2025

دليل الأعضاء

خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Medi-Cal

California H3038-003

تعد الخطة سارية بدءًا من 1 يناير حتى 31 ديسمبر 2025

MOLINA HEALTHCARE

H3038_25_003_CAEOC_C AR
CA-H3038-003-DSNP-EC-AR-25

دليل Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) *الخاص بالأعضاء*

01/01/2025 – 12/31/2025

تغطية الرعاية الصحية والأدوية التي تحصل عليها بموجب خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

مقدمة *دليل الأعضاء*

يوضح لك *دليل الأعضاء هذا، أو المعروف باسم دليل التغطية*، التغطية التي تستحقها بموجب الخطة حتى 12/31/2025. فهو يوضّح خدمات الرعاية الصحيّة وخدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسيّة واضطراب تعاطي المخدرات) وتغطية الأدوية الموصوفة والخدمات والإعانات طويلة الأجل. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في **الفصل 12** من *دليل الأعضاء*.

تعد هذه الوثيقة وثيقة قانونية مهمة. لذا يجب الاحتفاظ بها في مكانٍ آمن.

عندما يرد في *دليل الأعضاء* هذا الضمير "نحن"، أو ما يتعلق به، أو لفظة "خطتنا"، فهذا يعني خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

تتاح هذه الوثيقة مجانًا *باللغات الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية.*

ويمكنك الحصول على هذه الوثيقة بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو طريقة برايل و/أو في شكل إصدار صوتي بشكل مجاني وذلك عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. , 7 أيام في الأسبوع. من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. يرجى ملاحظة أن نظام الهاتف الآلي لدينا قد يرد على مكالمتك خلال عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية خلال الفترة ما بين 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. هذه المكالمة مجانية.

يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا قائمًا. وسوف نتتبع طلبك القائم لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات.

للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 5555-541 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): يمكنهم الاتصال على الرقم 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً بالتوقيت المحلي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب قائم أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاصة بك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

2025 Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) a Medicare Medi-Cal Plan

جدول المحتويات

الفصل 1: البدء بوصفك أحد الأعضاء 5

الفصل 2: أرقام هاتف وموارد هامة 15

الفصل 3: استخدام تغطية الخطة من أجل رعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة 30

الفصل 4: مخطط المزايا 48

الفصل 5: الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين 100

الفصل 6: ما تدفعه لقاء الأدوية الموصوفة لك عبر برنامجي Medicare و Medicaid Medi-Cal 113

الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي تلقيتها مقابل الحصول على الخدمات أو الأدوية المغطاة 119

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك 124

الفصل 9: الخطوات الواجب اتباعها إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى) 144

الفصل 10: إنهاء عضويتك في الخطة 177

الفصل 11: الإشعارات القانونية 183

الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة 186

إخلاء المسؤولية

- التغطية بموجب Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". فهي تفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية بأسعار معقولة (ACA). يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) عبر الرابط www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families للحصول على مزيد من المعلومات حول مطلب المسؤولية المشتركة الفردية.
- Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DSNP) هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامج Medicare Contract وبرنامج Medicaid الخاص بالولاية. يعتمد تسجيل الاشتراك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus على تجديد العقد.
- لا يتم ضمان الأهلية لبرامج المزايا النموذجية أو المكافآت والحوافز (RI) بموجب نموذج تصميم التأمين الذي يستند إلى القيمة (VBID) وسيتم تحديدها من قبل هيئة Medicare Advantage Organization بعد التسجيل، بناءً على المعايير ذات الصلة مثل التشخيصات السريرية ومعايير الأهلية والمشاركة في برنامج إدارة حالة المرض في حالة عدم ضمان أهلية المسجلين المستهدفين لبرامج المزايا النموذجية أو المكافآت والحوافز أو تعذر تحديدها قبل سنة الخطة، وذلك حسب الاقتضاء.
- وافق Medicare على خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) لتوفير هذه المزايا و/أو مدفوعات مشتركة أقل/تأمين مشترك كجزء من برنامج تصميم التأمين الذي يستند إلى القيمة. يتيح هذا البرنامج لـ Medicare تجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.

إشعار عدم التمييز

تلتزم Molina Healthcare (يُشار إليها باسم Molina) بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز على أساس النوع أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو هوية المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية أو التوجه الجنسي.

إذا كنت تعتقد أن Molina قد مارست التمييز على أساس النوع أو العرق أو اللون أو الدين أو الأصل أو الأصل القومي أو تحديد المجموعة الإثنية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم تظلم إلى:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate Long Beach, CA 90802
الهاتف: 3889-606 (866) من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي
لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: يمكنهم الاتصال على الرقم 711
الفاكس: 0610-499 (562)
البريد الإلكتروني: civil.rights@MolinaHealthcare.com

يمكنك تقديم تظلم شخصيًا أو عبر البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تقديم تظلم، فإن منسق الحقوق المدنية موجود لمساعدتك.

يمكنك كذلك تقديم شكوى بخصوص الحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في ولاية California عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

Deputy Director, Office of Civil Rights
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
(800) 368-1019 (800) 537-7697 (202) 619-3818 OCRMail@hhs.gov
www.hhs.gov/ocr

تتوفر نماذج الشكاوى عبر الموقع الإلكتروني http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز من قبل Molina على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى Office for Civil Rights التابع لـ U.S. Department of Health and Human Services إلكترونيًا من خلال بوابة الشكاوى Office for Civil Rights Complaint Portal وذلك باستخدام الرابط التالي:

https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf
أو عبر البريد أو الهاتف على العنوان:
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue SW, Room 509F
HHH Building
Washington, DC 20201
1019–868–800–1 أو 7697–537–800 (لمستخدمي أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD))
تتوفر نماذج الشكاوى على:

http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

الفصل 1: البدء كعضو

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات Medicare الخاصة بك وتنسق جميع خدمات Medicare وMedi-Cal وعضويتك فيهما. كما تخبرك بالأمور المتوقعة وماهية المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا 6
B. معلومات حول برنامجي Medicare وMedi-Cal 6
B1. برنامج Medicare 6
B2. برنامج Medi-Cal 6
C. مزايا خطتنا 7
D. نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا 7
E. ما الذي يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة 7
F. ما هو متوقع عند انضمامك إلى خطتنا الصحية للمرة الأولى 8
G. فريق الرعاية وخطة الرعاية 8
G1. فريق الرعاية 8
G2. خطة الرعاية 9
H. التكاليف الشهرية لخطة Molina Medicare Complete Care Plus 9
H1. قسط الخطة 9
H2. قسط Medicare الشهري الجزء ب 9
H3. مبلغ دفع تكاليف الوصفات الطبية من برنامج Medicare 10
I. دليل الأعضاء 10
J. المعلومات الأخرى المهمة التي تحصل عليها من جانبنا 10
J1. بطاقة هوية العضو الخاصة بك 10
J2. دليل مقدمي الرعاية والصيدليات 12
J3. قائمة الأدوية المشمولة 13
J4. شرح المزايا 13
K. المحافظة على تحديث سجل عضويتك 14
K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) 14

A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal المقدمة إلى الأفراد المؤهلين للاستفادة من كلا البرنامجَين. وتتضمن خطتنا أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية وغيرهم من مقدمي الخدمات الآخرين. كما أنها تحظى أيضًا بمنسّقين للرعاية وفرق رعاية لمساعدتك على إدارة مقدمي الخدمات والخدمات لديك. ويتعاون كل هؤلاء معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

ونحن في شركة Molina Healthcare نتفهم أن كل عضو مختلف عن الآخر ولكل عضو احتياجاته الخاصة به. لهذا السبب، تجمع خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) بين مزايا برنامجَي Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة، ومن ثَمَّ يمكنك الحصول على مساعدة صحية مخصصة لتنعم براحة البال.

تأسست شركة Molina Healthcare منذ 35 عامًا بهدف تقديم الرعاية الصحية على أعلى مستوى إلى كثير من الأشخاص، لا سيما الأشخاص الذين هم في أمسّ الحاجة إلى ذلك. ومنذ البداية، وضعت خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) احتياجات أعضائنا في مقدمة الأولويات، وما زلنا نفعل ذلك حتى يومنا هذا.

مرحبًا بك في شركة Molina Healthcare. عائلتك الكبيرة.

B. معلومات حول برنامجي Medicare وMedi-Cal

B1. برنامج Medicare

يعدّ Medicare أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية لخدمة:

- الأشخاص ممن تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر،
- بعض الأشخاص دون سن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات محددة، **و**
- الأشخاص الذين يعانون من الفشل الكُلوي في مراحله النهائية.

B2. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو اسم مختصر لبرنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. يُدار برنامج Medi-Cal بواسطة الولاية ويتم تمويله بواسطة كل من الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص محدودي الدخل والموارد على الدفع مقابل برنامج Long Term Services and Supports (LTSS) والتكاليف الطبيّة. كما أنه يغطي الخدمات الإضافية والأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تحدد كل ولاية:

- ما الذي يندرج تحت فئة الدخل والموارد،
- الأشخاص المؤهلون،
- ماهية الخدمات المشمولة بالتغطية **و**
- تكلفة الخدمات.

ويمكن أن تقرر الولايات كيفية إدارة برامجها الخاصة بها، طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

اعتمد برنامج Medicare وولاية California خطَّتنا. يمكنك الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal من خلال الخطة الخاصة بنا طالما:

- أننا اخترنا توفير الخطة **و**
- يسمح لنا برنامج Medicare وولاية California بالاستمرار في توفير هذه الخطة.

لن يتأثر استحقاقك للاستفادة ببرنامجَي Medicare وMedi-Cal حتى في حال توقّف خطتنا عن العمل في المستقبل.

C. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على كل خدماتك المشمولة بتغطية برنامجَي Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا، بما في ذلك الأدوية الموصوفة. **لن تدفع المزيد لانضمامك إلى هذه الخطّة الصحيّة.**

نساعدك على دمج مزايا برنامجَي Medicare وMedi-Cal معًا بما يحسِّن استفادتك منها. وتشمل المزايا ما يلي:

- يمكنك التعاون معنا للحصول على **معظم** احتياجاتك من الرعاية الصحية.
- سوف تحظى بفريق رعاية تساعد في تشكيله. من الممكن أن يشمل فريق رعايتك الصحية كلاً من مقدم الرعاية وأطباء وممرضين (ممرضات) ومستشارين أو غيرهم من المهنيين في مجال الصحة.
- يمكنك الوصول إلى منسق الرعاية. وهو شخص يتعامل معك، في إطار خطتنا، ومع فريق رعايتك من أجل المساعدة على وضع خطة الرعاية.
- سوف تتمكن من توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- سيتعاون معك فريق الرعاية ومنسق الرعاية للوصول إلى خطة رعاية يتم تصميمها خصيصًا لتلبية الاحتياجات الصحية **لديك**. وسيساعد فريق الرعاية على تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، يعني هذا أن فريق رعايتك سيتأكد من الآتي:
  - أن أطباؤك على دراية بكل الأدوية التي تتناولها حتى يتأكدوا من أنك تتناول الأدوية الصحيحة ويتمكنوا من تقليل أي آثار جانبية قد تتعرض لها بسبب الأدوية.
  - أنه تتم مشاركة نتائج فحوصاتك مع كل أطبائك ومقدمي الرعاية الآخرين، حسب الاقتضاء.

الأعضاء الجدد في خطة Molina Medicare Complete Care Plus: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus للاستفادة من مزايا Medicare في أول يوم من الشهر التالي بعد أن تطلب تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus. يمكنك الاستمرار في الحصول على خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة مدةَ شهر واحد إضافي. وبعد ذلك، ستحصل على خدمات Medi-Cal من خلال خطة Molina Medicare Complete Care Plus. ولن يكون هناك انقطاع في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: يمكنهم الاتصال بالرقم 711 عند وجود أي استفسارات.

D. نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا

يتضمن نطاق خدمتنا المقاطعات التالية في California:

❖ مقاطعات Los Angeles وSan Diego وRiverside بالإضافة إلى San Bernardino.

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

لا يمكنك الاستمرار في خطتنا إذا انتقلت إلى خارج نطاق خدمتنا. راجع **الفصل 8** من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات عن الآثار المترتبة على الانتقال إلى خارج نطاق خدمتنا.

E. ما الذي يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة

ستكون مؤهلاً لخطتنا طالما:

- تعيش في نطاق خدمتنا (لا يُعدّ المحتجزون في السجن أفرادًا يعيشون في منطقة الخدمة حتى وإن كانوا موجودين في هذه المنطقة بالفعل)، **و**
- تبلغ من العمر 21 عامًا وقت التسجيل؛ **و**
- تحظى بكلٍ من الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare، **و**
- أنك من مواطني الولايات المتحدة أو موجود بشكل قانوني في الولايات المتحدة، **و**
- أنك مؤهلٌ لبرنامج Medi-Cal

في حال فقدانك أهلية الحصول على خدمات Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها خلال 3 أشهر، فأنت لا تزال مؤهلاً للحصول على خدمات خطتنا.

ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

F. ما هو متوقع عند انضمامك إلى خطتنا الصحية للمرة الأولى

عند انضمامك إلى خطتنا للمرة الأولى، سوف تخضع لتقييم المخاطر الصحية (HRA) خلال 90 يومًا قبل تاريخ تسجيلك الفعلي أو خلال الفترة التي تليه.

يجب أن نُكمل تقييم المخاطر الصحية (HRA) لك. ويعدّ تقييم المخاطر الصحية (HRA) هذا الأساسَ لوضع خطّة الرعاية الخاصة بك. ويتضمن تقييم المخاطر الصحيّة (HRA) أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية وكذا احتياجات الصحة السلوكية فضلاً عن الاحتياجات الوظيفية.

نتواصل معك لإكمال تقييم المخاطر الصحية (HRA). ويمكننا إكمال تقييم المخاطر الصحية (HRA) عن طريق زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو عبر البريد.

سنرسل إليك مزيدًا من المعلومات عن تقييم المخاطر الصحية (HRA) هذا.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة إليك، فيمكنك الاستمرار في المتابعة مع الأطباء الذين تتابع معهم الآن لمدة معينة، حتى إذا لم يكونوا مدرَجين في شبكتنا. نُسمِّي ذلك استمرارية فترة الرعاية. وإذا لم يكن الأطباء مدرَجين في شبكتنا، فيمكنك الإبقاء على مقدمي الخدمات الحاليين والتراخيص الخدمية من وقت تسجيلك حتى 12 شهرًا حال استيفاء جميع من المعايير الآتية:

- أن تطلب منا أنت أو وكيلك أو مقدم الخدمات السماحَ لك بالاستمرار في المتابعة مع مقدم الخدمات الحالي لديك.
- أن نثبتَ وجود علاقة قائمة لك بأحد مقدمي الرعاية الأولية أو الرعاية المتخصصة، مع وجود بعض الاستثناءات. عندما نتحدث عن العلاقة القائمة، فإننا نعني أنك قد توجهت إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ تسجيلك الأوّلي في خطتنا.
  - وسنحدد نحن العلاقة القائمة من خلال مراجعة معلوماتك الصحية المتوفرة لدينا أو المعلومات التي تقدِّمها أنت إلينا.
  - أمامنا 30 يومًا للاستجابة لطلبك. ويمكنك أن تطلب منا اتخاذ القرار بسرعة أكبر، وعلينا الاستجابة في غضون 15 يومًا. ويمكنك تقديم هذا الطلب عن طريق الاتصال على الرقم 4627-665 (855)، بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711. إذا كنت عرضة للمخاطر، فإننا يتوجب علينا الرد خلال 3 أيام.
  - يجب أن تقدم أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك الوثائق المتعلقة بالعلاقة الموجودة وأن توافق على شروط معينة عندما تقوم بتقديم الطلب.

ملاحظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لموفري الأجهزة الطبية المعمرة، ويتاح أمامنا 90 يومًا على الأقل حتى نسمح لك بتأجير أجهزة جديدة وتعيين مقدم خدمات مسجل في الشبكة لتوفير عملية الإيجار. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو مقدمي الخدمات الإضافيين الآخرين، إلا أنه يمكنك تقديم طلب لخدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى غير المدرجة في خطتنا.

بعد انتهاء استمرارية فترة الرعاية، ستحتاج إلى المتابعة مع الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين في شبكة خطة Molina Medicare Complete Care Plus المرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية الذي تتعامل معه، ما لم نبرم اتفاقًا مع طبيبك خارج الشبكة. ويعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطّة الصحيّة. يرتبط مقدمو الرعاية الرئيسيون التابعين لخطتنا بمؤسسة IPAs والمجموعات الطبية. عندما تختار مقدم الرعاية الرئيسي الخاص بك، فإنك تختار مؤسسة IPA أو المجموعة الطبية المرتبطة بها. ويعني ذلك أن مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك سيقوم بإحالتك إلى متخصصين وخدمات تابعة أيضًا لمؤسسة IPA أو المجموعة الطبية الخاصة به. مؤسسة IPA أو المجموعة الطبية هي مؤسسة خاصة بمقدمي الرعاية الرئيسيين والمتخصصين وقد تأسست بغرض تقديم خدمات الرعاية الصحية المنسقة لك. راجِع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* للحصول على مزيد المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق الرعاية وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن أن يساعدك فريق الرعاية على الاستمرار في تلقي الرعاية التي تحتاج إليها. يمكن أن يشتمل فريق الرعاية على طبيبك أو منسق الرعاية أو أي شخص آخر تختاره.

منسق الرعاية هو شخص مدرب يساعدك على إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. ويتم تخصيص منسق رعاية لك عند التسجيل في خطتنا. ويحيلك هذا الشخص كذلك إلى الموارد المجتمعية الأخرى التي قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة على تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات عن منسق الرعاية وفريق الرعاية.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق الرعاية معك على وضع خطة الرعاية. وتخبرك خطة الرعاية أنت وأطباءك بالخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. وتتضمن الخدمات الطبية والخدمات المتعلقة بالصحة السلوكية وبرنامج LTSS فضلاً عن الخدمات الأخرى.

تشتمل خطة الرعاية الخاصة بك على ما يأتي:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك، **و**
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

لقاء فريق الرعاية بك عقب إجراء تقييم المخاطر الصحية. سوف يتحدثون إليك حول الخدمات التي تحتاج إليها. كما يخبرك كذلك بالخدمات التي قد تفكر في الحصول عليها. وتعتمد خطة الرعاية الخاصة بك على احتياجاتك وأهدافك. ويعمل فريق الرعاية معك من أجل تحديث خطة الرعاية الخاصة بك مرة كل عام على الأقل.

H. التكاليف الشهرية لخطة Molina Medicare Complete Care Plus

قد تشمل التكاليف الخاصة بك ما يلي:

- قسط الخطة (**القسم H1**)
- قسط Medicare الشهري الجزء (B) (**القسم H2**)
- مبلغ خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من برنامج Medicare (**القسم H3**)

في بعض الحالات، قد يكون قسط خطتك أقل.

H1. قسط الخطة

نظرًا لكونك عضوًا في الخطة، سوف تدفع قسطًا شهريًا للخطة. بالنسبة لعام 2025، يبلغ القسط الشهري لخطة Molina Medicare Complete Care Plus $1.60. اعتمادًا على مستوى دعم "Extra Help" الخاص بك، قد يتم تخفيض قسطك الشهري من $1.60 إلى $0.

H2. قسط Medicare الشهري الجزء ب

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 E أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب عليك الحفاظ على أهليتك للحصول على خدمات Medi-Cal بالإضافة إلى الحصول على كل من الجزء (A) من Medicare والجزء (B) من Medicare. وبالنسبة لمعظم أعضاء خطة Medi-Cal يتم دفع قسط الجزء (A) من Medicare (إذا لم يكن العضو مؤهلاً له تلقائيًا) بالإضافة إلى قسط الجزء (B) من خطة Medicare الخاصة بالعضو.

إذا لم يكن برنامج Medi-Cal يدفع أقساط Medicare الخاصة بك نيابةً عنك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare الخاصة بك لتظل عضوًا في الخطة. يتضمن ذلك قسط الجزء (B) من برنامج Medicare. وقد يتضمن أيضًا قسطًا للجزء (A) من برنامج Medicare الذي يؤثر على الأعضاء غير المؤهلين للحصول على الجزء (A) من برنامج Medicare دون أقساط. **بالإضافة إلى ذلك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو منسق الرعاية وإبلاغهم بهذا التغيير.**

H3. مبلغ دفع تكاليف الوصفات الطبية من برنامج Medicare

إذا كنت مشاركًا في خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare، فستتلقى فاتورة من خطتك مقابل الأدوية المبيعة بوصفة طبية (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** المزيد عن خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية 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.

I. دليل الأعضاء

يُعدّ *دليل الأعضاء* جزءًا من تعاقدنا معك. ويعني ذلك أننا يجب علينا الالتزام بكل القواعد الواردة في هذا المستند. إذا ظننتَ أننا قمنا بإجراء يخالف هذه القواعد، فيمكنك تقديم تظلم على قرارنا. للحصول على مزيد من المعلومات حول طلبات الاستئناف، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** في *دليل الأعضاء* أو الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب نسخة من *دليل الأعضاء* من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى *دليل الأعضاء* المتاح عبر موقعنا الإلكتروني MolinaHealthcare.com/Medicare.

يُعد هذا العقد ساريًا على الأشهر التي سجلت فيها في خطتنا بين 1/1/2025 و12/31/2025.

J. المعلومات الأخرى المهمة التي تحصل عليها من جانبنا

تتضمن المعلومات الأخرى المهمة التي نوفرها لك بطاقة هوية العضو، والمعلومات المتعلقة بكيفية الوصول إلى *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات*، بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بكيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية، المعروفة أيضًا باسم "الوصفة الطبية"*.

J1. بطاقة هوية العضو الخاصة بك

بموجب خطتنا، ستحظى ببطاقة واحدة لخدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal، بما في ذلك الخدمات ووسائل الدعم على المدى الطويل، وبعض الخدمات المحددة فيما يتعلق بالصحة السلوكية والوصفات العلاجية. يجب عليك إظهار هذه البطاقة عند حصولك على أية خدمات أو وصفات علاجية. موضح أدناه نموذج لبطاقة هوية العضو:

إذا تعرضت بطاقة الهوية للتلف أو الفقد أو السرقة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة. وسنُرسِل إليك بطاقة جديدة.

وطالما أنك عضوٌ في خطتنا، فأنت لست بحاجة إلى استخدام بطاقتك الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة ببرنامج Medicare أو بطاقة برنامج Medi-Cal الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احفظ هذه البطاقات في مكانٍ آمن في حالة احتياجك إليها لاحقًا. إذا أظهرتَ بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية العضو، فقد يحرّر مقدم الرعاية فاتورة لبرنامج Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تُحرَّر لك فاتورة. راجِع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء* لمعرفة ما ينبغي لك فعله إذا قام مقدم الخدمة بتحرير فاتورة لك.

تذكَّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا Benefits Identification Card (BIC) للحصول على الخدمات الآتية:

- الوخز بالإبر
- برنامج الإعفاء من الأجهزة المساعدة
- خدمات الإسعاف
- الخدمات السمعية
- علاج الصحة السلوكية
- الدم ومشتقات الدم
- القلب والرئة
- ممرضة ممارسة مرخصة لطب الأسرة
- تقويم العمود الفقري
- خدمات غسيل الكلى
- خدمات البالغين المجتمعية
- برنامج الخدمة الشاملة للولادة (الخدمات الوقائية)
- طب الأسنان
- الأشعة السينية التشخيصية
- غسيل الكلى
- الأجهزة الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة
- زيارات الطبيب
- الفحص والتشخيص والعلاج المبكر والدوري
- رعاية الطوارئ
- المستحضرات المعوية
- خدمات ومستلزمات تنظيم الأسرة
- خدمات المركز الطبي المؤهل فيدراليًا
- السمع
- الرعاية المنزلية والمجتمعية لكبار السن غير القادرين وظيفيًا (الإعفاء فقط)
- خدمات وكالة الرعاية الصحية المنزلية
- خدمات مساعد الرعاية الصحية المنزلية
- رعاية المحتضرين
- المرضى الداخليين
- مرفق رعاية متوسطة
- أمراض الكلى والحالات المرضية
- خدمات المختبر والإشعاع والنظائر المشعة
- خدمات القابلة المرخصة
- الوجبات
- النقل الطبي في غير حالات الطوارئ
- خدمات ممرضة التخدير
- خدمات الرعاية النفسية في العيادات الخارجية
- أدوية الوصفات الطبية للمرضى الخارجيين
- إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين
- خدمات المرضى الخارجيين
- خدمات الرعاية الشخصية
- نظام استجابة الطوارئ الشخصية
- طب القدم

- الخدمات الوقائية
- الأجهزة الاصطناعية
- الخدمات النفسية
- خدمات العيادة الصحية الريفية
- خدمات مترجم لغة الإشارة
- مرفق الرعاية التمريضية الماهرة
- خدمات التمريض ذات المهام الخاصة
- زرع الأعضاء
- خدمات النقل/غير النقل
- الخدمات المطلوبة بشكل عاجل
- النظر
- خدمات الوقاية من الربو
- خدمات طب الأسنان
- خدمات الداية

قد لا تكون هذه القائمة شاملة. يمكنك العثور على قائمة المزايا المغطاة خارج خطتنا في الفصل 4، القسم F.

J2. *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات*

يُدرِج *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* مقدمي الرعاية والصيدليات التابعين لشبكة خطتنا. فحينما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي الرعاية المدرَجين في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة.

يمكنك طلب نسخة من *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* (نسخة إلكترونية أو ورقية) من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخة مطبوعة من دليل مقدمي الرعاية والصيدليات إليك بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل.

كما يمكنك أيضًا مطالعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات عبر الموقع الإلكتروني www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

ويضم هذا الدليل قائمة بمقدمي الرعاية الأولية والمستشفيات وغير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية المتاحين لك كعضو في Molina Healthcare.
يمكنك الاطلاع على المعلومات التالية عن أطباء شركة Molina Healthcare وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية في دليل مقدمي الرعاية:

- الأسماء
- العناوين
- أرقام الهواتف
- اللغات المنطوقة
- توفر مواقع الخدمة
- مزايا/انتسابات المستشفى
- المجموعة الطبية

من الضروري أن يتمكن المرضى من مقابلة الأطباء بكل سهولة، وأن توفر عيادات الأطباء أي مساعدة يحتاجون إليها للحصول على الرعاية المطلوبة.
يتم سرم معلومات الوصول البدني للمعاقين لما يلي:

- الوصول الأساسي
- الوصول المحدود

كما أننا نستخدم رموز مؤشرات الوصول التالية في أدلة المقدمين لتوضيح الأماكن الأخرى المخصصة للمعاقين في مكتب الموفر:

- P = موقع الانتظار
- EB = مبنى خارجي

- IB = مبنى داخلي
- W = غرفة انتظار
- R = غرفة راحة
- E = غرفة فحص
- T = طاولة فحص
- S = مقياس الوزن الكرسي المتحرك

كما يمكنك معرفة إذا ما كان مقدمو الخدمات (الأطباء أو المستشفيات أو الأخصائيين أو العيادات الطبية) يقبلون المرضى الجدد أم لا من خلال دليل مقدمي الخدمات أو عبر موقعنا الإلكتروني www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

تعريف مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

- يشمل مقدمو الرعاية التابعون لشبكتنا:
  - الأطباء والممرضين ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين يمكنك الذهاب إليهم بصفتك عضوًا في خطتنا؛
  - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض والأماكن الأخرى التي توفر الخدمات الصحيّة في خطتنا؛ **و،**
  - برنامج (LTSS)، وخدمات الرعاية الصحية السلوكية، ووكالات الرعاية الصحية المنزليّة، ومورّدي الأجهزة الطبية المعمرة وآخرين ممن يوفرون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامجي Medicare أو Medi-Cal.

وافق مقدمو الرعاية التابعون للشبكة على قبول السداد من خطتنا مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية كسداد المبلغ كاملاً.

تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات التابعة للشبكة هي تلك الصيدليات التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة للأعضاء في خطتنا. استخدم *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات* للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي تريد التعامل معها.
- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف الوصفات العلاجية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة، إذا كنت تريد أن تساعدك خطتنا في سداد قيمتها.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكن أن يقدِّم قسمُ خدمات الأعضاء وموقعُنا الإلكتروني أحدث المعلومات إليك عن التغييرات التي تطرأ على الصيدليات ومقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا.

J3. *قائمة الأدوية المشمولة*

تحتوي الخطة على *قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية*. ونسميها اختصارًا *"قائمة الأدوية"*. وهي توضح لك الأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا.

كما تُطلعك *قائمة الأدوية* أيضًا بشأن إذا ما كانت هناك أية قواعد أو قيود مفروضة مثل "حد الكميّة" على أي من الأدوية التي يمكنك الحصول عليها. راجِع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات.

نرسل إليك كل عامٍ معلوماتٍ عن كيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية*، لكن قد تطرأ بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات عن الأدوية المشمولة بالتغطية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني عبر العنوان الموجود أسفل الصفحة.

J4. *شرح المزايا*

عندما استخدام مزايا الأدوية الطبية الخاصة بالجزء (د) من برنامج Medicare، سوف نرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم وتتبع مدفوعات الأدوية الطبية الخاصة بالجزء (د) من برنامج Medicare. يُطلق على هذا الموجز اسم *شرح المزايا* (EOB اختصارًا).

يطلعك موجز "شرح المزايا" على إجمالي المبلغ الذي أنفقته أنت أو الآخرون نيابة عنك مقابل أدويتك الموصوفة في الجزء (د) من برنامج Medicare إلى جانب إجمالي المبلغ الذي أنفقناه مقابل كل دواءٍ من الأدوية الموصوفة في الجزء (د) من برنامج Medicare خلال الشهر. لا يُعد "شرح المزايا" بمثابة فاتورة. يقدم تقرير شرح المزايا (EOB) المزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها. ويقدم **الفصل 6** من *دليل الأعضاء* مزيدًا من المعلومات عن موجز شرح المزايا وكيف يمكنه مساعدتك على تتبع تغطية الأدوية.

يمكنك كذلك أن تطلب نسخة من تقرير شرح المزايا (EOB). للحصول على نسخة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K. المحافظة على تحديث سجل عضويتك

يمكنك المحافظة على تحديث سجل العضوية الخاص بك عن طريق إبلاغنا ببياناتك الجديدة كلما تغيرت.

نحتاج إلى معرفة هذه المعلومات لنتأكد من أن لدينا معلومات صحيحة عنك في سجلاتنا. يحتاج مقدمو الرعاية والصيدليات ضمن شبكتنا كذلك إلى معرفة المعلومات الصحيحة عنك. **فهم يستخدمون سجل العضوية الخاص بك لمعرفة نوعية الخدمات والأدوية التي تحصل عليها والمبلغ الذي تكلفك إياه.**

أخبرنا على الفور بما يأتي:

- إذا كنت قد أجريت أية تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- إذا كنت قد أجريت أية تغييرات على أي تغطية أخرى للتأمين الصحي، كالتي تأتي من صاحب عملك، أو صاحب عمل زوجك أو صاحب عمل شريكك أو من تعويض العمال;
- إذا كانت لديك أي مطالبات تتعلق بالمسؤولية، مثل المطالبات المتعلقة بحوادث السيارات;
- دخول أحد مرافق الرعاية أو المستشفيات;
- إذا تلقيت رعاية داخل أحد المستشفيات أو غرف الطوارئ؛
- تغيير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص آخر مسؤول عنك)؛ **و،**
- عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية. (**ملحوظة:** لستَ ملزمًا بإبلاغنا بتفاصيل الدراسة البحثية السريرية التي تشارك فيها أو تصبح جزءًا منها، لكننا نصحك بذلك).

عند إجراء أي تغييرات على المعلومات، يمكنك الاتصال بخدمة الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

يتاح للأعضاء إنشاء حساب My Molina عبر الإنترنت لتغيير الطبيب المعالج، أو تحديث معلومات الاتصال، أو طلب بطاقة هوية جديدة، أو الحصول على تذكيرات صحية بشأن الخدمات التي يحتاجون إليها، أو عرض سجل الخدمة الخاص بهم. يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني **https://member.molinahealthcare.com** لإنشاء حساب My Molina الخاص بك أو الوصول إليه.

K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تشتمل المعلومات في سجل عضويتك على معلومات صحية شخصية (PHI). وتتطلب القوانين الفيدرالية وتلك الخاصة بالولاية منا الحفاظ على سرية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). لذا فنحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). لمزيد من التفاصيل عن كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية، راجع **الفصل 8** من *دليل الأعضاء*.

الفصل 2: أرقام الهواتف المهمة والموارد

مقدمة

يوضح لك هذا الفصل معلومات الاتصال بالموارد المهمة التي من شأنها أن تساعدك على الرد على استفساراتك بشأن خطتنا ومزايا الرعاية الشخصية التي تستحقها. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل في الحصول على المعلومات المتعلقة بكيفية الاتصال بمنسق الرعاية وغيره ممن يمكنهم تمثيلك. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. خدمات الأعضاء 16
B. منسق الرعاية لديك 18
C. برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) 19
D. خط الاتصال بخدمة الاستشارات التمريضية 20
E. خط أزمات الصحة السلوكية 20
F. هيئة تحسين الجودة (QIO) 21
G. Medicare 22
H. Medi-Cal 23
I. Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman 24
J. إدارة الخدمات الاجتماعية التابعة للمقاطعة 24
K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة 25
L. California Department of Managed Health Care 26
M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الوصفات الطبية 26
M1. برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help) 27
N. الضمان الاجتماعي 27
O. مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية 28
P. التأمين الجماعي أو التأمين الآخر من صاحب العمل 28
Q. موارد أخرى 29
R. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان 29

A. خدمات الأعضاء

اتصل على	4627-665 (855). هذه المكالمة مجانية. 7 أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي تتوفر التقنيات المساعدة، بما في ذلك خيارات أجهزة الخدمة الذاتية والبريد الصوتي، خلال أيام العطلات وبعد ساعات العمل العادية وأيام السبت والأحد. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	711. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي
فاكس	**للخدمات الطبية:** الفاكس: 6186-507 (310) **فيما يتعلق بخدمات الجزء (د) (الأدوية الموصوفة):** الفاكس: 1309-290 (866)
المراسلة عبر البريد	**للخدمات الطبية:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **فيما يتعلق بخدمات الجزء (د) (الأدوية الموصوفة):** 7050 Union Park Center, Suite 200 Midvale, UT 84047
الموقع الإلكتروني	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة بشأن:

- أسئلة عن الخطة
- الأسئلة المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات التغطية المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
  - يتمثل قرار التغطية بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك في قرار عن:
    - المزايا والخدمات المغطاة الخاصة بك، **أو**
    - المبلغ الذي نسدده مقابل الخدمات الصحية الخاصة بك.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك أية أسئلة حول قرار التغطية بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك.
  - لمعرفة المزيد عن قرارات التغطية، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.
- الاستئنافات المتعلقة برعايتك الصحية
  - يُعدّ التظلم وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارٍ اتخذناه حول التغطية الخاصة بك ومطالبتنا بتغييره إذا كنت ترى أننا ارتكبنا خطأً أو عند عدم موافقتك على القرار.
  - للتعرف على المزيد عن تقديم الاستئنافات، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء أو اتصل على خدمات الأعضاء*
- الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية

- يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد أي مقدم (سواءً في ذلك موفرو الشبكة أو من خارج الشبكة). ومقدم الرعاية التابع للشبكة هو أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بخطتنا. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم و**).
- يمكنك كذلك الاتصال بنا وتوضيح شكواك على 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- إذا كانت شكواك متعلقة بقرار تغطية فيما يخص الرعاية الصحية الخاصة بك؛ يمكنك التقدّم بتظلم (راجع القسم أعلاه).
- يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو بإمكانك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program من خلال الاتصال على 1-855-501-3077.
- لمعرفة المزيد عن تقديم الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك، راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

- قرارات التغطية بشأن أدويتك.
  - يتمثل قرار التغطية بشأن أدويتك في قرار يخص:
    - المزايا والأدوية المغطاة، **أو**
    - المبلغ الذي نسدده مقابل أدويتك.
  - قد يغطي برنامج Medi-Cal Rx الأدويةَ التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل الأدوية التي يتم الحصول عليها من دون وصفة طبية (Over-The-Counter، OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273.
  - لمزيد من المعلومات عن قرارات التغطية بشأن الأدوية الموصوفة، راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.
- التظلمات بشأن أدويتك
  - يعدّ التظلم إحدى الطرق لمناشدتنا بتغيير قرار تغطية ما.
  - لمزيد من المعلومات حول تقديم طلبات الاستئناف بشأن الأدوية الموصوفة، راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.
- الشكاوى بشأن أدويتك
  - يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد إحدى الصيدليات. وهذا يتضمن شكوى من الأدوية الموصوفة الخاصة بك.
  - إذا كانت شكواك من قرار تغطية يتعلق بأدوية موصوفة لك؛ فيمكنك التقدّم بتظلم. (راجع القسم أعلاه.)
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة، راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.
- سداد مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
  - لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا باسترجاع نقودك مرة أخرى، أو سداد فاتورة استلمتها بالفعل، راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*.
  - إذا طالبتنا بسداد إحدى الفواتير ورفضنا أي جزءٍ من طلبك؛ فبإمكانك التقدم بتظلم ضد قرارنا. راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

B. منسق الرعاية لديك

يُعدّ منسق الرعاية الخاص بخطة Molina Medicare Complete Care Plus هو جهة الاتصال الأساسية الخاصة بك. يساعدك هذا الشخص على إدارة جميع المقدمين والخدمات، ويضمن لك الحصول على كل ما تحتاج. يمكن أن تطلب أنت و/أو مقدم الرعاية لديك تغيير منسق الرعاية المعيَن ـ عند الحاجة ـ من خلال الاتصال بمنسق الرعاية أو خدمات الأعضاء. علاوةً على ذلك، قد يقوم موظفو خطة Molina Medicare Complete Care Plus بإجراء تغييرات على تعيين منسق الرعاية بناءً على احتياجاتك (الصحة الثقافية/اللغوية/البدنية/السلوكية) أو موقعك. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

اتصل على	(855) 665-4627. هذه المكالمة مجانية. 7 أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي تتوفر التقنيات المساعدة، بما في ذلك خيارات أجهزة الخدمات الذاتية والبريد الصوتي، خلال أيام العطلات وبعد ساعات العمل العادية وأيام السبت والأحد. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	711. هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.
المراسلة عبر البريد	200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
الموقع الإلكتروني	www.MolinaHealthcare.com/Medicare

اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية
- الأسئلة المتعلقة بكيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات)
- الأسئلة المتعلقة بمزايا الأسنان
- الأسئلة المتعلقة بكيفية الانتقال إلى المواعيد الطبية
- الأسئلة المتعلقة بالخدمات ووسائل الدعم على المدى الطويل (LTSS)، بما في ذلك خدمات البالغين التي تستند إلى المجتمع (CBAS) ومرافق التمريض (NF).
- يمكنك في بعض الأحيان الحصول على المساعدة بشأن رعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية.

ربما تتمكن من الحصول على الخدمات التالية:

- خدمات البالغين المجتمعية
- الرعاية التمريضية المتخصصة
- العلاج الطبيعي
- العلاج الوظيفي المهني
- علاج مشكلات النطق
- الخدمات الاجتماعية والطبية
- الرعاية الصحية المنزلية.
- خدمات الدعم المنزلي، من خلال وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك
- يمكنك في بعض الأحيان الحصول على المساعدة بشأن رعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية

C. برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

يمنح برنامج مساعدة التأمين الصحي للولاية (SHIP) استشارات التأمين الصحي المجانية للأشخاص المشاركين في برنامج Medicare. في ولاية California، يُطلق على برنامج SHIP اسم Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). ويمكن لاستشاريي برنامج HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك على فهم ما ينبغي أن تقوم به للتعامل مع مشكلتك. وقد درّب برنامج HICAP مرشدين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية.

إن برنامج HICAP غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

اتصل على	**مقاطعة Los Angeles:** (213) 383-4519 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 08:30 صباحًا إلى 4:30 مساءً، بالتوقيت المحلي. **مقاطعات Riverside وBernardino:** (909) 256-8369 من الإثنين إلى الجمعة، من 9 صباحًا إلى 4 مساءً، بالتوقيت المحلي. **مقاطعة San Diego:** (858) 565-8772، المكتب – San Diego (760) 353-0223، المكتب – Imperial
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	*يمكنهم الاتصال على الرقم 711*
المراسلة عبر البريد	**مقاطعة Los Angeles:** Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057 **مقاطعات Riverside وBernardino:** HICAP Information 2280 Market Street, Ste. 140 Riverside, CA 92501 **مقاطعة San Diego:** Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
الموقع الإلكتروني	http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/

اتصل ببرنامج HICAP للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة حول برنامج Medicare
- يمكن لمرشدي HICAP الرد على أسئلتك المتعلقة بالانتقال إلى خطة جديدة ومساعدتك على:
  - فهم حقوقك،
  - فهم الاختيارات المتاحة بخطتك،
  - رفع شكاوى فيما يتعلق بالرعاية الصحية والعلاج الخاص بك، و
  - التعامل مع المشاكل المتعلقة بفواتيرك.

D. خط الاتصال بخدمة الاستشارات التمريضية

يمكنك الاتصال بخط الاستشارة التمريضية الخاص بشركة Molina Healthcare على مدار 24 ساعة في اليوم وفي جميع أيام السنة. تقوم الخدمة بتوصيلك بممرضة مؤهلة يمكنها أن تقدم لك استشارة رعاية صحية بلغتك والمساعدة على توجيهك إلى مكان الحصول على الرعاية المطلوبة. يكون خط الاستشارات التمريضية الخاص بنا متاحًا لتقديم الخدمات إلى جميع أعضاء شركة Molina Healthcare في جميع أنحاء الولايات المتحدة. خط الاستشارات التمريضية هو مركز اتصال لتوفير الخدمات الصحية معتمد من لجنة اعتماد مراجعة الاستخدام (URAC). ويدل اعتماد لجنة اعتماد مراجعة الاستخدام (URAC) على أن خط الاستشارات التمريضية الخاص بنا أظهر التزامًا شاملاً بجودة الرعاية وتحسين العمليات والحصول على نتائج أفضل للمرضى، كما أن اللجنة الوطنية لضمان الجودة (NCQA، National Committee for Quality Assurance) اعتمدت خط الاستشارات التمريضية لدينا ضمن برنامج Health Information Products (HIP) لإدارة خط المعلومات الصحية لدينا المتاح على مدار 24 ساعة. وتهدف اللجنة القومية لضمان الجودة (NCQA) إلى الامتثال بمعايير المعلومات الصحية الموضوعة من اللجنة القومية لضمان الجودة (NCQA) فيما يخص المعايير المعمول بها في الخطط الصحية.

يقوم خط الاستشارات التمريضية بتقييم مدى أمانك، ويربطك بخدمات الطوارئ، كما يبحث عن مقدم رعاية للصحة السلوكية والموارد المجتمعية، كما يقوم بإحالتك إلى منسق الرعاية في خطة Molina Medicare Complete Care Plus. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO-DDSNP) من خلال الرقم 4627-665 (855).

ينبغي عليك الاتصال بخط استشارات التمريض إذا كنت بحاجة إلى المساعدة الفورية أو كنت غير متأكد مما ينبغي فعله. إذا حدثت لك حالة طارئة قد تتسبب في حدوث ضرر أو وفاة لك أو للآخرين، فاذهب لأقرب غرفة طوارئ في أقرب مستشفى أو اتصل على الرقم 911.

يمكنك الاتصال بخط الاتصال بخدمة الاستشارات التمريضية لطرح أسئلة حول حالتك الصحية أو رعايتك الصحية.

اتصل على	8750-275 (888) هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 مجانًا. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

E. خط أزمات الصحة السلوكية

إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة للصحة العقلية، فيمكنك الاتصال بخطة الصحة العقلية بالمقاطعة في مقاطعتك للحصول على المساعدة. كما يمكنك أيضًا الاتصال أو إرسال رسالة نصية إلى الرقم 988 للحصول على دعم مجاني وسري للأزمات على مدار الساعة.

اتصل على	**بالنسبة لمقاطعة Los Angeles:** Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771 (خط المساعدة على مدار الساعة) - بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711 **بالنسبة لمقاطعة Riverside:** Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008 **بالنسبة لمقاطعة San Bernardino:** San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478 (خط المساعدة على مدار الساعة) أو 1-800-968-2636 (خط المساعدة الخاص باضطرابات تعاطي المخدرات على مدار 24 ساعة) **بالنسبة لمقاطعة San Diego:** San Diego Behavioral Health Services 1-888-724-7240 (خط الوصول والأزمات على مدار 24 ساعة) - بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711

اتصل بخط أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية والعلاج من تعاطي المخدرات

إذا كانت لديك أسئلة متعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، فيمكنك مراجعة **القسم K.**

F. هيئة تحسين الجودة (QIO)

يوجد بولايتنا منظمة اسمها Livanta. وهي مجموعة من الأطباء وغيرهم من متخصصي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. Livanta هي منظمة غير مرتبطة بهذه الخطة.

اتصل على	(877) 588-1123
بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)،	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة عبر البريد	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	https://www.livantaqio.com/en/states/california

اتصل بمنظمة Livanta للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- يمكنك التقدّم بشكوى حول الرعاية التي تلقيتها إذا:
  - كنت تواجه مشكلة تتعلق بجودة الرعاية،
  - كنت تعتقد أن إقامتك داخل المستشفى ستنتهي قريبًا جدًا، **أو**
  - كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مركز التمريض المتخصص أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين ستنتهي قريبًا جدًا.

G. 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 الكُلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكُلى أو زرع كلية).

وتعدّ مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS)، أو ما يعرف اختصارًا باسم (CMS)، هي الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare.

اتصل على	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات على هذا الرقم مجانية، طوال 24 ساعة يومًيا، 7 أيام في الأسبوع.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	1-877-486-2048. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov هذا هو الموقع الرسمي لبرنامج Medicare على الإنترنت. وهو يوفر لك معلومات حديثة حول برنامج Medicare. كما أنه غني بالمعلومات المتعلقة بالمستشفيات ومراكز التمريض والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومنشآت غسيل الكُلى ومنشآت تأهيل المرضى الداخليين، ودور رعاية المحتضرين. يشمل هذا مواقع ويب وأرقام هواتف مفيدة. كما يتضمن وثائق يمكنك طباعتها من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر؛ فقد تستطيع مكتبة الكتب المحلية لديك أو المركز الرئيسي الخاص بك مساعدتك في زيارة الموقع الإلكتروني هذا باستخدام جهاز الكمبيوتر لديهم. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم الموجود أعلاه وإخبارهم بما تبحث عنه. ومن ثم يمكنهم البحث عن المعلومات المطلوبة عبر الموقع الإلكتروني، ثم طباعتها وإرسالها إليك.

H. Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو اختصار لاسم برنامج Medicaid في ولاية California. إنه برنامج عام للتأمين الصحي حيث يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك الأسر التي تعول أطفالاً، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة فضلاً عن الأطفال والشباب ممن يتلقون الرعاية البديلة، والنساء الحوامل. ويتلقى برنامج Medi-Cal التمويل اللازم من جانب الولاية والحكومة الفيدرالية.

وتتضمن مزايا برنامج Medi-Cal الخدمات الطبية، وخدمات طب الأسنان، والصحة السلوكية، والخدمات والدعم على المدى الطويل.

لقد تم تسجيلك في كل من Medicare بالإضافة إلى Medi-Cal. إذا كان لديك أي استفسارات حول مزايا Medi-Cal، فيمكنك الاتصال بمنسق الرعاية في الخطة. إذا كان لديك أي استفسارات حول التسجيل في خطة Medi-Cal، فيمكنك الاتصال على Health Care Options.

اتصل على	1-800-430-4263 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 6 مساءً.
بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)،	1-800-430-7077 يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة عبر البريد	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. Medi-Cal Managed Care and Mental Health Office of the Ombudsman

يعمل مكتب أمين المظالم (Office of the Ombudsman) لصالحك نيابة عنك. يمكنهم الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنهم مساعدتك على فهم ما يتحتم عليك فعله. يمكن أن يساعدك مكتب أمين المظالم أيضًا في حل المشاكل المتعلقة بالخدمة أو الفوترة. إنهم غير مرتبطين بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وخدماتهم مجانية.

اتصل على	1-888-452-8609 هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 هذه المكالمة مجانية.
المراسلة عبر البريد	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

J. إدارة الخدمات الاجتماعية التابعة للمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة فيما يتعلق بمزايا برنامج In-Home Support Services (IHSS)، فاتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية التابعة لمقاطعتك (County Social Services Department). من خلال برنامج In-Home Supportive Services (IHSS)، يمكنك الحصول على خدمات تتوفر لك في منزلك لتوفير الراحة لك. يُعد هذا البرنامج بديلاً عن الرعاية المتوفرة خارج المنزل، مثل المتوفرة من خلال مراكز التمريض أو مرافق الرعاية والإقامة. للتقديم في برنامج IHSS، اتصل بمكتب برنامج IHSS المحلي بالقاطعة:

اتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك لتقديم طلب للحصول على In Home Supporting Services، التي ستساعدك في دفع تكاليف الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من الحصول على قدر كبير من الراحة في منزلك. قد تشمل أنواع الخدمات المساعدة في إعداد وجبات الطعام، أو الاستحمام، أو ارتداء الملابس، أو التسوق لغسل الملابس، أو النقل.

اتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك إذا كانت لديك أية أسئلة حول مدى أهليتك للحصول على خدمات برنامج Medi-Cal.

اتصل على	**مقاطعة Riverside:** (877) 410-8827 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً بالتوقيت المحلي. هذه المكالمة مجانية. **مقاطعة Los Angeles:** (888) 822-9622 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً بالتوقيت المحلي. **مقاطعة San Bernardino:** (909) 387-2240-4544 هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 5 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ***مقاطعة San Diego:*** مقاطعة San Diego: (800) 510-2020 هذه المكالمة مجانية. مقاطعة San Diego: (800) 339-4661 هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 5 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	يمكنهم الاتصال على الرقم 711، يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة عبر البريد	**Los Angeles County Department of Public Social Services** 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007 **County of Riverside In-Home Supportive Services** 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557 **County of San Bernardino In-Home Supportive Services** 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640 **Health and Human Services Agency County of San Diego In-Home Supportive Services** 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
الموقع الإلكتروني	https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة

تتوفر لك خدمات الصحة النفسية المتخصصة من Medi-Cal وخدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة من خلال المقاطعة إذا كنت تستوفي معايير الحصول عليها.

اتصل على	**Los Angeles County Department of Mental Health:** (800) 854-7771 هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. **الأنظمة الصحية التابعة لجامعة Riverside، خط الوصول والإحالة والتقييم والدعم المجتمعي (Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line ،CARES)** (800) 499-3008 هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5:30 مساءً حسب التوقيت المحلي **مقاطعة San Bernardino - قسم الصحة السلوكية:** (888) 743-1478 هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. **مقاطعة San Diego- خدمات الصحة النفسية:** (888) 724-7240 هذه المكالمة مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 مجانًا. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.

اتصل بوكالة الصحة السلوكية بالمقاطعة للحصول على المساعدة فيما يتعلق بما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة النفسية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة النفسية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة

L. California Department of Managed Health Care

تلقى على عاتق California Department of Managed Health Care (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC على التظلمات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal.

اتصل على	1-888-466-2219 يتوفر ممثلو إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 6:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.
جهاز الاتصال للصم	1-877-688-9891 يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة عبر البريد	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	www.dmhc.ca.gov

M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الوصفات الطبية

يوفر موقع Medicare.gov الإلكتروني (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية الموصوفة لك. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، تتوافر العديد من البرامج الأخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

M1. برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help)

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل للحصول على خدمات برنامج "المساعدة الإضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة أدويتك الطبية. ولا يتعين عليك القيام بأي شيء للحصول على هذه "المساعدة الإضافية".

اتصل على	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات على هذا الرقم مجانية، طوال 24 ساعة يومًيا، 7 أيام في الأسبوع.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	1-877-486-2048 هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

N. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية ويتعامل مع التسجيل في برنامج Medicare. يستطيع مواطنو الولايات المتحدة والمقيمون الدائمون القانونيون الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين يعانون من إعاقة أو مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) ممن يستوفون شروطًا معينة، الحصول على الرعاية الطبية. إذا كنت تحصل بالفعل على شيكات الضمان الاجتماعي، فسيتم تسجيلك في برنامج Medicare تلقائيًا. إذا لم تكن تتلقى شيكات الضمان الاجتماعي، فيجب عليك التسجيل في برنامج Medicare. للتقدم بطلب للحصول على خدمات Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي لديك.

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

اتصل على	1-800-772-1213 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. يتاح العمل من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. كما يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بهم للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	1-800-325-0778 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

O. مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية

مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB) هو عبارة عن وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة لعمال السكك الحديدية وأسرهم. إذا كنت تتلقى خدمات Medicare من خلال مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB)، فمن الضروري إخطارهم عند إجراء أي تغييرات على عنوان المراسلة. إذا كانت لديك أسئلة بشأن المزايا التي تحصل عليها من قبل مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB)، فاتصل بالإدارة.

اتصل على	1-877-772-5772 المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. إذا ضغطت على "0"، فيمكنك التحدث مع ممثل مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB) من الساعة 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً، خلال أيام الإثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا خلال يوم الأربعاء. إذا ضغطت على "1"، فيمكنك الوصول إلى خط مساعدة مجلس تقاعد عمال السكك الحديدية (RRB) الآلي والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك خلال عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	1-312-751-4701 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم *ليست* مجانية.
الموقع الإلكتروني	www.rrb.gov

P. التأمين الجماعي أو التأمين الآخر 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 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. ويمكنك أيضًا الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)؛ بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية TTY يمكنهم الاتصال على الرقم: 1-877-486-2048 مع الأسئلة المتعلقة بتغطية Medicare الخاصة بك بموجب هذه الخطة.

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

Q. موارد أخرى

يوفر برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يجدون صعوبة في الحصول على التغطية الصحية أو الاحتفاظ بها أو لحل المشكلات المتعلقة بخُططهم الصحية.
إذا كانت لديك مشكلات تتعلق بالآتي:

- برنامج Medi-Cal
- برنامج Medicare
- خطة رعايتك الصحية
- الحصول على الخدمات الطبية
- تقديم استئنافات بشأن الخدمات أو الأدوية أو الأجهزة الطبية المعمرة أو خدمات الصحة النفسية المرفوضة، وما إلى ذلك.
- الفواتير الطبية
- IHSS (In-Home Supportive Services)

يساعدك برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program على تقديم الشكاوى والاستئنافات وعقد جلسات الاستماع. رقم هاتف برنامج Ombuds Program هو 1-855-501-3077.

R. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

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

- الفحوصات الأولية، والأشعة السينية، والتنظيف، والمعالجة بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- معالجة قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والترميمات، والتبطين

تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برامج Medi-Cal Dental Fee-for-Service و Dental Managed Care (DMC) بالإضافة إلى Health Plan of San Mateo.

اتصل على	1-800-322-6384 هذه المكالمة مجانية. يتوافر ممثلو برنامج Medi-Cal Dental FFS لطب الأسنان لمساعدتك بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية مدارة لطب الأسنان بدلاً من برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service.
وتتاح خطط رعاية طب الأسنان المدارة في مقاطعات Sacramento وLos Angeles. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن خطط العناية بالأسنان، أو كنت تريد تغيير خطط العناية بالأسنان، فيرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية TTY يمكنهم الاتصال على 1-800-430-7077)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً مجانًا. تتوافر جهات الاتصال بـ DMC هنا عبر الموقع الإلكتروني: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

الفصل 3: استخدام تغطية الخطة من أجل رعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المشمولة في خطتنا. ويخبرك كذلك عن منسق رعايتك، وكيفية الحصول على الرعاية من مختلف مقدمي الرعاية وفي ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من مقدمي الرعاية أو الصيدليات غير التابعة لشبكتنا)، وما ينبغي فعله إذا تمت محاسبتك مباشرة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية، وقواعد امتلاك أجهزة طبية معمرة. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. معلومات عن الخدمات ومقدمي الخدمات 32
B. قواعد الحصول على الخدمات المشمولة في خطتنا 32
C. منسق الرعاية 33
C1. ما المقصود بمنسق الرعاية 33
C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسِّق الرعاية لديك 33
C3. كيف يمكنك تغيير منسِّق الرعاية 33
D. الحصول على الرعاية من خلال مقدمي الخدمات 34
D1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم الرعاية الأولية 34
D2. الحصول على الرعاية من أخصائيين ومقدمي رعاية آخرين من داخل الشبكة 35
D3. عندما يترك مقدم الرعاية خطتنا 36
D4. مقدمو الرعاية غير التابعين للشبكة 37
E. Long-term services and supports (LTSS) 38
F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات) 38
F1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal المقدَّمة خارج خطتنا 38
G. خدمات النقل 40
G1. النقل الطبي في غير حالات الطوارئ 40
G2. النقل بغير وسائل النقل الطبية 41
H. الخدمات المشمولة في حالة الطوارئ الطبية، عندما تكون عاجلة، أو أثناء حدوث الكوارث 42
H1. الرعاية في حالة الطوارئ الطبية 42
H2. الرعاية العاجلة 42
H3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة 43
I. ما ينبغي فعله في حال تمت محاسبتك بصورةٍ مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا 43
I1. ما ينبغي فعله إذا لم تغطِّ خطتنا الخدمات 43
J. تغطية خدمات الرعاية الصحية عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية 44
J1. ما هي الدراسة البحثية السريرية 44
J2. الدفع مقابل الخدمات عند اشتراكك في دراسة بحثية سريرية 44
J3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية 45

K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية 45
K1. ما المقصود بمؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية 45
K2. الحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية 45
L. الأجهزة الطبية المعمرة 45
L1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزءٍ من خطتنا 45
L2. ملكية الأجهزة الطبية المعمرة إذا قمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare 46
L3. مزايا أجهزة الأكسجين كعضو في خطتنا 46
L4. أجهزة الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage أخرى 46

A. معلومات عن الخدمات ومقدمي الخدمات

تتمثل **الخدمات** في الرعاية الصحية والخدمات ووسائل المساعدة على المدى الطويل وخدمات الصحة السلوكية والأدوية غير الموصوفة طبيًا والأدوية والأجهزة وغيرها من الخدمات. وتتمثل **الخدمات المشمولة** في أي من هذه الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها. تتوفر الرعاية الصحية المغطاة والصحة السلوكية والخدمات اللوجستية والدعم الفني في **الفصل 4** من دليل الأعضاء. كما ترد الخدمات المشمولة للأدوية الموصوفة وتلك التي تُصرف من دون وصفة طبية في **الفصل 5** من دليل الأعضاء.

مقدمو الرعاية هم الأطباء والممرضات والأشخاص الآخرون الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويتضمن مقدمو الرعاية كذلك المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات والأماكن الأخرى التي تقدم إليك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والأجهزة الطبية وخدمات وأشكال دعم معينة طويلة الأجل (LTSS).

مقدمو الرعاية التابعون للشبكة هم مقدمو الرعاية الذين يعملون بخطتنا. وافق مقدمو الرعاية هؤلاء على قبول مدفوعاتنا بوصفها مدفوعات كاملة. يقوم مقدمو الرعاية التابعون للشبكة بإرسال فواتيرهم لنا مباشرة نظير الرعاية التي قدموها لك. فعندما تستخدم أحد مقدمي الرعاية داخل الشبكة، فإنك لا تسدد له مقابل الخدمات المشمولة غالبًا.

B. قواعد الحصول على الخدمات المشمولة في خطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، ومعظم خدمات Medi-Cal. ويندرج تحت ذلك بعض خدمات الصحة السلوكية وخدمات ووسائل الدعم على المدى الطويل المحددة.

ستدفع خطتنا بشكل عام مقابل خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والعديد من الخدمات والدعم طويل المدى (LTSS) التي تحصل عليها عند اتباع قواعدنا. لكي تشملك خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها ضمن **مزايا الخطة**. يعني ذلك أنها مدرجة في مخطط المزايا الوارد في **الفصل 4** من *دليل الأعضاء*.
- يجب أن تكون الرعاية **ذات ضرورة طبية**. نعني بالضرورة الطبية الخدمات المهمة المعقولة واللازمة لإنقاذ الحياة. تلزم الرعاية ذات الضرورة الطبية لحماية الأفراد من الإصابة بالأمراض الخطيرة أو الإعاقة ولتخفيف الآلام الحادة عن طريق معالجة المرض أو الإصابة.

بالنسبة إلى الخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك **مقدم رعاية أولية** داخل الشبكة يأمر بحصولك على الرعاية أو يطلب منك أن تذهب إلى مقدم رعاية آخر. وبصفتك أحد أعضاء الخطة، يجب عليك أن تختار أحد مقدمي الرعاية داخل الشبكة ليصبح مقدم الرعاية الأولية (PCP) لديك.

- في معظم الأحيان، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الأولية التابع للشبكة أو خطتنا الموافقة قبل أن تتمكن من التعامل مع مقدم رعاية غير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو التعامل مع مقدمي رعاية آخرين داخل شبكة خطتنا. وهذا يسمّى **إحالة**. وفي حال عدم الحصول على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات التي تحصل عليها.
- ويرتبط مقدمو الرعاية الأولية التابعين لخطتنا بالمجموعات الطبية. عندما تختار مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك، فأنت تختار المجموعة الطبية التابع لها. ويعني ذلك أن مقدم الرعاية الأولية الخاص بك يحيلك إلى اختصاصيين وخدمات تابعة كذلك للمجموعة الطبية الخاصة به. المجموعة الطبية هي مؤسسة خاصة بمقدمي الرعاية الرئيسية والمتخصصين تم إنشاؤها لتوفير خدمات الرعاية الصحية المنسقة من أجلك.
- لست بحاجة إلى إحالة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل، أو للتعامل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بالمرأة، أو لأي من الخدمات الأخرى المدرجة في القسم د1 من هذا الفصل.

يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي الرعاية التابعين للشبكة ممن ينتمون للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية. ولن تغطي الخطة في الغالب الرعاية المقدمة من مقدم رعاية لا يعمل ضمن الخطة الصحية الخاصة بنا ومع المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. وهذا يعني أنك ستضطر إلى الدفع لمقدم الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي يوفرها. إليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:

- نغطي الرعاية الطارئة أو العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمات غير تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات عن ذلك راجِع **القسم H** في هذا الفصل).
- إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولا يمكن لمقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا تقديمها إليك؛ فبإمكانك الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من خارج الشبكة. وفي هذه الحالة، سوف نقوم بتغطية الرعاية كما لو أنك حصلت عليها من مقدم رعاية تابع للشبكة **أو** من دون تحميلك أي تكاليف.

- نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا لمدة قصيرة أو عندما يكون مقدم الرعاية الخاص بك غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. ويمكنك الحصول على هذه الخدمات في منشأة الغسيل الكُلوي المعتمدة من برنامج Medicare. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه مقابل غسيل الكلى مبلغ تقاسم التكاليف في خطة Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة الخدمة التي توفرها الخطة وحصلت على 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 مؤقتًا واخترت الحصول على الخدمات داخل منطقة الخدمة من خلال مقدم خدمات غير تابع للشبكة فقد تكون تكلفة تقاسم التكلفة أعلى.
- عند انضمامك إلى الخطة للمرة الأولى، يمكنك أن تطلب الاستمرار في المتابعة مع مقدمي الرعاية الحاليين لديك. وفي بعض الاستثناءات، نحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب إذا كان بإمكاننا إثبات وجود علاقة قائمة مع مقدمي الرعاية هؤلاء. راجع **الفصل 1** من *دليل الأعضاء*. إذا وافقنا على طلبك؛ يمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمات من جانب مقدمي الخدمات الذين تتابع معهم الآن لفترة تصل إلى 12 شهرًا. وخلال ذلك الوقت، سيقوم منسق الرعاية بالاتصال بك لمساعدتك على العثور على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة ممن ينتمون إلى المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية لديك. بعد مرور 12 شهرًا، لن نقوم بتغطية الرعاية الخاصة بك في حالة استمرارك في المتابعة مع جهات غير مدرجة في شبكتنا وغير مرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية لديك.

الأعضاء الجدد في خطة Molina Medicare Complete Care Plus: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus للاستفادة من مزايا Medicare في أول يوم من الشهر التالي بعد أن تطلب تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus. يمكنك الاستمرار في الحصول على خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة مدةَ شهر واحد إضافي. وبعد ذلك، ستحصل على خدمات Medi-Cal من خلال خطة Molina Medicare Complete Care Plus. ولن يكون هناك انقطاع في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا عبر 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: يمكنهم الاتصال بالرقم 711 عند وجود أي استفسارات.

C. منسق الرعاية

C1. ما المقصود بمنسق الرعاية

- منسق الرعاية التابع لخطة Molina Medicare Complete Care Plus هو الشخص الرئيسي الذي يمكنك الاتصال به لمساعدتك على تلقي الرعاية، إذا لزم الأمر. ويساعد هذا الشخص على تنسيق رعايتك وإدارة الخدمات الخاصة بك لضمان تلقيك لما تحتاج إليه.

C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسِّق الرعاية لديك

- إذا كنت تريد الاتصال بمنسق الرعاية، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، على مدار الساعة من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي. هذه المكالمة مجانية. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711. أو زيارة الموقع الإلكتروني www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

C3. كيف يمكنك تغيير منسِّق الرعاية

- يمكنك طلب تغيير منسق الرعاية، ويتم ذلك عبر الاتصال بمدير الحالة أو خدمات الأعضاء. قد يقوم موظفو Molina Medicare Complete Care Plus بإجراء تغييرات على تعيين مدير حالة العضو بناءً على احتياجات العضو أو مكانه.

D. الحصول على الرعاية من خلال مقدمي الخدمات

D1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم الرعاية الأولية

تعريف مقدم الرعاية الأولية ومهمته تجاهك

يتمثل مقدم الرعاية الأولية في طبيب أو ممرضة أو أخصائي رعاية صحية و/أو مقدم رعاية منزلية طبية أو سريرية (المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا -FQHC) الذي يقدم لك رعاية صحية دورية. تضم خطة Molina Medicare Complete Care Plus شبكةً من مقدمي الرعاية المتخصصة إلى أعضائها. ومن الضروري الحصول على إحالات من مقدم الرعاية الأولية (PCP) التابع لخطة Molina Medicare Complete Care Plus حتى يتمكن العضو من الحصول على خدمات متخصصة؛ ومع ذلك، لا يتعين الحصول على تصريح سابق. يُسمح للأعضاء بالوصول إلى أخصائيات الرعاية الصحية النسائية مباشرة للحصول على الرعاية الصحية الدورية والوقائية بدون خدمات إحالة. وسيوفر مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) معظم متطلبات رعايتك وسيساعدك في ترتيب أو تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا. ويتضمن ذلك:

الأشعة السينية الخاصة بك

الاختبارات المعملية

المداواة

الرعاية من الأطباء الأخصائيين

الإدخال في المستشفى

متابعة الرعاية

إن "تنسيق" خدماتك يتضمن الفحص أو الاستشارة مع المقدمين الآخرين التابعين للشبكة حول رعايتك وتفاصيل سيرها. إذا كنت بحاجة إلى أنواع معينة من الخدمات أو اللوازم المغطاة، يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) (مثل منحك إحالة لزيارة أخصائي). وفي بعض الحالات، سوف يحتاج مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة) منّا. ونظرًا لأن مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) سيوفر لك الرعاية الصحية وينسقها لك، فإنه يجب عليك إرسال جميع سجلاتك الطبية السابقة إلى مكتب مقدم الرعاية الرئيسي (PCP).

المجموعة الطبية/IPA هي شبكة من الأطباء المستقلين الذين يمتلكون ويديرون ممارساتهم الخاصة (بدلاً من أن يكونوا موظفين لدى نظام رعاية صحية أكبر). وينضم هؤلاء الأطباء إلى مجموعة طبية حتى يتمكنوا من البقاء مستقلين بينما يحصلون على الدعم الذي يحتاجونه لرعاية المرضى.

اختيارك لمقدم الرعاية الأولية

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

خيارات تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)

\يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك لأي سبب، وفي أي وقت. بالإضافة إلى ذلك، من الممكن أن يكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قد ترك شبكة الخطة الخاصة بنا. إذا ترك مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك شبكتَنا، فيمكننا مساعدتك على العثور على مقدم رعاية أولية (PCP) جديد في شبكتنا.

ويرتبط مقدمو الرعاية الأولية التابعين لخطتنا بالمجموعات الطبية. إذا قمت بتغيير مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الخاص بك، فقد تقوم بتغيير المجموعات الطبية. عندما تطلب التغيير، أخبِر قسم خدمات الأعضاء بما إذا كنت تذهب إلى أحد الأخصائيين أو تحصل على خدمات أخرى مشمولة بالتغطية تتطلب موافقة مقدم الرعاية الأولية. يساعدك قسم خدمات الأعضاء على الاستمرار في الحصول على الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى عند تغيير مقدم الرعاية الأولية.

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك في أي وقت. في معظم الحالات، تسري التغييرات في اليوم الأول من الشهر التالي. قد توجد استثناءات إذا كنت تتلقى علاجًا في نفس وقت طلب تغيير مقدم الرعاية الرئيسية (PCP). يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية من خلال موقعك الإلكتروني الشخصي www.mymolina.com أو يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيدٍ من المعلومات عن أي من مقدمي الرعاية الصحية في برنامج Molina Healthcare وطلب تغيير مقدم الرعاية الأولية. بالنسبة لبعض المقدمين، تحتاج إلى إحالة من مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الخاص بك (ما عدا الحالات العاجلة والخدمات الطارئة خارج نطاق التغطية).

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها من دون الحصول على موافقة من مقدم الرعاية الأولية

في كثير من الأحيان، تحتاج إلى موافقة من مقدم الرعاية الأولية *أو*من خطتنا قبل الذهاب إلى مقدمي خدمات آخرين. وتسمى هذه الموافقة **إحالة**. يمكنك الحصول على خدمات كتلك المدرجة أدناه من دون الحصول على موافقة من *مقدم الرعاية الأولية أو خطتنا* أولاً:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وغير التابعين لها.
- الرعاية العاجلة المطلوبة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة
- الرعاية العاجلة المطلوبة من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عندما لا يمكنك الوصول على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطة).

ملاحظة: يجب أن تكون الرعاية العاجلة مطلوبة بشكل عاجل وذات ضرورة طبية.

- خدمات غسيل الكُلى التي تحصل عليها من خلال مرفق غسيل كلوي معتمد من برنامج Medicare عندما تكون خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. إذا اتصلت بخدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة، فيمكننا مساعدتك في الحصول على خدمات غسيل الكلى أثناء فترة مغادرتك.
- حُقن الأنفلونزا وتطعيمات كوفيد19-، وتطعيمات الالتهاب الكبدي الوبائي B طالما أنك حصلت عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة.
- الرعاية الصحية المعتادة للسيدات وخدمات تنظيم الأسرة. ويتضمن هذا الأمر فحوصات الثدي وفحص الثدي بالأشعة السينية (أشعة سينية للثدي) واختبارات "باب" لفحص عنق الرحم وفحوصات الحوض طالما أنك تحصل عليها من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت عضوًا أمريكيًا هنديًا، فيمكنك الحصول على خدمات مغطاة من أحد مقدمي الرعاية الصحية الهنود من اختيارك، دون الحاجة إلى إحالة من أحد مقدمي الرعاية الأولية التابعين للشبكة أو الحصول على موافقة مسبقة.
- خدمات الممرضة القابلة وتنظيم الأسرة واختبار فيروس نقص المناعة البشرية وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًا (STD's، Sexually Transmitted Diseases)

D2. الحصول على الرعاية من أخصائيين ومقدمي رعاية آخرين من داخل الشبكة

إن الأخصائي هو الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية الخاصة بمرض معين أو جزء من الجسم. ويوجد العديد من فئات الأطباء المتخصصين، مثل:

- أخصائي الأورام لرعاية المرضى المصابين بمرض السرطان.
- أخصائي أمراض القلب لرعاية المرضى المصابين بمشاكل في القلب.
- أخصائي العظام لرعاية المرضى المصابين بمشكلات في العظام أو المفاصل أو العضلات.
- يهتم أخصائيو الجهاز الهضمي بالمرضى الذين يعانون من مشاكل في الجهاز الهضمي أو الأمعاء.
- أخصائي أمراض كلى لرعاية المرضى المصابين بمشكلات في الكلى.
- يهتم أطباء المسالك البولية بالمرضى الذين يعانون من مشاكل في المسالك البولية والمثانة.

بصفتك عضوًا في الشبكة، لا تتقيد بالعرض على أخصائي محدد. تضم خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SSNP) شبكةً من مقدمي الرعاية المتخصصة إلى أعضائها. قد يتعين الحصول على إحالات من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك لتلقي خدمات متخصصة، ويُسمح للأعضاء بالوصول مباشرة إلى أخصائيات الصحة النسائية للحصول على الخدمات الصحية المعتادة والوقائية بدون الحاجة إلى خدمات إحالة. وبالنسبة لبعض الخدمات، قد يتعين عليك الحصول على تصريح مسبق. يحق لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح مسبق من قسم إدارة الاستخدام التابع لشركة Molina Healthcare عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد بناءً على ضرورة الخدمة المطلوبة.

يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في الفصل 4 للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح سابق.

قد تكون الإحالة المكتوبة مخصصة لزيارة واحدة أو قد تكون إحالة دائمة لأكثر من زيارة واحدة إذا كنت بحاجة إلى خدمات مستمرة. ويتوجب علينا تقديم إحالة دائمة لك إلى أخصائي مؤهل خلال التعرض لأي من هذه الحالات:

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض نفسي أو جسدي مهدد للحياة؛
- مرض تنكسي أو إعاقة.
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد بما يكفي ليتطلب العلاج من قبل أخصائي.

إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة، فقد لا يتم دفع الفاتورة. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة أسفل هذه الصفحة.

إذا لم نتمكن من العثور على مقدم خدمات تابع للشبكة مؤهل لك، فيجب أن نمنحك تصريح خدمة دائم لمتخصص مؤهل لأي من الحالات التالية:

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض نفسي أو جسدي مهدد للحياة؛
- مرض تنكسي أو إعاقة.
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد بما يكفي ليتطلب العلاج من قبل أخصائي.

إذا لم تحصل على ترخيص للخدمة منا عند الحاجة، فقد لا يتم دفع الفاتورة. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل هذه الصفحة.

D3. عندما يترك مقدم الرعاية خطتنا

من المحتمل أن يترك مقدم الرعاية داخل الشبكة خطتنا. إذا ترك أحد مقدمي الرعاية خطتنا، فيكون لك بعض الحقوق ووسائل الحماية نلخصها لك أدناه:

- إذا تغيرت شبكة مقدمي الخدمات لدينا خلال العام، فيجب علينا أن نقوم بتوفير إمكانية الوصول إلى مقدمي الخدمات المؤهلين دون حدوث انقطاع في الخدمة.
- سنخبرك بأن مقدم الخدمة بات على وشك ترك خطتنا حتى يتاح لديك الوقت لاختيار مقدم خدمات جديد.
  - إذا ترك مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الصحة السلوكية الخاص بك خطتنا، فسوف نخطرك إذا كنت قد زرت مقدم الخدمة هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
  - إذا ترك أي من مقدمي الخدمة الآخرين خطتنا، فسوف نخطرك إذا تم تعيين مقدم خدمة لك، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو كنت قد رأيته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سوف نساعدك على اختيار مقدم خدمات آخر مؤهل للاستمرار في إدارة احتياجاتك من الرعاية الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمة الحالي، فيحق لك أن تطلب، ونحن نعمل معك، ضمان استمرار العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا التي تتلقاها.
- سنزودك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك فضلاً عن الخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم نتمكن من العثور على أخصائي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، فيجب علينا تعيين أخصائي من خارج الشبكة لتوفير الرعاية لك في حال عدم توافر مقدم الخدمات التابع للشبكة أو في حال عدم كفاية المزايا لتلبية احتياجات الفرد الطبية.
- إذا ظننتَ أننا لم نوفر مقدم رعاية مؤهلاً بديلاً عن مقدم الرعاية السابق أو أننا لا ندير رعايتك إدارة جيدة، فيحق لك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة، أو مظلمة بخصوص جودة الرعاية، أو كليهما. (راجِع **الفصل 9** للحصول على مزيدٍ من المعلومات).

إذا اكتشفتَ أن أحد مقدمي الرعاية سيترك خطتنا، فاتصل بنا. ويمكننا مساعدتك على العثور على مقدم رعاية وإدارة رعايتك.

D4. مقدمو الرعاية غير التابعين للشبكة

مقدمو الخدمات غير التابعين للشبكة هم مجموعة من الأخصائيين لم يتم الاتفاق معهم للعمل مع Molina Healthcare. وباستثناء الرعاية في حالات الطوارئ، ورعاية الأسرة، والرعاية الحساسة، والرعاية المعتمدة مسبقًا من قبل Molina للرعاية الصحية، قد تضطر إلى دفع تكلفة أي رعاية تحصل عليها من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة في منطقة خدمتك.

إذا كنت بحاجة إلى الحصول على خدمات رعاية صحية ضرورية طبيًا وغير متوفرة في الشبكة، فقد تتمكن من الحصول عليها من مقدم خدمات غير تابع للشبكة مجانًا. قد توافق Molina Healthcare على إحالتك إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة إذا لم تكن الخدمات التي تحتاج إليها متوافرة داخل الشبكة أو إذا كانت بعيدة جدًا عن منزلك. وإذا منحناك إحالة إلى مقدم خدمات غير تابع للشبكة، فسوف ندفع لك تكلفة الرعاية.

وللحصول على الرعاية العاجلة في منطقة خدمات Molina Healthcare، يجب أن تذهب إلى موفر رعاية عاجلة تابع لشبكة Molina Healthcare. ولا تحتاج إلى موافقة مُسبقة (إذن مسبق) للحصول على رعاية عاجلة من موفر رعاية تابع للشبكة. يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة (إذن مسبق) للحصول على رعاية عاجلة من مقدم خدمات غير تابع للشبكة داخل منطقة خدمة Molina Healthcare.

إذا حصلت على رعاية عاجلة من مقدم خدمات غير تابع للشبكة داخل منطقة خدمة Molina Healthcare، فقد يتعين عليك دفع تكلفة هذه الرعاية.

خارج نطاق منطقة الخدمة

إذا كنت خارج منطقة خدمات Molina Healthcare وتحتاج إلى رعاية صحية ليست طارئة، فاتصل بموفر الرعاية الصحية فورًا.

في حالات الطوارئ، اتصل بالرقم 911 أو توجه إلى أقرب غرفة طوارئ. تغطي Molina Healthcare الرعاية الصحية المقدمة خارج الشبكة. إذا كنت مسافرًا إلى كندا أو المكسيك وتحتاج إلى خدمات طارئة تتطلب الدخول إلى المستشفى، فستتولى Molina Healthcare تغطية رعايتك الصحية. وإذا كنت مسافرًا خارج كندا أو المكسيك، وتحتاج إلى رعاية صحية طارئة، فلن تغطي Molina Healthcare أي نوع من أنواع الرعاية التي تتلقاها.

وإذا كنت في ولاية أخرى أو في إقليم تابع للولايات المتحدة مثل American Samoa أو Guam أو Northern Mariana Islands أو Puerto Rico أو United States Virgin Islands، تكون الرعاية في حالات الطوارئ مشمولة من جانب الخطة. هناك عدد من المستشفيات والأطباء لا يقبلون أعضاء Medi-Cal) .Medicaid هو الاسم الذي يطلق على برنامج Medicaid في ولاية California فقط.) إذا كنت بحاجة إلى الحصول على رعاية في حالات الطوارئ خارج California، فأخبر المستشفى أو طبيب غرفة الطوارئ في أقرب وقت ممكن بأنك عضو في برنامج Medi-Cal وأنك عضو في Molina Healthcare.

اطلب من المستشفى إعداد نُسخ من بطاقة هوية Molina Healthcare. واطلب من المستشفى والأطباء إرسال الفاتورة إلى Molina Healthcare. إذا حصلتَ على فاتورة الخدمات التي تلقيتها في ولاية أخرى، فاتصل بـ Molina Healthcare على الفور. وسنعمل مع المستشفى و/أو الطبيب للترتيب مع Molina Healthcare لدفع تكاليف رعايتك. إذا كنت خارج ولاية California ولديك حاجة طارئة إلى صرف أدوية طبية موصوفة للمرضى الخارجيين، اطلب من الصيدلية الاتصال بمسؤولي برنامج MediCal Rx على الرقم 1-800-977-2273.

ملاحظة: قد يحصل الهنود الأمريكيون على الخدمات من موفري الرعاية الصحية للهنود الأمريكيين (IHCP) غير التابعين للشبكة.

إذا كانت لديك أسئلة بشأن الرعاية غير التابعة للشبكة أو خارج منطقة الخدمات، فيمكنك الاتصال على الرقم 1-888-665-4621 (وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية /TTYأجهزة الصم والبكم TDD يمكنهم الاتصال على الرقم 711). إذا كان المكتب مغلقًا أو كنت تريد مساعدة من أحد ممثلي Molina Healthcare، فاتصل بخط الاستشارات التمريضية على الرقم 1-888-275-8750 (الإنجليزية) أو 1-866-648-3537 (الإسبانية).

إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة خارج نطاق منطقة خدمات Molina Healthcare، فانتقل إلى أقرب مركز رعاية عاجلة. إذا كنت مسافرًا خارج الولايات المتحدة وتحتاج إلى رعاية عاجلة، فلن تقوم Molina Healthcare بتغطية رعايتك. لمعرفة المزيد عن الرعاية العاجلة، طالع "الرعاية العاجلة" لاحقًا في هذا الفصل.

إذا ذهبتَ إلى أحد مقدمي الرعاية من خارج الشبكة؛ فيجب أن يكون مقدم الرعاية مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.

- لا يمكننا السداد لأحد مقدمي الخدمات ممن ليسوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.
- إذا استعنت بأحد مقدمي الخدمة غير المؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare؛ فيجب عليك أن تسدد تكلفة الخدمات التي حصلت عليها بالكامل.
- ويجب على مقدمي الخدمات إخبارك إذا ما كانوا غير مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

E. Long-term services and supports (LTSS)

يمكن أن تساعدك خدمات LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في المستشفى أو في إحدى مرافق التمريض الماهرة. هذا ويمكنك الوصول إلى بعض الخدمات المحددة في LTSS من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مرافق التمريض الماهرة، والخدمات المجتمعية للبالغين (CBAS)، والدعم المجتمعي. هناك نوع آخر من LTSS، وهو برنامج In Home Supportive Services وهو متاح من خلال إدارة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك.

F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامجا Medicare وMedi-Cal. إننا نوفر لك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية المشمولة في برنامج Medicare والرعاية المدارة Medi-Cal. لا توفر خطتنا خدمات الصحة النفسية المتخصصة أو خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من Medi-Cal، إلا أن هذه الخدمات متاحة لك من خلال خطة الصحة النفسية الخاصة بالمقاطعة في مقاطعتك:

- Los Angeles County Department of Mental Health
- Riverside University Health System – Behavioral Health
- San Bernardino County Department of Behavioral Health
- San Diego County – Behavioral Health Services

F1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal المقدَّمة خارج خطتنا

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal من خلال خطّة الصحة العقلية في المقاطعة (MHP) إذا كانت تتوفر فيك المعايير اللازمة للوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تشمل خدمات الصحة النفسية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal وتقدمها إدارة الصحة السلوكية في النظام الصحي بجامعة Riverside، San Bernardino County Department of Behavioral Health، وSan Diego County - Behavioral Health Services، وLos Angeles County Department of Public Health ما يأتي:

- خدمات الصحة النفسية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج المكثف خلال اليوم
- إعادة التأهيل خلال اليوم
- التدخل في الأزمات
- استقرار الأزمات
- خدمات العلاج الإيوائي للبالغين
- خدمات العلاج الإيوائي للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- الخدمات النفسية للمرضى الداخليين في المستشفيات
- إدارة الحالات المستهدفة
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة القائمة على المجتمع
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية العلاجية
- تنسيق الرعاية المكثفة
- الخدمات المنزلية المكثفة

تتوفر لك خدمات Drug Medi-Cal Organized Delivery System من خلال خطة الصحة النفسية في مقاطعتك لمقاطعات Riverside وSan Diego وSan Bernardino أو لمقاطعة Los Angeles، Los Angeles County Department of Public Health إذا كنت تستوفي معايير الحصول على هذه الخدمات. تشمل خدمات Drug Medi-Cal التي تقدمها خطة الصحة النفسية في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين المركّزة
- علاج الاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة خلال فترة الولادة
- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- برنامج العلاج من المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (تُسمى كذلك العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأدوية

تشمل خدمات برنامج Drug Medi-Cal Organized Delivery System ما يأتي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- خدمات علاج المرضى الخارجيين المركّزة
- خدمات دخول المستشفى بشكل جزئي
- أدوية علاج الإدمان (تُسمى كذلك العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج الإيوائي
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج علاج المخدرات
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية الصحية
- خدمات دعم الأدوية

بالإضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى الخدمات التطوعية لإزالة السميّة من المرضي الداخليين إذا كنت مستوفيًا المعايير الضرورية.

توفر خطة Molina Medicare Complete Care Plus إمكانية الوصول إلى العديد من مقدمي رعاية الصحة العقلية وتعاطي المخدرات. يمكن العثور على قائمة بمقدمي الرعاية على موقع أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus الإلكتروني أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. للحصول على أحدث نسخة من دليل مقدمي الرعاية/الصيدليات، أو للحصول على المساعدة الإضافية في اختيار مقدم خدمات الصحة السلوكية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. وبالنسبة لبعض الخدمات، قد يتعين عليك الحصول على تصريح مسبق. يحق لك أو لمقدم خدمات الصحة السلوكية أو مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح مسبق من قسم إدارة الاستخدام التابع لشركة Molina Healthcare عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد بناءً على ضرورة الخدمة المطلوبة.

يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في الفصل 4 للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح سابق. يجب أن يتم تحديد الرعاية على أنها ضرورية. ونقصد بالضرورة أنك تحتاج إلى خدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو للحفاظ على وضعك الصحي العقلي الحالي. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو دور التمريض. وهذا يعني أيضًا أن الخدمات أو الإعانات أو الأدوية تستوفي المعايير المقبولة للصحة السلوكية والممارسة الطبية.

إذا كنت تتلقى خدمات أو تحتاج إلى الحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal أو خدمات الأدوية المتوفرة لك من خلال خطة الصحة النفسية في المقاطعة (MHP، Mental Health Plan)، فيمكن لمديري الحالة في خطة Molina Medicare Complete Care Plus المساعدة على إحالتك إلى المورد المناسب بالمقاطعة للتقييم. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المساعدة. يمكنك أيضًا الاتصال بالمقاطعة مباشرةً. راجع أرقام المقاطعة المناسبة الواردة في المعلومات أدناه.

خدمات الصحة العقلية المتخصصة

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771

Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008

San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478

خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego 1-888-724-7240 (San Diego County Behavioral Health Services)

خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية

إدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles 1-844-804-7500 (Los Angeles County Department of Public Health)

Riverside University Health System - Behavioral Health 1-800-499-3008

San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-724-7240

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي في غير حالات الطوارئ

يحق لك الحصول على خدمات النقل الطبي في غير حالات الطوارئ إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك بركوب سيارة أو حافلة أو سيارة أجرة للذهاب إلى مواعيدك. ويمكن توفير خدمات النقل الطبي في غير حالات الطوارئ للخدمات المشمولة بالتغطية مثل الخدمات الطبية وخدمات الأسنان والصحة العقلية وخدمات علاج تعاطي المواد المخدرة ومواعيد الذهاب إلى الصيدلية. إذا احتجتَ إلى خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ، فيمكنك التحدث إلى مقدم الرعاية الأولية لطلب الخدمة. سيقرّر مقدم الرعاية الأولية نوع وسيلة النقل الأفضل التي تتناسب لتلبية احتياجاتك. إذا احتجت إلى خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ، فسيصفها لك من خلال ملء نموذج وإرساله إلى Molina Medicare Complete Care Plus للحصول على الموافقة. ووفقَ حاجتك الطبية، تسري الموافقة مدة عام واحد. وسيقوم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أو مقدم رعاية آخر بإعادة تقييم حاجتك إلى خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ للحصول على الموافقة عليها كل 12 شهرًا.

تتمثل خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ في توفير سيارة إسعاف أو سيارة مزودة بنقالة أو أخرى مخصصة لمستخدمي الكراسي المتحركة أو طائرة. وتسمح خطة Molina Medicare Complete Care Plus بوسيلة النقل الأقل تكلفة ضمن التغطية وأفضل خدمة للنقل الطبي في غير حالات الطوارئ تناسب احتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى وسيلة نقل للذهاب إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا كان من الممكن من الناحية البدنية أو الطبية نقلك بواسطة عربة مخصصة لمستخدمي الكراسي المتحركة، فلن تدفع Molina Medicare Complete Care Plus مقابل سيارة إسعاف. ولا يحق لك الانتقال بطائرة إلا إذا كانت حالتك الطبية لا تسمح بنقلك برًا بأي شكل من الأشكال.

يجب استخدام خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ في الحالات الآتية:

إذا تطلبت حالتك البدنية أو الطبية ذلك بناءً على تصريح خطي من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو مقدم رعاية آخر لأن حالتك لا تسمح لك بالذهاب إلى موعدك مستقلاً حافلة أو سيارة أجرة أو سيارة عادية أو شاحنة.

- إذا كنت تحتاج إلى مساعدة من السائق لينقلك من محل سكنك وإليه، أو من السيارة وإليها، أو من مكان العلاج وإليه، بسبب إعاقتك البدنية أو الطبية.

لطلب النقل الطبي الذي وصفه لك الطبيب **للمواعيد الروتينية** غير العاجلة، اتصل على Medi-Cal من خلال الرقم 1-800-541-5555 قبل يومين على الأقل من الموعد المحدد (من الإثنين إلى الجمعة). وبالنسبة إلى **المواعيد العاجلة**، يُرجى الاتصال في أسرع وقت ممكن. واحرِص على أن تكون بطاقة عضويتك جاهزة في يدك وقت الاتصال. يمكنك كذلك الاتصال إذا احتجتَ إلى مزيد من المعلومات.

حدود النقل الطبي

تغطي Molina Medicare Complete Care Plus خدمة النقل الأقل تكلفة التي تلبي احتياجاتك الطبية لانتقالك من منزلك إلى أقرب مقدم رعاية عندما يكون الموعد متاحًا. ولن تُقدَّم خدمة النقل الطبي إذا لم يكن برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal يغطيان الخدمة. وإذا كان نوع الموعد يندرج ضمن تغطية Molina Medicare Complete Care Plus وليس من خلال الخطة الصحية، فستساعدك Molina Medicare Complete Care Plus على ترتيب موعد لنقلك. تتوفر قائمة بالخدمات المشمولة بالتغطية في الفصل 4 من هذا الدليل. ولا تتم تغطية خدمة النقل خارج شبكة Molina Medicare Complete Care Plus أو نطاق الخدمة ما لم يتم الحصول على موافقة مسبقة.

G2. النقل بغير وسائل النقل الطبية

تشمل مزايا النقل غير الطبي الذهاب إلى مواعيدك والرجوع منها للحصول على خدمة معتمدة من قِبل مقدم الرعاية الخاص بك. يمكنك الحصول على وسيلة مواصلات من دون أي تكلفة، في الحالات الآتية:

- الذهاب إلى موعد طبي والرجوع منه للحصول على خدمة معتمدة من قِبل مقدم الخدمة لديك، أو
- نقل الوصفات والمستلزمات الطبية.

تتيح لك Molina Medicare Complete Care Plus استقلال سيارة عادية أو سيارة أجرة أو حافلة أو غيرها من وسائل المواصلات العامة/الخاصة للذهاب إلى موعدك غير الطبي للحصول على الخدمات المعتمدة من قِبل مقدم الرعاية الخاص بك. يستخدم برنامج Molina Medicare Complete Care Plus خدمة Saferide لترتيب النقل غير الطبي. ونغطي نوع النقل غير الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكن تعويضك عن تكاليف ركوب سيارة خاصة تقوم بترتيبها. يجب أن توافق Molina Medicare Complete Care Plus على ذلك **قبل** بدء توفير وسيلة انتقال لك، ويجب أن تخبرنا عن سبب عدم الحصول على وسيلة انتقالك بطريقة أخرى، مثل ركوب الحافلة. ويمكنك إخبارنا عن طريق الاتصال أو إرسال بريد إلكتروني أو بشكل شخصي. **ولا يمكن تعويضك عن القيادة بنفسك.**

يتطلب سداد تكاليف الرحلات كل ما يأتي:

- رخصة القيادة الخاصة بالسائق.
- مستند تسجيل سيارة السائق.
- إثبات تأمين سيارة السائق.

لطلب وسيلة انتقال للخدمات المصرح بها، اتصل على Medi-Cal على الرقم 1-800-541-5555 قبل يومين على الأقل (من الإثنين حتى الجمعة) من الموعد المحدد. وبالنسبة إلى **المواعيد العاجلة**، يُرجى الاتصال في أسرع وقت ممكن. واحرِص على أن تكون بطاقة عضويتك جاهزة في يدك وقت الاتصال. يمكنك كذلك الاتصال إذا احتجتَ إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بالعيادة الصحية الهندية المحلية الخاصة بهم لطلب خدمة النقل غير الطبي.

قيود النقل غير الطبي

يوفر برنامج Medi-Cal خدمة النقل غير الطبي الأقل تكلفة التي تلبي احتياجاتك لانتقالك من منزلك إلى أقرب مقدم خدمة عندما يكون الموعد متاحًا. **ولا يمكنك القيادة بنفسك أو يتم تعويضك مباشرةً.**

خدمات النقل غير الطبي **لا** تنطبق في الحالات التالية:

- الحاجة إلى سيارة إسعاف أو سيارة مزودة بنقالة أو أخرى مخصصة لمستخدمي الكراسي المتحركة أو غيرها من وسائل النقل الطبي في غير حالات الطوارئ للحصول على خدمة.
- إذا كنت تحتاج إلى مساعدة من السائق لنقلك من محل سكنك وإليه، أو من السيارة وإليها أو من موقع العلاج وإليه، بسبب حالتك البدنية أو الطبية.
- إذا كنت على كرسي متحرك ولا تستطيع دخول السيارة والخروج منها من دون مساعدة السائق.
- إذا لم تكن الخدمة مشمولة بتغطية برنامج Medicare أو Medi-Cal.

H. الخدمات المشمولة في حالة الطوارئ الطبية، عندما تكون عاجلة، أو أثناء حدوث الكوارث

H1. الرعاية في حالة الطوارئ الطبية

تُعد الحالة الطبية الطارئة أحد الحالات الطبية التي يصاحبها أعراض مثل الألم الحاد أو الإصابة الخطيرة. ويصبح الوضع خطيرًا للغاية إذا لم يلقى اهتمامًا طبيًا على الفور، وقد تتوقع أنت أو أي شخص يمتلك معرفة متوسطة بالصحة والطب، أنه قد يؤدي إلى:

- تعرض صحتك أو صحة الجنين لضرر جسيم؛ **أو**
- إلحاق ضرر خطير بوظائف الجسم؛ **أو**
- حدوث خلل خطير في أداء أي عضو أو جزء من أجزاء الجسم؛ **أو**
- بالنسبة للمرأة الحامل في آلام ما قبل الولادة، في حالة:
  - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك إلى مستشفى آخر بأمان قبل الولادة.
  - قد يمثل نقلك إلى مستشفى أخر تهديدًا لصحتك وسلامتك أو الطفل الذي لم يولد بعد.

إذا كنت تتعرض لحالة طبية طارئة:

الحصول على المساعدة بأسرع ما يمكن. يمكنك الاتصال على الرقم 911 أو التوجه إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. الاتصال بسيارة الإسعاف عند الحاجة إليها. **لا** يتعين عليك الحصول على موافقة أو إحالة من مقدم الرعاية الأولية. ولا يتعين عليك الذهاب إلى مقدم رعاية تابع للشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية في حالات الطوارئ متى احتجت لها، دون النظر إلى مكان تواجدك داخل الولايات المتحدة أو خارجها، وذلك من خلال أي من مقدمي الخدمة ممن لديهم ترخيصًا مناسبًا صادر عن الولاية.

أخبِر خطتنا بحالتك الطارئة في أقرب وقت ممكن. وسنتابع متابعة رعاية حالتك الطارئة. ويجب عليك أو أي شخص آخر الاتصال وإبلاغنا عن رعاية حالتك الطارئة، وذلك في غضون 48 ساعة عادةً. ومع ذلك، لن تدفع مقابل خدمات الطوارئ إذا تأخرتَ في إخبارنا. يرد في أسفل الصفحة رقم خدمات الأعضاء.

الخدمات المشمولة في حالة الطوارئ الطبية

وإذا كنت بحاجة إلى الحصول على غرفة للطوارئ؛ فإن خطتنا ستغطي ذلك. نغطي كذلك الخدمات الطبية اللازمة خلال حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد، راجِع جدول المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء.

مقدمو الرعاية الذين يقدّمون الرعاية الطارئة هم من يمكنهم تحديد وقتَ استقرار الحالة الصحية وانتهاء حالة الطوارئ الطبية. كما سيواصلون تقديم العلاج إليك وسيتصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى الرعاية اللاحقة لتتحسن صحتك.

وتغطي خطتُنا الرعايةَ اللاحقة التي تحتاج إليها. إذا تلقيت رعاية طارئة من مقدمي رعاية من خارج الشبكة، فإننا سنعمل على إحضار مقدمي رعاية من داخل الشبكة ليتولوا رعايتك في أقرب وقت ممكن.

تلقى رعاية طوارئ في حالة لم تكن حالة طارئة

قد يصعب علينا أحيانًا معرفة ما إذا كانت تتعرض لحالة طبية طارئة أم سلوك صحي طارئ. ربما تخضع لرعاية الطوارئ، ويخبرك الطبيب بأنها لم تكن حالة طارئة بالفعل. وما دمت تظن ظنًا معقولاً أن صحتك كانت في خطرٍ كبير، فسنقوم بتغطية رعايتك.

بعد أن يخبرك الطبيب بأن حالتك لم تكن طارئة، سنغطي رعايتك الإضافية فقط في حالة:

- توجهك إلى أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة **أو**
- تم اعتبار رعايتك الإضافية التي حصلت عليها "رعاية طارئة عاجلة"، وستتبع القواعد للحصول على هذه الرعاية. راجع القسم التالي.

H2. الرعاية العاجلة

الرعاية العاجلة هي الرعاية التي تحصل عليها بسبب حالة لا تُعدّ طارئة لكنها تحتاج إلى رعاية فورية. على سبيل المثال، قد تعاني من تفاقم حالة مرضية قائمة بالفعل أو التعرض لمرض أو إصابة غير متوقعة.

الحصول على الرعاية العاجلة في نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا

في أغلب الأحيان، نغطي الرعاية العاجلة فقط في حال:

- حصولك على هذه الرعاية من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة، **و**
- اتباعك القواعد الموضحة في هذا الفصل.

إذا لم تتمكن من الوصول إلى أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو كان ذلك غير معقول، فسنقوم بتغطية الرعاية العاجلة التي تحصل عليها من أحد مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة.

الحصول على الرعاية العاجلة خارج نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا

عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة. وفي هذه الحالة، تغطي خطتنا الرعاية العاجلة التي تحصل عليها من أي مقدم رعاية.

لا تقوم خطتنا بتغطية الرعاية الضرورية العاجلة أو أي رعاية غير طارئة تحصل عليها خارج الولايات المتحدة.

تغطي خطتنا *الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة أو الخدمات الطارئة أو العاجلة التي تم الحصول عليها* خارج الولايات المتحدة ضمن الظروف التالية.

أنت مغطى لتلقي خدمات الرعاية العاجلة والرعاية الطارئة عالميًا حتى $10,000 لكل عام تقويمي. لمزيد من المعلومات، راجع جدول المزايا في الفصل 4.

H3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة

إذا أعلن محافظ California أو وزير الصحة والخدمات البشرية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها، يحق لك الحصول على الرعاية من جانب خطتنا.

تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة أثناء حالات الكوارث المعلن عنها: www.MolinaHealthcare.com/Medicare.

أثناء حالات الكوارث المعلن عنها، إذا لم يكن بإمكانك الذهاب إلى مقدم خدمات تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة من دون أي تكلفة عليك. إذا لم يكن بإمكانك التوجه إلى صيدلية تابعة للشبكة أثناء حالة الكوارث المعلن عنها، فيتسنى لك صرف الأدوية الموصوفة من صيدلية غير تابعة للشبكة. راجِع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات.

I. ما ينبغي فعله في حال تمت محاسبتك بصورةٍ مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا

إذا أرسل إليك أحد مقدمي الرعاية فاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، فينبغي أن تطالبنا بسداد هذه الفاتورة.

لا ينبغي أن تسدد الفاتورة بنفسك. وإذا فعلت ذلك، فربما لا نتمكن من إرجاع النقود إليك.

في حال تمت محاسبتك على الخدمات المشمولة في الخطة **أو** في حال حصولك على فاتورة نظير الخدمات الطبية المشمولة، يمكنك الرجوع إلى **الفصل 7** من دليل الأعضاء للتعرف على ما يجب عليك فعله.

I1. ما ينبغي فعله إذا لم تغطّ خطتنا الخدمات

تغطي خطتنا كل الخدمات التي:

- تقرَّر أنها خدمات ضرورية طبيًا، **و**
- تم إدراجها في جدول المزايا الخاص بالخطة (راجِع **الفصل 4**) من *دليل الأعضاء*.، **و**
- تحصل عليها من خلال اتباعك لقواعد الخطة.

عند حصولك على خدمات غير مشمولة في خطتنا، **تكون حينها ملزمًا بدفع إجمالي التكلفة** ما لم يتم تغطية ذلك من خلال برنامج آخر من جانب Medi-Cal خارج خطتنا.

إذا كنت تريد أن تعرف ما إذا كنا نسدد مقابل أيٍّ من الخدمات أو أشكال الرعاية الطبية، فلديك الحق في سؤالنا. كما يحق لك كذلك مطالبتنا بذلك كتابةً. إذا أجبناك بأننا لن نسدد مقابل الخدمات الخاصة بك؛ فلديك الحق في تقديم تظلم ضد قرارنا.

يوضح **الفصل 9** من دليل الأعضاء ما ينبغي لك فعله إذا كنت تطلب منا تغطية خدمة طبية أو أحد المستلزمات الطبية. كما يطلعك الفصل أيضًا حول كيفية تقديم تظلم بشأن قرار من قرارات التغطية الخاصة بنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للتعرف على المزيد عن حقوقك في التظلم.

نسدد تكلفة بعض الخدمات حتى حدٍّ معين. وإذا تجاوزت هذا الحد، فسوف تضطر إلى أن تسدد التكلفة الكاملة للحصول على مزيد من هذا النوع من الخدمات. (راجِع **الفصل 4** للتعرف على حدود المزايا الخاصة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومدى استخدامك هذه المزايا.

L. تغطية خدمات الرعاية الصحية عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية

J1. ما هي الدراسة البحثية السريرية

تُعد الدراسة البحثية السريرية (وتُسمّى أيضًا التجربة السريرية) إحدى الطرق التي يتبعها الأطباء لاختبار أنواع جديدة من الرعاية الصحية أو الأدوية. وعادةً ما تطلب الدراسة البحثية السريرية المعتمدة من قِبل برنامج Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة.

بمجرد موافقة برنامج Medicare أو خطتنا على الدراسة التي تريد الاشتراك فيها وتعرب عن اهتمامك بها، سيتواصل معك أحد الأشخاص العاملين في هذه الدراسة. يطلعك هذا الشخص على الدراسة ويحدد ما إذا كنت مؤهلاً للمشاركة فيها. ويمكنك الانضمام للدراسة طالما أنك تستوفي الشروط المطلوبة. ويجب عليك كذلك أن تستوعب ما ستخضع له في الدراسة وتوافق عليه.

يمكنك أثناء مشاركتك في الدراسة أن تظل مسجلاً في خطتنا. وبهذه الطريقة، تستمر خطتنا في تغطية الخدمات والرعاية التي تحصل عليها غير المرتبطة بالدراسة.

إذا كنت تريد المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من قبل برنامج Medicare، **فلن** يلزمك إخبارنا بذلك أو الحصول على الموافقة منّا أو من مقدم الرعاية الأولية. كما أن مقدمي الرعاية الذين يمنحونك الرعاية ضمن إجراءات الدراسة **ليسوا** بحاجة إلى أن يكونوا مقدمي رعاية من داخل الشبكة. يرجى ملاحظة أن هذا الأمر لا يشمل المزايا المدرجة في خطتنا والتي تتضمن، كعنصر، تجربة سريرية أو سجل لتقييم الميزة. ويتضمن ذلك بعض المزايا المحددة بموجب محددات التغطية الوطنية التي تتطلب التغطية مع تقديم الأدلة (NCDs-CED) ودراسات الإعفاء من الأجهزة البحثية (IDE) وقد تخضع لموافقة مسبقة وقواعد أخرى للخطة.

ننصحك بإبلاغنا قبل أن تبدأ المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، التي تتم تغطيتها للمسجلين بواسطة Original Medicare، فإننا نشجعك أنت أو منسق الرعاية على الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

J2. الدفع مقابل الخدمات عند اشتراكك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت للمشاركة في دراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الدراسة. يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المقترنة برعايتك. بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية وافق عليها برنامج Medicare، ستتم تغطية معظم المستلزمات والخدمات التي تحصل عليها ضمن إجراءات الدراسة. ويتضمن ذلك:

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

إذا تطوعت في دراسة بحثية سريرية، فإننا ندفع أي تكاليف لا يوافق عليها برنامج Medicare ما دامت خطتنا توافق عليها. أما إذا كنت مشاركًا في دراسة **غير معتمدة** من قبل برنامج Medicare أو خطتنا، فإنك ستدفع أي تكاليف مرتبطة بمشاركتك في الدراسة.

J3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة المزيد عن الانضمام إلى إحدى الدراسات البحثية السريرية عن طريق قراءة ملف Medicare والدراسات البحثية السريرية (Medicare & Clinical Research Studies) عبر موقع برنامج Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). ويمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

K1. ما المقصود بمؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

إن المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية هي مكان يوفر نفس الرعاية التي تحصل عليها في العادة في مستشفى أو أي مرفق تمريض متخصص. إذا كان حصولك على الرعاية في أحد المستشفيات أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة يخالف معتقداتك الدينية، فإننا نغطي رعايتك في إحدى المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.

تتاح هذه الميزة لخدمات المرضى الداخليين في الجزء (A) لبرنامج Medicare فقط (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

K2. الحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

للحصول على رعاية من إحدى المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند قانوني يفيد بأنك تعارض الحصول على المعالجة الطبية "غير المستثناة".

- والمعالجة الطبية "غير المستثناة" هي أي رعاية **تطوعية وغير مطلوبة** بموجب أي قانون فيدرالي أو محلي أو تابع للولاية.
- تشمل المعالجة الطبية "المستثناة" أي رعاية **غير تطوعية ومطلوبة** بموجب القانون الفيدرالي أو المحلي أو الخاص بالولاية.

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.
- تقتصر تغطية خطتنا للخدمات على مجالات الرعاية غير الدينية
- إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة يتم تقديمها لك عبر أحد المرافق:
- يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بتلقي الخدمات المغطاة لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.

تغطي الخطة الخاصة بنا عددًا غير محدود من الأيام للإقامة في المستشفى كمريض داخلي. (انظر مخطط المزايا في الفصل 4).

L. الأجهزة الطبية المعمرة

L1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزءٍ من خطتنا

تشمل الأجهزة الطبية المعمرة بعض المستلزمات الضرورية طبيًا التي يطلبها مقدم الرعاية مثل الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرّة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحقن الوريدي، وأجهزة النطق، وأجهزة الأكسجين ولوازمه، والبخاخات، والمشايات.

ستمتلك دائمًا أجهزة معينة، مثل الأجهزة التعويضية.

في هذا القسم، سنناقش المعدات الطبية المعمرة (DME) التي تؤجرها. وبصفتك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك أجهزة طبية معمرة، بغض النظر عن مدة استئجارك إياها.

في بعض الحالات المحدودة، ننقل ملكية المعدة الطبية المعمرة (DME) إليك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة المتطلبات التي يجب أن تستوفيها والأوراق التي تحتاج إلى تقديمها.

حتى إذا كنت تؤجر الأجهزة الطبية المعمرة مدة تصل إلى 12 شهرًا على التوالي بموجب برنامج Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، **فلن** تمتلك الجهاز.

L2. ملكية الأجهزة الطبية المعمرة إذا قمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare

في برنامج Original Medicare يمتلك الأشخاص أنواع معينة من الأجهزة الطبية المعمرة التي استأجروها بعد مرور 13 شهرًا. وفي خطة Medicare Advantage تحدد الخطة عدد الأشهر التي يجب أن يستأجر فيها الأشخاص أنواع معينة من الأجهزة الطبية المعمرة قبل أن يمتلكوها.

ملاحظة: يمكنك الحصول على تعريفات لخطط Original Medicare وMA في الفصل 12. ويمكنك كذلك الاطلاع على مزيد من المعلومات عن هذه الخطط في دليل *Medicare & You لعام 2025*. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من خلال الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو من خلال الاتصال بالرقم 1800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

في حال عدم اختيار Medi-Cal سيتعين عليك سداد 13 من المدفوعات على التوالي بموجب Original Medicare، أو سيتعين عليك سداد عدد المدفوعات المحددة بموجب خطة MA على التوالي، لامتلاك الأجهزة الطبية المعمرة إذا:

- لم تصبح مالكًا للأجهزة الطبية المعمرة وقت اشتراكك في خطتنا **و**
- تركتَ خطتنا وحصلت على امتيازات برنامج Medicare من خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو MA.

إذا قمتَ بسداد المدفوعات مقابل الأجهزة الطبية المعمرة بموجب برنامج Original Medicare أو خطة MA قبل الانضمام إلى خطتنا، **فإن مدفوعات Original Medicare أو MA لا تحسب في المدفوعات التي يتعين عليك سدادها بعد ترك خطتنا.**

- سيتعين عليك سداد 13 من الدفعات الجديدة المقررة على التوالي بموجب Original Medicare، أو عدد المدفوعات الجديدة المحددة بموجب خطة MA على التوالي لامتلاك الأجهزة الطبية المعمرة.
- ولا توجد استثناءات لهذه الحالة عند العودة إلى خطة Original Medicare أو MA.

L3. مزايا أجهزة الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً لاستخدام جهاز الأكسجين الذي يغطيه برنامج Medicare وكنت عضوًا في خطتنا، فإننا نقوم بتغطية ما يأتي:

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

تلزمك إعادة معدات الأكسجين عندما لا تعود ذات ضرورة طبية بالنسبة إليك أو إذا غادرتَ خطتنا.

L4. أجهزة الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage أخرى

عندما تكون أجهزة الأكسجين ضرورية طبيًا **وقد تركت خطتنا وقمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare**، تقوم بتأجيرها من أحد المورّدين لمدة 36 شهرًا. تغطى مدفوعات الإيجارات الشهرية أجهزة الأكسجين والمستلزمات والخدمات المدرجة أعلاه.

إذا أصبح جهاز الأكسجين ضروريًا طبيًا **بعد أن قمت باستئجاره لمدة 36 شهرًا**، فيجب أن يوفر المزوّد ما يأتي:

- جهاز الأكسجين ومستلزماته والخدمات المتعلقة به لمدة 24 شهرًا إضافية
- جهاز الأكسجين ومستلزماته لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية

إذا كانت أجهزة الأكسجين لا تزال ضرورية طبيًا عند نهاية **فترة الـ 5 سنوات:**

- لم يعد يوفرها المورد ويمكنك اختيار الحصول على أجهزة بديلة من أي مورد.
- بدء فترة 5 سنوات جديدة.
- الإيجار من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا.
- يجب على المورد حينها توفير جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات المتعلقة به لمدة 24 شهرًا أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما أن جهاز الأكسجين ضروري طبيًا.

عندما تكون أجهزة الأكسجين ضرورية طبيًا **وتترك خطتنا وتقوم بالتحويل إلى خطة MA أخرى،** فسوف تغطي الخطة على الأقل ما تغطيه خطة Original Medicare. يمكنك أن تسأل خطة MA التابع لها عن أجهزة ومستلزمات الأكسجين التي تغطيها والتكاليف التي ستتكبدها.

الفصل 4: جدول المزايا

مقدمة

يوضح لك هذا الفصل الخدمات المشمولة في خطتنا وأي قيود أو حدود على هذه الخدمات. كما تطلعك على المزايا التي لا تغطيها خطتنا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

الأعضاء الجدد في خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SSNP): في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus للاستفادة من مزايا Medicare في أول يوم من الشهر التالي بعد أن تطلب تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus. يمكنك الاستمرار في الحصول على خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة مدةَ شهر واحد إضافي. وبعد ذلك، ستحصل على خدمات Medi-Cal من خلال خطة Molina Medicare Complete Care Plus. ولن يكون هناك انقطاع في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 4627-665 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY):711 إذا كانت لديك أي أسئلة.

جدول المحتويات

A. خدماتك المشمولة 49
A1. خلال طوارئ الصحة العامة 49
B. الإجراءات المتخذة ضد مقدمي الخدمة الذين يتقاضون منك أجر الخدمات 49
C. حول مخطط مزايا خطتنا 49
D. مخطط مزايا الخطة 51
E. وسائل الدعم المجتمعية 87
F. المزايا المشمولة بالتغطية خارج خطتنا 93
F1. خدمات الانتقال المجتمعية في California 93
F2. برنامج Medi-Cal Dental 93
F3. رعاية المحتضرين 94
F4. خدمات الدعم المنزلي (IHSS) 94
F5. برامج 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Programs 95
F6. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة النفسية والاضطراب الناتج عن تعاطي المخدرات) 96
G. المزايا غير المشمولة بتغطية خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal 98

A. خدماتك المشمولة

يوضح لك هذا الفصل الخدمات المغطاة من الخطة. ويمكنك أيضًا معرفة الخدمات التي لا تتم تغطيتها. تتوفر في **الفصل 5** معلومات حول المزايا المتعلقة بالأدوية. يوضح هذا الفصل أيضًا القيود المفروضة على بعض الخدمات.

وبما أنك تتلقى المساعدة من برنامج Medi-Cal، فلن تدفع شيئًا نظير خدماتك المشمولة بالتغطية ما دمت تتبع قواعد خطتنا. ويمكنك مراجعة **الفصل 3** من دليل الأعضاء للاطلاع على تفاصيل حول قواعد الخطة.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في فهم الخدمات المشمولة، فاتصل بمنسق الرعاية و/أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: 711.

A1. خلال طوارئ الصحة العامة

إذا أعلن حاكم California أو وزير الصحة والخدمات البشرية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة كوارث أو طوارئ في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطة Molina Medicare Complete Care Plus.

يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية المطلوبة أثناء حالات الكوارث.

B. الإجراءات المتخذة ضد مقدمي الخدمة الذين يتقاضون منك أجر الخدمات

لا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين لنا بمطالبتك بدفع فواتير الخدمات المشمولة بالتغطية. لأننا ندفع لمقدمي الرعاية لدينا بشكل مباشر، ونحميك من تحمل أي رسوم. وهذا صحيح حتى لو ندفع لمقدم الرعاية مبلغاً أقل من الرسوم التي يفرضها.

ينبغي لك عدم الحصول على فاتورة مطلقًا من مقدم الرعاية مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وإذا تلقيت فاتورة، فارجِع إلى **الفصل 7** من *دليل الأعضاء* أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

C. حول مخطط مزايا خطتنا

يطلعك جدول المزايا على الخدمات التي تسدد الخطة تكاليفها. حيث ترد فيه الخدمات المشمولة بالتغطية بالترتيب الأبجدي مع توضيح لها.

نسدد تكاليف الخدمات المدرجة في جدول المزايا عند استيفاء القواعد الآتية. ولن تدفع أي شيء نظير الخدمة المدرجة في مخطط المزايا، طالما أنك تستوفي متطلبات الموضحة أدناه.

- نلتزم بتوفير خدمات برنامجَي Medicare وMedi-Cal المشمولة بالتغطية وفقَ القواعد التي ينص عليها Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات والخدمات ووسائل المساعدة على المدى الطويل والإمدادات والمعدات والأدوية) ضرورية طبيًا. الضرورة الطبية تعني الخدمات، أو الإمدادات، أو الأدوية التي تحتاج إليها لوقايتك من حالة طبية، أو تشخيصها أو علاجها أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو مرافق التمريض. وهذا يعني أيضًا أن الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية تستوفي المعايير المقبولة للممارسة الطبية.
- فيما يتعلق بالأعضاء الجدد، يتعين على الخطة توفير فترة انتقالية لهم مدتها 90 يومًا على الأقل، وخلال هذه الفترة لن تتطلب خطة MA الجديدة الحصول على موافقة مسبقة لأي برنامج علاجي نشط، حتى إذا كان برنامج العلاج مخصصًا لخدمة بدأت مع مقدم خدمات غير تابع للشبكة.
- حصولك على الرعاية من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. يُعد مقدم الرعاية من داخل الشبكة هو المقدم الذي يعمل معنا. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة غير تابع للشبكة إلا إذا كانت حالة طوارئ أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل أو ما لم تحصل على إحالة من قبل خطتك أو مقدم الخدمة التابع للشبكة. يتضمن **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* مزيدًا من المعلومات عن التعامل مع مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وغير التابعين لها.

- لديك مقدم رعاية أولية أو فريق رعاية يوفر لك الرعاية ويديرها.وفي معظم الحالات، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الأولية الموافقة قبل أن تتمكن من التعامل مع مقدم رعاية آخر بخلاف مقدم الرعاية الأولية لديك أو التعامل مع مقدمي رعاية آخرين مدرجين في شبكة الخطة. وهذا يسمّى إحالة. يتضمن **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* مزيدًا من المعلومات عن الحصول على إحالة والحالات التي **لا** تحتاج فيها إلى إحالة.
- لا نغطي بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا إلا إذا حصل طبيبك أو أي مقدم خدمات آخر على موافقة منا أولاً. ويُطلَق على هذه الموافقة اسمَ التصريح المسبق (PA). نضع في جدول المزايا علامة نجمة (*) أمام الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى الحصول على تصريح مسبق (*).
- إذا كانت الخطة توافق على طلب الموافقة المسبقة لبرنامج العلاج، فيجب أن تكون الموافقة سارية طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضروريًا لتجنب انقطاع الرعاية بناءً على معايير التغطية المعمول بها، وتاريخك الطبي فضلاً عن توصية مقدم الخدمة المعالج.
- إذا فقدت مزايا Medi-Cal، خلال فترة الأشهر الـ 3 الأولى من الأهلية المستمرة، فستستمر في الحصول على مزايا Medicare الخاصة بك في هذه الخطة. ومع ذلك، قد لا تتم تغطية خدمة Medi-Cal لديك. اتصل بمكتب الأهلية في المقاطعة أو Health Care Options للحصول على معلومات حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal. يمكنك الاحتفاظ بمزايا Medicare، ولكن ليس مزايا Medi-Cal.

معلومات مهمة حول المزايا للأعضاء الذين يعانون بعض الأمراض المزمنة.

- إذا كنت تعاني من الحالة (الحالات) المرضية المزمنة الآتية وتستوفي معايير طبية معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على المزايا الإضافية:
  - الإدمان المزمن للكحول والمواد المخدرة الأخرى
  - اضطرابات المناعة الذاتية
  - السرطان
  - الاضطرابات القلبية الوعائية
  - فشل القلب المزمن
  - الخرف
  - السكري
  - الفشل الكبدي في مراحله النهائية
  - الفشل الكلوي في مراحله النهائية
  - اضطرابات الدم الحادة
  - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز
  - الاضطرابات الرئوية المزمنة
  - أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة
  - الاضطرابات العصبية
  - السكتة الدماغية
- راجِع صف "المساعدة المقدمة في بعض الأمراض المزمنة" في جدول المزايا للحصول على مزيد من المعلومات.
- يرجى الاتصال على برنامج Tricare للحصول على المزيد من المعلومات.

تُقدّم معظم الخدمات الوقائية مجانًا. سوف تجد هذه التفاحة إلى جوار الخدمات الوقائية في جدول المزايا.

D. مخطط مزايا الخطة

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	فحص تمدد الشريان الأورطي البطني ندفع تكلفة إجراء فحص واحد فقط بالموجات فوق الصوتية للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي الخطة فقط هذا الفحص إذا كان لديك عوامل خطر محددة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك أو مساعد طبيبك أو الممرضة الممارسة أو الممرضة الطبية المتخصصة.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذا الفحص الوقائي.
	الوخز بالإبر ندفع مقابل ما يصل إلى مرتين من خدمات الوخز بالإبر لمرضى العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي، أو أكثر من ذلك إذا كانت ضرورية طبيًا. ندفع كذلك تكاليف ما يصل إلى 12 زيارة للعلاج بالوخز بالإبر خلال 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام مزمنة أسفل الظهر، وهي محددة على النحو الآتي: • آلام تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر، • آلام غير محددة (لا يوجد سبب منتظم يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطها بالأمراض المتنقلة أو الالتهابية أو المعدية)، • آلام غير مرتبطة بعملية جراحية؛ و • آلام غير مرتبطة بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، ندفع مقابل 8 جلسات إضافية للوخز بالإبر لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر إذا ظهر عليك التحسن. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاج بالوخز بالإبر سنويًا لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر. يجب التوقف عن العلاج بالوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو ساءت حالتك.	$0 أنت تدفع $0 مقابل كل علاج يغطيه برنامج Medicare
	فحص فرط تعاطي الكحول والاستشارات ذات الصلة بها ندفع مقابل فحص واحد لتعاطي الكحول (SABIRT، Screening, Assessment, Brief Intervention, and Referral to Treatment) للبالغين الذين يتعاطون الكحول لكنهم لا يدمنونه بشكل مزمن. ويتضمن هذا النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة الفحص إيجابية لتعاطي الكحول، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارة موجزة وجهًا لوجه كل عام (إذا كنت قادرًا على ذلك ومنتبهًا خلال الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية مؤهل أو طبيب ممارس في مكان تلقي الرعاية الرئيسي.	$0 لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات لميزة الفحص والاستشارة الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare للحد من تعاطي الكحول.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المغطاة، سواء لحالة طارئة أو غير طارئة، الخدمات البرية والجوية (الطائرات والمروحيات). سوف تصطحبك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكن أن يقدم لك الرعاية. يجب أن تكون حالتك خطرة بما يكفي لدرجة أن سلوك الطرق الأخرى للانتقال إلى مكان تلقي العناية قد يعرض صحتك أو حياتك إلى الخطر. وبخلاف ذلك يجب أن تحصل على موافقتنا لتلقي خدمات سيارة الإسعاف في الحالات الأخرى. في الحالات الأخرى التي لا تعد من حالات الطوارئ، قد نسدد تكاليف سيارة الإسعاف. يجب أن تكون حالتك خطرة بما يكفي لدرجة أن سلوك الطرق الأخرى للانتقال إلى مكان تلقي العناية قد يعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر.	سوف تدفع $0 مقابل كل رحلة إسعاف في اتجاه واحد يغطيها Medicare. **ويلزم الحصول على تصريح سابق لطلب النقل بالإسعاف في الحالات غير الطارئة فقط.** إذا كنت تحتاج إلى رعاية طارئة، فاطلب الرقم 911 واطلب سيارة إسعاف. راجع "تغطية الطوارئ/ الرعاية العاجلة في كل أنحاء العالم" في هذا الجدول إذا كنت تحتاج إلى نقل بالإسعاف في حالة الطوارئ خارج الولايات المتحدة.
	الفحص البدني السنوي (تكميلي) يوفر الفحص البدني الروتيني السنوي تغطية لخدمات الفحص البدني الإضافية التي لا يمكن تقديمها إلا من قِبل طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب. هذه فرصة رائعة لتركيز الانتباه على الوقاية والفحص. في أثناء الفحص البدني الروتيني، سيفحصك الطبيب لتحديد المشكلات من خلال الفحص البصري والجس والتسمّع والقرع. تتضمن الأساليب الثلاثة الأخيرة اتصالاً بدنيًا مباشرًا وهي ضرورية لتحديد وجود (أو غياب) حالة بدنية.	$0 إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات إضافية، فسيقوم مقدم الرعاية بإحالتك إلى اختصاصي أو تقديم تصريح سابق إذا لزم الأمر.
	الزيارة السنوية لفحص الصحة والعافية يمكنك الحصول على فحص سنوي. وهذا من أجل إنشاء أو تحديث خطة وقاية تستند إلى عوامل الخطر الحالية الخاصة بك. وندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا. **ملاحظة:** لا يمكن إجراء زيارتك السنوية الأولى للعناية بالصحة في غضون 12 شهرًا من زيارة **الترحيب بك في Medicare**. ومع ذلك، أنت لست بحاجة إلى زيارة **الترحيب بك في Medicare** للحصول على زيارات صحية سنوية بعد حصولك على الجزء (B) لمدة 12 شهرًا.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارة الفحص الصحي السنوية.
	خدمات الوقاية من الربو يمكنك الحصول على تثقيف حول الربو وتقييم للبيئة المنزلية لمعرفة مسببات الربو التي توجد عادة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من الربو الذي تصعب السيطرة عليه.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمات الوقائية من الربو.
	قياس كتلة العظام ندفع مقابل إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (عادةً، شخص معرض لخطر فقدان كتلة العظام أو خطر هشاشة العظام). تحدد هذه الإجراءات كتلة العظام، أو تكتشف نسبة فقدان العظام أو تكتشف جودة العظام. ندفع مقابل الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا أو أكثر إذا كانت هناك ضرورة طبية. وندفع كذلك إلى طبيب للنظر في النتائج وإبداء الرأي فيها.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لقياس كتلة العظام الذي يغطيه برنامج Medicare.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	فحص سرطان الثدي (الفحص بصورة الثدي الشعاعية) ندفع مقابل الخدمات الآتية: • الخط الأساسي للفحص بصورة الثدي الشعاعية بين الأعمار 35 و39 • الفحص باستخدام تصوير الثدي الشعاعي لمرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء البالغات 40 عامًا فأكثر • إجراء فحوصات الثدي السريرية بواقع مرة كل 24 شهرًا	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات التصوير الشعاعي للثدي المشمولة بالتغطية.
	خدمات إعادة التأهيل القلبية* ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبي مثل التمارين والتثقيف والاستشارة. يجب أن يستوفي الأعضاء شروطًا معينة بناءً على طلب الطبيب **أو** إحالة منه. ونُغطي أيضًا برامج إعادة التأهيل القلبي المكثف، التي تعتبر أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبي.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات إعادة التأهيل القلبية **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	زيارة خفض مخاطر أمراض الأوعية الدموية القلبية (علاج مرض القلب) ندفع نظير زيارة واحدة كل عام، أو أكثر إذا كان ذلك ضروريا من الناحية الطبية، مع مقدم الرعاية الرئيسي للمساعدة على الخفض من خطر التعرض لأمراض القلب. خلال الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي: • مناقشتك حول استخدامك للأسبرين، و / أو • التحقق من ضغط الدم، **و/أو** • إعطاؤك نصائح للتأكد من أنك تأكل جيدًا.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للميزة الوقائية من أمراض الأوعية الدموية القلبية بالمعالجة السلوكية المكثفة.
	اختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية ندفع نظير اختبارات الدم للتحقق من وجود أمراض بالأوعية القلبية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). تتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من وجود عيوب نتيجة ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لاختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية المشمول بالتغطية مرة واحدة كل 5 سنوات

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	فحص السرطان العنقي والمهبلي ندفع مقابل الخدمات الآتية: • بالنسبة لجميع النساء: يتم إجراء اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • بالنسبة للنساء المحتمل إصابتهن بشكل كبير بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: يتم إجراء اختبار "باب" لفحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا • بالنسبة إلى النساء اللاتي في سن الحمل وكانت نتيجة فحص عنق الرحم الذي خضعن له غير عادية في السنوات الثلاث الأخيرة: يتم إجراء فحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا • بالنسبة للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و65 عامًا: فحص فيروس الورم الحليمي البشري أو فحص سرطان عنق الرحم إلى جانب فيروس الورم الحليمي مرة واحدة كل 5 سنوات.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare.
	خدمات تقويم العمود الفقري ندفع مقابل الخدمات الآتية: • ضبط العمود الفقري لتصحيح المحاذاة	أنت تدفع $0 مقابل كل زيارة للحصول على هذه الخدمات المشمولة بتغطية Medicare.
	فحص سرطان القولون والمستقيم ندفع مقابل الخدمات الآتية: • لا يرتبط تنظير القولون بحد أدنى أو أقصى للعمر ويتم تغطيته بواقع مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا عقب التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية عقب إجراء تنظير القولون السابق أو حقنة الباريوم الشرجية. • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد إجراء فحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية من آخر تنظير سيني مرن أو حقنة الباريوم الشرجية. • فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. وذلك بواقع مرة واحدة كل 12 شهرًا. • الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. • اختبارات العلامات الحيوية المعتمدة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير ولمدة 24 شهرًا منذ آخر فحص بحقنة الباريوم الشرجية أو آخر فحص لتنظير القولون. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير والذين يبلغون من العمر 45 عامًا أو أكثر. مرة واحدة على الأقل بعد 48 شهرًا من آخر فحص باستخدام حقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظير القولون للمتابعة بعد إجراء اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم غير الجراحي القائم على البراز الذي يغطيه برنامج Medicare، والذي يُظهر نتيجة إيجابية.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحص تصوير السرطان القولوني المستقيمي الذي يغطيه برنامج Medicare.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات طب الأسنان (المشمولة في Medicare) نتحمل تكلفة بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، عمليات التنظيف والحشوات وأطقم الأسنان. ويتاح لك التعرف على الخدمات غير المشمولة في برنامج Medi-Cal Dental من خلال F2 أدناه. إننا ندفع تكلفة الحصول على بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. وتتضمن بعض الأمثلة إعادة بناء الفك عقب التعرض للكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات الأسنان المشمولة ببرنامج Medicare.
	خدمات طب الأسنان (التكميلية) نقدِّم مزايا إضافية لطب الأسنان تشمل خدمات طب الأسنان مثل التنظيف والحشو وأطقم الأسنان. يحق لك الحصول على بدل قدره $1,000 كحد أقصى لكل سنة تقويمية لجميع خدمات طب الأسنان الشاملة التكميلية، بما في ذلك أطقم الأسنان. لا ينطبق الحد الأقصى السنوي للبدل على خدمات الأسنان الوقائية التكميلية. تتم تغطية الخدمات المدرجة أدناه فقط، ولكل خدمة حد معين (على سبيل المثال، الحد الأقصى المسموح به، وعدد الإجراءات، و/أو مدى تكرار الخدمات). ◦ فحوصات الفم ◦ حتى عامين تقويميين؛ إما D0120 أو D0140 أو D0150 أو D0180 مسموح به بواقع مرة واحدة لكل مقدم خدمة أو موقع طوال العمر. ◦ الأشعة السينية على الأسنان ◦ حتى 4 مرات للجانب الواحد (D0272/D0274، D0273) لكل عام تقويمي ◦ ما يصل إلى 6 مرات (D0220/D0230) لمحيط الأسنان لكل عام تقويمي ◦ صورة بانورامية واحدة (D0330) كل 5 أعوام تقويمية ◦ صورة واحدة لتصوير مقطعي محوسب شامل داخل الفم (D0372) كل 5 سنوات تقويمية ◦ D0330 وD0372 مسموح بهما مرة واحدة كل 5 سنوات تقويمية، لا يندرج معهما D0272 أو D0274 خلال نفس العام التقويمي ◦ الإجراءات الوقائية (التنظيف) ◦ بحد أقصى مرتين كل عام تقويمي (D1110). ◦ العلاج بالفلورايد ◦ بحد أقصى مرتين كل عام تقويمي (D1206، D1208). ◦ أمراض اللثة (الكشط العميق) ◦ حتى 4 أرباع كل عامين تقويميين. يشمل التغطية أي مجموعة من D4341 أو D4342. ◦ أمراض اللثة (التنظيف الجراحي) ◦ بحد أقصى مرة واحدة كل عام تقويمي (D4355) أو ◦ بحد أقصى مرتين كل عام تقويمي (D4910) ◦ خدمات الترميم (الحشوات)	لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات. قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا لم تكن الخدمة مشمولة أو في حال تجاوز الحد الأقصى المسموح به. قد تنطبق القيود والاستثناءات. ملاحظة: هذه التغطية مخصصة لمزايا طب الأسنان التكميلية من Medicare. هذا وتتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. تتاح مزايا طب الأسنان في برنامج Medi-Cal لطب الأسنان مقابل الرسوم. للحصول على مزيد من المعلومات، أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة على العثور على طبيب أسنان يقبل التعامل مع برنامج Medi-Cal Dental Program، اتصل بخط خدمات العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). هذه المكالمة مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental Services متاحون لمساعدتك بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني dental.dhcs.ca.gov/ للحصول على المزيد من المعلومات.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	◦ حتى 6 ترميمات كل عام تقويمي من أي من رموز ADA المغطاة بالحشوات الترميمية القائمة على الملغم أو الراتينج (D2140-D2161؛ D2330-D2335؛ وD2391-D2394). ◦ الخلع (البسيط) ◦ بحد أقصى 8 مرات كل عام تقويمي (D7140) ◦ الخلع (الجراحي) ◦ بحد أقصى 3 مرات في كل عام تقويمي (D7210، D7220، D7230، D7240، D7241) ◦ الشق والتصريف ◦ بحد أقصى مرة واحدة لكل سن في العمر (D7510، D7511، D7520، D7521) ◦ التيجان وإصلاح التيجان ◦ بحد أقصى مرتين في كل عام تقويمي؛ ومرة كل 5 سنوات لكل سن (D2510-D2530؛ D2542-D2544؛ D2620، D2630؛ D2642-D2644؛ D2650-D2652؛ D2662-D2664؛ D2710-D2722؛ D2740، D2750، D2751، D2752؛ D2781-D2783؛ D2790-D2794؛ D2799؛ D2951-D2954؛ D2980) ◦ علاج جذور الأسنان/قنوات الجذور ◦ بحد أقصى مرة واحدة كل عام تقويمي (D3220؛ D3310-D3330؛ D3410، D3421، D3425، D3426) ◦ أطقم الأسنان ◦ بحد أقصى مجموعة واحدة من تركيبات الأسنان الصناعية (إما كاملة أو فورية أو جزئية) كل 3 سنوات تقويمية؛ وصولاً إلى الحد الأقصى السنوي لتغطية الخطة (D5110-D5140؛ D5211-D5214؛ D5221-D5228) ◦ إصلاحات وتعديلات أطقم الأسنان ◦ بحد أقصى 4 مرات كل عام تقويمي D5511، D5512، D5520، D5611، D5612، D5621، D5622، D5630، D5640، D5650، D5660، D5670، D5671، D5710، D5711، D5720، D5721، D5725، D5730، D5731، D5740، D5741، D5750، D5751، D5760، D5761، D5765) ◦ العلاج الطارئ التلطيفي ◦ بحد أقصى 4 مرات كل عام تقويمي (D9110) ◦ التخدير (التخدير العميق وعبر الوريد) ◦ مغطى بالجراحة الفموية (D9222، D9223، D9239، D9243) قد تخضع هذه الرموز للتحديث 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 العضو في الخطة. تتطلب بعض خدمات طب الأسنان الحصول على موافقة مسبقة. سيتولى مقدم الخدمة مهمة أي تصاريح مطلوبة من الخطة نيابة عنك. لا تندرج الخدمات التجميلية وزراعة الأسنان في الخطة.	قد تكون مؤهلاً لتلقي خدمات طب الأسنان الإضافية من خلال برنامج Medi-Cal Dental Program وذلك عند زيارة أحد مقدمي خدمات طب الأسنان التابعين لبرنامج Medi-Cal. راجع القسم F2 للتعرف على المزيد من المعلومات حول المزايا التي يقدمها برنامج Medi-Cal Dental Program.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	فحص الاكتئاب ندفع مقابل إجراء فحص واحد للاكتئاب كل عام. ويجب توفير الفحص في مكان الرعاية الرئيسي حيث يمكن توفير علاج المتابعة والإحالات.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة السنوية لفحص الاكتئاب.
	فحص مرض السكري ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز في أثناء الصيام) إذا كانت لديك أيّ من عوامل الخطر الآتية: • ارتفاع ضغط الدم • سجل طبي به مستويات غير طبيعية من الكولسترول والدهون الثلاثية • السمنة • سجل طبي به ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز) يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثل زيادة الوزن ووجود مرض السكري في السجل الطبي للعائلة. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين لمرض لسكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص للسكري.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	تدريب وخدمات وإمدادات الإدارة الذاتية لمرض السكري ندفع مقابل الخدمات الآتية لكل الأشخاص الذين يعانون مرض السكري (سواء أكانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • إمدادات لمراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يلي: ◦ مراقبة الجلوكوز في الدم ◦ شرائط اختبار الجلوكوز في الدم ◦ أجهزة الوخز والواخزة ◦ محاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة المراقبة • بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون السكري المصابين بمرض القدم السكرية الحاد، ندفع مقابل ما يأتي: ◦ زوج واحد فقط من الأحذية العلاجية المصنوعة حسب الحالة (بما في ذلك الملحقات المدرجة بها)، بما في ذلك التركيب، وزوجان إضافيان من الملحقات المدرجة كل عام تقويمي، **أو** ◦ زوج واحد من الأحذية العميقة، بما في ذلك التركيب، وثلاثة أزواج من الملحقات المدرجة كل عام (غير شامل الملحقات القابلة للإزالة وغير المخصصة التي تتوفر مع هذه الأحذية) • في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك على إدارة مرض السكري. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.	أنت تدفع $0 مقابل هذه الميزة. تتم تغطية المستلزمات عندما تكون لديك وصفة طبية وتصرفها من صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو من خلال برنامج Mail Service Pharmacy. راجع "رعاية البصر" في هذا الجدول للتعرف على خدمات الأطباء إذا كنت تحتاج إلى فحص للعين لفحص اعتلال الشبكية السكري أو فحص الزرق. راجع "خدمات طب الأقدام" في هذا الجدول إذا كنت مريضًا بالسكري وتحتاج إلى الذهاب إلى طبيب لإجراء فحص للقدمين. راجع "العلاج الغذائي الطبي" في هذا الجدول إذا كنت مريضًا بالسكري وتحتاج إلى خدمات العلاج الغذائي الطبي (MNT). **قد يلزم الحصول على تصريح سابق للحصول على لوازم مرضى السكري وأحذية مرضى السكري والزرعات.** **لا يلزم الحصول على موافقة مسبقة للتدريب على إدارة مرض السكري ذاتيًا الذي يغطيه برنامج Medicare.**
	خدمات الداية بالنسبة إلى النساء الحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات بصحبة داية خلال مدة ما قبل الولادة وما بعدها إلى جانب الدعم خلال مدة المخاض والولادة.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات الداية.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الأجهزة الطبية المعمرة واللوازم ذات الصلة* راجع **الفصل 12** في *دليل الأعضاء* الذي يقدِّم تعريف "الأجهزة الطبية المعمرة". نغطي الأجهزة الآتية: • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية • العكازات • أنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة • وسادة الضغط الجاف للمراتب • لوازم مرضى السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الرعاية لاستخدامها في المنزل • مضخات الحقن الوريدي والقطب • أجهزة إنتاج الكلام • اللوازم وأجهزة الأوكسجين • البخاخات • مساند المساعدة على المشي • مقبض منحني قياسي أو عكاز رباعي واللوازم البديلة • وسادة العنق (على الباب) • محفز العظام • معدات رعاية غسيل الكلى العناصر الأخرى التي يمكن أن تشملها التغطية. ندفع مقابل كل المعدات الطبية المعمرة (DME) الضرورية من الناحية الطبية التي غالبًا ما يدفع برنامجا Medicare وMedi-Cal مقابلَها. إذا لم يكن مقدم الرعاية الخاص بنا في منطقتك يوفر علامة تجارية محددة أو شركة تصنيع محددة، يمكنك أن تستفسر منهم إذا كان بإمكانهم توفيرها لك بشكل خاص أم لا.	أنت تدفع $0 مقابل المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة التي يغطيها برنامج Medicare. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	رعاية الطوارئ تعني رعاية الطوارئ الخدمات التي: • المقدمة بواسطة مقدم رعاية مدرب على توفير خدمات الحالات الطارئة، **و** • المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة. تعدّ الحالة الطبية الطارئة إحدى الحالات الطبية المصحوبة بألم حاد أو إصابة خطيرة. ويصبح الوضع خطيرًا للغاية إذا لم يتلق اهتمامًا طبيًا على الفور، وقد يتوقع أي شخص ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب أن يؤدي الوضع إلى: • تعرض صحتك أو صحة الجنين لضرر جسيم؛ **أو** • إلحاق ضرر خطير بوظائف الجسم؛ **أو** • خلل خطير في أداء أي عضو أو جزء من أجزاء الجسم. • بالنسبة للمرأة الحامل في آلام ما قبل الولادة، في حالة: ○ عدم وجود وقت كافٍ لنقلك إلى مستشفى آخر بأمان قبل الولادة. ○ قد يمثل نقلك إلى مستشفى أخر تهديدًا لصحتك وسلامتك أو الطفل الذي لم يولد بعد. ولا تتم تغطية رعاية الطوارئ إلا داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها باستثناء حالات محدودة. اتصل بمسؤولي الخطة لمعرفة التفاصيل. كميزة إضافية، نخصص ما يصل إلى $10,000 لتغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم كل عام تقويمي للنقل في حالات الطوارئ، والرعاية العاجلة، والرعاية الطارئة، والرعاية بعد استقرار الحالة.	$0 إذا تلقيت خدمات رعاية الطوارئ في مستشفى غير تابع للشبكة، وتحتاج لرعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك الرجوع إلى أحد المستشفيات التابعة للشبكة لاستمرار تلقي خدمات الرعاية المدفوعة. ويمكنك البقاء في ذلك المستشفى غير التابع للشبكة لتلقي خدمات رعاية المرضى الداخليين إذا وافقت خطتنا على إقامتك.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات تنظيم الأسرة يتيح لك القانون اختيار أي مقدم للخدمات - سواء كان تابعًا أو غير تابع للشبكة للحصول على خدمات تنظيم الأسرة المحددة. أي أن تختار أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب يقدم خدمات تنظيم الأسرة. ندفع مقابل الخدمات الآتية: • فحوصات تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • الفحوصات التشخيصية والمختبرية فيما يتعلق بتنظيم الأسرة • طرق تنظيم الأسرة (الأجهزة التي توضع داخل الرحم (IUC/IUD)، أو الزراعات، أو الحقن، أو حبوب منع الحمل، أو الرقعة، أو الحلقة) • مستلزمات تنظيم الأسرة الموصوفة (الواقي الذكري والإسفنج المهبلي والرغوة المهبلية والغشاء المهبلي والحاجز المهبلي وغطاء عنق الرحم) • خدمات الخصوبة المحدودة مثل الاستشارة والتثقيف حول تقنيات التوعية بالخصوبة، و/أو الاستشارة الصحية قبل الحمل، والاختبار، وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً • استشارات واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والإيدز (AIDS) والأمراض الأخرى المقترنة بفيروس نقص المناعة المكتسبة • منع الحمل الدائم (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكبر لاختيار هذا الأسلوب من أساليب تنظيم الأسرة. يجب أن توقع على نموذج موافقة فيدرالي على التعقيم قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن بما لا يزيد عن 180 يومًا، قبل تاريخ الجراحة.) • استشارات الحالات الوراثية ندفع كذلك تكاليف بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، تجب عليك زيارة أحد مقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا في ما يتعلق بالخدمات الآتية: • علاج حالات العقم الطبية (ولا تشمل هذه الخدمة طرق التلقيح الصناعي للحمل.) • علاج مرض الإيدز والحالات الأخرى المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب • الاختبارات الوراثية قد تتم تغطية منتجات تنظيم الأسرة والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية التي لا يغطيها الجزء (D) من برنامج Medicare بموجب مزايا Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. تذكَّر أنك بحاجة إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) للحصول على الأدوية المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات تنظيم الأسرة.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	ميزة اللياقة البدنية (إضافية) 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 نشيطًا من دون أن تبرح منزلك. تتضمن خيارات اللياقة البدنية المنزلية اختيار جهاز تعقب اللياقة البدنية أو أدوات القوة أو اليوجا. إذا اخترتَ 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.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. استشِر طبيبك دائمًا قبل بدء روتين التمارين الرياضية أو تغييره.
	برامج التوعية الصحية والسلامة نحن نقدم برامج كثيرة تركز على حالات صحية معينة. وهي تشتمل على ما يلي: • فصول التوعية الصحية؛ • فصول التوعية الغذائية؛ • الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ؛ **و** • والخط الساخن لخدمات التمريض	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لبرامج التثقيف الخاصة بالصحة والعافية.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات الصحة السمعية*	$0
	ندفع في مقابل اختبارات التوازن والصحة السمعية المقدمة بواسطة مقدم الخدمة. تبين لك هذه الاختبارات مدى احتياجك للعلاج الطبي في هذه الحالات من عدمه. ويجرى تغطيتها في الخطة بوصفها خدمات رعاية خارجية يتلقاها المريض لدى أحد الأطباء أو اختصاصيّ السمع أو مقدمي الرعاية المؤهلين. تتم تغطية فحص سمع واحد كل عام، وعملية تركيب/تقييم واحدة لسماعات الأذن كل عامين ضمن مزايا Medi-Cal (Medicaid). تغطي خطتنا عملية تركيب/تقييم إضافية لسماعات الأذن كل سنة. إذا تم إخبارك بأنك بحاجة إلى سماعات أذن، فيمكنك الاستفادة من بدل لسماعات الأذن بقيمة $1510 كل سنة لكلا الأذنَين ضمن منافع Medi-Cal (Medicaid). بالإضافة إلى خدمات السمع المشمولة من قبل برنامج Medicare، يمكنك إجراء اختبار سمع روتيني بواقع مرة واحدة كل عام تقويمي. وعقب إجراء اختبار السمع الروتيني، قد يتم توفير جهاز سمع لك. يمكن تركيب/تقييم سماعات الأذن مرة واحدة كل عام تقويمي. إذا أخبرك طبيبك أنك تحتاج إلى سماعات أذن، فيمكنك الحصول على سماعتَي أذن بحد أقصى يحددهما سابقًا مقدم رعاية معتمد لدى الخطة للأذنين معًا كل 24 شهرًا. ندفع أيضًا ثمن أجهزة السمع عندما يصفها طبيب أو مقدم خدمة مؤهل آخر، بما في ذلك: • القوالب واللوازم والأجهزة السمعية • الإصلاحات • مجموعة أولية من البطاريات • ست زيارات للتدريب والتعديلات والمواءمة مع نفس المورد بعد حصولك على جهاز المساعدة السمعية • استئجار أجهزة المساعدة السمعية لفترة تجريبية • أجهزة المساعدة السمعية، والأجهزة السمعية للتوصيل العظمي للصوت • خدمات السمع المتعلقة بالمساعدات السمعية وخدمات ما بعد التقييم	لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	المزايا الإضافية الخاصة للأمراض المزمنة إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا الإضافية الخاصة للأعضاء المصابين بالأمراض المزمنة. ستحتاج إلى إرسال نموذج تقييم المخاطر الصحية الذي يكمله طبيبك كل عام ويحدد أنك تعاني من إحدى الحالات المذكورة التي يمكن أن تتفاقم من دون الوصول إلى إحدى المزايا الإضافية الخاصة المدرجة أدناه. ستتم مراجعة أهليتك سنويًا وقد يكون الحصول على موافقة مسبقة أمرًا مطلوبًا. • الإدمان المزمن للكحول والمواد المخدرة الأخرى؛ • اضطرابات المناعة الذاتية؛ • السرطان؛ • الاضطرابات القلبية الوعائية؛ • فشل القلب المزمن؛ • الخرف؛ • السكري؛ • الفشل الكبدي في مراحله النهائية؛ • الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD)؛ • اضطرابات الدم الحادة؛ • فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ • الاضطرابات الرئوية المزمنة؛ • أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة؛ • الاضطرابات العصبية؛ و • السكتة الدماغية 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 Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) بالاتصال بك عن طريق الهاتف أو البريد أو أي وسيلة اتصال أخرى كما هو موضح صراحةً في طلبك. يجب على الأعضاء استخدام بطاقة MyChoice التي بها رصيد مسبق للدفع مقابل الخدمات. **الأغذية والمنتجات:** إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على $75 كل ربع عام لإنفاقها على الأغذية والمنتجات. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي. يمكنك استخدام البدل الموجود في بطاقة MyChoice 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 على الموقع الإلكتروني Members.NationsBenefits.com/Molina.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات إذا كنت من مستخدمي بطاقة MyChoice. قد تكون المشاركة في برنامج إدارة الرعاية مطلوبة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) نلتزم بالدفع في مقابل إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) بواقع مرة واحدة كل 12 شهرًا بالنسبة لأولئك الذين: • يطلبون إجراء اختبار فحص نقص المناعة البشرية المكتسب، **أو** • يتهددهم خطر متزايد بالإصابة بالعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV). بالنسبة للحوامل، نلتزم بالدفع في مقابل إجرائهن ما يصل إلى ثلاثة فحوصات لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) خلال فترة الحمل. ندفع كذلك تكلفة فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) الإضافية عندما يوصي بذلك مقدم الرعاية الخاص بك.	$0 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.
	وكالة الرعاية الصحية المنزلية للحصول على خدمات الرعاية المنزلية، يجب أن يُبلغنا طبيبك بحاجتك للحصول على هذه الخدمات. كما يجب أن تُقدم هذه الخدمات بواسطة وكالة لخدمات الرعاية الصحية المنزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، مما يعني أن مغادرة المنزل تمثل جهدًا كبيرًا. ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة: • خدمات التمريض بدوام غير كامل 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 والمهني وعلاج مشكلات النطق • الخدمات الاجتماعية والطبية • اللوازم والأجهزة الطبية	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	العلاج بالتسريب في المنزل* تدفع خطتنا تكلفة العلاج بالتسريب في المنزل، الذي يُعرَّف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية تُعطى في الوريد أو تحقن تحت الجلد تُقدَّم إليك في المنزل. ومن الضروري للخضوع للتسريب في المنزل ما يلي: • الدواء أو المادة البيولوجية مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • الأجهزة، مثل المضخة؛ **و** • المستلزمات مثل الأنابيب أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات التسريب في المنزل التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات المهنية لا سيما خدمات التمريض والمقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير المدرجين بالفعل في مزايا الأجهزة الطبية المعمرة؛ • المتابعة عن بعد؛ والمتابعة عن بعد؛ **و** • خدمات المتابعة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	رعاية المحتضرين يحق لك اختيار إحدى دور رعاية المحتضرين إذا قرر مقدم الرعاية الخاص بك وكذلك المدير الطبي لرعاية المحتضرين أنك مصاب بمرض عضال لا يرجى الشفاء منه. وهذا يعني أنه مصاب بمرض لا يرجى الشفاء منه ومن المتوقع أن تتوفى خلال ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من أي من برامج رعاية المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare في منطقة خدمة الخطة. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المحتضرين الذي تتعامل معه أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو غير التابعين لها. وقد تشتمل الخدمات الخاضعة للتغطية على ما يلي: • الأدوية اللازمة لعلاج الأعراض والآلام • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية **بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات المشمولة بواسطة الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare والمتعلقة بالأمراض العضال التي تعاني منها يتم توجيه فواتيرها إلى Medicare:** • راجع **القسم F** من هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات. **بالنسبة إلى الخدمات المشمولة بتغطية خطتنا لكن لا يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare:** • تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها الجزء (أ) أو الجزء (ب) من Medicare. إننا نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بالمرض العضال أم لا. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات. **بالنسبة إلى الأدوية التي يمكن أن تغطيها ميزة الجزء (د) من برنامج Medicare في خطتنا:** • لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. للاطلاع على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء*. **ملاحظة:** إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية التلطيفية، التي توفر رعاية جماعية تركز على المريض والأسرة لتحسين نوعية حياتك. وقد تتلقى الرعاية التلطيفية في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/العادية. يُرجى الرجوع إلى قسم الرعاية التلطيفية للحصول على مزيد من المعلومات. **ملاحظة:** إذا كنت تحتاج إلى خدمات رعاية غير خدمات المحتضرين، فاتصل بمنسق الرعاية لترتيب تلك الخدمات. وتُعدّ خدمات رعاية غير المحتضرين هي تلك الخدمات التي **لا** تتعلق بالمرض الميؤوس منه. تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فحسب) لمن يعانون من مرض عضال والذين لم يختاروا المزايا المتاحة للمحتضرين.	عندما تسجّل في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من قِبل برنامج Medicare، يتم دفع تكاليف خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزء A والجزء B المرتبطة بمرضك العضال من قِبل خطة Original Medicare، لا خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	التحصينات ندفع مقابل الخدمات الآتية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا لمرة واحدة في كل موسم إنفلونزا، في الخريف والشتاء، مع لقاحات إنفلونزا إضافية إذا لزم الأمر من الناحية الطبية • لقاحات الالتهاب الكبدي الوبائي (ب) إذا كنت تعاني من خطر الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (ب) في المرحلتين المتوسطة أو المتقدمة • لقاحات كوفيد-19 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري • اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا لأي مخاطر، مع استيفاء هذه اللقاحات لقواعد الجزء (ب) من برنامج Medicare ندفع تكاليف اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد تغطية الجزء (د) من برنامج Medicare. راجِع **الفصل 6** من *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد. سندفع كذلك مقابل اللقاحات للبالغين بحسب توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP، Advisory Committee of Immunization Practices).	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والتهاب الكبد B وفيروس الورم الحليمي البشري وكوفيد-19.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى*	$0
	ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية إلى جانب الخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة تمامًا إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك) • الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات العناية المركزة أو العناية التاجية • العقاقير والأدوية • الفحوصات المعملية • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي • الإمدادات الطبية والجراحية اللازمة • الأجهزة الطبية مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرف الإنعاش والعمليات • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب • خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الداخليين • وفي بعض الحالات، تشمل الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلى والكلى/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة ونخاع العظام والخلايا الجذعية والأمعاء/الأحشاء المتعددة. إذا كنت تحتاج إلى عملية زرع، فسيراجع أحد مراكز الزرع المعتمدة من قِبل برنامج Medicare حالتك وسيقرر ما إذا كنت مؤهلاً للخضوع لهذه العملية. قد يكون مقدمو عمليات زرع الأعضاء محليون أو من خارج نطاق الخدمة. إذا كان مقدمو خدمات الزرع المحليون على استعداد لقبول نسبة Medicare، فيمكنك الحصول على خدمات زرع الأعضاء محليًا أو خارج نمط رعاية مجتمعك. إذا كانت الخطة تقدم خدمات الزرع خارج نمط الرعاية لمجتمعنا واخترتَ إجراء عملية الزرع هناك، فإننا نرتب أو ندفع تكاليف السكن والسفر لك ولشخص واحد آخر. ستوفر Molina Medicare Complete Care Select (HMO D-SNP) تعويضًا عن الإقامة والوجبات أثناء التواجد في الموقع البعيد للرعاية الطبية المتعلقة بعملية الزرع، بحد أقصى يومي يصل إلى 150$. إضافة إلى ما سبق، يمكن طلب تعويض المسافة المقطوعة بالمبلغ المعادل لأسعار المسافة المقطوعة القياسية لدافعي الضرائب على النحو الذي تحدده مصلحة الضرائب الداخلية والذي يتم تعديله ونشر إخطار علنًا 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 وإعطاؤه • خدمات الأطباء **ملاحظة:** لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب على مقدم الخدمة الخاص بك كتابة أمر لإدخالك رسميًا كمريض داخلي في المستشفى. حتى في حال مكوثك في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر "مريضًا خارجيًا". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى.	يجب عليك الحصول على موافقة من خطتنا للحصول على خدمات الرعاية للمرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في لائحة بيانات Medicare التي تسمى "هل تندرج تحت فئة المرضى الداخليين أم الخارجيين؟" إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare – يمكنك السؤال عن ذلك! تتوفر لائحة البيانات هذه عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.	
	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي* ندفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تستلزم البقاء في المستشفى. • إذا كنت تحتاج إلى خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية غير تابع للشبكة، فإننا نتحمل تكاليف هذه الخدمات مدة أول 190 يومًا. وبعد انقضاء هذه المدة، تتحمل وكالة الصحة العقلية في المقاطعة تكاليف الخدمات الداخلية للطب النفسي الضرورية من الناحية الطبية. ويجب التنسيق مع وكالة الصحة العقلية في المقاطعة بشأن تصريح الرعاية المقدَّمة بعد الـ 190 يومًا. ◦ شرط مدة الـ 190 يومًا هذا **لا يسريً** على خدمات الصحة العقلية الداخلية المقدمة في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة. • إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكثر، فإننا ندفع تكاليف الخدمات التي تحصل عليها في أي مؤسسة للأمراض العقلية (IMD).	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريض الماهرة (SNF) أثناء فترة بقاء المريض الداخلي غير المغطاة
	إننا لا ندفع مقابل إقامتك كمريض داخلي إذا كنت قد استخدمت جميع مزايا المرضى الداخليين الخاصة بك أو إذا كانت الإقامة غير معقولة وضرورية طبيًا.
	لكن في بعض الحالات التي لا تكون فيها رعاية المريض الداخلي مشمولة بالتغطية، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.
	ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة:
	• خدمات الأطباء
	• الاختبارات التشخيصية مثل الفحوصات المعملية
	• العلاج بالأشعة السينية والراديوم والعلاج بالنظائر المشعة، بما في ذلك الخدمات والمواد الفنية
	• الضمادات الجراحية
	• الجبائر والجبائر الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع
	• الأطراف الاصطناعية وأجهزة تقويم العظام والأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. هناك أجهزة يُستعاض بها كليًا أو جزئيًا عن:
	  ◦ أعضاء الجسم الداخلية (بما في ذلك الأنسجة المتلامسة)، **أو**
	  ◦ وظيفة أحد أعضاء الجسم الداخلية المتوقفة عن العمل أو ذات الخلل الوظيفي.
	• دعامات وسنادات الساقين والذراعين والظهر والرقبة أو الساقين والذراعين والعينين الاصطناعية. ويشمل ذلك التعديلات والإصلاحات والاستبدالات اللازمة نتيجة الكسر أو البلى أو الفقد أو تغير الحالة.
	• العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي المهني
		$0
		لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.
		قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	إمدادات وخدمات أمراض الكلى ندفع مقابل الخدمات الآتية: • خدمات التوعية بأمراض الكلى للتوعية بكيفية رعاية الكلى ومساعدتك على اتخاذ القرارات السليمة بشأن رعايتك. يجب أن يكون لديك مرض مزمن بالكلى في المرحلة الرابعة، ويجب إحالتك من قبل الطبيب. نغطي ما يصل إلى ست جلسات لخدمات التوعية بأمراض الكلى. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من النطاق الجغرافي للخدمة، كما هو موضح في **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*، أو عندما يكون مقدم الرعاية غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتًا. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا أُدْخِلت كمريض داخلي في أحد مستشفيات الرعاية الخاصة. • التدريب على غسيل الكلى ذاتيًا، بما في ذلك تدريبك أنت وأي أحد يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل • إمدادات ومعدات غسيل الكلى بالمنزل • خدمات دعم منزلي محددة مثل زيارات عمال الغسيل الكلوي الضرورية لفحص كيف تجرى عمليات الغسيل الكلوي في المنزل والمساعدة في حالات الطوارئ وكذلك لفحص معدات الغسيل الكلوي وإمداد المياه. وتتحمل مزايا الجزء (ب) من برنامج Medicare تكاليف بعض أدوية الغسيل الكلوي. لمزيد من المعلومات حول ذلك، يرجى الرجوع إلى "الأدوية الموصوفة طبقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare" في هذا الجدول.	$0 ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات. يغطي برنامج Medicare ما يصل إلى 6 جلسات في العمر.
	فحص سرطان الرئة تدفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا: • إذا كان عمرك يتراوح بين 50-77 عامًا، **و** • لديك زيارة استشارية ومشاركة في اتخاذ القرار مع طبيبك أو مع غيره من مقدمي الرعاية المؤهلين، **و** • إذا كنت قد قمت بتدخين علبة واحدة على الأقل في اليوم لمدة 20 عامًا بدون أن تظهر عليك علامات أو أعراض سرطان الرئة أو كنت تدخن الآن أو كنت قد أقلعت عن التدخين خلال الخمسة عشر عامًا الماضية. بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية المؤهلين.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارات الاستشارات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي يغطيها برنامج Medicare.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	العلاج الغذائي الطبي هذه المزايا مستحقة لمرضى السكري أو أمراض الكلى دون الغسيل الكلوي. كما أنها مستحقة أيضًا بعد عملية زرع الكلى عندما يأمر الطبيب بذلك. ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة المباشرة خلال السنة الأولى من تلقيك خدمات العلاج الغذائي الطبي بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر ذلك من الناحية الطبية. أما في السنوات التالية على السنة الأولى فنتحمل تكاليف ساعتين من خدمات الاستشارات المباشرة تلك. فإذا طرأ تغيير على حالتك أو علاجك أو تشخيصك، يجوز لك الحصول على مزيد من ساعات العلاج بناءً على أمر من طبيبك. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويجدِّد الأمر كل عام إذا احتجتَ إلى تمديد العلاج في السنة التقويمية المقبلة. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر ذلك من الناحية الطبية.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للاستفادة بخدمات العلاج الغذائي الطبي التي يغطيها برنامج Medicare.
	برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) تدفع خطتنا مقابل خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP). تم تصميم برنامج MDPP لمساعدتك على تعزيز سلوكك الصحي. ويوفر التدريب العملي في: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، **و** • زيادة النشاط البدني، **و** • طرق المحافظة على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لميزة خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP).
	أدوية الوصفات الطبية الواردة بالجزء (B) من برنامج Medicare* هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء (ب) من برنامج Medicare. تدفع خطتنا تكلفة الأدوية الآتية: • الأدوية التي لا تعطيها لنفسك عادة بل تأخذها حقنًا أو بالتسريب الوريدي خلال زيارتك للأطباء أو العيادات الخارجية للمستشفيات أو عند حصولك على خدمات مراكز الجراحة المتنقلة • الأنسولين المقدم من خلال أحد الأجهزة الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية التي تأخذها باستخدام الأجهزة الطبية المعمرة (مثل البخاخات) المعتمدة من خطتنا. • دواء الزهايمر، Leqembi (الاسم العام له هو lecanemab)، الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد • عقاقير عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • زرع الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي Medicare العلاج الدوائي لزرع الأعضاء إذا كان Medicare منوطًا 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. يغطي برنامج Medicare الجزء (D) الأدوية المثبطة للمناعة حال كونها غير مشمولة من جانب الجزء (B) • أدوية هشاشة العظام التي تؤخذ عن طريق الحقن. وندفع تكاليف هذه الأدوية إذا كنتِ قعيدة المنزل بسبب كسر يشهد طبيب بأن لهذا الكسر علاقة بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، وأنكِ لا تستطيعين أن تأخذيها حقنًا بنفسك.	أنت تدفع $0 مقابل كل دواء موصوف ضمن الجزء B في برنامج Medicare. قد تخضع أدوية الجزء B للعلاج التدريجي. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	• بعض المستضدات: يغطي Medicare المستضدات إذا ما وصفها الطبيب وأعطاها شخص مدرب بشكل صحيح (قد تكون أنت المريض) تحت إشراف مناسب • بعض الأدوية المضادة للسرطان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي يتم تناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء 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 للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي Medicare الأدوية المضادة للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم والتي يتم تناولها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا ما تم تناولها قبل 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو خلال هذه المدة أو ما يليها أو في حال إذا ما تم استخدامها كبديل علاجي كامل للأدوية المضادة للغثيان التي يتم حقنها عبر الوريد • بعض أدوية مرض الكلى في مراحله النهائية التي تؤخذ عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن ومغطى من جانب ميزة مرض الكلى في مراحله النهائية ضمن الجزء (B) • الأدوية المحاكية للكالسيوم بموجب نظام دفع مرض الكلى في مراحله النهائية، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv والدواء الفموي Sensipar • هناك 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 إذا كنت تعاني من مرض الكلى في مراحله النهائية أو إذا كنت تحتاج إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Procrit®) • الجلوبيولين المناعي حقنًا بالوريد للعلاج المنزلي من أمراض نقص المناعة البشرية الرئيسية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية الوريدية والأنبوبية) ينقلك الرابط الآتي إلى قائمة أدوية الجزء (B) التي قد تخضع للعلاج التدريجي: www.MolinaHealthcare.com/Medicare كما نقوم بتغطية بعض اللقاحات بموجب الجزء (B) من برنامج Medicare بالإضافة إلى معظم لقاحات البالغين بموجب مزايا الأدوية الموصوفة في الجزء (D) من برنامج Medicare. يوضح **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* ميزة الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين. حيث يشرح الفصل القواعد الواجب اتباعها لتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا. ويوضح الفصل 6 من *دليل الأعضاء* التكاليف التي تتحملها مقابل الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين ضمن خطتنا.	

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	بطاقة MyChoice بطاقة MyChoice هي بطاقة خصم سابقة الدفع خاصة بالمزايا يمكنك استخدامها لدفع تكاليف مزايا الخطة الإضافية التي تختارها مثل: • العناصر التي لا تستلزم وصفة طبية • الأغذية والمنتجات* *متطلبات الأهلية السارية. بطاقة الخصم فورية الاستعمال ليست بطاقة ائتمان. ولا يمكنك تحويل البطاقة إلى نقود أو إقراضها لشخص آخر. ولا تغطي بطاقة المزايا هذه الجراحات التجميلية. يتم تحويل الأموال إلى البطاقة بشكل شهري. وإذا تركت الخطة، يتم إرجاع أي أموال مخصصة غير مستخدمة إلى الخطة في تاريخ إلغاء التسجيل الفعلي. يمكن استخدام بدلات بطاقة MyChoice فقط للحصول على المزايا الإضافية المحددة وصولاً إلى الحدّ المعين. ولا يُسمح لغير العضو باستخدام هذا المخصص، كما أنه لا يجوز استخدام هذا المخصص لأي ميزة أو تكاليف أخرى. لمزيد من المعلومات عن مزايا الأدوية التي تصرف من دون وصفة طبية أو كيفية التأهل للحصول على ميزة الأغذية والمنتجات، والمزايا الإضافية الخاصة للأمراض المزمنة (SSBCI)، يرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). وللحصول على مخصصات المزايا الإضافية الخاصة للأمراض المزمنة (SSBCI)، يجب أن يستوفي العضو الشروط الآتية: وجود مرض مزمن يؤهله للاستفادة من المزايا، ووجود تقييم للمخاطر الصحية (HRA) مقبول تم إجراؤه ومسجل حاليًا في خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)، وتقديم موافقة الطبيب المعالِج مقترنة بتقرير إدارة الحالة ضمن خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Case Management. راجع "المزايا الإضافية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة III" في هذا المخطط للحصول على مزيد من المعلومات.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.
	الاستشارات الغذائية يمكنك الحصول على استشارات غذائية فردية عبر الهاتف عند الطلب. وسيحتاج مقدم الرعاية الخاص بك إلى إكمال نموذج إحالة التثقيف الصحي والتوقيع عليه حتى يكون لدينا فهم واضح لاحتياجاتك قبل الاتصال بك. • تبلغ مدة التدخل عبر الهاتف من 30 إلى 60 دقيقة. • سيتم تزويدك بمعلومات الاتصال للحصول على مزيد من المعلومات و/أو المتابعة حسب الحاجة أو الرغبة. إن الجلسات الغذائية/جلسات النظام الغذائي الفردية غير محدودة ضمن منافع Medi-Cal (Medicaid). تغطي خطتنا 12 جلسة هاتفية إضافية فردية/جماعية. سيحيلك مقدم الرعاية الخاص بك إلى اختصاصي تغذية داخل الشبكة للحصول على هذه الخدمات.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للاستشارات الغذائية.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الحصول على الرعاية في مرفق للرعاية* مرافق التمريض هي تلك الأماكن التي تُقدَّم فيها الرعاية للمرضى الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل وإن لم تستلزم الحاجة حجزهم في المستشفيات. تشمل الخدمات التي ندفع تكاليفها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • غرفة رعاية نصف خاصة (أو غرفة رعاية خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية) • الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج مشكلات النطق • العلاج التنفسي • الأدوية التي تُعطى للمريض كجزء من خطة الرعاية التي يتمتع بها. (ويشمل ذلك المواد التي توجد بالطبيعة في الجسم كأدوية عوامل تخثر الدم.) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الإمدادات الطبية والجراحية التي تُقدم للمريض في مرافق التمريض • الاختبارات المخبرية التي تُجرى للمريض في مرافق التمريض • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي التي تُجرى للمريض في مرافق التمريض • استعمال الأجهزة والكراسي المتحركة التي تُتاح للمرضى في مرافق التمريض • خدمات الأطباء/الممارسين • الأجهزة الطبية المعمرة • خدمات طب الأسنان، بما في ذلك تركيب أطقم الأسنان • مزايا النظر • الاختبارات الطبية السمعية • الرعاية بالمعالجة اليدوية • خدمات طب الأقدام تحصلُ عادة على الرعاية من المرافق التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. فبوسعك تلقي خدمات الرعاية من الأماكن التالية بشرط أن تقبل تلك الأماكن بالمبالغ التي ستتحملها خطتنا: • مرافق التمريض أو دور الرعاية المستمرة للمتقاعدين في المكان الذي كنت تقيم فيه قبل انتقالك للمستشفى (ما دامت تلك المرافق تقدم خدمات الرعاية التمريضية). • مرفق رعاية تمريضية يعيش فيه زوجك/زوجتك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	فحص السمنة وعلاجات التخسيس إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك يبلغ 30 درجة فما فوق، فإننا ندفع تكاليف خدمات الاستشارة لمساعدتك على فقدان الوزن. ويجب أن تحصل على هذه الخدمات الاستشارية من دار للرعاية الرئيسية. ومن ثم، يمكنك التحكم في حالتك من خلال خطة وقائية كاملة. للمزيد، يرجى الرجوع لمقدم الرعاية الرئيسي الخاص بك.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمة الوقائية لفحص السمنة وعلاجها.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية (OTP) تدفع خطتنا تكاليف الخدمات الآتية لعلاج الاضطراب الناجم عن تعاطي المواد الأفيونية (OUD): • أنشطة الجرعات • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء، وتنظيم هذه الأدوية وإعطائك إياها، عند الاقتضاء • الاستشارة بشأن الاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السمية)*	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية 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.
	اختبارات التشخيص لمرضى العيادات الخارجية والخدمات والإمدادات العلاجية* ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية إلى جانب الخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • 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 • الفحوصات المعملية • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لاختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات العلاجية والإمدادات. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.** لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية. يتطلب الاختبار الجيني المعملي الحصول على تصريح مسبق.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الخدمات المقدمة خارج المستشفى* سنتكفل بمصاريف الخدمات اللازمة طبيًا التي تحصل عليها في أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات من أجل تشخيص مرض أو إصابة، مثل: • الخدمات التي يحصل عليها المريض في أقسام الطوارئ أو العيادات الخارجية، مثل خدمات الملاحظة أو الجراحة في العيادات الخارجية ◦ تساعد خدمات الملاحظة طبيبكَ على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى بصفتك "مريضًا داخليًا". ◦ في بعض الأحيان، يمكن أن تكون في المستشفى طوال الليل ولا تزال "مريضًا خارجيًا". ◦ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن تصنيفات المريض الداخلي والمريض الخارجي من خلال لائحة البيانات هذه: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تُصدر بها المستشفيات فواتير محاسبة • الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك خدمات الرعاية ضمن برنامج الاستشفاء الجزئي، إذا شهد الطبيب المعالج للمريض بالحاجة إلى العلاج الداخلي من دون تلك الخدمات • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي التي تُجريها المستشفيات للمريض مع استصدار فواتير محاسبية بها • اللوازم الطبية مثل الجبائر والدعامات • الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا • بعض الأدوية التي لا تستطيع إعطاءها لنفسك	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمات المرضى الخارجيين في المستشفيات. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.** لا يلزم الحصول على موافقة للحصول على خدمات المختبرات وخدمات الأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية. يتطلب الاختبار الجيني المعملي الحصول على تصريح مسبق.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين* ندفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي يقدِّمها: • أحد الأطباء أو المعالجين النفسيين المعتمدين لدى الولاية • أحد اختصاصي علم النفس السريري • أحد الاختصاصيين الاجتماعيين السريريين • أحد الاختصاصيين في التمريض السريري • أحد الاستشاريين المهنيين المرخص لهم • أحد أخصائيي الزواج والأسرة المرخص لهم • أحد الممرضين الممارسين • أحد الأطباء المساعدين • أي اختصاصي في الرعاية الصحية النفسية معتمد من برنامج Medicare بموجب قوانين الولاية ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة: • الخدمات السريرية • العلاج النهاري • خدمات التأهيل النفسي الاجتماعي • برامج دخول المستشفى بشكل جزئي أو الرعاية الخارجية المكثفة • تقييم الصحة النفسية الفردية والجماعية وعلاجها • الاختبارات النفسية عندما تُطلب سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية • خدمات الرعاية الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالأدوية • المعامل والأدوية والإمدادات والمستلزمات المصروفة لمرضى العيادات الخارجية • استشارات الصحة النفسية تتضمن مزاياMedi-Cal الخاصة بك خدمات الصحة النفسية المتخصصة للأفراد المؤهلين. تتم تغطية خدمات الصحة العقلية المتخصصة هذه خارج خطتنا. يرجى مراجعة الفصل 3، القسم هـ1 للتعرف على المزيد من المعلومات حول هذه الخدمات وكيفية الحصول عليها.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للرعاية الصحية النفسية للمرضى في العيادات الخارجية. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	الخدمات المتعلقة بالتأهيل الشامل للمرضى الخارجيين* ندفع تكاليف العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز المعالجين المستقلين ومرافق إعادة التأهيل الخارجية الشاملة (CORFs) وغيرها من المرافق.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لكل زيارة خارجية للعلاج الطبيعي أو العلاج المهني و/أو علاج النطق. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين* ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة: • فحص فرط تعاطي الكحول والاستشارات ذات الصلة بذلك • علاج إدمان المخدرات • الاستشارات الفردية أو الجماعية المقدمة بواسطة أحد الأطباء المؤهلين • إزالة السمية دون الحادة في أحد برامج علاج الإدمان الداخلية • خدمات علاج الإدمان و/أو تعاطي الكحول في أحد مراكز العلاج المكثفة الخارجية • العلاج الممتد بعقاقير النالتريكسون (فيفيترول)	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للخدمات الخاصة بالاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة للمرضى الخارجيين في المستشفيات. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	الجراحة في العيادات الخارجية* ندفع تكاليف العمليات الجراحية وخدماتها الخارجية في المرافق الخارجية في المستشفيات والمراكز الجراحية المتنقلة.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لجراحات العيادات الخارجية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تكاليف المستشفى أو مرفق آخر وتكاليف الطبيب أو الجراحة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	الأدوية التي يتم الحصول عليها بدون وصفة طبية (OTC، Over-the-counter) (التكميلية) سوف تحصل على رصيد يبلغ $100 كل ربع عام لإنفاقه على المستلزمات والمنتجات والأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية معتمدة من الخطة باستخدام بطاقة MyChoice. إذا لم تستخدم مبلغ المزايا الشهري بالكامل، فستنتهي صلاحية الرصيد المتبقي ولن يتم ترحيله إلى الشهر التالي. تشمل التغطية الخاصة بك منتجات الصحة والعافية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) مثل الفيتامينات وواقيات الشمس ومسكنات الألم وأدوية السعال والبرد والضمادات. يمكنك طلبها: • عبر الإنترنت - تفضل بزيارة NationsOTC.com/Molina • عبر الهاتف – 208-9243 (877) للتحدث إلى أحد مستشاري الأعضاء الخبراء للأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) على (رقم الهاتف النصي (TTY): 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، كل أيام الأسبوع، 365 يوم في السنة. • عبر البريد - املأ نموذج الطلب الوارد ضمن كتالوج المنتجات التي تصرف دون وصفة طبية وأعِد إرساله. • من خلال مواقع البيع بالتجزئة المشاركة. راجِع كتالوج المنتجات التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) لعام 2025 للاطلاع على قائمة كاملة بالمستلزمات التي تصرف بدون وصفة طبية التي تعتمدها الخطة أو اتصِل 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 2025.	$0 قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا تجاوزت الحد الأقصى للبدلات الشهرية. قد تنطبق القيود والاستثناءات.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الرعاية التلطيفية تغطي خطتنا الرعاية التلطيفية. وتخصص الرعاية التلطيفية للأشخاص المصابين بأمراض خطيرة. وهي تقدم رعاية تركز على المريض وأفراد أسرته حيث تعمل على تحسين نوعية الحياة من خلال توقع المعاناة والوقاية منها وعلاجها. الرعاية التلطيفية **ليست** رعاية للمحتضرين، وبالتالي لا يشترط أن يكون متوسطالعمر المتوقع لك ستة أشهر أو أقل لتكون مؤهلاً للحصول على الرعاية التلطيفية. ويتم توفير الرعاية التلطيفية بالتوازي مع الرعاية العلاجية/العادية. وتتضمن الرعاية التلطيفية ما يلي: • التخطيط المسبق للرعاية • تقييم الرعاية التلطيفية والاستشارة بشأنها • خطة رعاية تضم جميع الرعاية التلطيفية والعلاجية المعتمدة، بما في ذلك الصحة النفسية والخدمات الاجتماعية الطبية • الخدمات المقدمة من فريق الرعاية المعين لك • تنسيق الرعاية الصحية • إدارة الألم والأعراض قد لا تتمكن من الحصول على رعاية المحتضرين والرعاية التلطيفية في آن واحد إذا كان عمرك يتخطى 21 عامًا. إذا كنتَ تحصل على الرعاية التلطيفية وتستوفي الأهلية لتلقي رعاية المحتضرين، فيمكنك أن تطلب التغيير إلى رعاية المحتضرين في أي وقت.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات الرعاية التلطيفية.
	خدمات الاستشفاء الجزئية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة* الاستشفاء الجزئي هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. وتُقدم على أنها خدمات في المرافق الاستشفائية الخارجية أو المراكز المجتمعية لخدمات الرعاية الصحية النفسية. وهي أكثر فعالية من الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك أو أخصائي الزواج والأسرة المرخص له (LMFT) أو مكتب الاستشاري المهني المرخص. ويمكنك البرنامج من التخلي عن الإقامة في المستشفيات. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم للعلاج الصحي السلوكي (العقلي) الذي يتم تقديمه كخدمة للمرضى الخارجيين في المستشفى، أو مركز صحة عقلية مجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية توفر المزيد من الرعاية مقارنة بما تتلقاه في عيادة الطبيب أو المعالج أو أخصائي الزواج والأسرة المرخص له (LMFT) أو مكتب الاستشاري المهني المرخص. ولكنها تكون أقل تركيزًا من العلاج الجزئي في المستشفى. **ملاحظة:** نظرًا إلى عدم وجود مراكز مجتمعية للرعاية الصحية العقلية في شبكتنا، نحن نغطي الاستشفاء الجزئي فقط كخدمة في العيادات الخارجية.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لخدمات الاستشفاء الجزئي المغطاة من قبل Medicare. يجب أن تستوفي شروطًا معينة للتأهل للتغطية، وإذا كنت ستحتاج إلى علاج في العيادات الداخلية، فيجب أن يشهد طبيبك بذلك. يعطَى هذا العلاج خلال ساعات النهار في قسم العيادات الخارجية أو المركز المجتمعي للرعاية الصحية العقلية ولا يتطلب المبيت. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما فيها الزيارات لعيادات الأطباء	$0

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	ندفع مقابل الخدمات الآتية: • خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبيًا التي تقدَّم في أماكن مثل: • مراكز الأطباء • المراكز الجراحية الإسعافية المعتمدة • القسم المتعلق بالمرضى الخارجيين • خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج المقدمة من قبل أحد الاختصاصيين • فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية **أو** الأخصائي، إذا طلب الطبيب إجراء هذه الفحوصات لمعرفة إذا ما كنت بحاجة إلى علاج • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك *المزايا الإضافية للرعاية الصحية عن بُعد*. ○ يمكنك اختيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترتَ الحصول على واحدة من هذه الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب أن تتعامل مع مقدم رعاية تابع للشبكة يوفر خدمة الرعاية الصحية عن بُعد. • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما في ذلك خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج المقدمة من قبل أحد الأطباء أو الممارسين إلى الأعضاء الموجودين في أماكن ريفية معينة أو الأماكن الأخرى المعتمدة من برنامج Medicare • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بأمراض الكلى في مراحلها النهائية (ESRD) لأعضاء غسيل الكلى المنزلي في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى للحالات الحرجة في المستشفى أو مرفق غسيل الكلى أو المنزل • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات أو اضطرابات الصحة النفسية المصاحبة • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات الآتية: • 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 العقلية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHC). • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد التي يقدمها أخصائيو العلاج المهني المؤهلون، وأخصائيي العلاج الطبيعي بالإضافة إلى أخصائيي أمراض النطق واللغة وأخصائيي السمع **تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية**	لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما فيها الزيارات لعيادات الأطباء (يُتبع) • الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5 - 10 دقائق **إذا** ◦ كنت مريضًا غير جديد **و** ◦ كان الفحص غير مرتبط بزيارة للعيادة خلال الـ 7 أيام الماضية **و** ◦ كان الفحص لا يؤدي إلى زيارة للعيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك والترجمة والمتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة **إذا**: ◦ كنت مريضًا غير جديد و ◦ كان التقييم غير مرتبط بزيارة للعيادة في الأيام الـ 7 الماضية **و** ◦ كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة مكتبية في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • استشارة طبيبك للأطباء الآخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا • الحصول على رأي آخر من مقدم رعاية آخر تابع للشبكة قبل الجراحة • الرعاية الصحية غير الروتينية للأسنان. تقتصر الخدمات المشمولة على: ◦ جراحات الفكين أو الهياكل ذات الصلة ◦ تجبير كسور الفكين أو عظام الوجه ◦ خلع الأسنان قبل العلاج الإشعاعي للأورام السرطانية ◦ الخدمات التي يمكن تغطيتها عند تقديمها بواسطة طبيب	
	خدمات طب الأقدام* ندفع مقابل الخدمات الآتية: • تشخيص وعلاج إصابات القدمين وأمراضهما طبيًّا أو جراحيًا (مثل إصابات أصابع القدم المطرقية أو مهماز العقب) • العناية الروتينية بالقدمين للأفراد المصابين بأمراض تؤثر على القدمين مثل مرض السكري	$0 **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	فحوصات مراقبة سرطان البروستاتا بالنسبة للرجال في سن الخمسين فأكثر، نتكفل بدفع تكاليف إجراء الخدمات التالية لمرة واحدة كل 12 شهرًا: • الفحص الرقمي للمستقيم • اختبارات المستضدات المحددة للبروستاتا	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للاختبار السنوي للمستضدات المحددة للبروستاتا (PSA).

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة* الأجهزة التعويضية هي تلك الأجهزة التي يُستعاض بها عن أحد أعضاء الجسم أو وظائفه جزئيًا أو كليًا. وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • اختبار الأجهزة الاصطناعية والتقويمية أو تركيبها أو التدريب على استخدامها • أكياس فغر القولون ولوازم العناية بفغر القولون • التغذية المعوية والتغذية بالحقن، بما في ذلك مجموعات إمدادات التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والمحاليل، والإمدادات اللازمة لعمليات الحقن الذاتي • أجهزة ضبط نبضات القلب • الدعامات • الأحذية الاصطناعية • الأقدام أو الأذرع الاصطناعية • الأثداء الاصطناعية (بما في ذلك الحمالات الجراحية بعد عمليات استئصال الثدي) • الأطراف الاصطناعية التي تحل محل كل عضو من أعضاء الجسم الخارجية تم بتره أو أصيب بالتلف بسبب مرض أو إصابة أو عيب خلقي • كريمات وحفاضات سلس البول ندفع تكاليف بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وندفع كذلك تكاليف إصلاح هذه الأجهزة أو استبدالها. كما نقدم بعض التغطية بعد إزالة الساد أو جراحات الساد. راجِع ميزة "رعاية النظر" التي ترد لاحقًا في هذا الجدول للحصول على مزيد من التفاصيل.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل كل جهاز تعويضي أو جهاز تقويم العظام يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة والمستلزمات المتعلقة بها وإصلاحها. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	خدمات إعادة التأهيل الرئوي* ندفع تكاليف برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) المتوسط إلى الشديد. ويتعين عليك كمريض طلب إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمات لعلاج مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). ندفع تكاليف خدمات الأجهزة التنفسية للمرضى الذين يعتمدون على أجهزة التنفس الصناعية.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لكل زيارة إعادة تأهيل رئوي مغطاة من قبل Medicare. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	استشارات وفحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) نتكفل بمصاريف فحوصات الكلاميدياوالسيلان والزهري، والتهاب الكبد الوبائي (فيروس ب). ويتم تغطية هذه الفحوصات للحوامل وبعض المرضى الذين يعانون من خطر الإصابة بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا (STI) بشكل كبير. ويجب الحصول على طلب بذلك من مقدم الرعاية الأولية. هذا ونغطي هذه الفحوصات بواقع مرة كل 12 شهرًا أو خلال أوقات معينة أثناء الحمل. ندفع كذلك تكاليف ما يصل إلى جلستين من جلسات الاستشارة السلوكية المباشرة المكثفة للغاية كل عام للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا (STI) بشكل متزايد. على أن تكون مدة الجلسة الواحدة ما بين 20 إلى 30 دقيقة. ندفع تكاليف الجلسات الاستشارية هذه بوصفها خدمة وقائية فقط إذا تلقاها المريض على يد مقدم رعاية أولية. ويجب أن يتلقى المريض تلك الجلسات في مركز للرعاية الرئيسية؛ مثل عيادات الأطباء.	$0 لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات للمزايا الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare لفحوصات الأمراض المنقولة جنسيًا (STI) والجلسات الاستشارية المتعلقة بهذه الأمراض.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية المتخصصة* ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة: • غرفة شبه خاصة، أو غرفة خاصة تمامًا إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك • الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج مشكلات النطق • الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك، بما في ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم • الدم - بما في ذلك التخزين والتعاطي، وتبدأ التغطية بالثلاثة أرباع اللتر الأولى من الدم التي تحتاجها • الإمدادات الطبية والجراحية المقدمة من مرافق التمريض • اختبارات المعمل المقدمة بواسطة مرافق التمريض • خدمات الأشعة السينية والخدمات الإشعاعية الأخرى المقدمة بواسطة منشآت التمريض • الأجهزة التي تقدمها في العادة مرافق التمريض، مثل الكراسي المتحركة • خدمات الطبيب/مقدم الرعاية تحصلُ عادة على الرعاية من المرافق التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. فبوسعك تلقي خدمات الرعاية من الأماكن التالية بشرط أن تقبل تلك الأماكن بالمبالغ التي ستتحملها خطتنا: • دار تمريض أو مجتمع عناية مستمرة بالمتقاعدين كنت قد مكثت فيه قبل الانتقال إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مرفق التمريض) • مرفق رعاية تمريضية مكث فيه زوجك/زوجتك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى	$0 لن تتحمل أي تكاليف مقابل الرعاية المقدمة في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ إذا كنت تتعاطى منتجات تبغية ولا تظهر عليك علامات أو أعراض الأمراض المتعلقة بالتبغ، وترغب في الإقلاع أو يجب عليك الإقلاع: • ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين خلال مدة قدرها 12 شهرًا بعدّها خدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية من أجلك. وتتضمن كل محاولة للإقلاع عن التدخين ما يصل إلى أربع زيارات استشارية مباشرة. إذا كنت تستخدم منتجات تبغية وتم تشخيص أمراض متعلقة بالتبغ أو كنت تتناول أدوية يمكن أن يؤثر عليها التبغ سلبًا: • ندفع مقابل محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في مدة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات شخصية. إذا كنت سيدة حاملاً، يمكنكِ تلقي استشارة غير محدودة للتوقف عن تناول المنتجات التبغية مع الحصول على موافقة مسبقة بذلك.	$0 لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات للمزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ التي يغطيها برنامج Medicare.

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)* ندفع مقابل علاج SET إلى الأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض الذين لديهم إحالة لعلاج PAD من طبيب مسؤول عن علاج PAD. تدفع خطتنا تكاليف: • ما يصل إلى 36 جلسة خلال مدة 12 أسبوع إذا تم استيفاء جميع متطلبات العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا رأى مقدم الرعاية أنها ضرورية من الناحية الطبية يجب أن يشتمل برنامج العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف على ما يلي: • جلسات تتراوح من 30 إلى 60 دقيقة من برنامج التدريب على التمارين العلاجية لعلاج مرض الشريان المحيطي الخاص بالأعضاء المصابون بتشنج الساق بسبب سوء تدفق الدم (العرج) • في بيئة رعاية خارجية أو في عيادة الطبيب • يتم تقديمه من قبل موظفين مؤهلين ممن يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر والذين يتم تدريبهم على العلاج بالتمرين فيما يخص مرض الشريان المحيطي • أن يكون تحت الإشراف المباشر لطبيب، أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخطائي تمريض سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارات العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف المغطى من قبل Medicare. **قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.**
	النقل: النقل الطبي في غير حالات الطوارئ ستغطي الخطة تكاليف الانتقال لكي تنتقل إلى أو من المواعيد الطبية إذا كانت تلك الخدمات خاضعة للتغطية. تغطي الخطة ما يصل إلى 12 رحلة في اتجاه واحد فقط كل عام. يجب الحصول على موافقة مسبقة للرحلات ذات الاتجاه الواحد التي تزيد مسافتها عن 100 ميل. تشمل أنواع الانتقال في غير حالات الطوارئ على ما يلي: • سيارة سيدان أو شاحنة صغيرة أو سيارة أجرة أو خدمات مشاركة الركوب إذا كنت قادرًا على المشي. • سيارة مزودة برافعة كرسي متحرك، إذا كانت حركتك محدودة. بمجرد استنفاد هذه الميزة، إذا كان لديك تغطية طبية من Medicaid، فقد يكون لديك حق الحصول على ميزة النقل غير الطارئ من Medicaid التي ستغطي الرحلات إلى مقدم الرعاية الأولية ومقدمي الخدمات الآخرين. راجع الفصل 3، القسم F للحصول على مزيدٍ من المعلومات.	$0

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	الرعاية العاجلة تلقي الرعاية الضرورية العاجلة لمعالجة: • حالة غير طارئة تتطلب الرعاية الطبية الفورية، **أو** • مرض غير متوقع، **أو** • إصابة، **أو** • حالة تحتاج إلى الرعاية الفورية. إذا كنت بحاجة إلى الرعاية العاجلة فينبغي عليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم رعاية من داخل الشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بمقدمي خدمات غير تابعين-للشبكة عند عدم تمكنك من الوصول إلى مقدمي خدمات تابعين للشبكة لأنه نظرًا لظروفك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من مقدمي خدمات تابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طبية طارئة). كميزة إضافية، نخصص ما يصل إلى $10,000 لتغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم كل عام تقويمي للنقل في حالات الطوارئ، والرعاية العاجلة، والرعاية الطارئة، والرعاية بعد استقرار الحالة.	أنت تدفع $0 مقابل كل زيارة رعاية عاجلة يغطيها برنامج Medicare. ويكون تقاسم التكاليف هو نفسه بالنسبة إلى خدمات الرعاية العاجلة خارج الشبكة أو داخل الشبكة.
	رعاية النظر ندفع مقابل خدمات طبيب المرضى الخارجيين من أجل تشخيص أمراض وإصابات العين وعلاجها. على سبيل المثال، يشتمل ذلك على فحوصات العين السنوية للمرضى المصابين باعتلال الشبكية السكري للمصابين بالسكري وعلاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بالزرق، ندفع مقابل فحص واحد للزرق كل عام. ويتضمن الأشخاص المعرضون لخطر كبير للإصابة بالجلوكوما: — الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما — الأشخاص المصابين بمرض السكري — الأمريكيون من أصول أفريقية ممن يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر — الأمريكيون الإسبانيون ممن تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر إذا كنت ستخضع لجراحتَي ساد منفصلتين، فستحصل على نظارة واحدة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى.	$0

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	رعاية النظر (تكميلية) لقد عقدنا شراكة مع VSP لمنحك المزيد من القيمة لتلبية احتياجاتك الروتينية فيما يتعلق بالنظر! وتتضمن التغطية: • فحص روتيني واحد على العين كل عام؛ • بدل النظارات يمكنك استخدام بدل النظارات الخاص بك لشراء: • العدسات اللاصقة* • النظارات (العدسات والإطارات) • النظارات - العدسات و/أو الإطارات • الترقيات (مثل العدسات الملونة، U-V أو المستقطبة أو الضوئية). *إذا اخترت العدسات اللاصقة، فيمكنك أيضًا استخدام بدل النظارات الخاص بك لسداد رسوم تركيب العدسات اللاصقة بالكامل أو جزء منها. تكون مسؤولاً عن دفع ثمن أي نظارات تصحيحية تتجاوز الحد المسموح به للنظارات في الخطة. سوف تدفع $0 مقابل ما يصل إلى فحص روتيني واحد للعين (والانكسار) للنظارات لكل عام تقويمي. لديك بدل بمبلغ $200 للنظارة الطبية كل عام تقويمي. لإجراء فحص العين الروتيني، للعثور على مقدم خدمات نظر وقائية روتينية تابع للشبكة بالقرب منك، يمكنك: البحث عبر الإنترنت باستخدام أداة البحث عبر الإنترنت لمقدم خدمات النظر التكميلية لدينا عبر MolinaHealthcare.com/Medicare. يتم تقديم مزايا إضافية من خلال الخطة للمساعدة في العناصر أو الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare بشكل عام. يجب استخدام جميع المزايا في سنة الخطة كما أنها تكون متاحة فقط إذا كنت مسجلاً خلال وقت تقديم الخدمات. **قد تتمكن من الحصول إلى خدمات إضافية لقياس النظر وأجهزة الإبصار والأدوات المساعدة في حالات ضعف البصر من خلال مزايا Medi-Cal.**	لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة. قد تنطبق القيود والاستثناءات.
	"مرحبًا بك في الزيارة الوقائية في برنامج Medicare" نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" لمرة واحدة. وتشمل الزيارة: • مراجعة حالتك الصحية، • التعليم والاستشارة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)، و • الإحالات لرعاية أخرى عند الحاجة. **ملاحظة:** إننا نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في الزيارة الوقائية في برنامج Medicare" فقط خلال الأشهر الاثني عشر الأولى من اشتراكك في الجزء (ب) من برنامج Medicare وعند تحديد موعد لك، أخبر عيادة طبيبك أنك ترغب في جدولة زيارتك الوقائية "مرحبًا بك في الزيارة الوقائية في برنامج Medicare".	$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".

	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
	تغطية الطوارئ/الرعاية العاجلة في كل أنحاء العالم (إضافية) كميزة إضافية، تشمل تغطيتك ما يصل إلى $10,000 كل سنة تقويمية للرعاية الطارئة/العاجلة في كل أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة. تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يمكن تصنيفها على أنها رعاية طارئة أو عاجلة في حال تم الحصول على الرعاية في الولايات المتحدة. وتشمل التغطية العالمية الرعاية الطارئة أو المطلوبة بشكل عاجل، والنقل بسيارة إسعاف الطوارئ من مكان الطوارئ إلى أقرب مرفق علاج طبي وما بعد رعاية الاستقرار. تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة طوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. وعند حدوث أي من هذه الحالات، نطلب منك أو من أي شخص يعتني بك الاتصال بنا. وسنعمل على إحضار مقدمي رعاية من داخل الشبكة ليتولوا رعايتك بمجرد أن تسمح حالتك الطبية وظروفك بذلك. لا تتم تغطية النقل إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. ولا تتم تغطية الرعاية الروتينية والإجراءات المجدولة سابقًا أو الاختيارية. لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم تحويل العملات أو رسوم المعاملات). بالولايات المتحدة الأمريكية الـ 50 ولاية، بالإضافة إلى إقليم Columbia، وPuerto Rico، وVirgin Islands، وGuam، وNorthern Mariana Island، وAmerican Samoa.	$0 إذا كنت تتلقى رعاية عاجلة 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 قِبل الخطة. وتكون التكاليف التي تتحملها هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع الشبكة. وينطبق الحد أقصى للخطة. قد تحتاج إلى تقديم مطالبة لاسترداد تكاليف الرعاية الطارئة/العاجلة التي تلقيتها خارج الولايات المتحدة. ينطبق الحد الأقصى للخطة الذي يبلغ $10,000 كل عام تقويمي على هذه الميزة.

E. وسائل الدعم المجتمعية

قد تحصل على الدعم بموجب خطة الرعاية الفردية لديك. وتوفر وسائل الدعم المجتمعي خدمات أو بيئات بديلة مناسبة طبيًا وفعالة من حيث التكلفة لتلك الخدمات التي تغطيها خطة Medi-Cal State. وهذه الخدمات اختيارية بالنسبة إلى الأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات على العيش بشكل مستقل أكثر. وهي لا تحل محل المزايا التي تحصل عليها بالفعل بموجب برنامج Medi-Cal.

خدمات التنقل في الانتقال إلى محل السكن: نساعد الأعضاء الذين يعانون من التشرد في الحصول على السكن من خلال تقديم الدعم بعدة طرق مثل طلبات الإسكان، والدعوة إلى الحصول على المزايا بالإضافة إلى تأمين الموارد المتاحة، وتقديم المساعدة لأصحاب العقارات عند الانتقال.

الأهلية:

- الأعضاء الذين تم منحهم الأولوية لوحدة سكنية داعمة دائمة أو مورد إعانة الإيجار من خلال Coordinated Entry System (CES) للمشردين المحليين أو نظام مماثل؛ أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري للمشردين الذين يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة، أو الذين يعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر و/أو مرض نفسي خطير و/أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية نتيجة لاضطراب بفعل تعاطي المخدرات؛ أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف HUD للمعرضين للتشرد على النحو المحدد في القسم 91.5 من الباب 24 من قانون اللوائح الفيدرالية؛ أو

- الأعضاء المعرضون لخطر التشرد ويعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر؛ أو يعانون من مرض نفسي خطير؛ أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو تناول جرعات زائدة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية بسبب اضطراب ناتج عن تعاطي المخدرات أو يعانون من اضطراب عاطفي خطير (الأطفال والمراهقون)؛ أو من يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة؛ أو الشباب في سن الانتقال ممن لديهم حواجز كبيرة أمام استقرار السكن، مثل إدانة واحدة أو أكثر، أو لديهم تاريخ مع الرعاية البديلة أو المشاركة في نظام العدالة للأحداث أو العدالة الجنائية، و/أو الإصابة بمرض نفسي خطير و/أو طفل أو مراهق يعاني من اضطراب عاطفي خطير و/أو ضحايا الاتجار بالبشر أو العنف المنزلي.

ودائع الإسكان: تساعد الأعضاء الذين يعانون من التشرد في تحديد الخدمات والتعديلات اللازمة وتنسيقها وتأمينها وتمويلها لمرة واحدة لتمكين الشخص من تكوين أسرة أساسية لا تقتصر على غرفة وطعام. يجب تحديد هذه الخدمات على أنها معقولة وضرورية في خطة دعم الإسكان الفردية للأفراد ولا تتوفر إلا عندما يكون العضو غير قادر على تحمل هذه النفقات. يجب أن يتلقى الأعضاء خدمات التنقل في الانتقال إلى محل السكن أو يتم إحالتهم إليها.

الأهلية:

- الأعضاء الذين تلقوا خدمات التنقل في الانتقال إلى محل السكن؛ أو
- الأعضاء الذين تم منحهم الأولوية لوحدة سكنية داعمة دائمة أو مورد إعانة الإيجار من خلال نظام CES للمشردين المحليين أو نظام مماثل؛ أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري للمشردين الذين يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة، أو الذين يعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر و/أو مرض نفسي خطير و/أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية نتيجة لاضطراب بفعل تعاطي المخدرات.
- الحدود/القيود: يتم تقديمه بواقع مرة واحدة فقط طوال حياة العضو. لا يمكن الموافقة على ودائع الإسكان إلا بواقع مرة واحدة إضافية. يجب على المُحيل تقديم وثائق بشأن الظروف التي تغيرت لإثبات سبب نجاح تقديم ودائع الإسكان في المحاولة الثانية.

خدمات تأجير المساكن واستدامتها: يتم بموجبها توفير خدمات تأجير المساكن واستدامتها للحفاظ على الإقامة الآمنة والمستقرة بمجرد تأمين السكن للأعضاء الذين كانوا يعانون من التشرد ممن حصلوا على مساكن جديدة خلال الوقت الحالي.

الأهلية:

- الأعضاء الذين تلقوا خدمات التنقل في الانتقال إلى محل السكن؛ أو
- الأعضاء الذين تم منحهم الأولوية لوحدة سكنية داعمة دائمة أو مورد إعانة الإيجار من خلال نظام CES للمشردين المحليين أو نظام مماثل؛ أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري للمشردين الذين يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة، أو الذين يعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر و/أو مرض نفسي خطير و/أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية نتيجة لاضطراب بفعل تعاطي المخدرات.
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف HUD للمعرضين للتشرد على النحو المحدد في القسم 91.5 من الباب 24 من قانون اللوائح الفيدرالية؛ أو
- الأعضاء المعرضون لخطر التشرد ويعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر؛ أو يعانون من مرض نفسي خطير؛ أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو تناول جرعات زائدة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية بسبب اضطراب ناتج عن تعاطي المخدرات أو يعانون من اضطراب عاطفي خطير (الأطفال والمراهقون)؛ أو من يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة؛ أو الشباب في سن الانتقال ممن لديهم حواجز كبيرة أمام استقرار السكن، مثل إدانة واحدة أو أكثر، أو لديهم تاريخ مع الرعاية البديلة أو المشاركة في نظام العدالة للأحداث أو العدالة الجنائية، و/أو الإصابة بمرض نفسي خطير و/أو طفل أو مراهق يعاني من اضطراب عاطفي خطير و/أو ضحايا الاتجار بالبشر أو العنف المنزلي.
- الحدود/القيود: تتوفر خدمات تأجير المساكن واستدامتها لفترة واحدة فقط خلال حياة الفرد ويمكن الموافقة عليها مرة أخرى لمرة واحدة فقط. يجب على المُحيل تقديم وثائق بشأن الظروف التي طرأ عليها تغيير لإثبات سبب نجاح توفير خدمات تأجير المساكن واستدامتها في المحاولة الثانية.

السكن قصير الأمد عقب الاستشفاء: الأعضاء الذين يفتقرون إلى السكن ويعانون من معدل احتياجات مرتفع فيما يتعلق بالاحتياجات الصحية الطبية أو السلوكية مع إتاحة الفرصة أمامهم لمواصلة تعافيهم من الاضطراب الناتج عن الأدوية/الحالة النفسية/تعاطي المخدرات على الفور عقب الخروج من العيادات الخارجية أو مرفق العلاج أو التعافي من اضطراب تعاطي المخدرات من خلال أحد المرافق أو مرفق لعلاج الصحة النفسية أو مرفق للعلاج أو مؤسسة إصلاحية أو مرفق تمريض أو رعاية تعافي وتجنب المزيد من الاستفادة من خدمات خطة الولاية.

الأهلية:

- الأعضاء ممن يعانون من احتياجات صحية طبية/سلوكية بحيث قد يؤدي تعرضهم للتشرد عند الخروج من المستشفى أو مرفق علاج تعاطي المخدرات أو الصحة النفسية أو مؤسسة إصلاحية أو مرفق تمريض أو رعاية التعافي إلى دخول المستشفى أو الدخول مرة أخرى أو الإقامة مرة أخرى في المؤسسة؛ و
- الأعضاء الذين يغادرون رعاية التعافي؛ أو
- الأعضاء الذين يغادرون المستشفى (مستشفى للحالات الحادة أو مستشفى نفسي أو مستشفى الإدمان الكيميائي والتعافي)، أو مرفق داخلي للعلاج/التعافي من الاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة، أو مرفق داخلي لعلاج الصحة النفسية، أو مؤسسة إصلاحية، أو مرفق تمريض ممن يستوفون أحد المعايير الثلاثة (3) التالية:
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري للمشردين الذين يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة، أو الذين يعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر و/أو مرض نفسي خطير و/أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية نتيجة لاضطراب بفعل تعاطي المخدرات.

رعاية التعافي (الراحة الطبية): الأعضاء الذين يحتاجون إلى رعاية منزلية قصيرة الأمد ممن لم يعودوا بحاجة إلى دخول المستشفى ولكنهم ما زالوا بحاجة إلى التعافي من إصابة أو مرض ما (بما في ذلك حالات الصحة السلوكية) الذين قد تتفاقم حالتهم بسبب بيئة معيشية غير مستقرة. يجب توفير المعلومات السريرية.

الأهلية:

- الأعضاء المعرضون لخطر دخول المستشفى أو الذين خرجوا من المستشفى ويعيشون بمفردهم دون دعم رسمي؛ أو يواجهون انعدام الأمن السكني أو لديهم سكن من شأنه أن يعرض صحتهم وسلامتهم للخطر دون تعديل؛
أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري للمشردين الذين يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة، أو الذين يعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر و/أو مرض نفسي خطير و/أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية نتيجة لاضطراب بفعل تعاطي المخدرات؛ أو
- الأعضاء الذين يستوفون تعريف الإسكان والتطوير الحضري بأنهم معرضون لخطر التشرد؛ أو
- الأعضاء المعرضون لخطر التشرد ويعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر؛ أو يعانون من مرض نفسي خطير؛ أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو تناول جرعات زائدة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية بسبب اضطراب ناتج عن تعاطي المخدرات أو يعانون من اضطراب عاطفي خطير (الأطفال والمراهقون)؛ أو من يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة؛ أو الشباب في سن الانتقال ممن لديهم حواجز كبيرة أمام استقرار السكن، مثل إدانة واحدة أو أكثر، أو لديهم تاريخ مع الرعاية البديلة أو المشاركة في نظام العدالة للأحداث أو العدالة الجنائية، و/أو الإصابة بمرض نفسي خطير و/أو طفل أو مراهق يعاني من اضطراب عاطفي خطير و/أو ضحايا الاتجار بالبشر أو العنف المنزلي.
- الحدود/القيود: لا تزيد مدة رعاية التعافي عن تسعين (90) يومًا متواصلة. وقد تبدأ فترة رعاية التعافي التي تمتد على مدى تسعين (90) يومًا مرة أخرى حال دخول العضو إلى المستشفى مرة أخرى بتشخيص مختلف أثناء و/أو بعد التصريح الأولي الذي تبلغ مدته تسعين (90) يومًا، شريطة استيفاء معايير رعاية التعافي.

خدمات الرعاية: يتم توفيرها لمقدمي الرعاية عندما يكون من المفيد والضروري الإبقاء على العضو في منزله الخاص فضلاً عن منع تعرض مقدم الرعاية للإرهاق لتجنب الخدمات المؤسسية. ويتم تقديم الخدمات على أساس قصير الأجل بسبب غياب مقدم الرعاية أو الحاجة إلى الراحة وهي غير طبية بطبيعة الحال. وتمثل هذه الخدمة راحة لمقدم الرعاية فقط ولتجنب أماكن الرعاية طويلة الأجل فقط.

- الأعضاء الذين يستوفون تعريف HUD للمعرضين للتشرد على النحو المحدد في القسم 91.5 من الباب 24 من قانون اللوائح الفيدرالية؛ أو

- الأعضاء المعرضون لخطر التشرد ويعانون من حالة مزمنة خطيرة واحدة أو أكثر؛ أو يعانون من مرض نفسي خطير؛ أو معرضون لخطر الإيداع في مؤسسة أو تناول جرعات زائدة أو يحتاجون إلى خدمات سكنية بسبب اضطراب ناتج عن تعاطي المخدرات أو يعانون من اضطراب عاطفي خطير (الأطفال والمراهقون)؛ أو من يحصلون على خدمات إدارة الرعاية المحسنة؛ أو الشباب في سن الانتقال ممن لديهم حواجز كبيرة أمام استقرار السكن، مثل إدانة واحدة أو أكثر، أو لديهم تاريخ مع الرعاية البديلة أو المشاركة في نظام العدالة للأحداث أو العدالة الجنائية، و/أو الإصابة بمرض نفسي خطير و/أو طفل أو مراهق يعاني من اضطراب عاطفي خطير و/أو ضحايا الاتجار بالبشر أو العنف المنزلي.
- الحدود/القيود: تتوفر الإقامة قصيرة المدى عقب الخروج من المستشفى بواقع مرة واحدة على مدى حياة العضو ولا يمكنها أن تتجاوز ما مدته ستة (6) أشهر (ولكن يمكن الموافقة عليها لفترة أقصر بناءً على احتياجات العضو).

الأهلية:

- الأعضاء الذين يعيشون في المجتمع ويعانون من مشكلات عند ممارسة أنشطة الحياة اليومية، مما يتطلب الاعتماد على مقدم رعاية مؤهل، ويحتاج مقدم الرعاية المؤهل، الذي يقدم معظم الدعم للعضو، إلى الحصول على إعفاء مقدم الرعاية لتجنب إيداع العضو في مؤسسة؛ أو
- إذا كان العضو طفلاً قد تلقى في السابق خدمات الرعاية بموجب Pediatrics Palliative Care Waiver.
- الحدود/القيود: لا يجوز أن تتجاوز هذه الخدمات، بالتوازي مع أي خدمات رعاية مباشرة يتم الحصول عليها ما مدته 24 ساعة في اليوم من الرعاية. ويبلغ الحد الأقصى لخدمات الرعاية 336 ساعة خلال العام التقويمي الواحد.

برامج التأهيل النهارية: يتم توفيرها في منزل العضو أو في مكان خارج المنزل، بخلاف المرافق لمساعدة الأعضاء على اكتساب مهارات المساعدة الذاتية والتواصل الاجتماعي اللازمة للاستمتاع بنمط حياة مثالي في البيئة الطبيعية للعضو فضلاً عن التكيف مع هذه المهارات والإبقاء عليها وتحسينها.

الأهلية:

- الأعضاء الذين يعانون من التشرد؛ أو
- الأعضاء الذين لم يعودوا مشردين وحصلوا على السكن في آخر 24 شهرًا؛ أو
- الأعضاء المعرضون لخطر التشرد أو الإيداع في مؤسسة ممن يمكن تحسين استقرار حالتهم السكنية من خلال المشاركة في برنامج إعادة التأهيل النهاري.

الانتقال/التحويل من مرفق الرعاية إلى مرافق الرعاية الدائمة، مثل مرافق الرعاية السكنية لكبار السن والمرافق السكنية للبالغين: يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع و/أو تجنب الإيداع في المؤسسة عندما يكون ذلك ممكنًا. يسهل من عملية تحول مرفق التمريض إلى بيئة مجتمعية تشبه المنزل مرة أخرى و/أو منع دخول الأفراد ممن لديهم حاجة وشيكة لمستوى الرعاية إلى مرافق الرعاية الماهرة. يحق للأعضاء اختيار الإقامة في مكان معيشة دائمة كبديل للإقامة طويلة الأمد في مرفق تمريض عند استيفاء متطلبات الأهلية. يجب استكشاف California Community Transitions (CCT) والاستفادة منها قبل هذا الدعم المجتمعي.

الأهلية:

الانتقال إلى مرفق الرعاية:

- عند الإقامة لمدة 60 يومًا أو أكثر في مرفق للرعاية والرغبة في العيش في مكان مدعوم كبديل لمرفق الرعاية مع القدرة على الإقامة بأمان في مرفق معيشي دائم مع الدعم المناسب والفعال من حيث التكلفة.

الانتقال من مرفق الرعاية:

- إذا كان الفرد مهتمًا بالبقاء في المجتمع؛ ولديه الرغبة والقدرة على الإقامة بأمان في مرفق معيشة دائم مع وجود دعم وخدمات مناسبة وفعالة من حيث التكلفة؛ ويجب أن يتلقى خلال الوقت الحالي مستوى من الرعاية الضرورية طبيًا داخل مرفق للرعاية أو يستوفي الحد الأدنى من المعايير للحصول على مستوى من الرعاية داخل أحد مرافق الرعاية وبدلاً من الذهاب إلى المرفق، يختار البقاء في المجتمع والاستمرار في تلقي مستوى خدمات ضرورية طبيًا داخل مرفق معيشة دائم.

الحدود/القيود: يلقى على عاتق الأعضاء مسؤولية دفع نفقات معيشتهم بشكل مباشر.

خدمات الانتقال المجتمعي/الانتقال من مرفق الرعاية إلى المنزل: تساعد الأعضاء ممن كانوا يعيشون في مرفق للرعاية على العيش في المجتمع وتجنب الإقامة في المؤسسات من خلال دعم الأعضاء في الحصول على مسكن في سكن خاص وتغطية نفقات التأسيس غير المتكررة.

الأهلية:

- الأعضاء الذين يحصلون حاليًا على خدمات مستوى الرعاية الضرورية طبيًا في أحد مرافق الرعاية وبدلاً من البقاء في مرفق الرعاية أو مكان الرعاية الطبية، يختارون الانتقال إلى المنزل والاستمرار في تلقي خدمات مستوى الرعاية الضرورية طبيًا المماثلة لما كان عليه الحال في مرفق الرعاية؛ و
  - من قضوا أكثر من 60 يومًا في دار رعاية و/أو مكان رعاية طبية؛ و
  - المهتمون بالعودة إلى المجتمع؛ و
  - ممن لديهم القدرة على الإقامة في المجتمع على نحو آمن مع تلقي الدعم والخدمات المناسبة والفعّالة من حيث التكلفة.
- الحدود/القيود: تتاح خدمات الانتقال المجتمعي/الانتقال من مرفق الرعاية إلى المنزل للفرد بواقع مرة واحدة طوال عمر الفرد وبحد أقصى يبلغ $7,500 مدى الحياة. خدمات الانتقال المجتمعية/مرفق الرعاية لا يمكن الموافقة على الانتقال إلى المنزل إلا لمرة واحدة إضافية فقط. ويتعين على المُحيل تقديم وثائق تثبت أن العضو قد أُجبر على الانتقال من مكان يخضع لمقدم الخدمة إلى مكان معيشي في مسكن خاص بسبب ظروف خارجة عن إرادته.

لا تشمل خدمات الانتقال المجتمعي الإيجار الشهري أو نفقات الرهن العقاري أو الطعام أو رسوم المرافق العادية و/أو الأجهزة المنزلية أو العناصر المخصصة البحتة لأغراض التسلية/الترفيه.

خدمات الرعاية الشخصية والتدبير المنزلي: توفر الرعاية للأعضاء ممن يحتاجون إلى المساعدة في القيام بأنشطة الحياة اليومية والأنشطة الجوهرية للحياة اليومية.

الأهلية:

- الأعضاء المعرضون لخطر دخول المستشفى أو الإيداع في مرفق للرعاية أو الذين يعانون من عجز وظيفي ولا يتاح لهم نظام دعم مناسب آخر مع:
  - ممن لديهم احتياجات تتجاوز أي ساعات معتمدة من جانب خدمات الدعم المنزلي في المقاطعة عندما تكون هناك حاجة إلى الحصول على ساعات إضافية (في انتظار إعادة التقييم)؛ أو
  - ممن تمت إحالتهم في البداية إلى خدمات الدعم المنزلي وخلال فترة انتظار خدمات الدعم المنزلي لإبداء الموافقة والاستعانة بأحد مقدمي الخدمات (يجب أن يكون العضو قد تمت إحالته بالفعل إلى خدمات الدعم المنزلي)؛ أو
  - الأعضاء غير المؤهلين لتلقي خدمات الدعم المنزلي ممن هم بحاجة إلى الحصول على مساعدة لتجنب الإقامة القصيرة في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة التي لا يمكن أن تتجاوز 60 يومًا.

التعديلات البيئية للحصول على الخدمات (التعديلات التي تطرأ على المنزل): التعديلات المادية على المنزل التي تعد ضرورية لضمان صحة العضو ورفاهيته وسلامته، أو تمكين العضو من العمل باستقلالية أكبر في المنزل: بدون العضو سيتطلب الإيداع في إحدى المؤسسات.

الأهلية:

الأعضاء المعرضون لخطر الإيداع في أحد مرافق الرعاية.

- الحدود/القيود: يمكن سداد مبالغ EAA وصولاً إلى الحد الأقصى الإجمالي مدى الحياة وهو $7500. وتكون الاستثناءات الوحيدة للحد الأقصى الإجمالي البالغ $7500 في حال إذا ما طرأ تغيير على مكان إقامة العضو أو على حالته بشكل كبير ما يجعل التعديلات الإضافية ضرورية لضمان صحة العضو ورفاهيته وسلامته، أو ضرورية لتمكين العضو من العيش بشكل أكثر استقلالية داخل المنزل وتجنب الدخول إلى المؤسسات أو المستشفيات.

الطعام/الوجبات الداعمة طبيًا/الوجبات المصممة طبيًا: توفير وجبات للأعضاء الذين خرجوا مؤخرًا من أحد المستشفيات أو مرافق الرعاية التمريضية الماهرة أو لتلبية الاحتياجات الغذائية الفريدة للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة.

الأهلية:

- سيحصل الأعضاء الذين خرجوا من المستشفى أو مرافق الرعاية التمريضية الماهرة أو المعرضين لخطر كبير فيما يتعلق بدخول المستشفى أو مرفق الرعاية وممن تمت إحالتهم ويستوفون المعايير على ما يصل إلى وجبتين (2) يوميًا، و/أو طعام داعم طبيًا لمدة تصل إلى أربعة (4) أسابيع لكل مرة دخول إلى المستشفى بحد أقصى اثني عشر (12) أسبوعًا خلال العام التقويمي.
- الأفراد الذين يعانون من حالات مزمنة، مثل مرض السكري أو اضطرابات القلب والأوعية الدموية أو قصور القلب الاحتقاني أو السكتة الدماغية أو اضطرابات الرئة المزمنة أو فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو السرطان أو مرض السكري الحملي أو غيرها من الحالات عالية الخطورة أثناء الولادة، واضطرابات الصحة النفسية/السلوكية المزمنة أو المعوقة.

مراكز الإفاقة: توفر وجهات بديلة للأعضاء الذين وجدوا في حالة سُكر عام (بسبب تعاطي الكحول و/أو المخدرات الأخرى) ممن سيتم نقلهم إلى قسم الطوارئ أو اقتيادهم إلى السجن. يكون الحد الأقصى للخدمة المغطاة هو أقل من 24 ساعة.

الأهلية:

- الأعضاء ممن تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر من الذين يعانون من حالة سُكر ولكنهم واعون ومتعاونون وقادرون على المشي ولا يتسمون بالعنف فضلاً عن عدم معاناتهم من أي ضائقة طبية (بما في ذلك أعراض الانسحاب المهددة للحياة أو الأعراض الكامنة الواضحة) الذين قد يتم نقلهم إلى قسم الطوارئ أو اقتيادهم إلى السجن أو ممن حضروا إلى قسم الطوارئ وكان تحويلهم إلى مركز الإفاقة أمرًا ملائمًا.

علاج الربو: يوفر المساعدة للأعضاء من خلال تحديد الخدمات والتعديلات اللازمة لبيئة المنزل أو تنسيقها أو تأمينها أو تمويلها لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته أو لتمكين الفرد من العيش في المنزل دون المعاناة من نوبات الربو الحادة، التي قد تؤدي إلى الحاجة إلى خدمات الطوارئ ودخول المستشفى. يجب توقيع الإحالة من قبل أخصائي رعاية صحية مرخص.

الأهلية:

- الأعضاء الذين يعانون من الربو الذي يصعب السيطرة عليه (على النحو المحدد من خلال زيارة قسم الطوارئ أو دخول المستشفى أو القيام بزيارة لطبيب الرعاية الأولية بواقع مرتين أو زيارات الرعاية العاجلة خلال الأشهر الـ 12 الماضية أو عند بلوغ درجة 19 أو أقل في اختبار السيطرة على الربو) ممن وثّق مقدم الرعاية الصحية المرخص لهم أن الخدمات من المرجح أن تساعدهم في تجنب دخول المستشفى بسبب الربو أو زيارة قسم الطوارئ أو غيرها من الخدمات عالية التكلفة.
- الحدود/القيود: يجب استكشاف تمويل مشروع تخفيف الربو والاستفادة منه قبل الحصول على الدعم المجتمعي. يتاح للفرد الحصول على علاج الربو بواقع مرة واحدة طوال عمر الفرد وبحد أقصى يبلغ $7,500 مدى الحياة. لا يمكن الموافقة على علاج الربو إلا بواقع مرة واحدة إضافية فقط. ويجب على المحيل تقديم وثائق تصف التغييرات المهمة الطارئة على الحالة التي تشير إلى أن التعديلات الإضافية ضرورية لضمان صحة العضو ورفاهيته وسلامته، أو أنها ضرورية لتمكين العضو من العيش باستقلالية أكبر في المنزل وتجنب دخول المؤسسات أو المستشفى.

تتطلب جميع أشكال الدعم المجتمعي، باستثناء مراكز الإفاقة، الحصول على موافقة مسبقة من Molina.

وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة وسائل الدعم المجتمعي المتوفرة لك، فاتصل على الرقم 4621-665 (888) (بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، فيمكنهم الاتصال على الرقم: 711 أو الاتصال بموفر الرعاية الصحية.

F. المزايا المشمولة بالتغطية خارج خطتنا

لا نغطي الخدمات الآتية، لكنها متاحة من خلال الخدمة مقابل الرسوم التي توفرها خطة Original Medicare أو برنامج Medi-Cal.

F1. خدمات الانتقال المجتمعية في California

يستخدم برنامج California Community Transitions (CCT) المنظمات المحلية الرائدة لمساعدة المستفيدين المؤهلين لبرنامج Medi-Cal والذين عاشوا في مؤسسة أو في منشأة لمدة 90 يومًا متتالية على العودة إلى الحياة والبقاء آمنين في المجتمع مرة أخرى. ويقوم برنامج CCT بتمويل خدمات تنسيق الانتقال أثناء فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة إلى المجتمع مرة أخرى.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق ما قبل الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج CCT توفر الخدمات للمقاطعة التي تقيم بها. ويمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تقوم بتوفير تلك الخدمات بها في موقع ويب إدارة خدمات الرعاية الصحية www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

بالنسبة إلى خدمات تنسيق الانتقال المتعلقة ببرنامج CCT

يدفع برنامج Medi-Cal تكاليف خدمات تنسيق الانتقال. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.

بالنسبة إلى الخدمات غير المتعلقة ببرنامج الانتقال CCT

سيحصل مقدم الخدمة على تكاليف تلك الخدمات منا. وتدفع خطتنا تكاليف الخدمات المقدَّمة بعد انتقالك. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.

عند حصولك على خدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج CCT، ندفع تكاليف الخدمات المدرجة في جدول المزايا في **القسم د.**

لا تغيير في ميزة تغطية الأدوية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. وستستمر في الحصول على ميزة الأدوية العادية الخاصة بك من خلال خطتنا. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء*.

ملاحظة: إذا كنت تحتاج إلى خدمات انتقال CCT، فينبغي لك الاتصال بمنسق الرعاية لترتيب تلك الخدمات. خدمات الرعاية غير المتعلقة ببرنامج الانتقال CCT هي الرعاية التي لا تتعلق بانتقالك من أي مؤسسة أو مرفق.

F2. برنامج Medi-Cal Dental

يوفر برنامج Medi-Cal Dental بعض خدمات طب الأسنان. ويمكن التعرف على المزيد من المعلومات عبر الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. ويتضمن برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية، والأشعة السينية، والتنظيف، والمعالجة بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- معالجة قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والترميمات، والتبطين

للتعرف على المزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة عبر برنامج Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل أعضاء Medi-Cal، يرجى الاتصال بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). هذه المكالمة مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental متاحون لمساعدتك بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني عبر smilecalifornia.org/ للتعرف على المزيد من المعلومات.

يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من Medi-Cal من خلال خطة Dental Managed Care (DMC) وذلك في ولايتي Sacramento و Los Angeles. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن خطط العناية بالأسنان في برنامج Medi-Cal، أو كنت ترغب في إجراء تغييرات، فيرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (بالنسبة لمستخدمي الهواتف النصية TTY يمكنهم الاتصال على 1-800-430-7077)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً مجانًا. تتوافر جهات الاتصال بـ DMC هنا عبر الموقع الإلكتروني: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. http://www.hpsm.org/dental

ملاحظة: تقدِّم خطتنا خدمات إضافية لطب الأسنان. راجِع جدول المزايا في **القسم د** للحصول على مزيد من المعلومات.

F3. رعاية المحتضرين

يحق لك اختيار إحدى دور رعاية المحتضرين إذا قرر مقدم الرعاية الخاص بك وكذلك المدير الطبي لرعاية المحتضرين أنك مصاب بمرض عضال لا يرجى الشفاء منه. وهذا يعني أنه مصاب بمرض لا يرجى الشفاء منه ومن المتوقع أن تتوفى خلال ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من أي من برامج رعاية المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. ويجب أن تساعدك الخطة على العثور على برامج رعاية المحتضرين التي يعتمدها برنامج Medicare. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المحتضرين الذي تتعامل معه أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو غير التابعين لها.

راجِع جدول المزايا في **القسم د** للحصول على المزيد من المعلومات عما ندفع مقابلَه في أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين.

بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات المشمولة بواسطة الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare والمتعلقة بالأمراض الميؤوس منها التي تعاني منها

- سيحصل مقدم خدمة رعاية المحتضرين على تكاليف الخدمات التي تتلقاها من برنامج Medicare. ويدفع برنامج Medicare مقابل خدمات المحتضرين المتعلقة بمرضك العضال. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.

بالنسبة إلى الخدمات التي يغطيها الجزء *A* أو الجزء B من برنامج Medicare غير المتعلقة بالمرض الميؤوس منه الذي تعاني منه

- سيحصل مقدم الخدمة على تكاليف تلك الخدمات من برنامج Medicare. سيتكفل برنامج Medicare بدفع تكاليف الخدمات المضمنة في أي من الجزأين (أ) و(ب) من هذا البرنامج. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.

بالنسبة إلى الأدوية التي يمكن أن تغطيها ميزة الجزء (D) من برنامج Medicare في خطتنا

- لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من *دليل الأعضاء*.

ملاحظة: إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية التلطيفية، التي توفر رعاية جماعية تركز على المريض والأسرة لتحسين نوعية حياتك. وقد تتلقى الرعاية التلطيفية في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/العادية. يُرجى الرجوع إلى قسم الرعاية التلطيفية أعلاه للحصول على مزيد من المعلومات.

ملاحظة: ملحوظة: إذا كنت تحتاج إلى خدمات رعاية بخلاف خدمات المحتضرين، فاتصل بمنسق الحالة لترتيب تلك الخدمات. وتُعدّ خدمات الرعاية غير تلك المتعلقة بخدمات المحتضرين هي تلك الخدمات التي لا تتعلق بالمرض الميؤوس منه.

F4. خدمات الدعم المنزلي (IHSS)

- سيساعدك برنامج IHSS في دفع تكاليف الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعد هذا البرنامج بديلاً عن الرعاية المتوفرة خارج المنزل، مثل المتوفرة من خلال مراكز التمريض أو مرافق الرعاية والإقامة.
- أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال برنامج IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسيل الملابس، وتسوق البقالة، وخدمات الرعاية الشخصية (مثل رعاية التبول والتبرز، والاستحمام، والعناية الشخصية والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي على أصحاب الإعاقات العقلية.
- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على خدمات IHSS من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. للتعرف على المزيد من المعلومات بشأن معلومات وكالات الخدمات الاجتماعية الخاصة بالمقاطعة، قم بزيارة https://www.cdss.ca.gov/inforesources/county-ihss-offices

F5. برامج 1915(c) Home and Community Based Services (HCBS) Waiver Programs

التنازل عن الرعاية الدائمة

- يوفر برنامج "التنازل عن الرعاية الدائمة" (ALW) للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للإيداع طويل الأجل في مرفق الرعاية. ويهدف البرنامج إلى تسهيل الانتقال من مرفق التمريض مرة أخرى إلى بيئة منزلية ومجتمعية أو منع قبول التمريض الماهر للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة إلى التنسيب في مرفق التمريض.
- ويمكن للأعضاء المسجلين في ALW أن يظلوا مسجلين في ALW أثناء تلقي المزايا التي توفرها خطتنا هي الأخرى. تعمل خطتنا مع وكالة تنسيق رعاية ALW لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- ويمكن لمنسق الرعاية أن يوفر لك المساعدة في التقدم بطلب للحصول على خدمات برنامج ALW. للحصول على معلومات حول وكالات تنسيق رعاية ALW المشاركة، قم بزيارة dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

إعفاء HCBS لسكان Californian ذوي الإعاقات النمائية HCBS Waiver for Californians with Developmental Disabilities (HCBS-DD)

برنامج California Self-Determination Program إعفاء الأفراد ذوي الإعاقات النمائية

- هناك نوعان من الإعفاءات بموجب 1915(c)، إعفاء HCBS-DD بالإضافة إلى إعفاء SDP اللذان يوفران الخدمات للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بإعاقات في النمو تبدأ قبل بلوغ الفرد ثمانية عشر عامًا ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. يعد كلا الإعفاءين وسيلة لتمويل بعض الخدمات المعينة التي تسمح للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية بالعيش في المنزل أو في المجتمع بدلاً من الإقامة في مرفق صحي مرخص. هذا ويتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية California. يمكن أن يساعدك منسق الرعاية في توصيلك بخدمات إعفاء DD.

برنامج Home and Community-Based Alternative (HCBA) Waiver

- يوفر إعفاء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر دخول دار الرعاية أو التنسيب المؤسسي. ويتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتألف من ممرضة وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات الإعفاء وخطة الولاية (مثل الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية بالإضافة إلى خدمات الدعم المنزلي وما إلى ذلك)، بجانب الترتيب للخدمات طويلة المدى الأخرى المتاحة في المجتمع المحلي. يتم توفير خدمات إدارة الرعاية والإعفاء في السكن المجتمعي للمشارك. ويمكن أن يكون هذا السكن مملوكًا للقطاع الخاص، أو مؤمنًا من خلال ترتيبات إيجار المستأجر، أو مسكن أحد أفراد عائلة المشارك.
- ويمكن للأعضاء المسجلين في HCBA Waiver أن يظلوا مسجلين في HCBA Waiver أثناء تلقي المزايا التي توفرها خطتنا هي الأخرى. تعمل خطتنا مع إدارة إعفاء HCBA الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- ويمكن لمنسق الرعاية أن يوفر لك المساعدة في التقدم بطلب للحصول على خدمات برنامج HCBA. للحصول على معلومات حول وكالات HCBA المحلية، قم بزيارة dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx

برنامج Medi-Cal Waiver Program (MCWP)

- يوفر برنامج Medi-Cal Waiver Program (MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية كبديل للرعاية في مرافق التمريض أو الاستشفاء. إدارة الحالة هي نهج جماعي يركز على المشاركين ويتألف من ممرضة مسجلة ومدير حالة للعمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالة مع المشارك ومقدم (مقدمي) خدمات الرعاية الأولية، والأسرة، ومقدم (مقدمي) الرعاية، ومقدمي الخدمات الآخرين، لتقييم احتياجات الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعه.
- يهدف برنامج MCWP إلى ما يلي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية الذين قد يحتاجون إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين في إدارة الحالة الصحية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية؛ (3) تحسين الوصول إلى الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي و (4) تنسيق مقدمي الخدمات والقضاء على ازدواجية الخدمات.
- ويمكن للأعضاء المسجلين في إعفاء MCWP أن يظلوا مسجلين في إعفاء MCWP أثناء تلقي المزايا التي توفرها خطتنا هي الأخرى. تعمل خطتنا مع إدارة إعفاء MCWP الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- ويمكن لمنسق الرعاية أن يوفر لك المساعدة في التقدم بطلب للحصول على خدمات برنامج MCWP. للحصول على دليل وكالات MCWP، قم بزيارة cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_MCWP_Provider_List.aspx

برنامج Multipurpose Senior Services Program (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض ((Multipurpose Senior Services Program (MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- في حين أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضًا خدمات دعم منزلي، يوفر MSSP تنسيقًا مستمرًا للرعاية، كما يربط المشاركين بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى المطلوبة، فضلاً عن التنسيق مع مقدمي الرعاية الصحية، وشراء بعض الخدمات اللازمة التي لا تكون متاحة بطريقة أخرى للوقاية من الاستشفاء أو تأخيره. يجب أن يكون إجمالي التكلفة السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.
- يقوم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية بتزويد كل مشارك في برنامج MSSP بتقييم صحي ونفسي اجتماعي كامل لتحديد نوعية الخدمات المطلوبة. يعمل الفريق بعد ذلك مع المشاركين في برنامج MSSP وأطبائهم وعائلاتهم وآخرين لإعداد خطة رعاية فردية. وتتضمن الخدمات:
  - إدارة الرعاية
  - الرعاية النهارية للبالغين
  - عمليات الإصلاح/الصيانة المنزلية البسيطة
  - الأعمال الروتينية الإضافية المنزلية، والعناية الشخصية، وخدمات الإشراف الوقائية
  - خدمات الراحة
  - خدمات النقل
  - الخدمات الاستشارية والعلاجية
  - خدمات وجبات الطعام
  - خدمات الاتصالات.
- ويمكن للأعضاء المسجلين في إعفاء MSSP أن يظلوا مسجلين في إعفاء MSSP أثناء تلقي المزايا التي توفرها خطتنا هي الأخرى. تعمل خطتنا مع إدارة إعفاء MSSP الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- ويمكن لمدير الحالة الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على خدمات برنامج MSSP. للحصول على معلومات حول موفري خدمات MSSP، قم بزيارة https://aging.ca.gov/Programs_and_Services/Multipurpose_Senior_Services_Program/

F6. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة النفسية والاضطراب الناتج عن تعاطي المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامجا Medicare وMedi-Cal. إننا نوفر لك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية المشمولة في برنامج Medicare والرعاية المدارة Medi-Cal. لا توفر خطتنا خدمات الصحة النفسية المتخصصة أو خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من Medi-Cal، إلا أن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في المقاطعة.

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal من خلال خطّة الصحة العقلية في المقاطعة (MHP) إذا كانت تتوفر فيك المعايير اللازمة للوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تتضمن خدمات الصحة النفسية المتخصصة من Medi-Cal التي تقدمها MHP في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات الصحة النفسية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج المكثف خلال اليوم
- إعادة التأهيل خلال اليوم
- التدخل في الأزمات
- استقرار الأزمات

- خدمات العلاج الإيوائي للبالغين
- خدمات العلاج الإيوائي للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- الخدمات النفسية للمرضى الداخليين في المستشفيات
- إدارة الحالات المستهدفة
- خدمات دعم الأدوية
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية العلاجية
- تنسيق الرعاية المكثفة
- الخدمات المنزلية المكثفة

تتوفر لك خدمات Drug Medi-Cal Organized Delivery System من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك حال استيفاء المعايير اللازمة لتلقي هذه الخدمات. تشمل خدمات Drug Medi-Cal التي تقدمها مقاطعتك ما يلي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين المركّزة
- علاج الاضطراب الناتج عن تعاطي المواد المخدرة خلال فترة الولادة
- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- برنامج العلاج من المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (تُسمى كذلك العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأدوية

تشمل خدمات برنامج Drug Medi-Cal Organized Delivery System ما يأتي:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين
- خدمات علاج المرضى الخارجيين المركّزة
- خدمات دخول المستشفى بشكل جزئي
- أدوية علاج الإدمان (تُسمى كذلك العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج الإيوائي
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج العلاج من المخدرات
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية الصحية
- خدمات دعم الأدوية

بالإضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى الخدمات التطوعية لإزالة السميّة من المرضي الداخليين إذا كنت مستوفيًا المعايير الضرورية.

توفر خطة Molina Medicare Complete Care Plus إمكانية الوصول إلى العديد من مقدمي رعاية الصحة العقلية وتعاطي المخدرات. يمكن العثور على قائمة بمقدمي الرعاية على موقع أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus الإلكتروني أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. للحصول على أحدث نسخة من دليل مقدمي الرعاية/الصيدليات، أو للحصول على المساعدة الإضافية في اختيار مقدم خدمات الصحة السلوكية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. وبالنسبة لبعض الخدمات، قد يتعين عليك الحصول على تصريح مسبق. يحق لك أو لمقدم خدمات الصحة السلوكية أو مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح مسبق من قسم إدارة الاستخدام التابع لشركة Molina Healthcare عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد بناءً على ضرورة الخدمة المطلوبة.

يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في الفصل 4 للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح سابق. يجب أن يتم تحديد الرعاية على أنها ضرورية. ونقصد بالضرورة أنك تحتاج إلى خدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو للحفاظ على وضعك الصحي العقلي الحالي. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو دور التمريض. وهذا يعني أيضًا أن الخدمات أو الإعانات أو الأدوية تستوفي المعايير المقبولة للصحة السلوكية والممارسة الطبية.

إذا كنت تتلقى خدمات أو تحتاج إلى الحصول على خدمات الصحة النفسية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal أو خدمات الأدوية المتوفرة لك من خلال خطة الصحة النفسية في المقاطعة (MHP، Mental Health Plan)، فيمكن لمديري الحالة في خطة Molina Medicare Complete Care Plus المساعدة على إحالتك إلى المورد المناسب بالمقاطعة للتقييم. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المساعدة. يمكنك أيضًا الاتصال بالمقاطعة مباشرةً. راجع أرقام المقاطعة المناسبة الواردة في المعلومات أدناه.

خدمات الصحة العقلية المتخصصة

Los Angeles County Department of Mental Health 1-800-854-7771
Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-743-1478
خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego 1-888-724-7240 (San Diego County Behavioral Health Services)

خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية

إدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles 1-844-804-7500 (Los Angeles County Department of Public Health)
Riverside University Health System – Behavioral Health 1-800-499-3008
San Bernardino County Department of Behavioral Health 1-888-724-7240

G. المزايا غير المشمولة بتغطية خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

يوضح لك هذا القسم المزايا المستثناة من خطتنا. يُقصد بكلمة مُستثناة أننا لا ندفع نظير هذه المزايا. لن يدفع كل من Medicare وMedi-Cal نظير هذه الخدمات أيضًا.

توضح القائمة أدناه بعض الخدمات والمستلزمات التي لا نغطيها تحت أي ظرف وبعض الخدمات والمستلزمات الأخرى التي نستثنيها في بعض الحالات.

لا ندفع مقابل المزايا الطبية المُستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في *دليل الأعضاء*) هذا باستثناء الظروف الخاصة الوارد ذكرها. حتى إذا كنت تتلقى خدمات في مرفق رعاية طارئة، فلن تدفع الخطة مقابل هذه الخدمات. وإذا كنت تعتقد أنه يتعين علينا الدفع مقابل خدمة غير مشمولة بالتغطية، فيمكنك تقديم تظلم. لمزيد من المعلومات بشأن تقديم الاستئنافات، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في مخطط المزايا، لا تغطي خطتنا المستلزمات والخدمات الآتية:

- الخدمات التي لا تُعد "معقولة وضرورية طبيًا" وفقَ معايير برنامجَي Medicare وMedi-Cal، ما لم يتم إدراجها على أنها خدمات مشمولة بالتغطية.
- العلاجات والمستلزمات والأدوية التجريبية والطبية والجراحية، ما لم يغطها برنامج Medicare أو كانت ضمن دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو مشمولة في خطتنا. راجع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*، لمعرفة مزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية. وتعد العناصر والعلاجات التجريبية هي تلك غير المقبولة عمومًا من قبل المجتمع الطبي.
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية، إلا عندما يُعدّ ذلك ضرورة طبية ويدفع Medicare مقابلَه.
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا إذا كانت هناك ضرورة طبية.
- الممرضات ذات المهام الخاصة.
- المتعلقات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية، مثل الهاتف أو التلفزيون
- الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يتقاضاها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك
- الوجبات التي يتم توصيلها إلى منزلك
- إجراءات أو خدمات التعزيز الانتقائية أو التطوعية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية والأداء النفسي ومكافحة الشيخوخة)، إلا إذا كانت هناك ضرورة طبية.

- الجراحات التجميلية أو الأعمال التجميلية الأخرى، ما لم تكن ضرورية نظرًا لحدوث إصابة عرضية أو لتحسين أداء جزء من الجسم لم يتشكل على نحو صحيح. ومع هذا، سندفع مقابل إعادة تشكيل الثدي بعد عملية استئصال الثدي وعلاج الثدي الآخر للمطابقة بينهما
- رعاية تقويم العمود الفقري، بخلاف التعامل اليدوي مع العمود الفقري بما يتوافق مع إرشادات التغطية
- رعاية الأقدام الروتينية، باستثناء ما هو موضح في خدمات طب الأقدام في جدول المزايا في **القسم D**
- الأحذية التقويمية، باستثناء الأحذية التي تكون جزءًا من دعامات الساق والمضمنة في تكلفة الدعامة أو الأحذية المخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو بأمراض القدم
- الأجهزة الداعمة للأقدام، باستثناء الأحذية التقويمية أو العلاجية المخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو بأمراض القدم
- بضع القرنية التشععي وجراحة الليزك وأجهزة المساعدة الأخرى لضعف البصر
- عكس إجراءات التعقيم
- خدمات المداواة الطبيعية (استخدام الوسائل العلاجية الطبيعية أو البديلة)
- الخدمات التي يتم توفيرها لقُدامى المحاربين في منشآت شؤون قدامى المحاربين. ومع ذلك، عندما يحصل أحد المحاربين القدامى على خدمات الطوارئ في مستشفى شؤون قدامى المحاربين وتقاسم التكاليف مع VA هو أكثر من مجرد تقاسم تكاليف في إطار خطتنا، فإننا سنعوض المحارب عن الفرق. لا تزال مسؤولاً عن مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك.

الفصل 5: الحصول على الأدوية الموصوفة الخاصة بك للمرضى الخارجيين

مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين. وهذه الأدوية هي تلك التي يطلب مقدم الرعاية الخاص بك أن تحصل عليها من الصيدلية أو عبر الطلب بالبريد. وهي تتضمن الأدوية المغطاة التي يغطيها الجزء (D) من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. تَرد المصطلحات الرئيسية والتعريفات الموضحة قرين كل منها بترتيب أبجدي في نهاية الفصل في دليل الأعضاء.

ونغطي كذلك الأدوية الآتية، على الرغم من عدم التعرض لتفاصيلها في هذا الفصل:

- **الأدوية التي يغطيها الجزء (A) من برنامج Medicare**. وهي تتضمن بعض الأدوية التي تحصل عليها أثناء وجودك في أحد المستشفيات أو مرافق الرعاية.
- **الأدوية التي يغطيها الجزء (B) من برنامج Medicare**. وتتضمن هذه الأدوية بعض الأدوية الكيميائية وبعض حُقن الأدوية المقدمة إليك في زيارة للعيادة مع الطبيب أو مقدم خدمات آخر، فضلاً عن الأدوية المقدمة إليك في عيادة الغسيل الكلوي. لمعرفة المزيد عن أدوية الجزء B من برنامج Medicare المشمولة بالتغطية، راجِع جدول المزايا في **الفصل 4** من *دليل الأعضاء*.
- بالإضافة إلى الجزء (د) من برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد تتم تغطية أدويتك بواسطة برنامج Original Medicare إذا كنت في برنامج لرعاية المحتضرين من Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5**، القسم F "إذا كنت عضوًا في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare".

قواعد تغطية الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين في خطتنا

نقوم عادةً بتغطية أدويتك ما دمتَ تتبع القواعد المذكورة في هذا القسم.

يجب أن يكون لديك موفر خدمات (طبيب أو طبيب أسنان أو طبيب آخر) يكتب لك وصفة طبية، ويجب أن تكون صالحة بموجب قانون الولاية المعمول به. ويكون هذا الشخص في أغلب الأحيان مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك. وقد يكون أيضًا مقدم خدمات آخر إذا أحالك مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على الرعاية.

يجب **ألا** يكون المسؤول عن وصف الأدوية مدرجًا في قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة ببرنامج Medicare.

يجب عليك بصفة عامة استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف الأدوية الموصوفة لك. أو يمكنك صرف وصفتك الطبية من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة.

يجب أن يكون الدواء الموصوف مدرجًا في *قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية* في خطتنا. وسوف نُطلق عليها اختصارًا "*قائمة الأدوية*". (راجع **القسم B** من هذا الفصل.)

- إذا لم يكن في *قائمة الأدوية*، فقد يمكننا تغطيته من خلال منحك استثناء.
- انظر **الفصل 9** للتعرف على المزيد حول طلب الحصول على استثناء.
- يرجى كذلك ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف لك سيتم تقييمه وفقَ معايير برنامجَي Medicare وMedi-Cal.

يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. ويعني هذا أن استخدام الدواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو أنه مدعوم من بعض المراجع الطبية المعينة. وقد يكون طبيبك قادرًا على مساعدتك على تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف.

قد يتطلب الدواء الحصول على موافقة قبل شموله بالتغطية. (راجع **القسم C** من هذا الفصل.

جدول المحتويات

A. الحصول على الوصفات الدوائية 102
A1. الحصول على وصفاتك الدوائية من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة 102
A2. قم بإظهار بطاقة الهوية الخاصة بالعضو عند ملء إحدى الوصفات العلاجية 102
A3. ما يجب أن تفعله إذا قمت بتغيير الصيدلية التي تتعامل معها داخل الشبكة 102
A4. ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة 102
A5. استخدام صيدلية متخصصة 102
A6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية 103
A7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية 103
A8. استخدام إحدى الصيدليات غير التابعة لشبكة خطتنا 104
A9. إعادة أموالك إليك التي تدفعها مقابل وصفة طبية 104
B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 104
B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا 104
B2. كيفية العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية. 105
B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا 105
B4. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بقائمة الأدوية 106
C. القيود على بعض الأدوية 106
D. الأسباب وراء احتمال عدم تغطية الدواء 107
D1. الحصول على إمداد مؤقت 107
D2. طلب إمدادات مؤقتة 108
D3. المطالبة بالحصول على استثناء 108
E. التغييرات التي تحدث في تغطية الأدوية 109
F. تغطية الأدوية في حالات خاصة 110
F1. الإقامة المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق رعاية تمريضية حاذقة 110
F2. الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل 110
F3. التسجيل في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من قِبل برنامج Medicare 110
G. البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية 111
G1. برامج المساعدة على استخدام الأدوية بأمان 111
G2. برامج المساعدة على تعاطي الأدوية 111
G3. برنامج إدارة الدواء للمساعدة على استخدام الأدوية الأفيونية بطريقة آمنة 112

A. الحصول على الوصفات الدوائية

A1. الحصول على وصفاتك الدوائية من خلال إحدى الصيدليات التابعة للشبكة

في أغلب الحالات، لا ندفع مقابل الأدوية الموصوفة **إلا** إذا تم صرفها من أيٍّ من الصيدليات التابعة لنا داخل الشبكة. والصيدلية التابعة للشبكة هي الصيدلية التي توافق على صرف الأدوية الموصوفة لأعضاء خطتنا. ويمكنك استخدام أيٍ من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، ابحث في *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات*، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A2. قم بإظهار بطاقة الهوية الخاصة بالعضو عند ملء إحدى الوصفات العلاجية

لتعبئة الوصفة العلاجية الخاصة بك وصرفها، **قم بإظهار بطاقة الهوية الخاصة بالعضو** في صيدلية تابعة للشبكة. نقوم بدفع حصتنا من تكلفة الدواء الموصوف لك للصيدلية التابعة للشبكة. قد تحتاج إلى دفع مدفوعات مشتركة للصيدلية عند استلام الوصفة الطبية الخاصة بك.

تذكَّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) للحصول على الأدوية المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx.

إذا لم تكن معلومات عضوية خطتك معك عند صرف الوصفة الطبية الخاصة بك، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات التسجيل في خطتك.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات الضرورية، فربما يتعين عليك دفع تكلفة الدواء الموصوف عند صرفه. ويمكنك مطالبتنا لاحقًا برد المبلغ المدفوع إليك. **إذا لم تتمكن من الدفع نظير الدواء؛ فاتصل بقسم "خدمات الأعضاء" فورًا**. وسنفعل كل ما بوسعنا لمساعدتك.

- لمطالبتنا برد المدفوعات إليك، راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*.
- إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في صرف الأدوية الموصوفة لك، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A3. ما يجب أن تفعله إذا قمت بتغيير الصيدلية التي تتعامل معها داخل الشبكة

إذا قمت بتغيير الصيدليات واحتجتَ إلى إعادة صرف الأدوية الموصوفة لك، فبإمكانك أن تطلب الحصول على وصفة دوائية جديدة يكتبها أحد مقدمي الرعاية أو أن تطلب من صيدليتك أن تحيل الوصفة الدوائية إلى الصيدلية الجديدة إذا كانت هناك أي أدوية متبقية مستحقة الصرف.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تغيير صيدليتك التابعة للشبكة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A4. ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

إذا تركَت الصيدليةُ التي تتعامل معها شبكة خطتنا؛ فيتعين عليك العثور على صيدلية جديدة داخل الشبكة.

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، ابحث في *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات*، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A5. استخدام صيدلية متخصصة

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

- الصيدليات التي تقدّم الأدوية للعلاج بالتسريب في المنزل.
- الصيدليات التي تقدّم الأدوية للمقيمين في أحد مرافق الرعاية الطويلة الأجل، مثل مرافق التمريض.
  - وعادةً ما يكون لمنشآت الرعاية الطويلة الأجل صيدلياتها الخاصة. وإذا كنت تقيم في أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل، فيتعين علينا التأكد من إمكانية حصولك على الأدوية التي تحتاج إليها من صيدلية المرفق.
  - إذا لم يكن مرفق الرعاية طويلة الأجل تابعًا لشبكتنا، أو إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على مزايا الأدوية في مرفق الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

- الصيدليات التي تخدم مقدمي الرعاية الصحية الهنود (IHCP) وصيدليات المؤسسة الهندية الحضرية (UIO) وخدمة الصحة الهندية/برنامج الصحة الهندية القبلية/الحضرية. وباستثناء الحالات الطارئة، قد يتردد مواطنو أمريكا الأصليون أو مواطنو ألاسكا فقط على هذه الصيدليات.
- الصيدليات التي تصرف الأدوية المقيدة من جانب إدارة الغذاء والدواء في بعض المواقع المعينة أو التي تتطلب معاملة خاصة أو تنسيقًا مع موفر الخدمة أو تثقيفًا حول استخدامها. (ملاحظة: من المفترض ألّا يحدث هذا السيناريو إلا نادرًا).

للعثور على صيدلية متخصصة، ابحث في *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات*، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية

للحصول على بعض أنواع الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا. وبشكل عام، تُعد الأدوية التي تتوفر من خلال الطلب بالبريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج مرض مزمن أو طويل الأجل. ويتم تمييز الأدوية **غير** المتوفرة في خطتنا من خلال خدمة الطلب بالبريد بعلامة **NM** في *قائمة الأدوية*.

وتتيح لك خدمة الطلب بالبريد المقدمة من خطتنا طلب إمداد من الدواء لمدة لا تقل عن **31** يومًا ولا تزيد عن **100** يوم. ويتساوى مبلغ المدفوعات المشتركة الخاصة بإمداد الدواء لمدة **100** يوم مع الإمداد لمدة شهر واحد.

صرف الأدوية الموصوفة عبر البريد

للحصول على نماذج الطلب والمعلومات المتعلقة بكيفية طلب وصفاتك الدوائية عبر البريد، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

عادةً، تصلك الأدوية الموصوفة المطلوبة عبر الطلب بالبريد في غضون 14 يومًا. إذا كانت هناك حاجة ضرورية أو عند تأخير هذا التوقيت، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الدليل) للمساعدة في الحصول على إمدادات مؤقتة من الوصفة الطبية الخاصة بك.

عملية الطلب بالبريد

تتضمن خدمة الطلب بالبريد إجراءات مختلفة للوصفات الجديدة التي تتلقاها منك، والوصفات الجديدة التي تتلقاها مباشرة من عيادة مقدم الرعاية الخاص بك، وعمليات إعادة صرف الأدوية الموصوفة المطلوبة عن طريق البريد.

1. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

تقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف وتوصيل الوصفات الجديدة التي تتلقاها منك.

2. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية مباشرة من عيادة مقدم الرعاية

بعد أن تتلقى الصيدلية وصفة من مقدم رعاية صحية، تتصل بك لمعرفة ما إذا كنت ترغب في صرف الأدوية على الفور أم في وقت لاحق.

- يمنحك هذا الأمر الفرصة للتحقق من أن الصيدلية يمكنها توفير الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والمقدار والشكل الدوائي)، وإذا لزم الأمر، يمكن أن يسمح لك ذلك بإيقاف أو تأخير الطلب قبل أن تتم عملية الشحن.
- احرص على الرد على الصيدلية في كل مرة تتصل بك فيها، وذلك لتخبرها بما يجب أن تفعله فيما يتعلق بالوصفة الجديدة وكذا لتجنب أي تأخير في عملية الشحن.

3. عمليات إعادة التعبئة على وصفات الطلب البريدي

لإعادة الصرف، اتصل بالصيدلية التي تتعامل معها قبل (14) يومًا على الأقل من نفاد الدواء الموصوف الحالي لضمان إرسال الطلب التالي إليك في الوقت المناسب. إذا واجهت صعوبة وتحتاج إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بمنسق الرعاية على الرقم 4627-665 (855)، بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: 711.

أخبِر الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك حتى تتمكن من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن.

A7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية

يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة المدرجة في *قائمة الأدوية* الخاصة بالخطة. تُعد أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بانتظام لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.

وتتيح لك بعض الصيدليات من داخل الشبكة الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. ويتساوى مبلغ المدفوعات المشتركة الخاصة بإمداد الدواء لمدة 31 يوم مع الإمداد لمدة شهر واحد. ويُطلعك *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* على الصيدليات التي يمكنها أن تمنحك إمدادًا طويل الأجل من أدوية المداومة. يمكنك أيضًا طلب الحصول على المزيد من المعلومات من منسق الرعاية أو قسم خدمات الأعضاء.

فيما يتعلق بأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. راجع **القسم A6** للتعرف على خدمات الطلب بالبريد.

A8. استخدام إحدى الصيدليات غير التابعة لشبكة خطتنا

بوجه عام، لا ندفع مقابل الأدوية التي يتم صرفها عبر إحدى الصيدليات غير التابعة للشبكة إلا في حال عدم القدرة على الوصول إلى إحدى الصيدليات التابعة للشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة الخاصة بنا حيث يمكنك صرف الأدوية الموصوفة لك بصفتك عضوًا في خطتنا. في مثل هذه الحالات، يُرجى التأكد أولاً من منسق الرعاية أو قسم خدمات الأعضاء لمعرفة إذا ما كانت هناك إحدى الصيدليات التابعة للشبكة بالقرب منك. وقد تكون مطالبًا بدفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والتكلفة التي نغطيها في صيدلية تابعة للشبكة.

ندفع مقابل الأدوية الموصوفة من صيدلية من خارج الشبكة في الحالات الآتية:

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

A9. إعادة أموالك إليك التي تدفعها مقابل وصفة طبية

بوجه عام، إذا اضطررتَ إلى الذهاب إلى صيدلية خارج الشبكة، فإنك تدفع التكلفة كاملةً عند حصولك على الأدوية الموصوفة. يمكنك طلب رد النفقات إليك.

إذا دفعتَ التكلفة كاملةً مقابل الأدوية الموصوفة لك التي قد يغطيها برنامج Medi-Cal Rx، فقد تتمكن من تعويضك من الصيدلية بمجرد أن يدفع برنامج Medi-Cal Rx تكلفة الوصفة. أو يمكنك مطالبة برنامج Medi-Cal Rx برد الأموال إليك عن طريق إرسال مطالبة "تعويض النفقات المدفوعة ضمن برنامج Medi-Cal (قرار كونلان)". يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن ذلك على موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

لمعرفة المزيد عن هذا الأمر، راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*.

B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

لدينا *قائمة بالأدوية المشمولة*. ونسميها اختصارًا *"قائمة الأدوية"*.

وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في *قائمة الأدوية* بمساعدة فريقٍ من الأطباء والصيدلانيين. وتوضح لك *قائمة الأدوية* كذلك القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويتك.

بوجه عام، نغطي الدواء المدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا عندما تتّبع القواعد التي نوضحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

تشتمل *قائمة الأدوية* على الأدوية التي يغطيها الجزء (D) من برنامج Medicare.

تغطي خطتنا معظم الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدلية. وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx أدويةً أخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على أدويتك الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

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 يُصرَف بوصفة طبية ويُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة التي تصنّعه. وتتسم المنتجات البيولوجية بكونها أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية المتعارف عليها. عندما نشير إلى "الأدوية" في *قائمة الأدوية* لدينا، قد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

تحتوي الأدوية العامة على نفس مكونات الأدوية النشطة التي تحمل علامات تجارية. هذا وتحتوي المنتجات البيولوجية على بدائل تسمى الأدوية الحيوية المماثلة. بوجه عام، تكون للأدوية العامة والبدائل الحيوية الفعالية نفسها للأدوية التي تحمل علامات تجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية، وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. وعلاوةً على ذلك، تتوفر أدوية عامة تعمل كبدائل 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*.

وتغطي خطتنا أيضًا أدوية ومنتجات يتم صرفها بدون وصفة طبية. تكون تكلفة بعض الأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية أقل من أدوية الوصفة الطبية وتعطي نفس المفعول. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم "خدمات الأعضاء".

B2. كيفية العثور على دواء مدرج في *قائمة الأدوية*.

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

- التحقق من أحدث إصدار من *قائمة الأدوية* التي أرسلناها إليك عبر البريد.
- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على MolinaHealthcare.com/Medicare. تتسم *قائمة الأدوية* المتوفرة عبر موقعنا الإلكتروني بكونها الأحدث دائمًا.
- اتصل بقسم مدير الحالة أو خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا أو لطلب نسخة من القائمة.
- قد يغطي برنامج Medi-Cal Rx الأدوية التي لا يغطيها الجزء D. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) للحصول على مزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بنا عبر الموقع الإلكتروني Caremark.com/ أو اتصل بمنسق الرعاية أو خدمات الأعضاء. ومن خلال هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في *قائمة الأدوية* للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في *قائمة الأدوية* يمكنها علاج نفس الحالة.

B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

لا نغطّي كل الأدوية الموصوفة. فبعض الأدوية لا تكون مدرجة في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية تلك الأدوية. وفي حالات أخرى، نقرر عدم إدراج دواء معين في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.

لا تدفع خطتنا مقابل الأدوية المدرجة في هذا القسم. وتُسمى هذه **بالأدوية المستثناة**. إذا حصلت على وصفة دوائية تتضمن دواءً مستثنى، فقد يلزمك دفع تكلفته بنفسك. وإذا كنت تعتقد أنه يتعين علينا دفع تكلفة دواء مستثنى بسبب حالتك، فيمكنك تقديم تظلم. راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات حول التظلمات.

وفيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية (التي تشتمل على أدوية الجزء D) في خطتنا أن تدفع مقابل دواء يغطيه بالفعل الجزء (A) أو الجزء (B) من برنامج Medicare. وتغطي خطتنا الأدوية المشمولة بتغطية الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare مجانًا، لكن لا تُعدّ هذه الأدوية جزءًا من مزايا الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية. \
2. لا يمكن لخطتنا أن تغطّي دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
3. يجب أن يكون استخدام الدواء معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة كعلاجٍ لحالتك. قد يصف طبيبك أو أي مقدم رعاية دواءً معينًا لعلاج حالتك، على الرغم من أن هذا الدواء ليس معتمدًا لعلاج هذه الحالة. ويُسمى هذا بالاستخدام غير المصرح به. عادة لا تغطي خطتنا الأدوية الموصوفة للاستخدام غير المصرح به.

كذلك، لا تجوز قانونًا لبرنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه.

- 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 المرضى الخارجيين التي تصنعها شركات تشترط أن تقوم هي بإجراء الفحوصات وتقديم الخدمات إليك

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

B4. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بقائمة الأدوية

ويندرج كل دواء مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا ضمن فئة واحدة. والفئة عبارة عن مجموعة من الأدوية التي تكون في الغالب من نفس النوع (على سبيل المثال، الأدوية ذات العلامة التجارية أو العامة أو التي يتم تناولها بدون وصفة طبية). وبشكل عام، كلما ارتفعت فئة تقاسم التكاليف، ارتفعت تكاليف الدواء لديك.

لمعرفة أي فئة تقاسم تكاليف يندرج تحتها دواؤك، ابحث عن الدواء في *قائمة الأدوية* لدينا.

يوضح لك **الفصل 6** من *دليل الأعضاء* المبلغ الذي تسدده مقابل الحصول على الأدوية في كل فئة من الفئات.

C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية الموصوفة، تحدِّد قواعد خاصة كيف ومتى تغطي خطتنا هذه الأدوية. وبوجه عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمنًا وفعالاً. وفي حال تماثل فعالية دواء آمن ذي تكلفة أقل مع دواء عالي التكلفة، فإننا نتوقع أن يصف لك مقدم الرعاية الدواء الأقل تكلفة.

إذا كانت هناك قاعدة خاصة لدوائك، فهي في الغالب تعني أنه يتعين عليك أو على مقدم الرعاية اتخاذ مزيد من الخطوات لكي نغطي الدواء. فعلى سبيل المثال، قد يضطر مقدم الرعاية الخاص بك إلى إبلاغنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. وإذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك أنه لا ينبغي تطبيق قاعدتنا على حالتك، فاطلب منا إجراء استثناء. وقد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء من دون اتخاذ خطوات إضافية.

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

1. الاستخدام المحدود للدواء الذي يحمل علامة تجارية عند توفّر النسخة العامة منه

بصورةٍ عامة، يعمل الدواء العام نفس عمل الدواء الذي يحمل علامة تجارية، وعادةً ما تكون تكلفته أقل. في معظم الحالات، إذا توفر دواء عام مماثل لدواء يحمل علامة تجارية، فإن الصيدليات داخل شبكتنا تصرف لك الدواء العام.

- عادةً لا ندفع مقابل الدواء الذي يحمل علامة تجارية عند توفر الدواء العام.
- ومع ذلك، إذا أخبرنا مقدم الخدمة الخاص بك بالسبب الطبي المتمثل في أن الدواء العام لن يكون مناسبًا لك أو عند تدوينه عبارة "لا توجد بدائل" على الوصفة الطبية الخاصة بك لدواء يحمل علامة تجارية أو إخبارنا بالسبب الطبي المتمثل في أن الدواء العام أو الأدوية الأخرى المغطاة التي تعالج نفس الحالة سوف تناسبك، سنقوم بتغطية الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

2. الحصول على موافقة الخطة مسبقًا

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب عليك أو على طبيبك الحصول على موافقة منا قبل أن تتمكن من صرف الوصفة الطبية. وإذا لم تحصل على موافقة، فقد لا نغطي الدواء.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بوجه عام، نطلب منك أن تجرّب الأدوية الأقل تكلفة التي تتميز بالفعالية نفسها قبل أن نغطّي الأدوية ذات التكلفة الأعلى. فعلى سبيل المثال، إذا كان الدواء (أ) والدواء (ب) يعالجان نفس الحالة الطبية، وكانت تكلفة الدواء (أ) أقل من الدواء (ب)؛ فقد نطلب منك أن تجرّب الدواء (أ) أولاً.

وإذا **لم** يكن الدواء (أ) فعالًا معك، فسوف نقوم بعد ذلك بتغطية الدواء (ب). وتسمى هذه العملية أحيانًا باسم العلاج التدريجي.

4. حدود الكمية

نضع قيودًا، بالنسبة لبعض الأدوية، على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. ويطلق على هذا الأمر اسم حد الكمية. على سبيل المثال، يمكن أن نحدد كمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه في كل مرة تقوم بملء الوصفة العلاجية الخاصة بك.

راجِع *قائمة الأدوية* الخاصة بنا للتعرف على إذا ما كانت أي من هذه القواعد أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله. وللحصول على أحدث المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تحقق من موقع الويب الخاص بنا من خلال molinahealthcare.com/medicare. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب تقديم استئناف. يرجى مراجعة **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

D. الأسباب وراء احتمال عدم تغطية الدواء

نحاول أن تسري تغطية الدواء الخاص بك بما يناسبك، لكن في بعض الأحيان قد لا تتم تغطية أحد الأدوية بالطريقة التي تريدها. على سبيل المثال:

- لا تغطي خطتنا الدواء الذي تريد تناوله. فقدْ لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا. وقد نغطي دواء عامًا ولا نغطي الدواء الذي يحمل علامة تجارية الذي تريد تناوله. وقد يكون الدواء جديدًا ولم يتم تقييم أمانه وفعاليته بعد.
- تغطي خطتنا الدواء، إلا أن هناك قواعد أو قيود خاصة على تغطية هذا الدواء. وكما هو موضح في القسم أعلاه، توجد قواعد تحدِّد استخدام بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا. وفي بعض الحالات، قد تحتاج أنت أو من يصف لك الدواء إلى مطالبتنا باستثناء للقاعدة.

هناك إجراءات يمكنك اتخاذها إذا لم نكن نغطي دواءً بطريقة التغطية التي تريدها.

D1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا أن نوفر لك إمدادًا مؤقتًا بأحد الأدوية عندما لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو عندما يكون استخدامه مقيدًا بشكل ما. وهذا يمنحك وقتًا للتحدث مع موفّر الرعاية الخاص بك بشأن الحصول على دواءٍ آخر أو مطالبتنا بتغطية الدواء.

وللحصول على إمداد مؤقت بأحد الأدوية، يجب أن تستوفي القاعدتين أدناه:

1. أن يكون الدواء الذي كنت تتناوله:
   - لم يعد مدرجًا في *قائمة الأدوية* **أو**
   - لم يكن مدرجًا بالأساس في *قائمة الأدوية* **أو**
   - أن يكون محدودًا نوعًا ما خلال الوقت الحالي.
2. يجب أن تكون في أحد هذه المواقف:
   - كنتَ مسجلاً في خطتنا العام الماضي.
     - نغطي إمدادًا مؤقتًا لدوائك **خلال أول 100 يومًا من العام التقويمي**.
     - يستمر هذا الإمداد المؤقت مدةً تصل إلى (31) يومًا.
     - إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لمدة أقل من الأيام، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير ما يصل إلى (31) يومًا من العلاج بحد أقصى. ويجب عليك ملء الوصفة العلاجية في إحدى الصيدليات من داخل الشبكة.
     - قد تقوم صيدليات الرعاية بعيدة المدى بتوفير الأدوية بكميات صغيرة في المرة لمنع الإهدار.

- أن تكون عضوًا جديدًا في خطتنا.
  - نغطي إمدادًا مؤقتًا لدوائك **خلال أول (100) يومًا من عضويتك في خطتنا.**
  - يستمر هذا الإمداد المؤقت مدةً تصل إلى (31) يومًا.
  - إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لمدة أقل من الأيام، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير ما يصل إلى (31) يومًا من العلاج بحد أقصى. ويجب عليك ملء الوصفة العلاجية في إحدى الصيدليات من داخل الشبكة.
  - قد تقوم صيدليات الرعاية بعيدة المدى بتوفير الأدوية بكميات صغيرة في المرة لمنع الإهدار.
- أن تكون قد انضممت إلى خطتنا لأكثر من (100) يومًا وتقيم في مرفق رعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى إمداد على الفور.
  - نغطي إمدادًا واحدًا فقط مدته (31) يومًا، أو أقل من ذلك إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت الوارد أعلاه.
  - 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.

D2. طلب إمدادات مؤقتة

ولطلب الحصول على إمداد مؤقت من أحد الأدوية، اتصل على قسم "خدمات الأعضاء".

عند حصولك على إمداد مؤقت بأحد الأدوية، تحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك في أسرع وقت لتقرر ما ينبغي لك فعله عند نفاد الإمداد بالدواء. وفيما يلي الخيارات المتاحة لك:

- التغيير إلى دواء آخر.

تغطي خطتنا الدواء المختلف الذي يناسب حالتك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لطلب نسخة من قائمة الأدوية التي نغطيها وتعالج الحالة الطبية نفسها. ويمكن أن تساعد القائمة مقدم الرعاية الخاص بك على العثور على دواء مشمول بالتغطية قد يكون فعالاً في حالتك.

أو

- المطالبة بالحصول على استثناء.

يمكنك أنت وموفّر الرعاية الخاص بك أن تطلبا منّا استثناءً. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منّا تغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا أو مطالبتنا بتغطية دواء دون التقيد بحدود معينة. إذا قال موفّر الرعاية لديك إنه لديه سببًا طبيًا جيدًا للاستثناء، فيمكنه مساعدتك في طلب أحد الأدوية.

D3. المطالبة بالحصول على استثناء

إذا كان الدواء الذي تتناوله بصدد الاستبعاد من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو التقييد بشكل ما خلال العامَ المقبل، فسنسمح لك بأن تطلب الحصول على استثناء قبل العام المقبل.

- نخطرك بأي تغيير في تغطية دوائك العامَ المقبل. مطالبتنا بإجراء استثناء وتغطية الدواء العامَ المقبل بالطريقة التي تريدها.
- سنرُدّ على طلبك المتعلق بالاستثناء في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك (أو البيان الداعِم ممَن وصف لك الدواء).

لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناء، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن طلب استثناء، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

E. التغييرات التي تحدث في تغطية الأدوية

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير، لكننا قد نضيف أو نزيل أدوية مدرجة في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا خلال العام. قد نغير كذلك قواعدنا حول الأدوية. على سبيل المثال، قد نقوم بالآتي:

- قرر طلب أو عدم طلب الحصول على تصريح مسبق للدواء (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج التدريجي على الدواء (يجب عليك تجربة دواء واحد قبل أن نغطي دواء آخر).

لمزيد من المعلومات عن قواعد الأدوية هذه، راجِع **القسم C**.

إذا كنت تتناول دواءً كنا نغطيه في **بداية** العام، فلن نزيل الدواءَ أو نغير تغطيته عمومًا **خلال المدة المتبقية من العام** إلا في حال:

- ظهور دواء جديد أرخص في السوق يتميز بالفعالية نفسها للدواء المدرج حاليًا في *قائمة الأدوية*، **أو**
- علمنا بأن دواء ما ليس آمنًا، **أو**
- سحب الدواء من السوق.

ماذا يحدث إذا تغيرت التغطية للدواء الذي تتناوله؟

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

- يمكنك التحقق من *قائمة الأدوية* الحالية الخاصة بنا على الإنترنت من خلال www.MolinaHealthcare.com/Medicare **أو**
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للتحقق من *قائمة الأدوية* الحالية الخاصة بنا.

التغييرات التي قد نجريها على *قائمة الأدوية* التي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

ستطرأ بعض التغييرات على *قائمة الأدوية* في الحال. على سبيل المثال:

- توافر دواء عام جديد. في بعض الأحيان، يتم طرح دواء عام جديد أو دواء حيوي مماثل في السوق له نفس فعالية الدواء الذي يحمل علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي وارد في *قائمة الأدوية* الحالية. عند حدوث ذلك، قد نقوم بإزالة الدواء الذي يحمل العلامة التجارية وإضافة الدواء العام الجديد ولكن تظل التكلفة التي تدفعها مقابل الدواء الجديد هي عينها أو أقل.

  عند إضافتنا لدواء عام جديد فقد نقرر أيضًا الإبقاء على الدواء الذي يحمل علامة تجارية والمدرج بالقائمة مع تغيير قواعد أو حدود تغطيته.

  - قد لا نحيطك علمًا قبل أن نجري هذا التغيير، ولكن سنرسل لك معلومات حول التغييرات المحددة التي أجريناها منذ إجراء هذا التغيير.
  - يمكنك أنت أو مقدم الرعاية المتابع لحالتك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل لك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتباعها لطلب استثناء. يُرجى الاطلاع على **الفصل 9** من هذا الدليل لمعرفة المزيد من المعلومات حول الاستثناءات.
- **سحب دواء ما من السوق.** إذا أفادت إدارة الغذاء والدواء بأن دواء الذي تتناوله ليس آمنًا، أو غير فعال أو أن الجهة المصنعة للدواء قامت بسحبه من السوق، فإننا قد نستبعد هذا الدواء من *قائمة الأدوية*. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل لك إشعارًا عقب إجراء التغيير.

قد نقوم بتغييرات أخرى من شأنها أن تؤثر على الأدوية التي تتناولها.

سنخطرك سابقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تحدث في *قائمة الأدوية* لدينا. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت هيئة الغذاء والدواء دليلاً جديدًا أو كانت هناك أدلة سريرية جديدة حول الدواء.

عند حدوث هذه التغييرات، نقوم بما يأتي:

- إخبارك قبل 30 يومًا على الأقل من إجرائنا التغيير على *قائمة الأدوية* لدينا **أو**
- إعلامك وإمدادك بالدواء لمدة 31 يومًا بعد طلب صرف الدواء.

يمنحك ذلك وقتًا للتحدث إلى طبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء. فيمكن أن يساعدك الطبيب على اتخاذ قرار:

- ما إذا كان هناك دواءً مشابهًا في *قائمة الأدوية* لدينا يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول **أو**
- إذا كان عليك أن تطلب الحصول على استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو نوع الدواء الذي كنت تتناوله. لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

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

يجوز لنا إجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها التي لم يتم يرد ذكرها أعلاه ولا تؤثر عليك الآن. بالنسبة إلى هذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كنا نغطيه في **بداية** العام، فلن نزيل الدواءَ أو نغير تغطيته عمومًا **خلال المدة المتبقية من العام**.

على سبيل المثال، إذا أزلنا دواء تتناوله أو قيدنا استخدامه، فلن يؤثر التغيير على استخدامك للدواء للفترة المتبقية من العام.

في حال حدوث أي من هذه التغييرات لأحد الأدوية التي تتناولها (باستثناء التغييرات المذكورة في القسم أعلاه)، فلن يؤثر التغيير على استخدامك حتى الأول من يناير من العام التالي.

لن نطلعك على هذه الأنواع من التغييرات بشكل مباشر خلال العام الجاري. 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.

F. تغطية الأدوية في حالات خاصة

F1. الإقامة المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق رعاية تمريضية حاذقة

إذا دخلتَ مستشفى أو مرفق رعاية تمريضية حاذقة بغرض الإقامة، وكان ذلك مشمولاً بالتغطية، فإننا عمومًا نغطي تكلفة الأدوية الموصوفة لك في أثناء إقامتك. ولن تكون مطالبًا بأي مدفوعات مشتركة. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، نغطي الأدوية التي تحصل عليها ما دامت هذه الأدوية تستوفي كل قواعدنا في التغطية.

F2. الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل

عادةً ما تكون في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار الرعاية، صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لكل المقيمين في المرفق. وإذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل؛ فقد تحصل على الأدوية الموصوفة من خلال صيدلية المرفق إذا كانت تابعة لشبكتنا.

تحقق من *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* لمعرفة إذا ما كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل تُعد جزءً من شبكتنا أم لا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت تحتاج إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

F3. التسجيل في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من قِبل برنامج Medicare

لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت.

- قد تكون مسجلاً في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من برنامج Medicare وتحتاج إلى أدوية محددة (لتخفيف الألم أو مضاد للغثيان أو مليّن أو مضاد للقلق) غير مشمولة في برنامج رعاية المحتضرين لعدم ارتباط هذا الدواء بمرضك الميؤوس منه أو حالاتك المرضية. في هذه الحالة، يجب أن تتلقى خطتنا إخطارًا ممن وصف لك الدواء أو من مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء غير مرتبط بالمرض قبل أن نتمكن من تغطية هذا الدواء.
- لتجنب التأخير في الحصول على الأدوية غير المرتبطة بالمرض التي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم رعاية المحتضرين أو ممَّن وصف لك الدواء التحقق من إرسال إخطار إلينا بأن الدواء غير مرتبط بالمرض قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية لك.

إذا تركت دار رعاية المحتضرين، فإن خطتنا تغطي كل الأدوية الخاصة بك. لتجنب أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية المحتضرين المعتمدة من برنامج Medicare، أحضِر الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من أنك قد غادرت دار رعاية المحتضرين.

راجِع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي توضح الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجِع **الفصل 4** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات حول مزايا رعاية المحتضرين.

G.البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية

G1. برامج المساعدة على استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تقوم فيها بتجهيز إحدى الوصفات العلاجية، فإننا نبحث عن مشاكل محتملة، مثل أخطاء الدواء أو الأدوية التي:

- قد لا تكون هناك حاجة إليها لأنك تتناول دواءً آخر له الفعالية نفسها
- قد لا تكون آمنة بالنسبة لعمرك أو جنسك
- قد تحدث لك ضررًا إذا تناولتها في نفس الوقت
- تحتوي على مواد تعاني أو قد تعاني من حساسية منها
- تحتوي على كميات غير آمنة من أدوية تخفيف الألم الناجم عن تعاطي المواد الأفيونية

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك الأدوية الموصوفة، فإننا نعمل مع مقدم الرعاية الخاص بك لمعالجة المشكلة.

G2. برامج المساعدة على تعاطي الأدوية

تحتوي خطتنا على برنامج لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في هذه الحالة، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات مجانًا من خلال برنامج لإدارة العلاج بالأدوية (Medication Therapy Management ،MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. ويساعدك هذا البرنامج أنت وموفر الرعاية الذي تتعامل معه على التحقق من أن الأدوية التي تتناولها تعمل على تحسين حالتك الصحية. وفي حال إذا ما كنت مؤهلاً للبرنامج، سيقوم طبيب صيدلي أو غيره من أخصائيي الرعاية الصحية بإجراء مراجعة شاملة لكل الأدوية وسيتحدث إليك حول:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة ممكنة من الأدوية التي تتناولها
- أي مشكلات تراودك، مثل تكاليف الأدوية والتفاعلات بين الأدوية
- أفضل طريقة لتناول الأدوية
- أي استفسارات أو مشكلات تراودك حول الوصفة الطبية الخاصة بك والأدوية التي تتناولها بدون وصفة طبية

بعد ذلك، سيعطيك:

- ملخصًا مكتوبًا لهذه المناقشة. ويحتوي الملخص على خطة إجراءات للأدوية توصي بما يمكنك القيام به لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الأدوية التي تتناولها.
- قائمة بالأدوية الشخصية التي تشتمل على كل الأدوية التي تتناولها فضلاً عن مقدار جرعات هذه الأدوية وموعد تناولها وكيفية ذلك.
- معلومات حول طريقة التخلص الآمنة من الأدوية الموصوفة التي تكون خاضعة للوائح التنظيمية.

من الجيد أن تتحدث مع طبيبك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.

- اصطحب معك خطة عملك وقائمة الأدوية أثناء زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع أطبائك والصيادلة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.
- اصطحب معك قائمة الأدوية إذا توجهت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

تكون برامج إدارة العلاج بالأدوية تطوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. وإذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فإننا نسجّلك في البرنامج ونرسِل المعلومات إليك. وإذا لم تكن ترغب في الانضمام إلى البرنامج، فأخبرنا بذلك، وسنقوم باستبعادك منه.

وإذا كانت لديك أية أسئلة تتعلق بتلك البرامج، فيُمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

G3. برنامج إدارة الدواء للمساعدة على استخدام الأدوية الأفيونية بطريقة آمنة

لدى خطتنا برنامج يساعد الأعضاء على الاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية الموصوفة لهم وغيرها من الأدوية التي يُساء استخدامها كثيرًا. ويُسمى هذا البرنامج Drug Management Program (DMP).

إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية المفعول حصلت عليها من عدة أطباء أو صيدليات أو إذا تلقيت حديثًا جرعة زائدة من أدوية أفيونية المفعول، فقد نتحدث مع الطبيب المتابع لحالتك للتأكد من أن استخدامك للأدوية أفيونية المفعول لها مناسبًا ووفق ضرورة طبية. ومن خلال العمل مع أطبائك، إذا قررنا أن استخدام الأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين غير آمن، فقد نفرض قيودًا على إمدادك بهذه الأدوية. وقد تتضمن هذه الحدود:

- مطالبتك بالحصول على كافة الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدليات محددة و/***أو*** من أطباء محددين
- الحد من كمية هذه الأدوية التي نغطيها من أجلك

إذا قررنا تطبيق حد أو أكثر عليك، فسنرسل لك خطابًا مسبقًا. سيطلعك الخطاب ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية، أو إذا ما كان سيُطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من مقدم خدمة أو صيدلية معينة.

ستتاح لك فرصة إخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا لنعرفها. إذا قررنا تحديد التغطية التي تحصل عليها لهذه الأدوية بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، فإننا نرسل إليك خطابًا آخر يؤكد هذه الحدود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو تعارض فكرة أنك معرض لخطر إساءة استخدام الدواء الموصوف، أو كنت تعترض على فكرة الحد، فيمكنك أنت أو مَن وصف لك الدواء تقديم تظلم. إذا قدّمت استئنافًا، فسوف نراجع حالتك ونعلمك بقرارنا. إذا واصلنا رفض أي جزء من استئنافك المتعلق بالقيود المفروضة على حصولك على هذه الأدوية، فسنقوم بإرسال حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة بشكل تلقائي. (لمعرفة المزيد عن الاستئنافات وهيئة المراجعة المستقلة، راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء.)*

قد لا ينطبق عليك برنامج DMP إذا:

- كنت تعاني من بعض الحالات الطبية مثل السرطان أو مرض الخلايا المنجلية،
- تتلقى رعاية المحتضرين أو رعاية تلطيفية أو رعاية في مرحلة الاحتضار، **أو**
- كنت تعيش في أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: ما تدفعه لقاء الأدوية الموصوفة لك عبر برنامجي Medi-Cal و Medicaid

مقدمة

يوضح هذا الفصل ما تدفعه مقابل الحصول على الأدوية التي تباع بوصفة دوائية للمرضى الخارجيين. يُقصد بـ "الأدوية" هنا:

- الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة دوائية ويغطيها الجزء (D) من برنامج Medicare، و
- الأدوية والمستلزمات المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx، و
- الأدوية والمستلزمات المشمولة في الخطة كمزايا إضافية.

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فإنك تحصل على "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare لمساعدتك على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة لك الواردة في الجزء D من برنامج Medicare.

المساعدة الإضافية هو برنامج من Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تخفيض كلفة الأدوية الموصوفة الواردة بالجزء (D) ببرنامج Medicare، مثل الأقساط، ومبالغ الخصم، والمدفوعات المشتركة. يطلق على المساعدة الإضافية (Extra Help) كذلك اسم "إعانة محدودي الدخل" أو يشار إليها اختصارًا باسم "LIS".

ترد المصطلحات الرئيسية الأخرى وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

وللوقوف على المزيد حول الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية، يُمكنك الرجوع إلى الأماكن التالية:

- *قائمة الأدوية المشمولة* لدينا.
  - والتي نسميها "قائمة الأدوية". ويُطلعك هذا على:
    - أي الأدوية التي ندفع ثمنها
    - إذا ما كانت هناك أي قيود على الأدوية
  - إذا كنت تحتاج إلى نسخة من *قائمة الأدوية*، الخاصة بنا، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. يمكنك كذلك العثور على أحدث نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا عبر موقعنا الإلكتروني على www.MolinaHealthcare.com/Medicare.
  - تغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus معظم الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدلية. وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx أدويةً أخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك كذلك الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx."
- **الفصل 5** من *دليل الأعضاء*.
  - يوضح كيفية الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين من خلال خطتنا.
  - ويشمل القواعد التي يجب عليك اتباعها. ويوضح كذلك أنواع الأدوية الموصوفة التي لا تغطيها خطتنا.
  - عند استخدام "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع إلى الفصل 5، القسم B2)، يتم توفير التكلفة المعروضة في "الوقت الفعلي" مما يعني أن التكلفة المعروضة في الأداة تعكس لحظة زمنية لتوفيرها تقدير للتكاليف التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك طلب الحصول على المزيد من المعلومات من منسق الرعاية أو قسم خدمات الأعضاء.

- *دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بنا.*
  - يجب عليك في معظم الأحيان اللجوء إلى واحدة من الصيدليات من داخل الشبكة للحصول على الأدوية التي تغطيها الخطة. وتُقصد بالصيدليات التابعة للشبكة تلك الصيدليات التي وافقت على التعامل معنا.
  - يتضمن *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* قائمةً بالصيدليات التابعة للشبكة. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء للاطّلاع على مزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة.

جدول المحتويات

A. شرح المزايا 116
B. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك..... 116
C. لن تدفع أي شيء لإمداد لمدة شهر واحد أو لفترة طويلة من الأدوية 117
C1. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما 118
D. اللقاحات 118
D1. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح..... 118

A. شرح المزايا

تتابع خطتنا الأدوية الخاصة بك التي لا تباع إلا بوصفة طبية وتحتفظ بسجل لها. إننا نتابع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف التي تدفعها**. يُقصد بذلك المبلغ الذي تدفعه أو يدفعه آخرون بالنيابة عنك لقاء وصفاتك الطبية. 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 أدويتك من خلال "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare أو خطط الرعاية الصحية الخاصة بصاحب العمل أو النقابة أو TRICARE أو Indian Health Service أو برامج المساعدة في علاج الإيدز أو الجمعيات الخيرية ومعظم برامج الولايات الخاصة بالمساعدة الدوائية.
- **إجمالي تكاليف الأدوية**. وهو ما يمثل إجمالي المدفوعات المسددة مقابل الأدوية المغطاة في الجزء "د". ويتضمن ذلك ما دفعته الخطة، وما دفعته البرامج أو المؤسسات الأخرى مقابل الحصول على الأدوية المغطاة في الجزء (D).

عندما تحصل على الأدوية الموصوفة من خلال خطتنا، نرسل إليك ملخصًا يُسمى *شرح المزايا*. ونسميه اختصارًا EOB. لا يُعد "شرح المزايا" بمثابة فاتورة. يحتوي "شرح المزايا" على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة بتقاسم تكاليف أقل. يمكنك التحدث إلى من يصف الدواء حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. ويشمل شرح المزايا ما يلي:

- **معلومات عن الشهر**. يوضح لك الملخصُ الأدويةَ الموصوفة التي حصلت عليها خلال الشهر الماضي. توضح التكاليف الإجمالية للأدوية وما دفعناه عنك وما دفعته أنت وما دفعه الآخرون لك.
- **معلومات محدثة سنويًا**. ويشتمل هذا على التكاليف الإجمالية لأدويتك وإجمالي المدفوعات منذ 1 يناير.
- **معلومات عن أسعار الأدوية**. هذا هو السعر الإجمالي للدواء بالإضافة إلى النسبة المئوية للتغيير في سعر الدواء منذ أول مرة صرفته فيها.
- **البدائل الأقل تكلفة**. تظهر في الملخص أسفل أدويتك الحالية، عند توافرها. يمكنك التحدث إلى من وصف لك الدواء لمعرفة المزيد.

إننا نعرض عليك تغطية الأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

- ولا تُحتسب مدفوعات هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف التي تدفعها.
- تغطي الخطة معظم الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدلية. وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx أدويةً أخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للاطلاع على مزيد من المعلومات. ويمكنك كذلك الاتصال بمركز خدمة عملاء برنامج Medi-Cal على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.
- ولمعرفة الأدوية التي تغطيها خطتنا، يُرجى مراجعة *قائمة الأدوية*.

B. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك

نستخدم السجلات التي تقدمها إلينا والتي نحصل عليها من الصيدلية التي تتعامل معها لمتابعة وتسجيل تكاليف الأدوية وما تدفعه. وفيما يلي طرق تقديم المساعدة إلينا:

1. استخدم بطاقة الهوية الخاصة بالعضو.

أظهِر بطاقة معرِّف خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SSNP) في كل مرة تصرف فيها الأدوية الموصوفة. يساعدنا ذلك على معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها والمبلغ الذي تدفعه.

2. تأكد أننا نمتلك المعلومات التي نحتاجها.

أرسل إلينا نُسخًا من إيصالات الأدوية المشمولة التي دفعتَ ثمنها. ويمكنك أن تطالبنا برد المبلغ الذي دفعته مقابل الدواء.

وفيما يلي بعض الأمثلة التي يجب عليك فيها منحنا نسخًا من الإيصالات:

- عند شراء أحد الأدوية التي تغطيها الخطة من صيدلية من داخل الشبكة بسعر خاص أو في حال استخدمت بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا الخطة
- عندما تُسدد مبلغًا مشتركًا من ثمن الأدوية التي تحصل عليها ضمن برنامج مساعدة المريض الذي تقدمه الجهة المصنعة للدواء

- عند شراء أحد الأدوية المغطاة في الخطة من صيدلية غير تابعة للشبكة
- عندما تدفع سعر الدواء الذي تغطيه الخطة بالكامل

إذا كنت ترغب في مطالبتنا برد المدفوعات الخاصة بأحد الأدوية إليك، فيمكنك الرجوع إلى **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*.

3. أرسل إلينا المعلومات المتعلقة بالمبالغ التي دفعها الآخرون من أجلك.

وكذلك يجري اعتبار التكاليف التي دفعها أشخاص ومؤسسات بعينها إليك ضمن التكاليف العينية. على سبيل المثال، تدخل مدفوعات برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (AIDS) وهيئة Indian Health Service ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف التي تدفعها من جانبك. يمكن أن يساعدك ذلك على التأهل للتغطية القصوى. عندما تصل إلى مرحلة التغطية القصوى، تدفع خطتنا كل تكاليف أدوية الجزء (د) الخاصة بك لبقية العام.

4.تحقق من تقارير شرح المزايا التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على شرح المزايا من خلال البريد، فيُرجى التحقق من أنه كامل وسليم.

- **هل تعرف اسم كل صيدلية؟** تحقق من التاريخ. هل حصلتَ على الأدوية في ذلك اليوم؟
- **هل حصلت على الأدوية المُدرجَة؟** هل تتطابق مع تلك المُدرجَة في الإيصالات لديك؟ هل تتطابق الأدوية مع تلك التي وصفها الطبيب؟

لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus أو قراءة *دليل أعضاء* Molina Medicare Complete Care Plus.

ماذا لو وجدتَ أخطاءً في هذا الملخص؟

إذا وجدتَ شيئًا محيّرًا أو يبدو غير صحيح في ملخص شرح المزايا هذا، فيرجى الاتصال بنا من خلال قسم خدمات أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus. يمكنك كذلك العثور على إجابات عن أسئلة كثيرة على موقعنا الإلكتروني: MolinaHealthcare.com/Medicare.

ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

إذا وردت في هذا الملخص أدوية لا تتناولها أو أي شيء آخر يبدو غامضًا بالنسبة إليك، فيُرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمات أعضاء خطةMolina Medicare Complete Care Plus.
- أو يمكنك الاتصال بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- إذا كنت تشك في أن مقدم الرعاية الذي يحصل على خدمات برنامج Medi-Cal قد ارتكب احتيالاً أو تبديدًا أو سوء استخدام، يكون من حقك الإبلاغ عنه بالاتصال على الرقم السري المجاني 1-800-822-6222. يمكنك العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن الاحتيال في Medi-Cal من خلال: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

وإذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو شيئًا مفقودًا، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. احتفظ بملخصات شرح المزايا. تمثل هذه التقارير سجلاً هامًا لتكاليف الأدوية الخاصة بك.

C. لن تدفع أي شيء لإمداد لمدة شهر واحد أو لفترة طويلة من الأدوية

مع خطتنا، لا تدفع شيئًا مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية ما دمت تتبع قواعدنا.

راجع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد عن كيفية تقديم استئناف إذا تم إخطارك بأنه لن تتم تغطية دواء معين. لمعرفة المزيد عن اختيارات الصيدلية هذه، راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* وكذا *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات*.

C1. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما

بالنسبة لبعض الأدوية، يُمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى أيضًا "الإمداد الممتد") عند صرف وصفتك الطبية. ويغطي الإمداد الطويل الأجل فترة تصل إلى 100 يوم. ولا تقع عليك تكلفة مقابل الإمدادات طويلة الأجل.

لمعرفة التفاصيل عن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل من أحد الأدوية، راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* أو *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات*.

D. اللقاحات

رسالة هامة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات: تندرج بعض اللقاحات تحت المزايا الطبية وتكون مغطاة بموجب الجزء (B) من Medicare. وتعتبر اللقاحات الأخرى أدوية بموجب الجزء (D) من برنامج Medicare. ويمكنك العثور على هذه اللقاحات مدرجةً في *قائمة الأدوية المشمولة بالخطة (الوصفات)*. تغطي خطتنا معظم اللقاحات المشمولة في الجزء (د) من برنامج Medicare من دون فرض أي تكلفة عليك. يمكنك الرجوع إلى *قائمة الأدوية المشمولة بالخطة* أو الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية وتقاسم التكاليف حول بعض اللقاحات المحددة.

تنقسم تغطية اللقاحات في الجزء (D) من برنامج Medicare إلى قسمين:

1. يختص القسم الأول من التغطية بتكاليف **اللقاح نفسه**. ذلك أن التطعيم يعد من الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية.
2. أما القسم الثاني من التغطية فهو يتعلق بتكلفة **الحقن باللقاح** على سبيل المثال، في بعض الأحيان يمكن أن تحصل على اللقاح في شكل حقنة يعطيها لك الطبيب.

D1. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح

ننصحك بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على اللقاح.

- يمكننا إخبارك بالطريقة التي تغطي بها خطتنا اللقاحَ المرغوب.

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

مقدمة

يطلعك هذا الفصل بكيفية ووقت إرسال فاتورة لنا للمطالبة بسدادها. كما يطلعك على كيفية تقديم تظلم في حالة عدم اتفاقك مع قرار تغطية. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بالدفع نظير خدماتك أو أدويتك 120
B. إرسال طلب بالدفع 122
C. قرارات التغطية 123
D. الاستثنافات 123

A. مطالبتنا بالدفع نظير خدماتك أو أدويتك

لا ينتظر أن تحصل على فاتورة للخدمات أو الأدوية في شبكتنا. يتعين على مقدمي الرعاية في شبكتنا تحرير فاتورة إلى مسؤولي الخطة الصحية بالخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية التي حصلت عليها بالفعل. ويعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطّة الصحيّة.

نحن لا نسمح لمقدمي الخدمة في خطة Molina Medicare Complete Care Plus بإصدار فاتورة لك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. لأننا ندفع لمقدمي الرعاية لدينا بشكل مباشر، ونحميك من تحمل أي رسوم.

إذا حصلت على فاتورة بالرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسِلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، اتصل بخدمات الأعضاء.

- إذا كنا نغطي الخدمات والأدوية، فسندفع إلى مقدم الخدمات مباشرة.
- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية وكنت قد دفعتَ مقابلها بالفعل، فإنه يحق لك استرداد ما دفعته.
  - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسنقوم بسداد المبلغ لك.
- إذا قمت بالدفع مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض (استرداد المبلغ) إذا كنت تستوفي جميع الشروط التالية:
  - أن تكون الخدمة التي تلقيتها هي خدمة مغطاة من Medi-Cal ونحن مسؤولون عن دفعها. لن نقوم بتعويضك عن خدمة لا تغطيها خطة Molina Medicare Complete Care Plus.
  - عند حصولك على الخدمة المغطاة بعد أن أصبحت عضوًا مؤهلاً في خطة Molina Medicare Complete Care Plus.
  - أن تطلب استرداد المبلغ في غضون عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة المشمولة بالتغطية.
  - أن تقدِّم دليلاً على أنك دفعت مقابل الخدمة المشمولة بالتغطية، مثل إيصال مُفصّل من موفر الرعاية.
  - أن تكون قد تلقيت الخدمة المشمولة بالتغطية من موفر رعاية مسجَّل في برنامج Medi-Cal تابع لشبكة Molina Medicare Complete Care Plus. لا تحتاج إلى استيفاء هذا الشرط إذا تلقيت خدمات الطوارئ أو خدمات تنظيم الأسرة أو خدمة أخرى يسمح برنامج Medi-Cal بالحصول عليها من قِبل مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة دون الحصول على موافقة مسبقة.
- إذا كانت الخدمة المغطاة تتطلب عادةً موافقة مسبقة (موافقة مسبقة)، فيجب عليك تقديم دليل من مقدم الخدمة يوضح الحاجة الطبية للخدمة المغطاة.
- ستخبرك خطة Molina Medicare Complete Care Plus ما إذا كانت ستقوم بتعويضك في خطاب يسمى إشعار الإجراء. إذا استوفيتَ كل الشروط المذكورة أعلاه، فيجب أن يردّ موفر الرعاية المسجل في برنامج Medi-Cal كل المبلغ الذي دفعته. إذا رفض مقدم الخدمة سداد المبلغ لك، فسوف تقوم خطة Molina Medicare Complete Care Plus بسداد كامل المبلغ الذي دفعته. سوف ندفع لك خلال 45 يوم عمل من استلام المطالبة. إذا كان مقدم الخدمة مسجلاً في برنامج Medi-Cal، لكنه ليس تابعًا لشبكتنا ويرفض رد المبلغ إليك، فستقوم خطة Molina Medicare Complete Care Plus بدفع هذا المبلغ لك مرة أخرى، ولكن وصولاً إلى المبلغ الذي سيدفعه Medi-Cal فقط. ستدفع لك Molina Medicare Complete Care Plus كامل المبلغ الذي ستدفعه مقابل خدمات الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو أي خدمة أخرى يتيح Medi-Cal الحصول عليها من مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة دون الحصول على موافقة مسبقة. وإذا لم تستوفِ أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن يمكنك استرداد المبلغ الذي دفعتَه.
- لن يمكنك الحصول على المبلغ الذي دفعته في الحالات التالية:
  - طلب الحصول على خدمات غير مشمولة في برنامج Medi-Cal واستطعت الحصول عليها بالفعل، مثل الخدمات التجميلية.
  - إذا كانت الخدمة غير مشمولة من جانب Molina Medicare Complete Care Plus.
  - عند ذهابك إلى طبيب غير مُسجل في برنامج Medi-Cal ووقّعتَ على نموذج يفيد بأنك ترغب في أن يتم فحصك على أي حال وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.
- إذا لم نكن نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية المتابع لحالتك إذا كانت لديك أي استفسارات. إذا تلقيتَ فاتورة ولا تعرف الخطوات الواجب اتباعها حيالها، فيُمكننا مساعدتك. علاوة على ذلك، يُمكنك الاتصال إذا كنت ترغب في تقديم معلومات إلينا حول طلب الدفع الذي أرسلته إلينا بالفعل.

وفيما يلي أمثلة على الأوقات التي يمكنك خلالها أن تطالبنا برد ما دفعته أو دفع فاتورة حصلت عليها:

1. عند الحاجة إلى رعاية صحية طارئة أو عاجلة من مقدم رعاية غير تابع للشبكة

اطلب من مقدم الرعاية إرسال الفاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ كاملاً عند الحصول على الرعاية الصحية، فيمكنك مطالبتنا برد ما دفعته. أرسل إلينا الفاتورة مع ما يثبت أي عملية دفع قمت بها.
- قد تتلقى فاتورة من مقدم الرعاية يطلب منك دفع مبلغ ترى أنك لا تدين به. أرسل إلينا الفاتورة مع ما يثبت أي عملية دفع قمت بها.
  - إذا كان ينبغي الدفع لمقدم الرعاية، فإننا سوف ندفع لهذا المقدم مباشرة.
  - إذا كنتَ قد دفعتَ بالفعل مقابل الخدمة، فسنعيد إليك ما دفعته.

2. عندما يرسل إليك مقدم رعاية تابع للشبكة فاتورة

يتعين على مقدمي الخدمة التابعين للشبكة إرسال الفواتير إلينا دائمًا. من الضروري إظهار بطاقة العضوية عند تلقي أي خدمات أو وصفات طبية؛ ومع ذلك، يرتكب مقدمو الخدمات التابعين للشبكة أخطاء في بعض الأحيان، ويطلبون منك دفع ثمن خدماتك أو أكثر من حصتك من التكاليف. **اتصل بخدمات الأعضاء** أو منسق الرعاية على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة **إذا تلقيت أي فواتير**.

- نظرًا إلى أننا نتحمل كامل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها، لا يتعين عليك دفع أي تكاليف. على مقدمي الرعاية عدم إصدار أية فواتير لك لأي من تلك الخدمات.
- باعتبارك عضوًا في الخطة، فإنك لا تدفع سوى المدفوعات المشتركة عند حصولك على الخدمات المشمولة. لا نسمح لمقدمي الخدمات بإصدار فاتورة لك تزيد عن هذا المبلغ. وهذا صحيح حتى في حال إذا ما كنا ندفع لمقدم الرعاية مبلغًا أقل من الرسوم التي يفرضها. حتى في حال إذا ما قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فإنك لن تكون مطالبًا بدفعها.
- متى حصلت على فاتورة من مقدم رعاية تابع للشبكة، أرسل إلينا تلك الفاتورة. وبدورنا سوف نتصل بمقدم الرعاية مباشرة ونتولى حل المشكلة.
- أما إذا كنت سددت قيمة فاتورة بالفعل تم إرسالها من مقدم رعاية تابع للشبكة فيما يتعلق بأحد الخدمات المغطاة من جانب Medicare، فيمكنك إرسال الفاتورة إلينا مع أي إثبات آخر. سنعيد لك المبلغ المدفوع نظير تلقي الخدمات المشمولة أو مقابل الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق عليك بموجب خطتنا.

3. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا

قد يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي في بعض الأحيان. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد انتهى. وربما كان ذلك في العام الماضي.)

- إذا كنت قد قمت بالتسجيل بأثر رجعي ودفعت الفاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد المبلغ لك.
- أرسل إلينا الفاتورة مع ما يثبت أي عملية دفع قمت بها.

4. عندما تتعامل مع صيدلية خارج الشبكة لصرف الأدوية الموصوفة

إذا ذهبتَ إلى إحدى الصيدليات من خارج الشبكة، فستدفع التكلفة الكاملة لصرف الوصفة الطبية.

- في بعض الحالات، نقوم بتغطية تكاليف الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته.
- راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* لمعرفة مزيد من المعلومات عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- 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 تكلفة الوصفة الطبية الخاصة بالجزء (D) من برنامج Medicare بشكل كامل لكونك لا تحمل بطاقة العضوية

إذا لم تكن تحمل بطاقة معرف الخطة الخاصة بك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن المعلومات التي تفيد تسجيلك في الخطة.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الوصول إلى المعلومات على الفور، فقد تضطر إلى دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملةً من مالك الخاص أو معاودة الذهاب إلى الصيدلية ومعك بطاقة معرف الخطة الخاصة بك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته.
- وقد لا نعيد لك ما دفعته مقابل التكلفة الكاملة إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المحدد للوصفة الطبية.

6. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية كاملة للوصفة الطبية الخاصة بالجزء (D) من برنامج Medicare مقابل دواء غير مشمول بالتغطية

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

- قد يكون الدواء غير مدرج في *قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية* (*قائمة الأدوية*) المنشورة على موقعنا الإلكتروني، أو قد ينطوي على متطلب أو قيد لا تعرفه أو تعتقد أنه لا ينطبق عليك. وإذا قررت الحصول على الدواء، فقد تضطر إلى دفع التكلفة كاملةً.
  - إذا قررت عدم دفع تكلفة الدواء ورأيت، مع ذلك، أنه يجب علينا توفير التغطية، فيمكنك طلب إصدار قرار التغطية (راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*).
  - إذا رأيت أنت وطبيبك أو غيركما ممن يصف الدواء أنك بحاجة إلى الحصول على الدواء على الفور، فيمكن طلب إصدار قرار تغطية سريع (راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*).
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته. وقد نحتاج في بعض الحالات إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو غيره ممن يصف الدواء حتى نتمكن من رد تكلفة الدواء إليك. وقد لا نعيد لك ما دفعته مقابل التكلفة الكاملة إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر المحدد للوصفة الطبية.

عندما ترسل إلينا طلبًا بالدفع، فإننا نراجعه ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمة أو الدواء. ويسمى هذا إعداد "قرار تغطية". إذا قررنا ضرورة تغطية الخدمة أو الدواء، فإننا ندفع مقابل ذلك.

إذا رفضنا طلبك بشأن الدفع، فإنك تستطيع تقديم تظلم ضد القرار. لمعرفة كيفية تقديم الاستئناف، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*.

B. إرسال طلب بالدفع

أرسِل إلينا الفاتورة التي استلمتها مع ما يثبت أي عملية دفع أجريتها مقابل الحصول على خدمات Medicare أو اتصل بنا. يمكن أن يكون دليل الدفع نسخة من شيك حررته أو إيصال من مقدم الرعاية. **ومن المستحسن أن تحتفظ بنسخة من الفاتورة والإيصالات ضمن سجلاتك.** ويمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية. يجب عليك إرسال المعلومات إلينا خلال **1** سنة تقويمية من تاريخ حصولك على الخدمة أو المستلزمات أو الدواء.

أرسِل إلينا طلب الدفع مع أي فواتير أو إيصالات على العنوان الآتي:

للخدمات الطبية:

عناية: Medicare Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

فيما يتعلق بخدمات الجزء (د) (الأدوية الموصوفة):
Molina Healthcare
عناية: Pharmacy Department
7050 Union Park Center, Suite 600
Midvale, UT 84047

يُمكنك تقديم الطلبات إلينا خلال 365 يوم من تاريخ الحصول على الخدمة و / أو البند **أو خلال 36 شهرًا من** تاريخ الحصول على الدواء.

C. قرارات التغطية

عند استلامنا طلب الدفع الذي ترسله، نتخذ قرار التغطية. وهذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو المستلزم أو الدواء. كما أننا نقرر المبلغ الذي يتعين عليك دفعه، إن وُجد.

- سوف نعلمك إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن تغطي الخطةُ الخدمةَ أو المستلزم أو الدواء واتَّبعتَ أنت كل القواعد المقررة للحصول عليه، فإننا سندفع التكلفة. إذا كنت دفعت بالفعل نظير الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك شيكًا بالمبلغ الذي دفعته. 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 أعلى من السعر المحدد). وإذا لم تكن قد دفعت التكلفة، فإننا ندفعها إلى موفر الخدمة مباشرة.

يوضح **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* قواعدَ الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية.

يوضح **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* قواعدَ الحصول على الأدوية الموصوفة والمشمولة بالتغطية الواردة في الجزء (D) من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم دفع تكلفة الخدمة أو الدواء، فإننا نرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح هذا الخطاب كذلك حقوقك المتعلقة بتقديم التظلم.
- لمعرفة المزيد عن قرارات التغطية، راجِع **الفصل 9**.

D. الاستئنافات

إذا كنت ترى أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، فإنه يمكنك المطالبة بتغيير قرارنا. ويُطلق على هذه العملية اسم "تقديم تظلم". يُمكنك أيضًا تقديم تظلم حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

تنطوي خطوات تقديم التظلمات الرسمية على إجراءات مفصَّلة ومواعيد نهائية. لمعرفة المزيد عن طلبات الاستئناف، راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء:*

- لتقديم استئناف بشأن رد التكلفة التي دفعتها مقابل أي من خدمات الرعاية الصحية، راجِع **القسم F**
- إذا كنت تود تقديم تظلم بشأن رد التكلفة التي دفعتها مقابل أي من الأدوية، فراجِع **القسم G**.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في هذه الخطة. ويتعين علينا الوفاء بحقوقك وتوضيحها. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلبي احتياجاتك 125
B. مسؤوليتنا عن حصولك على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية في الوقت المناسب 133
C. يتعين علينا حماية معلوماتك الصحية الشخصية 133
C1. كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية 134
C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية 134
D. مسؤوليتنا عن إعطائك المعلومات 139
E. عدم قدرة مقدمي الخدمات التابعين للشبكة على إصدار فاتورة لك مباشرة 140
F. حقك في مغادرة خطتنا 140
G. يحق لك اتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية 140
G1. حقك في معرفة خيارات العلاج المتاحة لك واتخاذ القرارات 140
G2. يحق لك التعبير عما تود تحقيقه إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وحدك 141
G3. ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك 142
H. حقك في تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي نصدرها 142
H1. الإجراءات التي يلزمك اتخاذها بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك 142
I. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة 142

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

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويمكن الوصول إليها. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بمنسق الرعاية أو خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا المواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك *الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية* وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو الإصدارات الصوتية. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 4627-665 (855) بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهتَ صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. وينبغي لمستخدمي الهاتف النصي TTY، الاتصال على الرقم 711.
- U.S. Department of Health and Human Services)، مكتب Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener información de una manera que cumpla con sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios se proporcionen de manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle acerca de los beneficios de nuestro plan ysus derechos de una manera que pueda entender. We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame a su Coordinador de Cuidados o Servicios para Miembros. Nuestro plan tiene servicios de interpretación disponibles para responder las preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede ofrecerle materiales en idiomas diferentes del inglés, que incluyen *español, árabe, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, laosiano, ruso, tagalo y vietnamita* y en formatos como letras grandes, braille o audio. Para recibir materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Para servicios médicos: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Para solicitar de manera permanente materiales en otro idioma o en un formato alternativo ahora y en el futuro, comuníquese con Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o por una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al> 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Karapatan mong matanggap ang mga serbisyo at impormasyon sa paraan na nakasasapat sa mga pangangailangan mo

Dapat namin tiyakin na **lahat** ng serbisyong ibinibigay sa iyo ay wasto sa kultura at nasa paraang naa-access. Dapat din naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming ipaalam sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang nauunawaan mo, tawagan ang care coordinator mo o ang Mga Serbisyo ng Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na available upang sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makapagbibigay din sa iyo ang plan namin ng mga babasahin na nasa mga wikang bukod sa English kabilang ang *Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Hmong, Korean, Lao, Russian, Tagalog, at Vietnamese* at sa mga format kagaya ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, Pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras. Para sa Mga Serbisyong Medikal: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
    - Para gumawa ng isang nagpapatuloy na kahilingan para makakuha ng mga materyales sa isang wika maliban sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711 7 araw sa isang linggo, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., lokal na oras.

Kung nahihirapan kayong kumuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kayong tumawag 24 oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Tanggapan para sa mga Karapatang Sibil sa numerong 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách thức đáp ứng nhu cầu của mình

Chúng tôi phải đảm bảo **tất** cả các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về phúc lợi của chương trình và quyền của quý vị theo cách quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải thông báo với quý vị về các quyền của quý vị mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho điều phối viên chăm sóc hoặc bộ phận Dịch vụ thành viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc bằng nhiều ngôn ngữ.

- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm *tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Ba Tư, tiếng H'Mông, tiếng Hàn, tiếng Lào, tiếng Nga, tiếng Tagalog và tiếng Việt* và theo các định dạng như chữ cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho bộ phận Dịch vụ thành viên hoặc gửi thư cho Molina Medicare Complete Care Plus theo số (855) 665-4627 TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương. Đối với dịch vụ y tế: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Để đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện tại hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711 7 ngày một tuần, 8:00 giờ sáng đến 8:00 giờ tối, theo giờ địa phương.

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và muốn nộp khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Những người dùng TTY nên gọi đến số 1-877-486-2048.
- Gọi cho Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi số 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

A. 본인의 필요를 충족하는 방식으로 서비스와 정보를 이용할 권리

당사는 **모든** 서비스가 문화적으로 적절하며 접근 가능한 방식으로 제공되도록 보장해야 합니다. 당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 당사 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 회원의 플랜 가입 기간 중 매년 회원의 권리에 대해 회원에 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공받으려면 케어 코디네이터에게 연락하거나 회원 서비스에 전화하십시오. 당사 플랜에서는 다양한 언어로 질문에 답변해 드리는 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다.
- 또한 영어 이외에도 *스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 흐몽어, 한국어, 라오어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어로* 된 자료, 큰 활자나 점자 또는 음성 자료를 제공해 드립니다. 자료를 해당 대체 형식으로 제공받으려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시각)에 전화하시거나 다음 주소의 Molina Medicare Complete Care Plus로 서신을 보내시기 바랍니다. 의료 서비스 관련 우편 주소: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 지금 및 향후에 자료를 영어 이외의 다른 언어나 대체 형식으로 계속해서 제공받으려면, 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711)번으로 매일 오전 8시~오후 8시(연중무휴, 현지 시간)에 전화하시기 바랍니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있어 불만을 제기하고자 하시는 경우

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하시기 바랍니다. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 민권 사무국은 916-440-7370번입니다. TTY 사용자는 711번으로 전화하셔야 합니다.
- 미국 보건복지부, 민권 사무국 번호는 1-800-368-1019 번입니다. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Ваше право получать услуги и информацию любым удобным вам способом

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги предоставлялись вам доступным образом и с учетом культурных особенностей. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших

правах в понятной для вас форме. Мы должны сообщать вам о ваших правах каждый год в течение всего времени вашего участия в плане.

- Чтобы получить информацию понятным для вас способом, позвоните координатору медицинских услуг или в отдел обслуживания участников программы страхования. Наш план предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет получить ответы на ваши вопросы на необходимом вам языке.
- В рамках нашего плана вы можете получить материалы на *испанском, арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, лаосском, русском, тагальском и вьетнамском языках, а также на языках фарси и хмонг* . Кроме того, информация для вас доступна в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников программы страхования или в офис Molina Medicare Complete Care Plus по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени. Медицинские услуги: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 (Калифорния).
  - Чтобы подать постоянный запрос на предоставление вам сейчас и в будущем материалов на другом языке (кроме английского) или в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников программы страхования по номеру (855) 665-4627 (TTY: 711). График работы: ежедневно с 08:00 до 20:00 по местному времени.

Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы захотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Если вы пользуетесь телефоном TTY: 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights) при Министерстве здравоохранения и социального обеспечения США (U.S Department of Health and Human Services) по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保向您提供的**所有**服務都符合您的文化背景以利使用。我們還必須以您可以理解的方式向您介紹我們的計劃福利和您的權利。我們必須在您參與本計劃的每一年向您說明您的權利。

- 想要以您可以理解的方式獲得資訊，請致電您的照護協調員或會員服務部。本計劃提供免費的口譯員服務，可以用不同語言來回答問題。
- 我們的計劃也可以爲您提供非英文版本的資料，包括*西班牙語*、*阿拉伯語*、*亞美尼亞語*、*柬埔寨語*、*中文*、*波斯語*、*苗語*、*韓語*、*老撾語*、*俄語*、*塔加拉族語和越南語*，以及大字體、點字或音訊等格式。如需這些其他格式之一的資料，請致電會員服務部或寫信給 Molina Medicare Complete Care Plus，電話：(855) 665-4627 TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。醫療服務：200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - 若要長期要求現在和以後都取得非英文版本或替代格式的資料，請致電會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY: 711，每週 7 天，當地時間上午 8:00 至下午 8:00。

如果您因語言問題或殘疾而在取得本計劃資訊時遇到困難，並想要提交投訴，請致電：

- Medicare，電話：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天、每天 24 小時均可致電。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室，電話：916-440-7370。TTY 使用者應致電 711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室，電話：1-800-368-1019。TTY 使用者應致電 1-800-537-7697。

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

تعين علينا ضمان تقديم **جميع** الخدمات إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية وسهولة الوصول. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، يرجى الاتصال بمنسق حالتك أو خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد بلغات غير الإنجليزية، بما في ذلك الإسبانية والعربية والأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والهمنوجية والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. للحصول على المواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة Molina Medicare Complete Care Plus وذلك على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. للخدمات الطبية: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - لتقديم طلب للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، على مدار 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا واجهتَ صعوبة في الحصول على المعلومات عن طريق خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو الإعاقة وتود تقديم شكوى بالأمر، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- خط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227). يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على رقم 711.
- صحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. សិទ្ធិរបស់អ្នកក្នុងការទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតម្រូវការរបស់អ្នក

យើងត្រូវតែធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស់**ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈមានប្រសិទ្ធភាពតាមវប្បធម៌និងអាចចូលប្រើប្រាស់បាន។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឲ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានទៅតាមវិធីដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃ ដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងខ្ញុំក៏អាចផ្តល់ឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន*ភាសាអេស្ប៉ាញ អារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្គាស៊ី មន កូរ៉េ ឡាវ រុស្សី តាកាឡុក និងវៀតណាម* ហើយមានទម្រង់ជាអក្សរពុម្ពធំ អក្សរសម្រាប់មនុស្សពិការភ្នែក ឬសំឡេង។ ដើម្បីទទួលបានសម្ភារៈក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយទាំងនេះ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។ សម្រាប់សេវាកម្មវេជ្ជសាស្ត្រ៖ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ដើម្បីធ្វើសំណើអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាភាសាណាមួយក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀតពេលបច្ចុប្បន្ន និងអនាគត សូមទាក់ទងទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ (855) 665-4627, TTY៖ 711, 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍ ចាប់ពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ម៉ោង 8:00 យប់ ម៉ោងក្នុងស្រុក។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹង សូមទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចទូរសព្ទមក 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048 ។
- ការិយាល័យ Medi-Cal នៃសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 916-440-7370 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 711 ។
- U.S Department of Health and Human Services, ការិយាល័យសិទ្ធិស៊ីវិលតាមរយៈលេខ 1-800-368-1019 ។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697 ។

A. حق شما برای دریافت خدمات و اطلاعات به گونه‌ای که نیازهای‌تان را برآورده کند

اید اطمینان حاصل کنیم که **تمامی** خدمات به‌صورتی به شما ارائه می‌شود که به‌لحاظ فرهنگی قابل قبول و قابل دسترس باشند. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح‌مان و حقوق‌تان را به گونه‌ای در اختیارتان قرار دهیم که برای‌تان قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق‌تان را به شما اطلاع دهیم.

- جهت کسب اطلاعات به‌شیوه‌ای که برای‌تان قابل درک باشد، با هماهنگ‌کنندهٔ خدمات درمانی خود یا خدمات اعضاء تماس بگیرید. طرح ما به‌منظور پاسخ‌دهی به سؤالات به زبان‌های مختلف، خدمات ترجمهٔ رایگان را ارائه می‌دهد.
- همچنین در طرح ما امکان ارائهٔ مطالب به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی از جمله اسپانیایی، عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، همونگی، کره‌ای، لائوسی، روسی، تاگالوگ و ویتنامی و به قالب‌هایی مثل چاپ با حروف درشت، خط بریل یا صوتی وجود دارد. برای دریافت مطالب به یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با خدمات اعضاء به‌شمارهٔ 665-4627 (855) یا TTY به شمارهٔ 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعد از ظهر، به وقت محلی تماس بگیرید یا به Molina Medicare Complete Care Plus نامه بنویسید. برای خدمات پزشکی: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا در قالبی دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضاء به شمارهٔ 665-4627 (855)، TTY: 711 در 7 روز هفته، از 8:00 قبل از ظهر تا 8:00 بعدازظهر، به‌وقت محلی تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبان یا معلولیت برای دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایتی را ثبت کنید، با این شماره‌ها تماس بگیرید:

- Medicare به شمارهٔ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE . می‌توانید در 7 روز هفته و در 24 ساعت شبانه‌روز تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal یا Medi-Cal Office of Civil Rights به شمارهٔ 916-440-7370. کاربران TTY باید با شمارهٔ 711 تماس بگیرید.
- فتر حقوق مدنی (Office for Civil Rights) متعلق به وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکا (U.S Department of Health and Human Services) به شمارهٔ 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شمارهٔ 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

A. Ձեր կարիքներին համապատասխանող ձևով ծառայություններ և տեղեկություն ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է ապահովենք, որ ձեզ տրամադրվող **բոլոր** ծառայությունները լինեն մշակութային առումով գրագետ և հասանելի ձևով: Մենք պարտավորվում ենք նաև հայտնել ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասանելի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեր իրավունքների մասին ամեն տարի, բանի դեռ մեր ծրագրի անդամ եք հանդիսանում:

- Ձեզ համար հասանելի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք խնամքի համակարգողին կամ Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ *իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն,* ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
  - Մեր ծրագիրը կարող է նաև տրամադրել նյութեր, այդ թվում՝ իսպաներեն, արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, հմոնգերեն, կորեերեն, լաոսերեն, ռուսերեն, տագալերեն և վիետնամերեն, ինչպես նաև մեծատառ, Բրայլյի գրերով կամ աուդիո ձևաչափերով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ձեռք բերելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման կենտրոն՝ (855) 665-4627 հեռախոսահամարով TTY՝ 711, շաբաթը 7 օր, առավոտյան 8:00 a.m.-ից մինչև 8:00 p.m.՝ տեղական ժամանակով: Բժշկական ծառայությունների համար՝ 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 916-440-7370: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և սոցիալական ծառայությունների վարչություն, քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. Koj txoj cai tau txais kev pab cuam thiab cov ntaub ntawv raws li koj xav tau

Peb yuav tsum xyuas kom meej **tag nro** cov kev pab cuam raug muab rau koj raws li kev coj noj coj ua thiab nkag mus tau zoo.Peb kuj yuav tsum tau qhia koj txog peb txoj phiaj xwm cov txiaj ntsig thiab koj cov cai raws li koj tuaj yeem nkag siab.Peb yuav tsum qhia koj txog koj txoj cai txhua xyoo uas koj nyob hauv peb txoj phiaj xwm.

- Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv hauv txoj hauv kev uas koj tuaj yeem nkag siab, hu rau koj neeg lis hauj lwm rau kev saib xyuas los sis Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab.Peb txoj phiaj xwm muaj kev pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug ua ntau hom lus.
- Peb txoj phiaj xwm tseem tuaj yeem muab cov ntaub ntawv ua lwm yam lus dhau ntawm lus Askiv xws li *Xab Pees Niv, As Las Npiv, As Mes Nias, Kas Pus Cia, Suav, Fas Xis, Hmoob, Kaus Lim, Nplog, Lav Xias, Tas Kas Lov thiab Nyab Laj* Arabic thiab hauv cov ntawv xws li ntawv loj, ntawv sau, los sis

suab.Txhawm rau kom tau txais cov ntaub ntawv ua ib qho ntawm lwm hom ntawv, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab los sis sau rau Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.Rau Kev Pab Cuam Kho Mob: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

- Txhawm rau thov kom tau txais cov ntaub ntawv ua lwm yam lus uas tsis yog lus Askiv los sis lwm hom ntawv tam sim no thiab yav tom ntej, thov hu rau Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm (855) 665-4627, TTY: 711 7 hnub hauv ib lim tiam, 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, raws lub sij hawm hauv cheeb tsam.

Yog tias koj muaj teeb meem tau txais cov ntaub ntawv los ntawm peb txoj phiaj xwm vim muaj teeb meem lus los sis kev xiam oob qhab thiab koj xav ua ntawv tsis txaus siab, hu rau:

- Medicare ntawm 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).Koj tuaj yeem hu tau 24 teev hauv ib hnub, 7 hnub hauv ib lub lim tiam.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Lub Chaw Lis Hauj Lwm txog Cov Cai Ntawm Pej Xeem tau ntawm 916-440-7370.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu xov tooj rau 711.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights ntawm 1-800-368-1019.Cov neeg siv TTY yuav tsum hu rau tus xov tooj 1-800-537-7697.

A. ສິດທິຂອງທ່ານທີ່ຈະໄດ້ຮັບການບໍລິການ ແລະ ຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງທ່ານ

ພວກເຮົາຕ້ອງຮັບປະກັນວ່າ ການບໍລິການ **ທັງໝົດ** ແມ່ນຖືກສະໜອງໃຫ້ທ່ານໃນລັກສະນະທີ່ເໝາະສົມກັບວັດທະນະທຳ ແລະ ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້. ພວກເຮົາຍັງຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບຜົນປະໂຫຍດຂອງແຜນເຮົາ ແລະ ສິດທິຂອງທ່ານໃນທາງທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້. ພວກເຮົາຕ້ອງໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານກ່ຽວກັບສິດທິຂອງທ່ານໃນແຕ່ລະປີວ່າທ່ານຢູ່ໃນແຜນຂອງພວກເຮົາ.

- ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນໃນລັກສະນະທີ່ທ່ານສາມາດເຂົ້າໃຈໄດ້, ໂທຫາ ຜູ້ຈັດການກໍລະນີຂອງທ່ານ ຫຼື ຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ. ແຜນການຂອງພວກເຮົາແມ່ນມີບໍລິການແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມໃນພາສາທີ່ແຕກຕ່າງກັນ.
- ແຜນການຂອງພວກເຮົາຍັງສາມາດໃຫ້ເອກະສານແກ່ທ່ານເປັນ*ພາສາແອສປາໂຍນ, ອາເມນຽນ, ກໍາປູເຈຍ, ຈີນ, ຝາຊີ, ເກົາຫຼີ, ລັດເຊຍ, ຕາກາລັອກ, ຫວຽດນາມ, ອາຣັບ* ແລະ ໃນຮູບແບບຕ່າງໆເຊັ່ນ: ແບບພິມ, ອັກສອນນູນ ຫຼື ສຽງ. ເພື່ອຮັບເອກະສານໃນໜຶ່ງໃນຮູບແບບທາງເລືອກເຫຼົ່ານີ້, ກະລຸນາໂທຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກ ຫຼື ຂຽນໄປຫາ Molina Medicare Complete Care Plus (855) 665-4627 TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ. ສໍາລັບການບໍລິການທາງການແພດ: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802
- ເພື່ອດໍາເນີນການຮ້ອງຂໍເອກະສານເປັນພາສາທີ່ບໍ່ແມ່ນພາສາອັງກິດ ຫຼື ໃນຮູບແບບທາງເລືອກໃນຕອນນີ້ ແລະ ອະນາຄົດ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ຫາຝ່າຍບໍລິການສະມາຊິກທີ່ (855) 665-4627, TTY: 711 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ, 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ຕາມເວລາທ້ອງຖິ່ນ.

ຖ້າທ່ານມີບັນຫາໃນການໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນຈາກແຜນການຂອງພວກເຮົາເນື່ອງຈາກບັນຫາດ້ານພາສາ ຫຼື ຄວາມພິການ ແລະ ທ່ານຕ້ອງການຍື່ນຄໍາຮ້ອງທຸກ, ໃຫ້ໂທຫາ:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ທ່ານສາມາດໂທ 24 ຊົ່ວໂມງຕໍ່ວັນ, 7 ວັນຕໍ່ອາທິດ. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-877-486-2048.
- ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ຂອງແຜນ Medi-Cal ທີ່ເບີ 916-440-7370. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 711.
- U.S Department of Health and Human Services, ຫ້ອງການສິດທິພົນລະເມືອງ ທີ່ 1-800-368-1019. ຜູ້ໃຊ້ TTY ຄວນໂທຫາ 1-800-537-7697.

B. مسؤوليتنا عن حصولك على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية في الوقت المناسب

إذا كنت تجد صعوبة في الحصول على خدمات الرعاية، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

أنت تتمتع بحقوق العضوية بصفتك عضوًا في خطتنا.

- يحق لك اختيار مقدم خدمات الرعاية الأساسية (PCP) في شبكتنا. يُعد مقدم الرعاية من داخل الشبكة هو المقدم الذي يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن فئات مقدمي الرعاية الذين قد يؤدون دور مقدم الرعاية الأولية (PCP) وكيفية اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) في **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*.
  - تفضل بالاتصال بمنسق الرعاية أو خدمات الأعضاء أو البحث في *دليل مقدمي الخدمات والصيدليات* لمعرفة المزيد عن مقدمي الخدمات التابعين للشبكة ولمعرفة الأطباء الذين لديهم سعة لاستقبال مزيد من المرضى.
- يحق للنساء الذهاب إلى أي من أخصائيي الصحة النسائية من دون الحاجة إلى إحالة. والإحالة هي موافقة يقدّمها مقدم الرعاية الأولية (PCP) للتعامل مع مقدم رعاية آخر غيره.
- يحق لك الحصول على الخدمات التي يوفرها مقدمو الخدمات بالشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.
  - ويشمل ذلك الحق في الحصول على الخدمات في توقيتاتها المناسبة على يد الاختصاصيين.
  - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة، فيتعين علينا دفع تكاليف خدمات الرعاية من خارج الشبكة.
- يحق لك أيضًا الحصول على خدمات رعاية الطوارئ من دون موافقة مسبقة إذا اقتضت الضرورة ذلك.
- لديك الحق أيضًا في صرف وصفاتك الطبية عبر أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا دون تأخير.
- يحق لك معرفة مواعيد زيارة مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة. للتعرف على موفري الخدمات من خارج الشبكة، راجِع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء*.
- عند انضمامك إلى هذه الخطة للمرة الأولى، يحق لكم متابعة مقدمي الخدمة والتراخيص الخدمية الحالية لفترة تصل إلى 12 شهرًا بشرط استيفاء بعض الشروط المحددة. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن مواصلة التعامل مع موفري الخدمات والاحتفاظ بالتراخيص الخدمية، راجِع **الفصل 1** من *دليل الأعضاء*.
- لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية.

يمكنك العثور في **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا ظننتَ أنك لا تحصل على الخدمات أو الأدوية خلال فترة زمنية معقولة. وتجد فيه كذلك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا رفضنا تغطية الخدمات أو الأدوية التي تريد الحصول عليها واعترضتَ أنت على القرار.

C. يتعين علينا حماية معلوماتك الصحية الشخصية

إننا نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) كما تتطلب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.

تشمل المعلومات الصحية الشخصية (PHI) المعلومات التي قدّمتها إلينا عند التسجيل في خطتنا. علاوة على ذلك، فإنها تشمل السجلات الطبية وغير ذلك من المعلومات الطبية ومعلوماتك الصحية.

يحق لك الحصول على معلوماتك والتحكم في كيفية استخدام المعلومات الصحية الشخصية. ونقدِّم إليك إشعارًا مكتوبًا يوضح هذه الحقوق ويفسر كيفية حمايتنا لخصوصية المعلومات الصحية الشخصية. ويسمى هذا الإخطار "إشعار ممارسة الخصوصية".

الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي الخدمات الحساسة لا يُطلب منهم الحصول على إذن أي عضو آخر لتلقي هذه الخدمات الحساسة أو تقديم أي مطالبة للحصول عليها. وستوجّه خطة Molina Medicare Complete Care Plus المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى جهات الاتصال البديلة المخصصة للعضو المتضمنة العنوان البريدي أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف، أو ستوجِّهها باسم العضو الموضح في العنوان أو رقم الهاتف المُسجَّل في حال عدم وجود جهات اتصال بديلة مخصصة. ولن تكشف خطة Molina Medicare Complete Care Plus عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر من دون الحصول على تصريح مكتوب من العضو الذي يتلقى خدمات الرعاية. كما ستلبي خطة Molina Medicare Complete Care Plus طلبات المراسلات السرية باستخدام التنسيق والصيغة المطلوبَين إذا كان من السهل استخدامهما، أو ستستخدم المواقع البديلة لهذه المراسلات. ويكون طلب العضو بالمراسلات السرية للخدمات الحساسة ساريًا إلى أن يلغي العضوُ الطلبَ أو يقدّم طلبًا جديدًا بالمراسلات السرية.

C1. كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية

نحن نضمن عدم تمكين الأشخاص غير المخولين من الاطلاع على سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نتيح المعلومات الصحية المحمية (PHI) لأي شخص لا يوفر لك الرعاية أو لا يغطي تكلفتها. وإذا قمنا بذلك، فيتعين علينا أولاً أن نحصل منك على إذن مكتوب. ويمكنك أنت أو أي شخص مخول قانونًا باتخاذ القرارات نيابة عنك إعطاء هذا الإذن المكتوب.

في بعض الأحيان، لا يتعين علينا الحصول أولاً على الإذن المكتوب منك. وهذه الاستثناءات يصرح بها القانون أو يطلبها.

- يجب أن نكشف عن المعلومات الصحية المحمية للوكالات الحكومية المعنية بالتحقق من جودة الرعاية التي توفرها خطتنا.
- يجوز لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية حال صدور قرار من المحكمة بذلك، ولكن إذا كان هذا الأمر يتوافق مع قانون ولاية California.
- يجب أن نكشف عن المعلومات الصحية المحمية لبرنامج Medicare. إذا كشف برنامج Medicare عن PHI (المعلومات الصحية المحمية) للأغراض البحثية أو لأغراض الاستخدام الأخرى، فإنه يكشف عنها وفقَ القوانين الفيدرالية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- يحق لك الاطلاع على السجلات الطبية والحصول على نسخة من السجلات.
- يحق لك طلب تحديث أو إدخال تصحيحات على السجلات الطبية. وإذا طلبتَ ذلك منّا، فإننا نتعاون مع مقدم الرعاية الصحية الذي تتعامل معه لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.
- لديك الحق في معرفة إذا ما كنا نشارك المعلومات الصحية المحمية مع الآخرين وكيفية مشاركتنا إياها.

إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف حول خصوصية وسرية المعلومات الصحية المحمية (PHI)، يُمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

الخصوصية

عزيزنا العضو في خطة Molina Medicare،

إن خصوصيتك أمر ذو أهمية بالنسبة لنا. ونحن نحترم ونحمي خصوصيتك. وتستخدم Molina معلوماتك وتشاركها مع الآخرين لتوفير المزايا الصحية لك. وترغب Molina باطلاعك على كيفية استخدام المعلومات أو مشاركتها.

PHI يُقصد *بهذا الاختصار المعلومات الصحية المحمية*. تشتمل المعلومات الصحية الشخصية (PHI) على اسمك أو رقمك كعضو أو عرقك أو جنسك أو احتياجاتك اللغوية أو الأشياء الأخرى التي تحدد هويتك. ترغب شركة Molina في إخبارك بكيفية استخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية (PHI) الخاصة بك.

لماذا تستخدم شركة Molina المعلومات الصحية المحمية الخاصة بأعضائنا أو تقوم بمشاركتها؟

- لتوفير العلاج لك
- لدفع تكاليف رعايتك الصحية
- لفحص مستوى جودة الرعاية التي تتلقاها
- لإبلاغك بالخيارات المتاحة أمامك لخدمات الرعاية
- لإدارة خطتنا الصحية
- لاستخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية لأغراض أخرى على النحو المطلوب أو الذي يسمح به القانون.

متى تحتاج شركة Molina للحصول على تصريح (موافقة) كتابي منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية؟

تحتاج شركة Molina للحصول على موافقتك الكتابية لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية لأغراض لم تذكر أعلاه.

ما هي حقوق الخصوصية الخاصة بك؟

- الاطلاع على معلوماتك الصحية المحمية
- الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية
- تعديل معلوماتك الصحية المحمية
- مطالبتنا بعدم استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بطرق معينة
- الحصول على قائمة بأسماء أشخاص أو أماكن محددة تم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية معها

كيف تقوم شركة Molina بحماية معلوماتك الصحية المحمية؟

تستخدم شركة Molina العديد من الوسائل لحماية المعلومات الصحية المحمية عبر خطتنا الصحية. وهذا يتضمن المعلومات الصحية المحمية بصيغة مكتوبة أو منطوقة أو المعلومات المحفوظة في جهاز كمبيوتر. وفيما يلي بعض الوسائل التي تنتهجها شركة Molina لحماية المعلومات الصحية المحمية:

- تضع الشركة سياسات وقواعد لحماية المعلومات الصحية المحمية.
- تضع Molina قيودًا على الأشخاص المسموح لهم بالاطلاع على البيانات الصحية المحمية. فلا يُسمح إلا لموظفي الشركة باستخدام تلك البيانات عندما تستلزم الضرورة اطلاعهم عليها.
- موظفو Molina مدربون على كيفية حماية وتأمين البيانات الصحية المحمية.
- يلزم موافقة موظفي Molina كتابيًا على اتباع القواعد والسياسات التي تضمن حماية وتأمين المعلومات الصحية المحمية
- تتولى شركة Molina تأمين المعلومات الصحية المحمية في أجهزة الكمبيوتر لدينا. حيث يتم الحفاظ على سرية المعلومات الصحية المحمية على أجهزة الكمبيوتر الخاصة بنا من خلال استخدام جدران الحماية وكلمات المرور.

ما الالتزامات القانونية التي تقع على شركة Molina؟

- المحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية.
- تزويدك بالمعلومات المكتوبة، ومنها ما يتعلق على سبيل المثال بواجباتنا وممارسات الخصوصية التي نتخذها بشأن معلوماتك الصحية المحمية.
- اتباع شروط إشعار ممارسات الخصوصية الذي نقدمه لك.

ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوق الخصوصية الخاصة بك لم تتم حمايتها؟

- التواصل مع شركة Molina بخصوص شكواك بالاتصال أو المراسلة.
- إرسال شكوى إلى Department of Health and Human Services.

ولن نتخذ أي إجراء ضدك. فلن تغير دعواك ما نقدمه لك من خدمات الرعاية.

ما سبق كان مجرد ملخص. يشتمل إشعار ممارسات الخصوصية لدينا على مزيد من المعلومات حول كيفية استخدامنا ومشاركتنا للمعلومات الصحية المحمية الخاصة بأعضائنا. وتجد إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا في القسم التالي من دليل الأعضاء هذا. ويتوفر أيضًا عبر الموقع الإلكتروني www.molinahealthcare.com. كما يمكنك الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لدينا على الرقم 4627-665 (855)، بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: 711، 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

إشعار ممارسات الخصوصية

MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA INC.

يبين هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الطبية وكيفية الإفصاح عنها وكيفية حصولك على هذه المعلومات. يُرجى الاطلاع على هذا الإشعار بكل دقة وعناية.

تستخدم شركة Molina Healthcare of California Inc (المشار إليها بألفاظ **"Molina Healthcare"**، **"Molina"** **"نحن"** أو **"ما يعود عليها من الضمائر الأخرى"**) المعلومات الصحية المحمية وتشاركها لتقديم المزايا الصحية إليك بصفتك عضوًا في خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SSNP فنحن نستخدم تلك المعلومات ونتبادلها من أجل تقديم خدمات العلاج وإجراء عمليات الدفع والرعاية الصحية. كما نستخدم تلك المعلومات ونشاركها لأغراض أخرى يسمح بها القانون أو يلزمنا بها. ونجد لزامًا علينا أن نحافظ على خصوصية بياناتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. ويكون هذا الإشعار ساري المفعول بدءًا من 23 سبتمبر 2013.

PHI يُقصد بهذا الاختصار المعلومات الصحية المحمية. ويُقصد بها المعلومات الصحية التي تحتوي على اسمك ورقم عضويتك أو محددات الهوية الأخرى والتي تستخدمها شركة Molina أو مشاركتها.

لماذا تستخدم شركة Molina المعلومات الصحية المحمية أو تقوم بمشاركتها؟

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

للعلاج

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

للدفع

يجوز لشركة Molina أن تستخدم أو تشارك البيانات الصحية المحمية 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 نتيحها. كما يجوز لنا إطلاع طبيبك على حجم الفاتورة التي قد ندفعها.

لعمليات الرعاية الصحية

يجوز لشركة Molina أن تستخدم وتشارك بياناتك الصحية المحمية لإدارة خطتنا الصحية. على سبيل المثال، قد نستخدم المعلومات الواردة في طلبك لنخبرك عن البرنامج الصحي الأمثل بالنسبة لك. كذلك يجوز لنا استخدام ومشاركة معلومات الصحية الشخصية (PHI) من أجل التوصل لحل بشأن أي مشكلات تتعلق بالعضوية. كما يجوز استخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية 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 (كمرضى الربو مثلاً)؛
- إجراء المراجعات الطبية أو الإعداد لها;
- الخدمات القانونية، ومنها برامج التحقيق والكشف عن الإساءات والاحتيال;
- الإجراءات اللازمة لمساعدتنا على الامتثال للقوانين;
- تلبية احتياجات الأعضاء، بما في ذلك حل الشكاوى والاستئنافات.

وسنقوم بمشاركة معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) مع شركات أخرى ("زملاء العمل") تقوم بمختلف أنواع الأنشطة لإنجاز خطتنا الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية لتذكيرك بمواعيد زياراتك الطبية. ويجوز لنا كذلك استخدام تلك المعلومات لكي نقدم لك معلومات حول علاجك أو الخدمات العلاجية والمزايا الصحية الأخرى.

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

بالإضافة إلى العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية، يسمح القانون لشركة Molina - بل ويُلزمها - باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية لعدة أغراض أخرى بما فيها ما يلي:

حسبما يتطلب القانون

يجوز لنا استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية طبقًا لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية متى كان ذلك إلزامًا من طرف وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS). وقد يكون ذلك من أجل قضايا بعينها في المحاكم أو غير ذلك من المراجعات القانونية أو حينما يكون ذلك إلزامًا لأغراض تنفيذ القانون.

الصحة العامة

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية 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 مع الجهات الحكومية. فقد ترغب هذه الجهات في الاطلاع على تلك المعلومات من أجل مراجعة الحسابات وتدقيقها.

الأبحاث

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية 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 لأغراض الإجراءات القانونية؛ كأن يكون ذلك استجابةً لأمر قضائي بعينه.

تنفيذ القانون

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع الشرطة لأغراض فرض القانون، مثل المساعدة في العثور على أحد المشتبه بهم أو الشهود أو المفقودين.

الصحة والسلامة

يجوز مشاركة بياناتك الصحية المحمية للوقاية من تهديد خطير يطال الصحة أو الأمن العام.

الأغراض الحكومية

قد تتم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية (PHI) مع الحكومة لتنفيذ مهام خاصة، مثل أنشطة الأمن الوطني.

ضحايا أعمال الإساءة والإهمال والعنف المنزلي

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع الجهات القانونية إذا كنا نرى وقوع شخص ما ضحيةً للإساءة أو الإهمال.

تعويض العمال

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بهدف الامتثال لقوانين تعويضات العاملين.

أغراض الإفصاح الأخرى

تجوز مشاركة المعلومات الصحية الشخصية (PHI) مع منظمي أعمال الجنائز وقضاة التحقيق في حوادث الوفاة لمساعدتهم على أداء مهامهم.

متى تحتاج شركة Molina للحصول على تصريح (موافقة) كتابي منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية؟

تحتاج شركة Molina للحصول على موافقة كتابية منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية لأي غرض آخر غير تلك الأغراض المدرجة في هذا الإشعار. تحتاج شركة Molina للحصول على تصريح منك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية للحالات التالية: (1) معظم عمليات استخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي؛ (2) عمليات الاستخدام والكشف عن البيانات الصحية المحمية لأغراض التسويق؛ و(3) الاستخدامات والأغراض التي تتضمن بيع البيانات الصحية المحمية. يجوز لك إلغاء موافقتك التي منحتنا إياها سابقًا. 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 وأغراض الإفصاح عنها (مشاركة معلوماتك الصحية المحمية)**

يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بغرض تيسير تقديم العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لك مطالبتنا بعدم مشاركة تلك المعلومات مع أسرتك أو أصدقائك أو غيرهم ممن تشتمل عليهم خطة رعايتك الصحية. ولكننا غير ملزمين بالموافقة على طلبك هذا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك.

- **طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية من خلال الاتصالات السرية**

يجوز لك أن تطلب من شركة Molina اطلاعك على معلوماتك الصحية المحمية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية تلك المعلومات. وسنلتزم بتلبية الطلبات المقبولة إذا أطلعتنا على الأسباب التي قد يمثل بها تبادل بياناتك الصحية المحمية بشكل جزئي أو كلي خطورة على حياتك. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك.

- **مراجعة معلوماتك الصحية المحمية والحصول على نسخة منها**

يحق لك أن تراجع معلوماتك وتحصل على نسخة من هذه المعلومات الصحية المحمية التي بحوزتنا. وقد يشمل ذلك السجلات المستخدمة في تغطية الخدمات والمطالبات وغيرها من القرارات بوصفك أحد أعضاء برنامج Molina. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل نسخ هذه السجلات وإرسالها عن طريق البريد. كما يجوز لنا أن نرفض طلبك في حالات معينة. *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.*

- **تعديل معلوماتك الصحية المحمية**

يجوز لك أن تتقدم إلينا بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية. ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

- **تلقي كشف بعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) (تبادل معلوماتك الصحية المحمية (PHI))**

يجوز لك أن تطلب منا الحصول على قائمة بالأطراف التي تبادلنا معها معلوماتك الصحية المحمية خلال السنوات الستة السابقة على تاريخ تقديم هذا الطلب. على ألا تشتمل هذه القائمة على عمليات المشاركة التالية:

- مشاركة البيانات بهدف تيسير العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛
- مشاركة البيانات مع أصحابها؛
- عمليات المشاركة التي جرت بموجب التصريح الممنوح منك؛
- وقائع الاستخدام والتبادل المسموح بها أو الإلزامية بموجب القوانين المعمول بها؛
- البيانات الصحية المحمية التي جرى الكشف عنها لمصلحة الأمن القومي أو للأغراض الاستخباراتية؛ أو
- الإفصاح عنها في إطار مجموعة البيانات المحدودة المسموح بمشاركتها طبقًا للقانون المعمول به؛ أو
- الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لصالح الأمن القومي أو لأغراض الاستخبارات؛

سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال مدة 12 شهرًا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. ويمكنك استخدام نموذج شركة Molina للطلب.

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء في Molina على الرقم 4627-665 (855), طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوقك لم تتم حمايتها؟

يحق لك التقدم بشكواك إلى شركة Molina وإلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية 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.

يمكنك تقديم شكوى إلينا من خلال:

الهاتف:
خدمة أعضاء Molina (855) 665-4627
طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. TTY، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

كتابيًا:
Molina Healthcare of California Inc.
عناية: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

كما يجوز لك التقدم بشكواك إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية على العنوان:

U.S. Department of Health & Human Services
Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations
200 Independence Ave., S.W.
Suite 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1019-368 (800)؛ 7697-537 (800) (أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم)،

3818-619 (202) (الفاكس)

ما هي الالتزامات الواقعة على شركة Molina؟

تلتزم شركة Molina بما يلي:

- المحافظة على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية;
- تزويدك بالمعلومات المكتوبة، ومنها ما يتعلق على سبيل المثال بواجباتنا وممارسات الخصوصية التي نتخذها بشأن معلوماتك الصحية المحمية;
- إخطارك في حالة وقوع أي خرق بشأن بياناتك الصحية المحمية غير الخاضعة للتأمين.
- عدم استخدام بياناتك الوراثية أو الكشف عنها لأي أغراض كتابية.
- الالتزام بشروط هذا الإشعار.

هذا الإشعار عرضة للتعديل

تحتفظ شركة Molina بحقها في تعديل ممارستها المعلوماتية وشروط هذا الإشعار في أي وقت. وإذا قمنا بذلك، فستكون الشروط والممارسات الجديدة سارية على جميع المعلومات الصحية المحمية التي بحوزتنا. وفي حال إجرائنا أي تغييرات جوهرية على هذا الإشعار، فستنشر شركة Molina الإشعار المعدل على موقعنا الإلكتروني، وسترسل بهذا الإشعار المعدل أو المعلومات حول التغييرات الجوهرية تلك وكيفية الحصول على هذا الإشعار المعدل إلى أعضائنا الذين تشملهم شركة Molina، وذلك خلال مراسلتنا البريدية السنوية المقبلة لأعضائنا.

معلومات الاتصال

لأسئلتك واستفساراتك، يرجى الاتصال على المكتب التالي:

الهاتف:
خدمات الأعضاء لدى Molina
(855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، على مدار أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، بالتوقيت المحلي.

كتابيًا:
Molina Healthcare of California Inc.
عناية: Manager of Member Services
200 Oceangate, Suite 100
Long Beach, CA 90802

هذه المعلومات متاحة مجانًا بلغات أخرى. يرجى الاتصال برقم خدمة العملاء لدينا على (855) 665 4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على 711، 7 أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas. Por favor, comuníquese a nuestro número de teléfono para servicio al cliente al (855) 665-4627,TTY 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

D. مسؤوليتنا عن إعطائك المعلومات

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

أما إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية فإننا نوفر خدمات الترجمة الفورية للإجابة عن أسئلتك حول خطتنا الصحية. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على خدمات الترجمة الفورية. وهذه خدمة مجانية نوفرها لك. كما يمكننا توفير مواد كتابية و/أو معلومات لك باللغات الإسبانية والعربية والأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهمونغ والكورية واللاوية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية. كما يمكن أن نوفر لكم المعلومات كذلك بطريقة برايل أو في شكل مطبوعات كبيرة أو بتنسيق صوتي. لتقديم طلب قائم للحصول على المواد بلغة غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف في الوقت الحالي وفي المستقبل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، على مدار أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، بالتوقيت المحلي.

إذا أردت معلومات بشأن ما يلي ذكره، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء:

- كيفية اختيار الخطط أو تغييرها
- خطتنا، بما في ذلك:
  - المعلومات المالية

- كيفية تصنيف خدماتنا من جانب أعضاء الخطة
- عدد التظلمات التي يقدّمها الأعضاء
- كيفية مغادرة خطتنا
- مقدمي الرعاية وشبكة الصيدليات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك:
  - كيفية اختيار مقدمي الرعاية الأولية أو تغييرهم
  - مؤهلات موفري الخدمات والصيدليات في شبكتنا
  - الكيفية التي ندفع بها إلى موفري الخدمات في شبكتنا
- تتضمن الخدمات والأدوية المشمولة ما يلي:
  - الخدمات (راجِع **الفصلين 3 و 4** من *دليل الأعضاء*) والأدوية (راجِع **الفصلين 5 و 6** من *دليل الأعضاء*) التي تغطيها خطتنا
  - حدود التغطية والأدوية
  - القواعد التي يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية
- أسباب عدم تغطية أي من البنود وما يمكنك فعله حيال ذلك (راجِع **الفصل 9** من *دليل الأعضاء*)، بما في ذلك مطالبتنا بما يأتي:
  - تقديم مسوغ مكتوب يوضح سبب عدم تغطية أي من البنود
  - تغيير قرار أصدرناه
  - سداد فاتورة استلمتَها

E. عدم قدرة مقدمي الخدمات التابعين للشبكة على إصدار فاتورة لك مباشرة

لا يحق للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية في شبكتنا حملك على دفع خدمات تكفلها الخطة. ولا يحق لهم كذلك تحميلك الفارق أو تحصيل الرسوم منك إذا كان المبلغ الذي ندفعه أقل مما يتلقاه موفر الخدمة. راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء* لمعرفة الخطوات الواجب اتباعها إذا أقدم أحد من مقدمي الخدمات في الشبكة على تحميلك الرسوم مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية.

F. حقك في مغادرة خطتنا

لا يمكن لأحد إرغامك على الاستمرار في الخطة إذا لم ترغب بذلك.

- يحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة Original Medicare أو أي من خطط Medicare Advantage الأخرى.
- يمكنك الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (D) من برنامج Medicare من خلال أي من خطط الأدوية الموصوفة أو خطط MA الأخرى.
- راجِع **الفصل 10** من *دليل الأعضاء:*
  - الحصول على مزيد من المعلومات عن الوقت الذي يمكنك فيه الانضمام إلى أي من خطط MA أو خطط مزايا الأدوية الموصوفة.
  - الحصول على المعلومات عن كيفية الحصول على مزايا برنامج Medi-Cal إذا غادرتَ خطتنا.

G. يحق لك اتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية لتساعدك على الحصول على اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها.

G1. حقك في معرفة خيارات العلاج المتاحة لك واتخاذ القرارات

يتعين على مقدمي رعايتك تفسير وضعك الصحي وخيارات العلاج المتاحة لك بما يتيسر عليك فهمه. لك الحق في:

- **تعرف على خياراتك.** يحق لك معرفة خيارات العلاج المختلفة المتاحة لك.
- **تعرف على المخاطر.** يحق لك الاطلاع على المخاطر التي قد تتعرض إليها. ويتعين علينا أن نخبرك مقدمًا بما إذا كانت الخدمة أو العلاج يشكِّل جزءًا من أي من التجارب البحثية. ويحق لك رفض المشاركة في التجارب العلاجية.

- **الحصول على رأي آخر.** يحق لك التعامل مع طبيب آخر قبل اتخاذ أي قرار بشأن العلاج.
- **التعبير عن رفضك.** لديك الحق في رفض أي علاج. ويشمل ذلك الحق ترك المستشفى أو أي منشأة طبية حتى إذا نصح الأطباء بغير ذلك. كما يحق لك التوقف عن تلقِّي الدواء الموصوف. وإذا رفضتَ العلاج أو توقفتَ عن تلقِّي الدواء الموصوف، فلن نلغي تسجيلك في خطتنا. ومع ذلك، فإنك تتحمل المسؤولية الكاملة عما تصل إليه حالتك حال رفض العلاج أو التوقف عن تناول الدواء.
- **مطالبتك لنا بشرح سبب رفض مقدم الخدمات توفير الرعاية.** يحق لك الحصول على تفسير منّا إذا رفض مقدم الرعاية تقديم الرعاية التي ترى أنه يحق لك الحصول عليها.
- **يمكنك مطالبتنا بتغطية أي خدمة أو دواء رفضنا تغطيته أو كنا لا نغطيه في العادة.** ويسمى هذا قرار تغطية. يوضح **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* كيفية طلب إصدار قرار التغطية.

G2. يحق لك التعبير عما تود تحقيقه إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وحدك.

للتعرف على المزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال على خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SSNP من خلال الهاتف المجاني لخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، على مدار أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، بالتوقيت المحلي، وإذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو النطق، فيمكنك الاتصال بالهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على الرقم 711 الخاص بـ California Relay Service.

أحيانًا لا يكون لدى الأشخاص القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل الوصول إلى هذه المرحلة، يُمكنك:

- ملء نموذج مكتوب **يمنح شخصًا آخر الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بالنيابة عنك.**
- **تقديم توجيهات مكتوبة إلى الأطباء** حول كيفية التعامل بشأن الرعاية الصحية التي تتلقاها إذا أصبحتَ غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك، ويتضمن ذلك الرعاية التي **لا** تريد أن تتلقّاها.

وتُعرف الوثيقة القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهات باسم التوجيه المسبق. وتوجد ثلاثة أنواع من التوجيهات المسبقة بأسماء مختلفة. ومنها على سبيل المثال وصية الحياة وتوكيل الرعاية الصحية.

لا يُطلَب منك تقديم التوجيه السابق، لكن بإمكانك ذلك. وإليك الخطوات اللازم اتخاذها إذا أردتَ تقديم التوجيه السابق:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على النموذج من الطبيب أو المحامي أو وكالة الخدمات القانونية أو مسؤول الخدمات الاجتماعية. وغالبًا ما توفر الصيدليات ومكاتب مقدمي الرعاية هذه النماذج. كما يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. ويمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب النموذج.
- **ملء النموذج وتوقيعه.** هذا النموذج عبارة عن وثيقة قانونية. لذا يجدر بك النظر في الاستعانة بمحامٍ أو غيره ممن تثق بهم، مثل أحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تتعامل معه، لمساعدتك على إكمال النموذج.
- **توفير نسخ للأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفة الأمر.** يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج لطبيبك. كما ينبغي لك توفير نسخة للشخص الذي تعيّنه لاتخاذ القرارات بالنيابة عنك. وربما تود توفير نسخ للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا كنت ستدخل المستشفى ولديك توجيه سابق موقَّع، **فأحضِر نسخة معك إلى المستشفى.**
  - ستتلقى استفسارات في المستشفى عمّا إذا كنت قد وقَّعت نموذج التوجيه السابق وما إذا ما كان بحوزتك.
  - إذا كنت لم توقِّع نموذج التوجيه السابق، فإن المستشفى يوفر هذه النماذج وسيجري الاستفسار منك عمّا إذا كنت تود توقيع أي منها.

لك الحق في:

- الاحتفاظ بالتوجيه السابق الذي توقّعه ضمن سجلاتك الطبية.
- تغيير التوجيه السابق الذي توقّعه أو إلغاؤه في أي وقت.
- معرفة التغييرات التي تطرأ في القوانين ذات الصلة بالتوجيهات السابقة. وستخبرك خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO) D-SNP بالتغييرات التي تطرأ في قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا من التغيير.

ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

G3. ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك

إذا كنت قد وقَّعت التوجيه السابق ورأيت أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع ما ورد فيه من توجيهات، فيمكنك تقديم شكوى إلى برنامج Ombuds 1-855-501-3077. هذه المكالمة مجانية. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 7914 :TTY-847-855-1. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.

المراسلة عبر البريد: **إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services)**
1501 Capitol Avenue
PO Box 997413
Sacramento, Ca 95814

البريد الإلكتروني: http://calduals.org/background/cci/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/

H. حقك في تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي نصدرها

يوضح **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف بشأن الخدمات أو الرعاية التي تتلقاها المشمولة بالتغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية، أو تقديم تظلم لتغيير قرار التغطية، أو تقديم شكوى.

يحق لك الحصول على معلومات عن التظلمات والشكاوى التي قدّمها أعضاء الخطة الآخرون ضدنا. اتصِل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. الإجراءات التي يلزمك اتخاذها بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أنك تلقيت معاملة غير عادلة و أن الأمر **لا** يتعلق بالتمييز للأسباب المذكورة في **الفصل 11** *دليل الأعضاء* — أو في حال إذا ما كنت تريد الحصول على المزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك الاتصال على:

- خدمات الأعضاء
- The Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 0424-560 (714). لمزيد من التفاصيل حول برنامج HICAP، راجِع **الفصل 2**
  - مقاطعة Los Angeles: 4519-383 (213)
  - مقاطعة San Diego: 8772-565 (858)
  - مقاطعة Imperial: 0223-353 (760)
  - مقاطعات Riverside و San Berardino: 8369-256 (909)
- برنامج Ombuds عل الرقم 8609-452-888-1. لمعرفة المزيد عن هذا البرنامج، راجِع **الفصل 2** من *دليل الأعضاء*.
- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 2048-486-877-1. (كما يمكنك قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" الموجود على الموقع الإلكتروني لـ Medicare عبر هذا الرابط www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة

تقع على عاتقك مسؤولية القيام بما يرد أدناه بصفتك عضوًا في الخطة. إذا كانت لديك أي أسئلة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

- **اقرأ *دليل الأعضاء*** لتتعرف على ما تشمله تغطية خطتنا والقواعد الواجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية. المزيد من التفاصيل فيما يتعلق بـ:
  - الأدوية المشمولة بالتغطية، راجِع **الفصلين 3 و 4** من *دليل الأعضاء*. يشرح الفصلان ما تغطيه الخطة وما لا تغطيه والقواعد الواجب اتباعها للحصول عليها وما عليك دفعه.
  - الأدوية المشمولة بالتغطية، راجِع **الفصلين 5 و 6** من *دليل الأعضاء*.

- **أخبِرنا بأي تغطية أخرى لأدوية موصوفة أو خدمات رعاية صحية** تحصل عليها. حيث يتعين علينا أن نضمن أنك تستفيد من كل خيارات التغطية عندما تتلقَّى الرعاية الصحية. لذا اتصِل بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت تحصل على تغطية أخرى.
- **أخبِر الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين** بأنك عضو في خطتنا. تفضل بإظهار بطاقة هوية العضو الخاصة بك التابعة عند طلبك الحصول على أي خدمات أو أدوية.
- **ساعد الأطباء** ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين تتعامل معهم على أن يقدّموا إليك أفضل مستوى من الرعاية.
  - أطلِعهم على المعلومات التي يحتاجون إلى معرفتها عنك وعن حالتك الصحية. وتعرف قدر المستطاع على مشاكلك الصحية. واتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها مع مقدمي الرعاية.
  - تأكد من أن الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين على دراية بكل الأدوية التي تتلقّاها. ويشمل ذلك أدوية الوصفات الطبية والأدوية التي تُباع بلا تذكرة طبية والفيتامينات والمكملات.
  - اطرح ما لديك من أسئلة. يتعين على الأطباء ومقدمي الرعاية شرح الأمور بطريقة تستطيع استيعابها. وإذا طرحتَ سؤالاً ولم تستوعب إجابته، فأعِد طرحه مرة أخرى.
- **تعاوَن مع منسق الرعاية** ويتضمن ذلك التعاون معه على إكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.
- **كن متفهمًا للأمور.** نحن نتوقع من كل أعضاء الخطة احترام حقوق الغير. وكذلك ننتظر منك سلوكًا هادئًا محترمًا في مكتب الطبيب والمستشفيات وغير ذلك من مكاتب مقدمي الرعاية.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك مسؤول عن سداد ما يلي من مدفوعات:
  - أقساط الجزء (أ) من برنامج Medicare والجزء (ب) من برنامج Medicare. بالنسبة إلى معظم أعضاء الخطة، يسدد برنامج Medi-Cal قسط الجزء (A) وقسط الجزء (B).
  - **إذا تلقيت أي خدمات أو أدوية خارج الخطة فإنه يتعين عليك دفع كامل التكلفة. (ملاحظة:** وفي حال عدم الموافقة على قرارنا بشأن عدم تغطية خدمة أو دواء ما، فيمكنك التقدم بتظلم. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** لمعرفة كيفية تقديم استئناف).
- **أخبرنا إذا كنت بصدد الانتقال من مكانك.** إذا كنت تخطط للانتقال من عنوانك، فأخبِرنا بذلك على الفور. اتصل بمنسق الرعاية أو على خدمات الأعضاء.
  - **إذا انتقلت إلى خارج المنطقة التي نوفر فيها خدمتنا، فلا يمكنك البقاء مسجلاً في خطتنا.** حيث يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في المنطقة التي نوفر فيها خدمتنا الحصول على عضوية هذه الخطة. ويوضح **الفصل 1** من *دليل الأعضاء* المعلومات المتعلقة بالمنطقة التي نوفر فيها خدمتنا.
  - يمكننا مساعدتك على معرفة ما إذا كان العنوان الذي تنتقل إليه يقع خارج نطاق خدماتنا. ويُمكنك التحويل خلال فترة التسجيل الخاصة إلى خطة Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط برنامج Medicare أو خطة الأدوية التي لا تباع إلا بتذكرة طبية في مكانك الجديد. كما يمكننا مساعدتك على معرفة ما إذا كنا نوفر أي خطة في المنطقة الجديدة التي تنتقل إليها.
  - أخبِر برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال. راجِع **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* لمعرفة الأرقام الهاتفية لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal
  - **إذا انتقلتَ إلى عنوان آخر في المنطقة التي نوفر فيها خدمتنا وأقمت فيه، فلا نزال بحاجة إلى معرفة ذلك.** فنحن بحاجة إلى المحافظة على سجلاتك محدثة ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- **أخبِرنا إذا أصبح لديك رقم هاتف جديد** أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- **اتصل بمنسق الرعاية أو قسم خدمات الأعضاء لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة أو شواغل.**

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

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على معلومات حول حقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت:

- تعاني من مشكلة أو لديك شكوى حول الخطة.
- تحتاج إلى خدمة أو مستلزم أو دواء اتخذَتِ الخطة قرارًا بعدم دفع تكلفته.
- لا توافق على قرار اتخذته الخطة بشأن الرعاية التي تتلقاها.
- تعتقد بسرعة نفاد ما تكفله الخطة من خدمات.
- تواجهك مشكلة ما أو تشكو من الخدمات والدعم طويل الأجل والتي تشمل برنامج Community-Based Adult Services (CBAS) وخدمات مرافق الرعاية التمريضية Nursing Facility (NF).

ينقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك على الوصول إلى ما تبحث عنه بسهولة. **إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف، فيمكنك قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.**

يجب أن تتلقى الرعاية الصحية والأدوية الدعم والخدمات الطويلة الأجل التي يرى طبيبك أو غيره من مقدمي الخدمات بأنها ضرورية للرعاية الخاصة بك كجزء من خطة الرعاية. **إذا واجهت مشكلة في الرعاية، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة.** يوضح هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لك المتعلقة بالمشكلات والشكاوى المختلفة، إلا أنه يمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج Ombuds للحصول على المساعدة والتوجيه لحل المشكلة. وللحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الإفصاح عنها، راجِع **الفصل 2** من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف 147
A1. عن المصطلحات القانونية 147
B. الجهات التي تلجأ إليها للحصول على المساعدة 147
B1. الخطوات التي تتخذها للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة 147
C. فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجَي Medicare و Medi-Cal في خطتنا 148
D. المشكلات التي تجدها في المزايا المقدمة إليك 149
E. قرارات التغطية والاستئنافات 149
E1. قرارات التغطية 149
E2. التظلمات 149
E3. الحصول على المساعدة بشأن قرارات التغطية والتظلمات 150
E4. القسم الذي يمكن أن يساعدك في هذا الفصل 150
F. الرعاية الطبية 151
F1. استخدام هذا القسم 151
F2. طلب قرار تغطية 151
F3. تقديم استئناف ضمن المستوى 1 153
F4. تقديم استئناف ضمن المستوى 2 155
F5. مشكلات السداد 159
G. الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (D) من برنامج Medicare 159
G1. القرارات والتظلمات المتعلقة بتغطية الجزء (د) من برنامج Medicare 160
G2. استثناءات الجزء D ببرنامج Medicare 160
G3. أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب الاستثناءات 162
G4. المطالبة بإصدار قرار التغطية شاملاً تطبيق الاستثناء 162
G5. تقديم استئناف ضمن المستوى 1 164
G6. تقديم استئناف ضمن المستوى 2 165
H. المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى 166
H1. تعرف على حقوقك في برنامج Medicare 167
H2. تقديم استئناف ضمن المستوى 1 167
H3. تقديم استئناف ضمن المستوى 2 169
I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية 169
I1. الإشعار السابق الذي نرسله قبل انتهاء فترة التغطية 169
I2. تقديم استئناف ضمن المستوى 1 170
I3. تقديم تظلم ضمن المستوى 2 171
J. رفع الاستئناف لما بعد المستوى 2 172
J1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare 172
J2. التظلمات الإضافية في برنامج Medi-Cal 173
J3. تظلمات المستويات 3 و4 و5 بشأن طلبات الأدوية الواردة في الجزء D 173

K. كيف يُمكنك التقدم بشكوى 174
K1. أنواع المشكلات التي يتعين تقديم الشكاوى بشأنها..... 174
K2. الشكاوى الداخلية..... 175
K3. الشكاوى الخارجية..... 175

A. 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. ويمكنك اتخاذ إحدى العمليات بشأن **قرارات التغطية والتظلمات** واتخاذ عملية أخرى بشأن **تقديم الشكاوى** التي تُعرَف كذلك باسم المظالم.

ولضمان الإنصاف والسرعة، فإن كل عملية تنطوي على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا وعليك الالتزام بها.

A1. عن المصطلحات القانونية

يتضمن هذا الفصل مصطلحات قانونية تشير إلى بعض القواعد والمواعيد النهائية. وقد يكون من العسير استيعاب كثير من هذه المصطلحات، لذا نستخدم كلمات أبسط بدلاً من بعض المصطلحات القانونية كلما أمكننا ذلك. وكذلك نستخدم الاختصارات في أضيق الحدود.

على سبيل المثال، نستخدم:

- "تقديم الشكوى" بدلاً عن "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تقرير الهيئة" أو "تقرير المزايا" أو "التقرير المحفوف بالمخاطر " أو "تقرير التغطية"
- "قرار التغطية السريع" بدلاً من "التقرير العاجل"
- "هيئة المراجعة المستقلة" بدلاً من "كيان المراجعة المستقل".

إن معرفة المصطلحات القانونية السليمة من شأنه مساعدتك على التواصل بشكل أكثر وضوحًا وسهولة لذا فإننا نقدم إليك تلك المصطلحات كذلك.

B. الجهات التي تلجأ إليها للحصول على المساعدة

B1. الخطوات التي تتخذها للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة

قد يكون البدء باتخاذ عملية معالجة المشكلة أو متابعتها أمرًا محيرًا في بعض الأحيان. ويمكن أن يكون هذا صحيحًا خصوصًا إذا كنت على ما لا يرام أو كانت طاقتك محدودة. وأحيانًا، قد لا تكون على دراية بالمعلومات اللازمة لاتخاذ الخطوة التالية.

الحصول على مساعدة برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program

يمكنك الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). ويمكن لمستشاري برنامج HICAP الإجابة عن الأسئلة التي تكون لديك ومساعدتك على استيعاب الخطوات الواجب اتباعها لمعالجة المشكلة. يعد برنامج HICAP غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أخرى أو خطة صحية. وقد درّب برنامج HICAP مرشدين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية. ورقم هاتف برنامج HICAP هو 1-800-434-0222.

طلب المساعدة من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program

يمكنك الاتصال ببرنامج Medi-Cal Ombuds Program والتحدث إلى أحد مقدّمي الدعم والاستفسار منه عن التغطية الصحية التي تحصل عليها. كما تقدم الشراكةُ المساعدةَ القانونية مجانًا. لا يرتبط برنامج Ombuds Program بنا أو مع أي شركة تأمين أو خطة صحية. ورقم الهاتف هو 1-855-501-3077 والموقع الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare

للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare. توجد طريقتان للحصول على المساعدة من برنامج Medicare:

- الاتصال ببرنامج 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع.
  بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare (www.medicare.gov).

الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medi-Cal

اتصل على: 5000-449 (916)، من الإثنين إلى الجمعة، من 08:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، بالتوقيت المحلي.

الحصول على مساعدة إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في ولاية California.

يمكن التماس مساعدة مكتب أمين مظالم الرعاية المدارة (Managed Care Ombudsman) لبرنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في ولاية California. فبإمكانه المساعدة إذا واجهتك مشكلات في الانضمام إلى إحدى خطط الرعاية الصحية أو تغييرها أو تركها. كما يمكنهم المساعدة إذا انتقلت للعيش في مقاطعة أخرى وواجهتك مشكلة في نقل عضويتك في Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال على Ombudsman من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً على الرقم 8609-452-888-1.

الحصول على مساعدة إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) في ولاية California.

اتصِل بإدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) في ولاية California للحصول على المساعدة المجانية. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. وتساعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) الأشخاص بشأن التظلمات المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. أما رقم الهاتف فهو **1-888-466-2219**. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سمعيًا أو ممن يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي أجهزة الصم والبكم، وهو **1-877-688-9891**. كما يمكنك زيارة موقع DMHC الإلكتروني **www.dmhc.ca.gov**. إدارة California للرعاية الصحية المدارة (The California Department of Managed Health Care) هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك شكوى ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، يجب عليك أولاً الاتصال بخطة الرعاية الصحية على الرقم **4627-665 (855) وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY:** يمكنهم الاتصال على الرقم **711** واستخدم إجراءات الاستئناف بخطة الرعاية الصحية لديك قبل الاتصال بالإدارة. ولا يمنع إجراء الشكاوى هذه أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا احتجت إلى مساعدة تتعلق بشكوى تتعلق بحالة طوارئ، أو بشكوى لم يتم حلها بشكل مُرضٍ من جانب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو بشكوى ظلت بدون حل لمدة تزيد عن 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة لطلب المساعدة. وربما تكون مؤهلًا للخضوع لمراجعة طبية مستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للخضوع للمراجعة الطبية المستقلة (IMR)، فإنها ستوفر مراجعة موضوعية للقرارات الطبية التي قدمتها خطة الرعاية الصحية في ما يتعلق بالضرورة الطبية للحصول على خدمة مقترحة أو علاج مقترح، أو قرارات التغطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، أو النزاعات المتعلقة بدفع التكلفة مقابل حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة أيضًا رقمًا هاتفيًا مجانيًا (2219-466-888-1) وخطًا هاتفيًا لمستخدمي جهاز اتصالات المعاقين (9891-688-877-1) (TDD) لتقديم المساعدة للصم والبكم. كذلك يمكن العثور على نماذج الشكاوى ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) والإرشادات عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني الخاص بالإدارة www.dmhc.ca.gov.

C. فهم الشكاوى والاستئنافات المتعلقة ببرنامجَي Medicare و Medi-Cal في خطتنا

إنك تتمتع بمزايا Medicare و Medi-Cal. وتنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على كل مزايا الرعاية المدارة في كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal. ويطلق على ذلك أحيانًا اسم "العملية المتكاملة" لأنها تدمج أو تجمع بين عمليات Medicare وMedi-Cal.

في بعض الأحيان، قد لا يجوز دمج عمليات كل من Medicare وMedi-Cal. وفي تلك الحالات، تستخدم إحدى العمليات لمزايا Medicare وعملية أخرى لمزايا Medi-Cal. يوضح **القسم 4** تلك الحالات.

D. المشكلات التي تجدها في المزايا المقدمة إليك

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف، فيمكنك قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. ويساعدك المخطط التالي على الوصول إلى القسم المناسب من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟ (يتضمن ذلك مشاكل حول ما إذا كانت رعاية طبية معينة (العناصر الطبية و/أو الخدمات و/أو الأدوية الموصوفة بموجب الجزء B) مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشاكل المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم E**، "قرارات التغطية والاستئنافات".	**لا.** لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم K**، "كيفية تقديم الشكوى."

E. قرارات التغطية والاستئنافات

تتعامل عملية طلب قرارا التغطية وتقديم طلبات الاستئناف مع المشكلات المتعلقة بمزاياك وتغطية رعايتك الطبية (الخدمات والعناصر والأدوية الموصوفة بموجب الجزء B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير عمومًا إلى العناصر والخدمات الطبية والأدوية الموصوفة بموجب الجزء (B) من Medicare على أنها **رعاية طبية.**

E1. قرارات التغطية

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، يتخذ الطبيب التابع لشبكة خطتك قرار تغطية (مناسب) لك عندما تتلقى رعاية طبية من جانبه (راجع **الفصل 4، القسم G** من *دليل الأعضاء*).

يمكنك أنت أو الطبيب كذلك الاتصال بنا وطلب قرار التغطية. قد لا تكون أنت أو طبيبك على يقين مما إذا كنا نقوم بتغطية إحدى الخدمات الطبية المعينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. **وإذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي أيًا من الخدمات الطبية قبل الحصول عليها، فيمكنك أن تطلب منا أن نصدر لك قرار التغطية.**

ونتخذ قرار التغطية كلما قررنا ما ستشمله التغطية والمبلغ الذي ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن إحدى الخدمات أو الأدوية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم استئناف.

E2. التظلمات

إذا اتخذنا قرار التغطية ولم تكن مقتنعًا به، فيمكنك "تقديم تظلم" للطعن في القرار. ويمثل تقديم "طلب الاستئناف" إحدى الطرق الرسمية لطلب إجراء مراجعة وتغيير قرار التغطية الذي تم اتخاذه.

عندما تقدم تظلمًا للطعن في القرار أول مرة، فإن هذا يسمى "تظلم المستوى 1". وعند تقديمك هذا التظلم، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد طبّقنا كل القواعد بشكل صحيح. ويتعامل مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المناسب لحالتك مع التظلم.

وفي معظم الحالات، ينبغي عليك أن تبدأ التظلم من المستوى الأول. إذا كانت مشكلتك الصحية ملحة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من آلام شديدة وتحتاج إلى قرار فوري، فيمكنك طلب إجراء مراجعة طبية فورية من إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care) عبر www.dmhc.ca.gov. راجع **الفصل F4** للحصول على مزيدٍ من المعلومات.

عند استكمالنا المراجعة، سنصدر لك القرار الذي نتخذه. وفي ظل ظروف معينة توضَّح لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب "قرار تغطية سريع" أو عاجل أو تقديم تظلم سريع للطعن في قرار التغطية.

إذا رفضنا ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بذلك. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية الرعاية الطبية الخاصة ببرنامج Medicare، فسنخطرك في الخطاب بأننا أرسلنا حالتك لهيئة المراجعة المستقلة لتقديم استئناف ضمن المستوى الثاني. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات الجزء (D) من برنامج Medi-Cal، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 2 بنفسك. راجع القسم و4 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن تظلم المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية إحدى الخدمات أو العناصر المشمولة من جانب Medicare وMedicaid، فسيحتوي الخطاب على معلومات تتعلق بكلا النوعين من تظلمات المستوى 2.

إذا لم تكن مقتنعًا بقرار تظلم المستوى 2، فقد تتمكن من المضي قدمًا في تقديم التظلمات من المستويات الأخرى.

E3. الحصول على المساعدة بشأن قرارات التغطية والتظلمات

يمكنك طلب المساعدة من أي من الجهات الآتية:

- قسم **خدمات الأعضاء** على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- **برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077.**
- **برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)** على الرقم 1-800-434-0222.
- مركز المساعدة **The Help Center at the Department of Managed Health Care** للحصول على المساعدة المجانية. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. وتساعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) الأشخاص بشأن التظلمات المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. أما رقم الهاتف فهو 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سمعيًا أو ممن يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي أجهزة الصم والبكم، وهو 1-877-688-9891. كما يمكنك زيارة موقع DMHC الإلكتروني www.dmhc.ca.gov.
- **الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر الذي تتعامل معه**. يمكن لطبيبك أو أي مقدم رعاية أن يطلب قرارات التغطية أو التظلم نيابة عنك.
- **أحد الأصدقاء أو أفراد الأسرة**. ويمكنك تعيين شخص آخر يتصرف بالنيابة عنك بصفته "ممثلك" لطلب قرار التغطية أو تقديم التظلم.
- **أحد المحامين**. يجوز لك توكيل محامٍ، **بيد أنه لا يلزمك توكيل محامٍ** لطلب قرار التغطية أو تقديم التظلم.
  - يمكنك الاتصال بالمحامي الذي تتعامل معه أو توكيل أحد المحامين الذين تعيّنهم نقابة المحامين المحلية أو غيرها من الجهات التي توفر خدمات الإحالة. وتوفر بعض المجموعات القانونية لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت تستحق ذلك.
  - يمكنك طلب المساعدة من جانب الوكيل القانوني في برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program من خلال الاتصال على الرقم 1-855-501-3077.
- املأ نموذج تعيين الممثل إذا كنت تريد الاستعانة بمحامٍ أو شخص آخر يمثّلك. حيث يمنح النموذج الشخص الذي تعيّنه الإذن بالتصرف بالنيابة عنك.

اتصِل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب الحصول على نموذج "تعيين الممثل". كما يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو من خلال موقعنا الإلكتروني www.MolinaHealthcare.com/Medicare. **ولا بد أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع عليه.**

E4. القسم الذي يمكن أن يساعدك في هذا الفصل

هناك أربع حالات تنطوي على قرارات التغطية والتظلمات. وكل حالة لها قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. ونحن نوفر تفاصيل كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. لذا يمكنك مراجعة **القسم الذي ينطبق على حالتك:**

- **القسم F**، "الرعاية الطبية"
- **القسم G**، "الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (D) من برنامج Medicare"
- **القسم H**، "مطالبتنا بتغطية إقامة طويلة في المستشفى"

- **القسم I**، "مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية (ينطبق هذا القسم فقط على الخدمات المتضمنة الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)).

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي عليك استخدامه، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة.

F. الرعاية الطبية

يوضح لك هذا القسم ما يجب عليك فعله حال مواجهة مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو حال رغبتك استرداد حصتنا من تكلفة رعايتك.

يتناول هذا القسم مزايا الرعاية الطبية المُوضَّحة في **الفصل 4** من *دليل الأعضاء*. في بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على أي من الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (B). وعندما يحدث هذا، فإننا نوضح كيفية اختلاف قواعد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (ب) عن قواعد المستلزمات والخدمات الطبية.

F1. استخدام هذا القسم

يوضح هذا القسم الخطوات التي يمكنك اتخاذها في أي من الحالات الآتية:

1. إذا كنت ترى أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها، لكنك لا تحصل عليها.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية. ويمكنك مراجعة **القسم و2**.

2. حال عدم موافقتنا على تغطية الرعاية الطبية التي يريد الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديمها إليك، وترى أنه يجب علينا الموافقة عليها.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك التظلم على هذا القرار. راجع **القسم F3.**

3. عدم حصولك على الرعاية الطبية التي ترى أننا يتعين علينا تغطيتها، لكننا لا ندفع التكلفة.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك التقدم بتظلم بشأن قرار الخطة بعدم الدفع. ويمكنك مراجعة **القسم و5.**

4. حصولك على الرعاية الطبية التي ترى أننا يتعين علينا تغطيتها وكنت قد دفعت تكلفتها، وتود أن نرد إليك ما دفعته.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك طلب رد النفقات إليك. ويمكنك مراجعة **القسم و5.**

5. حال تخفيض التغطية التي نوفّرها لك للحصول على رعاية طبية معينة أو التوقف عن توفيرها، وترى أن قرارنا قد يضر بصحتك.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك تقديم تظلم بشأن قرارنا بتخفيض الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع **القسم F4.**

- ثمة قواعد خاصة ستسري عليك إذا كانت التغطية تشمل الرعاية في المستشفى، أو الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة، أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF). ويمكنك مراجعة **القسم ح** أو **القسم ط** للاطلاع على مزيد من المعلومات.
- بالنسبة إلى كل الحالات الأخرى التي تنطوي على خفض تغطية رعاية طبية معينة أو التوقف عن توفيرها، استخدِم هذا القسم (**القسم F**) كدليل لك.

6. أنت تتعرض لحالات من التأخير في الحصول على الرعاية أو لا يمكنك العثور على الطبيب.

ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K2.**

F2. طلب قرار تغطية

في حال كان قرار التغطية ينطوي على الرعاية الطبية، فإنه يُسمَّى **"تقرير المنظمة المتكامل."**

يمكنك أنت أو الطبيب أو الممثل مطالبتنا بإصدار قرار التغطية عن طريق الوسائل الآتية:

- الاتصال على: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711.
- الفاكس: 834-2155 (844).
- المراسلة عبر البريد: عناية: Medicare Member Services 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

قرار التغطية القياسي

عندما نصدر لك القرار، فإننا نتَّبع المواعيد النهائية "القياسية" ما لم نوافق على اتباع المواعيد النهائية "السريعة". ويعني قرار التغطية القياسي أننا نصدر لك القرار بشأن:

- أي من الخدمات أو المستلزمات الطبية خلال 14 يومًا تقويميًا من تلقي الطلب. بالنسبة لخطط Knox-Keene، في غضون 5 أيام عمل، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- أي من الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (B) من برنامج Medicare خلال 72 ساعة من تلقي الطلب.

قرار التغطية السريع

المصطلح القانوني لتعبير "قرار تغطية سريع" هو **"حكم معجل."**

عند مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية بشأن الرعاية الطبية وتتطلب صحتك أن نوافيك بالرد على وجه السرعة، اطلب منّا اتخاذ "قرار التغطية السريع". ويعني قرار التغطية السريع أننا سنوافيك بالرد بشأن:

- يمكنك الحصول على الخدمة الطبية أو العنصر خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.
- أي من الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (ب) من برنامج Medicare خلال 24 ساعة من تلقي الطلب.

وللحصول على قرار تغطية عاجل، يجب استيفاء اثنين من المتطلبات:

- إذا كنت تطلب الحصول على تغطية العناصر و/أو الخدمات الطبية التي **لم تحصل عليها**. لا يمكنك طلب قرار التغطية السريع بشأن دفع تكاليف العناصر الطبية أو الرعاية الطبية التي حصلتَ عليها بالفعل.
- إذا كان اتّباع المواعيد النهائية القياسية **قد يلحق ضررًا جسيمًا بصحتك** أو قد يضر بقدرتك على العمل.

نصدر لك قرار التغطية السريع تلقائيًا إذا أخبرَنا الطبيب الذي تتعامل معه بأن صحتك تتطلب ذلك. أما إذا طالبتنا بإصدار قرار التغطية السريع من دون دعم الطبيب، فإننا نقرر ما إذا كنا سنصدر لك قرار التغطية السريع.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبَي إصدار قرار التغطية السريع، فإننا سنرسل إليك خطابًا بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من إصدار قرار التغطية السريع. وسيوضح لك الخطاب ما يأتي:
  - نحن نصدر لك قرار التغطية السريع تلقائيًا إذا طلب الطبيب الذي تتعامل معه ذلك.
  - كيفية تقديم "الشكوى العاجلة" للطعن في قرارانا بإصدار قرار التغطية القياسي بدلاً من قرار التغطية السريع. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم ك**.

إذا رفضنا جزءًا من الطلب الذي تقدّمه أو رفضناه بالكامل، فإننا نرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب.

- في حالة **الرفض،** يحق لك تقديم استئناف. وإذا رأيتَ أننا أخطأنا بشكل ما، فإن تقديم التظلم هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررتَ تقديم استئناف، فستمضي قدمًا في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 1 **راجع القسم F3**.

وفي ظل ظروف محدودة، قد يتم رفض طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية، مما يعني عدم مراجعة طلبك. من أمثلة الحالات التي نرفض فيها الطلب ما يأتي:

- إذا كان الطلب غير مكتمل.
- إذا قدَّم شخص ما الطلب بالنيابة عنك وكان غير مخول قانونًا للقيام بذلك أو
- إذا طلبتَ إلغاء الطلب.

إذا رفضنا طلبك بإصدار قرار التغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية مطالبتنا بمراجعة قرار الرفض. وتُعرَف هذه المراجعة باسم التظلم. ويتناول القسم التالي موضوع التظلمات.

F3. تقديم استئناف ضمن المستوى 1

لتبدأ بتقديم التظلم، يتعين عليك أنت أو الطبيب أو الممثل الاتصال بنا. يمكنك الاتصال على الرقم 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711.

يمكنك الاستفسار عن "الاستئناف القياسي" أو "الاستئناف العاجل" وذلك إما كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على 4627-665 (855) وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711.

- إذا طلب الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء أن تستمر في الحصول على الخدمة أو المستلزم الذي تحصل عليه بالفعل في وقت مراجعة الاستئناف، فقد يلزمك تعيينه بصفته ممثلك ليتصرف بالنيابة عنك.
- إذا قدَّم شخص آخر غير الطبيب التظلمَ بالنيابة عنك، فضمِّن نموذج تعيين الممثل الذي يخول هذا الشخص تمثيلك. كما يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf or our website at *www.MolinaHealthcare.com/Medicare*.
- يمكننا قبول طلب الاستئناف من دون النموذج، إلا أننا لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليها. وإذا لم نحصل على النموذج في غضون 44 يومًا من تلقي طلب التظلم، فسنتخذ الخطوتَين الآتيتَين:
  - رفض الطلب.
  - إرسال إشعار مكتوب إليك يوضح حقك في مطالبة هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا برفض طلب الاستئناف.

يجب عليك تقديم طلب الاستئناف خلال 65 يومًا تقويميًا من تاريخ الخطاب المرسل إليك من جانبنا لإخطارك بقرارنا.

إذا لم تستطع تقديم الطلب بحلول الموعد النهائي لسبب معقول، فقد نسمح لك بمزيد من الوقت لتقديم التظلم. ومن أمثلة الأسباب المعقولة إصابتك بمرض شديد أو تلقيك معلومات غير صحيحة عن الموعد النهائي. ويمكنك توضيح سبب التأخر عن الموعد النهائي للتظلم عندما تقدّمه.

- يحق لك أن تطلب منّا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي تقدّمه. ويمكنك أنت أو الطبيب تزويدنا بمعلومات إضافية لدعم التظلم.

يمكنك تقديم تظلم سريع إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

> المصطلح القانوني لتعبير "تظلم سريع" هو **"إعادة نظر معجلة."**

- إذا كنت تقدّم استئنافًا للطعن في قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية التي لم تحصل عليها، فيمكنك أنت و/أو الطبيب تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم استئناف عاجل.

نصدر لك قرار التغطية السريع تلقائيًا إذا أخبرَنا الطبيب الذي تتعامل معه بأن حالتك الصحية تتطلب ذلك. أما إذا طالبتنا بإصدار قرار التغطية السريع من دون دعم الطبيب، فإننا نقرر ما إذا كان يمكنك الحصول على استئناف عاجل.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبَي الاستئناف العاجل، فإننا سنرسل إليك خطابًا بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من إصدار قرار التغطية السريع. وسيوضح لك الخطاب ما يأتي:
  - نوفر لك الحصول على استئناف عاجل تلقائيًا إذا طلب الطبيب الذي تتعامل معه ذلك.
  - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك استئنافًا قياسيًا بدلاً من الاستئناف العاجل. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم ك**.

إذا أخبرناك بأننا نتوقف عن تغطية الخدمات أو المستلزمات التي تحصل عليها بالفعل أو نخفّضها، فقد تتمكن من الاستمرار في الحصول على تلك الخدمات أو المستلزمات في وقت مراجعة التظلم.

- إذا قررنا تغيير تغطية أي من الخدمات أو المستلزمات التي تحصل عليها أو التوقف عن توفيرها، فإننا نرسل إليك إشعارًا قبل أن نتخذ أي إجراء في هذا الشأن.
- إذا اعترضتَ على قرارنا، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 1.
- سوف نستمر في تغطية الخدمة أو العنصر حال تقديم استئناف ضمن المستوى 1 **في غضون 10 أيام تقويمية** من تاريخ رسالتنا أو بحلول تاريخ السريان المقصود للإجراء، أيهما أحدث.
  - إذا التزمتَ بالموعد النهائي، فستحصل على تغطية الخدمة أو المستلزم من دون أي تغييرات في أثناء انتظار مراجعة تظلم المستوى 1 الذي تقدّمه.
  - ستحصل كذلك على كل الخدمات أو المستلزمات الأخرى (التي لا يتناولها التظلم) من دون أي تغييرات.
  - إذا لم تتقدم باستئناف قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على تغطية الخدمة أو الدواء أثناء انتظار صدور قرار الاستئناف.

نحن ننظر في التظلم التي تقدّمه ونوافيك بالرد.

- عند مراجعة الاستئناف المقدم، فإننا نلقي نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بطلب تغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد طبّقنا جميع القواعد عند **رفضنا** الطلب.
- نجمع معلومات أكثر إذا احتجنا إليها. وقد نتصل بك أو بالطبيب لنجمع مزيدًا من المعلومات.

هناك مواعيد نهائية للتظلم السريع.

- إذا كنا نتبع نظام المواعيد النهائية السريعة، فسنوافيك بالإجابة **خلال 72 ساعة عقب تلقي الاستئناف أو في وقت أقرب من ذلك إذا تطلبت حالتك الصحية تتطلب ردًا سريعًا**. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
  - إذا لم نوافِك بالرد في غضون 72 ساعة، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. وستقوم منظمة المراجعة المستقلة بمراجعته. سنوضح لك لاحقًا في هذه الفصل ماهية هذه المنظمة وعملية تظلمات المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية Medicaid لأحد الخدمات أو العناصر، فيمكنك تقديم طلب عقد جلسة استماع ضمن المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية California، يطلق على جلسة الاستماع الحكومية اسم State Fair Hearing. لطلب عقد جلسة استماع حكومية، يرجى الرجوع إلى www.CDSS.CA.GOV
- **إذا وافقنا على الطلب جزئيًا أو كليًا**، فيتعين أن نقر باستحقاقك التغطية التي وافقنا على تقديمها أو أن نوفّرها في غضون 72 ساعة من تلقِّي الاستئناف أو خلال وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- **إذا رفضنا الطلب جزئيًا أو كليًا**، فإننا نحيل الاستئناف الذي تقدّمه إلى هيئة المراجعة المستقلة للمضي قدمًا في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2.

هناك مواعيد نهائية للتظلم القياسي.

- عندما نتَّبع المواعيد النهائية القياسية، يتعين أن نوافيك بالرد **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من تلقينا الاستئناف الذي تقدّمه بشأن تغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان الطلب يتعلق بأحد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare الذي لم تحصل عليه، فإننا نوافيك بالرد **في غضون 7 أيام تقويمية** من تلقينا الاستئناف أو في وقت أقرب إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
  - إذا لم نوافِك بالرد بحلول الموعد النهائي، فيتعين أن نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. وستقوم منظمة المراجعة المستقلة بمراجعته. سنوضح لك لاحقًا في هذه الفصل ماهية هذه المنظمة وعملية تظلمات المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية Medicaid لأحد الخدمات أو العناصر، فيمكنك تقديم طلب عقد جلسة استماع ضمن المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية California، يطلق على جلسة الاستماع الحكومية اسم State Fair Hearing. لطلب عقد جلسة استماع حكومية، يرجى الرجوع إلى www.CDSS.CA.GOV

إذا وافقنا على طلبك جزئيًا أو كليًا، فيجب علينا الموافقة على التغطية التي اتفقنا على تقديمها أو تقديمها في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا التظلم الخاص بك، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ حصولنا على تظلمك إذا كان طلبك يتعلق بأدوية الوصفات الطبية من الجزء (ب) من برنامج Medicare.

إذا **رفضنا** الطلب جزئيًا أو كليًا، **فإننا نمنحك حقوقًا إضافية للتظلم:**

- إذا **رفضنا** ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بذلك.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بتغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، فيوضح لك الخطاب أننا أحلنا حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة للمضي قدمًا في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بتغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، فيوضح لك الخطاب كيفية تقديم الاستئناف ضمن المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم استئناف ضمن المستوى 2

إذا **رفضنا** الاستئناف ضمن المستوى 1 جزئيًا أو كليًا، فإننا سنرسل إليك خطابًا بذلك. ويوضح لك هذا الخطاب ما إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal أو كلاهما يغطيان في العادة الخدمة أو العنصر.

- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج **Medicare** في العادة، فإننا 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 **Medi-Cal** في العادة، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 2 بنفسك. ويوضح لك الخطاب كيفية القيام بذلك. كما أننا نضمِّن مزيدًا من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل. ولا نقدم تظلمًا من المستوى 2 تلقائيًا بالنيابة عنك بخصوص خدمات Medi-Cal أو عناصره.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي قد يغطيها كل **من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal**، فستنتقل تلقائيًا إلى المضي قدمًا في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2 لدى هيئة المراجعة المستقلة. بالإضافة إلى الاستئناف التلقائي ضمن المستوى 2، يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع حكومية ومراجعة طبية مستقلة مع الولاية. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع حكومية.

إذا كنت تستحق الاستمرار في الحصول على المزايا عند تقديمك تظلم المستوى 1، فقد تستمر كذلك في الحصول على مزايا الخدمة أو المستلزم أو الدواء موضع التظلم خلال المضي قدمًا في إجراءات المستوى 2. راجع **القسم و3** للحصول على معلومات عن استمرار المزايا الخاصة بك في أثناء سير طعون المستوى 1.

- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات التي لا يغطيها في العادة إلا برنامج Medicare، فلن تستمر في الحصول على مزايا هذه الخدمة خلال سير عملية الاستئنافات ضمن المستوى 2 مع هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات التي لا يغطيها في العادة إلا برنامج Medi-Cal، فستستمر في الحصول على مزايا هذه الخدمة إذا قدَّمتَ استئنافًا ضمن المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية من تلقِّي خطاب القرار الذي نصدره.

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

سوف تراجع هيئة المراجعة المستقلة استئنافك. وهي منظمة مستقلة يعيّنها برنامج Medicare.

> الاسم الرسمي الذي يشير إلى "هيئة المراجعة المستقلة" هو **"كيان المراجعة المستقلة"** الذي أحيانًا ما يُعرَف بالاختصار **"IRE"**.

- إننا لا نرتبط بعلاقة مع هذه الهيئة، كما أنها ليست وكالة حكومية. برنامج Medicare هو الذي اختار الشركة لتؤدي دور هيئة المراجعة المستقلة وهو الذي يشرف على عملها.
- إننا نرسل المعلومات عن الاستئناف الذي تقدّمه ("ملف حالتك") إلى هذه المؤسسة. ولديك الحق في مطالبتنا بالحصول على نسخة من ملف حالتك.
- لديك الحق في تزويد هيئة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم الاستئناف المقدم.
- يُلقي المراجعون في هيئة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بالاستئناف.

إذا لجأتَ إلى التظلم السريع في عملية المستوى 1، فستقدّم كذلك تظلمًا سريعًا في عملية المستوى 2.

- إذا لجأت إلى تقديم الاستئناف السريع إلينا ضمن المستوى 1، فستقدّم استئنافًا عاجلاً ضمن المستوى 2 بشكل تلقائي. يتعين أن توافيك هيئة المراجعة المستقلة بالرد على الاستئناف ضمن المستوى 2 **في غضون 72 ساعة** من تلقي الاستئناف.

إذا لجأت إلى التظلم القياسي في عملية المستوى 1، فستقدّم كذلك تظلمًا قياسيًا في عملية المستوى 2.

- إذا لجأت إلى تقديم الاستئناف القياسي إلينا ضمن المستوى 1، فستقدّم كذلك استئنافًا قياسيًا ضمن المستوى 2 بشكل تلقائي.
- إذا كان الطلب يتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات الطبية، فيتعين أن توافيك هيئة المراجعة المستقلة بالرد على الاستئناف ضمن المستوى 2 **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من تلقي الاستئناف.
- إذا كان الطلب يتعلق بأحد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare، فيتعين أن توافيك هيئة المراجعة المستقلة بالرد على الاستئناف ضمن المستوى 2 **في غضون 7 أيام تقويمية** من تلقي الاستئناف.

توافيك هيئة المراجعة المستقلة بالرد كتابيًا وتوضح لك الأسباب.

- **إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على طلب الخدمة أو المستلزم الطبي جزئيًا أو كليًا،** فيتعين علينا تطبيق القرار على الفور باتخاذ أي من الخطوات الآتية:
  - الإقرار باستحقاقك تغطية الرعاية الطبية **في غضون 72 ساعة** أو
  - تقديم الخدمة في غضون **5 أيام تقويمية** من تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة **للطلبات القياسية، أو**
  - تقديم الخدمة **في غضون72 ساعة** من تاريخ تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة **للطلبات العاجلة.**
- **إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على طلب أحد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا الإقرار باستحقاقك الدواء الموصوف محل النزاع الوارد في الجزء B من برنامج Medicare أو توفيره خلال أي من الفترتَين الآتيتَين:**
  - **في غضون 72 ساعة** من تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة **للطلبات القياسية, أو**
  - تقديم الخدمة **في غضون 24 ساعة** من تاريخ تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة **للطلبات العاجلة.**
- إذا **رفض مكتب جلسات الاستماع الحكومية الاستئناف الذي تقدّمه جزئيًا أو كليًا،** فهذا يعني إقراره بأنه ينبغي ألا نوافق على طلب تغطية الرعاية الطبية (أو جزء منه). ويطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الخاص بك".
  - إذا كانت حالتك تفي بالمتطلبات، فلديك حق اختيار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في إجراءات الاستئناف.
  - هناك ثلاثة مستويات إضافية تتعلق بعملية الاستئناف بعد المستوى 2, وبذلك يبلغ إجمالي مستويات الاستئناف 5 مستويات.
  - في حال رفض الاستئناف ضمن المستوى 2 الذي تقدّمه واستوفيتَ المتطلبات للمضي قدمًا في عملية الاستئناف، فيتعين أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم استئناف ضمن المستوى 3. يمكنك التعرف على التفاصيل بشأن كيفية القيام بذلك من خلال الإشعار الكتابي الذي تتلقاه عقب استئنافك ضمن المستوى 2.
  - يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في الاستئناف ضمن المستوى 3. ويمكنك الانتقال إلى القسم J للاطلاع على مزيد من المعلومات حول استئنافات المستويات 3 و 4 و5.

الحالة التي تتعلق فيها المشكلة بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal في العادة

ثمة طريقتين لتقديم تظلم المستوى الثاني بشأن خدمات ومستلزمات برنامج Medi-Cal وهما:

(1) رفع شكوى أو إجراء مراجعة طبية مستقلة أو

(2) جلسة استماع حكومية.

(1) المراجعة الطبية المستقلة

يمكنك رفع شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (Help Center at the California Department of Managed Health Care (DMHC)). من خلال رفع الشكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا واتخاذ قرار. تتاح المراجعة الطبية المستقلة لأي خدمة تخضع لتغطية Medi-Cal أو أي عنصر له طبيعة طبية. المراجعة الطبية المستقلة هي عبارة عن عملية مراجعة لحالتك على أيدي خبراء ليسوا طرفًا في خطتنا أو DMHC. وفي حالة وصول المراجعة الطبية المستقلة لقرار لصالحك، يتعين علينا إعطاؤك الخدمة أو المستلزم المطلوب. ولن تتكبد أي تكاليف في مقابل المراجعة الطبية المستقلة.

يمكنك رفع شكوى أو التقدم بطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة في حالة قيام الخطة بما يلي:

- رفض خدمات أو علاج Medi-Cal أو تغييرها أو تأخيرها لكون خطتنا قد نصت على أن تلك الخدمات أو ذلك العلاج ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- عدم تغطية علاج Medi-Cal التجريبي أو التحقيقي لمرض طبي خطير.
- النزاعات حول إذا ما كانت الخدمة الجراحية أو الإجراء الجراحي تجميليًا أو ترميميًا بطبيعته.
- عدم دفع تكاليف خدمات الطوارئ أو Medi-Cal العاجلة التي تلقيتها بالفعل.

- عدم الوصول إلى قرار في استئنافك ضمن المستوى 1 بشأن خدمة Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا للاستئناف القياسي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، فيما يتعلق بالاستئناف العاجل.

ملاحظة: إذا ما قام مقدم الخدمة بتقديم استئناف نيابة عنك، ولكننا لم نحصل على نموذج تعيين الممثل الخاص بك، فستحتاج إلى إعادة تقديم استئنافك إلينا قبل أن تتمكن من التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة ضمن المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (Department of Managed Health Care) ما لم يتضمن استئنافك تهديدًا وشيكًا وخطيرًا لصحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد، أو الخسارة المحتملة للحياة، أو أحد الأطراف، أو وظيفة جسدية رئيسية.

يحق لك الحصول على مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع حكومية، ولكن لا يحق لك الحصول على مراجعة طبية مستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع حكومية أو حضرت جلسة استماع حكومية بشأن نفس القضية.

في أغلب الحالات، ينبغي عليك تقديم تظلم إلينا قبل طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة. راجِع القسم F3 للحصول على معلومات عن عملية الاستئناف ضمن المستوى 1 في خطتنا. وفي حالة عدم موافقتك على قرارنا، يمكنك رفع شكوى إلى DMHC أو التقدم بطلب إلى DMHC لإجراء مراجعة طبية مستقلة.

إذا تم رفض العلاج الخاص بك لأنه كان تجريبيًا أو لأغراض التحقيق، فلن يتوجب عليك المشاركة في عملية تظلم الخطة الخاصة بنا قبل تقديم طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة.

إذا كانت مشكلتك طارئة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك أو إذا كنتَ تعاني من ألم شديد، يمكنك رفع هذه المشكلة بشكل فوري إلى عناية DMHC دون المرور أولاً بعملية التظلم في الخطة الخاصة بنا.

يجب عليك **تقديم طلب إجراء المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 أشهر** بعد إرسال قرار كتابي إليك بشأن تظلمك. قد تقبل DMHC طلبك بعد 6 أشهر لأسباب وجيهة مثل تعرضك لحالة طبية تمنعك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة لمدة 6 أشهر أو عدم تلقيك إخطارٍ مناسب من جانبنا بشأن عملية المراجعة الطبية المستقلة.

لطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة:

- املأ طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)/نموذج الشكوى المتوافر على الموقع الإلكتروني www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصِل بمركز المساعدة (Help Center) في إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسخًا من الخطابات والمستندات الخاصة بالخدمة أو المستلزم المرفوض، إذا كانت موجودة لديك. فهذا يمكن أن يعجل عملية المراجعة الطبية المستقلة. وأرسل نسخًا من المستندات وليس المستندات الأصلية. فلا يمكن لمركز المساعدة إعادة أي من المستندات.
- قم بتعبئة نموذج المساعد المعتمد إذا كان هناك من يساعدك في المراجعة الطبية المستقلة. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الموقع الإلكتروني www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو الاتصال على مركز المساعدة الخاص بالإدارة على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرسل النماذج الخاصة بك وأي من المرفقات عن طريق البريد أو عبر الفاكس إلى:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 916-255-5241

- يمكنك أيضًا تقديم نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى ونموذج المساعد المعتمد عبر الإنترنت: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة، تقوم DMHC بمراجعة حالتك وإرسال خطاب إليك خلال 7 أيام تقويمية يخبرك بأنك مؤهل للاستفادة من مراجعة طبية مستقلة. بعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، سيصدر قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) في غضون 30 يومًا. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 45 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة، تقوم DMHC بمراجعة حالتك وإرسال خطاب إليك في غضون 48 ساعة من تلقي الطلب المكتمل الذي يخبرك بأنك مؤهل للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة. بعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، سيصدر قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) في غضون 3 يومًا. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 7 أيام تقويمية من تقديم الطلب المكتمل. إذا لم تكن تشعر بالرضى حيال نتيجة المراجعة الطبية المستقلة، يمكنك طلب عقد جلسة استماع تابعة للولاية.

يمكن أن تستغرق المراجعة الطبية المستقلة (Independent Medical Review, IMR) وقتًا أطول إذا لم تتلق إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care, DMHC) جميع السجلات الطبية منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تتابع مع طبيب ليس مدرجًا في شبكة خطتك الحالية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية من ذلك الطبيب وترسلها إلينا. يلزم على خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء المدرجين في الشبكة.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة لإجراء المراجعة الطبية المستقلة، تقوم DMHC بمراجعة حالتك من خلال عملية شكاوى المستهلكين العادية لديها. يجب معالجة شكواك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكواك طارئة، سيتم معالجتها بسرعة.

(2) جلسة الاستماع في الولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بشأن الخدمات والمستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal. وإذا طلب طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر الحصول على إحدى الخدمات أو المستلزمات التي لن نوافق عليها، أو في حالة عدم مواصلة الدفع مقابل إحدى الخدمات أو المستلزمات التي حصلت عليها بالفعل، أو رفضنا المستوى الأول من التظلم، يحق لك طلب إجراء جلسة استماع.

وفي أغلب الحالات، **يكون لديك مهلة قوامها 120 يومًا لطلب إجراء جلسة استماع حكومية** بعد إرسال "خطاب قرار الاستئناف" إليك.

ملاحظة: إذا تقدمت باستئناف لأننا قد أخبرناك بأن الخدمة التي تتلقاها حاليًا بصدد التغيير أو الإيقاف، **فسيكون لديك عدد أقل من الأيام للاستئناف** إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمة أثناء النظر في جلسة الاستماع. ويمكنك قراءة الفقرة "هل سأستمر في الحصول على المزايا أثناء إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 2" في القسم F4 للاطلاع على مزيد من المعلومات.

ثمة طريقتان لطلب إجراء جلسة استماع تابعة للولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع حكومية " على ظهر إخطار الدعوى. وينبغي عليك حينها توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت هذا الإجراء بحقك وبرامج المساعدة المتضمنة وسبب رغبتك في إجراء جلسة استماع تفصيليًا. ومن ثم يمكنك تقديم طلبك بإحدى الطرق التالية:
   - التقديم إلى إدارة الرعاية الاجتماعية بالمقاطعة على العنوان الوارد في الإخطار.
   - إلى California Department of Social Services:
     State Hearings Division
     P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
     Sacramento, California 94244-2430
   - إلى قسم جلسات الاستماع الحكومية على رقم الفاكس 916-309-3487 أو الاتصال برقم الهاتف المجاني 1-833-281-0903.
2. يمكنك الاتصال على California Department of Social Services على الرقم 1-800-743-8525. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت طلب عقد جلسة استماع تابعة للولاية عبر الهاتف، ينبغي أن تعرف أن خطوط الهاتف مشغولة جدًا.

سيوافيك قسم جلسات الاستماع الحكومية بالقرار كتابيًا مع توضيح الأسباب.

- إذا **وافق** مكتب جلسات الاستماع الحكومية على طلب الخدمة أو المستلزم الطبي جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا الإقرار باستحقاقك الخدمة أو المستلزم أو توفيرهما في **غضون 72 ساعة** من تلقينا القرار.
- إذا **رفض** مكتب جلسات الاستماع الحكومية الاستئناف الذي تقدّمه جزئيًا أو كليًا، فهذا يعني إقراره بأنه ينبغي ألا نوافق على طلب تغطية الرعاية الطبية (أو جزء منه). ويطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الخاص بك".

إذا صدر قرار هيئة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسات الاستماع **برفض** الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نمنحك حقوقًا إضافية للاستئناف.

إذا أُحيل الاستئناف ضمن المستوى 2 إلى **هيئة المراجعة المستقلة**, فلا يمكنك تقديم الاستئناف مرة أخرى إلا إذا كانت القيمة الدولارية للخدمة أو العنصر الذي ترغب في الحصول عليه تعادل حدًا أدنى معينًا. يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في الاستئناف ضمن المستوى 3. **ويوضح لك الخطاب الوارد من هيئة المراجعة المستقلة حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تتمتع بها.**

يُوضِّح الخطاب الذي تتسلمه من مكتب جلسات الاستماع الحكومية خيارَ الاستئناف التالي.

راجِع **القسم ي** للاطّلاع على مزيد من المعلومات عن حقوقك في تقديم التظلم بعد المستوى 2.

F5. مشكلات السداد

ولا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة بمطالبتك بدفع فواتير نظير الخدمات والمستلزمات الخاضعة للتغطية. وينطبق نفس الكلام حتى إذا كنا ندفع لمقدم الرعاية رسومًا أقل مما يتلقاه هو لقاء الخدمة أو العنصر الخاضعة / الخاضع للتغطية. ولن يطلب منك مطلقًا دفع أرصدة أي فواتير. ينبغي ألا يُطلب منك دفع أي مبالغ بخلاف مبلغ المدفوعات المشتركة لفئات الأدوية التي تتطلب مدفوعات مشتركة.

إذا حصلت على فاتورة للرعاية الصحية أو المخدرات، أرسل الفاتورة إلينا. **لا ينبغي أن تسدد الفاتورة بنفسك.** وسنتواصل مع موفر الخدمة مباشرة ونعمل على حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة بنفسك، فيمكنك استرداد الأموال إذا اتَّبعتَ قواعد الحصول على الخدمات أو العناصر.

للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*. فهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا بسداد الفاتورة التي تكون قد حصلتَ عليها من موفر الخدمة أو رد قيمتها إليك. كما أنه يبين كيفية إرسال الأوراق التي تطالبنا بالسداد.

إذا كنت تطالبنا بأن نرد إليك ما دفعته، فإنك بذلك تطلب قرار التغطية. وسنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو المستلزم الذي دفعتَ قيمته مشمولاً بتغطية الخطة وما إذا كنت قد طبّقتَ كل قواعد استخدام التغطية.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعتَ قيمته مشمولاً بالتغطية وكنت قد طبّقتَ كل القواعد، فسنرسل إليك أو إلى موفر الخدمة قيمة الخدمة أو العنصر، أو حصتنا من التكلفة إذا كانت الخطة تتضمن تقاسم التكاليف، وذلك عادةً في غضون 30 يومًا تقويميًا وفي موعد لا يتجاوز 60 يومًا من تلقينا الطلب. ثم بعد ذلك سيرسل موفر الرعاية القيمة إليك.
- وفي حالة عدم قيامك بسداد قيمة الخدمة أو المستلزمات بعد، فسنرسل التكاليف مباشرة لمقدم الخدمة. ويمثل سداد التكاليف **موافقة** منا على طلبك لقرار التغطية.
- إذا لم تكن الخدمة أو المستلزم مشمولاً بالتغطية أو إذا لم تطبّق كل القواعد، فسنرسل إليك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع قيمة الخدمة أو المستلزم ويوضح لك السبب.

إذا لم تكن موافقًا قرارنا بعدم الدفع، **فيمكنك تقديم استئناف**. ويمكنك اتّباع توجيهات عملية تقديم التظلمات الواردة في **القسم و3** وعند اتّباعك هذه التوجيهات، يرجى الانتباه إلى ما يأتي:

- إذا قدّمتَ استئنافًا إلينا لنرد إليك ما دفعته، فيتعين أن نوافيك بالرد خلال 30 يومًا تقويميًا من تلقينا الاستئناف.
- عند مطالبتنا برد ما دفعته مقابل الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعت قيمتها بنفسك، فلا يمكنك طلب تقديم الاستئناف السريع.

إذا جاء ردّنا على الاستئناف **بالرفض** وكان برنامج **Medicare** يغطي الخدمة أو العنصر، فسنحيل حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة. وسنرسل إليك خطابًا إذا حدث ذلك.

- إذا نقضت هيئة المراجعة المستقلة (IRO) قرارنا وألزمتنا بالسداد، فينبغي لنا إرسال قيمة السداد إليك أو إلى مقدم الرعاية خلال 30 يومًا. وإذا جاء الرد على التظلم **بالموافقة** في أي مرحلة من مراحل عملية التظلمات بعد المستوى 2، فيتعين علينا أن نرسل القيمة إليك أو إلى موفر الخدمة خلال 60 يومًا تقويميًا.
- إذا **رفضت** هيئة المراجعة المستقلة الاستئناف المقدم، فهذا يعني إقرارها بأنه ينبغي ألا نوافق على الطلب. ويطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الخاص بك". سوف تتلقى خطابًا يشرح حقوق التظلم الإضافية التي قد تتمتع بها. ويمكنك مراجعة **القسم J** للاطلاع على مزيد من المعلومات عن المستويات الإضافية للاستئناف.

في حال **رفض** التظلم مع استمرار **Medi-Cal** في تغطية الخدمة أو العنصر، فيمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 2 بنفسك. راجِع **الفصل و4** للحصول على مزيدٍ من المعلومات.

G. الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء (D) من برنامج Medicare

تشمل المميزات الخاصة بك بوصفك عضوًا في خطتنا تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. تندرج أغلب هذه الأدوية ضمن أدوية الجزء D. وهناك بعض الأدوية القليلة التي لا يغطيها الجزء (D) من برنامج Medicare، ولكنها خاضعة لتغطية برنامج Medi-Cal. **يسري هذا القسم فقط على التظلمات الخاصة بالأدوية الواردة بالجزء (د) من برنامج Medicare.** سوف نستعيض عن "أدوية الجزء D من برنامج Medicare" في بقية هذا القسم بلفظ "الدواء" في كل مرة. بالنسبة للأدوية التي يغطيها Medi-Cal فقط، اتبع العملية المذكورة في **القسم E**.

لكي يكون الدواء مشمولاً بالتغطية، لا بد من استخدامه لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. ويعني هذا أن يكون الدواء معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. راجِع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات حول دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.

G1. القرارات والتظلمات المتعلقة بتغطية الجزء (د) من برنامج Medicare

إليك بعض الأمثلة لقرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا باتخاذها بخصوص أدوية الجزء (د) ببرنامج Medicare:

- مطالبتنا بتطبيق أحد الاستثناءات، ويتضمن ذلك أن تطلب منّا:
  - تغطية أي من الأدوية الواردة في الجزء (د) غير المُدرَجة في قائمة الأدوية في خطتنا أو
  - أو رفع أي من القيود المطبّقة على تغطية الخطة بشأن أي من الأدوية (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
- مطالبتنا بإفادتك بما إذا كان أي من الأدوية مشمولاً بالتغطية التي نوفّرها لك (ومثال ذلك إذا كان الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية في خطتنا لكننا نطالبك بأن تحصل منّا على موافقة قبل أن نوفر لك تغطيته)

ملاحظة: إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكنك صرف الوصفة الطبية كما هي مكتوبة، فستحصل على إشعار من الصيدلية يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب إصدار قرار التغطية.

> يُطلَق على قرار التغطية المبدئي المتعلق بالأدوية الواردة في الجزء D من برنامج Medicare اسم **"حكم التغطية"**.

- طلب استرداد قيمة أحد الأدوية التي اشتريتها بالفعل. ويعد هذا طلبًا بإصدار قرار تغطية بشأن السداد.

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، فيمكنك تقديم التظلم للطعن في قرارنا. ويوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكذلك كيفية تقديم الاستئناف. استخدِم الجدول أدناه ليساعدك.

أي من هذه الحالات تنطبق عليك:			
أنت ترغب في الحصول على أحد الأدوية غير المُدرَجة في قائمة الأدوية أو ترغب في أن نلغي إحدى القواعد أو القيود المفروضة على أحد الأدوية التي نغطيها. **يمكنك مطالبتنا بتطبيق استثناء.** (ويعد ذلك نوعًا من أنواع قرارات التغطية). ابدأ بالنظر في **القسم ز2**، ثم راجع **القسمين ز3 و ز4.**	أنت ترغب في أن نغطي أحد الأدوية المُدرَجة في قائمة الأدوية وترى أنك تستوفي قواعد الخطة وقيودها (مثل الحصول على الموافقة السابقة) المتعلقة بالدواء الذي تريد الحصول عليه. **يمكنك مطالبتنا بقرار تغطية.** راجع **القسم G4.**	أنت ترغب في مطالبتنا بأن نرد إليك قيمة الدواء الذي حصلت عليه بالفعل ودفعت قيمته. **يمكنك طلب رد النفقات إليك.** (ويعد ذلك نوعًا من أنواع قرارات التغطية). راجع **القسم G4.**	نحن أخبرناك بأننا لن نوفر لك تغطية الدواء أو لن ندفع قيمته على النحو الذي ترغبه. **يمكنك التقدم بتظلم.** (وهذا يعني أنك تطلب منا إعادة التفكير). راجع **القسم G5.**

G2. استثناءات الجزء D ببرنامج Medicare

إذا لم نقم بتغطية الدواء بالطريقة المرغوبة، فيمكنك أن تطلب منا إجراء "استثناء". إذا رفضنا طلبك بشأن الاستثناء، فتستطيع تقديم تظلم ضد القرار.

عندما تطلب الاستثناء، يتعين على الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء توضيح الأسباب الطبية التي تفسّر حاجتك إلى تطبيق الاستثناء.

يُطلَق أحيانًا على طلب تغطية الدواء غير المُدرَج في قائمة الأدوية أو طلب رفع القيد المفروض على الدواء اسم طلب تطبيق **"استثناء كتيب الوصفات"**.

إليك بعض أمثلة الاستثناءات التي يمكنك أنت أو الطبيب أو غيركما ممن يصف الدواء مطالبتنا بتطبيقها:

1. **تغطية دواء غير مُدرَج في قائمة الأدوية لدينا.**
   - لا يمكنك الحصول على استثناء فيما يتعلق بمبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلَب منك دفعه مقابل الدواء.
2. **رفع القيد المفروض على الدواء المشمول بالتغطية**
   - تنطبق بعض القواعد أو القيود الإضافية على بعض الأدوية المُدرَجة في قائمة الأدوية (راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* للاطلاع على مزيد من المعلومات).
   - من القواعد والقيود الإضافية التي تنطبق على بعض الأدوية ما يأتي:
     - الالتزام باستخدام الاسم العلمي للدواء بدلاً من الاسم التجاري.
     - الحصول على موافقتنا السابقة قبل أن نوافق على توفير تغطية الدواء لك. وتسمى هذه العملية أحيانًا باسم "الموافقة المسبقة".
     - لزوم تجربة دواء مختلف أولاً قبل أن نوافق على تغطية الدواء الذي تطالبنا بتغطيته. وتسمى هذه العملية أحيانًا باسم "العلاج التدريجي".
     - حدود الكمية. نفرض قيودًا، بالنسبة إلى بعض الأدوية، على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
   - إذا وافقنا على طلبك بتطبيق الاستثناء ورفعنا القيد، فيمكنك طلب الاستثناء المتعلق بمبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلَب منك دفعه.
3. **تغيير تغطية الدواء بنقله إلى فئة تقاسم تكاليف أقل.** يندرج كل دواء في *قائمة الأدوية* ضمن إحدى فئات تقاسم التكاليف. وبشكل عام، كلما قل رقم فئة تقاسم التكاليف، قَلّ مبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلَب منك دفعه.

يُطلَق أحيانًا على طلب دفع سعر أقل مقابل دواء غير مفضل مشمول بالتغطية اسم طلب **"استثناء المستوى."**

- غالبًا ما تحتوي قائمة الأدوية على أكثر من دواء مخصص لعلاج حالة طبية معينة. وتُسمى هذه بالأدوية "البديلة".
- إذا كان الدواء البديل المخصص لعلاج حالتك الطبية في فئة تقاسم تكاليف أقل من فئة الدواء الذي تحصل عليه، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بناءً على مبلغ تقاسم تكلفة الدواء البديل. وهذا سيقلل من مبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلَب منك دفعه مقابل الدواء.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله منتجًا بيولوجيًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في التكلفة لمستوى أقل لبدائل المنتجات البيولوجية لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة لمستوى أقل لبدائل الأسماء التجارية لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً عامًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ تقاسم تكلفة لمستوى أقل للعلامة التجارية أو البدائل العامة لحالتك.
- إذا وافقنا على طلبك بتطبيق الاستثناء على ترتيب الفئات وكانت هناك أكثر من فئة تقاسم تكاليف أقل تتضمن أدوية بديلة لا يمكنك الحصول عليها، فإنك تدفع عادةً المبلغ الأقل.

G3. أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب الاستثناءات

يتعين على الطبيب أو غيره ممن يصف لك الدواء إخبارنا بالأسباب الطبية.

يتعين أن يقدّم إلينا الطبيبُ أو غيره ممن يصف الدواء بيانًا يوضح الأسباب الطبية الداعية إلى طلب تطبيق الاستثناء. ولإصدار القرار بصورة أسرع، ضَمِّن المعلومات الطبية التي تحصل عليها من الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء في الطلب الذي تقدّمه بتطبيق الاستثناء.

غالبًا ما تحتوي *قائمة الأدوية* على أكثر من دواء مخصص لعلاج حالة طبية معينة. وتُسمى هذه بالأدوية "البديلة". وإذا كان مفعول الدواء البديل مماثلاً لمفعول الدواء الذي تطلب الحصول عليه ولم يكن يسبب آثارًا جانبية أكثر أو مشكلات صحية أخرى، فإننا عمومًا **لا** نوافق على طلب تطبيق الاستثناء. إذا طلبت منا استثناءً للفئات، فإننا عمومًا **لا** نوافق على طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع الأدوية البديلة في مستوى (مستويات) تقاسم التكاليف الأقل لن تعمل بشكل جيد بالنسبة لك أو من المحتمل أن تسبب آثارًا جانبية أو ضررًا آخر.

إجازة الرد على الطلب بالموافقة أو الرفض.

- إذا **وافقنا** على طلب تطبيق الاستثناء الذي تقدّمه، فإن الاستثناء يستمر عادةً حتى نهاية السنة التقويمية. وذلك يكون صحيحًا طالما يواصل طبيبك وصف هذه الدواء وطالما يكون الدواء آمنًا وفعالاً في علاج حالتك الصحية.
- إذا **رفضنا** طلب تطبيق الاستثناء الذي تقدّمه، فيمكنك تقديم استئناف. ويمكنك مراجعة **القسم G5** للاطلاع على المعلومات بشأن كيفية تقديم الاستئناف إذا جاء ردّنا **بالرفض**.

يبين القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية بما في ذلك الاستثناءات.

G4. المطالبة بإصدار قرار التغطية شاملاً تطبيق الاستثناء

- يمكنك الاستفسار عن فئة قرار التغطية الذي تريدنا أن نصدره عن طريق الاتصال على الرقم 4627-665 (855)، أو كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك القيام بذلك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء). يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بالمطالبة.
- يمكنك أنت أو الطبيب (أو غيره ممن يصف الدواء) أو أي شخص آخر يتصرف بالنيابة عنك مطالبتنا بإصدار قرار التغطية. كما يمكن إنابة أحد المحامين للتصرف نيابة عنك.
- راجع **القسم E3** لمعرفة كيفية تعيين الشخص الآخر ليمثلك.
- لا يتعين عليك تقديم إذن كتابي إلى الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء ليتمكن من طلب قرار التغطية بالنيابة عنك.
- إذا كنت ترغب في مطالبتنا برد المدفوعات الخاصة بأحد الأدوية إليك، راجع **الفصل 7** من *دليل الأعضاء*.
- إذا أردت طلب استثناء، فيمكنك تقديم "بيان داعم" لنا. يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية التي ذكرها طبيبك أو من يصف الدواء لطلب الاستثناء. يستطيع الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء إرسال البيان الداعم إلينا عبر البريد أو الفاكس. كما يمكنهما إخبارنا بشأن البيان عبر الهاتف، ثم إرساله عبر الفاكس أو البريد.

يمكنك طلب "قرار التغطية السريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب إصداره.

نحن نتَّبع "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نوافق على اتّباع "المواعيد النهائية السريعة".

- يعني **قرار التغطية القياسي** أننا نوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا بيان الطبيب.
- يعني **قرار التغطية السريع** أننا نوافيك بالرد خلال 24 ساعة من تلقينا بيان الطبيب.

يُطلَق على "قرار التغطية السريع" اسم **"حكم التغطية العاجل"**.

يمكننا أن نصدر لك قرار التغطية السريع في أي من الحالتَين الآتيتَين:

- إذا كان القرار متعلقًا بدواء لم تحصل عليه. ولا يمكن أن نصدر لك قرار التغطية السريع إذا كنت تطالبنا بأن نرد إليك ما دفعته مقابل الدواء الذي اشتريته بالفعل.
- إذا كانت حالتك الصحية أو قدرتك على العمل ستتضرر تضررًا جسيمًا إذا اتّبعنا المواعيد النهائية القياسية.

إذا أخبرنا الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء أن حالتك الصحية تتطلب إصدار قرار التغطية السريع، فإننا نوافق على الطلب ونصدر لك القرار. ونرسل إليك خطابًا يوضح لك ذلك.

- إذا طالبتنا بإصدار قرار التغطية السريع من دون أن يدعمه الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء، فإننا نقرر ما إذا كنا سنصدر لك قرار التغطية السريع.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فإننا نتَّبِع المواعيد النهائية القياسية بدلاً من المواعيد النهائية السريعة.
  - سنرسل لك خطابًا يخبرك بأننا سنتبع الموعد النهائي القياسي. ويوضح الخطاب كذلك كيفية تقديم الشكوى للطعن في قرارنا.
  - يمكنك تقديم الشكوى السريعة واستلام الرد خلال 24 ساعة. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجِع **القسم K**.

المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع

- عندما نتَّبِع المواعيد النهائية السريعة، يتعين علينا أن نوافيك بالرد خلال 24 ساعة من تلقِّي الطلب. وإذا طالبتنا بتطبيق الاستثناء، فنوافيك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. ونوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية الاستئنافات للخضوع لمراجعة هيئة المراجعة المستقلة. راجِع **القسم G6** للاطلاع على مزيد من المعلومات عن الاستئنافات ضمن المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نوفّر لك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقينا الطلب الذي تقدّمَه أو البيان الداعم الذي يقدّمه الطبيب.
- إذا **رفضنا** ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بأسباب الرفض. ويوضح الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه

- إذا اتّبعنا المواعيد النهائية القياسية، فيتعين علينا أن نوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا الطلب. وإذا طالبتنا بتطبيق الاستثناء، فسنوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. ونوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية الاستئنافات للخضوع لمراجعة هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا **وافقنا** على الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نوفّر لك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقينا الطلب الذي تقدّمَه أو البيان الداعم الذي يقدّمه الطبيب بشأن الاستثناء.
- إذا **رفضنا** ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بأسباب الرفض. ويُوضِّح لك الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن الدواء الذي اشتريته بالفعل

- يتعين علينا الرد عليك خلال 14 يومًا من تاريخ استلام طلبك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية الاستئنافات للخضوع لمراجعة هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا **وافقنا** على الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نرد إليك ما دفعته في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- إذا **رفضنا** ما طالبتنا به جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بأسباب الرفض. ويُوضِّح لك الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

G5. تقديم استئناف ضمن المستوى 1

يُطلَق على التظلم الذي تنطوي عليه خطتنا بشأن قرار تغطية أحد الأدوية الواردة في الجزء (د) اسم **"إعادة الحكم"** المتعلق بالخطة.

- ابدأ **عملية الاستئناف القياسي** من خلال الاتصال على 4627-665 (855)، أو كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك القيام بذلك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء). يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بالاستئناف.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف **خلال 65 يومًا تقويميًا** من تاريخ الخطاب المرسل إليك من جانبنا لإخطارك بقرارنا.
- إذا لم تستطع تقديم الطلب بحلول الموعد النهائي لسبب معقول، فقد نسمح لك بمزيد من الوقت لتقديم التظلم. ومن أمثلة الأسباب المعقولة إصابتك بمرض شديد أو تلقيك معلومات غير صحيحة عن الموعد النهائي. ويمكنك توضيح سبب التأخر عن الموعد النهائي للتظلم عندما تقدّمه.
- يحق لك أن تطلب منّا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي تقدّمه. ويمكنك أنت أو الطبيب تزويدنا بمعلومات إضافية لدعم التظلم.

يمكنك تقديم تظلم سريع إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

يُطلَق على التظلم السريع كذلك اسم **"إعادة الحكم العاجل".**

- إذا كنت تُقدّم الاستئناف للطعن في قرار اتخذناه بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه، فتُقرر أنت والطبيب أو غيركما ممن يصف الدواء ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم "استئناف عاجل".
- لا تختلف متطلبات الاستئناف العاجل عن قرار التغطية السريع. راجِع **الفصل G4** للحصول على مزيدٍ من المعلومات.

نحن ننظر في التظلم التي تقدّمه ونوافيك بالرد.

- عند إجراء مراجعة للاستئناف، سوف نلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية.
- نتحقق مما إذا كنا قد طبّقنا القواعد عند **رفضنا** الطلب.
- وقد نلجأ إلى الاتصال بك أو بطبيبك أو بمن وصف لك الدواء للمزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للتظلم السريع في المستوى 1

- عندما نتَّبِع المواعيد النهائية السريعة، يتعين علينا أن نوافيك بالرد **خلال 72 ساعة** من تلقِّي الاستئناف.
- ونوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
  - إذا لم نوافِك بالرد في غضون 72 ساعة، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. ومن ثم ستقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة الطلب. راجِع **القسم G6** للاطلاع على المعلومات حول هيئة المراجعة وعملية الاستئناف ضمن المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا أن نوفّر التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة من تلقِّي الاستئناف.
- إذا رفضنا الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا يُوضِّح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية للتظلم القياسي في المستوى 1

- عندما نتَّبِع المواعيد النهائية القياسية، يتعين أن نوافيك بالرد **في غضون 7 أيام تقويمية** من تلقينا الاستئناف الذي تقدّمه بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه.
- سوف نصدر لك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تتطلب إصداره. يمكنك طلب تقديم "التظلم السريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
  - إذا لم نُصدِر لك القرار في غضون 7 أيام تقويمية، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ومن ثم ستقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة الطلب. راجِع **القسم G6** للاطلاع على المعلومات حول هيئة المراجعة وعملية الاستئناف ضمن المستوى 2.

في حال **الموافقة** على طلبك بشكل كلي أو جزئي:

- يتعين علينا **توفير التغطية** التي وافقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، لكن **في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية** من تلقينا الاستئناف.
- يتعين علينا **أن نرسل إليك قيمة** الدواء الذي اشتريته في **غضون 30 يومًا تقويميًا** من تلقينا الطلب.

في حال رفض على طلبك بشكل كلي أو جزئي:

- سنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم الطلب.
- يتعين علينا أن نوافيك بالرد على مطالبتنا بأن نرد إليك قيمة الدواء الذي اشتريته **في غضون 14 يومًا تقويميًا** من تلقينا الطلب.
  - إذا لم نُصدِر لك القرار في غضون 14 أيام تقويمية، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ومن ثم ستقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة الطلب. راجِع **القسم G6** للاطلاع على المعلومات حول هيئة المراجعة وعملية الاستئناف ضمن المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا أن نرد إليك القيمة في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقينا الطلب.
- إذا رفضنا الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا يُوضِّح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم استئناف.

G6. تقديم استئناف ضمن المستوى 2

إذا **رفضنا** الاستئناف المقدم ضمن المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم استئناف آخر. وإذا قررتَ تقديم تظلم آخر، فإنك بذلك تمضي في عملية تظلمات المستوى 2. وتتولى **هيئة المراجعة المستقلة** مراجعة قرارنا حال **رفض** الاستئناف الأول الذي تقدمت به. حيث تقرر هذه المنظمة ما إذا كان يتعين علينا تغيير القرار.

الاسم الرسمي الذي يشير إلى "هيئة المراجعة المستقلة" هو **"كيان المراجعة المستقلة"** الذي أحيانًا ما يُعرَف بالاختصار **"IRE."**

لتقديم استئناف ضمن المستوى 2، يتعين عليك أنت أو من يمثلك أو الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء الاتصال بهيئة المراجعة المستقلة كتابيًا ومطالبتها بمراجعة حالتك.

- إذا **رفضنا** استئناف المستوى 1 الذي تقدّمه، فيكون الخطاب الذي نرسله إليك متضمنًا **توجيهات بشأن كيفية تقديم استئناف ضمن المستوى 2** لدى هيئة المراجعة المستقلة. وتوضح لك التوجيهات مؤهلات الشخص الذي يمكنه تقديم تظلم المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يتعين الالتزام بها، وكيفية الاتصال بالمنظمة.
- عند تقديم استئناف لدى هيئة المراجعة المستقلة، فإننا نرسل المعلومات التي تكون لدينا عن الاستئناف الذي تقدّمه لدى الهيئة. وتسمى هذه المعلومات ملف الحالة الخاص بك. **ولديك الحق في مطالبتنا بالحصول على نسخة من ملف حالتك.** إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف حالتك، فاتصل على 4627-665 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711.
- لديك الحق في تزويد هيئة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم الاستئناف المقدم.

تُجري هيئة المراجعة المستقلة مراجعة الاستئناف ضمن المستوى 2 الذي تقدّمه المتعلق بالجزء D وتوافيك بالرد كتابيًا. ويمكنك مراجعة **القسم F4** للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن هيئة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية للتظلم السريع في المستوى 2

يمكنك مطالبة هيئة المراجعة المستقلة بالحصول على استئناف عاجل إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا وافقت الهيئة على أن تقدّم الاستئناف السريع، فيتعين أن توافيك بالرد في **غضون 72 ساعة** من تلقيها الاستئناف الذي تقدّمه.
- إذا **وافقت** هيئة المراجعة المستقلة على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا توفير تغطية الأدوية المعتمدة **في غضون 24 ساعة** من تلقينا قرار الهيئة.

المواعيد النهائية للتظلم القياسي في المستوى 2

إذا كنت تقدّم استئنافًا قياسيًا ضمن المستوى 2، فيتعين أن توافيك هيئة المراجعة المستقلة بالرد عليه خلال أي من الفترتَين الآتيتَين:

- **في غضون 7 أيام تقويمية** من تلقي الاستئناف بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه.
- **في غضون 14 يومًا تقويميًا** من تلقي الاستئناف بشأن رد قيمة الدواء الذي اشتريته.

إذا **وافقت** هيئة المراجعة المستقلة على الطلب جزئيًا أو كليًا:

- يتعين أن نوفر تغطية الدواء المعتمد في **غضون 72 ساعة** من تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة.
- يتعين أن نرد إليك قيمة الدواء الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقينا قرار هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة قرارها **برفض** الاستئناف، فهذا يعني موافقتها على قرارنا الذي يقضي بعدم الموافقة على طلبك. ويطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض الاستئناف الخاص بك".

إذا **رفضت** هيئة المراجعة المستقلة الاستئناف ضمن المستوى 2 الذي تقدّمه، فلك حق تقديم استئناف ضمن المستوى 3 إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الدواء الذي تطلب الحصول عليه تعادل حدًا أدنى من القيمة الدولارية. وإذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الدواء الذي تطلب الحصول عليه أقل من الحد الأدنى المعيَّن، فلا يمكنك تقديم أي تظلم آخر. ويكون قرار تظلم المستوى 2 في هذه الحالة قرارًا نهائيًا. ثم ترسل إليك هيئة المراجعة المستقلة خطابًا يوضح لك الحد الأدنى للقيمة الدولارية اللازم استيفاؤه للاستمرار في إجراءات الاستئناف ضمن المستوى 3.

إذا كانت القيمة الدولارية للطلب الذي تقدّمه تفي بالمتطلبات، فلديك حق اختيار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في إجراءات التظلم.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية تتعلق بعملية الاستئناف بعد المستوى 2.
- إذا **رفضت** هيئة المراجعة المستقلة الاستئناف ضمن المستوى 2 الذي تقدّمه وكنت تستوفي متطلبات الاستمرار في إجراءات الاستئناف، فيمكنك:
  - تقرير ما إذا كنت تريد تقديم تظلم المستوى 3.
  - مراجعة الخطاب الذي تكون منظمة المراجعة المستقلة قد أرسلته إليك بعد استئناف المستوى 2 للاطلاع على التفاصيل حول كيفية تقديم استئناف المستوى 3.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة **القسم J** للاطلاع على المعلومات عن طلبات الاستئناف ضمن المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

H. المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى

عند دخولك المستشفى، يحق لك الحصول على كل خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية التي تكون ضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. لمعرفة المزيد عن تغطية المستشفى في خطتنا، راجِع **الفصل 4** من *دليل الأعضاء*.

خلال فترة إقامتك المشمولة بالتغطية في المستشفى، يتعاون معك الطبيب وفريق العمل في المستشفى على الاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. كما أنهم يساعدونك على الترتيب لخدمات الرعاية التي تحتاج إليها قبل المغادرة.

- يُطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى "تاريخ الخروج".
- سيخبرك الطبيب أو موظفي المستشفى بتاريخ خروجك.

إذا كنت ترى أنه تُطلَب منك مغادرة المستشفى في وقت سابق لأوانه أو إذا كنت قلقًا بشأن الرعاية التي تحتاج إليها بعد مغادرتك المستشفى، فيمكنك أن تطلب الإقامة في المستشفى مدة أطول. ويبين لك هذا الفصل كيفية طلب البقاء مدة أطول.

على الرغم من الاستئنافات التي تمت مناقشتها في هذا **القسم H**، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC وطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم الشكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكن أن تطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من التظلم من المستوى الثالث.

H1. تعرف على حقوقك في برنامج Medicare

بعد يومين من دخولك المستشفى، سيقدم إليك أحد الأشخاص في المستشفى، مثل الممرض أو الاختصاصي المسؤول عن الحالة، إشعارًا مكتوبًا يُسمَّى "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". ويحصل كل شخص يحمل عضوية برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار كلما دخل المستشفى.

إذا لم تحصل على هذا الإخطار، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة ويمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- **اقرأ الإشعار** قراءة متأنية واطرح الأسئلة بشأن الأمور التي لا تفهمها. ويوضح لك الإشعار حقوقك بصفتك مريضًا في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:
  - الحصول على الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare خلال مدة بقائك في المستشفى وبعدها. يحق لك أن تعرف ما هي هذه الخدمات، ومن سيدفع مقابلها، ومتى يمكنك الحصول عليها.
  - أن تكون طرفًا في أي قرار بشأن مدة إقامتك في المستشفى.
  - أن تعرف أين يمكنك الإبلاغ عن أي من المشكلات التي تواجهك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
  - تقديم التظلم إذا رأيت أنه يجرى إخراجك من المستشفى في وقت سابق لأوانه.
- **وقِّع الإشعار** لتثبت تلقيك إياه واستيعاب حقوقك الواردة فيه.
  - يمكنك أنت أو الشخص الذي يتصرف بالنيابة عنك توقيع الإشعار.
  - لا يثبت توقيع الإشعار **إلا** حصولك على المعلومات المتعلقة بحقوقك. **لا** يعني التوقيع موافقتك على تاريخ الخروج الذي يكون الطبيب أو فريق العمل في المستشفى قد أخبراك به.
- **احتفظ بالنسخة** التي تستلمها من الإشعار الموقَّع حتى تكون لديك المعلومات التي تحتاج إليها.

إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من اليوم الذي تغادر فيه المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

بإمكانك الحصول على نسخة من هذا الإشعار مقدمًا إذا:

- اتصلتَ بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصلت على Medicare من خلال الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار الساعة. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضَّل بزيارة www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. تقديم استئناف ضمن المستوى 1

إذا أردتنا أن نغطي خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين مدة أطول، فيمكنك تقديم التظلم. وتتولى هيئة تحسين الجودة مراجعة تظلم المستوى 1 لتقرر ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد لك يناسب حالتك الطبية.

تتألف هيئة تحسين الجودة من مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين يتقاضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية. ويعمل هؤلاء الخبراء على التحقق من الجودة والمساعدة على تحسينها بما يفيد أعضاء برنامج Medicare. وهم ليسوا أطرافًا في خطتنا.

في ولاية California، يطلق على هيئة تحسين الجودة اسم Livanta (هيئة تحسين الجودة في California). يمكنك الاتصال بها على الرقم 887-6668 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال بالرقم 711. وترد معلومات الاتصال كذلك في الإشعار الذي تستلمه باسم "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك" وفي **الفصل 2**.

اتصل بهيئة تحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى وليس بعد مرور تاريخ الخروج المقرر لك.

- **عند اتصالك قبل المغادرة،** يمكنك الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك من دون تحمُّل تكاليف الإقامة خلال انتظار إصدار هيئة تحسين الجودة قرارها بشأن الاستئناف الذي تقدّمه.
- **ذا لم تجرِ الاتصال بشأن الاستئناف،** وقررت الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك، فقد تتحمّل كل تكاليف الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك.

- نظرًا لأن الإقامة في المستشفى مغطاة بواسطة كلٍ من Medicare وMedi-Cal، فإنه إذا لم تنظر هيئة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) في طلبك لمواصلة إقامتك في المستشفى، أو كنت تعتقد أن حالتك طارئة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، أو كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك أيضًا رفع شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من California Department of Managed Health Care (DMHC). يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم الشكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في أي وقت، فبإمكانك:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 800-1-434-0222.

بإمكانك طلب إجراء المراجعة السريعة. تصرَّف بسرعة واتصِل بهيئة تحسين الجودة لطلب إجراء المراجعة السريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى **"المراجعة السريعة"** هو **"المراجعة الفورية"** أو **"المراجعة العاجلة".**

ما يحدث خلال إجراء المراجعة السريعة

- يستفسر المراجعون في هيئة تحسين الجودة منك أو من ممثلك عن سبب رؤيتك أنه ينبغي الاستمرار في توفير التغطية بعد تاريخ الخروج المحدد لك. ولا يلزمك كتابة بيان بالسبب، لكن بإمكانك ذلك.
- سينظر المراجعون في معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى الطبيب، ويراجعون المعلومات التي يكونون قد تلقَوها من المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لإبلاغ المراجعين خطتنا باستئنافك، ستتلقى خطابًا بتاريخ خروجك المخطط له. كما سيوضح الخطاب الأسباب التي تجعل طبيبك والمستشفى ونحن نعتقد أن هذا هو تاريخ الخروج الصحيح المناسب لك طبيًا.

يسمى المصطلح القانوني للتوضيح الكتابي **"الإخطار التفصيلي للخروج"**. يمكنك الحصول على عينة عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة. (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.) يمكنك كذلك مراجعة نموذج الإشعار المتوافر عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

في غضون يوم كامل بعد الحصول على كل المعلومات التي تحتاج إليها، توافيك هيئة تحسين الجودة بردّها على طلب الاستئناف.

في حال **وافقت** هيئة تحسين الجودة على الاستئناف:

- سنوفر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال **رفضت** هيئة تحسين الجودة الاستئناف:

- تكون رؤية الهيئة أن تاريخ الخروج المحدد لك مناسب لحالتك الطبية.
- ستنتهي فترة التغطية التي نوفرها لك بشأن خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين في ظهيرة اليوم الذي يلي تلقيك الرد من هيئة تحسين الجودة على الاستئناف.
- قد تضطر إلى دفع كامل تكلفة الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهيرة اليوم الذي يلي تلقيك الرد من هيئة تحسين الجودة على الاستئناف.
- يمكنك تقديم استئناف ضمن المستوى 2 إذا رفضت هيئة تحسين الجودة استئناف المستوى 1 المقدم واستمريت في إقامتك في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك.

H3. تقديم استئناف ضمن المستوى 2

عند تقديمك استئناف ضمن المستوى 2، يمكنك مطالبة هيئة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذَته بشأن استئناف المستوى 1. يمكنك الاتصال على الرقم 1123-588 (877).

يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من اليوم الذي قامت فيه هيئة تحسين الجودة **برفض** استئناف المستوى 1 الذي قدّمته. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حال استمرار إقامتك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء التغطية التي تحصل عليها بشأن الرعاية.

سيعمل المراجعون في هيئة تحسين الجودة على:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف.
- إخبارك بالقرار بشأن الاستئناف ضمن المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلب إجراء المراجعة الثانية.

في حال **وافقت** هيئة تحسين الجودة على الاستئناف:

- يتعين علينا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تكون قد تلقيتها في المستشفى منذ ظهيرة اليوم الذي يلي تاريخ رفض هيئة تحسين الجودة استئناف المستوى 1.
- سنوفر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال **رفضت** هيئة تحسين الجودة الاستئناف:

- تؤكد الهيئة على قرارها بشأن استئناف المستوى 1 ولن تعدل عنه.
- تمنحك الهيئة خطابًا يوضح لك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية الاستئنافات وتقديم استئناف المستوى 3.
- كما يمكنك رفع شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل الاستمرار في الإقامة في المستشفى. يرجى الرجوع إلى **القسم E4** لمعرفة كيفية تقديم الشكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة **القسم J** للاطلاع على المعلومات عن طلبات الاستئناف ضمن المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية

يتضمن هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية الماهرة في أحد مرافق الرعاية المتخصصة، **و**
- رعاية إعادة التأهيل التي تتلقاها بصفتك مريضًا خارجيًا في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) الذي يعتمده برنامج Medicare. وعادةً ما يعني ذلك أنك تُعالَج من مرض أو حادث أو أنك تقضي فترة نقاهة بعد عملية جراحية كبيرة.

بالنسبة إلى أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، يحق لك الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية ما دام الطبيب يقرر ضرورة حصولك عليها.

وفي حالة اتخاذ قرار من جانبنا بوقف تغطية أي منها، ينبغي لنا إخطارك **قبل** انتهاء الخدمة وتوقفها. وعند انتهاء فترة التغطية التي تحصل عليها بشأن الخدمة، سنتوقف عن تحمُّل تكاليفها.

إذا كنت ترى أننا نتوقف عن توفير تغطية الرعاية في وقت سابق لأوانه، **فيمكنك تقديم التظلم للطعن في قرارنا**. ويبين لك هذا القسم كيفية تقديم تظلم.

I1. الإشعار السابق الذي نرسله قبل انتهاء فترة التغطية

نرسل إليك إشعارًا مكتوبًا بأنك ستحصل على التغطية قبل يومين على الأقل من توقفنا عن دفع تكاليف الرعاية. يطلق على ذلك "Notice of Medicare Non-Coverage". ويوضح لك الإشعارُ التاريخَ الذي سنتوقف فيه عن توفير تغطية الرعاية وكيفية تقديم التظلم للطعن في قرارنا.

يتعين عليك أنت أو ممثلك توقيع الإشعار لإثبات تلقيك إياه. يُثبت توقيع الإشعار **فقط** حصولك على المعلومات. والتوقيع **لا** يعني أنك تؤيد قرارنا.

I2. تقديم استئناف ضمن المستوى 1

إذا كنت ترى أننا نتوقف عن توفير تغطية الرعاية في وقت سابق لأوانه، فيمكنك تقديم التظلم للطعن في قرارنا. ويوضح لك هذا القسم عملية تظلمات المستوى 1 والخطوات الواجب اتخاذها.

- **اتباع المواعيد النهائية.** فهي من الأمور المهمة. فهم واتباع المواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي يجب عليك القيام بها. يجب أن تتبع خطتنا المواعيد النهائية أيضًا. وإذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى بذلك. وراجع **القسم K** للحصول على مزيد من المعلومات عن تقديم الشكاوى.
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في أي وقت، فبإمكانك:
  - الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - اتصل ببرنامج HICAP على الرقم 1-800-434-0222.
- **اتصل بهيئة تحسين الجودة.**
  - راجِع **القسم H2** أو **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* للاطلاع على مزيد من المعلومات عن هيئة تحسين الجودة وكيفية الاتصال بها.
  - اطلب منها مراجعة التظلم وتقرير ما إذا كانت ستغيّر قرار خطتنا.
- **تصرَّف بسرعة واطلب الحصول على استئناف عاجل.** استفسر من هيئة تحسين الجودة عمّا إذا كان من المناسب من الناحية الطبية بأن نتوقف عن توفير تغطية الخدمات الطبية التي تتلقاها.

الموعد النهائي للاتصال بالمنظمة

- يتعين عليك الاتصال بهيئة تحسين الجودة لبدء تقديم الاستئناف بحلول ظهيرة اليوم الذي يسبق تاريخ نفاذ إشعار انتهاء فترة تغطية برنامج Medicare الذي نكون قد أرسلناه إليك.
- إذا لم تنظر هيئة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، أو كنت تعتقد أن حالتك طارئة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، أو كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك رفع شكوى وطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من Department of Managed Health Care California (DMHC). يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم الشكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى الإشعار المكتوب هو **"إشعار انتهاء فترة تغطية برنامج Medicare"**. وللحصول على نسخة من نموذج الإشعار، اتصِل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصِل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الحصول على نسخة عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination- Notices.

الإجراءات التي تتم خلال النظر في الاستئناف العاجل

- يستفسر المراجعون في هيئة تحسين الجودة منك أو من ممثلك عن سبب رؤيتك أنه ينبغي الاستمرار في توفير التغطية. ولا يلزمك كتابة بيان بالسبب، لكن بإمكانك ذلك.
- ينظر المراجعون في معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى الطبيب، ويراجعون المعلومات التي تلقَوها من خطتنا.
- ستتسلم كذلك من خطتنا إشعارًا مكتوبًا يوضح أسباب التوقف عن توفير تغطية الخدمات التي تتلقاها. وتتلقى الإشعار بنهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بالتظلم الذي تقدّمه.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى شرح الإشعار هو **"البيان التفصيلي لعدم توفير التغطية"**.

- يخبرك المراجعون بقرارهم في غضون يوم كامل من تلقيهم جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.

في حال **وافقت** هيئة تحسين الجودة على الاستئناف:

- سنوفر لك تغطية للخدمات ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال **رفضت** هيئة تحسين الجودة الاستئناف:

- سنتوقف عن توفير التغطية في التاريخ الذي أخبرناك به.
- سنتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- تدفع أنت كامل تكلفة هذه الرعاية إذا قررتَ مواصلة تلقي الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة، أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء فترة التغطية.
- أنت من تقرر إذا ما إذا كنت تريد الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات وتقديم استئناف ضمن المستوى 2.

I3. تقديم تظلم ضمن المستوى 2

عند تقديمك استئناف ضمن المستوى 2، يمكنك مطالبة هيئة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذَته بشأن استئناف المستوى 1. يمكنك الاتصال على الرقم 1123-588 (877).

يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من اليوم الذي قامت فيه هيئة تحسين الجودة **برفض** استئناف المستوى 1 الذي قدّمته. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة **إلا** إذا واصلت تلقِّي الرعاية بعد تاريخ انتهاء فترة تغطية الرعاية.

سيعمل المراجعون في هيئة تحسين الجودة على:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف.
- إخبارك بالقرار بشأن الاستئناف ضمن المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلب إجراء المراجعة الثانية.

في حال **وافقت** هيئة تحسين الجودة على الاستئناف:

- سنردُّ إليك تكاليف الرعاية التي تتلقاها بدءًا من التاريخ الذي نخبرك فيه بأننا سنتوقف عن توفير التغطية.
- سنوفر لك تغطية الرعاية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال **رفضت** هيئة تحسين الجودة الاستئناف:

- تؤيد الهيئة قرارنا بالتوقف عن تغطية الرعاية التي تتلقاها ولن نغيّره.
- تمنحك الهيئة خطابًا يوضح لك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية الاستئنافات وتقديم استئناف المستوى 3.
- كما يمكنك رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل مواصلة تغطية خدمات رعايتك الصحية. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من التظلم من المستوى الثالث.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة **القسم J** للاطلاع على المعلومات عن طلبات الاستئناف ضمن المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

L. رفع الاستئناف لما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare

إذا كنت قد قدّمت تظلم المستوى 1 وتظلم المستوى 2 بشأن خدمات برنامج Medicare ومستلزماته وقوبلا بالرفض، فقد يحق لك تقديم التظلم من المستويات الإضافية.

إذا كانت القيمة الدولارية لأي من خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare التي قدّمت التظلم بشأنها لا تعادل حدًا أدنى معينًا من المبلغ بالقيمة الدولارية، فلا يمكنك تقديم أي تظلم آخر. أما إذا كانت القيمة الدولارية مرتفعة بالقدر الكافي، فيمكنك المضي قدمًا في عملية التظلمات. ويوضح الخطاب الذي تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة بشأن استئناف المستوى 2 الجهةَ التي يجب الاتصال بها والخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم استئناف ضمن المستوى 3.

تظلم المستوى 3

يعد المستوى 3 من عملية الاستئناف عبارة عن جلسة استماع يجريها قاض إداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو القاضي القانون الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري الذي يكون تابعًا للحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** القاضي القانون الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري على التظلم الذي تقدّمه، فيحق لنا الطعن في قرار تظلم المستوى 3 الذي يناسبك.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، فإننا نرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف ضمن المستوى 4 مرفقةً بها الوثائق ذات الصلة. ويجوز لنا الانتظار إلى أن يُصدَر قرار تظلم المستوى 4 قبل الإقرار باستحقاق الخدمة محل النزاع أو توفيرها.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيتعين علينا الإقرار باستحقاقك الخدمة أو توفيرها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من تلقي قرار القاضي القانوني الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري.

إذا **رفض** القاضي القانوني الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري التظلم، فقد لا تكون هذه هي نهاية عملية الاستئناف.

- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **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.

تظلم المستوى 4

سيقوم مجلس استئنافات Medicare (المجلس) بمراجعة استئنافك والرد عليك. وهذا المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** المجلس على استئناف المستوى 4 أو رفض طلبنا بمراجعة قرار استئناف المستوى 3 الذي يناسبك، فيحق لنا الطعن وإحالة الاستئناف إلى المستوى 5.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيتعين علينا الإقرار باستحقاقك الخدمة أو توفيرها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من تلقي قرار المجلس.

إذا **رفض** المجلس طلبنا بالمراجعة، فقد لا تكون هذه هي نهاية عملية الاستئنافات.

- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئنافات.
- إذا قررتَ **عدم الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى تظلم المستوى 5 والخطوات الواجب اتخاذها.

الاستئناف ضمن المستوى 5

- سيتولى قاضي المحكمة الجزئية الفيدرالية مراجعة الاستئناف وكل المعلومات، وسيقرر **الموافقة** أو **الرفض**. وسيكون ذلك هو القرار النهائي. ولا توجد مستويات تظلم أخرى بعد مستوى المحكمة الجزئية الفيدرالية.

J2. التظلمات الإضافية في برنامج Medi-Cal

هناك حقوق أخرى يمكنك ممارستها بشأن بالتظلم إذا كان التظلم الذي تقدّمه يتعلق بالخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal في العادة. ويوضح لك الخطاب الذي تتلقاه من قسم الجلسات الحكومية الخطوات الواجب اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية الاستئنافات.

J3. تظلمات المستويات 3 و4 و5 بشأن طلبات الأدوية الواردة في الجزء D

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا كنت قد قدمت تظلمًا من المستوى 1 وتظلمًا من المستوى 2، وتم رفض كلا التظلمَين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي قدمت تظلمًا بشأنه تساوي مبلغًا معينًا بالدولار، فقد تتمكن من المتابعة إلى مستويات إضافية من التظلم. ويوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على تظلم المستوى 2 الجهةَ التي يجب الاتصال بها والخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم تظلم المستوى 3.

تظلم المستوى 3
يعد المستوى 3 من عملية الاستئناف عبارة عن جلسة استماع يجريها قاض إداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو القاضي القانون الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري الذي يكون تابعًا للحكومة الفيدرالية.

في حال **وافق** القاضي الإداري أو المحامي الإداري على تظلمك:

- تنتهي إجراءات الاستئناف.
- يتعين علينا التصريح بتغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو سداد المدفوعات في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقي القرار.
  - إذا **رفض** القاضي القانوني الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري التظلم، فقد لا تكون هذه هي نهاية عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئنافات.
- إذا قررتَ **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.

تظلم المستوى 4

سيقوم المجلس بمراجعة استئنافك والرد عليك. وهذا المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

في حال **وافق** المجلس على تظلمك:

- تنتهي إجراءات الاستئناف.
- يتعين علينا التصريح بتغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو سداد المدفوعات في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقي القرار.
  - إذا **رفض** المجلس تظلمك، فقد لا تكون هذه هي نهاية عملية التظلمات.
- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فتنتهي حينئذٍ عملية الاستئنافات.
- إذا قررتَ **عدم الموافقة** على هذا القرار الصادر برفض الاستئناف، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى تظلم المستوى 5 والخطوات الواجب اتخاذها.

تظلم المستوى 5

- سيتولى قاضي المحكمة الجزئية الفيدرالية مراجعة الاستئناف وكل المعلومات، وسيقرر **الموافقة** أو **الرفض**. وسيكون ذلك هو القرار النهائي. ولا توجد مستويات تظلم أخرى بعد مستوى المحكمة الجزئية الفيدرالية.

K. كيف يُمكنك التقدم بشكوى

K1. أنواع المشكلات التي يتعين تقديم الشكاوى بشأنها

لا تُتَّخذ عملية تقديم الشكاوى إلا بشأن أنواع معينة من المشكلات، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. وإليك بعض الأمثلة لأنواع من المشكلات التي تجرى معالجتها بعملية الشكاوى.

الشكوى	المثال
جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها	• إذا كنت غير راضٍ عن جودة الرعاية، مثل الرعاية المقدمة لك في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• إذا كنت ترى أن أحد الأشخاص لم يحترم حقك في الخصوصية أو أفصح عن معلومات سرية عنك.
الإهانة أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	• إذا لم يتسم سلوك مقدم الرعاية الصحية أو الموظفين بالاحترام الكافي تجاهك. • إذا عاملك موظفونا معاملة سيئة. • إذا كنت ترى أنه جرى استبعادك من الخطة.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	• إذا كان لا يمكنك الوصول فعليًا إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية في مكتب الطبيب أو مقدم الرعاية. • إذا كان الطبيب أو مقدم الرعاية لا يوفر لك مترجمًا فوريًا إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). • إذا كان مقدم الرعاية لا يوفر لك وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	• إذا كنت تواجه مشكلة في حجز الموعد أو تنتظر مدة طويلة لتتمكن من حجزه. • إذا كان الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو موظفي قسم خدمات الأعضاء أو غيرهم من موظفي الخطة يجبرونك على الانتظار وقتًا طويلاً.
النظافة	• إذا رأيت أن العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيف.
المعلومات التي نزودك بها	• إذا رأيت أننا أخفقنا في إرسال خطاب أو إخطار كان ينبغي إرساله إليك. • إذا كنت ترى أن المعلومات المكتوبة التي نكون قد أرسلناها إليك عصية على الفهم.
المواعيد المتعلقة بقرارات التغطية أو التظلمات	• إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية عند اتخاذ قرار التغطية أو الرد على التظلم الذي تقدّمه. • إذا كنت ترى، بعد أن نوفر لك التغطية أو نصدر لك قرار التظلم بما يصب في مصلحتك، أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها أو لرد تكلفة بعض الخدمات الطبية إليك. • إذا كنت ترى أننا لم نحيل حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة في الوقت المناسب.

هناك أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/ أو شكوى خارجية. يتم تقديم الشكوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها بها. أما الشكوى الخارجية فيتم تقديمها ومراجعتها لدى منظمة لا تكون طرفًا في خطتنا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تقديم الشكوى الداخلية و/أو الشكوى الخارجية، فيمكنك الاتصال على الرقم 4627-665 (855) وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY، يمكنهم الاتصال على الرقم: 711.

يسمى **المصطلح القانوني** "للشكوى" **"تظلمًا"**.

يسمى **المصطلح القانوني** "لتقديم الشكوى" **"تقديم مظلمة"**.

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 4627-665 (855). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت إلا إذا كانت تتعلق بأدوية الجزء (د). إذا كانت الشكوى تتعلق بأحد الأدوية الواردة في الجزء D، فيتعين عليك تقديمها **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من التعرض للمشكلة التي تريد تقديم الشكوى بشأنها.

- إذا كان يتعين عليك القيام بشيء آخر، فستطلعك خدمة العملاء على ذلك.
- كما يمكنك كتابة شكواك وإرسالها إلينا. وإذا قدمت الشكوى كتابةً، فسيكون الرد على شكواك كتابةً كذلك.
- لا يجوز الوصول إلى حل في الاستئنافات إلا شفهيًا في الحالات التي لا تنطوي على نزاع بشأن التغطية، أو خدمة رعاية صحية متنازع عليها تنطوي على ضرورة طبية أو علاج تجريبي/تحقيقي، والتي يتم حلها بحلول نهاية العمل في اليوم التالي. ويجب تقدير جميع التظلمات الأخرى، سواء كانت شفهية أو كتابية، والرد عليها كتابيًا. يمكنك الاتصال بنا على الرقم: 0898-665 (800)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية, TTY: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، على مدار أيام الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، بالتوقيت المحلي؛ أو مراسلتنا كتابةً على العنوان التالي Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801، الفاكس: 0610-499 (562).

ويسمى **المصطلح القانوني** "للشكوى السريعة" **"مظلمة معجلة"**.

سنوافيك بالرد الفوري إن أمكننا ذلك. وإذا اتصلت بنا لرفع شكوى، من الممكن الرد عليك في المكالمة نفسها. وإذا تطلبت حالتك الصحية الرد بصفة سريعة، فسنفعل ذلك.

- نحن نجيب على أغلب الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا. وإذا لم نتخذ القرار في غضون 30 يومًا تقويميًا لاحتياجنا إلى معرفة مزيد من المعلومات، فإننا نخبرك بذلك كتابيًا. كما أننا نوفّر تحديثًا للحالة وتقديرًا للوقت الذي ستتلقى خلاله الرد.
- إذا قدّمت الشكوى بسبب رفضنا طلبك بشأن "قرار التغطية السريع" أو "الاستئناف السريع"، فإننا نوافق تلقائيًا على تقديم "الشكوى السريعة" ونرد عليها في غضون 24 ساعة.
- إذا قدّمت الشكوى بسبب قضائنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار بشأن التغطية أو الاستئناف، فإننا نوافق تلقائيًا على تقديم "الشكوى السريعة" ونرد عليها في غضون 24 ساعة.

إذا لم نوافق على الشكوى جزئيًا أو كليًا، فسنخبرك بذلك ونوضح لك أسبابنا. ونوافيك بالرد، سواء وافقنا على الشكوى أو رفضناها.

K3. الشكاوى الخارجية

Medicare

يمكنك إخبار برنامج Medicare بشأن الشكوى أو إرسالها إليه. يتوفر نموذج الشكوى من برنامج Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

لا يتعين عليك تقديم الشكوى إلى خطة Molina Medicare Complete Care Plus قبل تقديمها إلى برنامج Medicare.

يأخذ برنامج Medicare شكاواك على محمل الجد، مستخدمًا هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة الخدمات المقدَّمة من خلاله.

إذا كانت لديك أي تعليقات أو مخاوف أخرى أو إذا كنت ترى أن خطة الرعاية الصحية لا تعالج مشكلتك، فيمكنك كذلك الاتصال بخط المساعدة 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. هذه المكالمة مجانية.

برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم الشكوى إلى مكتب أمين مظالم الرعاية المدارة (Managed Care Ombudsman) لبرنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) في ولاية California بالاتصال على الرقم 1-888-452-8609. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يمكنهم الاتصال على رقم 711. يكون الاتصال متاحًا من الإثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم الشكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) في ولاية California. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. ويمكنك الاتصال بمركز مساعدة إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية المدارة DMHC للحصول على المساعدة فيما يتعلق بالشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. بالنسبة للأمور غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على قرار الاستئناف ضمن المستوى 1 أو إذا لم تحل الخطة شكواك عقب مرور 30 يومًا تقويميًا. ومع ذلك، يمكنك الاتصال بـ DMHC دون تقديم استئناف المستوى 1 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن شكوى تتعلق بمسألة عاجلة أو تتعلق بتهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من آلام شديدة، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تتوصل خطتنا لحل في موضوع شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا.

وهناك طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- الاتصال على الرقم 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة سمعيًا أو ممن يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، وهو 1-877-688-9891. هذه المكالمة مجانية.
- قم بزيارة موقع ويب إدارة الرعاية الصحية المدارة (www.dmhc.ca.gov).

مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights, OCR)

يمكنك تقديم الشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) إذا كنت ترى أنك قد حظيت بمعاملة غير عادلة. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى حول وصول المعاقين أو المساعدة اللغوية. رقم هاتف مكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr للاطلاع على مزيد من المعلومات.

يمكنك الاتصال بمكتب الحقوق المدنية المحلي على الرقم:
(877) 588-1123،
من الإثنين إلى الجمعة: من الساعة 09:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً (بالتوقيت المحلي)، يتوفر بريد صوتي على مدار 24 ساعة.
بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم: (855) 887-6668
https://www.livantaqio.com/en/states/california

كما قد تكون لك حقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة. يمكنك الاتصال بمكتب الحقوق المدنية المحلي على الرقم (877) 588-1123.

هيئة تحسين الجودة

عندما تتعلق الشكوى التي تقدّمها بجودة الرعاية، يكون أمامك الخياران الآتيان:

- يمكنك تقديم الشكوى المتعلقة بجودة الرعاية مباشرة إلى هيئة تحسين الجودة.
- يمكنك تقديم الشكوى إلى كل من هيئة تحسين الجودة وخطتنا. وإذا قدّمت الشكوى إلى هيئة تحسين الجودة، فإننا نتعاون معها على معالجتها.

تضم هيئة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية ممن يتقاضون أجورًا من الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى الأعضاء في Medicare وتحسين هذه الرعاية. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن هيئة تحسين الجودة، راجع **القسم H2** أو **الفصل 2** من *دليل الأعضاء*.

في California، يطلق على هيئة تحسين الجودة اسم Livanta (هيئة تحسين الجودة في California). رقم الهاتف الخاص بهيئة Livanta هو (877) 588-1123.

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يوضح لك هذا الفصل كيفية إلغاء عضويتك في خطتنا وخيارات تغطية الرعاية الصحية التي تكون متاحة لك بعد مغادرة خطتنا. عند الخروج من الخطة، ستظل مشتركًا في برامج Medicare وMedi-Cal طالما كنت مؤهلاً. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. الوقت الذي يمكنك فيه إلغاء عضويتك في خطتنا 178
B. كيف يمكنك إنهاء عضويتك في الخطة 178
C. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل 179
C1. خدمات Medicare الخاصة بك 179
C2. خدمات Medi-Cal 181
D. كيفية الحصول على الخدمات الطبية والأدوية حتى تاريخ إلغاء عضويتك في خطتنا 181
E. الحالات الأخرى المتعلقة بوقت إلغاء عضويتك في خطتنا 181
F. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة 182
G. حقك في تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا 182
H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك بالخطة 182

A. الوقت الذي يمكنك فيه إلغاء عضويتك في خطتنا

يمكن أن ينهي معظم الأشخاص المسجلين في Medicare عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لكونك من الأعضاء في Medi-Cal، يكون لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة.

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث هذه، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل السنوية**، التي تمتد من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت الانتقال إلى خطة جديدة خلال هذه الفترة، فتُلغَى عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتسري عضويتك في الخطة الجديدة بدءًا من 1 يناير.
- تبدأ **فترة التسجيل المفتوحة السنوية لبرنامج Medicare Advantage** التي تستمر من 1 يناير حتى 31 مارس، كما تبدأ فترة التسجيل المفتوحة للمستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في الخطة، من شهر الاستحقاق للجزء (A) والجزء (B) حتى اليوم الأخير من الشهر 3 للاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر القادم.

قد توجد حالات أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. ومن أمثلة ذلك الحالات الآتية:

- انتقالك خارج نطاق خدماتنا،
- تم تغيير أهليتك لبرنامج Medi-Cal أو المساعدة الإضافية (Extra Help) **أو**
- انتقالك مؤخرًا إلى إحدى دور الرعاية أو مستشفيات الرعاية طويلة الأجل أو تلقيك الرعاية حاليًا في أي منها أو خروجك للتو من أي منها.

تُلغَى عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقَّى فيه طلبك بالانتقال من الخطة. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فتنتهي فترة التغطية التي تحصل عليها في خطتنا في 31 يناير. وتبدأ فترة التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (أي في 1 فبراير في هذا المثال).

في حالة مغادرتك لخطتنا، فيمكن أن تحصل على معلومات بشأن ما يلي:

- خيارات برنامج Medicare المُدرجَة في الجدول الوارد في **القسم C1**
- خدمات وخيارات برنامج Medi-Cal الواردة في **القسم C**

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك من خلال الاتصال برقم: الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة. يتم أيضًا إدراج رقم مستخدمي الهاتف النصي TTY.

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك الاتصال على برنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 بعد الظهر، وللحصول على المزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.aging.ca.gov/HICAP/. يمكن الاتصال على Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية TTY، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- الاتصال على Medi-Cal Managed Care Ombudsman على الرقم 1-888-452-8609، من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، أو عبر البريد الإلكتروني MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الدواء، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجِع الفصل 5 من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات حول برامج إدارة الأدوية.

B. كيف يمكنك إنهاء عضويتك في الخطة

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك التسجيل في خطة أخرى لدى برنامج Medicare أو الانتقال إلى خطة Original Medicare. ومع ذلك، إذا كنت تريد الانتقال من خطتنا إلى Original Medicare ولكنك لم تحدد خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare، فيجب عليك أن تطلب إلغاء التسجيل من خطتنا. هناك طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء التسجيل:

- يمكنك تقديم طلب كتابي إلينا. الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك.
- اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية TTY (الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام) الاتصال على 1-877-486-2048. عند اتصالك بـ 1-800-MEDICARE، يمكنك التسجيل أيضًا في خطة Medicare أو خطة أدوية أخرى. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحصول على خدمات Medicare عند مغادرة خطتنا في المخطط الوارد في القسم C1.
- الاتصال بخطة Heath Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية TTY، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- يتضمن القسم C أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة مختلفة، وهي من شأنها كذلك إلغاء عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل

تكون أمامك خيارات للحصول على خدمات برنامجَي Medicare وMedi-Cal إذا اخترت مغادرة خطتنا.

C1. خدمات Medicare الخاصة بك

أمامك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المُدرَجة أدناه خلال أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل السنوية** بالإضافة إلى **فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في **القسم A**. ومن خلال اختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تقوم بإنهاء عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

1. يمكنك التغيير إلى: **خطة Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) هي نوع من خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص المشتركين في كل من Medicare وMedi-Cal، وتجمع بين مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. تقوم خطط Medi-Medi بتنسيق جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المغطاة من Medicare وMedi-Cal.** **ملاحظة:** يشير مصطلح Medi-Medi Plan إلى اسم خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة والمتكاملة (D-SNPs) في كاليفورنيا.	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسار عن برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)، يمكن الاتصال على 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** التسجيل في خطة Medi-Medi الجديدة. يُلغَى تسجيلك تلقائيًا في خطتنا التابعة لبرنامج Medicare عندما تبدأ فترة التغطية التي توفّرها لك الخطة الجديدة. ستتغير خطة Medi-Cal لديك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.

2. يمكنك التغيير إلى: **خطة Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare**	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** سجّل في خطة جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا.
3. يمكنك التغيير إلى: **خطة Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare** **ملاحظة**: إذا قمت بالتغيير إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة مستقلة لدواء موصوف طبيًا، فإن Medicare قد تسجلك في خطة أدوية ما لم تبلغ Medicare برغبتك في عدم الالتحاق. لا ينبغي لك ترك تغطية الدواء الموصوف طبيًا إلا إذا كنت ستحصل على تغطية من مصدر أو مستخدم أو أي اتحاد آخر. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت تحتاج إلى تغطية أدوية أم لا، يمكنك الاتصال ببرنامج (HICAP، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا.

4. يمكنك التغيير إلى: **أي خطة صحية لبرنامج Medicare** خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل السنوية** بالإضافة إلى **فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.	**إليك ما يجب عليك فعله:** اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسار عن برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)، يمكن الاتصال على 1-855-921-PPACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو الحصول على مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** سجِّل في خطة جديدة من خطط برنامج Medicare. يُلغَى تسجيلك تلقائيًا في خطتنا التابعة لبرنامج Medicare عندما تبدأ فترة التغطية التي توفّرها لك الخطة الجديدة. وقد يطرأ تغيير على خطتك التابعة لبرنامج Medi-Cal.

C2. خدمات Medi-Cal

للأسئلة حول كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal الخاصة بك بعد ترك خطتنا، اتصل بـ Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهواتف النصية TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. اسأل عن مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare في كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal الخاصة بك.

D. كيفية الحصول على الخدمات الطبية والأدوية حتى تاريخ إلغاء عضويتك في خطتنا

إذا تركت خطتنا، فقد تستغرق بعض الوقت قبل أن تنتهي عضويتك وتبدأ تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal الجديدة. وخلال هذه الفترة، ستستمر في الحصول على الأدوية الموصوفة والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى يبدأ سريان عضويتك في الخطة الجديدة.

- تعامَل مع مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا للحصول على الرعاية الطبية.
- استخدم الصيدليات التابعة لشبكتنا بما في ذلك من خلال خدمات صيدليات الطلب بالبريد التابعة لنا لصرف الوصفات الطبية.
- إذا كنت في المستشفى في تاريخ إلغاء عضويتك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus، فستوفّر خطتنا تغطية إقامتك في المستشفى حتى خروجك منه. وسوف يحدث هذا حتى إذا بدأت تغطية الرعاية الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

E. الحالات الأخرى المتعلقة بوقت إلغاء عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يتعين علينا فيها إلغاء عضويتك في خطتنا:

- إذا كان هناك انقطاع في تغطية القسمين A و B في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لبرنامج Medicare وMedi-Cal. ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، فيمكنك الاستمرار مؤقتًا في خطتنا مع مزايا Medicare، يرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول فترة التقدير

- إذا لم تستعد تغطية Medi-Cal ولم تكن تتوقع استعادة التغطية في غضون 3 أشهر، فسيتم إلغاء تسجيلك من خطتنا ولن يصبح بإمكانك الحصول على خدمات من Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)، إحدى خطط Medicare Medi-Cal. ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- عند انتقالك إلى خارج منطقة خدمتنا.
- عند الابتعاد عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
  - إذا انتقلت أو سافرت في رحلة طويلة، فاتصِل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في نطاق خدمات خطتنا.
  - راجع **الفصل 4** من *دليل الأعضاء* الخاص بك للحصول على معلومات حول الحصول على الرعاية من خلال مزايا الزائر أو المسافر عندما تكون بعيدًا عن منطقة خدمة خطتنا.
- إذا تعرضت للسجن بسبب جريمة جنائية.
- عند التضليل أو حجب معلومات بشأن حصولك على خدمات تأمين آخر يوفر لك الأدوية الموصوفة.
- إذا لم تعد من مواطني الولايات المتحدة أو عند إقامتك بشكل غير قانوني في الولايات المتحدة.
  - يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو أن تكون مقيمًا بشكل قانوني بها لكي تنضم كعضو إلى الخطة.
  - حال إخطارنا من قبل مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (CMS) بأنك لم تعد مؤهلاً للعضوية.
  - يتعين علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوفِ هذا المطلب.

لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أولاً:

- حال تعمدك تقديم معلومات غير صحيحة عند التسجيل في خطتنا ويكون لهذه المعلومات تأثير على مدى أهليتك للخطة.
- إذا تصرفت بطريقة مزعجة على نحو مستمر مما يجعل من الصعب علينا توفير الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا.
- عند السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا ألغينا عضويتك لهذا السبب).

F. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يمكننا مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. وإذا كنت ترى أننا نطالبك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة، **فاتصل على Medicare** على 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227). بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، ينبغي لهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

G. حقك في تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا، ينبغي علينا اطلاعك على الأسباب التي دعتنا لإنهاء عضويتك كتابة. كما يتعين علينا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك كذلك الرجوع إلى **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* للاطلاع على المعلومات عن كيفية تقديم الشكوى.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك بالخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك، يمكنك الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل إخطارات قانونية تنطبق على عضويتك في خطتنا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *دليل الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. إشعار حول القوانين..... 184
B. إشعار حول عدم التمييز 184
C. إشعار حول برنامج Medicare بوصفه جهة الدفع الثانوية وبرنامج Medi-Cal بوصفه جهة الدفع الأخيرة 184
D. إشعار حول السداد لبرنامج Medi-Cal من التركة 185

A. إشعار حول القوانين

تنطبق العديد من القوانين على *دليل الأعضاء* هذا. وقد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى إذا لم تكن واردة أو موضَّحة في *دليل الأعضاء*. القوانين الرئيسية التي تطبَّق هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية الصادرة بشأن برنامجَي Medicare وMedi-Cal. كما قد تنطبق أيضًا بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

B. إشعار حول عدم التمييز

نحن لا نمارس التمييز أو نعاملك بشكل مختلف بسبب عرقك أو أصلك القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو جنسك أو عمرك أو توجهك الجنسي أو إعاقتك العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو التجربة في المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو أدلة التأمين، أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. هذا بالإضافة إلى أننا لا نمارس التمييز غير المشروع ولا نستبعد الأعضاء أو نعاملهم بشكل مختلف على أساس الأصل أو هوية المجموعة العرقية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيدٍ من المعلومات أو كان لديك أي استفسارات بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- يرجى الاتصال بإدارة الخدمات الصحية والبشرية (Department of Health and Human Services)، مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights) على الرقم 1-800-368-1019. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr للاطلاع على مزيد من المعلومات.
- اتصِل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) على الرقم 916-440-7370. بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز وتريد رفع مظلمة بالتمييز، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855) وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي TTY: يمكنهم الاتصال على الرقم 711، كما يمكنك المراسلة على العنوان التالي: Medicare Appeals and Grievances P.O. Box 22816 Long Beach, CA 90801

إذا كانت المظلمة التي ترفعها تتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك كذلك تقديم الشكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) هاتفيًا أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

- عبر الهاتف: يمكنك الاتصال على الرقم 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- المراسلة عبر البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسِل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services)
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتاح نماذج الشكاوى عبر الموقع الإلكتروني dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونيًا: أرسِل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان CivilRights@dhcs.ca.gov.

إذا كنت تعاني من أي أنواع الإعاقة أو إذا كنت بحاجة إلى الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو أحد مقدمي الرعاية، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فإن قسم خدمات الأعضاء يُمكنه مساعدتك.

C. إشعار حول برنامج Medicare بوصفه جهة الدفع الثانوية وبرنامج Medi-Cal بوصفه جهة الدفع الأخيرة

في بعض الأحيان، يتعين على جهة أخرى أن تدفع أولاً تكاليف الخدمات التي نقدمها إليك. على سبيل المثال، إذا أُصِبت في حادث سيارة أو حادث عمل، على سبيل المثال، فيتعين على شركة التأمين أو برنامج تعويض العمّال الدفع أولاً.

يحق لنا ونتحمل مسؤولية الدفع لقاء خدمات الرعاية الصحية ببرنامج Medicare المشمولة التي لا يكون فيها برنامج Medicare الدافع الأول.

نمتثل للقوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة بالمسؤولية القانونية التي تتحمّلها الأطراف الثالثة بشأن خدمات الرعاية الصحية المُقدَّمة إلى الأعضاء. ونتخذ كل التدابير المعقولة لضمان أن يكون برنامج Medi-Cal هو الدافع الأخير.

D. إشعار حول السداد لبرنامج Medi-Cal من التركة

يجب أن يسعى برنامج Medi-Cal إلى السداد من التركة الموثقة لبعض الأعضاء المتوفين مقابل مزايا Medi-Cal التي تم الحصول عليها في عيد ميلادهم الخامس والخمسين أو بعده. يشمل السداد الرسوم مقابل الخدمة وأقساط الرعاية المدارة/مدفوعات الفرد لخدمات مرافق التمريض والخدمات المنزلية والمجتمعية وخدمات المستشفى والأدوية ذات الصلة التي تم تلقيها عندما كان العضو مريضًا داخليًا في مرفق تمريض أو كان يتلقى العلاج في المنزل بالإضافة إلى الخدمات المجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز السداد قيمة تركة العضو الموثقة. لمعرفة المزيد، انتقل إلى الموقع الإلكتروني للسداد من التركة التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية عبر الموقع الإلكتروني www.dhcs.ca.gov/er أو الاتصال على الرقم 916-650-0590.

الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية الواردة في *دليل الأعضاء* مع تعريفاتها. يتم سرد المصطلحات بترتيب أبجدي. إذا تعثر عليك إيجاد المصطلح الذي تبحث عنه أو كنت في حاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

نشاطات الحياة اليومية (ADL): الأشياء التي يقوم بها الناس في يومهم العادي، مثل الأكل أو استخدام المرحاض أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو غسل الأسنان بالفرشاة.

قاضي القانون الإداري: القاضي الذي يراجع التظلم من المستوى 3.

برنامج المساعدة في علاج الإيدز (AIDS Drug Assistance Program (ADAP)): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز في الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة.

مركز الجراحة الإسعافية: مرفق يوفر خدمات جراحية في العيادات الخارجية للمرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية بالمستشفى والذين لا يتوقع أن تحتاج حالتهم الصحية رعاية تزيد عن 24 ساعة.

تظلم: طريقة للاعتراض على ما اتخذناه من إجراءات إذا كنت تعتقد أننا قد أخطأنا. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار التغطية بتقديم تظلم. يوضح **الفصل 9** التظلمات، بما في ذلك كيفية تقديم هذه التظلمات.

الصحة السلوكية: تعبير شامل يشير إلى اضطرابات الصحة النفسية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة.

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 تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن استخلاص مثيل تام لها، لذلك تسمى الأشكال البديلة لها بالبدائل الحيوية. (راجع أيضًا "المنتج البيولوجي الأصلي" و"البديل الحيوي").

البديل الحيوي: منتج بيولوجي مشابه تمامًا للمنتج البيولوجي الأصلي، ولكن ليس مطابقًا له. هذا وتتسم البدائل الحيوية بكونها آمنة وفعالة على نحو مماثل للمنتج البيولوجي الأصلي. ويمكن استبدال بعض البدائل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (راجع "البديل الحيوي القابل للتبديل").

أدوية العلامة التجارية: دواء موصوف طبيًا لا تنتجه أو تبيعه سوى الشركة التي ابتكرت الدواء في الأصل. أدوية العلامة التجارية تتضمن نفس المكونات التي تتضمنها أدوية عامة مكافئة للأدوية. الأدوية العامة هي أدوية يتم تصنيعها وبيعها من قبل شركات دواء أُخرى.

منسق الرعاية: هو الشخص الرئيسي الذي يعمل معك، ومع الخطة الصحية الخاصة بك، ومع مقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية (ICP)".

الخدمات الاختيارية في خطة الرعاية (خدمات CPO): الخدمات الإضافية التي يكون الحصول عليها اختياريًا بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك (ICP). هذه الخدمات غير المقصود منها استبدال الخدمات ووسائل الدعم طويل الأجل المسموح لك بالحصول عليه بموجب برنامج Medi-Cal.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد التخصصات".

مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. ويوضح **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* كيفية الاتصال على CMS.

برنامج Community-Based Adult Services (CBAS): برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المرفق الذي يقدم خدمات التمريض المتخصصة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات إذا كنت تستوفي معايير التأهل السارية.

الشكوى: تقرير مكتوب أو منطوق يذكر فيه أنك قد واجهت مشكلة أو لديك استفسار بخصوص الخدمات أو الرعاية المشمولة في التغطية. وهذا يشمل أي استفسارات بخصوص جودة الخدمة أو جودة الرعاية أو مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. الاسم الرسمي "لتقديم الشكاوى" هو "تقديم تظلم".

إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF). مرفق يقدم بشكل رئيسي خدمات إعادة التأهيل بعد التعافي من مرض أو حادثة أو عملية كبرى. فهو يقدم مجموعة من الخدمات تتضمن العلاج البدني والخدمات الاجتماعية أو النفسية والمعالجة التنفسية والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب وخدمات تقييم بيئة المنزل.

قرار التغطية: القرار الذي نتخذه بخصوص المخصصات التي نشملها بالتغطية. ويشمل ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي ندفعه مقابل الخدمات الصحية التي تحصل عليها. يوضح **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* كيفية طلب إصدار قرار التغطية.

الأدوية المشمولة: التعبير الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الوصفات والأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية التي تغطيها خطتنا.

الخدمات المشمولة: الخدمات المشمولة بالتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى كل خدمات الرعاية الصحية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، والإمدادات، والأدوية الموصوفة والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية، والأجهزة، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

تدريب الأهلية الثقافية: تدريب يقدم تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية التابعين لنا لمساعدتهم على فهم خلفيتك، وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لموائمة الخدمات لتفي باحتياجاتك الاجتماعية، والثقافية، واللغوية.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS): إدارة الولاية في California التي تدير برنامج Medicaid المعروف باسم Medi-Cal.

إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC): الإدارة التابعة لولاية California والمسؤولة عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. وتساعد إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) الأشخاص بشأن التظلمات والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal. كما تُجري إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) المراجعات الطبية المستقلة (IMR).

إنهاء التسجيل عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إنهاء التسجيل طوعيًا (باختيارك) أو إجباريًا (ليس باختيارك).

برنامج إدارة الأدوية (DMP): هو برنامج يساعد الأشخاص على التأكد من استخدام المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي يتم إساءة استخدامها بشكل متكرر على نحو آمن.

فئة الأدوية: الفئات هي عبارة عن مجموعات من الأدوية في قائمة الأدوية. تعد الأدوية العامة أو ذات العلامة التجارية أو التي يتم تناولها بدون وصفة طبية أمثلة على فئات الأدوية. ويندرج كل دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن فئة واحدة.

خطة Dual eligible special needs plan (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medicaid. خطتنا هي D-SNP.

الأجهزة الطبية المعمرة (DME): بعض المتعلقات التي يأمر الطبيب بصرفها لك لاستخدامها في المنزل. ومن أمثلتها الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرّة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات ولوازم الأكسجين، والبخاخات، والمشايات.

الطوارئ: حالة الطوارئ: الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها، أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، أنك تعاني أعراضًا طبية تستلزم العناية الطبية الفورية لمنع الوفاة أو فقدان أي عضو في الجسم أو فقدان أي وظيفة بدنية أو تعرّضها لضرر جسيم (أو فقدان الجنين بالنسبة إلى الحوامل). قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

الرعاية في حالة الطوارئ: الرعاية في حالات الطوارئ: الخدمات المشمولة بالتغطية التي يقدّمها موفر الخدمة المدرَّب على تقديم خدمات حالات الطوارئ والخدمات اللازمة لعلاج الحالة الطبية الطارئة أو حالة الصحة السلوكية الطارئة.

الاستثناء: الاستثناء: الإذن بالحصول على تغطية الدواء الذي لا تشمله التغطية في العادة أو باستخدام الدواء مع إلغاء القواعد والقيود المحددة المطبَّقة عليه.

الخدمات المستثناة: الخدمات التي لا تغطيها خطة الرعاية الصحية هذه.

برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help): يساعد برنامج Medicare الأشخاص محدودي الدخل والموارد على تقليل تكاليف الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية ويغطيها الجزء د من برنامج Medicare مثل أقساط التأمين والخصومات والمدفوعات المشتركة. يطلق على المساعدة الإضافية (Extra Help) كذلك اسم "إعانة محدودي الدخل" أو يشار إليها اختصارًا باسم "LIS".

الأدوية العامة: دواء موصوف طبيًا حصل على موافقة الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من الأدوية التي تحمل علامات تجارية. تحتوي الأدوية العامة على نفس المكونات التي تحتوي عليها الأدوية التي تحمل علامة تجارية. وعادة ما يكون أقل ثمنًا ولا يختلف مفعوله عن مفعول الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

المظلمة: هي الشكوى التي تقدمها ضدنا أو ضد مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. وهذا يشمل أي شكاوى بشأن جودة الرعاية أو جودة الخدمة التي توفرها خطتك الصحية.

برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): برنامج يقدم معلومات ومشورة مجانية وموضوعية حول برنامج Medicare. ويوضح **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* كيفية الاتصال على HICAP.

الخطة الصحية: هي عبارة عن منظومة تتكون من أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي الخدمات طويلة الأجل وغيرهم من مقدمي الخدمات. وتتضمن كذلك منسقي الرعاية لمساعدتك على إدارة جميع مقدمي الرعاية والخدمات الخاصة بك. ويتعاونون جمعيًا على تقديم الرعاية التي تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية: مراجعة التاريخ الطبي للمريض ووضعه الحالي. ويُستخدَم التقييم لمعرفة الحالة الصحية للمريض ومدى تعرّضها للتغيير في المستقبل.

المساعد الصحي المنزلي: الشخص الذي يوفر خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج معتمد مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (كالاستحمام واستخدام المرحاض وارتداء الملابس أو إجراء بعض التمارين الموصوفة طبيًا). لا يتمتع المساعد الصحي المنزلي برخصة تمريض ولا يقدم العلاج.

دار رعاية المحتضرين: برنامج للرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص المصابين بداء عضال لمساعدتهم على الحياة بشكل مريح. يعني التشخيص النهائي أن الشخص قد تم اعتماده طبيًا على أنه مريض ميؤوس من شفائه، مما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو 6 أشهر أو أقل.

- ويحق للمشارك المصاب بمرض ميئوس منه اختيار رعاية المحتضرين.
- وهي عبارة عن فريق من المهنيين ومقدمي الرعاية لتوفير الرعاية للأشخاص بصفة كاملة، بما في ذلك توفير الاحتياجات البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحانية.
- ويتعين علينا أن نزودك بقائمة تتضمن موفري خدمات رعاية المحتضرين المتوافرة في منطقتك الجغرافية.

إصدار الفواتير غير اللائق/غير المناسب: الحالة التي يصدر لك فيها مقدم الخدمة (مثل طبيب أو مستشفى) فاتورة بمبلغ يزيد على مبلغ تقاسم تكاليف الخدمات في خطتنا. ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا استلمتَ أي فواتير لا تفهمها.

نظرًا إلى أننا نتحمّل كل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها، لا تتحمّل أنت أي حصة من تقاسم التكاليف. على مقدمي الرعاية عدم إصدار أية فواتير لك لأي من تلك الخدمات.

خدمات الدعم المنزلي (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في دفع تكاليف الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعد هذا البرنامج بديلاً عن الرعاية المتوفرة خارج-المنزل، مثل المتوفرة من خلال مراكز الرعاية أو مرافق الرعاية والإقامة. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال برنامج IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسيل الملابس، وتسوق البقالة، وخدمات الرعاية الشخصية (مثل رعاية التبول والتبرز، والاستحمام، والعناية الشخصية والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي على أصحاب الإعاقات العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية بالمقاطعة برنامج IHSS.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا لم نقبل طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، فيمكنك تقديم تظلم إلينا. إذا لم توافق على قرارنا وكانت مشكلتك خاصة بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك الإمدادات بأجهزة طبية معمرة والأدوية، فيمكنك أن تطلب من California Department of Managed Health Care إجراء المراجعة الطبية المستقلة. تعد المراجعة الطبية المستقلة هي عبارة عن عملية مراجعة لحالتك على أيدي أطباء ليسوا طرفًا في خطتنا. وإذا جاءت نتيجة المراجعة الطبية المستقلة (IMR) في مصلحتك، فيتعين علينا أن نوفر لك الخدمة أو العلاج الذي طلبت الحصول عليه. ولن تتكبد أي تكاليف في مقابل المراجعة الطبية المستقلة.

منظمة المراجعة المستقلة(IRO): منظمة مستقلة يتم تعيينها بواسطة Medicare وتقوم بمراجعة الاستئناف من المستوى 2. هذه الهيئة غير مرتبطة بالخطة كما أنها تمثل كيانًا غير حكومي. وتقرر هذه الهيئة إذا ما كان ينبغي تغيير القرار الصادر من جانبنا. كما أن برنامج Medicare يشرف على عملها. الاسم الرسمي هو **كيان المراجعة المستقلة**.

Independent Physician Association (IPA): رابطة الأطباء المستقلين (IPA) هي الشركة المتعاقدة مع خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على تنظيم مجموعة من الأطباء والمتخصصين وموفري الخدمات الصحية الآخرين لتقديم الرعاية إلى أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). ويتولى الطبيب المعالج لك، بالإضافة إلى مؤسسة IPA، الاعتناء بالاحتياجات الطبية الخاصة بك. ويشتمل ذلك على الحصول على التصاريح، إذا كانت مطلوبة، لمقابلة الأطباء المتخصصين أو تلقي الخدمات الطبية مثل إجراء الفحوصات المعملية والأشعة السينية خدمات المرضى الداخليين والخارجيين في المستشفيات

خطة الرعاية الطبية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): تتضمن خطة الرعاية اهتماماتك الصحية الرئيسية وأهدافك واحتياجاتك والخدمات التي قد تحتاجها. قد تتضمن خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل.

المريض الداخلي: مصطلح يستخدم عندما يتم دخولك رسميًا في المستشفى حتى تتلقي الخدمات الطبية المتخصصة. أما إذا لم يتم قبولك رسميًا، فأنت لا تزال مريضًا خارجيًا أو تتلقى خدمات المراقبة حتى ولو قضيت الليلة في المستشفى.

فريق الرعاية متعدد التخصصات (ICT أو فريق الرعاية): يتألف فريق الرعاية من طبيب الرعاية الأولية، أو مدير الحالة، أو قد يشمل مقدمي رعاية متخصصين آخرين، أو مقدمي الرعاية، أو غيرهم من الأخصائيين الصحيين الذين يتوفرون لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. كما يساعد فريق الرعاية على إعداد خطة الرعاية الخاصة بك أو تحديثها.

خطة الاحتياجات الخاصة المزدوجة المتكاملة: هي خطة الاحتياجات الخاصة المزدوجة المتكاملة التي تغطي خدمات Medicare بالإضافة إلى معظم أو جميع خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من Medicare وMedicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد باسم الأفراد المؤهلين بشكل مزدوج للحصول على المزايا الكاملة.

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 المشمولة (قائمة الأدوية): قائمة الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية التي نغطيها. ونحن نختار الأدوية التي ندرجها في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. تطلعك قائمة الأدوية على القواعد التي ينبغي عليك اتباعها للحصول على الدواء. ويُطلَق على قائمة الأدوية أحيانًا اسم "كتيب الوصفات".

الأسئلة المتعلقة ببرنامج Long Term Services and Supports (LTSS): تساعد الخدمات والدعم طويل الأجل في تحسين الحالة الطبية على المدى الطويل. تساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في المنزل دون أن تضطر للإقامة في مركز تمريض/رعاية أو مستشفى. تشمل خدمات الدعم طويل الأمد التي تغطيها خطتنا الخدمات المجتمعية للبالغين (CBAS)، المعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية النهارية للبالغين، ومرافق الرعاية، والدعم المجتمعي. برامج إعفاء IHSS و1915(c) هي برامج تابعة لبرنامج Medi-Cal LTSS حيث يتم تقديمها خارج خطتنا.

إعانة الدخل المنخفض (LIS): راجع "المساعدة الإضافية"

برنامج توصيل الطلبات عبر البريد: قد توفّره بعض الخطط لتمكينك من الحصول على إمدادات الأدوية الموصوفة المشمولة بالتغطية لمدة تكفي 3 أشهر من خلال توصيلها مباشرة إلى منزلك. وقد تكون هذه طريقة فعّالة من حيث التكلفة ومناسبة لصرف الوصفات الطبية التي تحصل عليها باستمرار.

Medi-Cal: هو اسم مختصر لبرنامج Medicaid بولاية California. يُدار برنامج Medi-Cal بواسطة الولاية ويتم تمويله بواسطة كل من الولاية والحكومة الفيدرالية.

- فهو يساعد أصحاب الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم الطويل الأجل فضلاً عن تكاليف الرعاية الطبية.
- كما أنه يغطي الخدمات الإضافية وبعض الأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، إلا أن أغلب تكاليف الرعاية الصحية تخضع للتغطية إذا كنت مؤهلاً لبرنامجي Medicare و Medicaid.

خطط Medi-Cal: الخطط التي لا تغطي سوى مزايا برنامج Medi-Cal، مثل الخدمات والدعم الطويل الأجل، والأجهزة الطبية، والنقل. تقدم فوائد Medicare بشكل مستقل.

Medicaid (أو Medical Assistance): هو برنامج تتم إدارته من خلال الحكومة الفيدرالي والولاية يساعد الأشخاص من أصحاب الدخول والموارد المحدودة عل دفع مقابل وسائل الدعم والخدمات طويلة الأجل والتكاليف الطبية. Medi-Cal هو برنامج Medicaid في ولاية California.

الضرورة الطبية: يصف الخدمات، أو الإمدادات، أو الأدوية التي تحتاجها لمنع حالة طبية، أو تشخيصها، أو علاجها أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو دور التمريض. كما يعني ذلك الخدمات أو اللوازم أو الأدوية التي تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية أو الضرورية بموجب قواعد التغطية الحالية في برنامج Medicare أو Medi-Cal.

Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي المخصص للأشخاص الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن يعانون من بعض الإعاقات، والأشخاص الذي يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (هؤلاء بشكل عام هم من يعانون من الفشل الكلوي الدائم ويحتاجون إلى الغسيل الكلوي أو زرع كلية). ويمكن للأشخاص المسجلين ببرنامج Medicare أن يحصلوا على تغطية صحية من خلال Original Medicare أو خطة رعاية مدارة (راجع "الخطة الصحية").

Medicare Advantage: برنامج Medicare وُعرف أيضًا بـ"Medicare Part C" أو"MA،" الذي يقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

مجلس تظلمات Medicare (المجلس): مجلس يراجع التظلمات من المستوى 4. والمجلس هذا تابع للحكومة الفيدرالية.

الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare: الخدمات التي يغطيها الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. وينبغي أن تغطي جميع الخطط الصحية في برنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، جميع الخدمات التي يغطيها الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare.

برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، واستراتيجيات التغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

المسجلون في Medi-Cal و Medicare: الشخص المؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare وMedicaid. ويعرف الشخص المسجل في Medicare-Medicaid أيضًا باسم "الشخص المؤهل المزدوج".

الجزء (A) ببرنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم الرعاية الضرورية طبيًا بالمستشفيات ومراكز التمريض المتخصصة والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المحتضرين.

الجزء (ب) ببرنامج Medicare: البرنامج التابع لبرنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المختبرية والعمليات الجراحية وزيارات الأطباء) واللوازم (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تكون ضرورية طبيًا لعلاج المرض أو الحالة. كما يغطي الجزء (ب) ببرنامج Medicare العديد من خدمات العلاج الوقائي واختبارات الفحص.

الجزء (ج) ببرنامج Medicare: البرنامج التابع لبرنامج Medicare، المعروف كذلك باسم "خطط Medicare Advantage" أو "خطط MA"، الذي يمكّن شركات التأمين الصحي الخاصة من تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال أي من خطط MA.

الجزء (د) ببرنامج Medicare: برنامج الاستفادة من الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare. (نطلق على هذا البرنامج "الجزء D" اختصارًا.) يغطي الجزء (د) الأدوية الموصوفة طبيًا في العيادات الخارجية واللقاحات وبعض اللوازم التي لا يغطيها الجزآن (أ) أو (ب) أو برنامج Medicaid. وتشمل خطتُنا الجزءَ D من برنامج Medicare.

أدوية الجزء (د) ببرنامج Medicare: الأدوية المغطاة بموجب الجزء (د) من برنامج Medicare. يستبعد المجلس على وجه التحديد فئات معينة من الأدوية من التغطية بموجب الجزء (د) من Medicare. وقد يغطي برنامج Medicaid بعضًا من هذه الأدوية.

برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM): مجموعة من الخدمات المتميزة أو الخدمات الأخرى التي يوفّرها مقدمو الرعاية الصحية، بما في ذلك الصيادلة، لضمان تحقيق أفضل النتائج العلاجية بالنسبة إلى المرضى. راجِع **الفصل 5** من دليل الأعضاء للاطّلاع على مزيد من المعلومات.

خطة Medi-Medi: خطة Medicare Medi-Cal Plan (Medi-Medi Plan) هي نوع من خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص المشتركين في كل من Medicare وMedi-Cal، وتجمع بين مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. تقوم خطط Medi-Medi بتنسيق جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المغطاة من Medicare وMedi-Cal.

العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة): الشخص الذي يتمتع بتأمين برنامج Medicare وMedi-Cal المؤهل للحصول على خدمات التغطية حيث كان قد تم تسجيله بخطتنا وتم تأكيد التسجيل من قبل مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) والولاية.

***دليل الأعضاء* ومعلومات الإفصاح**: هذا المستند جنبًا إلى جنب مع نموذج التسجيل وأي مرفقات أو ملحقات أخرى، توضح تغطيتك وما الذي ينبغي علينا فعله وحقوقك وما الذي يجب عليك فعله بوصفك عضوًا في خطتنا.

خدمات الأعضاء: القسم المسؤول في إطار خطتنا عن الرد على أسئلتك بشأن العضوية والاستحقاقات والتظلمات والاستئنافات. راجِع **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات عن قسم خدمات الأعضاء.

الصيدليات التابعة لشبكتنا: الصيدليات (متاجر الأدوية) التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة طبيًا لأعضاء خطتنا. ونحن نطلق عليها اسم "الصيدليات التابعة لشبكتنا" نظرًا إلى أنها وافقت على التعاون مع خطتنا. وفي معظم الحالات، لا نوفر تغطية الوصفات إلا عند صرفها لدى إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

مقدمو الرعاية التابعون لشبكتنا: "مقدم الرعاية الصحية" هو تعبير عام يستخدم للإشارة إلى الأطباء والممرضين وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون الخدمات والرعاية. ويشير مصطلح مقدمو الرعاية أيضًا إلى المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم خدمات الرعاية الصحية، والمعدات الطبية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.

- وجميعها معتمدة أو مرخصة من برنامج Medicare ومن الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- ونحن نطلق عليهم اسم "مقدمو الخدمات التابعون لشبكتنا" نظرًا إلى أنهم يوافقون على التعاون مع خطتنا للرعاية الصحية، ويقبلون المبالغ التي ندفعها إليهم، ولا يفرضون على الأعضاء أي مبالغ إضافية.
- فحينما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي الرعاية المدرَجين في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة. ويُطلق على موفري الخدمات التابعين للشبكة أيضًا مسمى "موفرو الخدمات التابعون للخطة".

دار أو مرفق الرعاية: المكان الذي يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكن من غير الضروري أن يمكثوا في المستشفى.

أمين المظالم: مكتب في الولاية يعمل كهيئة دفاع نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك على فهم ما تفعله. تعتبر خدمات أمين المظالم مجانية. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من *دليل الأعضاء*.

حكم المنظمة: حكم المنظمة الذي تصدره خطتنا عندما نتخذ، نحن أو أي من مقدمي الرعاية التابعين لنا، قرارًا بشأن ما إذا كانت الخدمات مشمولة بالتغطية أو بشأن المبلغ المدفوع مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. ويُطلَق على أحكام المنظمة اسم "قرارات التغطية". يوضح **الفصل 9** من *دليل الأعضاء* قرارات التغطية.

المنتج البيولوجي الأصلي: هو منتج بيولوجي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) ويعمل كمثيل للشركات المصنعة التي تنتج بدائل حيوية مماثلة. ويسمى أيضًا المنتج المرجعي.

Original Medicare (نظام Medicare التقليدي أو Medicare للخدمة المجانية): توفر الحكومة Original Medicare. وفي إطار برنامج Original Medicare، تُغطَّى الخدمات من خلال الدفع إلى الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يحددهم الكونجرس.

- يمكنك استخدام الطبيب أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يقبلون برنامج Medicare. يتكون برنامج Original Medicare من جزأين: الجزء (أ) (التأمين بالمستشفى) والجزء (ب) (التأمين الطبي).
- يتوفر برنامج Original Medicare في كل ولاية بالولايات المتحدة.
- إذا لم تكن تريد التسجيل في خطتنا، فيمكنك اختيار التسجيل في أي من خطط برنامج Original Medicare.

الصيدليات غير التابعة لشبكتنا: الصيدلية التي لم تتفق على العمل مع خطتنا للتنسيق أو لتقديم الأدوية المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. ولا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تصرفها لدى الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تُطبَّق شروط معينة.

مقدم الخدمات غير التابع لشبكتنا أو المرافق غير التابعة لشبكتنا: مقدم الرعاية أو المرفق الذي لا يعمل لصالح خطتنا أو غير مملوك لها أو لا يشغلها ولا يرتبط بعقد لتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. يوضح **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* مقدمي الخدمات أو المرافق غير التابعة للشبكة.

الأدوية غير الموصوفة طبيًا (OTC): تشير الأدوية غير الموصوفة طبيًا إلى أي دواء أو علاج يمكن للشخص شراؤه دون وصفة طبية من أخصائي الرعاية الصحية.

الجزء (أ): راجِع "Medicare الجزء أ".

الجزء (ب): راجع "Medicare الجزء ب".

الجزء (ج): راجع "Medicare الجزء ج".

الجزء (د): راجع "Medicare الجزء د".

أدوية الجزء (د): راجع "الأدوية بالجزء "د" ببرنامج Medicare."

المعلومات الصحية الشخصية (PHI) (تُسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك، وعنوانك، ورقم الضمان الاجتماعي، وزيارات الطبيب، والسجل الطبي. ويمكنك مراجعة إشعار ممارسات الخصوصية للاطلاع على مزيد من المعلومات عن كيفية حمايتنا المعلومات الصحية الشخصية (PHI) واستخدامها والإفصاح عنها، وكذلك حقوقك المتعلقة بالمعلومات الصحية الشخصية (PHI).

مقدم الرعاية الرئيسي (PCP): الطبيب أو مقدم الرعاية الذي تتعامل معه أولاً بشأن معالجة المشكلات الصحية. حيث يحرص على أن تتلقى الرعاية التي تحتاج إليها لتتمتع بصحة طيبة.

- كما قد يتحدث مع غيره من الأطباء ومقدمي الرعاية الطبية حول الرعاية المقدمة لك ويحيلك إليهم.
- في العديد من الخطط الصحية ببرنامج Medicare، ينبغي عليك استخدام مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل اللجوء إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.
- راجِع **الفصل 3** من *دليل الأعضاء* للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية.

التصريح المسبق: طلب خدمة مقدَّم من مقدِّم الرعاية الأولية الخاص بك من أجل الحصول على موافقة أو تفويض من خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) للحصول على خدمة معينة أو دواء معين أو الذهاب إلى مقدم رعاية غير تابع للشبكة. وقد لا توفر خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تغطية الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة.

لا تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية التابعة للشبكة إلا إذا حصل الطبيب أو مقدم الرعاية التابع للشبكة على تصريح مسبق من جانبنا.

- الخدمات المشمولة بالتغطية التي تستلزم الحصول على التصريح السابق في خطتنا موضحة في **الفصل 4** من *دليل الأعضاء*.

لا تغطي خطتنا بعض الأدوية إلا إذا حصلتَ على تصريح مسبق من جانبنا.

- كما تم تحديد الأدوية المغطاة التي تحتاج إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية بالإضافة إلى نشر قواعدنا عبر موقعنا الإلكتروني.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): برنامج يغطي مزايا Medicare و Medi-Cal معًا للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا وأكبر والذين يحتاجون إلى مستوى رعاية أكثر تخصصًا في المنزل.

الأجهزة التعويضية وتقويم العظام: الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر والتي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والرقبة والأطراف الصناعية والعيون الصناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال أي عضو داخلي أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك لوازم الفغر وعلاج التغذية المعوية والتغذية بالحقن.

منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO): مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) للتحقق من الرعاية المقدَّمة إلى المرضى وتحسينها. راجِع **الفصل 2** من *دليل الأعضاء* للاطّلاع على مزيد من المعلومات عن هيئة تحسين الجودة.

حدود الكمية: الحد الأقصى لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. وقد نطبّق حدودًا على كمية الدواء التي نغطيها في كل وصفة.

أداة المزايا في الوقت الحقيقي: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وفي الوقت المناسب ومناسبة سريريًا للأدوية المغطاة ومعلومات المزايا الخاصة بالمسجلين. ويشمل ذلك مبالغ تقاسم التكلفة، والأدوية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية مثل دواء معين، وقيود التغطية (الترخيص المسبق، والعلاج المرحلي، وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة: الإحالة: الموافقة التي يمنحها لك مقدم الرعاية الأولية الذي تتعامل معه لتتعامل مع مقدم رعاية غيره. وإذا لم تحصل على الموافقة أولاً، فقد لا نغطي الخدمات التي تحصل عليها. لست بحاجة إلى إحالة لزيارة أخصائيين معينين، مثل الأخصائيين في صحة المرأة. ويمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات عن الإحالات في **الفصلين 3 و 4** من *دليل الأعضاء*.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك على التعافي من مرض أو حادثة أو عملية جراحية كبرى. راجع **الفصل 4** من *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد عن خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الحساسة: الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة جنسيًا (STI)، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS)، وحالات الإجهاض والاعتداء الجنسي، واضطرابات استعمال المواد، ورعاية التأكيد على النوع، وعنف الشريك.

منطقة الخدمات: المنطقة الجغرافية التي تقبل فيها الخطة الصحية أعضاء إذا كانت تحدد العضوية بناءً على المكان الذي تعيش فيه. وبالنسبة إلى الخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي قد تتعامل معها، فيكون هذا عمومًا هو النطاق الذي يمكنك الحصول فيه على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا الانضمام إلى خطتنا.

مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF): مرفق الرعاية الذي يتميز بفريق عمل وأجهزة متخصصة لتقديم خدمات التمريض وخدمات إعادة التأهيل المتخصصة في معظم الحالات وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

الرعاية في منشآت الرعاية التمريضية المتخصصة: خدمات التمريض وإعادة التأهيل المتخصصة المقدمة على أساس يومي دائم في مركز تمريض متخصص. وتتضمن الأمثلة على منشآت الرعاية التمريضية المتخصصة العلاج البدني أو الحقن الوريدي (IV) التي قد يعطيها الممرض المعتمد أو الطبيب.

الاختصاصي: الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية الخاصة بمرض معين أو جزء من الجسم.

الصيدلية المتخصصة: راجع **الفصل 5** من *دليل الأعضاء* لمعرفة المزيد عن الصيدليات المتخصصة.

جلسة استماع: جلسة الاستماع التي يمكنك المطالبة بعقدها لدى الولاية إذا طلب الطبيب أو مقدم الخدمة توفير أي من خدمات برنامج Medi-Cal التي لا نوافق على توفيرها أو إذا لم نواصل الدفع مقابل أي من خدمات برنامج Medi-Cal التي تحصل عليها بالفعل. وإذا جاء قرار جلسة الاستماع في صالحك، فسيتوجب علينا تقديم الخدمة التي طلبتها.

العلاج التدريجي: إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك أن تجرب دواء آخر أولاً قبل أن نغطي الدواء الذي طلبته.

دخل الضمان التكميلي (SSI): المعونة الشهرية التي يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص ذوي الدخول والموارد المحدودة المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر. تختلف مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI)عن مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية الضرورية العاجلة: هي الرعاية التي تحصل عليها بسبب مرضٍ مفاجئ أو إصابة أو وضع لا يمثل حالة طارئة ولكنه يحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية العاجلة التي تحتاجها من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عند عدم توافر مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو في حال عدم إمكانية الوصول إليهم نظرًا لظروفك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من مقدمي خدمات تابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طبية طارئة).

MOLINA HEALTHCARE

CALIFORNIA EAE
NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-855-665-4627 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711). These services are free.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بلغتك، فيُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). كما تتوفر أدوات مساعدة وخدمات لذوي الاحتياجات الخاصة، مثل الوثائق بلغة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. يُرجى الاتصال على الرقم 1-855-665-4627 (وبالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي "TTY"، فيمكنهم الاتصال على: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Ձեր լեզվով օգնության դեպքում, զանգահարեք 1-855-665-4627 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Հաշմանդամների համար հասանելի են նաև աջակցման ծառայություններ, օրինակ՝ փաստաթղթեր բրայլյան և խոշոր տառերով: Զանգահարեք՝ 1-855-665-4627, (TTY՝ 711): Ծառայությունները գործում են անվճար:

請注意：如果您需要語言方面的協助，請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。我們也向身心障礙人士提供輔助及服務，例如點字與大字體文件。請撥打 1-855-665-4627 (TTY: 711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਅਸਮਰਥਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਮਦਦ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

ध्यान दें: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता हो, तो 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। वविकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। 1-855-665-4627 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

THOV MUAB SIAB RAU: Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su thiab cov ntawv loj.Hu rau 1-855-665-4627 (TTY: 711). Lawv cov kev pab cuam yog muab pab dawb xwb.

注記：母国語によるサポートが必要な場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。点字による文書や大きな活字で印刷した文書など、障がいのある方への支援やサービスもご利用いただけます。ご利用を希望される場合は、1-855-665-4627 (TTY：711) までご連絡ください。これらのサービスはいずれも無料です。

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 점자 및 큰 글자 문서와 같이 장애가 있는 사용자를 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-855-665-4627(TTY: 711)로 문의 바랍니다. 서비스 이용은 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາເບີ 1-855-665-4627 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

UA ZOO SAIB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711). Dhau li no lawm kuj muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv xuas thiab luam ua tus ntawv loj. Hu rau 1-855-665-4627 (TTY:711).Cov kev pab cuam no yog muab yam tsis xam nqi.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ ជំនួយ និងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនដែលមានពិការភាព ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាប និងជាពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-855-665-4627 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر می‌خواهید راهنمایی‌ها را به زبان خودتان دریافت کنید، با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. وسائل و خدمات کمکی مخصوص افراد مبتلا به معلولیت، مانند اسناد به خط بریل و چاپ با حروف درشت نیز در دسترس هستند. برای دریافت این خدمات با شماره 1-855-665-4627 (شماره TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات به صورت رایگان ارائه می شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима информация на вашем языке, позвоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Для людей с инвалидностью также предоставляются услуги и информация в доступном формате — например, документы шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Звоните 1-855-665-4627 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidad, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-855-665-4627 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

PAUNAWA: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking print. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711). Ang mga serbisyong ito ay libre.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) รวมถึงยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารอักษรภาษาเบรลล์และตัวพิมพ์ใหญ่อีกด้วย โทร 1-855-665-4627 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Крім того, ви можете отримати допоміжні засоби й послуги для осіб з особливими потребами, як-от документи, надруковані шрифтом Брайля або великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-855-665-4627 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Hiện chúng tôi cũng có sẵn các phương tiện hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi và chữ in cớ lớn. Hãy gọi 1-855-665-4627 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

قسم خدمات أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP)

الطريقة	معلومات الاتصال
اتصل على	665-4627 (855) المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. كما يتيح قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية
بالنسبة لمستخدمي الهاتف النصي (TTY)،	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.
فاكس	**للخدمات الطبية:** عناية: Medicare Member Services الفاكس: 6186-507 (310) **فيما يتعلق بخدمات الجزء (د) (الأدوية الموصوفة):** الفاكس: 1309-290 (866)
المراسلة عبر البريد	**للخدمات الطبية:** 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 **فيما يتعلق بخدمات الجزء (د) (الأدوية الموصوفة):** عناية: Pharmacy Department 7050 Union Park Center, Suite 600 Midvale, UT 84047
الموقع الإلكتروني	www.MolinaHealthcare.com/Medicare