملية الشكاوى

يتم اللجوء إلى الشكاوى للوصول إلى حل لأنواع معينة من المشكلات فقط. يتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. وإليك بعض الأمثلة لأنواع من المشكلات التي تجري معالجتها بعملية الشكاوى.

الشكاوى	المثال
جودة الرعاية الطبية	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية داخل المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	<ul style="list-style-type: none"> 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 بفعل خدمات الأعضاء لدينا أو غيرهم من المسؤولين في الخطة؟ تشمل الأمثلة الانتظار لفترة طويلة على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الفحص، أو الحصول على الأدوية الموصوفة.
النظافة	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن مستوى النظافة أو حالة العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب؟
المعلومات التي نرودك بها	<ul style="list-style-type: none"> هل أخفقنا في إعطائك إشعارًا مطلوبًا؟ هل يصعب فهم معلوماتنا الكتابية؟
التوقيت	<p>إذا كنت قد طلبت الحصول على قرار تغطية أو كنت قد قدمت استئنافًا، 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 يُمكنك التقدم بشكوى

المصطلحات القانونية:

- 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.

- الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **671-0440 (833)** (ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**) عادة ما يكون هو الخطوة الأولى. إذا كنت بحاجة إلى القيام بشيء آخر، فسيخبرك خدمات الأعضاء به.
- إذا لم تك ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضياً)، فيمكنك تقديم شكواك كتابياً وإرسالها إلينا. وإذا قدمت الشكوى كتابياً، فيكون الرد على شكواك كتابياً كذلك.
- سنحاول حل شكواك عبر الهاتف. إذا طلبت ردًا مكتوبًا، أو قدمت شكوى مكتوبة، أو كانت شكواك تتعلق بجودة الرعاية، فسنقوم بالرد عليك كتابياً. إذا لم تتمكن من حل شكواك عبر الهاتف، فلدينا إجراء رسمي لمراجعة شكواك. نحن نسمي هذه العملية "تقديم شكوى من قبل الأعضاء".
- يحق لك، أو لممثلك المعتمد، تقديم استئناف عاجل عندما يأخذ Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) تمديدًا في اتخاذ قرار بشأن الهيئة أو قرار إعادة النظر، أو عندما نرفض طلبًا لتسريع هيئة ما القرار أو إعادة النظر. (لا يمكننا أن نأخذ تمديدًا عند اتخاذ قرار تغطية أو اتخاذ قرار بشأن استئناف يتعلق بأحد أدوية الجزء B أو الجزء D.) سوف تستجيب Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) لهذه الاستئنافات العاجلة خلال (24) ساعة عقب استلامها.
- يجب علينا معالجة شكواك بالسرعة التي تتطلبها حالتك بناءً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا بعد تلقي شكواك. يجوز لنا تمديد الإطار الزمني لمدة تصل إلى 14 يومًا إذا طلبت التمديد، أو إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية وكان التأخير في مصلحتك.
- سواء كنت تتواصل معنا من خلال الاتصال أو المراسلة، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **671-0440 (833)** (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم **711**) على الفور. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت بعد أن واجهت المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

الخطوة 2: سوف ننظر في شكواك ونطلعك على الرد.

- سنوافيك بالرد الفوري إن أمكننا ذلك. إذا اتصلت بنا بشأن شكوى ما، فقد نتمكن من الرد عليك خلال نفس المكالمة 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 شكواك. وإذا قررنا أن الأمر يستغرق أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك كتابياً.
- إذا قدمت شكوى بسبب رفضنا طلبك بشأن قرار التغطية العاجل أو الاستئناف العاجل، فسنقدم لك شكوى سريعة بشكل تلقائي. إذا تقدمت بشكوى سريعة، فهذا يعني أننا سنوافيك بالرد في غضون **24 ساعة**.
- عند رفضنا شكواك بشكل كلي أو جزئي أو عند عدم تحملنا المسؤولية عن المشكلة محل الشكوى، فسنقوم بتضمين أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 11.3 يمكنك أيضاً تقديم شكوى حول جودة الرعاية إلى هيئة تحسين الجودة

إذا كانت شكاوك بشأن جودة الرعاية، فلديك أيضاً 2 من الخيارات الإضافية:

- يمكنك التقدم بالشكوى إلى هيئة تحسين الجودة مباشرة. هيئة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الذين يتقاضون 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 أيضاً إخبار Medicare و Medicaid بشأن شكاوك

يمكنك تقديم شكوى بخصوص Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. ويمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الفصل 10:

إنهاء عضويتك في خطتنا

الفصل 1 إنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون خيار إنهاء عضويتك في خطه Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) خيارًا طوعيًا (بناءً على رغبتك) أو غير طوعي (ليس بارادتك):

- قد تترك خطتنا لأنك لديك الرغبة في تركها. يوفر القسمان 2 و3 معلومات حول إنهاء عضويتك طوعًا.
- هناك أيضًا 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 مشتركًا في Medicare و Medicaid

- يمكن أن ينهي معظم الأشخاص المسجلين في Medicare عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا 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 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التأخير في التسجيل في الجزء D إذا انضمت إلى خطة أدوية Medicare لاحقًا.

- اتصل على مكتب Medicaid في الولاية على الرقم 671-0440 (833) 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 أيضًا 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:
 - التبدل 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 www.Medicare.gov.

- عادةً، عند التبديل
- إذا كنت مشتركاً في New York 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 دار رعاية كبار السن أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل (LTC)
- إذا قمت بالتسجيل في برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (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.

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

تختلف فترات التسجيل بالنظر إلى حالتك.

لمعرفة إذا ما كنت مؤهلاً لفترة التسجيل الخاصة، يرجى الاتصال على Medicare على (1-800-633-4227) على (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.
- 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 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 أسئلة حول إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).
- تعرف على المزيد من المعلومات من خلال دليل Medicare & You 2026.
- الاتصال على Medicare على (1-800-633-4227) على (1-800-MEDICARE) 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.

إليك ما يجب عليك فعله:	للتبديل من خطتنا إلى:
<ul style="list-style-type: none"> • التسجيل في خطة صحية جديدة من Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) عند بدء تغطية الخطة الجديدة. 	خطة Medicare أخرى للرعاية الصحية
<ul style="list-style-type: none"> • التسجيل في خطة أدوية جديدة من Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً في Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) عند بدء تغطية خطة الأدوية الجديدة. 	Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare

للتبديل من خطتنا إلى:

إليك ما يجب عليك فعله:

Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare.

- إرسال طلب كتابي لنا لإلغاء التسجيل. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 للتعرف على المزيد من المعلومات حول كيفية القيام بالأمر.
- يمكنك أيضاً 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 Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) عند بدء تغطيتك في Original 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.

لأسئلة المتعلقة بمزايا Medicaid، يمكنك الاتصال على New York Medicaid على الرقم 505-5678 (800)، Nassau County، Department of Social Services (516) 227-7474، Human Resources Administration/Department of Social Services في ولايات Bronx، Kings، New York، Queens، Richmond، على الرقم 557-1399 (718)، Orange، County Department of Social Services (845) 291-4000، Westchester County Department of Social Services (914) 995-3333 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 a.m. إلى 8 p.m.، وفي أيام السبت من الساعة 10 a.m. إلى 6 p.m. اسأل عن كيفية تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Medicaid.

القسم 4 يجب أن تستمر في الحصول على العناصر الطبية، والخدمات والأدوية من خلال خطتنا حتى انتهاء عضويتك

- حتى تنتهي عضويتك (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP)، وتبدأ تغطية Medicare الجديدة، يجب عليك الاستمرار في الحصول على العناصر الطبية والخدمات والأدوية الموصوفة من خلال خطتنا.
- استمر في الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا للحصول على الرعاية الطبية.
 - استمر في الاستعانة بالصيدليات التابعة لشبكتنا أو الحصول على الوصفات الطبية.
 - 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 (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة في حالات معينة

- يجب على (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة في بعض الحالات مثل:
- إذا لم تعد مشتركاً في كل من الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare
 - إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على خدمات Medicaid. كما هو مذكور في الفصل 1، القسم 2.1، فإن خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين للحصول على كل من Medicare و Medicaid. عندما تقرر (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) أنك لم تعد تفي ببعض متطلبات الأهلية المحددة، سنتلقى خطاب إشعار يوضح سبب إلغاء التسجيل المحتمل. سيكون لديك بعد ذلك 6 أشهر (180 يوماً) من تاريخ الخطاب للرد على إعادة النظر في أهلية عضويتك في الخطة.

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمات التابعة لنا.
 - إذا انتقلت إلى خارج منطقة الخدمة لمدة تزيد عن 6 أشهر.
 - إذا انتقلت أو انطلقت في رحلة طويلة، فمن الضروري الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) لمعرفة إذا ما كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في منطقة الخدمات التابعة للخطة.
 - إذا ذهبت إلى السجن (عند سجنك).
 - إذا لم تعد من مواطني الولايات المتحدة أو عند إقامتك بشكل غير قانوني في الولايات المتحدة.
 - عند التضليل أو حجب معلومات بشأن حصولك على خدمات تأمين آخر يوفر لك تغطية للأدوية الموصوفة.
 - 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 لآ.)
 - 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 لآ.)
 - 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 أو لآ.)
 - إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد تطلب Medicare تحقيق المفتش العام في حالتك.
 - إذا كان مطلوبًا منك دفع مبلغ الجزء D الإضافي بسبب دخلك ولم تدفعه، فسوف يقوم برنامج Medicare بإلغاء تسجيلك من خطتنا.
- إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن موعد إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 671-0440 (833) (بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711).

القسم 5.1 عدم مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بحالتك الصحية

لا يُسمح لك (Senior Whole Health of New York NHC (HMO D-SNP) أن تطلب منك ترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة. ماذا يجب ان تفعل اذا حدث هذا؟

إذا كنت تشعر بأنه قد طلب منك مغادرة الخطة لأسباب ذات صلة بحالتك الصحية، فيمكنك الاتصال على Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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

القانون الرئيسي الذي ينطبق على مستند دليل التغطية هذا هو الباب الثامن عشر 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 لا نمارس 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 الهاتف النصية TTY يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697) أو Office for Civil Rights المحلي. ويمكنك أيضًا مراجعة المعلومات من مكتب الحقوق المدنية (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 671-0440 (833) (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711). إذا كانت لديك شكوى مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فإن قسم خدمات الأعضاء يمكنه 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. ووفقًا للوائح CMS الواردة في الأقسام 422.108 و 423.462 من قانون اللوائح الفيدرالية (CFR) رقم 42، فإن Senior Whole Health of New York NHC (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 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.

الاستئناف - الاستئناف 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 استئناف إذا كنت لا توافق على قرارنا بإيقاف الخدمات التي تتلقاها.

فترة المزايا - هي الطريقة التي من خلالها يقيس برنامج Original Medicare بالإضافة إلى خطتنا استخدامك لخدمات مرافق الرعاية الماهرة (SNF) بالإضافة إلى المستشفيات. تبدأ فترة المزايا في اليوم الذي تدخل فيه المستشفى أو منشأة التمريض الماهرة. تنتهي فترة الاستفادة 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. (راجع أيضاً "المنتج البيولوجي الأصلي" و "البديل الحيوي").

البديل الحيوي - 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 "بديل حيوي قابل للتبديل").

دواء يحمل علامة تجارية - دواء موصوف طبيًا يتم تصنيعه وبيعه من قبل شركة الأدوية التي قامت في الأصل بأبحاث على الدواء ومن ثم تطويره. أدوية العلامة التجارية تتضمن نفس المكونات التي تتضمنها أدوية عامة مكافئة للأدوية. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية الجنيسة 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.

Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS) - الوكالة الفيدرالية التي تدير برنامج Medicare.

التأمين المشترك - مبلغ قد يُطلب منك دفعه، معبراً عنه كنسبة مئوية (على سبيل المثال 20%) كحصة من تكلفة الخدمات أو الأدوية الموصوفة.

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 الشكوى في حال عدم اتباع خطتك للموعد الزمني المقرر في عملية الاستئناف.

مرفق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORF) - 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 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 تقديم الخدمات أو الأدوية. يشمل تقاسم التكاليف أي مزيج من أنواع المدفوعات الـ 3 التالية: (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 تقاسم التكاليف، ارتفعت تكاليف الدواء لديك.

تحديد التغطية - قرار بشأن ما إذا كان الدواء الموصوف لك مشمولاً بالخطة 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 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.

تغطية الأدوية الموصوفة المعتمدة - تغطية الأدوية الموصوفة (على سبيل المثال، من صاحب العمل أو النقابة) التي من المتوقع أن تدفع لها مبلغًا لا تقل 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 الاحتجاجية.

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. معدل تقاسم التكاليف اليومي هو الدفع المشترك مقسومًا على عدد الأيام في شهر واحد. 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.

إلغاء التسجيل أو إلغاء العضوية - عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

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). هذا وتغطي الولايات بعض تكاليف Medicare أو جميعها اعتمادًا على الولاية وأهلية الفرد.

الأفراد المؤهلون بشكل مزدوج - الأشخاص المؤهلون للحصول على تغطية Medicare و Medicaid.

الأجهزة الطبية المعمرة (DME) - الأجهزة الطبية التي يطلبها الطبيب لأسباب طبية. تشمل الأمثلة المشايات، والكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة، ومستلزمات مرضى السكري، ومضخات التسريب الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، وأجهزة الأكسجين، والبخاخات، أو أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل.

الطوارئ - 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.

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 - 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 أيضًا 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 من Medicare لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة في Medicare، مثل الأقساط والخصومات والتأمين المشترك.

الدواء العام – دواء موصوف طبيًا تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) يحتوي على نفس المواد الفعالة لدى الدواء الذي يحمل علامة تجارية. بصورة عامة، يعمل الدواء العام نفس عمل الدواء الذي يحمل علامة تجارية، وعادةً ما تكون تكلفته أقل.

المساعد الصحي المنزلي – الشخص الذي يوفر خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج معتمد مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام واستخدام المراحيض وارتداء الملابس أو إجراء بعض التمارين الموصوفة طبيًا).

الاحتضار – 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 نؤكد بأنظمة تتضمن مقدمي خدمات رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت الحصول على رعاية المحتضرين والاستمرار في دفع الأقساط، تظل عضوًا في خطتنا. لا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات الطبية الضرورية بالإضافة إلى المزايا التكميلية التي نقدمها.

إقامة المرضى الداخليين – هي الإقامة في المستشفى عند قبلك رسميًا في المستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. حتى في حال مكونات في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مدرجًا ضمن "المرضى الخارجيين".

مبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل (IRMAA) – ذلك المعدل بحسب ما ورد في إقرارك الضريبي الخاص بمصلحة الضرائب الداخلية (IRS) منذ عامين 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.

مرحلة التغطية الأولية - هذه هي المرحلة التي تسبق وصول تكاليفك التي تدفعها خلال السنة إلى الحد الأقصى للمبلغ المدفوع.

فترة التسجيل الأولية – 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 الخطة 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.

النظام المتكامل – 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.

البديل الحيوي القابل للتبديل – 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 التي تغطيها الخطة.

إعانة الدخل المنخفض: (LIS) – راجع Extra Help.

برنامج خصم الشركة المصنعة - 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 للتكاليف المدفوعة – أقصى مبلغ يمكنك دفعه خلال السنة التقويمية مقابل الحصول على الخدمات المغطاة في كل من الجزء A والجزء B. 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) – 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 لبرنامجي Medicare و Medicaid.

دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا - 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 تلي - المقبولة للممارسة الطبية.

Medicare - 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 مراحلها النهائية (وهؤلاء عادة هم الذين يعانون من فشل كلوي دائم ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو زراعة واحدة).

فترة التسجيل المفتوحة 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 أيضاً الانضمام إلى خطة أدوية موصوفة منفصلة لبرنامج Medicare في ذلك الوقت. تتوفر أيضاً فترة التسجيل المفتوحة لـ Medicare Advantage لمدة 3 أشهر بعد أن يصبح الفرد مؤهلاً لأول مرة للحصول على خدمات Medicare.

خطة Medicare Advantage (MA) - تسمى أحياناً 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 (1) HMO، أو (2) PPO، أو (3) Private Fee-for-Service (PFFS)، أو (4) Medicare Medical Savings Account (MSA). إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة HMO Medicare Advantage أو PPO أيضاً خطة لذوي الاحتياجات الخاصة (SNP). في معظم الحالات، توفر خطط Medicare Advantage أيضاً 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 الرعاية الشاملة للمسنين (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.

سياسة Medigap (تأمين Medicare التكميلي) - تأمين 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) - 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 - المسؤول في إطار خطتنا عن الرد على أسئلتك بشأن العضوية والمزايا والشكاوى والاستئنافات.

الصيدلية التابعة للشبكة - صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة. وفي معظم الحالات، لا تكون الأدوية الموصوفة طبيًا مغطاة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

مقدمو الخدمات التابعين لشبكتنا - مقدم الخدمة 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 الخدمات**.

حكم الهيئة - 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 - 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 (التقليدي أو Medicare للرسوم مقابل الخدمات) – 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.

صيدلية غير تابعة للشبكة - صيدلية لا ترتبط بعقد مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المغطاة لأعضاء خطتنا. إن معظم الأدوية التي تحصل عليها خارج الصيدليات التابعة لشبكتنا لا تشملها تغطية خطتنا ما لم تنطبق شروط معينة عليها.

مقدم الخدمات غير التابع للشبكة أو مرفق غير تابع للشبكة - 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 أيضًا إلى متطلبات تقاسم التكاليف الخاصة بالعضو لدفع جزء من الخدمات أو الأدوية التي يتلقاها باسم متطلبات التكلفة النثرية للعضو.

حد التكاليف المدفوعة – الحد الأقصى لما يمكنك دفعه مقابل الحصول على أدوية الجزء D.

خطة PACE – تجمع خطة PACE (برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) بين الخدمات الطبية والاجتماعية وطويلة الأجل والدعم (LTSS) للأشخاص الضعفاء لمساعدتهم على الاعتماد على أنفسهم والعيش في مجتمعهم (بدلاً من الانتقال إلى دار رعاية) وذلك لأطول فترة ممكنة. يحصل الأشخاص المسجلون في خطط PACE على مزايا Medicare و Medicaid من خلال الخطة.

الجزء C – راجع خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء D – 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 – 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 الموصوفة القياسية في برنامج Medicare وذلك على أقل تقدير) لفترة ممتدة تبلغ 63 يوماً 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 يوماً أو أكثر على التوالي.

القسط – مدفوعات دورية إلى Medicare أو شركة تأمين أو خطة رعاية صحية لتغطية الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة.

مقدم الرعاية الأولية (PCP) – الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر الذي تزوره دائماً للتعامل مع معظم المشكلات الصحية التي تعاني منها. ويتعين عليك بموجب العديد من خطط الرعاية الصحية ببرنامج Medicare زيارة مقدم الرعاية الأولية لديك أو لأقل اللجوء 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، دعائم 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 أجوراً من الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى الأعضاء في Medicare وتحسين هذه الرعاية.

حدود الكمية – 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 وفقاً 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.

خدمات إعادة التأهيل – وتتضمن هذه الخدمات رعاية إعادة التأهيل للمرضى الداخليين، والعلاج الطبيعي وعلاج الكلام واللغة والعلاج الوظيفي.

منطقة الخدمة – منطقة جغرافية يجب أن تعيش فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة للخطة التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي قد تستخدمها، فهي، بوجه عام، المنطقة التي يمكنك الحصول بها على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). يتعين على الخطة إلغاء تسجيلك إذا انتقلت خارج منطقة خدمة الخطة بشكل دائم.

الرعاية في مرفق الرعاية الماهرة (SNF) – خدمات الرعاية الماهرة وإعادة التأهيل المقدمة بشكل مستمر وعلى أساس يومي من خلال أحد مرافق الرعاية 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 تركيزًا 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 – أداة استخدام تتطلب منك تجربة دواء آخر أو أولاً لعلاج حالتك الطبية قبل أن تتمكن من تغطية الدواء الذي وصفه لك طبيبك في بداية الأمر.

الدخل الإضافي من الضمان الاجتماعي (SSI) – شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو المكفوفين أو ممن تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر. تختلف مزايا الدخل الإضافي من الضمان الاجتماعي (SSI) عن مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات العاجلة – تندرج الخدمة التي تغطيها الخطة وتتطلب رعاية طبية فورية ولا تشكل حالة طارئة ضمن الخدمات العاجلة إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتًا وكان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. 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 مؤقتًا.

معلومات إضافية هامة حول الرعاية الصحية وموارد الأعضاء

- إشعار التوافر (NOA) - خدمات المساعدة اللغوية
- إشعار ممارسة الخصوصية (NPP)

Notice of Availability

We offer free interpreter and translation services to help you understand your health or drug plan. This includes support from someone who speaks your language.

We also provide free aids and services—such as sign language interpreters and written materials in alternative formats—to ensure everyone can access the information they need. To request these services, please call Member Services at the number listed on your Member ID card.

English

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call the Member Services number on the back of your ID card or speak to your provider.

Spanish

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos para asistirle en su idioma.

También dispone de ayudas y servicios auxiliares gratuitos para proporcionar información en formatos accesibles.

Llame al número del Departamento de Servicios para Miembros que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o hable con su proveedor.

Simplified Chinese

注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 ID 卡背面的客户服务号码或咨询您的服务提供商。

Traditional Chinese

注意：如果您說台語，我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務，以無障礙格式提供資訊。請撥打您 ID 卡背面的會員服務部電話號碼或諮詢您的服務提供者。

Russian

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите на русском, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также бесплатны. Позвоните по номеру службы поддержки клиентов, указанному на обратной стороне вашей идентификационной карты, или обратитесь к своему поставщику услуг.

Haitian Creole

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib gratis tou. Rele nimewo Sèvis Manm ki sou do kat ID ou a oswa pale ak pwofesyonèl swen sante ou a.

Korean

주의:한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. ID 카드 뒷면에 있는 회원 서비스 번호로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

Italian

ATTENZIONE: Se parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono inoltre disponibili gratuitamente strumenti ausiliari e servizi adeguati per fornire informazioni in formati accessibili. Si prega di contattare il numero del Servizio per i membri riportato sul retro della propria tessera identificativa o di rivolgersi al proprio fornitore.

Yiddish

אַכטונג: אויב איר רעדט יידיש, שפראך הילף סערוויסעס זענען בארעכטיגט פריי פאר דיר. פּאַסיקע אידס און באַדינונגס פֿאַר צושטעלן אינפֿאָרמאַציע אין צוטריטלעך פֿאַרמאַטירונגען זענען אויך פריי בנימצא. רופט דעם מיטגליד באַדינען נומער אין קריק פֿון דיין ID קאַרטל אָדער רעדט מיט דיין צושטעלער.

Bengali

মনোযোগ দিন: যদি আপনি বাংলা বলেন, তাহলে আপনার জন্য বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবাদি উপলব্ধ রয়েছে। অ্যাক্সেসযোগ্য ফরম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহযোগিতা এবং পরিষেবাদিও বিনামূল্যে উপলব্ধ রয়েছে। আপনার আইডি কার্ডের পিছনে থাকা সদস্য পরিষেবা নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।

Polish

UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer Działu Obsługi Klienta podany na odwrocie Twojej karty identyfikacyjnej lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.

Arabic

تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فسوف تكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات إضافية مناسبة لتوفير المعلومات بصيغ يمكن الوصول إليها من دون أية تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدون على ظهر بطاقة هويتك أو تحدث إلى مقدم الخدمات.

French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés sont également mis à votre disposition gratuitement pour vous fournir les informations dans des formats accessibles. Appelez les Services aux adhérents au numéro figurant au dos de votre carte d'adhérent, ou adressez-vous à votre prestataire.

Urdu

اردو

توجہ فرمائیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت لسانی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاون امداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ ممبر سروسز کو اپنے ID کارڈ کی پچھلی جانب موجود نمبر پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libheng serbisyo ng tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga accessible na format. Tawagan ang numero ng Mga Serbisyo sa Miyembro sa likod ng ID card mo o makipag-usap sa iyong provider.

Greek

ΠΡΟΣΟΧΗ: Εάν μιλάτε Ελληνικά, υπάρχουν διαθέσιμες δωρεάν υπηρεσίες υποστήριξης στη συγκεκριμένη γλώσσα. Διατίθενται δωρεάν κατάλληλα βοηθήματα και υπηρεσίες για παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμες μορφές. Καλέστε τον αριθμό των υπηρεσιών Μέλους που βρίσκεται στο πίσω μέρος της κάρτας αναγνωριστικού σας ή απευθυνθείτε στον πάροχό σας.

Albanian

VINI RE: Nëse flisni anglisht, shërbimet falas të ndihmës gjuhësore janë të disponueshme për ju. Gjithashtu, disponohen falas ndihma të përshtatshme dhe shërbime shtesë për të siguruar informacion në formate të aksesueshme. Telefononi Shërbimet ndaj Anëtarëve në

numrin që ndodhet në pjesën e pasme të kartës suaj të identitetit ose flisni me ofruesin tuaj të shërbimit.

German

HINWEIS: Wenn Sie Sprache einfügen sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Geeignete Hilfsmittel und Dienste für die Übermittlung von Informationen in zugänglicher Form sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer des Mitgliederservices auf der Rückseite Ihres Ausweises an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

Pennsylvania Dutch

GEB ACHT: Wann du Pennsylvanisch Deutsch schwetzsch, Schprooch Hilfe Services sin meeglich mitaus Koscht. Appropriate Auxiliary Aids un Services un Services Information zu gewwe in helfreiche Formats sin aa meeglich mitaus Koscht. Ruf die Member Services Nummer uff die Rickseit vun dei ID Kaart odder Schwetz mit dei Provider.

Vietnamese

LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Ngoài ra, chúng tôi còn có các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ khác phù hợp, hoàn toàn miễn phí để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ sử dụng. Vui lòng gọi đến số điện thoại của bộ phận Dịch vụ thành viên có trên mặt sau thẻ ID của quý vị để trao đổi với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.

Somali

FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadasho Soomaali, adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah ayaad heli kartaa.

Agabka kaalmaatiga oo sax ah iyo adeegyada xogta ku bixiya qaab la heli karo ayaa sidoo kale lagu heli karaa lacag la'aan.

Wac lambarka Adeegyada Macaamiisha ee ku qoran dhabarka danbe ee kaarkaaga aqoonsiga ama la hadal dhakhtarkaaga.

Japanese

注意：日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセス可能な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサービスも無料でご利用いただけます。IDカードの裏面にある会員サービス番号に電話するか、プロバイダーにご相談ください。

Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, вам доступні безкоштовні мовні послуги. Відповідні допоміжні засоби й послуги з надання інформації в доступних форматах також пропонуються безкоштовно. Зателефонуйте на номер служби

підтримки учасників, указаний на звороті вашого посвідчення особи, або зверніться до свого постачальника послуг.

Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți română, aveți la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunt disponibile gratuit ajutoare și servicii auxiliare adecvate pentru furnizarea informațiilor în formate accesibile. Contactați Serviciul pentru Membri la numărul de telefon înscris pe verso-ul cardului de identificare sau adresați-vă furnizorului dumneavoastră.

Amharic

ማስታወሻ፡ አማርኛ የምናገሩ ከሆነ፣ ገንዘብ ድጋፍ አገልግሎቶች ለእርስዎ ይኖራል። እንዲሁም፣ በሚገኙ ቅርፀቶች መረጃ ለማቅረብ ተገቢ የመረጃ ድጋፎች እና አገልግሎቶች በገንዘብ ይኖራሉ። በID ካርድዎ ጀርባ ላይ ባለው የአባላት አገልግሎቶች ቁጥር ይደውሉ ወይም አቅራቢዎን ያነጋግሩ።

Thai

หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดติดต่อหมายเลข ฝ่ายบริการสมาชิกที่ระบุไว้ด้านหลังบัตรประจำตัวของคุณหรือพูดคุยกับผู้ให้บริการของคุณ

Persian

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، خدمات کمک زبانی به صورت رایگان در دسترس شماست. همچنین، خدمات و کمک‌های لازم برای ارائه اطلاعات به صورت‌های مختلف و قابل دسترسی، به صورت رایگان در اختیار شما قرار می‌گیرد. با شماره خدمات اعضا که پشت کارت شناسایی شما درج شده تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.

Samoan

FAAMATALAGA: Afai e te tautala faa-Samoa, o loo i ai gagana fesoasoani i gagana e Le totogia mo oe. Fesoasoani fa'aopopo talafeagai ma auaunaga ina ia tuuina atu ai faamatalaga e maua i limits e faigofie ona maua o loo maua foi e le totogia. Vala'au le Auaunaga a Sui Auai i le numera o i taua o lau ID card pe talanoa i lauvrautua.

Ilocano

PAKAAMMO: No agsasaoka iti Ilocano, magun-odam dagiti libre a serbisio ti tulong iti pagsasao. Libre met laeng a magun-odan dagiti maitutop a katulongan ken serbisio a mangipaay iti impormasion kadagiti format a nalaka a ma-access. Tawagam ti numero ti Serbisio para Kadagiti Miembro iti likudan ti ID card-mo wenno makisaritaka iti provider-mo.

Gujarati

ધ્યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. યોગ્ય ઓફિસલરી સહાય અને એક્સેસિબલ ફોર્મટમાં માહિતી પૂરી પાડવા માટેની સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. તમારા ID કાર્ડની પાછળ આપેલા સભ્ય સેવાઓ નંબર પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.

Portuguese

ATENÇÃO: se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Também estão disponíveis, de forma gratuita, ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para o número dos Serviços de apoio aos membros que se encontra no verso do seu cartão de identificação ou fale com o seu prestador de serviços de saúde.

Hindi

ધ્યાન દે: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध होती हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी नि:शुल्क उपलब्ध हैं। अपने ID कार्ड के पीछे दिए गए सदस्य सेवा नंबर पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

Khmer

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយភាសា ឥតគិតថ្លៃគឺមានសម្រាប់អ្នក។ ជំនួយ និងសេវាកម្មដែលជាការជួយដ៏សមរម្យ ក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានតាមទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើប្រាស់បាន ក៏អាចរកបាន ដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ហៅទូរសព្ទទៅលេខសេវាបម្រើសមាជិកនៅខាងក្រោយកាត ID របស់អ្នក ឬនិយាយទៅកាន់អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

Laotian

ເຊີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ຈະມີບໍລິການຊ່ວຍດ້ານພາສາແບບບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ມີເຄື່ອງຊ່ວຍ ແລະ ການບໍລິການແບບບໍ່ເສຍຄ່າທີ່ເໝາະສົມເພື່ອໃຫ້ຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ໂທຫາເບີບໍລິການສະມາຊິກຢູ່ດ້ານຫຼັງບັດປະຈຳຕົວຂອງທ່ານ ຫຼື ວິມກັບຜູ້ໃຫ້ບໍລິການຂອງທ່ານ.

Karen

ဟ်သ့ၣ်ဟ်သး- နမ့ၢ်ကတိၤ ကညီကိၣ် အယိ, တၢ်အိၣ်ဒီး ကိၣ်တၢ်ဆိၣ်ထွဲမၤစၢၤ လၢတလက်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. တၢ်အိၣ်ဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်န့ၢ်ဟူၤပီးလီၤဒီး တၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ လၢအကြးအဘျီ လၢကဟ့ၣ် တၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကိၣ် လၢတၢ်မၤန့ၢ်အိၣ်သ့တဖၣ် လၢတလက်ဘျီလက်စ့ၤ လၢနဂီၢ်လီၤ. ကိး ကရၢဖိတၢ်မၤစၢၤတၢ်မၤ အလီတဲစိနီၣ်ဂံၢ်လၢ အိၣ်ဖဲန့ၢ်အုၣ်သး (ID) ခးက့အလီၤ မ့တမ့ၢ် တဲတၢ်ဒီး ပုၤလၢအဟ့ၣ်န့ၢ်တၢ်ကွၢ်ထွဲန့ၣ် တက့ၢ်.

Swahili

KUMBUKA: Ikiwa wewe huzungumza Kiswahili, msaada na huduma za lugha bila malipo unapatikana kwako. Vifaa vya usaidizi vinavyofaa na huduma bila malipo ili kutoa taarifa katika mifumo inayofikiwa zinapatikana pia bila malipo. Piga simu kwa nambari ya Huduma za Wanachama iliyo nyuma ya kadi yako ya kitambulisho au zungumza na mtoa huduma wako.

Serbian

PAŽNJA: Ukoliko govorite Srpski, dostupne su vam besplatne usluge jezičke podrške. Dostupne su vam i besplatne odgovarajuće pomoći i usluge za pružanje informacija u formatima za lak pristup.

Pozovite broj za usluge za članove koji se nalazi na poledini vaše ID kartice ili se obratite pružaocu usluge.

Croatian

PAŽNJA: Ako pričate Hrvatski, na raspolaganju su vam besplatne usluge pomoći za jezik. Odgovarajuća pomoćna sredstva i usluge za pružanje informacija u pristupačnim formatima također su dostupne besplatno.

Nazovite broj Službe za članove na poledini vaše osobne iskaznice ili razgovarajte sa svojim pružateljem usluga.

Nepali

सावधान: तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि निःशुल्क भाषिक सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायता र सेवाहरू पनि निःशुल्क उपलब्ध छन्। ID कार्डको पछाडिपट्टि लेखिएको Member Services नम्बरमा फोन गर्नुहोस्, नभए डाक्टरसँग कुरा गर्नुहोस्।

Yoruba

ÀKÍYÈSÍ: Bí o bá ní sọ èdè Yorùbá, àwọn isẹ̀ irànlọ̀wọ́ èdè ọ̀fẹ́ wà fún ọ. Àwọn ohun èlò irànlọ̀wọ́ àti àwọn isẹ̀ tó yẹ láti pèsè àlàyé ní àwọn ọ̀nà tó rọ̀rùn ló wà lófẹ́ẹ́. Pe nọmbà Àwọn isẹ̀ Ọmọ ẹgbẹ́ tó wà ní ẹ̀yìn káàdì ìdánimọ̀ rẹ̀ tàbí bá olùpèsè rẹ̀ sọ̀rò.

إشعار ممارسات الخصوصية

يبين 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) وننقلها 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) وننقلها 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 المميزات 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 (HHS) Department of Health and Human Services. 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، فيُرجى 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. 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 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 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. 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 بشكوك 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 بشكوك إلينا على العنوان التالي:

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
9977-Long Beach, CA 90801

كما يجوز لك التقدم بشكوك 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
200 Independence Ave., S.W. Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201
(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 هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو الإصدارات الصوتية. يمكنك الاتصال على الرقم (855) 882-3901، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY/TDD، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. المكالمات مجانية.

خدمات أعضاء Senior Whole Health of New York NHC

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
اتصل على	(833) 671-0440 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي. يوفر قسم خدمات الأعضاء الذي يمكن الاتصال به على الرقم (833) 671-0440 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 711) 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. ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m.، على مدار 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 a.m. إلى 8 p.m. بالتوقيت المحلي.
فاكس	(310) 507-6186
المراسلة عبر البريد	Senior Whole Health of New York عناية: خدمات الأعضاء 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802
الموقع الإلكتروني	SWHNY.com

برنامج (SHIP) هو برنامج حكومي يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تتعلق بالتأمين الصحي المحلي مجانًا للأشخاص في برنامج Medicare. Health Insurance Information, Counseling and Assistance Program (HIICAP) الذي يطلق عليه (New York's).

الطريقة	معلومات الاتصال
اتصل على	(800) 701-0501 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 a.m. إلى 5 p.m. بالتوقيت المحلي.
المراسلة عبر البريد	New York State Office for the Aging (NYSOFA) 2 Empire State Plaza, Agency Building #2 1251-Albany, New York 12223
الموقع الإلكتروني	-https://aging.ny.gov/health-insurance-information-counseling-and-assistance-program-hiicap

بيان إفصاح قانون تخفيض العمل على الورق (PRA) وفق قانون تخفيض العمل على الورق لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على طلب لجمع معلومات ما لم يتضمن رقم رقابة صالح لمكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم التحكم OMB الصالح لجمع المعلومات هذا هو 1051-0938. إذا كان لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى مراسلتنا عبر العنوان التالي: PRA, CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA, Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.