

# 2023

## دليل الأعضاء

### خطة Molina Medicare Complete Care Plus Medicare Medi-Cal التابعة لخطة (HMO D-SNP)

**California H5810-016**

تخدم المقاطعات التالية: Los Angeles و Riverside و (جزئي) San Bernardino و (جزئي) San Diego

تعد الخطة سارية بدءاً من 1 يناير حتى 31 ديسمبر 2023





# Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) خطة التابعة لخطة Medicare Medi-Cal: دليل الأعضاء

2023/31/12 – 2023/01/01

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

### مقدمة دليل الأعضاء

إنّ دليل الأعضاء هذا، المعروف كذلك باسم دليل التغطية، يبين لك التغطية التي تستحقها بموجب خطة Molina Medicare Complete Care Plus حتى 2023/31/12. فهو يوضّح خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطراب تعاطي المخدرات) وتغطية الأدوية الموصوفة والخدمات والإعانات طويلة الأجل. حيث يساعدك برنامج Long Term Services and Supports على البقاء في منزلك دون حاجة للذهاب إلى دار التمريض أو إلى المستشفى. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

تعد هذه الوثيقة وثيقة قانونية مهمة. لذا احتفظ بها في مكان 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).

ATTENTION: If you speak: English, Spanish, Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. The call is free

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (855) 665-4627 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 (855) 665-4627 (TTY: 711)。

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (855) 665-4627 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (855) 665-4627 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (855) 665-4627 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (855) 665-4627 (телетайп: 711).

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-665-4627 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على  
رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ՈՒՇԱԴԻՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՐԵ Խոստում եւ հայերեն, ապա ձեզ անվերա կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծախսերը: Զանգահարեք (855) 665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Բարձրագույն Երկրորդ Կարգի Կրթության Կենտրոնի համարձակեցումը կատարվելու համար կարող եք հարցազրույցի միջոցով հարցազրույցի լեզվական աջակցություն խնդրել: Զանգահարեք (855) 665-4627 (TTY: 711) և հարցազրույցի լեզվական աջակցություն խնդրեք:

You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English, please contact the State at (800) 541-5555, TTY: 711, Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m., local time to update your record with the preferred language. To get this document in an alternate format, please contact Member Services at (855) 665-4627, TTY: 711, 7 days a week, 8 a.m. to 8 p.m., local time. A representative can help you make or change a standing request. You can also contact your Case Manager for help with standing requests.



## خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) لعام 2023

### جدول المحتويات

6.....	البداية بصفتك عضوًا	الفصل 1:
15.....	أرقام الهواتف والموارد المهمة	الفصل 2:
31.....	استخدام تغطية خطتنا من أجل رعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة	الفصل 3:
47.....	جدول المزايا	الفصل 4:
95.....	الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين	الفصل 5:
108.....	ما تدفعه لقاء الأدوية الموصوفة لك عبر برنامجي <i>Medi-Cal</i> و <i>Medicare</i>	الفصل 6:
123.....	مطالبتنا بالدفع نظير الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها	الفصل 7:
127.....	حقوقك ومسؤولياتك	الفصل 8:
147.....	الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، التظلمات، الشكاوى)	الفصل 9:
184.....	إنهاء عضويتك في خطتنا	الفصل 10:
190.....	الإشعارات القانونية	الفصل 11:
193.....	تعريفات المصطلحات المهمة	الفصل 12:



## إخلاء المسؤولية

- ❖ إن خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid الخاص بالولاية. يعتمد تسجيل الاشتراك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus على تجديد العقد.
- ❖ يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بلغة (لغات) غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو بالصوت. اتصل على الرقم 665-4627-855، رقم الهاتف النصي (TTY): 711. هذا الاتصال مجاني.
- ❖ التغطية بموجب خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هي تغطية صحية جيدة تمثل "الحد الأدنى من التغطية الأساسية"، حيث نفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية بأسعار معقولة (ACA). يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) للحصول على مزيد من المعلومات حول مطلب المسؤولية المشتركة الفردية للتغطية الضرورية للحد الأدنى.



❖ قد تنطبق القيود والمدفوعات المشتركة. لمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus أو قراءة دليل أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus. يعني هذا أنه قد يتعين عليك الدفع مقابل بعض الخدمات وأنت ستحتاج إلى اتباع قواعد معينة كي تقوم خطة Molina Medicare Complete Care Plus بتغطية خدماتك.

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: (866) 606-3889، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي

رقم الهاتف النصي (TTY): 711 الفاكس: (562) 499-0610

البريد الإلكتروني: [civil.rights@MolinaHealthcare.com](mailto: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

Independence Avenue, SW 200

Suite 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

OCRMail@hhs.gov (202) 619-3818 (800) 537-7697 (800) 368-1019

[www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع الإلكتروني [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

إذا كنت ترى أن Molina قد مارست أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية

(Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة، إلكترونيًا

من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية (Civil Rights Complaint Portal)، المتاحة على الموقع الإلكتروني:

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

أو عبر البريد أو الهاتف على العنوان:

وزارة Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F

HHH Building

Washington, DC 20201

800-537-7697 (لمستخدمي أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD)) أو 1-800-868-1019

تتوفر نماذج الشكاوى على:

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## الفصل 1: البدء بصفقتك عضوًا

### مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن خطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus الصحية التي تغطي كل خدمات Medicare وتنسق كل خدمات Medi-Cal. كما تخبرك بالأمور المتوقعة وماهية المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### أ. المحتويات

- 7 ..... أ. مرحبًا بك في خطتنا.....
- 7 ..... ب. معلومات عن برنامجي Medicare و Medi-Cal.....
- 7 ..... ب1. برنامج Medicare.....
- 7 ..... ب2. برنامج Medi-Cal.....
- 8 ..... ج. مزايا خطتنا.....
- 8 ..... د. نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا.....
- 9 ..... هـ. ما يؤولك لتصبح عضوًا في الخطة.....
- 9 ..... و. المتوقع عند انضمامك إلى خطتنا الصحية للمرة الأولى.....
- 10 ..... ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية الخاصة بك.....
- 10 ..... ز1. فريق الرعاية.....
- 10 ..... ز2. خطة الرعاية.....
- 11 ..... ح. خطة بأقساط شهرية.....
- 11 ..... ط. دليل الأعضاء.....
- 11 ..... ي. المعلومات الأخرى المهمة التي تحصل عليها منا.....
- 11 ..... ي1. بطاقة معرف الخطة الخاصة بك.....
- 12 ..... ي2. دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.....
- 13 ..... ي3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية.....
- 13 ..... ي4. شرح المزايا.....
- 14 ..... ك. المحافظة على تحديث سجل العضوية الخاص بك.....
- 14 ..... ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI، personal health information).....

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



## أ. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal المقدمة إلى الأفراد المؤهلين للاستفادة من كلا البرنامجين. وتتضمن خطتنا أطباء ومستشفيات وصيديات ومقدمي الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية وغيرهم من مقدمي الخدمات الآخرين. كما أن لدينا مديري حالات وفرق رعاية لمساعدتك على إدارة كل المقدمين 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 برنامجي Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة، ومن ثمَّ يمكنك الحصول على مساعدة صحية مخصصة لتتعم 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 أمس الحاجة إلى ذلك. ومنذ البداية، وضعت خطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus احتياجات أعضائنا في مقدمة الأولويات، وما زلنا نفعل ذلك حتى يومنا هذا.

مرحبًا بك في شركة Molina Healthcare. عائلتك الكبيرة.

## ب. معلومات عن برنامجي Medicare وMedi-Cal

### ب.1. برنامج Medicare

يعدّ Medicare أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية لخدمة:

- الأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر،
- بعض الأشخاص دون سن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات معينة،
- الأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية.

### ب.2. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو اسم مختصر لبرنامج Medicaid بولاية California. 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 الطبية. كما أنه يغطي الخدمات الإضافية والأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تحدد كل ولاية:

- ما يُعدّ بمنزلة دخل وموارد.
- الأشخاص المؤهلين.
- الخدمات المشمولة في الخطة.
- تكلفة الخدمات.

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



- اخترنا أن نقدّم الخطة.
- يسمح لنا برنامج Medicare وولاية California بالاستمرار في عرض هذه الخطة.
- لن يتأثر استحقاقك للاستفادة ببرنامجي Medicare وMedi-Cal حتى في حال توقّف خطتنا عن العمل في المستقبل.

### ج. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على كل خدماتك المشمولة بتغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا، بما في ذلك الأدوية الموصوفة. لن تدفع المزيد لانضمامك إلى هذه الخطة الصحية.

سنساعد على دمج مزايا برنامجي Medicare وMedi-Cal معًا بما يحسّن استفادتك منها. وتشمل المزايا ما يلي:

- يمكنك التعامل معنا للحصول على كل احتياجاتك من الرعاية الصحية.
- ستحظى بفريق رعاية تُسهّم أنت في تكوينه. 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 مدير الحالة. وهو شخص يتعامل معك، في إطار خطتنا، ومع فريق رعايتك من أجل المساعدة على وضع خطة الرعاية.
- يمكنك توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق رعايتك ومدير الحالة.
- يعمل معك فريق الرعاية ومدير الحالة للوصول إلى خطة رعاية مخصصة لتلبية احتياجاتك الصحية. وسيساعد فريق الرعاية على تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، يعني هذا أن فريق رعايتك سيتأكد من الآتي:
  - أن أطباءك 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 أطباءك 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 مدة شهر واحد إضافي. وبعد ذلك، ستحصل على خدمات Medi-Cal من خطة Molina Medicare Complete Care Plus. ولن يكون هناك انقطاع في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً بالتوقيت المحلي إذا كانت لديك أي أسئلة.

### د. نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا

يتضمن نطاق خدمتنا المقاطعات التالية في كاليفورنيا:

- مقاطعة Los Angeles
- مقاطعة San Diego
- مقاطعتا Riverside وSan Bernardino باستثناء المناطق ذات الرموز البريدية الآتية:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

92225 و 92226 و 92239 و 92275 و 92382 و 92385 و 92386 و 92391 و 92397 و 92398 و 92409 و 92284 و 92280 و 92278 و 92277 و 92268 و 92267 و 92256 و 92252 و 92242 و 93592 و 93562 و 92285 و 92286 و 92304 و 92305 و 92309 و 92310 و 92311 و 92312 و 92314 و 92315 و 92317 و 92321 و 92322 و 92323 و 92325 و 92326 و 92327 و 92332 و 92333 و 92338 و 92339 و 92341 و 92342 و 92347 و 92352 و 92356 و 92363 و 92364 و 92365 و 92366 و 92368 و 92372.

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 لمزيد من المعلومات عن الآثار المترتبة على الانتقال إلى خارج نطاق خدمتنا.

## هـ. ما يؤولك لتصبح عضوًا في الخطة

سنتكون مؤهلًا لخطتنا طالما:

- تعيش في نطاق خدمتنا (لا يُعدّ المسجونون في نطاق خدمتنا أفرادًا يعيشون في نطاق الخدمة الجغرافي حتى وإن كانوا موجودين في هذا النطاق بالفعل).
- تبلغ من العمر 21 عامًا في وقت التسجيل، و
- تحظى بكل من الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare، و
- مؤهلًا حاليًا لبرنامج Medi-Cal، و
- تكون من مواطني الولايات المتحدة أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.

اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

يرجى ملاحظة الآتي: إذا فقدت أهليتك لكن يُتوقع لأسباب معقولة أن تستعيد أهليتك في غضون 6 أشهر، فأنت إذا لا تزال مؤهلًا للعضوية في خطتنا (يوضح لك القسم أ من الفصل 4 التغطية وتقاسم التكاليف خلال هذه الفترة، التي تُسمى أهلية مستمرة مفترضة).

## و. المتوقع عند انضمامك إلى خطتنا الصحية للمرة الأولى

عندما تنضم إلى خطتنا لأول مرة، تحصل على تقييم للمخاطر الصحية (HRA) خلال 90 يومًا من تاريخ تسجيلك الفعلي.

يجب أن تُكمل تقييم المخاطر الصحية (HRA) لك. ويعدّ تقييم المخاطر الصحية (HRA) هذا الأساس لوضع خطة الرعاية الخاصة بك. ويتضمن تقييم المخاطر الصحية (HRA) أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية وبرنامج LTSS، وكذلك احتياجات الصحة السلوكية والاحتياجات 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، إذا لم يكونوا مدرجين في شبكتنا. نُسَمي ذلك استمرارية فترة الرعاية. وإذا لم يكن الأطباء مدرجين في شبكتنا، فيمكنك الاحتفاظ بمقدمي الرعاية الحاليين والترخيص الخدمية من وقت تسجيلك حتى 12 شهرًا إذا تم استيفاء كل من المعايير الآتية:

- أن تطلب منا أنت أو وكيلك أو مقدم الرعاية السماح لك بالاستمرار في المتابعة مع مقدم الرعاية الخاص بك الحالي.
- أن تثبت وجود علاقة قائمة لك بأحد مقدمي الرعاية الأولية أو الرعاية المتخصصة، مع وجود بعض الاستثناءات. عندما نتحدث عن العلاقة القائمة، فإننا نعني أنك ذهبت إلى مقدم رعاية من خارج الشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ تسجيلك الأولي في خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- وسنحدد نحن العلاقة القائمة من خلال مراجعة معلوماتك الصحية المتوفرة لدينا أو المعلومات التي تقدّمها أنت إلينا.
- أمامنا 30 يومًا للاستجابة لطلبك. ويمكنك أن تطلب منا أن نتخذ القرار بسرعة أكبر، وعلينا الاستجابة في غضون 15 يومًا.
- يجب أن تقدم أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك الوثائق المتعلقة بالعلاقة الموجودة وأن توافق على شروط معينة عندما تقوم بتقديم الطلب.

**ملحوظة:** يمكنك فقط إجراء هذا الطلب للحصول على خدمات المعدات الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment، DME)، أو خدمات النقل، أو الخدمات المساعدة الأخرى غير المدرجة في خطتنا. لكن لا يمكنك إجراء هذا الطلب لموفري المعدات الطبية المعمرة (DME) أو خدمات النقل أو الخدمات المساعدة الأخرى.

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 بالخطة الصحية. يرتبط مقدمو الرعاية الرئيسيون (PCP) التابعين لخطينا بمؤسسة IPAS والمجموعات الطبية. عندما تختار مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) 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 (PCP) والمتخصصين وقد تأسست بغرض تقديم خدمات الرعاية الصحية المنسقة لك. راجع الفصل 3 من دليل الأعضاء للحصول على مزيد المعلومات عن الحصول على الرعاية.

## ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية الخاصة بك

### 1. فريق الرعاية

يمكن أن يساعدك فريق الرعاية على الاستمرار في تلقي الرعاية التي تحتاج إليها. يمكن أن يشمل فريق الرعاية على طبيبك أو مدير حالتك أو أي شخص آخر تختاره.

مدير الحالة هو شخص مدرب يساعدك على إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. ويتم تخصيص مدير حالة لك عندما تسجل في خطتنا. ويحملك 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 مدير الحالة وفريق الرعاية.

### 2. خطة الرعاية

يعمل فريق الرعاية معك على وضع خطة الرعاية. وتخبرك خطة الرعاية أنت وأطبائك بالخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. وهي تشمل على احتياجات الخدمات الطبية والصحة السلوكية وبرنامج LTSS.

تشتمل خطة الرعاية الخاصة بك على ما يأتي:

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## ح. خطة بأقساط شهرية

لا تتضمن خطتنا أقساطًا شهرية.

## ط. دليل الأعضاء

يُعدّ دليل الأعضاء جزءًا من تعاقدا معك. ويعني ذلك أننا يجب علينا الالتزام بكل القواعد الواردة في هذا المستند. إذا ظننت أننا قمنا بإجراء يخالف هذه القواعد، فيمكنك تقديم تظلم على قرارنا. لمزيد من المعلومات عن التظلمات، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء، أو اتصل بخط المساعدة 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227).

يمكنك طلب نسخة من دليل الأعضاء من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك كذلك الاطلاع على دليل الأعضاء على الرابط [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare) أو تنزيله من هذا الموقع.

يُعد هذا العقد ساريًا على الأشهر التي سجلت فيها في خطة Molina Medicare Complete Care Plus بين 2023/01/01 و2023/31/12.

## ي. المعلومات الأخرى المهمة التي تحصل عليها منا

تشمل 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.

### ي.1 بطاقة معرف الخطة الخاصة بك

بموجب خطتنا، تحصل على بطاقة واحدة لخدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal التي تغطيها خطتنا، بما في ذلك الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، وخدمات معينة للصحة السلوكية والوصفات العلاجية. وتُظهر هذه البطاقة عند حصولك على أي خدمات أو أدوية موصوفة يغطيها الجزء D. موضح أدناه نموذج لبطاقة هوية العضو:

	
<p>In case of emergency: Call 911 or go to the nearest emergency room or other appropriate setting. If you are not sure whether you need to go to the emergency room, call your Primary Care Provider (PCP) or you may also contact our 24-Hour Nurse Advice Line.</p>	
<p>&lt;Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)&gt;  <b>Member Name:</b> &lt;MemFIRST&gt; &lt;MemMI&gt; &lt;MemLAST&gt;  <b>Member ID:</b> &lt;MemID&gt;  <b>Care Coordinator Phone:</b> &lt;(800) 665-0898&gt;</p>	<p><b>Member Services:</b> &lt;(800) 665-0898&gt;  <b>Member Services TTY:</b> &lt;711&gt;  <b>Behavioral Health:</b> &lt;800 665-0898&gt;  <b>24-Hour Nurse Advice:</b> &lt;(888) 275-8750&gt;  <b>Pharmacy Help Desk:</b> &lt;(800) 665-0898&gt;  <b>Dental Service:</b> &lt;(800) 665-0898&gt;</p>
<p>PCP Group Name: &lt;PCPNAM&gt;  PCP Phone: &lt;PCPPHN&gt;  <b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b>  Copays: \$0  &lt;H9810-016&gt;</p>	<p><b>MedicareRx</b>  Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: &lt;RXBIN&gt;  RxPCN: &lt;RXPCN&gt;  RxGRP: &lt;RXGROUP&gt;  RxID: &lt;MemID&gt;</p>
<p>Website: &lt;www.MolinaHealthcare.com/Medicare&gt;  Send Claims To: PO BOX 22702, LONG BEACH, CA 90801  EDI Submission Payer ID: &lt;000000&gt;  <b>Claim Inquiry:</b> &lt;(800) 665-0898&gt;</p>	

إذا تعرضت بطاقة هوية العضو الخاصة بك للتلف أو الفقد أو السرقة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الفور على الرقم الموجود أسفل الصفحة. وستُرسل إليك بطاقة جديدة.

ما دمت عضوًا في خطتنا، فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق. احتفظ بهذه البطاقة في مكان آمن لتستخدمها في حال احتجت إليها لاحقًا. إذا أظهرت بطاقة Medicare بدلًا من بطاقة هوية العضو، فقد يحرّر مقدم الرعاية فاتورة لبرنامج Medicare بدلًا من خطتنا، وقد تُحرر لك فاتورة. راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء لمعرفة ما ينبغي لك فعله إذا قام مقدم الرعاية بتحرير فاتورة لك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

- خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي قد تتلقاها من خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP، Mental Health Plan)
- الأدوية المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx

## ي.2. دليل مقدمي الرعاية والصيديات

يُدرج دليل مقدمي الرعاية والصيديات مقدمي الرعاية والصيديات ضمن خطة شبكتنا. فحينما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي الرعاية المدرّجين في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة.

يمكنك طلب نسخة من دليل مقدمي الرعاية والصيديات من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك كذلك الرجوع إلى دليل مقدمي الرعاية والصيديات على عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

ويضم هذا الدليل قائمة بأطباء الرعاية الرئيسية (PCP) والمستشفيات وغير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية المتاحين لك كعضو في شركة 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 التي يتقنها الموفر
- إتاحة مواقع الخدمة
- مزايا / انتسابات المستشفى
- المجموعة الطبية

من المهم أن يتمكن المرضى من مقابلة الأطباء بكل سهولة، وأن توفر عيادات الأطباء أي مساعدة يحتاجون إليها للحصول على الرعاية المطلوبة. يتم رسم 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 كرسي متحرك

كما يمكنك أن تعرف ما إذا كان مقدمو الرعاية (الأطباء أو المستشفيات أو الاختصاصيون أو العيادات الطبية) يقبلون المرضى الجدد أم لا من خلال دليل مقدمي الرعاية المتاح لك أو عبر عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**تعريف مقدمي الرعاية الخاصين بالشبكة**

- يشمل مقدمو الرعاية التابعون لشبكتنا:
    - الأطباء والمرضى ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين يمكنك الذهاب إليهم بصفقتك عضوًا في خطتنا؛
    - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض والأماكن الأخرى التي توفر الخدمات الصحية في خطتنا؛
    - برنامج (LTSS)، وخدمات الرعاية الصحية السلوكية، ووكالات الرعاية الصحية المنزلية، وموردي المعدات الطبية المعمرة (DME) 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 يقدم قسم خدمات الأعضاء وموقعنا الإلكتروني أحدث المعلومات إليك عن التغييرات التي تطرأ على الصيدليات ومقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا.

**ي.3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية**

- تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المشمولة. ونسبها اختصارًا "قائمة الأدوية". وهي توضح لك الأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا.
- كما تُفيدك "قائمة الأدوية" أيضًا إذا ما كان هناك أية قواعد أو قيود على أي من الأدوية، مثل حد الكمية التي يمكنك الحصول عليها. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات.
- نرسل إليك كل عام معلومات 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 (راجع المعلومات الموجودة أسفل الصفحة).

**ي.4. شرح المزايا**

- عندما تستخدم مزايا الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء D، سنرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم ومتابعة عمليات السداد مقابل الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء D. يُسمى هذا الموجز بشرح المزايا (أو EOB اختصارًا).
- يطلعك تقرير شرح المزايا (EOB) على إجمالي المبلغ الذي أنفقته أنت أو الآخرون نيابة عنك مقابل أدويةك الموصوفة في الجزء D، إلى جانب إجمالي المبلغ الذي أنفقناه مقابل كل دواءٍ من الأدوية الموصوفة في الجزء D خلال الشهر. يقدم تقرير شرح المزايا المزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها. ويقدم الفصل 6 من دليل الأعضاء مزيدًا من المعلومات عن تقرير شرح المزايا (EOB) 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.



## ك. المحافظة على تحديث سجل العضوية الخاص بك

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

نحتاج إلى معرفة هذه المعلومات لتتأكد 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 إياها.

أخبرنا على الفور بما يأتي:

- إذا كنت قد أجريت أية تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
  - إذا كنت قد أجريت أي تغييرات في أي تغطية أخرى للتأمين الصحي، كالتي تأتي من صاحب عملك، أو صاحب عمل زوجك أو صاحب عمل زوجتك أو من تعويض العاملين.
  - إذا كانت لديك أي من دعاوى المسؤولية، مثل الدعاوى الصادرة عن إحدى حوادث السيارات.
  - دخول دار رعاية أو مستشفى.
  - إذا تلقيت رعاية داخل أحد المستشفيات أو غرف الطوارئ.
  - إذا تغير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص آخر مسؤول عنك)
  - إذا شاركت في دراسة بحثية سريرية. (ملحوظة: لست ملزمًا بإبلاغنا بتفاصيل الدراسة البحثية السريرية التي تشارك فيها أو تصبح جزءًا منها، لكننا نصحك بذلك).
- إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

## ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI، personal health information)

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 معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، راجع الفصل 8 من دليل الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد المهمة

### 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 كذلك استخدام هذا الفصل للاطلاع على معلومات عن كيفية الاتصال بمدير حالتك وغيره ممن يمكنهم تمثيلك. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

16.....	أ. قسم خدمات الأعضاء.....
18.....	ب. مدير حالتك.....
19.....	د. خط أزمات الصحة السلوكية.....
21.....	هـ. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP).....
22.....	و. منظمة تحسين الجودة (QIO).....
23.....	ز. برنامج Medicare.....
24.....	ح. برنامج Medi-Cal.....
25.....	ط. مكتب أمين المظالم.....
25.....	ي. قسم الخدمات الاجتماعية التابع للمقاطعة.....
27.....	ك. خطة الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة.....
28.....	ل. California Department of Managed Health Care.....
29.....	م. موارد أخرى.....



## أ. قسم خدمات الأعضاء

الاتصال الهاتفي	هذه المكالمات مجانية. (855) 665-4627 على مدار 7 أيام في الأسبوع/ من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 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	(711) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي
فاكس	للخدمات الطبية: الفاكس: (310) 507-6186 فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة): الفاكس: (866) 290-1309
المراسلة عبر البريد	للخدمات الطبية: Oceangate, Suite 100 200 Long Beach, CA 90802 فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة): Union Park Center, Suite 200 7050 Midvale, UT 84047
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a>

اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة بخصوص:

- 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:
    - المنافع والخدمات المغطاة الخاصة بك، أو
    - المبلغ الذي تسدده 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، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.
- التظلمات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
  - يُعدّ التظلم وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه حول التغطية الخاصة بك ومطالبتنا بتغييره إذا كنت ترى أننا ارتكبنا خطأ. أو إبداء عدم الموافقة على القرار.
  - للتعرف على المزيد عن تقديم تظلم، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.
- الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- 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 كذلك رفع شكوى بشأن جودة الرعاية التي حصلت عليها إما إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (راجع القسم و).
- يمكنك الاتصال بنا وتوضيح شكواك على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً بالتوقيت المحلي.
- إذا كانت شكواك متعلقة بقرار تغطية فيما يخص الرعاية الصحية الخاصة بك؛ يمكنك التقدم بتظلم (راجع القسم أعلاه).
- يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال موقع [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). أو يمكنك الاتصال بخط المساعدة 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Ombuds Program من خلال الاتصال على الرقم (855) 452-8609.
- لمعرفة المزيد عن تقديم شكوى بشأن الرعاية الصحية، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.
- قرارات التغطية بشأن الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare
  - إن قرار التغطية بشأن أدويةك التي يغطيها برنامج Medicare يتعلق بالآتي:
    - المزايا والأدوية التي يغطيها برنامج Medicare.
    - المبلغ الذي نسدده مقابل أدويةك التي يغطيها برنامج Medicare.
  - قد يغطي برنامج Medi-Cal Rx الأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل الأدوية التي يتم الحصول عليها من دون وصفة طبية (Over-The-Counter، OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medi-Cal Rx ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) لمعرفة مزيد 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 الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare
  - يعدّ التظلم إحدى الطرق لمناشدتنا بتغيير قرار تغطية ما.
  - لمزيد من المعلومات عن تقديم تظلم بشأن الأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج Medicare، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.
- الشكاوى بشأن الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare
  - يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد إحدى الصيدليات. وهذا يتضمن الشكوى بشأن الأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج Medicare.
  - إذا كانت شكواك بشأن قرار تغطية يتعلق بالأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج Medicare، فيمكنك تقديم تظلم. (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال الموقع الإلكتروني [medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). أو يمكنك الاتصال بخط المساعدة 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج Medicare، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.
  - الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare التي دفعت مقابلها بالفعل.
  - لمزيد من المعلومات عن كيفية مطالبتنا برد نقودك إليك، أو سداد فاتورة تسلمتها بالفعل، راجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء.
  - إذا طالبتنا بسداد إحدى الفواتير ورفضنا أي جزءٍ من طلبك؛ فيمكنك التقدم بتظلم ضد قرارنا. راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.



**ب. مدير حالتك**

يُعدّ مدير الحالة 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 الخاص بك تغيير مدير الحالة المعين - عند الحاجة - عبر الاتصال بمدير الحالة أو خدمات الأعضاء. بالإضافة إلى ذلك، قد يقوم موظفونا بإجراء تغييرات على تعيين مدير حالتك بناءً على احتياجاتك (الثقافية/اللغوية/البدنية/ الصحة السلوكية) أو مكانك. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

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

اتصل بمدير الحالة الخاص بك للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
- و- كيف يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات)
- الأسئلة المتعلقة بالتنقل

• الأسئلة المتعلقة ببرنامج Long Term Services and Supports (LTSS)

يتضمن برنامج LTSS برنامج Community-Based Adult Services (CBAS) ومرافق الرعاية التمريضية (Nursing Facilities (NF).

يمكنك في بعض الأحيان الحصول على المساعدة من خلال الرعاية الصحية اليومية والاحتياجات المعيشية الخاصة بك.

ربما تتمكن من الحصول على الخدمات التالية:

- برنامج Community-Based Adult Services (CBAS)،
- والرعاية التمريضية المتخصصة،
- العلاج البدني،
- مداواة بالانشغال
- وعلاج مشكلات النطق،
- الخدمات الاجتماعية الطبية،
- الرعاية الصحية المنزلية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



**ج. خط الاتصال بخدمة الاستشارات التمريضية**

يمكنك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية الخاص بشركة Molina Healthcare على مدار 24 ساعة في اليوم طوال 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 استشارات التمريض الخاص بنا متاحًا لتقديم الخدمات إلى جميع أعضاء شركة Molina Healthcare في جميع أنحاء الولايات المتحدة. خط استشارات التمريض هو مركز اتصال لتوفير الخدمات الصحية معتمد من لجنة اعتماد مراجعة الاستخدام (URAC). ويدل اعتماد لجنة اعتماد مراجعة الاستخدام (URAC) على أن خط استشارات التمريض الخاص بنا أظهر التزامًا شاملاً بجودة الرعاية وتحسين العمليات والحصول على نتائج أفضل للمرضى، كما أن خط استشارات التمريض الخاص بنا معتمد أيضًا من NCQA في برنامج Health Information Products لخط المعلومات الصحية الخاص بنا على الرقم 365/7/24، 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 استشارات التمريض بتقييم مدى أمانك، ويربطك بخدمات الطوارئ، كما يبحث عن مقدم رعاية للصحة السلوكية والموارد المجتمعية، كما يقوم بإحالتك إلى مدير حالة Molina.

وإذا حدثت لك حالة طارئة قد تتسبب في حدوث ضرر أو وفاة لك أو للآخرين، فاهذب إلى أقرب غرفة طوارئ في أقرب مستشفى أو اتصل على الرقم 911.

الاتصال الهاتفي	(888) 275-8750 هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي الهواتف النصية	(711) هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

**د. خط أزمات الصحة السلوكية**

الاتصال الهاتفي	(888) 858-2150 هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توفر Molina وصولاً على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع إلى متخصصي الصحة السلوكية المرخصين لتقديم المشورة بشأن القضايا المتعلقة بالصحة العقلية وتعاطي المخدرات من خلال الاتصال بخط خدمات الأعضاء. وتتوفر خدمات الترجمة الشفوية للأعضاء الذين يحتاجون إلى هذه الخدمة. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	711. هذه المكالمات مجانية. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

اتصل بخط أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة بخصوص:

← الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات

← الأسئلة المتعلقة بخدمات الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

◀ يمكن أن تحدث الأزمة السلوكية بسبب عوامل بيئية مثل:

- فقدان الوظيفة
  - وفاة أحد أفراد العائلة أو صديق مقرب مؤخرًا
  - التشخيص بمرض خطير
  - الطلاق
  - الأعباء المالية غير المتوقعة
  - إدمان الكحول أو الإدمان بصفة عامة
  - تعاطي المخدرات أو إدمانها
  - الأمراض النفسية
  - عنف العشير (سوء المعاملة المنزلية)
- إذا كانت لديك أسئلة متعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، فراجع الصفحة 27.



**هـ. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)**

يمنح برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) التوعية المجانية الخاصة بالتأمين الصحي للأشخاص من خلال برنامج Medicare. ويمكن لاستشاريي برنامج HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك على فهم ما ينبغي أن تقوم به للتعامل مع مشكلتك. وقد درّب برنامج HICAP استشاريين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية.

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

الاتصال الهاتفي	(800) 434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 صباحًا حتى 4 مساءً حسب التوقيت المحلي.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9 صباحًا حتى 4 مساءً حسب التوقيت المحلي
المراسلة عبر البريد	مقاطعة Los Angeles Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057  مقاطعتا Riverside و San Bernardino: Inland Agency HICAP 9121 Haven Ave, Suite 120 Rancho Cucamonga, CA 91739  مقاطعة San Diego: Elder Law & Advocacy 5151 Murphy Canyon Road, Suite 100 San Diego, CA 92123
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

اتصل ببرنامج HICAP للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة بخطةنا أو برنامج Medicare.
- يمكن لاستشاريي برنامج HICAP الإجابة عن أسئلتك المتعلقة بالانتقال إلى خطة جديدة ومساعدتك على: فهم حقوقك، فهم الاختيارات المتاحة بخطةك، رفع شكاوى فيما يتعلق بالرعاية الصحية والعلاج الخاص بك، و التعامل مع المشكلات المتعلقة بفوائيرك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**و. منظمة 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.

الاتصال الهاتفي	(877) 588-1123
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	(855) 887-6668 يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.
المراسلة عبر البريد	Livanta BFCC-QIO Program Guilford Road, Suite 202 10820 Annapolis Junction, MD 20701-1105
الموقع الإلكتروني	<a href="https://www.livantaqio.com/en/states/california">https://www.livantaqio.com/en/states/california</a>

اتصل بمنظمة Livanta للحصول على المساعدة بخصوص:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق الرعاية الصحية الخاصة بك
- يمكنك التقدّم بشكوى عن 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## ز. برنامج Medicare

يعدّ Medicare أحد برامج التأمين الصحي الفيدرالية للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص دون سن 65 عامًا ممن يعانون من بعض الإعاقات والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكلى أو زرع كلية).

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

<p>الاتصال الهاتفي 1800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات عبر هذا الرقم مجانية على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.</p>	
<p>ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 1-877-486-2048 هذه المكالمات مجانية. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.</p>	
<p>الموقع الإلكتروني <a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> هذا هو الموقع الرسمي لبرنامج Medicare على الإنترنت. وهو يوفر لك معلومات حديثة حول برنامج Medicare. كما لديه معلومات حول المستشفيات ومراكز التمريض والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومنشآت غسيل الكلى ومنشآت تأهيل المرضى الداخليين، ودور رعاية المحتضرين. يشمل هذا مواقع ويب وأرقام هواتف مفيدة. كما يتضمن نشرات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد يمكن لمكتبة الكتب المحلية لديك أو المركز الرئيسي لديك مساعدتك على زيارة الموقع الإلكتروني هذا باستخدام جهاز الكمبيوتر لديه. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم الموجود أعلاه وإخبار قسم المساعدة بما تبحث عنه. وسيعثر لك على المعلومات على الموقع الإلكتروني، ثم يطبعها ويرسلها إليك.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



**ح. برنامج Medi-Cal**

برنامج Medi-Cal هو اختصار لاسم برنامج Medicaid في ولاية California. وهو برنامج تأمين صحي عام يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد أصحاب الدخل المنخفض، ويشمل ذلك الأسر التي لديها أطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقات ورعاية الكفالة والنساء الحوامل والأفراد المصابين بأمراض معينة مثل السل أو سرطان الثدي أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS). وتمول الولاية والحكومة الفيدرالية برنامج Medi-Cal.

الاتصال الهاتفي	1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 بعد الظهر
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	1-800-430-7077 يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات 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	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov">/www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov</a>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



**ط. مكتب أمين المظالم**

يعمل مكتب أمين المظالم كدفاع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة عن أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك على معرفة ما يجب القيام به. يمكن أن يساعدك مكتب أمين المظالم كذلك على حل المشكلات المتعلقة بالخدمات والفواتير. ولن ينحاز المكتب إلى أي طرف تلقائيًا في الشكوى المقدّمة. بل يدُرّس موقف كل الأطراف بحيادية وموضوعية. فوظيفته هي المساعدة على التوصل إلى حلول عادلة لمشكلات الحصول على الرعاية الصحية. وخدماتهم مجانية.

الاتصال الهاتفي	1-888-452-8609 هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 هذه المكالمات 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	<a href="https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx">https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx</a>

**ي. قسم الخدمات الاجتماعية التابع للمقاطعة**

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة فيما يتعلق بمزايا برنامج (IHSS) In-Home Supportive Services، فاتصل بإدارة الخدمات الاجتماعية التابعة لمقاطعتك (County Social Services Department). من خلال برنامج (IHSS) In-Home Supportive Services، 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 بالمقاطعة:

**مقاطعة Los Angeles**

الاتصال الهاتفي	(888) 822-9622 هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711
المراسلة عبر البريد	مقاطعة Los Angeles Department of Public Social Services 2707 South Grand Avenue Los Angeles, CA 90007
الموقع الإلكتروني	<a href="http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center">http://dpss.lacounty.gov/wps/portal/dpss/main/about-us/customer-service-center</a>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



### مقاطعة Riverside

الاتصال الهاتفي	960-4477 (888) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711
المراسلة عبر البريد	مقاطعة Riverside In-Home Supportive Services 12125 Day Street, S-101 Moreno Valley, CA 92557
الموقع الإلكتروني	<a href="http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services">http://dpss.co.riverside.ca.us/adult-services-division/in-home-supportive-services</a>

### مقاطعة San Bernardino

الاتصال الهاتفي	800-4544 (877) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711
المراسلة عبر البريد	مقاطعة San Bernardino In-Home Supportive Services 686 E. Mill Street, 2nd Floor San Bernardino, CA 92414-0640
الموقع الإلكتروني	<a href="http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx">http://hss.sbcounty.gov/daas/IHSS/Default.aspx</a>

### مقاطعة San Diego

الاتصال الهاتفي	مقاطعة San Diego: 510-2020 (800) هذه المكالمات مجانية. خارج مقاطعة San Diego: 339-4661 (800) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711
المراسلة عبر البريد	Health and Human Services Agency مقاطعة San Diego In-Home Supportive Services 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html">http://www.sdcounty.ca.gov/hhsa/programs/ais/inhome_supportive_services/index.html</a>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## ك. خطة الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة

سوف تكون خدمات الصحة النفسية لبرنامج Medi-Cal متاحة لك من خلال خطة الصحة النفسية بالمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي المعايير الطبية الضرورية.

## إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles:

الاتصال الهاتفي	854-7771 (800) هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	651-2549 (562) هذه المكالمات مجانية. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

الأنظمة الصحية التابعة لجامعة Riverside، خط الوصول والإحالة والتقييم والدعم المجتمعي  
(CARES، Community Access and Referral, Evaluation, and Support Line)

الاتصال الهاتفي	706-7500 (800) هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا - 5:30 p. بالتوقيت المحلي. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	915-5512 (800) هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5:30 مساءً، بالتوقيت المحلي

## مقاطعة San Bernardino - قسم الصحة السلوكية:

الاتصال الهاتفي	743-1478 (888) هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	(711) هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## مقاطعة San Diego - خدمات الصحة العقلية:

الاتصال الهاتفي	724-7240 (888) هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	6992-641 (619) هذه المكالمات مجانية. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة للحصول على المساعدة بخصوص:

- أسئلة حول خدمات الصحة السلوكية المقدمة بواسطة المقاطعة - اتصل بإدارة الصحة العقلية بالمقاطعة على الأرقام الموضحة أعلاه.
- يرجى الرجوع إلى الفصل 3 لمعرفة معلومات عن مزايا الصحة العقلية.

## ل. California Department of Managed Health Care

تعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC، Department of Managed Health Care) في ولاية California مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC على التظلمات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal.

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبيكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



**م. موارد أخرى**

يوفر برنامج (HCA، Health Consumer Alliance Ombuds) مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يجدون صعوبة في الحصول على التغطية الصحية أو الاحتفاظ بها أو لحل المشكلات المتعلقة بخُطتهم الصحية. إذا كانت لديك مشكلات تتعلق بالآتي:

- برنامج Medi-Cal
- برنامج Medicare
- خطة الرعاية الصحية الخاصة بك
- الوصول إلى الخدمات الطبية
- تقديم تظلمات بشأن الخدمات أو الأدوية أو المعدات الطبية المعمرة (DME) أو خدمات الصحة العقلية المرفوضة، وما إلى ذلك.
- الفواتير الطبية
- IHSS (In-Home Supportive Services)

يساعد برنامج Health Consumer Alliance على تقديم الشكاوى والتظلمات والاستماع إليها. رقم هاتف برنامج Health Consumer Alliance هو 1-888-804-3536.



للإبلاغ عن إساءة معاملة المسنين، يُرجى الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية في ولاية California - الخدمات الوقائية للبالغين في مقاطعتك:

<p>(877) 477-3646 على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. مقاطعة Riverside: (800) 491-7123 خط ساخن متاح على مدار 24 ساعة في اليوم مقاطعة San Bernardino: (877) 565-2020 خط ساخن متاح على مدار 24 ساعة في اليوم مقاطعة San Diego: (800) 339-4661 خط ساخن متاح على مدار 24 ساعة في اليوم</p>	<p>الاتصال الهاتفي</p>
<p>يمكنهم الاتصال على الرقم 711 على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية</p>
<p>Community &amp; Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010 مقاطعة Riverside: Department of Public Social Services Adult Services Division 4060 County Circle Drive Riverside, CA 92501 مقاطعة San Bernardino: Human Services System 784 E. Hospitality Lane San Bernardino, CA 92415 مقاطعة San Diego: Aging &amp; Independence Services P.O. Box 23217 San Diego, CA 92193-321</p>	<p>المراسلة عبر البريد</p>
<p><a href="http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf">http://www.cdss.ca.gov/Portals/9/APS/County_APD_Contacts_pdf</a></p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا 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 مدير حالتك، 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 معدات طبية معمرة (DME). ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

33	أ. معلومات عن الخدمات ومقدمي الرعاية.....
33	ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا.....
34	ج. مدير حالتك.....
34	ج1. ما هي مهام مدير الحالة.....
34	ج2. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك.....
34	ج3. كيف يمكنك تغيير مدير حالتك.....
35	د. الحصول على الرعاية من خلال مقدمي الرعاية.....
35	د1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم رعاية أولية (PCP).....
36	د2. الحصول على الرعاية من أخصائيين ومقدمي رعاية آخرين من داخل الشبكة.....
37	د3. عندما يترك مقدم الرعاية خطتنا.....
38	هـ. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية والاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات).....
38	هـ1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.....
40	و. خدمات النقل.....
40	و1. النقل الطبي في غير حالات الطوارئ.....
40	و2. النقل بغير وسائل النقل الطبية.....
41	ز. الخدمات المشمولة في حالة الطوارئ الطبية، عندما تكون عاجلة، أو في أثناء حدوث الكوارث.....
41	ز1. الرعاية في حالة الطوارئ الطبية.....
42	ز2. رعاية مطلوبة بشكل عاجل.....
43	ز3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة.....
43	ح. ما ينبغي فعله في حال تمت محاسبتك بصورة مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا.....
43	ح1. ما ينبغي فعله لم تغط خطتنا الخدمات.....
43	ط. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون مشتركاً في دراسة بحثية سريرية.....
43	ط1. ما هي الدراسة البحثية السريرية.....
44	ط2. الدفع مقابل الخدمات عند اشتراكك في دراسة بحثية سريرية.....
44	ط3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية.....

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



- ي. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية ..... 44
- ي1. ما المقصود بمؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية ..... 44
- ي2. الحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية ..... 45
- ك. المعدات الطبية المعمرة (DME) ..... 45
- ك1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزء من خطتنا ..... 45
- ك2. ملكية المعدة الطبية المعمرة (DME) إذا قمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare ..... 45
- ك3. مزايا أجهزة الأكسجين كعضو في خطتنا ..... 46
- ك4. جهاز الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare ..... 46



## أ. معلومات عن الخدمات ومقدمي الرعاية

تتمثل **الخدمات** في الرعاية الصحية (مثل زيارات الأطباء والعلاج الطبي) والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) والإمدادات وخدمات الصحة السلوكية (بما في ذلك الصحة العقلية والعافية) والأدوية الموصوفة وغير الموصوفة والمعدات وغيرها من الخدمات. وتتمثل **الخدمات المشمولة** في أي من هذه الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها. ترد الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) المشمولة بالتغطية في جدول المزايا الموجود في **الفصل 4** من دليل الأعضاء. والأدوية الموصوفة وتلك التي تُصرف من دون وصفة طبية المشمولة بالتغطية موضحة 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 والمعدات 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.

## ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا

تغطي خطتنا خدمات برنامج Medicare، كما تغطي كل خدمات برنامج Medi-Cal وتنسقها. ويشمل ذلك خدمات الصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS).

سننسق خطتنا الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي تحصل عليها عندما تتبع قواعد خطتنا. ما تشمله تغطية خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها ضمن **مزايا الخطة**. يعني ذلك أننا نغطي الخدمات الموضحة في جدول المزايا الموجود 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 (PCP)** 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 الرئيسية (PCP) لديك.
  - في معظم الأحيان، يجب أن تمنحك خطتنا الموافقة قبل أن تتمكن من التعامل مع مقدم رعاية غير مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أو التعامل مع مقدمي رعاية آخرين داخل شبكة خطتنا. وهذا يسمى **إحالة**. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات. ولست بحاجة إلى إحالة لزيارة اختصاصيين معينين، مثل الاختصاصيين في صحة المرأة.
  - ويرتبط مقدمو الرعاية الرئيسيون (PCP) التابعون 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.
  - لا يتعين عليك الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) في حالة الرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة أو الذهاب إلى مقدم رعاية صحية إلى النساء. ويمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية من دون الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)، (لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم 1 في هذا الفصل).
- يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي الرعاية داخل الشبكة التابعين للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. 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. هذا يعني أنك ستضطر إلى الدفع لمقدم الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي يوفرها مقدمو الرعاية من خارج الشبكة. إليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 711-665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- نغطي الرعاية الطارئة أو العاجلة التي تحصل عليها من مقدم رعاية من خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم ح 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 مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليه. ويمكنك الحصول على هذه الخدمات في منشأة الغسيل الكلوي 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 رعاية خارج شبكة الخطة، فلا يمكن أن يتجاوز مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بك مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم الرعاية المعتاد داخل الشبكة لغسيل الكلى غير متاح مؤقتاً واخترت الحصول على الخدمات داخل منطقة الخدمة من مقدم رعاية من خارج الشبكة، فقد يكون مبلغ تقاسم التكاليف لغسيل الكلى 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. يمكنك مراجعة الفصل 1 من دليل الأعضاء. إذا وافقنا على طلبك؛ يمكنك الاستمرار في المتابعة مع مقدمي الرعاية الذين تتابع معهم الآن لفترة تصل إلى 12 شهراً للخدمات. وخلال ذلك الوقت، سيقوم مدير حالتك بالاتصال بك لمساعدتك في العثور على مقدم الرعاية في شبكتنا ممن ينتمون للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك. بعد مرور 12 شهراً، لا نغطي الرعاية في حال استمرارك في المتابعة مع مقدمي الرعاية غير التابعين لشبكتنا وغير المنتمين إلى المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.

**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 مدة 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 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي 711: (TTY)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً بالتوقيت المحلي إذا كانت لديك أي أسئلة.

## ج. مدير حالتك

### ج1. ما هي مهام مدير الحالة

- إن مدير الحالة 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.

### ج2. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك

- إذا كنت تريد الاتصال بمدير حالتك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على 665-4627 (855)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. رقم الهاتف النصي 711: (TTY). أو تفضل بزيارة [www.molinahealthcare.com/Medicare](http://www.molinahealthcare.com/Medicare).

### ج3. كيف يمكنك تغيير مدير حالتك

- يمكنك طلب تغيير مدير الحالة، 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## د. الحصول على الرعاية من خلال مقدمي الرعاية

### 1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم رعاية أولية (PCP)

يجب عليك اختيار مقدم رعاية رئيسي لتوفير رعايتك وإدارتها. ويرتبط مقدمو الرعاية الرئيسيون (PCP) التابعون لخطتنا بالمجموعات الطبية. عندما تختار مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك، فأنت تختار المجموعة الطبية التابع لها.

#### تعريف مقدم الرعاية الأولية (PCP) ومهمته تجاهك

يُعد مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) طبيبًا أو ممرضة أو متخصص رعاية صحية و/أو مقدم رعاية منزلية طبية أو سريرية (المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا - FQHC) والذي 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 مقدمي الرعاية 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 إلى أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) سيوفر لك الرعاية الصحية وينسقها لك، فإنه يجب عليك إرسال كل سجلاتك الطبية السابقة إلى مكتب مقدم الرعاية الأولية (PCP).

#### اختيارك لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP)

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 كنت ترغب في الذهاب إلى اختصاصي أو مستشفى معين، فاعرف ما إذا كان تابعًا للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. يمكنك كذلك البحث في دليل مقدمي الرعاية والصيدليات أو سؤال قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية الأولية الذي تريده يُجري إحالات إلى ذلك الاختصاصي أو يتعاون مع ذلك المستشفى.

#### خيارات تغيير مقدم الرعاية الرئيسي (PCP)

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

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

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 الوقت نفسه لطلب تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP). يمكنك تغيير مقدم الرعاية الرئيسي من خلال

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

موقعك الإلكتروني الشخصي [www.mymolina.com](http://www.mymolina.com) أو يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن أي من مقدمي الرعاية الصحية في برنامج Molina Healthcare وطلب تغيير مقدم الرعاية الرئيسي. 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 (PCP)

في كثير من الأحيان، تحتاج إلى موافقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك قبل الذهاب إلى مقدمي رعاية آخرين. يمكنك الحصول على خدمات كتلك المدرجة أدناه من دون الحصول أولاً على موافقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الرعاية من داخل الشبكة أو من خارجها.
- الرعاية الطارئة المطلوبة من مقدمي الرعاية داخل الشبكة.
- الرعاية العاجلة من مقدمي رعاية من خارج الشبكة عندما لا يمكنك الوصول إلى مقدمي الرعاية داخل الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا، أو خلال عطلة نهاية الأسبوع).

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

- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة الغسيل الكلوي المعتمدة من برنامج Medicare عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها خطتنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء قبل مغادرة نطاق الخدمة. يمكننا مساعدتك على الحصول على خدمة غسيل الكلى في أثناء وجودك بعيداً عن نطاق الخدمة.
- حقن الأنفلونزا وتطعيمات كوفيد-19، وتطعيمات التهاب الكبد الوبائي B طالما أنك حصلت عليها من مقدم رعاية تابع للشبكة.
- الرعاية الصحية المعتادة للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. ويتضمن هذا فحوصات الثدي وفحص الثدي بالأشعة السينية (أشعة سينية للثدي) واختبارات "باب" لفحص عنق الرحم وفحوصات الحوض طالما أنك حصلت عليها من أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت مؤهلاً لتلقي الخدمات من مقدمي الرعاية الصحية إلى الهنود، فيمكنك الذهاب إلى هؤلاء المقدمين من دون إحالة.
- خدمات الممرضة القابلة وتنظيم الأسرة واختبار فيروس نقص المناعة البشرية والاستشارات المتعلقة بذلك وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Diseases, STD).

### د. 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:

- اختصاصي الأورام لرعاية المرضى المصابين بمرض السرطان.
- أخصائي أمراض القلب لرعاية المرضى المصابين بمشكلات 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 عضواً في الشبكة، لا تقتيد بالعرض على أخصائي محدد. تضم خطة Molina Medicare Complete Care Plus شبكة من مقدمي الرعاية المتخصصة إلى أعضائها. قد يتعين الحصول على إحالات من مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) 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. تحقق لمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح سابق 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**د3. 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 الرعاية الخاصة في أثناء العام، فيجب علينا أن نقوم بتوفير إمكانية الوصول من دون مقاطعة إلى مقدمي الرعاية المؤهلين.
- نبذل الجهد بحسن النية لنوافيك بإشعار قبل 30 يومًا على الأقل بحيث يكون لديك وقت لاختيار مقدم رعاية جديد.
- نساعدك على اختيار مقدم رعاية آخر مؤهل من أجل الاستمرار في إدارة احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي مستمر، فيحق لك طلب عدم مقاطعة العلاج ذي الضرورة الطبية الذي تتلقاه، ونعمل معك من أجل تحقيق ذلك.
- إذ تعذر علينا العثور على اختصاصي مؤهل داخل الشبكة يمكنك الوصول إليه، فيجب علينا تدبير لمخصص من خارج الشبكة ليوفر لك الرعاية.
- إذا ظننت 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 (QIO)، أو مظلمة بخصوص جودة الرعاية، أو كليهما. (راجع الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات).
- إذا غادر مقدم الرعاية الخاص بك شبكتنا، فيجب أن يوافق مقدم الرعاية على التعاقد مع مقدمي الرعاية لدينا حتى تتمكن من الاستمرار في الوصول إلى خدمات الرعاية.

إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الرعاية سيتترك خطتنا، فاتصل بنا. ويمكننا مساعدتك على العثور على مقدم رعاية وإدارة رعايتك. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة.

**د4. مقدمو الرعاية غير التابعين للشبكة**

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية وتعذر على مقدمي الرعاية في شبكتنا تقديم هذه الرعاية إليك، بما في ذلك الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم رعاية من خارج الشبكة. تتطلب الخدمات من خارج الشبكة تصريحاً مسبقاً. قد تطلب أنت أو الموفر الخاص بك الحصول على هذا التصريح المسبق. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة. إذا كنت تحصل على رعاية دورية من مقدمي رعاية من خارج الشبكة من دون تصريح سابق، فلن يتحمل Medicare/Medi-Cal أو الخطة مسؤولية التكاليف.

- إذا ذهبت 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 الرعاية ممن ليسوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.
  - إذا ذهبت إلى أحد مقدمي الرعاية ممن ليس مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare؛ فيجب عليك أن تسدد تكلفة الخدمات التي حصلت عليها بالكامل.
  - ويجب على مقدمي الرعاية أن يخبروك إذا ما كانوا غير مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى للفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) عندما تكون خارج منطقة الخدمة التي توفرها الخطة لمدة قصيرة. ويمكنك الحصول على هذه الخدمات في منشأة الغسيل الكلوي المعتمدة من برنامج Medicare. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء حتى تتمكن من مساعدتك على الحصول على غسيل الكلى في أثناء وجودك بعيداً عن نطاق الخدمة.

تتكون الخدمات والإعانات طويلة الأجل من برنامج Community Based Adult Services (CBAS) ومرافق الرعاية التمريرية Nursing Facilities (NF). وقد تحدث الخدمات في منزلك أو مجتمعك أو في إحدى المنشآت. تم توضيح الأنواع المختلفة من برنامج LTSS أدناه:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- **برنامج (CBAS) Community Based Adult Services:** برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المرافق الطبية الذي يقدم خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم إلى الأسرة/مقدمي الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات إذا كنت تستوفي معايير الأهلية السارية.
- **مرافق الرعاية التمريضية (Nursing Facility، NF):** أحد المرافق التي تقدّم الرعاية إلى الأشخاص الذين ليس بمقدورهم العيش في منازلهم بأمان ولا يحتاجون إلى دخول المستشفى.

سوف يساعدك مدير حالتك على فهم كل برنامج. لمعرفة المزيد عن أيّ من هذه البرامج، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

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

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامجا Medicare و Medi-Cal. ونوفر إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare. لا توفر خطتنا خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal، لكن يمكنك الحصول على هذه الخدمات من خلال إدارة الصحة السلوكية في النظام الصحي بجامعة Riverside، وإدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego، وإدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles.

### هـ-1. خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal المقدّمة خارج خطتنا

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية في المقاطعة (MHP) إذا كانت تتوفر فيك المعايير اللازمة للوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي يغطيها برنامج Medi-Cal وتقديمها إدارة الصحة السلوكية في النظام الصحي بجامعة Riverside، وإدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego، وإدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles ما يأتي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج المكثف خلال اليوم
- إعادة التأهيل خلال اليوم
- التدخل في الأزمات
- استقرار الأزمات
- خدمات العلاج السكني للبالغين
- خدمات العلاج السكني للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- خدمات مستشفيات المرضى الداخليين النفسية
- إدارة الحالات المستهدفة

تتوفر لك خدمات برنامج Medi-Cal أو Drug Medi-Cal Organized Delivery System من خلال إدارة الصحة السلوكية في النظام الصحي بجامعة Riverside، وإدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego، وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles إذا استوفيت معايير الحصول على هذه الخدمات. أما خدمات برنامج Drug Medi-Cal التي تقدمها إدارة الصحة السلوكية في النظام الصحي بجامعة Riverside، وإدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego، وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles فتشمل:

- خدمات علاج المرضى الخارجيين المركّزة
- خدمات العلاج السكني
- الخدمات المجانية لأدوية المرضى الخارجيين
- خدمات العلاج من المخدرات
- خدمات النالتريكسون للاعتماد على الأفيون

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

- خدمات المرضى الخارجيين والرعاية الخارجية المركرة
- أدوية علاج الإدمان (تسمى كذلك العلاج بمساعدة الأدوية)
- علاج المرضى المقيمين/الداخليين
- المعالجة بالانسحاب
- خدمات العلاج من المخدرات
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية

بالإضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى الخدمات التطوعية لإزالة السممة من المرضى الداخليين إذا كنت مستوفياً 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. تحقق لك أو لمقدم خدمات الصحة السلوكية أو مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح سابق 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 الرابع للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق. 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 أيضاً 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 أيضاً الاتصال بالمقاطعة مباشرة. راجع أرقام المقاطعة المناسبة الواردة في المعلومات أدناه.

#### خدمات الصحة العقلية المتخصصة

- إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health) 1-800-854-7771
- النظام الصحي بجامعة Riverside - الصحة السلوكية (Riverside University Health System - Behavioral Health) 1-800-706-7500
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino (San Bernardino County Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego (San Diego County Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

#### خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية

- إدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health) 1-844-804-7500
- النظام الصحي بجامعة Riverside - الصحة السلوكية (Riverside University Health System - Behavioral Health) 1-800-499-3008
- إدارة الصحة السلوكية في مقاطعة San Bernardino (San Bernardino County Department of Behavioral Health) 1-888-743-1478
- خدمات الصحة السلوكية في مقاطعة San Diego (San Diego County Behavioral Health Services) 1-888-724-7240

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## و. خدمات النقل

### و.1. 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 احتجت إلى خدمة النقل الطبي في غير حالات الطوارئ، فيمكنك التحدث إلى مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أو مقدم رعاية آخر لطلب الخدمة. سيفرر مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أفضل نوع نقل مناسب 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. ووفق 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 (PCP) 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 خدمة النقل الطبي التي وصفها لك طبيبك للذهاب إلى المواعيد الروتينية غير العاجلة، اتصل بقسم خدمات أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي قبل يومين على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة) من موعدك. وبالنسبة إلى المواعيد العاجلة، يُرجى الاتصال في أسرع وقت ممكن. واحرص على أن تكون بطاقة عضويتك جاهزة في يدك وقت الاتصال. يمكنك كذلك الاتصال إذا احتجت إلى مزيد من المعلومات.

### حدود النقل الطبي

تغطي Molina Medicare Complete Care Plus خدمة النقل الأقل تكلفة التي تلبى احتياجاتك الطبية لانتقالك من منزلك إلى أقرب مقدم رعاية عندما يكون الموعد متاحًا. ولن تُقدّم خدمة النقل الطبي إذا لم يكن برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal يغطيان الخدمة. وإذا كان الموعد يندرج ضمن الفئة التي يغطيها برنامج Medi-Cal 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 تصريح سابق.

### و.2. النقل بغير وسائل النقل الطبية

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

- الذهاب إلى موعد طبي والرجوع منه للحصول على خدمة معتمدة من قبل مقدم الرعاية الخاص بك.
- استلام الأدوية الموصوفة 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 قبل مقدم الرعاية الخاص بك. ونغطي نوع النقل غير الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبيكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

في بعض الأحيان، يمكن تعويضك عن تكاليف ركوب سيارة خاصة تقوم بترتيبها. ويجب أن توافق Molina Medicare Complete Care Plus على ذلك قبل الحصول على وسيلة المواصلات، ويجب أن نخبرنا بسبب عدم تمكنك من الحصول على وسيلة مواصلات أخرى، مثل استقلال الحافلة. يمكنك إخبارنا عن طريق الاتصال بنا أو إرسال رسالة بريد إلكتروني أو إخبارنا شخصياً. 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 خدمة النقل الطبي التي تم اعتمادها، اتصل بقسم خدمات أعضاء Molina Medicare Complete Care Plus على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي قبل يومين على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة) من موعدك. وبالنسبة إلى المواعيد العاجلة، يُرجى الاتصال في أسرع وقت ممكن. واحرص على أن تكون بطاقة عضويتك جاهزة في يدك وقت الاتصال. يمكنك كذلك الاتصال إذا احتجت إلى مزيد من المعلومات.

**ملحوظة:** يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بالعبادة الصحية الهندية المحلية الخاصة بهم لطلب خدمة النقل غير الطبي.

### قيود النقل غير الطبي

توفر Molina Medicare Complete Care Plus خدمة النقل الأقل تكلفة التي تلبى احتياجاتك لانتقالك من منزلك إلى أقرب مقدم رعاية عندما يكون الموعد متاحاً. ولا يمكنك القيادة بنفسك أو يتم تعويضك مباشرةً.

لا تنطبق خدمات النقل الطبي في الحالات الآتية:

- 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 لينقلك 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.

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

### ز.1. الرعاية في حالة الطوارئ الطبية

تُعد الحالة الطبية الطارئة أحد الحالات الطبية التي يصاحبها أعراض مثل الألم الحاد أو الإصابة الخطيرة. وتصبح الحالة خطيرة للغاية إذا لم تلق اهتماماً طبياً على الفور، وقد تتوقع أنت أو أي شخص يمتلك معرفة متوسطة بالصحة والطب أنها قد تؤدي 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؛ 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 آخر تهديداً لصحتك وسلامتك أو الطفل الذي لم يولد بعد.

إذا كنت تتعرض لحالة طبية طارئة:

- اطلب الحصول على المساعدة بأسرع ما يمكن. اتصل على الرقم 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. الاتصال بسيارة الإسعاف عند الحاجة إليها. لا يتعين عليك الحصول على موافقة أو إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP). ولا يتعين عليك الذهاب إلى مقدم رعاية تابع للشبكة. كما يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، وفي أي مكان داخل الولايات المتحدة أو الأقاليم التابعة لها في جميع أنحاء العالم، من أي مقدم رعاية يحمل رخصة مناسبة من الدولة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- **أخبر 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 تأخرت في إخبارنا. يمكنك الحصول على رقم خدمات الأعضاء من الجزء الخلفي لبطاقة الهوية.

### الخدمات المشمولة في حالة الطوارئ الطبية

لا يغطي برامج Medicare و Medicaid رعاية الحالات الطبية الطارئة خارج الولايات المتحدة الأمريكية وأراضيها باستثناء ظروف محددة. اتصل بمسؤولي الخطة لمعرفة التفاصيل.

وإذا كنت بحاجة إلى الحصول على غرفة للطوارئ؛ فإن خطتنا ستغطي ذلك. لمعرفة المزيد، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء.

- بعد انتهاء الحالة الطارئة، قد تحتاج إلى رعاية من نوع "المتابعة" للتأكد من أنك أصبحت أفضل حالاً. سنقوم بتغطية رعاية المتابعة اللازمة لك. 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.
- سنغطي خطة Molina Medicare Complete Care Plus خدمات ما بعد استقرار الحالة اللازمة طبيًا التي يتم توفيرها بواسطة مقدم رعاية من داخل الشبكة أو خارجها وذلك في أي من الحالتين الآتيتين:
- اعتماد الخطة لهذه الخدمات
- كانت تجري إدارة الخدمات للاهتمام بحالة العضو وتعافيه

### الحصول على خدمات رعاية الطوارئ إذا لم تكن الحالة 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 خطر كبير، فسنقوم بتغطية رعايتك.

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

- ذهابك إلى أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة.
- تم تصنيف رعايتك الإضافية التي حصلت عليها "رعاية عاجلة" وأتبعَت القواعد للحصول على هذه الرعاية (راجع القسم ح2).

## 2. رعاية مطلوبة بشكل عاجل

الرعاية العاجلة هي الرعاية التي تحصل عليها بسبب حالة لا تُعد طارئة لكنها تحتاج إلى رعاية فورية. على سبيل المثال، قد تتعرض لنوبة محتدمة بسبب حالة مرضية راهنة أو التهاب حاد في الحلق تتعرض له خلال عطلة نهاية الأسبوع ويحتاج إلى علاج.

### 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 الرعاية من داخل الشبكة، و
- اتباعك القواعد الموضحة في هذا الفصل.

إذا لم تتمكن من الوصول إلى أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة أو كان ذلك غير معقول، فسنقوم بتغطية الرعاية العاجلة التي تحصل عليها من أحد مقدمي الرعاية من خارج الشبكة.

عند عدم توفر مقدمي رعاية من داخل الشبكة مؤقتاً أو تعذر الوصول إليهم، يمكن الوصول إلى الرعاية العاجلة باستخدام أي مركز رعاية عاجلة متوفر. يمكنك كذلك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية المتاح على مدار 24 ساعة في اليوم على 8750-275 (888). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

### 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

أنت مغطى لتلقي خدمات الرعاية العاجلة والرعاية الطارئة عالمياً لغاية \$10,000 كل عام تقويمي. لمزيد من المعلومات، راجع جدول المزايا في الفصل 4.

### 3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة

إذا أعلن محافظ الولاية 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 خطتنا.

تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية اللازمة في أثناء حالات الكوارث المعلن عنها:

[www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

### ح. ما ينبغي فعله في حال تمت محاسبتك بصورة 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 تتمكن من إرجاع النقود إليك.

إذا دفعنا مقابل الخدمات المشمولة أو إذا حصلت على فاتورة مقابل الخدمات الطبية المشمولة، فراجع **الفصل 7** من دليل الأعضاء لمعرفة ما ينبغي لك فعله.

### ح1. ما ينبغي فعله لم تغط خطتنا الخدمات

تغطي خطتنا كل الخدمات التي:

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

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، فإنك تسدد التكلفة كاملة بنفسك.

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

يوضح **الفصل 9** من دليل الأعضاء ما ينبغي لك فعله إذا كنت تريد منا أن نغطي خدمة طبية أو مستلزمًا طبيًا. 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.

نسدّد تكلفة بعض الخدمات حتى حدّ معين. وإذا تجاوزت هذا الحد، فستضطر إلى تسديد التكلفة الكاملة للحصول على مزيد من هذا النوع من الخدمات. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومدى استخدامك هذه المزايا.

### ط. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون مشتركًا في دراسة بحثية سريرية

#### 1ط. ما هي الدراسة البحثية السريرية

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على

رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

بمجرد موافقة برنامج Medicare أو خطتنا على الدراسة التي تريد الاشتراك فيها، 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.

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

إذا كنت تريد المشاركة في إحدى الدراسات السريرية التي وافق عليها برنامج Medicare، فإنك لست بحاجة إلى الحصول على موافقة منا أو من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. كما أن مقدمي الرعاية الذين يقدمون إليك الرعاية ضمن إجراءات الدراسة ليسوا بحاجة إلى أن يكونوا من مقدمي الرعاية داخل الشبكة.

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

إذا كنت تخطط للاشتراك في دراسة بحثية سريرية، فيجب عليك أنت أو مدير حالتك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإبلاغنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

## 2. 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 تغطيتك 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 عضوًا في دراسة لم يوافق عليها برنامج Medicare أو خطتنا، فإنك تدفع أي تكاليف مرتبطة بمشاركتك في الدراسة.

## 3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة المزيد عن الانضمام إلى الدراسات البحثية السريرية عن طريق قراءة ملف "Medicare والدراسات البحثية السريرية" على موقع برنامج Medicare الإلكتروني ([www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf)). يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

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

### ي.1 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 ترميز منصوص. 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. وهذه الفائدة متاحة فقط لخدمات المرضى الداخليين في الجزء "أ" لبرنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**ي.2. الحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية**

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

- المعالجة الطبية "غير المستثناة" هي أي رعاية تطوعية وغير مطلوبة بموجب أي قانون فيدرالي أو محلي أو خاص بالولاية.
  - تشمل المعالجة الطبية "المستثناة" أي رعاية غير تطوعية لكن مطلوبة 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 تكون المنشأة التي توفر الرعاية معتمدة من برنامج Medicare.
- تقتصر تغطية خطتنا للخدمات على مجالات الرعاية غير الدينية.
- إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة التي يتم توفيرها لك في أحد المرافق:
  - يجب أن تكون حالتك الطبية تسمح لك بالحصول على خدمات مشمولة لرعاية المستشفى للمرضى الداخليين أو رعاية مركز تمرير متخصص.

تغطي الخطة الخاصة بنا عددًا غير محدود من الأيام للإقامة في المستشفى كمرضى داخلي. (راجع جدول المزايا في الفصل الرابع).

**ك. المعدات الطبية المعمرة (DME)****ك.1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزء من خطتنا**

تشمل المعدات الطبية المعمرة (DME) بعض المستلزمات الضرورية طبيًا التي يأمر بها مقدم الرعاية مثل الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحنف الوريدي (IV)، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات الأكسجين ولوازمه، والبخاخات، والمشابيط.

سنتملك دائمًا أجهزة معينة، مثل الأجهزة التعويضية.

في هذا القسم، سنناقش المعدات الطبية المعمرة (DME) التي توجرها. في خطة Original Medicare، يستطيع الأشخاص الذين يؤجرون معدات طبية معمرة (DME) امتلاك المعدة بعد سداد المدفوعات المشتركة لها مدة 13 شهرًا. وبصفتك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك معدات طبية معمرة (DME)، بغض النظر عن مدة استئجارك إياها.

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

حتى إذا كنت توجر المعدة الطبية المعمرة (DME) مدة تصل إلى 12 شهرًا على التوالي بموجب برنامج Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تمتلك المعدة.

**ك.2. ملكية المعدة الطبية المعمرة (DME) إذا قمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare**

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

إذا قمت بسداد أقل من 13 دفعة مقابل المعدة الطبية المعمرة (DME) ضمن خطة Original Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تُحتسب الدفعات السابقة ضمن الدفعات الـ 13 المتتالية. ويجب أن تسدد 13 دفعة جديدة متتالية بعد عودتك إلى خطة Original Medicare إذا أردت امتلاك المعدة. ولا توجد استثناءات لهذه الحالة عند عودتك إلى خطة Original Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**ك3. 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

يجب إعادة أجهزة الأكسجين إلى مالكها عندما لا تكون بحاجة إليها طبيًا أو في حال تركت خطتنا.

**ك4. جهاز الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare**

عندما يكون جهاز الأكسجين ضروريًا طبيًا وقد تركت خطتنا وقمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare، نقوم بتأجيله من مزود مدة 36 شهرًا. تغطي مدفوعات الإيجارات الشهرية أجهزة الأكسجين والمستلزمات والخدمات المدرجة أعلاه.

إذا أصبح جهاز الأكسجين ضروريًا طبيًا بعد أن قمت باستجاره مدة 36 شهرًا، فيجب أن يوفر المزود ما يأتي:

- جهاز الأكسجين ومستلزماته والخدمات المتعلقة به مدة 24 شهرًا إضافيًا.
- جهاز الأكسجين ومستلزماته مدة تصل إلى 5 سنوات إذا كان ضروريًا طبيًا.
- إذا كان جهاز الأكسجين لا يزال ضروريًا طبيًا عند نهاية فترة الـ 5 سنوات:
- لا يصبح المزود ملزمًا بتوفيره، ويمكنك اختيار الحصول على جهاز بديل من أي مزود آخر.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- ستؤجره من مزود مدة 36 شهرًا.
- يجب على المزود حينها توفير جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات المتعلقة به مدة 24 شهرًا أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات ما دام أن جهاز الأكسجين ضروري طبيًا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## 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 (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus:** في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus للاستفادة بمزايا 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 مدة 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 (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711 إذا كانت لديك أي أسئلة.

### جدول المحتويات

48	أ. الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحصل عليها
48	1أ. خلال طوارئ الصحة العامة
48	ب. القواعد التي تمنع مقدمي الرعاية من تحميلك تكاليف الخدمات
48	ج. حول جدول مزايا خطتنا
50	د. جدول المزايا الخاص بخطتنا
92	هـ. المزايا المشمولة بالتغطية خارج خطتنا
92	هـ1. خدمات الانتقال المجتمعية في California (CCT)
92	هـ2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان
93	هـ3. رعاية المحتضرين
93	و. المزايا غير المشمولة بتغطية خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## أ. الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحصل عليها

يوضح لك هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خطتنا والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. ويمكنك أيضًا معرفة الخدمات التي لا تتم تغطيتها. تتوفر معلومات عن المزايا المتعلقة بالأدوية في الفصل 5. 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 على فهم الخدمات المشمولة بالتغطية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627.

### 1. 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.

## ب. القواعد التي تمنع مقدمي الرعاية من تحميلك تكاليف الخدمات

لا نسمح لمقدمي الرعاية التابعين للشبكة 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 مطلقاً من مقدم الرعاية مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وإذا تلقيت فاتورة، فارجع إلى الفصل 7 من دليل الأعضاء أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

## ج. حول جدول مزايا خطتنا

يطلعك جدول المزايا على الخدمات التي تسدد الخطة تكاليفها. حيث ترد فيه الخدمات المشمولة بالتغطية بالترتيب الأبجدي مع توضيح لها. نسدّد تكاليف الخدمات المدرجة في جدول المزايا عند استيفاء القواعد الآتية. ولا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا، ما دمت تستوفي المتطلبات الموضحة أدناه.

- نلتزم بتوفير خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal المشمولة بالتغطية وفق القواعد التي ينص عليها برنامجا Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات والخدمات ووسائل المساعدة طويلة الأجل 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 دور التمريض. وهذا يعني أيضًا أن الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية تستوفي المعايير المقبولة للممارسة الطبية. وتكون الخدمة ضرورية طبيًا عندما تكون معقولة ولازمة لحماية الحياة أو للوقاية من الإصابة بأمراض أو إعاقات خطيرة أو لتخفيف الألم الشديد.
- حصولك على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة. يُعد مقدم الرعاية من داخل الشبكة هو المقدم الذي يعمل معنا. وفي معظم الحالات، لا نسدّد تكاليف الرعاية التي تحصل عليها من مقدم رعاية من خارج الشبكة. يتضمن الفصل 3 من دليل الأعضاء مزيدًا من المعلومات عن التعامل مع مقدمي الرعاية من داخل الشبكة وخارجها.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- لديك مقدم رعاية رئيسة أو فريق رعاية يوفر ويدير رعايتك. وفي معظم الأحيان، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الأولية (PCP) المتابع لحالتك الموافقة قبل أن تتمكن من الذهاب إلى مقدم رعاية لا يُعدّ من مقدمي الرعاية الأولية أو الذهاب إلى مقدمي رعاية آخرين داخل شبكة الخطة. وهذا يسمى إحالة. يتضمن **الفصل 3** من دليل الأعضاء مزيدًا من المعلومات عن الحصول على إحالة والحالات التي لا تحتاج فيها إلى إحالة.
- يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي الرعاية المرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP). راجع **الفصل 3** من دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- نغطي بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو أي مقدم رعاية آخر على موافقة منا أولاً. ويسمى هذا تصريحًا مسبقًا. نضع في جدول المزايا علامة أمام الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى الحصول على تصريح سابق **بخط عريض**.
- إذا كنت في فترة الأهلية المستمرة المفترضة التي مدتها (6) ضمن خطتنا، فسنستمر في توفير كل مزايا Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage. سنستمر في تغطية مزايا Medicaid المشمولة في خطة Medicaid المعمول بها في الولاية، وسنواصل دفع أقساط Medicare أو تقاسم التكاليف التي ستكون الولاية مسؤولة عنها إذا لم تفقد أهليتك لبرنامج Medicaid. لا تتغير مبالغ تقاسم تكاليف برنامج Medicare الخاصة بمزايا Medicare الأساسية والإضافية خلال هذه الفترة.
- 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 (ESRD)
  - اضطرابات الدم الحادة
  - فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)
  - الاضطرابات الرئوية المزمنة
  - أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة
  - الاضطرابات العصبية
  - السكتة الدماغية

راجع صف "المساعدة المقدمة في بعض الأمراض المزمنة" في جدول المزايا للحصول على مزيد من المعلومات.

تُقدّم معظم الخدمات الوقائية مجانًا. تجد رمز التفاحة هذا بجوار الخدمات الوقائية في جدول المزايا.



## د. جدول المزايا الخاص بخطتنا

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للحصول على هذا الفحص الوقائي.	<b>فحص تمدد الشريان الأورطي البطني</b> 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 أنت تدفع \$0 مقابل كل علاج يغطيه برنامج Medicare	<b>الوخز بالإبر</b> 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 الآلام 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 المتنتقلة أو الالتهابية أو المعدية)، • آلام غير مرتبطة بعملية جراحية، • 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 لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر إذا لم تتحسن أو ساءت حالتك.	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات لميزة الفحص والاستشارة الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare للحد من تعاطي الكحول.	<b>فحص فرط تعاطي الكحول والاستشارات ذات الصلة بها</b> ندفع مقابل فحص واحد لتعاطي الكحول (Screening, Assessment, SABIRT)، (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 ومنتبهاً خلال الاستشارة) مع مقدم رعاية رئيسي مؤهل أو طبيب ممارس في مكان تلقي الرعاية الرئيسي.	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0 أنت تدفع \$0 مقابل كل رحلة ذهاب بالإسعاف يغطيها برنامج 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.	<b>خدمات الإسعاف</b> تتضمن الخدمات المشمولة بالتغطية للإسعاف طائرة الإسعاف ثابتة الأجنحة وطائرة الإسعاف المروحية (الهليكوبتر) وخدمات سيارة الإسعاف الأرضية. سوف تصطحبك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكن أن يقدم لك الرعاية. يجب أن تكون حالتك خطيرة 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 خطيرة بما يكفي لدرجة أن سلوك الطرق الأخرى للانتقال إلى مكان تلقي العناية قد يعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر.
\$0 إذا كانت هناك حاجة إلى خدمات إضافية، فسيقوم مقدم الرعاية بإحالتك إلى اختصاصي أو تقديم تصريح سابق إذا لزم الأمر.	<b>الفحص البدني السنوي (إضافي)</b> يوفر الفحص البدني الروتيني السنوي تغطية لخدمات الفحص البدني الإضافية التي لا يمكن تقديمها إلا من قبل طبيب أو ممرض ممارس أو مساعد طبيب. هذه فرصة رائعة لتركيز الانتباه على الوقاية والفحص. في أثناء الفحص البدني الروتيني، سيفحصك الطبيب لتحديد المشكلات من خلال الفحص البصري والجس والتسمع والقرع. تتضمن الأساليب الثلاثة الأخيرة اتصالاً بدنياً مباشراً وهي ضرورية لتحديد وجود (أو غياب) حالة بدنية.
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارة الفحص الصحي السنوية.	<b>الزيارة السنوية لفحص الصحة والعافية</b> يجب أن تخضع لفحص سنوي. وهذا من أجل إنشاء أو تحديث خطة وقاية تستند إلى عوامل الخطر الحالية الخاصة بك. وتدفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهراً.
\$0	<b>خدمات الوقاية من الربو</b> 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لقياس كتلة العظام الذي يغطيه برنامج Medicare.	<b>قياس كتلة العظام</b> 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 لفحوصات التصوير الشعاعي للثدي المشمولة بالتغطية.	<b>فحص سرطان الثدي (الفحص بصورة الثدي الشعاعية)</b> ندفع مقابل الخدمات الآتية: • الخط الأساسي للفحص بصورة الثدي الشعاعية بين الأعمار 35 و39 • فحص واحد بصورة الثدي الشعاعية كل 12 شهرًا للنساء البالغات 40 عامًا فأكثر. • إجراء فحوصات الثدي الإكلينيكية مرة كل 24 شهرًا	
\$0 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.	<b>خدمات إعادة التأهيل القلبية</b> ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبي مثل التمارين والتنقيف والاستشارة. يجب أن يستوفي الأعضاء شروطًا معينة بناءً على طلب الطبيب أو إحالة منه. وتُغطي 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 للميزة الوقائية من أمراض الأوعية الدموية القلبية بالمعالجة السلوكية المكثفة.	<b>زيارة خفض مخاطر أمراض الأوعية الدموية القلبية (علاج مرض القلب)</b> ندفع نظير زيارة واحدة كل عام، أو أكثر إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية، مع مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) للمساعدة على خفض 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 لاختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية المشمول بالتغطية مرة واحدة كل 5 سنوات	<b>اختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية</b> ندفع نظير اختبارات الدم للتحقق من وجود أمراض الأوعية القلبية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). نتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من وجود عيوب نتيجة ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare.	<b>فحص السرطان العنقي والمهبلي*</b> ندفع مقابل الخدمات الآتية: • بالنسبة إلى كل النساء: تُجرى فحوصات 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.	
أنت تدفع \$0 مقابل كل زيارة للحصول على هذه الخدمات المشمولة بتغطية Medicare.	<b>خدمات تقويم العمود الفقري</b> ندفع مقابل الخدمات الآتية: • ضبط العمود الفقري لتصحيح المحاذاة	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحص تصوير السرطان القولوني المستقيمي الذي يغطيه برنامج Medicare.	<b>فحص السرطان القولوني المستقيمي</b> بالنسبة إلى الأشخاص البالغين 50 عامًا فأكثر، ندفع مقابل الخدمات الآتية: • التنظير السيني المرن (أو فحص حقنة الباريوم) كل 48 شهرًا • اختبار الدم الخفي في البراز، كل 12 شهرًا • اختبار الدم الخفي في البراز أو اختبار كيميائي مناعي خفي، كل 12 شهرًا • فحص للمستقيم معتمد على الحمض النووي (DNA)، كل 3 سنوات • التنظير القولوني كل عشر سنوات (ولكن ليس خلال 48 شهرًا من إجراء التنظير السيني للفحص) • التنظير القولوني (أو الفحص بحقنة الباريوم) للأشخاص المعرضين لخطر شديد للإصابة بالسرطان القولوني المستقيمي، كل 24 شهرًا.	
\$0	<b>برنامج Community Based Adult Services (CBAS)</b> برنامج CBAS هو برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المنشأة التي يزورها الأشخاص وفقًا لجدول زمني. يقدم البرنامج رعاية تمريضية متخصصة، وخدمات اجتماعية وعلاجات (بما في ذلك الرعاية المهنية والبدنية والتخاطبية)، والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/لموفر الرعاية وخدمات التغذية والتنقل وخدمات أخرى. ونتحمل تكاليف CBAS إذا كنت تستوفي معايير التأهل. <b>ملحوظة:</b> إذا كان مرفق CBAS غير متاح، فيمكننا توفير هذه الخدمات بصورة منفصلة.	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك، أو مدفوعات مشتركة، أو خصومات للمزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ التي يغطيها برنامج Medicare.	<p><b>الاستشارة للإقلاع عن التدخين أو أنواع التبغ الأخرى</b></p> <p>إذا كنت تتعاطى منتجات تبغية ولا تظهر عليك علامات أو أعراض الأمراض المتعلقة بالتبغ، وترغب في الإقلاع أو يجب عليك الإقلاع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين في مدة 12 شهرًا بعدها خدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية من أجلك. وتتضمن كل محاولة للإقلاع عن التدخين ما يصل إلى أربع زيارات استشارية مباشرة.</li> </ul> <p>إذا كنت تستخدم منتجات تبغية وتم تشخيص أمراض متعلقة بالتبغ أو كنت تتناول أدوية يمكن أن يؤثر عليها التبغ سلبًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ندفع مقابل محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في مدة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات توجّهًا لوجه.</li> </ul> <p>إذا كنت سيدة حاملاً، فيمكنك تلقي استشارة غير محدودة للإقلاع عن التدخين مع الحصول على تصريح سابق بذلك.</p>	
أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات إذا كنت تستخدم بطاقة MyChoice.	<p><b>خدمات طب الأسنان</b></p> <p>يتم توفير خدمات معينة لطب الأسنان، وهي تشمل على سبيل المثال لا الحصر، التنظيف والحشو وأطقم الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental Program أو برنامج FFS Medi-Cal.</p> <p>نقدّم مزايا إضافية لطب الأسنان تشمل خدمات طب الأسنان مثل التنظيف والحشو وأطقم الأسنان. ولديك مخصص بمبلغ أقصاه \$4,000 كل عام تقويمي لكل خدمات طب الأسنان الوقائية والشاملة الإضافية، بما في ذلك أطقم الأسنان.</p> <p>لا تغطي الخطة خدمات الجراحة التجميلية ولا يمكنك استخدام بطاقة MyChoice للدفع مقابل تلك الخدمات. يمكن استخدام المخصص للدفع مقابل الخدمات التي لا تغطيها Original Medicare أو (Medicaid) Medi-Cal بالفعل.</p>	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة السنوية لفحص الاكتئاب.	<p><b>فحص الاكتئاب</b></p> <p>ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. ويجب توفير الفحص في مكان الرعاية الرئيسي حيث يمكن توفير علاج المتابعة والإحالات.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لفحوصات مرض السكري التي يغطيها برنامج Medicare.	<p><b>فحص مرض السكري</b></p> <p>ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز في أثناء الصيام) إذا كانت لديك أي من عوامل الخطر الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتفاع ضغط الدم</li> <li>• سجل طبي به مستويات غير طبيعية من الكوليسترول والدهون الثلاثية (دسليبيديا)</li> <li>• السمنة</li> <li>• سجل طبي به ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز)</li> </ul> <p>يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثل زيادة الوزن ووجود مرض السكري في السجل الطبي للعائلة.</p> <p>وبناءً على نتائج الاختبار، يمكنك التأهل لما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
<p>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.</p> <p>راجع "رعاية البصر" في هذا الجدول للتعرف على خدمات الأطباء إذا كنت تحتاج إلى فحص للعين لفحص اعتلال الشبكية السكري أو فحص الزرق.</p> <p>راجع "خدمات طب الأقدام" في هذا الجدول إذا كنت مريضًا بالسكري وتحتاج إلى الذهاب إلى طبيب لإجراء فحص للقدمين.</p> <p>راجع "العلاج الغذائي الطبي" في هذا الجدول إذا كنت مريضًا بالسكري وتحتاج إلى خدمات العلاج الغذائي الطبي (MNT).</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح سابق للحصول على لوازم مرضى السكري وأحذية مرضى السكري والزرعات.</p> <p>ليس من الضروري الحصول على تصريح سابق لمرض السكري الذي يغطيه برنامج Medicare. الإدارة الذاتية لمرض السكري.</p>	<p><b>تدريب وخدمات وإمدادات الإدارة الذاتية لمرض السكري</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية لكل الأشخاص الذين يعانون مرض السكري (سواء أكانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إمدادات لمراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراقبة الجلوكوز في الدم</li> <li>• شرائط اختبار الجلوكوز في الدم</li> <li>• أجهزة الوخز والواخزة</li> </ul> </li> <li>• محاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار والشاشات</li> <li>• تقوم بتغطية لوازم مرضى السكر من شركة مصنعة مفضلة دون إذن مسبق. لا تشمل التغطية بعض العلامات التجارية الأخرى إلا إذا حصلت على تصريح مسبق منا.</li> <li>• بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون السكري المصابين بمرض القدم السكرية الحاد، ندفع مقابل ما يأتي: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ زوج واحد فقط من الأحذية العلاجية المصنوعة حسب الحالة (بما في ذلك الملحقات المدرجة بها)، بما في ذلك التركيبة، وزوجين إضافيين من الملحقات المدرجة كل عام تقويمي، أو</li> <li>○ زوج واحد من الأحذية العميقة، بما في ذلك التركيبات، وثلاثة أزواج من الملحقات المدرجة كل عام (غير شامل الملحقات القابلة للإزالة وغير المخصصة التي تتوفر مع هذه الأحذية)</li> </ul> </li> <li>• في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك على إدارة مرض السكري. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.</li> </ul>	
\$0	<p><b>خدمات الداية</b></p> <p>بالنسبة إلى النساء الحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات بصحبة داية خلال مدة ما قبل الولادة وما بعدها إلى جانب الدعم خلال مدة المخاض والولادة.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة التي يغطيها برنامج Medicare. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة</b></p> <p>راجع الفصل الأخير من دليل الأعضاء الذي يقدّم تعريف "المعدات الطبية المعمرة (DME)" نغطي الأجهزة الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية</li> <li>• العكازات</li> <li>• أنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة</li> <li>• وسادة الضغط الجاف للمراتب</li> <li>• لوازم مرضى السكر</li> <li>• أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الرعاية لاستخدامها في المنزل، ومضخات الحقن الوريدي (IV)، وحامل أجهزة الحقن الوريدي</li> <li>• مضخة وإمدادات التغذية المعوية</li> <li>• أجهزة إنتاج الكلام</li> <li>• اللوازم وأجهزة الأوكسجين</li> <li>• البخاخات</li> <li>• مساند مساعدة المشي</li> <li>• مقبض منحنى قياسي أو عكاز رباعي واللوازم البديلة</li> <li>• وسادة العنق (على الباب)</li> <li>• محفز العظام</li> <li>• معدات رعاية غسيل الكلى</li> </ul> <p>العناصر الأخرى التي يمكن أن تشملها التغطية.</p> <p>ندفع مقابل كل المعدات الطبية المعمرة (DME) الضرورية من الناحية الطبية التي غالبًا ما يدفع برنامج Medicare و Medi-Cal مقابلها. إذا لم يكن المورد الخاص بنا في منطقتك يحمل علامة تجارية محددة أو شركة تصنيع محددة، فيمكنك أن تستفسر منه عما إذا كان بإمكانه توفيرها لك بشكل خاص أم لا.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>إذا تلقيت خدمات رعاية الطوارئ في مستشفى غير تابعة للشبكة، وتحتاج لرعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك الرجوع إلى إحدى المستشفيات التابعة للشبكة لاستمرار تلقي خدمات الرعاية مدفوعة الثمن. ويمكنك البقاء في ذلك المستشفى غير التابع للشبكة لتلقي خدمات رعاية المرضى الداخليين إذا وافقت خطتنا على إقامتك.</p> <p>يجب أن تعود إلى مستشفى تابع للشبكة لكي يستمر دفع تكاليف الرعاية التي تحصل عليها. ويمكنك البقاء في ذلك المستشفى غير التابع للشبكة لتلقي خدمات رعاية المرضى الداخليين إذا وافقت خطتنا على إقامتك.</p>	<p><b>رعاية الطوارئ</b></p> <p>تعني رعاية الطوارئ الخدمات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المقدمة بواسطة مقدم رعاية مدرب على توفير خدمات الحالات الطارئة، و</li> <li>• المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة.</li> </ul> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعرض صحتك أو صحة الجنين لضرر جسيم؛ أو</li> <li>• إلحاق ضرر خطير بوظائف الجسم؛ أو</li> <li>• خلل خطير في أداء أي عضو أو جزء من أجزاء الجسم؛ أو</li> <li>• بالنسبة للمرأة الحامل في آلام ما قبل الولادة، في حالة: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ عدم وجود وقت كافٍ لنقلك إلى مستشفى آخر بأمان قبل الولادة.</li> <li>○ قد يمثل نقلك إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك وسلامتك أو الطفل الذي لم يولد بعد.</li> </ul> </li> </ul> <p>ولا تتم تغطية رعاية الطوارئ إلا داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها باستثناء حالات محدودة. اتصل بمسؤولي الخطة لمعرفة التفاصيل.</p> <p>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.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>خدمات تنظيم الأسرة</b></p> <p>يتيح لك القانون الحق في اختيار مقدم الخدمات الذي ترغب في تلقي خدمات تنظيم الأسرة لديه. أي أن تختار أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب يقدم خدمات تنظيم الأسرة. ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحوصات تنظيم الأسرة والعلاج الطبي</li> <li>• الفحوصات التشخيصية والمختبرية فيما يتعلق بتنظيم الأسرة</li> <li>• طرق تنظيم الأسرة (الأجهزة التي توضع داخل الرحم (IUC/IUD)، أو الزراعات، أو الحقن، أو حبوب منع الحمل، أو الرقعة، أو الحلقة)</li> <li>• إمدادات طوارئ تنظيم النسل التي يصفها أحد الصيادلة المتعاقدين معنا أو التي يصفها أحد مقدمي الخدمات غير المتعاقدين معنا؛ وذلك في حالات الطوارئ الطبية فحسب.</li> <li>• خدمات المتابعة لأي مشكلات قد تواجهها لدى استخدامك لوسائل تنظيم الأسرة التي يوفرها مقدمو خدمات تنظيم الأسرة.</li> <li>• إمدادات تنظيم الأسرة الموصوفة (الواقي والإسفنجة المهبلية والرغوة المهبلية والغشاء المهبلية والحاجز المهبلية وغطاء عنق الرحم)</li> <li>• استشارات حالات العقم وتشخيصها والخدمات ذات الصلة</li> <li>• الاستشارات والاختبارات وعلاج العدوى المنقولة جنسياً (STIs)</li> <li>• استشارات واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) والإيدز (AIDS) والأمراض الأخرى المقترنة بفيروس نقص المناعة المكتسبة</li> <li>• 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).</li> <li>• استشارات الحالات الوراثية</li> </ul> <p>ندفع كذلك تكاليف بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، تجب عليك زيارة أحد مقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا في ما يتعلق بالخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• علاج حالات العقم الطبية (ولا تشمل هذه الخدمة طرق التلقيح الصناعي للحمل).</li> <li>• علاج مرض الإيدز (AIDS) وغيرها من الحالات المتصلة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV)</li> <li>• الاختبارات الوراثية</li> </ul> <p>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>خدمات تنظيم الأسرة (تابع)</b></p> <p>للحصول على معلومات حول خدمات تنظيم الأسرة المتاحة لك في المنطقة التي تقيم بها، اتصل بخدمات إدارة الصحة في الولاية، مكتب تنظيم الأسرة، على الرقم المجاني 1(800) 942-1054.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>ملحوظة: قد لا توفر بعض المستشفيات وغيرها من مقدمي الرعاية الآخرين بعض أنواع خدمات تنظيم الأسرة التي يمكن أن تكون مشمولة بالتغطية بموجب تعاقد الخطة. وقد يتضمن ذلك استشارات تنظيم الأسرة وخدمات تحديد النسل بما فيها وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ أو التعقيم (والتي تشمل عمليات ربط قناة البوق في وقت المخاض والولادة) أو الإجهاض. اتصل بطبيبك أو المجموعة الطبية أو العيادة، أو اتصل على الرقم المجاني لقسم خدمات الأعضاء 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي للتأكد من أنه يمكنك الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي تحتاج إليها.</li> </ul>
\$0	<p><b>ميزة اللياقة البدنية (إضافية)</b></p> <p>تحصل على عضوية مركز اللياقة البدنية في مراكز اللياقة البدنية المشاركة. إذا كنت لا تستطيع الذهاب إلى مركز لياقة بدنية أو تفضل ممارسة الرياضة من المنزل كذلك، فيمكنك اختيار مجموع Home Fitness. ستساعدك المجموعة على البقاء نشيطًا من دون أن تترك منزلك. إذا اخترت ممارسة التمارين الرياضية في مركز اللياقة البدنية، فيمكنك الاطلاع على الموقع الإلكتروني واختيار أحد المواقع المشاركة، أو يمكنك التوجه مباشرة إلى أحد مراكز اللياقة البدنية المشاركة للبدء. وقد تختلف المرافق ومراكز اللياقة البدنية وسلاسل اللياقة البدنية المشاركة حسب الموقع كما أنها خاضعة للتغيير. وتخضع المجموعات للتغيير.</p>
\$0	<p><b>برامج التوعية الصحية والسلامة</b> </p> <p>نحن نقدم برامج كثيرة تركز على حالات صحية معينة. وهي تشمل على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>فصول التوعية الصحية</li> <li>فصول التوعية الغذائية</li> <li>والخط الساخن لخدمات التمريض</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>خدمات الصحة السمعية</b></p> <p>ندفع في مقابل اختبارات التوازن والصحة السمعية المقدمة بواسطة مقدم الخدمة. تبين لك هذه الاختبارات مدى احتياجك للعلاج الطبي في هذه الحالات من عدمه. ويجري تغطيتها في الخطة بوصفها خدمات رعاية خارجية يتلقاها المريض لدى أحد الأطباء أو اختصاصي السمع أو مقدمي الرعاية المؤهلين.</p> <p>تتم تغطية فحص سمع واحد كل سنة، وعملية تركيب/تقييم واحدة لساعات الأذن كل سنتين ضمن منافع (Medicaid) Medi-Cal. تغطي خطتنا عملية تركيب/تقييم إضافية لساعات الأذن كل سنة.</p> <p>إذا تم إخبارك بأنك بحاجة إلى سماعات أذن، فيمكنك الاستفادة من بدل لساعات الأذن بقيمة \$1510 كل سنة لكلا الأذنين ضمن منافع (Medicaid) Medi-Cal. تغطي خطتنا سماعات أذن إضافيتين محددتين سابقاً من قبل مقدم رعاية معتمد من الخطة.</p> <p>إذا كنت حاملاً أو من نزلاء منشآت التمريض، فسنُدفع كذلك مقابل أجهزة المساعدة لضعاف السمع، بما فيها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• القوالب واللوازم والمغروقات السمعية</li> <li>• الإصلاحات التي تتكلف ما يزيد عن \$25 أمريكياً للإصلاح الواحد</li> <li>• مجموعة أولية من البطاريات</li> <li>• ست زيارات للتدريب والتعديلات والمواظمة مع نفس المورد بعد حصولك على جهاز المساعدة السمعية</li> <li>• استئجار أجهزة المساعدة السمعية لفترة تجريبية</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لبطاقة MyChoice.</p> <p>قد تكون المشاركة في برنامج إدارة الرعاية ضرورية. ويجب أن يحصل الأعضاء كذلك على موافقة الطبيب على الاختبار بناءً على نقص المعلومات الطبية التاريخية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>المساعدة المقدّمة في بعض الأمراض المزمنة</b></p> <p>إذا تم تشخيصك بأحد الأمراض المزمنة الموضحة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للاستفادة بالمزايا الإضافية الخاصة للأعضاء المصابين بالأمراض المزمنة.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الإدمان المزمن للكحول والمواد المخدرة الأخرى</li> <li>• اضطرابات المناعة الذاتية</li> <li>• السرطان</li> <li>• الاضطرابات القلبية الوعائية</li> <li>• فشل القلب المزمن</li> <li>• الخرف</li> <li>• السكري</li> <li>• الفشل الكبدي في مراحله النهائية</li> <li>• الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD)</li> <li>• اضطرابات الدم الحادة</li> <li>• فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)</li> <li>• الاضطرابات الرئوية المزمنة</li> <li>• أمراض الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة</li> <li>• الاضطرابات العصبية</li> <li>• السكتة الدماغية</li> </ul> <p>ستحتاج إلى إرسال نموذج تقييم المخاطر الصحية الذي يكمله طبيبك ويحدد أنك تعاني من إحدى الحالات المذكورة التي يمكن أن تتفاقم من دون الوصول إلى إحدى المزايا الإضافية الخاصة المدرجة أدناه. يجب إكمال العملية الآتية من أجل التأهل:</p> <p>اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير الحالة لبدء طلبك للوصول إلى هذه المزايا. ملحوظة: من خلال طلب هذه الميزة، فإنك تصرح لممثلي Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) بالاتصال بك عن طريق الهاتف أو البريد أو أي وسيلة اتصال أخرى كما هو موضح صراحةً في طلبك.</p> <p>عند تلقي طلبك للوصول إلى مزايا SSBCI، سيرسل ممثل خدمات الأعضاء أو مدير الحالة الخاص بك تقييمًا للمخاطر الصحية ونموذج إحالة SSBCI ليكمله مقدم الرعاية الخاص بك، وذلك إذا لم يكن النموذج الحالي مسجلًا في Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p> <p>هذه الميزة تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>المساعدة المقدمة في بعض الأمراض المزمنة (تتمة)</b></p> <p>ستحتاج أنت (العضو) إلى تحديد موعد مع طبيب الرعاية الأولية لإجراء تقييم، وإكمال نموذج تقييم المخاطر الصحية الخاص بك، وتحديد كل حالة مؤهلة مدرجة في نموذج إحالة SSBCI.</p> <p>يجب على مقدم الرعاية الخاص بك إكمال كل من تقييم المخاطر الصحية ونموذج إحالة SSBCI والتوقيع عليهما وإرسالهما بالفاكس إلى الرقم المدرج في نموذج إحالة SSBCI.</p> <p>سترسل خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) تأكيدًا بالاستلام وبمجرد الموافقة، ستخطر بأموال SSBCI الإضافية التي سيتم توفيرها من خلال بطاقة MyChoice الخاصة بك.</p> <p>عند الموافقة، سيتم شحن بطاقة MyChoice الخاصة بك تلقائيًا بما يصل إلى \$150 كل ربع سنة لاستخدامها في مزايا SSBCI. يمكن دمج مزايا SSBCI الواردة أدناه بناءً على حالتك، ولكن الحد الأقصى لمبلغ البدل يبلغ مجموعه \$150 لكل ربع سنة. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل ربع سنة إلى الربع التالي.</p> <p><b>بدل مستلزمات حيوانات الخدمة:</b></p> <p>يقدم الدعم إلى الأعضاء الذين يعانون إعاقة أو مرضًا مزمنًا ويحتاجون إلى مساعدة حيوانات الخدمة. لكي تكون مؤهلاً للحصول على هذه الميزة، تتطلب خطتنا إجراء تقييم للمخاطر الصحية وتأكيدًا على الحاجة إلى حيوانات الخدمة. يمكن استخدام مخصص مستلزمات حيوانات الخدمة لشراء طعام الحيوانات ومستلزماتها من أي متجر تجزئة أو عبر الإنترنت معروف بأنه متجر للحيوانات الأليفة (على سبيل المثال: Petco و PetSmart و Chewy، وما إلى ذلك). لا يغطي المخصص تكلفة الحصول على حيوان الخدمة أو تدريبه أو أي خدمات بيطرية.</p> <p><b>التحكم في الآفات:</b></p> <p>تقتصر هذه الميزة على الخدمات الوقائية المعتادة للتحكم في الآفات في مقر إقامتك الحالي (في العنوان المسجل في الخطة).</p> <p>يمكن أن يقدم علاج التحكم في الآفات أي مقدم خدمة بمعرف تاجر مسجل يشير إلى أنه يتبع خدمة التحكم في الآفات.</p> <p>هذه الميزة تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>المساعدة المقدّمة في بعض الأمراض المزمنة (تتمة)</b></p> <p>مقدم خدمة التحكم في الأوقات المفضل لدى Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) هو Terminix. وقد تعاقدت Molina مع Terminix Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) مباشرة لتوفير الخدمات الوقائية المعتادة للتحكم في الأوقات بسعر مخفض.</p> <p>يجب على الأعضاء استخدام بطاقة MyChoice للدفع مقابل الخدمات.</p> <p><b>عدة الاختبار الجيني غير المغطاة ببرنامج Medicare:</b></p> <p>تشمل الاختبارات، على سبيل المثال لا الحصر: حساسية الطعام، والحساسية في الأماكن المغلقة والمفتوحة، والنوم والتوتر، وغير ذلك.</p> <p>هذه الميزة مصممة لمساعدة الأعضاء الذين قد لا تكون لديهم القدرة على الوصول إلى التاريخ الطبي لعائلتهم للإشارة إلى أي مخاوف صحية محتملة في المستقبل.</p> <p>يمكن للأعضاء شراء هذه الاختبارات من أي موقع إلكتروني عبر الإنترنت بمعرّف تاجر مسجل يشير إلى أنه مقدم اختبارات جينية.</p> <p>لدى Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) عقود مباشرة مع Everlywell لتقديم الاختبارات بسعر مخفض.</p> <p>يجب على الأعضاء استخدام بطاقة MyChoice المشحونة سلفًا للدفع مقابل هذه الخدمات.</p> <p><b>بدل تطبيقات الصحة العقلية والعافية:</b></p> <p>تم تصميم تطبيقات الصحة العقلية والعافية لتوفير أدوات قيّمة لمساعدة الأعضاء على التعامل مع الإعاقة.</p> <p>من أمثلة تطبيقات الصحة العقلية والعافية ما يأتي: Talkspace و Headspace و Calm وما إلى ذلك.</p> <p>يجب على الأعضاء استخدام بطاقة MyChoice المشحونة سلفًا لشراء هذه التطبيقات. يبلغ الحد الأقصى لمبلغ البدل الخاص بميزة SSBCI الواردة أدناه \$35 شهريًا. لا تتم مشاركة هذا البدل الشهري مع مزايا SSBCI الواردة أعلاه. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي.</p> <p>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
	<p><b>المساعدة المقدمّة في بعض الأمراض المزمنة (تتمة)</b>  <b>الأغذية والمنتجات:</b>  إذا كنت مؤهلاً، فسيتم عليك إنفاق \$80 على مزايا الأغذية والمنتجات الخاصة بك. لا تتم مشاركة هذا المخصص الشهري مع خدمات SSBCI الأتية: مكافحة الآفات، ومستلزمات حيوانات الخدمة، وعدة الاختبار الجيني غير المغطاة ببرنامج Medicare، وتطبيقات الصحة العقلية والعافية. لن يتم نقل أي أموال غير مستخدمة في نهاية كل شهر إلى الشهر التالي.  يمكنك استخدام المخصص الموجود في بطاقة MyChoice للحصول على مجموعة متنوعة من المنتجات الغذائية الصحية العامة وذات الأسماء التجارية من المتجر المحلي المشارك القريب، أو عبر الإنترنت مع التوصيل المنزلي من دون أي تكلفة إضافية على الموقع الإلكتروني <a href="http://Members.NationsBenefits.com/Molina">Members.NationsBenefits.com/Molina</a>.</p>	
<p>\$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.</p>	<p><b>فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV)</b>  نحن نلتزم بالدفع في مقابل إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) مرة كل 12 شهرًا بالنسبة لأولئك الذين:  • يطلبون إجراء اختبار فحص نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV)، أو  • يهددهم 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.</p>	
<p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات.  قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>وكالة الرعاية الصحية المنزلية</b>  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. 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 مزية 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 البدني والمهني وعلاج مشكلات النطق  • الخدمات الاجتماعية والطبية  • اللوازم والمعدات الطبية</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>أنت تدفع \$0 مقابل العلاج بالتسريب في المنزل الذي يغطيه برنامج Medicare. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>العلاج بالتسريب في المنزل</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الدواء أو المادة البيولوجية مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي</li> <li>• المعدات مثل المضخة</li> <li>• المستلزمات مثل الأنابيب أو القسطرة.</li> </ul> <p>تغطي خطتنا خدمات التسريب في المنزل التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات المهنية لا سيما خدمات التمريض والمقدمة وفقاً لخطة الرعاية الخاصة بك</li> <li>• تدريب الأعضاء وتعليمهم غير المدرجين بالفعل في مزايا المعدات الطبية المعمرة (DME)؛</li> <li>• المتابعة عن بُعد؛</li> <li>• خدمات المتابعة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية التسريب المنزلي التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل.</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>عندما تسجّل في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من قبل برنامج Medicare، يتم دفع تكاليف خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزء A والجزء B المرتبطة بمرضك العضال من قبل خطة Original Medicare، لا خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP).</p>	<p><b>رعاية المحتضرين</b></p> <p>يحق لك اختيار دار من 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 المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. ويجب أن تساعدك الخطة على العثور على برامج رعاية المحتضرين التي يعتمدها برنامج Medicare. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المسنين تابعًا لشبكة مقدمي الخدمات أو من خارجها.</p> <p>تدفع خطتنا تكاليف الخدمات الآتية في أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأدوية اللازمة لعلاج الأعراض والآلام</li> <li>• رعاية المحتضرين قصيرة الأجل</li> <li>• الرعاية المنزلية</li> </ul> <p>يدفع برنامج Medicare الفواتير الخاصة بخدمات المحتضرين والخدمات التي تخضع لتغطية الجزء "أ" والجزء "ب" من Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• راجع القسم و من هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات.</li> </ul> <p>بالنسبة إلى الخدمات المشمولة بتغطية خطتنا لكن لا يغطيها الجزء A أو B من برنامج Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تغطي خطتنا الخدمات غير المشمولة بتغطية الجزء A أو B من برنامج Medicare. ونغطي الخدمات بغض النظر عما إذا كانت مرتبطة بالمرض العضال. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.</li> </ul> <p>بالنسبة إلى الأدوية التي يمكن أن تغطيها ميزة الجزء D من برنامج Medicare في خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> إذا كنت تحتاج إلى خدمات رعاية غير خدمات المحتضرين، فاتصل بمدير حالتك لترتيب تلك الخدمات. وتعدّ خدمات رعاية غير المحتضرين هي تلك الخدمات التي لا تتعلق بالمرض العضال.</p> <p>تغطي خطتنا خدمات استشارات رعاية المحتضرين (لمرة واحدة فحسب) لمن يعانون من مرض عضال والذين لم يختاروا المزايا المتاحة للمحتضرين.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والتهاب الكبد و كوفيد-19.	<p><b>التحصينات</b> </p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>لقاح الالتهاب الرئوي</li> <li>لقاح الإنفلونزا لمرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء مع لقاحات إضافية للإنفلونزا إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية</li> <li>لقاح الالتهاب الكبدي الوبائي (فيروس ب) إذا كنت تعاني من خطر الإصابة بفيروس الالتهاب الكبدي الوبائي (ب) في المرحلتين المتوسطة أو المتقدمة</li> <li>لقاحات كوفيد-19</li> <li>اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا للخطر، على أن تستوفي هذه اللقاحات قواعد تغطية الجزء B من برنامج Medicare</li> </ul> <p>ندفع تكاليف اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد تغطية الجزء D من برنامج Medicare. راجع <b>الفصل 6</b> من دليل الأعضاء لمعرفة المزيد.</p> <p>سندفع كذلك مقابل اللقاحات للبالغين بحسب توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (Advisory Committee of Immunization Practices، ACIP).</p>
\$0	<p><b>خدمات الدعم في المنزل (إضافية)</b></p> <p>يمكنك الوصول إلى خدمات الدعم في المنزل، بما في ذلك التنظيف والأعمال المنزلية وإعداد الوجبات والمساعدة في الأنشطة الفعالة الأخرى للحياة اليومية. يمكنك الوصول إلى ما يصل إلى 90 ساعة كل عام.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>يجب عليك الحصول على موافقة من خطتنا للحصول على خدمات الرعاية للمرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>رعاية المرضى الداخليين في المستشفى</b></p> <p>تغطي الخطة الخاصة بنا عددًا غير محدود من الأيام للإقامة في المستشفى كمرضى داخلي. ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية إلى جانب الخدمات الأخرى الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة تمامًا إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك)</li> <li>• الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض المنتظمة</li> <li>• تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات العناية المركزة أو العناية التاجية</li> <li>• العقاقير والأدوية</li> <li>• الفحوصات المعملية</li> <li>• الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي</li> <li>• الإمدادات الطبية والجراحية اللازمة</li> <li>• الأجهزة الطبية مثل الكراسي المتحركة</li> <li>• خدمات غرف الإنعاش والعمليات</li> <li>• العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب</li> <li>• خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الداخليين</li> <li>• وفي بعض الحالات، تشمل الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلية والكلية/ البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة ونخاع العظام والخلايا الجذعية والأمعاء/ الأحشاء المتعددة.</li> </ul> <p>إذا كنت تحتاج إلى عملية زرع، فسيراجع أحد مراكز الزرع المعتمدة من قبل 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 خطة Molina Medicare Complete Care Plus تقدم خدمات الزرع خارج نمط الرعاية إلى مجتمعك واخترت إجراء عملية الزرع هناك، فإننا نرتب أو ندفع تكاليف السكن والسفر إليك وإلى شخص واحد آخر. ولمزيد من المعلومات عن عمليات الزرع والخدمات المغطاة، تفضل بالاتصال بخدمات الأعضاء.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• خدمات الأطباء</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.</p> <p><b>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</b></p>	<p><b>خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي</b></p> <p>ندفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تستلزم البقاء في المستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 المقدّمة بعد الـ 190 يومًا.</li> <li>◦ ولا يسري شرط مدة 190 يوماً تلك على خدمات الصحة العقلية الداخلية المقدمة في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة.</li> <li>• إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكثر، فإننا ندفع تكاليف الخدمات التي تحصل عليها في أي مؤسسة للأمراض العقلية (IMD).</li> </ul>
<p>\$0</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لهذه الميزة.</p> <p><b>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</b></p>	<p><b>إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المشمولة بالتغطية في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF) خلال مدة إقامة المريض الداخلي غير المشمولة بالتغطية</b></p> <p>لا ندفع مقابل إقامتك داخل المستشفى إذا لم تكن منطقية وضرورية طبيًا.</p> <p>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.</p> <p>ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الأطباء</li> <li>• الاختبارات التشخيصية مثل الاختبارات المعملية</li> <li>• العلاج بالأشعة السينية والراديو والعلاج بالنظائر المشعة، بما في ذلك الخدمات والمواد الفنية</li> <li>• الضمادات الجراحية</li> <li>• الجبائر والجبائر الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع</li> <li>• الأطراف الاصطناعية وأجهزة تقويم العظام والأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. هناك أجهزة يُستعاض بها كليًا أو جزئيًا عن: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ أعضاء الجسم الداخلية (بما في ذلك الأنسجة المتلامسة).</li> <li>◦ وظيفة أحد أعضاء الجسم الداخلية المتوقفة عن العمل أو ذات الخلل الوظيفي.</li> </ul> </li> <li>• 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.</li> <li>• العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. **للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)**

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات. يغطي برنامج Medicare ما يصل إلى 6 جلسات في العمر.</p>	<p><b>إمدادات وخدمات أمراض الكلى</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من النطاق الجغرافي للخدمة، كما هو موضح في <b>الفصل 3</b> من دليل الأعضاء، أو عندما يكون مقدم الرعاية غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتًا.</li> <li>• علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا أُدجّلت كمرضى داخلي في أحد مستشفيات الرعاية الخاصة.</li> <li>• التدريب على غسيل الكلى ذاتيًا، بما في ذلك تدريبك أنت وأي أحد يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل</li> <li>• إمدادات ومعدات غسيل الكلى بالمنزل</li> <li>• 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.</li> </ul> <p>وتتحمل مزايا الجزء "ب" من برنامج Medicare تكاليف بعض أدوية الغسيل الكلوي. لمزيد من المعلومات، راجع "أدوية الوصفات الطبية الواردة في الجزء D من برنامج Medicare" في هذا الجدول.</p>	
<p>\$0</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لزيارات الاستشارات والمشاركة في اتخاذ القرارات التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p><b>فحص سرطان الرئة</b></p> <p>ندفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• كان عمرك يتراوح بين 50 و77 عامًا.</li> <li>• كانت لديك زيارة استشارات ومشاركة في اتخاذ القرار مع طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية المؤهلين.</li> <li>• كنت تدخن علبة واحدة على الأقل في اليوم مدة 20 عامًا من دون أن تظهر عليك علامات أو أعراض سرطان الرئة أو كنت تدخن الآن أو كنت قد أقلعت عن التدخين خلال الخمسة عشر عامًا الماضية.</li> </ul> <p>بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية المؤهلين.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.	<p><b>ميزة الوجبات (إضافية)</b></p> <p>تهدف هذه الميزة إلى الحفاظ على صحتك وقوتك بعد الإقامة في المستشفى الداخلي أو في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، أو لحالة طبية أو حالة طبية محتملة تتطلب منك البقاء في المنزل فترة من الوقت. سيقدر مدير حالتك أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى هذه الميزة. ويمكن لطبيبك أن يطلب هذه الميزة لك إذا كنت تعاني من أمراض مزمنة معينة.</p> <p>توفر هذه الميزة وجبتين في اليوم مدة 14 يومًا بإجمالي 28 وجبة يتم تسليمها. وستعتمد أنواع الوجبات على أي احتياجات غذائية قد تكون لديك. قد تكون مؤهلاً كذلك للحصول على 28 وجبة إضافية على مدار 14 يومًا بعد الحصول على الموافقة. تغطي الخطة 4 أسابيع كحد أقصى وما يصل إلى 56 وجبة في كل سنة تقويمية.</p> <p>سيطلب مدير الحالة الخاص بك وجباتك لك وسيتم توصيلها إلى منزلك. ويصل الطلب الأول عادةً في غضون 72 ساعة (3 أيام عمل) من معالجته. سيتم الاتصال بك مقدماً قبل تاريخ (تواريخ) التوصيل.</p>
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للأعضاء المؤهلين للاستفادة بخدمات العلاج الغذائي الطبي التي يغطيها برنامج Medicare.	<p><b>العلاج الغذائي الطبي</b></p> <p>هذه المزايا مستحقة لمرضى السكري أو أمراض الكلى دون الغسيل الكلوي. كما أنها مستحقة أيضاً بعد عملية زرع الكلى عندما يأمر الطبيب بذلك.</p> <p>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.</p> <p>أما في السنوات التالية على السنة الأولى فنتحمل تكاليف ساعتين من خدمات الاستشارات المباشرة تلك. وإذا طرأ تغيير على حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فيجوز لك الحصول على مزيد من ساعات العلاج بناءً على أمر من طبيبك. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويجدد الأمر كل عام إذا احتجت إلى تمديد العلاج في السنة التقويمية المقبلة. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر ذلك من الناحية الطبية.</p>
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات لميزة خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP).	<p><b>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>ندفع خطتنا مقابل خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP). إن برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري مصمم لمساعدتك على تعزيز سلوكك الصحي. ويوفر التدريب العملي في:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، بالإضافة إلى</li> <li>زيادة النشاط البدني، بالإضافة إلى</li> <li>طرق المحافظة على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل كل دواء موصوف ضمن الجزء B في برنامج Medicare.</p> <p>قد تخضع أدوية الجزء B للعلاج التدريجي.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>أدوية الوصفات الطبية الواردة بالجزء (ب) من برنامج Medicare</b></p> <p>هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء "ب" من برنامج Medicare. تدفع خطتنا تكلفة الأدوية الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأدوية التي لا تعطىها لنفسك عادة بل تأخذها حقنًا أو بالتسريب الوريدي خلال زيارتك للأطباء أو العيادات الخارجية للمستشفيات أو عند حصولك على خدمات مراكز الجراحة المتنقلة.</li> <li>• الأدوية التي تأخذها باستخدام المعدات الطبية المعمرة (مثل البخاخات) المعتمدة من خطتنا.</li> <li>• عقاقير عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا</li> <li>• الأدوية المثبطة للمناعة التي تحصل عليها إذا كنت مسجلاً في الجزء "أ" من برنامج Medicare وقت زرع أحد الأعضاء</li> <li>• أدوية هشاشة العظام التي تؤخذ حقنًا. وتدفع تكاليف هذه الأدوية إذا كنت قعيدة المنزل بسبب كسر يشهد طبيب بأن لهذا الكسر علاقة بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، وأنك لا تستطيعين أن تأخذيها حقنًا بنفسك.</li> <li>• المستضدات</li> <li>• بعض الأدوية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم</li> <li>• بعض أدوية الغسيل الكلوي في المنزل، بما في ذلك الهيبارين والترياق المضاد للهيبارين (عند الحاجة الطبية إليه) ومواد التخدير الموضعي وأدوية تحفيز تكون الكريات الحمراء (مثل Procrit® أو Epoetin Alfa)</li> <li>• الجلوبيولين المناعي حقنًا بالوريد للعلاج المنزلي من أمراض نقص المناعة البشرية الرئيسية</li> </ul> <p>ينقلك الرابط الآتي إلى قائمة أدوية الجزء B التي قد تخضع للعلاج التدريجي:  <a href="http://www.molinahealthcare.com/Medicare">www.molinahealthcare.com/Medicare</a></p> <p>تغطي كذلك بعض اللقاحات بموجب الجزء B والجزء D من مزايا الأدوية الموصوفة في برنامج Medicare.</p> <p>يوضح <b>الفصل 5</b> من دليل الأعضاء ميزة الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين. حيث يشرح الفصل القواعد الواجب اتباعها لتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا.</p> <p>ويوضح <b>الفصل 6</b> من دليل الأعضاء التكاليف التي تتحملها مقابل الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين ضمن خطتنا.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>بطاقة MyChoice</b></p> <p>بطاقة MyChoice هي بطاقة خصم سابقة الدفع خاصة بالمزايا يمكنك استخدامها لدفع تكاليف مزايا الخطة الإضافية التي تختارها مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>العناصر التي لا تستلزم وصفة طبية</li> <li>رعاية الأسنان</li> <li>البصر</li> <li>النقل</li> <li>الأغذية والمنتجات*</li> <li>المزايا الإضافية الخاصة للأمراض المزمنة</li> </ul> <p>*متطلبات الأهلية السارية.</p> <p>بطاقة الخصم سابقة الدفع ليست بطاقة ائتمان. ولا يمكنك تحويل البطاقة إلى نقود أو إقراضها لشخص آخر. ولا تغطي بطاقة المزايا هذه الجراحات التجميلية. يتم تحميل الأموال على البطاقة كل فترة مزايا. ويمكن أن تكون فترة المزايا شهرية أو ربع سنوية حسب المزايا. في نهاية كل فترة مزايا، لن يتم تحويل الأموال المخصصة غير المستخدمة إلى الفترة التالية أو سنة الخطة التالية. وإذا تركت الخطة، يتم إرجاع أي أموال مخصصة غير مستخدمة إلى الخطة في تاريخ إلغاء التسجيل الفعلي. يمكن استخدام مخصصات بطاقة MyChoice فقط للحصول على المزايا الإضافية المحددة حتى الوصول إلى الحد 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 (OTC) 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 المعالج مقترنة بتقرير إدارة الحالة ضمن خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) Case Management.</p>
\$0	<p><b>الاستشارات الغذائية</b></p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>تبلغ مدة التدخل عبر الهاتف من 30 إلى 60 دقيقة.</li> <li>سيتم تزويدك بمعلومات الاتصال للحصول على مزيد من المعلومات و/أو المتابعة حسب الحاجة أو الرغبة.</li> </ul> <p>إن الجلسات الغذائية/الجلسات النظام الغذائي الفردية غير محدودة ضمن منافع Medi-Cal (Medicaid).</p> <p>تغطي خطتنا 12 جلسة هاتفية إضافية فردية/جماعية. سيحملك مقدم الرعاية الخاص بك إلى اختصاصي تغذية داخل الشبكة للحصول على هذه الخدمات.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية</b></p> <p>مرافق التمريض هي تلك الأماكن التي تُقدّم فيها الرعاية للمرضى الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل وإن لم تستلزم الحاجة حجزهم في المستشفيات.</p> <p>تشمل الخدمات التي ندفع تكاليفها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة رعاية نصف خاصة (أو غرفة رعاية خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية)</li> <li>• الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض</li> <li>• العلاج البدني والمهني وعلاج مشكلات النطق</li> <li>• العلاج التنفسي</li> <li>• الأدوية التي تُعطى للمريض كجزء من خطة الرعاية التي يتمتع بها. (يشمل ذلك المواد الموجودة بالطبيعة في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم).</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه</li> <li>• الإمدادات الطبية والجراحية التي تُقدّم للمريض في مرافق التمريض</li> <li>• الاختبارات المخبرية التي تُجرى للمريض في مرافق التمريض</li> <li>• الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي التي تُجرى للمريض في مرافق التمريض</li> <li>• استعمال الأجهزة والكراسي المتحركة التي تُتاح للمرضى في مرافق التمريض</li> <li>• خدمات الأطباء/الممارسين</li> <li>• المعدات الطبية المعمرة (DME)</li> <li>• خدمات طب الأسنان، بما في ذلك تركيب الأسنان الاصطناعية</li> <li>• مزايا البصر</li> </ul> <p>هذه الميزة تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
	<p><b>الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية (تتمة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>الاختبارات الطبية السمعية</li> <li>الرعاية بالمعالجة اليدوية</li> <li>خدمات طب الأقدام</li> </ul> <p>تحصل عادة على الرعاية من المرافق التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. وبوسعك الحصول على الرعاية من الأماكن الآتية إذا قبلت هذه الأماكن محاسبتها بالمبالغ التي تدفعها خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>مرافق التمريض أو دور الرعاية المستمرة للمتقاعدين في المكان الذي كنت تقيم فيه قبل انتقالك للمستشفى (ما دامت تلك المرافق تقدم خدمات الرعاية التمريضية).</li> <li>مرفق رعاية تمريضية يعيش فيه زوجك/زوجتك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى.</li> </ul>	
\$0	<p><b>فحص السمنة وعلاجات التخسيس</b></p> <p>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 (PCP) الخاص بك.</p>	
\$0	<p><b>خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية (OPT)</b></p> <p>تدفع خطتنا تكاليف الخدمات الآتية لعلاج الاضطراب الناجم عن تعاطي المواد الأفيونية (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>أنشطة الجرعات</li> <li>التقييمات الدورية</li> <li>الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA، Food and Drug Administration) لتنظيم هذه الأدوية وإعطائك إياها، عند الاقتضاء</li> <li>تقديم المشورة بشأن تعاطي المواد المخدرة</li> <li>العلاج الفردي والجماعي</li> <li>اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السمية)</li> </ul>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح للحصول على خدمات المختبرات للمرضى الخارجيين وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين. يتطلب الاختبار الجيني المعمل الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والإمدادات العلاجية</b></p> <p>نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب الخدمات الأخرى اللازمة طبياً غير المدرجة بهذه القائمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأشعة السينية</li> <li>• العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة)، بما في ذلك المواد واللوازم الفنية</li> <li>• المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات</li> <li>• الجبائر والجبائر الجسبية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع*</li> <li>• الفحوصات المعملية*</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه. يجب أن نتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على إحالة.</li> <li>• الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين</li> </ul>
<p>\$0</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح للحصول على خدمات المختبرات للمرضى الخارجيين وخدمات الأشعة السينية للمرضى الخارجيين. يتطلب الاختبار الجيني المعمل الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين</b></p> <p>سنتكفل بمصاريف الخدمات اللازمة طبياً التي تحصل عليها في أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات من أجل تشخيص مرض أو إصابة، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات التي يحصل عليها المريض في أقسام الطوارئ أو العيادات الخارجية، مثل خدمات الملاحظة أو الجراحة في العيادات الخارجية. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تساعد خدمات الملاحظة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى بصفتك "مريضاً داخلياً".</li> <li>○ في بعض الأحيان، يمكن أن تكون في المستشفى طوال الليل ولا تزال "مريضاً خارجياً".</li> <li>○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن تصنيفات المريض الداخلي والمريض الخارجي في صحيفة الوقائع هذه: <a href="http://www.medicare.gov/media/11101">www.medicare.gov/media/11101</a></li> </ul> </li> <li>• الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تُصدر بها المستشفيات فواتير محاسبة</li> <li>• 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</li> <li>• الأشعة السينية وغيرها من خدمات الطب الإشعاعي التي تُجريها المستشفيات للمريض مع استصدار فواتير محاسبية بها</li> <li>• اللوازم الطبية مثل الجبائر والدعامات</li> <li>• الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا</li> <li>• بعض الأدوية التي لا تستطيع إعطاؤها لنفسك</li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل كل حدث رعاية صحية عقلية للمرضى الخارجيين من غير الأطباء وخدمات الطب النفسي، بما في ذلك ملاحظة العلاج بالأدوية وزيارات العلاج الفردي أو الجماعي.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>خدمات الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين</b></p> <p>ندفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي يقدّمها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أحد الأطباء أو المعالجين النفسيين المعتمدين لدى الولاية</li> <li>• أحد اختصاصي علم النفس السريري</li> <li>• أحد الاختصاصيين الاجتماعيين السريريين</li> <li>• أحد الاختصاصيين في التمريض السريري</li> <li>• أحد الممرضين الممارسين</li> <li>• أحد الأطباء المساعدين</li> <li>• أي اختصاصي في الرعاية الصحية العقلية معتمد من برنامج Medicare بموجب قوانين الولاية</li> </ul> <p>ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات السريرية</li> <li>• العلاج النهاري</li> <li>• خدمات التأهيل النفسي الاجتماعي</li> <li>• برامج الاستشفاء الجزئي أو الرعاية الخارجية المكثفة</li> <li>• تقييم الصحة النفسية الفردية والجماعية وعلاجها</li> <li>• الاختبارات النفسية عندما تُطلب سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية</li> <li>• خدمات الرعاية الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالأدوية</li> <li>• المعامل والأدوية والإمدادات والمستلزمات المصروفة لمرضى العيادات الخارجية</li> <li>• استشارات الصحة النفسية</li> </ul>
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل العلاج الطبيعي (PT) الضروري طبيًا للمرضى الخارجيين، والعلاج المهني (OT)، و/أو زيارة النطق والكلام (SP).</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين</b></p> <p>ندفع تكاليف العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب.</p> <p>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.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.	<p><b>خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين</b></p> <p>ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص فرط تعاطي الكحول والاستشارات ذات الصلة بها</li> <li>• علاج إدمان المخدرات</li> <li>• الاستشارات الفردية أو الجماعية المقدمة بواسطة أحد الأطباء المؤهلين</li> <li>• إزالة السمية دون الحادة في أحد برامج علاج الإدمان الداخلية</li> <li>• خدمات علاج الإدمان و/أو تعاطي الكحول في أحد مراكز العلاج المكثفة الخارجية</li> <li>• العلاج الممتد بعقاقير النالتريكسون (فيفيترول)</li> </ul>
\$0 أنت تدفع \$0 تكاليف كل حدث جراحة مشمولة بالتغطية في 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.	<p><b>الجراحة في العيادات الخارجية</b></p> <p>ندفع تكاليف العمليات الجراحية وخدماتها الخارجية في المرافق الخارجية في المستشفيات والمراكز الجراحية المتنقلة.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات إذا كنت تستخدم بطاقة MyChoice</p> <p>لديك رصيد يبلغ \$400 كل ربع سنة (3 أشهر) لتنفقه على المستلزمات والمنتجات والأدوية التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) المعتمدة من الخطة.</p> <p>ربع سنة أو فترة ربع سنوية، آخر 3 أشهر. الفترات الربع سنوية لمزايا الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) المغطاة هي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• من يناير إلى مارس</li> <li>• من إبريل إلى يونيو</li> <li>• من يوليو إلى سبتمبر</li> <li>• من أكتوبر إلى ديسمبر</li> </ul> <p>تنتهي صلاحية مبلغ الـ \$400 الذي تحصل عليه كل ربع سنة في نهاية الفترة ربع السنوية. لا يتم نقل هذا المبلغ إلى الفترة الفصلية التالية، لذا تأكد من إنفاق أي مبلغ غير مستخدم قبل نهاية الربع.</p> <p>قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا تجاوزت الحد الأقصى للمخصص السنوي. قد تنطبق القيود والاستثناءات.</p>	<p><b>الأدوية التي يتم الحصول عليها بدون وصفة طبية (Over-the-counter, OTC) (التكميلية)</b></p> <p>تحصل على رصيد يبلغ \$400 كل ربع سنة لتنفقه على المستلزمات والمنتجات والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) المعتمدة من الخطة باستخدام بطاقة MyChoice. راجع قسم "بطاقة MyChoice" للحصول على مزيد من المعلومات.</p> <p>إذا لم تستخدم مبلغ المزايا ربع السنوي بالكامل، فستنتهي صلاحية الرصيد المتبقي ولن يتم ترحيله إلى فترة المزايا التالية</p> <p>تشمل التغطية الخاصة بك منتجات الصحة والعافية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) مثل الفيتامينات وواقيات الشمس ومسكنات الألم وأدوية السعال والبرد والضمادات.</p> <p>يمكنك طلبها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عبر الإنترنت – تفضل بزيارة <a href="http://NationsOTC.com/Molina">NationsOTC.com/Molina</a></li> <li>• 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، طوال العام.</li> <li>• عبر البريد – املاً نموذج طلب الأدوية الموجود في كتالوج الأدوية التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) وأرسله. الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية عبر الهاتف أو البريد أو عبر الإنترنت أو شخصياً في متاجر بيع بالتجزئة محددة.</li> <li>• بطاقة انتمان الأدوية التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) – في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة.</li> </ul> <p>راجع كتالوج المنتجات التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) لعام 2023 للاطلاع على قائمة كاملة بالمستلزمات التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) التي تعتمدها الخطة أو اتصل بمسؤول دعم هذه المنتجات للحصول على مزيد من المعلومات. وستجد معلومات مهمة (إرشادات الطلب) في كتالوج المنتجات التي تصرف من دون وصفة طبية (OTC) لعام 2023.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على 665-6627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل كل يوم تتأهل فيه للحصول على خدمات الاستشفاء الجزئي التي يغطيها برنامج Medicare. يجب أن تستوفي شروطاً معينة للتأهل للتغطية، وإذا كنت ستحتاج إلى علاج في العيادات الداخلية، فيجب أن يشهد طبيبك بذلك.</p> <p>يعطى هذا العلاج خلال ساعات النهار في قسم العيادات الخارجية أو المركز المجتمعي للرعاية الصحية العقلية ولا يتطلب المبيت.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>خدمات الاستشفاء الجزئي*</b></p> <p>الاستشفاء الجزئي هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. وتُقدم على أنها خدمات في المرافق الاستشفائية الخارجية أو المراكز المجتمعية لخدمات الرعاية الصحية النفسية. وهو برنامج رعاية مكثف أكثر من تلك خدمات الرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج. ويمكنك البرنامج من التخلي عن الإقامة في المستشفيات.</p> <p><b>ملحوظة:</b> نظرًا إلى عدم وجود مراكز مجتمعية للرعاية الصحية العقلية في شبكتنا، نحن نغطي الاستشفاء الجزئي فقط كخدمة في العيادات الخارجية.</p>
<p>\$0</p> <p>سيقرر مدير حالتك ما إذا كنت مؤهلاً لهذه الميزة.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح سابق.</p>	<p><b>نظام استجابة الطوارئ الشخصية (PERS) (System) (إضافي)</b></p> <p>PERS هو نظام إنذار طبي منزلي يمكنه مساعدتك في حالات الطوارئ. إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على هاتف محمول أو خلوي أو أرضي وقلادة صغيرة يجب ارتداؤها في كل الأوقات. ويمكن ارتداء القلادة حول الرقبة أو المعصم أو على الحزام. وبضغط زر، سيتم توصيلك بممثل مركز الرعاية في شركة المراقبة.</p> <p>إن عمال الهاتف متاحون على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، وسيبقون على الخط معك في حالة الطوارئ. سواء أكانت بحاجة إلى خدمة طبية عاجلة أم أحد أفراد أسرتك لمساعدتك، فسيقدم إليك ممثل مركز الرعاية المساعدة التي تحتاج إليها.</p> <p>سيحصل الأعضاء المؤهلون كذلك على مستويات خدمة PERSPlus. باستخدام هاتفك المحمول أو جهاز PERS المنزلي، يمكنك تنشيط الزر الخاص بك للاحتياجات غير الطارئة. إذا كنت تشعر بالوحدة أو تريد التحدث إلى شخص ما، أو تحتاج إلى المساعدة على تحديد موعد مع طبيبك أو ترتيب النقل، أو تحتاج إلى أي مساعدة أخرى، فسيساعدك ممثل مركز الرعاية وقد يوصلك بقسم خدمات أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) أو مدير الحالة الخاص بك لمساعدتك على الحصول على المساعدة التي تحتاج إليها.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبياً التي تقدّم في أماكن مثل:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ عيادة الطبيب</li> <li>◦ المراكز الجراحية الإسعافية المعتمدة*</li> <li>◦ أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات*</li> </ul> </li> <li>• خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج المقدمة من قبل أحد الاختصاصيين</li> <li>• فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية أو المتخصص، إذا طلب الطبيب إجراءها لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج</li> <li>• بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك المزايا الإضافية للرعاية الصحية عن بُعد.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ يمكنك اختيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على واحدة من هذه الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب أن تتعامل مع مقدم رعاية تابع للشبكة يوفر خدمة الرعاية الصحية عن بُعد.</li> </ul> </li> <li>• 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</li> <li>• 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</li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها</li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطرابات تعاطي المخدرات أو اضطرابات الصحة العقلية المصاحبة</li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات الآتية:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ إذا كانت لديك زيارة شخصية خلال 6 أشهر قبل أول زيارة رعاية صحية عن بُعد</li> <li>◦ إذا كانت لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا خلال تلقّيك هذه الخدمات للرعاية الصحية عن بُعد</li> <li>◦ إذا كانت هناك استثناءات لما سبق بسبب ظروف معينة</li> </ul> </li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHC).</li> </ul> <p>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (يُتبع)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذا: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ لم تكن مريضًا جديدًا.</li> <li>◦ لم يكن الفحص مرتبطًا بزيارة العيادة في آخر 7 أيام.</li> <li>◦ لم يؤدّ الفحص إلى إجراء زيارة للعيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد طبي متاح</li> </ul> </li> <li>• تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك والتفسير والمتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ لم تكن مريضًا جديدًا.</li> <li>◦ لم يكن التقييم مرتبطًا بزيارة العيادة في آخر سبعة أيام 7 أيام.</li> <li>◦ لم يؤدّ التقييم إلى إجراء زيارة للعيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد طبي متاح 24 ساعة أو في أقرب موعد طبي متاح</li> </ul> </li> <li>• استشارة طبيبك للأطباء الآخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا</li> <li>• الحصول على رأي آخر من مقدم رعاية آخر تابع للشبكة قبل الجراحة</li> <li>• الرعاية الصحية غير الروتينية للأسنان*. تقتصر الخدمات المشمولة على: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ جراحات الفكين أو الهياكل ذات الصلة</li> <li>◦ تحبير كسور الفكين أو عظام الوجه</li> <li>◦ خلع الأسنان قبل العلاج الإشعاعي للأورام السرطانية</li> <li>◦ الخدمات التي يمكن تغطيتها عند تقديمها بواسطة طبيب</li> </ul> </li> </ul>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.	<p><b>خدمات طب الأقدام</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخيص وعلاج إصابات القدمين وأمراضهما طبيًا أو جراحيًا (مثل إصابات أصابع القدم المطرقية أو مهماز العقب)</li> <li>• العناية الروتينية بالقدمين للأفراد المصابين بأمراض تؤثر على القدمين مثل مرض السكري</li> </ul> <p>بالإضافة إلى تغطية (Medicaid) Medi-Cal، تقدم الخطة 12 زيارة إضافية للعناية الروتينية بالقدم كل سنة تقويمية.</p> <p>لا يلزم أن تكون مصابًا بمرض مستبطن للاستفادة من هذه الميزة. تشمل التغطية العناية العامة بالقدم مثل إزالة ثفن القدم ومسامير القدم وقص أظافر القدمين وعلاج تشقق الجلد ومشكلات القدم الأخرى.</p>	
\$0 لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للاختبار السنوي للمستضدات المحددة للبروستاتا (PSA).	<p><b>فحوصات مراقبة سرطان البروستاتا</b></p> <p>بالنسبة للرجال في سن الخمسين فما أكبر، سنتكفل بدفع تكاليف إجراء الخدمات التالية لمرّة واحدة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحص الرقمي للمستقيم</li> <li>• اختبارات المستضدات المحددة للبروستاتا (PSA)</li> </ul>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	ما الذي يجب عليك دفعه
<p><b>الأجهزة التعويضية واللوازم ذات الصلة</b></p> <p>الأجهزة التعويضية هي تلك الأجهزة التي يُستعاض بها عن أحد أعضاء الجسم أو وظائفه جزئيًا أو كليًا. ندفع تكاليف الأجهزة التعويضية الآتية وربما أجهزة أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أكياس فغر القولون ولوازم العناية بفغر القولون</li> <li>• التغذية المعوية والتغذية بالحقن، بما في ذلك مجموعات إمدادات التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والمحاليل، والإمدادات اللازمة لعمليات الحقن الذاتي</li> <li>• أجهزة ضبط نبضات القلب</li> <li>• الدعائم</li> <li>• الأحذية الاصطناعية</li> <li>• الأقدام أو الأذرع الاصطناعية</li> <li>• الأتداء الاصطناعية (بما في ذلك الحملات الجراحية بعد عمليات استئصال الثدي)</li> <li>• الأطراف الاصطناعية التي تحل محل كل عضو من أعضاء الجسم الخارجية تم بتره أو أصيب بالتلف بسبب مرض أو إصابة أو عيب خلقي</li> <li>• كريمات وحفاضات سلس البول</li> </ul> <p>ندفع تكاليف بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وندفع كذلك تكاليف إصلاح هذه الأجهزة أو استبدالها.</p> <p>كما نقدم بعض التغطية بعد إزالة الساد أو جراحات الساد. راجع ميزة "رعاية البصر" التي ترد لاحقًا في هذا الجدول للحصول على مزيد من التفاصيل.</p>	<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل كل جهاز تعويضي أو جهاز تقويم العظام يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة والمستلزمات المتعلقة بها وإصلاحها.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>
<p><b>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</b></p> <p>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).</p> <p>ندفع تكاليف خدمات الأجهزة التنفسية للمرضى الذين يعتمدون على أجهزة التنفس الصناعية.</p>	<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل كل زيارة من خدمات إعادة التأهيل الرئوي التي يغطيها برنامج Medicare.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
<p>\$0</p> <p>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.</p>	<p><b>استشارات وفحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STIs)</b></p> <p>ندفع مقابل فحوصات الكلاميديا والسيلان والزهري والتهاب الكبد الوبائي ب. وتكون هذه الفحوصات مشمولة بالتغطية للنساء الحوامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا (STI) بشكل متزايد. ويجب الحصول على طلب بذلك من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP). نحن نتحمل تكاليف إجراء هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا وفي أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>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 تُجرى هذه الجلسات في مركز للرعاية الأولية؛ مثل عيادة الطبيب.</p>	
<p>\$0</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF)</b></p> <p>تغطي خطتنا مدد البقاء المشمولة وغير المشمولة في برنامج Medicare في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة دون شرط مسبق لدخول المستشفى.</p> <p>ندفع مقابل حصولك على الخدمات الآتية، وقد ندفع مقابل خدمات أخرى غير مدرجة في هذه القائمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة شبه خاصة، أو غرفة خاصة تمامًا إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك</li> <li>• الوجبات بما فيها الحميات الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض</li> <li>• العلاج البدني والمهني وعلاج مشكلات النطق</li> <li>• الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك، بما في ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• الإمدادات الطبية والجراحية المقدمة من منشآت التمريض</li> <li>• اختبارات المعمل المقدمة بواسطة منشآت التمريض</li> <li>• خدمات الأشعة السينية والخدمات الإشعاعية الأخرى المقدمة بواسطة منشآت التمريض</li> <li>• الأجهزة التي تقدمها في العادة منشآت التمريض، مثل الكراسي المتحركة</li> <li>• خدمات الطبيب/مقدم الرعاية</li> </ul> <p>تحصل عادة على الرعاية من المرافق التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. وبوسعك الحصول على الرعاية من الأماكن الآتية إذا قبلت هذه الأماكن محاسبتها بالمبالغ التي تدفعها خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دار ترميز أو مجتمع عناية مستمرة بالمتقاعدين عشت فيه قبل الانتقال إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي تقدمها منشأة التمريض)</li> <li>• مرافق رعاية تمريضية عاش فيه زوجك/زوجتك في الوقت الذي غادرت فيه المستشفى</li> </ul>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>أنت تدفع \$0 مقابل زيارات العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET) التي يغطيها برنامج Medicare.</p> <p>قد يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p><b>العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET، Supervised exercise therapy)</b></p> <p>ندفع مقابل علاج SET إلى الأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض الذين لديهم إحالة لعلاج PAD من طبيب مسؤول عن علاج PAD.</p> <p>تدفع خطتنا تكاليف:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما يصل إلى 36 جلسة خلال مدة 12 أسبوعًا إذا تم الإيفاء بجميع متطلبات العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف</li> <li>• 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا رأى مقدم الرعاية أنها ضرورية من الناحية الطبية</li> </ul> <p>يجب أن يشتمل برنامج العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 (الرجل)</li> <li>• في بيئة رعاية خارجية أو في عيادة الطبيب</li> <li>• يتم تقديمه من قبل موظفين مؤهلين ممن يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر والذين يتم تدريبهم على العلاج بالتمارين فيما يخص مرض الشريان المحيطي</li> <li>• أن يكون تحت الإشراف المباشر لطبيب، أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخطائي تمرير سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.</li> </ul>
<p>\$0</p> <p>إذا كنت تحتاج إلى رعاية طارئة، فاطلب الرقم 911 واطلب سيارة إسعاف.</p>	<p><b>النقل: النقل الطبي في غير حالات الطوارئ</b></p> <p>تسمح هذه المزايا بتوفير خدمات النقل الأكثر فعالية من حيث التكاليف ومن حيث سهولة الوصول إليها. يمكن أن يشتمل ذلك على ما يلي: خدمات النقل بسيارات الإسعاف والشاحنات الصغيرة وسيارات الإسعاف المجهزة بمحفات النقل والكراسي المتحركة والتنسيق مع سيارات النقل المجتمعي</p> <p>ويُصرح بهذه الأشكال للنقل عندما:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا تسمح حالتك الطبية و/أو البدنية بالسفر على متن الحافلات أو سيارات نقل الركاب أو سيارات الأجرة أو أي وسيلة أخرى من وسائل النقل العام أو الخاص، <b>بالإضافة إلى</b></li> <li>• وبناءً على الخدمة، قد يكون الحصول على تصريح مسبق ضروريًا.</li> </ul> <p>راجع الفصل 3، القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات إذا كنت تستخدم بطاقة MyChoice. قد تكون مسؤولاً عن التكاليف إذا تجاوزت الحد الأقصى للمخصص السنوي. قد تنطبق القيود والاستثناءات. إذا كنت تحتاج إلى رعاية طارئة، فاطلب الرقم 911 واطلب سيارة إسعاف.</p>	<p><b>النقل: النقل غير الطبي</b></p> <p>تسمح هذه المخصصات بنقل المريض إلى الخدمات الطبية عن طريق سيارات الركوب وسيارات الأجرة وغيرها من وسائل النقل العام/الخاص.</p> <p>يكون النقل ضروريًا لغرض الحصول على الرعاية الطبية العاجلة، ومن ذلك الذهاب إلى مواعيد طبيب الأسنان وصرف الأدوية الموصوفة.</p> <p>خدمات النقل غير محدودة ضمن مزايا Medi-Cal (Medicaid). توفر خطتنا مخصصًا إضافيًا بقيمة \$200 كل ربع سنة (3 أشهر) على بطاقة MyChoice من Molina لإنفاقه على التنقل إلى موقع مرتبط بالصحة حسب رغبتك. لا يتماشى هذا المبلغ مع عدد محدد من "الرحلات"، لكن يمكن استخدامه لدفع تكلفة خدمة النقل في غير حالات الطوارئ إلى الحد الذي تسمح به الميزة.</p> <p>إذا لم تستخدم مبلغ المزايا ربع السنوي بالكامل، فستنتهي صلاحية الرصيد المتبقي ولن يتم ترحيله إلى فترة المزايا التالية. يمكنك استخدام بطاقة MyChoice الخاصة بك لدفع تكاليف استئجار وسائل المواصلات عبر تطبيقات خدمات النقل، أو خدمات سيارات الأجرة، أو أي وسيلة أخرى من وسائل النقل في غير حالات الطوارئ، مثل تذاكر الحافلات، أو بطاقات السكك الحديدية، أو غيرها من وسائل النقل العام.</p> <p>يُنصح الأعضاء بزيادة عدد الرحلات المتاحة من خلال هذا المخصص. بالنسبة إلى الجهات المطلوبة بشكل شائع، مثل مراكز غسيل الكلى أو مرافق العلاج الطبيعي، اتصل بمرفق تقديم الرعاية مباشرة لمعرفة ما إذا كانت هناك وسيلة نقل أقل تكلفة قبل حجز رحلة عبر تطبيقات خدمات النقل أو خدمة النقل الفردي.</p> <p>ولا تقيد هذه المزايا من استحقاق المريض للنقل الطبي في غير حالات الطوارئ.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>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.</p>	<p><b>الرعاية العاجلة</b></p> <p>الرعاية العاجلة هي الرعاية المقدمة لعلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حالة غير طارئة تتطلب الرعاية الطبية الفورية، أو</li> <li>• مرض طبي مفاجئ، أو</li> <li>• إصابة، أو</li> <li>• حالة تحتاج إلى الرعاية الفورية.</li> </ul> <p>إذا كنت بحاجة إلى الرعاية العاجلة، فينبغي عليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم رعاية من داخل الشبكة. لكن يمكنك الذهاب إلى مقدمي الرعاية من خارج الشبكة عندما لا يمكنك الوصول إلى مقدمي الرعاية من داخل الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها الخطة أو خلال عطلة نهاية الأسبوع).</p> <p>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.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تُسدّد خطتنا تكاليفها
<p>أنت تدفع \$0 مقابل هذه الخدمات إذا كنت تستخدم بطاقة MyChoice.</p>	<p><b>رعاية البصر</b> </p> <p>ندفع مقابل الخدمات الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص روتيني واحد على العين كل عام؛ و</li> <li>• ما يصل إلى \$100 دولار للنظارات (الإطار والعدسات) أو ما يصل إلى \$100 دولار للعدسات اللاصقة كل عامين.</li> </ul> <p>ندفع مقابل خدمات طبيب المرضى الخارجيين من أجل تشخيص أمراض وإصابات العين وعلاجها. على سبيل المثال، يشتمل ذلك على فحوصات العين السنوية للمصابين باعتلال الشبكية السكري للمصابين بالسكري وعلاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر.</p> <p>بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بالزرق، ندفع مقابل فحص واحد للزرق كل عام. ويتضمن الأشخاص المعرضون لخطر كبير للإصابة بالجلوكوما:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالزرق</li> <li>• الأشخاص المصابين بمرض السكري</li> <li>• والأمريكيون من أصول إفريقية الذين يبلغون 50 عامًا فأكثر</li> <li>• الأمريكيون الإسبان الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر</li> </ul> <p>ندفع مقابل نظارة واحدة أو زوج من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة ساد (إزالة المياه البيضاء) عندما يركّب الطبيب عدسات داخل العين. إذا كنت ستخضع لجراحتي 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. سوف ندفع أيضًا نظير العدسات التصحيحية والإطارات والاستبدالات إذا كنت بحاجة إليها بعد إزالة الساد بدون زرع عدسات.</p> <p>بالإضافة إلى تغطية (Medicaid) Medi-Cal، تقدّم خطتنا مخصصًا إضافيًا بقيمة \$500 كل عام لفحوصات العين الروتينية والنظارات معًا. ويمكنك استخدام بطاقة MyChoice الخاصة بك للاستفادة من مزايا رعاية البصر. لا تغطي الخطة خدمات الجراحة التجميلية ولا يمكنك استخدام بطاقة MyChoice للدفع مقابل تلك الخدمات. يمكن استخدام المخصص للدفع مقابل الخدمات التي لا تغطيها Original Medicare أو (Medicaid) Medi-Cal بالفعل.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
<p>\$0</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مدفوعات مشتركة أو خصومات للزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".</p>	<p><b>الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare"</b></p> <p>نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" لمرة واحدة. وتشمل الزيارة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراجعة حالتك الصحية،</li> <li>• التعليم والاستشارة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)، إلى جانب</li> <li>• الإحالات لرعاية أخرى عند الحاجة.</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" خلال أول 12 شهرًا فقط من حصولك على الجزء B من برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، يرجى إخبار عيادة الطبيب الذي يعالجك أنك تريد جدول زيارتك الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".</p>	
<p>\$0</p> <p>إذا كنت تتلقى رعاية طارئة خارج الولايات المتحدة، وتحتاج إلى الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابع للشبكة لكي نستمر في تغطية رعايتك، أو يجب عليك الحصول على خدمة رعاية المرضى الداخليين في مستشفى غير تابع للشبكة ومعتمد من قبل الخطة. وتكون التكاليف التي تتحملها هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه داخل مستشفى تابع الشبكة. وينطبق الحد أقصى للخطة.</p> <p>قد تحتاج إلى تقديم مطالبة لتعويض تكاليف الرعاية الطارئة/العاجلة التي تلقيتها خارج الولايات المتحدة. ينطبق الحد أقصى للخطة بقيمة \$10000 على هذه الميزة كل سنة تقويمية.</p>	<p><b>تغطية الطوارئ/الرعاية العاجلة في كل أنحاء العالم (إضافية)</b></p> <p>كميزة إضافية، تشمل تغطيتك ما يصل إلى \$10,000 كل سنة تقويمية للرعاية الطارئة/العاجلة في كل أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة.</p> <p>تقتصر هذه الميزة على الخدمات التي يتم تصنيفها على أنها رعاية طارئة أو عاجلة في حال تم توفير الرعاية في الولايات المتحدة. وتشمل التغطية العالمية الرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة اللازمة، والنقل بسيارة إسعاف في حالات الطوارئ من مكان وجود الحالة الطارئة إلى أقرب مرفق للمعالجة الطبية، بالإضافة إلى رعاية ما بعد استقرار الحالة.</p> <p>تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة طوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر.</p> <p>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.</p> <p>لا تتم تغطية النقل إلى الولايات المتحدة من دولة أخرى. ولا تتم تغطية الرعاية الروتينية والإجراءات المجدولة سابقًا أو الاختيارية.</p> <p>لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، رسوم تحويل العملات أو رسوم المعاملات). ونعني بالولايات المتحدة الأمريكية الـ 50 ولاية، بالإضافة إلى إقليم Columbia، وPuerto Rico، وVirgin Islands، وGuam، وNorthern Mariana Island، وAmerican Samoa.</p>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## هـ. المزايا المشمولة بالتغطية خارج خطتنا

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

### هـ.1. خدمات الانتقال المجتمعية في California (CCT)

يستخدم برنامج CCT 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 بتحويل 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 الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج CCT توفر الخدمات للمقاطعة التي تقيم فيها. ويمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تخدمها على الموقع الإلكتروني لإدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS) على: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://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 المقدمة 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. للاطلاع على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.

**ملحوظة:** إذا احتجت إلى خدمة رعاية لا تتعلق ببرنامج الانتقال CCT، فاتصل بمدير حالتك أو قسم خدمات الأعضاء على 665 (855)-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي لترتيب الخدمات.

خدمات الرعاية غير المتعلقة ببرنامج الانتقال CCT هي الرعاية التي لا تتعلق بانتقالك من أي مؤسسة/مرفق.

### هـ.2. 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، بما في ذلك أطقم الأسنان الفورية والتعديلات، والإصلاحات وإعادة التبطين

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 الهاتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). هذا الاتصال مجاني. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental Services Program متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 بعد الظهر، من الاثنين إلى الجمعة. كما يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني على [dental.dhcs.ca.gov](http://dental.dhcs.ca.gov) للحصول على المزيد من المعلومات.

بالإضافة إلى برنامج Medi-Cal لطب الأسنان مقابل الرسوم، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية إدارة لطب الأسنان. وتتاح خطط رعاية طب الأسنان المدارة في مقاطعة Los Angeles. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن خطط العناية بالأسنان، أو كنت بحاجة إلى المساعدة على تحديد خطة العناية بالأسنان الخاصة بك، أو كنت تريد تغيير خطط العناية بالأسنان، فيرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. هذا الاتصال مجاني.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**ملحوظة:** تقدّم خطتنا خدمات إضافية لطب الأسنان. راجع جدول المزايا في القسم د للحصول على مزيد من المعلومات.

### هـ3. رعاية المحتضرين

يحق لك اختيار دار من 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 تتوفي خلال ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من أي من برامج المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. ويجب أن تساعدك الخطة على العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من قبل برنامج Medicare. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المسنين تابعًا لشبكة مقدمي الخدمات أو من خارجها.

راجع جدول المزايا في القسم د للحصول على المزيد من المعلومات عما ندفع مقابل في أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين.

بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات المشمولة بواسطة الجزء "أ" أو "ب" من برنامج Medicare والمتعلقة بالأمراض العضال 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 للخدمات التي تشملها خطة Medicare في الجزأين "أ" أو "ب" والتي لا تتعلق بالأمراض العضال التي تعاني منها (باستثناء الرعاية الطارئة أو الرعاية الملحة):
- سيحصل مقدم الخدمة على تكاليف تلك الخدمات من برنامج Medicare. سيدفع برنامج Medicare تكاليف الخدمات التي يغطيها الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare. 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.

**ملحوظة:** إذا احتجت إلى خدمة رعاية لا تتعلق برعاية المحتضرين، فاتصل بمدير حالتك أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي لترتيب الخدمات. وتعد خدمات رعاية غير المحتضرين هي تلك الخدمات التي لا تتعلق بتشخيص أي مرض عضال تعاني منه.

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

يوضح لك هذا القسم المزايا المستثناة من خطتنا. يُقصد بكلمة "مستثناة" أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. ولا يدفع البرنامجان Medicare و-Medi-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 عن تقديم تظلم، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء.

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

- الخدمات التي لا تُعد "معقولة وضرورية طبيًا" وفق معايير برنامجي Medicare و-Medi-Cal، ما لم نقم بإدراج هذه الخدمات على أنها خدمات مشمولة بالتغطية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- العلاجات والمستلزمات والأدوية التجريبية الطبية والجراحية، ما لم يتم برنامج Medicare، أو دراسة بحثية سريرية وافق عليها برنامج Medicare أو خطتنا بتغطيتها. راجع الفصل 3 الصفحة 44 من دليل الأعضاء، للحصول على 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 يُعد ذلك ضرورة طبية ويدفع Medicare مقابلته.
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا إذا كانت هناك ضرورة طبية.
- الممرضات ذات المهام الخاصة.
- وسائل الراحة الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية، مثل الهاتف أو التلفزيون.
- الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك.
- الرسوم التي يتقاضاها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك.
- 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.
- الأحذية التقييمية، باستثناء الأحذية التي تكون جزءًا من دعامة الساق والمضمنة في تكلفة الدعامة أو الأحذية المخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو بأمراض القدم.
- الأجهزة الداعمة للأقدام، باستثناء الأحذية التقييمية أو العلاجية المخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو بأمراض القدم.
- بضع القرنية التشععي وجراحة الليزك وأجهزة المساعدة الأخرى لضعف البصر.
- عمليات عكس التعقيم، وإمدادات منع الحمل غير الموصوفة من خلال الطبيب.
- خدمات المداواة الطبيعية (استخدام الوسائل العلاجية الطبيعية أو البديلة).
- الخدمات التي يتم توفيرها لقدمي 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 سنعوّض المحارب عن الفرق. لا تزال مسؤولاً عن مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## الفصل 5: الحصول على الأدوية الموصوفة 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 المشمولة بتغطية الجزء D من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

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

- **الأدوية التي يغطيها الجزء A من برنامج Medicare.** وهي تشمل عمومًا الأدوية التي تتلقاها في أثناء وجودك في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية.
- **الأدوية التي يغطيها الجزء B من برنامج Medicare.** وهي تشمل بعض الأدوية الكيميائية وبعض حُقن الأدوية التي تتلقاها في أثناء زيارة العيادة من الطبيب أو مقدم رعاية آخر، فضلاً عن الأدوية التي تتلقاها في عيادة الغسيل الكلوي. لمعرفة المزيد عن أدوية الجزء B من برنامج Medicare المشمولة بالتغطية، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من دليل الأعضاء.

### قواعد تغطية الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين في خطتنا

نقوم عادةً بتغطية أدويةك ما دمت تتبع القواعد المذكورة في هذا القسم.

1. يجب أن يكتب أحد الأطباء أو مقدم رعاية آخر الوصفة العلاجية الخاصة بك التي يجب أن تكون صالحة بموجب قانون الولاية المعمول به. ويكون هذا الشخص في أغلب الأحيان مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك. وقد يكون كذلك مقدم رعاية آخر إذا أحالك مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك للحصول على الرعاية.
2. يجب ألا يكون الواسف مدرجًا في قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة ببرنامج Medicare.
3. يجب عليك بصفة عامة استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف الأدوية الموصوفة لك.
4. يجب أن يكون الدواء الموصوف مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية لخطتنا. ونسميها اختصارًا "قائمة الأدوية".
  - إذا لم يكن في قائمة الأدوية، فقد يمكننا تغطيته من خلال منحك استثناء.
  - انظر الفصل التاسع للتعرف على المزيد حول طلب استثناء.
  - يرجى كذلك ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف لك سيتم تقييمه وفق معايير برنامجي Medicare وMedi-Cal.
5. يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. ويعني هذا أن استخدام الدواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو تدعمه مراجع طبية معينة. وقد يكون طبيبك قادرًا على مساعدتك على تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## جدول المحتويات

97	أ. صرف الأدوية الموصوفة لك
97	1. صرف الأدوية الموصوفة لك من صيدلية داخل الشبكة
97	2. إظهار بطاقة معرف الخطة الخاصة بك عند صرف دواء موصوف
97	3. ما يجب أن تفعله إذا قمت بتغيير الصيدلية التي تتعامل معها داخل الشبكة
97	4. ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة
98	5. استخدام صيدلية متخصصة
98	6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية
99	7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية
99	8. استخدام إحدى الصيدليات غير التابعة لشبكة خطتنا
99	9. إعادة أموالك إليك التي تدفعها مقابل وصفة طبية
100	ب. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا
100	ب1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا
100	ب2. كيفية العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا
100	ب3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا
101	ب4. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بقائمة الأدوية
101	ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية
102	د. الأسباب وراء احتمال عدم تغطية الدواء الخاص بك
103	د1. الحصول على إمداد مؤقت
104	هـ. التغييرات التي تحدث في تغطية الأدوية
105	و. تغطية الأدوية في حالات خاصة
105	و1. الإقامة المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حاذقة
105	و2. الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل
105	و3. التسجيل في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من قبل برنامج Medicare
106	ز. البرامج المتعلقة بأمان الأدوية وإدارة الأدوية
106	ز1. برامج المساعدة على استخدام الأدوية بأمان
106	ز2. برامج المساعدة على إدارة الأدوية
107	ز3. برنامج إدارة الدواء للمساعدة على استخدام الأدوية الأفيونية بطريقة آمنة



## أ. صرف الأدوية الموصوفة لك

### 1. صرف الأدوية الموصوفة لك من صيدلية داخل الشبكة

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 أيٍّ 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 مدير حالتك.

### 2. إظهار بطاقة معرف الخطة الخاصة بك عند صرف دواء موصوف

لصرف دوائك الموصوف، أظهر بطاقة معرف الخطة الخاصة بك في الصيدلية التابعة للشبكة. تقوم الصيدلية التابعة للشبكة بإصدار الفاتورة لنا مقابل الأدوية الموصوفة المشمولة بالتغطية.

تذكّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) للحصول على الأدوية المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx. وإذا لم تكن معك بطاقة معرف الخطة الخاصة بك أو بطاقة الهوية الخاصة بالمزايا (BIC) عند صرف الدواء الموصوف، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات الضرورية.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات الضرورية، فربما يتعين عليك دفع تكلفة الدواء الموصوف عند صرفه. ويمكنك مطالبتنا لاحقاً برد المبلغ المدفوع إليك. إذا كنت لا تستطيع دفع تكلفة الدواء، فإن قانون الولاية والقانون الفيدرالي يسمحان للصيدلية بإصدار إمدادات الوصفات الطبية المطلوبة ما لا يقل عن 72 ساعة في حالات الطوارئ. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الفور. وسنعمل كل ما بوسعنا لمساعدتك.

- لمطالبتنا برد المبلغ المدفوع إليك، راجع الفصل 7 من دليل الأعضاء.
- إذا كنت تحتاج إلى المساعدة على صرف الأدوية الموصوفة لك، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

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

إذا قمت بتغيير الصيدليات واحتجت إلى إعادة صرف الأدوية الموصوفة لك، فيمكنك 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 تحتاج إلى مساعدة على تغيير صيدليتك داخل الشبكة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

### 4. ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

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

وللعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الرعاية والصيدليات، أو زيارة موقع الويب الخاص بنا أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

**5. استخدام صيدلانية متخصصة**

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

- الصيدليات التي تقدّم الأدوية لعلاج التسريب بالمنزل.
  - الصيدليات التي تقدّم الأدوية للمقيمين في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل، مثل إحدى دور التمريض.
    - وعادةً ما يكون لمنشآت الرعاية طويلة الأجل صيدلياتها الخاصة. وإذا كنت تقيم في أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل، فستأكد من أنه بإمكانك الحصول على الأدوية التي تحتاج إليها من صيدلية المرفق.
    - إذا لم يكن مرفق الرعاية طويلة الأجل تابعاً لشبكتنا، أو إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على مزايا الأدوية في مرفق الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.
  - الصيدليات التي تخدم برنامج Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. وبإستثناء الحالات الطارئة، قد يتردد مواطنو أمريكا الأصليين أو مواطنو أسكا فقط على هذه الصيدليات.
  - الصيدليات التي تصرف أدوية تقديدها إدارة الغذاء والدواء (FDA) في مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا أو تنسيقًا مع مقدم الرعاية أو تثقيفًا بشأن كيفية استخدامها. (ملحوظة: من المفترض ألا يحدث هذا السيناريو إلا نادرًا).
- للعثور على صيدلية متخصصة، ابحث في دليل مقدمي الرعاية والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

**6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية**

للحصول على بعض أنواع الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكتنا. 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 التي لا تتوفر من خلال خدمة الطلب بالبريد المقدمة من خطتنا بعلامة **NM** في قائمة الأدوية.

تتيح لك خدمة الطلب بالبريد المقدمة من خطتنا طلب إمداد بالدواء يكفي مدة لا تقل عن 31 يومًا ولا تزيد على 90 يومًا. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 90 يومًا كإمداد لمدة شهر واحد.

**صرف الأدوية الموصوفة عبر البريد**

للحصول على نماذج الطلب والمعلومات المتعلقة بصرف الأدوية الموصوفة عبر البريد، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي أو يمكنك زيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

عادةً، تصلك الأدوية الموصوفة المطلوبة عبر البريد في غضون (14) يومًا. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مساعدة فيما يتعلق بتلقي إمداد مؤقت بالأدوية الموصوفة على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي في حال تأخر طلبك عن طريق البريد.

**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.



- هذا يمنحك الفرصة للتحقق من أن الصيدلانية توصل 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 الصيدلانية في كل مرة تتصل بك، وذلك لتخبرها بما يجب أن تفعله في ما يتعلق بالوصفة الجديدة وكذا لتجنب أي تأخير في عملية الشحن.

### 3. عمليات إعادة صرف الوصفات المطلوبة عن طريق البريد

لإعادة الصرف، اتصل بالصيدلانية التي تتعامل معها قبل (14) يوماً على الأقل من نفاذ الدواء الموصوف الحالي لضمان إرسال الطلب التالي إليك في الوقت المناسب. إذا واجهت صعوبة وتحتاج إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بمدير حالتك على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711.

أخبر الصيدلانية بأفضل طرق الاتصال بك حتى تتمكن من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. وسوف تتصل بك الصيدلانية عبر الهاتف على الرقم الذي قمت بتوفيره. من الضروري التأكد من أن صيدليتك لديها أحدث معلومات للاتصال.

### 7أ. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية

يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. 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. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 90 يوماً كإمداد لمدة شهر واحد. ويُطلعك دليل مقدمي الرعاية والصيدليات على الصيدليات التي يمكنها أن تمنحك إمدادًا طويل الأجل بأدوية المداومة. كما يمكنك أيضًا الاتصال على قسم "خدمات الأعضاء" لمزيد من المعلومات.

في ما يتعلق بأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. راجع القسم 6 لتتعرف على خدمات الطلب بالبريد.

### 8أ. استخدام إحدى الصيدليات غير التابعة لشبكة خطتنا

بوجه عام، ندفع مقابل الأدوية التي يتم صرفها من الصيدليات من خارج الشبكة فقط عندما لا تتمكن من الذهاب إلى إحدى الصيدليات داخل الشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة الخاصة بنا حيث يمكنك صرف الأدوية الموصوفة لك بصفتك عضوًا في خطتنا.

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

في مثل هذه الحالات، يُرجى التأكد أولاً من قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك إحدى الصيدليات داخل الشبكة بالقرب منك.

### 9أ. إعادة أموالك التي تدفعها مقابل وصفة طبية

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

إذا دفعت 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 من الجيب ضمن برنامج Medi-Cal (قرار كولان)". يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن ذلك على موقع [Medi-Cal Rx الإلكتروني](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

لمعرفة المزيد عن ذلك، راجع الفصل 7 من دليل الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## ب. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

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

نختار الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. وتوضح لك قائمة الأدوية كذلك القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك.

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

### ب1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تشتمل قائمة الأدوية على الأدوية التي يغطيها 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](http://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 أدويةك الموصوفة من خلال برنامج Medi-Cal Rx.

تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بنا الأدوية التي تحمل علامات تجارية، والأدوية المكافئة، والبدائل الحيوية.

الدواء الذي يحمل علامة تجارية هو دواء يُصرّف بوصفة طبية ويُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة التي تصنّعه. وتسمى الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتكون أكثر تعقيدًا من الأدوية القياسية (على سبيل المثال، الأدوية التي تعتمد على البروتينات) بالمنتجات البيولوجية. عندما نشير إلى "الأدوية" في قائمة الأدوية الخاصة بنا، قد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

تحتوي الأدوية العامة على نفس مكونات الأدوية النشطة التي تحمل علامات تجارية. وبما أن المنتجات البيولوجية معقدة أكثر من الأدوية القياسية، تكون لها بدائل تُسمى البدائل الحيوية بدلاً من أن تكون لها أشكال مكافئة. بوجه عام، تكون للأدوية المكافئة والبدائل الحيوية الفعالية نفسها للأدوية التي تحمل علامات تجارية أو المنتجات البيولوجية، وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. وتتوفر بدائل من الأدوية المكافئة أو بدائل حيوية لكثير من الأدوية التي تحمل علامات تجارية وبعض المنتجات البيولوجية. تحدّث إلى مقدم الرعاية الخاص بك إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان الدواء المكافئ أو الذي يحمل اسم العلامة التجارية مناسبًا لتلبية احتياجاتك.

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".

### ب2. كيفية العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا

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

- فحص أحدث قائمة للأدوية أرسلناها إليك عبر البريد.
- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). حيث تكون قائمة الأدوية الموجودة على موقعنا الإلكتروني أحدث قائمة دائمًا.
- الاتصال بقسم 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/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) للحصول على مزيد من المعلومات.

### ب3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

لا نغطي 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. إذا تم وصف دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فسيتم دائمًا تقييم احتياجاتك إلى الدواء الموصوف وفق سياسات التغطية الخاصة بخطتنا، بالإضافة إلى قواعد تغطية برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

لا تدفع خططنا 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. راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن التظلمات.

وفيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستثناة:

1. لا يمكن لتغطية الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية (التي تشتمل على أدوية الجزء D) في خططنا أن تدفع مقابل دواء يغطيه بالفعل الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare. وتغطي خططنا الأدوية المشمولة بتغطية الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare مجاناً، لكن لا تُعدّ هذه الأدوية جزءاً من مزايا الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية.
2. لا يمكن أن تغطّي خططنا أي دواء يُشتَرى من خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.
3. يجب أن يكون استخدام الدواء معتمداً من إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعوماً بمراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. فقد يصف طبيبك دواءً معيناً لعلاج حالتك، على الرغم من أن هذا الدواء ليس معتمداً لعلاج هذه الحالة. يسمى ذلك "الاستخدام غير المصرح به". وعادةً لا تغطي خططنا الأدوية الموصوفة للاستخدام غير المصرح به.

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

- الأدوية المستخدمة في تعزيز الإخصاب
- الأدوية المستخدمة لأعراض التجميل أو لتعزيز نمو الشعر
- الأدوية المستخدمة في علاج الضعف الجنسي أو عدم القدرة على الانتصاب، مثل Viagra® وCialis® وLevitra® وCaverject®
- أدوية المرضى الخارجيين التي تصنعها شركات تشترط أن تقوم هي بإجراء الفحوصات وتقديم الخدمات إليك

#### ب. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بقائمة الأدوية

يُدرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن واحدة من خمس (5) فئات. 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 (OTC)). وبشكل عام، كلما ارتفعت فئة تقاسم التكاليف، ارتفعت تكاليف الدواء لديك.

- الفئة 1 - الأدوية المكافئة المفضلة (أقل حصة تكلفة)
- الفئة 2 - الأدوية المكافئة
- الفئة 3 - أدوية العلامة التجارية المفضلة
- الفئة 4 - الأدوية غير المفضلة
- الفئة 5 - فئة الأدوية المتخصصة (أعلى حصة تكلفة)

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 تقاسم تكاليف.

#### ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية الموصوفة، تحدّد قواعد خاصة كيف ومتى تغطي خططنا هذه الأدوية. وبوجه عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمناً 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، راجع **الفصل 9** من دليل الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

الترخيص المسبق (PA، Prior authorization) - يجب الوفاء بمعايير معينة لكي يخضع الدواء للتغطية. على سبيل المثال، التشخيص أو القيم المعملية أو تجربة الأدوية الأخرى التي فشلت في تحقيق نتيجة.

العلاج التدريجي (ST، Step therapy) - يجب أن يتم استخدام أدوية معينة موفرة للتكلفة قبل أن تتسنى تغطية أدوية أخرى أكثر تكلفة. على سبيل المثال، لن تخضع بعض الأدوية المعينة التي تحمل أسماء علامات تجارية إلا إذا تمت تجربة بديل عام أولاً.

حد الكمية (QL، Quantity limit) - بعض الأدوية لها حد أقصى للكمية يتم تغطيتها. على سبيل المثال، بعض الأدوية المعتمدة من خلال إدارة الأغذية والزراعة والتي يتم تناولها مرة في اليوم قد يفرض حدًا على كميتها بمعدل 30 لكل 30 يومًا.

الجزء B مقابل الجزء D - يمكن تغطية بعض الأدوية بموجب الجزء D أو B من برنامج Medicare حسب الظروف.

### 1. الحد من استخدام الدواء الذي يحمل علامة تجارية عند توفر دواء مكافئ

بصورة عامة، يعمل الدواء العام نفس عمل الدواء الذي يحمل علامة تجارية، وعادةً ما تكون تكلفته أقل. إذا توفر دواء مكافئ لدواء يحمل علامة تجارية، فإن الصيدليات داخل شبكتنا تصرف لك الدواء المكافئ.

- عادةً لا ندفع مقابل الدواء الذي يحمل علامة تجارية عند توفر الدواء المكافئ.
- لكن إذا أخبرنا مقدم الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي لعدم فعالية الدواء المكافئ أو أي أدوية أخرى مشمولة بالتغطية تعالج الحالة المرضية نفسها، فعندئذٍ سنغطي الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

### 2. الحصول على موافقة سابقة من الخطة

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 تجرب الأدوية الأقل تكلفة التي تتميز بالفعالية نفسها قبل أن نغطي 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 تجرب الدواء (أ) أولاً.

إذا لم يكن الدواء أ فعالاً في علاج حالتك، فعندئذٍ نغطي الدواء ب. ويسمى ذلك العلاج التدريجي.

### 4. حدود الكمية

نضع قيوداً، 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 بملاء الوصفة العلاجية الخاصة بك.

راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا لتعرف ما إذا كانت أي من هذه القواعد أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله. وللحصول على أحدث المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals). وإذا كنت لا توافق على قرارنا بخصوص طلب التغطية أو الاستثناء، فيمكنك تقديم طلب تظلم. لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم هـ في الفصل 9.

## د. الأسباب وراء احتمال عدم تغطية الدواء الخاص بك

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:

- ألا تغطي خصلتنا الدواء الذي تريد تناوله. فقد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة بنا. وقد نغطي دواء مكافئاً ولا نغطي الدواء الذي يحمل علامة تجارية الذي تريد تناوله. وقد يكون الدواء جديداً ولم يتم تقييم أمانه وفعالته بعد.
- أن تغطي خصلتنا الدواء، لكن توجد قواعد أو قيود خاصة على تغطية هذا الدواء. وكما هو موضح في القسم أعلاه، توجد قواعد تحدّد استخدام بعض الأدوية التي تغطيها خصلتنا. وفي بعض الحالات، قد تحتاج أنت أو من يصف لك الدواء إلى مطالبتنا باستثناء للقاعدة.

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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**د. 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 موفر 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
- محدودًا الآن نوعًا ما.

2. يجب أن تستوفي واحدة من هذه الحالات:

• كنت مسجلًا في خطتنا العام الماضي.

○ نغطي إمدادًا مؤقتًا بدوائك خلال أول 90 يومًا من العام التقويمي.

○ يستمر هذا الإمداد المؤقت مدة 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.

• أنت جديد في خطتنا:

○ نغطي إمدادًا مؤقتًا بدوائك خلال أول (90) يومًا من عضويتك في خطتنا.

○ يستمر هذا الإمداد المؤقت مدة 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 انضمت إلى خطتنا لأكثر من (90) 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.

○ 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 نفاذ 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



يمكنك أنت ومقدم الرعاية الخاص بك مطالبتنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا. أو اطلب منا تغطية الدواء من دون قيود. إذا قال موفر الرعاية لديك إنه لديه سببًا طبيًا جيدًا للاستثناء، فيمكنه مساعدتك في طلب أحد الأدوية.

إذا كان الدواء الذي تتناوله سيُستبعد من قائمة الأدوية الخاصة بنا أو سيُقيّد بشكل ما العام المقبل، فسنسمح لك بأن تطلب استثناءً قبل العام المقبل.

- نخطرك بأي تغيير في تغطية دوائك العام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية الدواء العام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- سنرّد على طلبك المتعلق بالاستثناء في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك (أو البيان الداعم ممّن وصف لك الدواء).

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

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن طلب استثناء، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير الحالة. وإذا كنت لا توافق على قرارنا بخصوص طلب التغطية أو الاستثناء، فيمكنك تقديم طلب تظلم (لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم هـ في الفصل 9).

## هـ. 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:

- اتخاذ قرار بشأن ضرورة الحصول على موافقة مسبقة على دواء من عدمها. (إذن تحصل عليه من خطة Molina Medicare Complete Care Plus قبل أن تتمكن من الحصول على دواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج التدريجي على دواء ما. (يجب أن تجرّب دواء واحدًا قبل أن نقوم بتغطية دواء آخر).

لمزيد من المعلومات عن قواعد الأدوية هذه، راجع القسم ج.

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

- ظهر دواء جديد أرخص في السوق يتميز بالفعالية نفسها للدواء المدرج حاليًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا.
- علمنا أن الدواء غير آمن.
- تم سحب الدواء من السوق.

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

- التحقق من قائمة الأدوية الحالية الخاصة بنا على الإنترنت من خلال [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare) أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية الحالية الخاصة بنا على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

تحدث بعض التغييرات على قائمة الأدوية في الحال. على سبيل المثال:

- **يتوفر نوع جديد من الأدوية المكافئة.** يظهر أحيانًا دواء عام جديد في السوق يتميز بالفعالية نفسها للدواء الذي يحمل علامة تجارية ومدرج في قائمة الأدوية الحالية الخاصة بنا. عند حدوث ذلك، قد نقوم بإزالة الدواء الذي يحمل العلامة التجارية وإضافة الدواء المكافئ الجديد، لكن تظل التكلفة التي تدفعها مقابل الدواء الجديد كما هي. 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، لكننا نرسل إليك معلومات عن التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
  - يمكنك أنت أو مقدم الرعاية المتابع لحالتك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. ونرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتباعها لطلب استثناء. راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن الاستثناءات.
- **إزالة دواء ما من السوق.** إذا صرّحت هيئة الغذاء والدواء بأن الدواء الذي تتناوله ليس آمنًا، أو أن الشركة المصنّعة تسحب الدواء من السوق، فإننا نزيله من قائمة الأدوية الخاصة بنا. وإذا كنت تتناول هذا الدواء، فسحيطك علمًا بذلك. اتصل بالطبيب الذي يصف لك الدواء في حالة استلامك لإخطارك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبيكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

سنخبرك سابقاً بهذه التغييرات الأخرى التي تحدث في قائمة الأدوية الخاصة بنا. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت هيئة الغذاء والدواء دليل جديد أو كانت هناك أدلة سريرية جديدة حول دواء ما.
- قمنا بإضافة دواء عام جديد إلى السوق و
  - استبدال دواء يحمل علامة تجارية مدرج حالياً في قائمة الأدوية الخاصة بنا.
  - تغيير قواعد أو حدود تغطية الدواء الذي يحمل علامة تجارية.

عند حدوث هذه التغييرات، نقوم بما يأتي:

- إخبارك قبل 30 يوماً على الأقل من إجرائنا التغيير على قائمة الأدوية الخاصة بنا.
- إعلامك وإمدادك بالدواء لمدة 31 يوماً بعد طلب صرف الدواء.

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

- ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية الخاصة بنا يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول.
- ما إذا كانت تنبغي لك المطالبة باستثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء.

**قد نقوم بإجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن.** بالنسبة إلى هذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كنا نغطيه في بداية العام، فلن نزيل الدواء أو نغير تغطيته عموماً خلال المدة المتبقية من العام.

على سبيل المثال، إذا أزلنا دواءً نتناوله أو قيّدنا استخدامه، فلن يؤثر التغيير في استخدامك الدواء طوال المدة المتبقية من العام.

**و. تغطية الأدوية في حالات خاصة****1. الإقامة المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حادّة**

إذا دخلت مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حادّة بغرض الإقامة، وكان ذلك مشمولاً بالتغطية، فإننا عموماً نغطي تكلفة الأدوية الموصوفة لك في أثناء إقامتك. ولن تكون مطالباً بأي مدفوعات مشتركة. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية الترميزية الحادّة، نغطي الأدوية التي تحصل عليها ما دامت هذه الأدوية تستوفي كل قواعدنا في التغطية.

**2. الإقامة في مرفق رعاية طويلة الأجل**

عادةً ما تكون في مرفق الرعاية 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 الرعاية والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت تحتاج إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

**3. التسجيل في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من قبل برنامج Medicare**

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

- قد تكون مسجلاً في برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من برنامج Medicare وتحتاج إلى دواء لتخفيف الألم أو مضاد للغثيان أو ملين أو مضاد للقلق لا يغطيه برنامج رعاية المحتضرين لأن هذا الدواء غير مرتبط بمرضك العضال أو حالاتك المرضية. في هذه الحالة، يجب أن نتلقى خطتنا إخطاراً ممن وصف لك الدواء أو من مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء غير مرتبط بالمرض قبل أن تتمكن 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 ممن وصف لك الدواء التحقق من إرسال إخطار إلينا بأن الدواء غير مرتبط بالمرض قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية لك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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، أحضر الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من أنك قد غادرت دار رعاية المحتضرين. راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي توضح الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع الفصل 4 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن مزايا رعاية المحتضرين.

## ز. البرامج المتعلقة بأمان الأدوية وإدارة الأدوية

### ز1. برامج المساعدة على استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تقوم فيها بتجهيز إحدى الوصفات العلاجية، فإننا نبحث عن مشكلات 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 ضرراً 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.

### ز2. برامج المساعدة على إدارة الأدوية

ربما تتناول أدوية لأمراض مختلفة و/أو تكون مشمولاً في برنامج إدارة الدواء Drug Management Program لمساعدتك على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان. في هذه الحالة، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات مجاناً من خلال برنامج لإدارة العلاج بالأدوية (Medication Therapy Management، MTM). ويساعدك هذا البرنامج أنت وموفر الرعاية الذي تتعامل معه على التحقق من أن الأدوية التي تتناولها تعمل على تحسين حالتك الصحية. وسيقوم طبيب صيدلي أو غيره من اختصاصيي الرعاية الصحية بإعطائك مراجعة شاملة لكل الأدوية وسيحدث 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:

- ملخصاً مكتوباً 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 تشمل على كل الأدوية التي تتناولها وتوضح سبب تناولها.
- معلومات عن طريقة التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تكون خاضعة للوائح التنظيمية.
- من الجيد جدولة موعد مراجعة الأدوية قبل زيارة "الفحص الصحي" السنوية، حتى يمكنك التحدث إلى طبيبك حول خطة الإجراءات وقائمة الأدوية الخاصة بك.
- خذ معك خطة الإجراءات وقائمة الأدوية في الزيارة أو في أي وقت تتحدث فيه إلى الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.
- خذ معك قائمة الأدوية إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

وإذا كانت لديك أية أسئلة تتعلق بتلك البرامج، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

### 3. 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.

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 الأفيونية المفعول لها مناسبًا ووفق ضرورة طبية. ومن خلال العمل مع أطباءك، 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 صيدلية محددة و/ أو من طبيب محدد
- الحد من كمية هذه الأدوية التي نغطيها من أجلك

إذا قررنا تطبيق حد أو أكثر عليك، فسوف نرسل لك خطاب مسبق. وسيوضح الخطاب الحدود التي نرى أن تطبيقها ضروري.

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 من وصف لك الدواء تقديم تظلم. إذا قَدِّمْتَ تظلمًا، فسنراجع حالتك ونرسل إليك قرارًا مكتوبًا. إذا استمر رفضنا أي جزء من التظلم المتعلق بالحدود المفروضة على وصولك إلى هذه الأدوية، فإننا نرسل حالتك تلقائيًا إلى منظمة مراجعة مستقلة لمعرفة المزيد عن التظلمات ومنظمة 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.
- كنت تتلقى رعاية المحتصرين أو الرعاية التلطيفية أو رعاية في نهاية الحياة.
- كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.



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

### مقدمة

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

- الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة دوائية ويغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare، و
- الأدوية والمستلزمات المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal Rx.
- الأدوية والمستلزمات الواردة في الخطة كفوائد ومزايا إضافية.

نظرًا إلى أنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فإنك تحصل على "مساعدة إضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare لمساعدتك على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة لك الواردة في الجزء D من برنامج Medicare.

**المساعدة الإضافية (Extra Help)** هو برنامج مقدّم من Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تخفيض تكاليف الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء D من برنامج Medicare، مثل الأقساط، والخصومات، والمدفوعات المشتركة. يُسمى برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help) كذلك بـ "إعانة محدودتي الدخل" أو اختصارًا بـ "LIS".

تظهر 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 بالتغطية. الخاصة بنا
  - ونسميها "قائمة الأدوية". توضح لك هذه القائمة:
    - أي الأدوية التي ندفع ثمنها
    - أيّ من الفئات الخمس (5) يندرج تحتها كل دواء
    - ما إذا 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 على موقعنا الإلكتروني على [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://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 أدوية أخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://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 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.
- دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بنا.
  - يجب عليك في معظم الأحيان اللجوء إلى واحدة من الصيدليات التابعة للشبكة للحصول على الأدوية المشمولة بالتغطية. وتُقدّم بالصيدليات التابعة للشبكة تلك الصيدليات التي وافقت على التعامل معنا.
  - يتضمن دليل مقدمي الرعاية والصيدليات قائمة بالصيدليات التابعة للشبكة. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن الصيدليات التابعة للشبكة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## جدول المحتويات

110	أ. شرح المزايا (EOB).....
110	ب. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك وتسجيلها.....
111	ج. لن تدفع أي شيء مقابل الإمداد بالأدوية مدة شهر واحد أو مدة طويلة.....
111	ج1. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بنا.....
112	ج2. اختيارات الصيدلية.....
112	ج3. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما.....
112	ج4. ما تدفعه أنت.....
115	د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية.....
116	د1. اختيارات الصيدلية.....
116	د2. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما.....
116	د3. ما تدفعه أنت.....
119	د4. انتهاء مرحلة التغطية الأولية.....
120	هـ. المرحلة 2: مرحلة فجوة التغطية.....
120	و. المرحلة 3: مرحلة التغطية القصوى.....
120	ز. تكاليف أدويةك إذا وصف طبيبك إمدادًا بالأدوية لأقل من شهر كامل.....
121	ح. المساعدة على تقاسم تكاليف الوصفات الطبية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS).....
121	ح1. برنامج AIDS Drug Assistance Program.....
121	ح2. إذا لم تكن مسجلاً في برنامج ADAP.....
121	ح3. إذا كنت مسجلاً في برنامج ADAP.....
121	ط. اللقاحات.....
121	ط1. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح.....
122	ط2. ما تدفعه مقابل اللقاح المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare.....



## أ. شرح المزايا (EOB)

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

- **التكاليف التي تدفعها من جيبك.** يُقصد بذلك المبلغ الذي تدفعه أو يدفعه آخرون بالنيابة عنك لقاء وصفاتك الطبية.
- **إجمالي تكاليف الأدوية.** ويُقصد بذلك المبلغ الذي تدفعه أو يدفعه آخرون بالنيابة عنك نظير وصفاتك الدوائية، بالإضافة إلى المبلغ الذي تدفعه نحن.

عندما تحصل على الأدوية الموصوفة من خلال خطتنا، نرسل إليك ملخصًا يُسمى شرح مزايا الجزء D. ونسميه اختصارًا ملخص EOB للجزء D. يحتوي ملخص EOB للجزء D على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة بتقاسم تكاليف أقل. يمكنك التحدث إلى الوصف الخاص بك حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. يشمل ملخص EOB للجزء D:

- **معلومات عن الشهر.** يوضح الملخص أي الأدوية الموصوفة حصلت عليها. توضح التكاليف الإجمالية للأدوية وما دفعناه عنك وما دفعته أنت وما دفعه الآخرون لك.
- **معلومات "محدثة سنويًا".** ويشتمل هذا على التكاليف الإجمالية لأدويةك وإجمالي المدفوعات منذ 1 يناير.
- **معلومات عن أسعار الأدوية.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء والتغير بالنسبة المئوية في سعر الدواء منذ أول مرة صرفته فيها.
- **البدائل الأقل تكلفة.** تظهر في الملخص أسفل أدويةك 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 من جيبك.
- ندفع أيضًا مقابل بعض الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية. ولا يتعين عليك دفع أي شيء مقابل هذه الأدوية.
- 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 ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://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.

## ب. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك وتسجيلها

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 معرف الخطة الخاصة بك.

أظهر بطاقة معرف خطة Molina Medicare Complete Care Plus في كل مرة تصرف فيها الأدوية الموصوفة. يساعدنا ذلك على معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها والمبلغ الذي تدفعه.

### 2. تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.

أرسل إلينا نسخًا من إيصالات الأدوية التي دفعت ثمنها. ويمكنك أن تطلب منا سداد نفقات حصتنا من تكلفة الدواء.

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

- عندما تشتري دواءً مضملاً بالتغطية من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو في حال استخدمت بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا
- عندما تُسدد مدفوعات مشتركة من ثمن الأدوية التي تحصل عليها ضمن برنامج مساعدة المريض الذي تقدمه الشركة المصنعة للدواء
- عند شراء أحد الأدوية المغطاة في الخطة من صيدلية خارج الشبكة
- عندما تدفع سعر الدواء الذي تغطيه الخطة بالكامل

لمزيد من المعلومات عن مطالبتنا بسداد نفقات حصتنا من تكلفة الدواء، راجع الفصل 7 من دليل الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**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 جيبك. يمكن أن يساعدك ذلك على التأهل للتغطية القصوى. عندما تصل إلى مرحلة التغطية القصوى، تدفع خطتنا كل تكاليف أدوية الجزء D الخاصة بك لبقية العام.

**4. تحقق من ملخص شرح المزايا (EOB) الذي نرسله إليك.**

عندما تتلقى ملخص EOB للجزء D من خلال البريد، تحقق من أنه كامل وصحيح. وإذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو شيئاً مفقوداً، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. احتفظ بملخصات EOB هذه الخاصة بالجزء D. تمثل هذه التقارير سجلاً هاماً لتكاليف الأدوية الخاصة بك.

**ج. لن تدفع أي شيء مقابل الإمداد بالأدوية مدة شهر واحد أو مدة طويلة**

مع خطتنا، لا تدفع شيئاً مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية ما دمت تتبع قواعداً.

تتوفر ثلاث مراحل دفع لتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية والتي تندرج ضمن الجزء D من Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند صرف وصفة طبية أو إعادة صرفها. هذه هي المراحل الثلاث:

المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة فجوة التغطية	المرحلة 3: مرحلة التغطية القصوى
خلال هذه المرحلة، تدفع جزءاً من تكاليف الأدوية، وتدفع أنت حصتك من التكاليف. يطلق على حصتك من التكلفة اسم المدفوعات المشتركة. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف الوصفة الطبية الأولى في العام.	أثناء هذه المرحلة، تدفع تكاليف الأدوية الخاصة بك. تبدأ هذه المرحلة عندما تدفع مبلغاً معيناً من التكاليف التي تدفعها من جيبك.	خلال هذه المرحلة، تدفع كل تكاليف الأدوية حتى 31 ديسمبر 2023. تبدأ هذه المرحلة عندما تكون قد دفعت مبلغاً معيناً من التكاليف التي تدفعها من جيبك.

**1ج. فئات تقاسم التكاليف الخاصة بنا**

تشير فئات تقاسم التكاليف إلى مجموعات الأدوية ذات المدفوعات المشتركة الموحدة. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية ضمن واحدة من خمس (5) فئات لتقاسم التكاليف. وبوجه عام كلما كان رقم الفئة أكبر، زادت المدفوعات المشتركة. للعثور على فئات تقاسم تكاليف الأدوية التي تحصل عليها، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- أدوية الفئة 1 (الأدوية العامة المفضلة) لها أقل نسبة مدفوعات مشتركة. وتبدأ قيمة المدفوعات المشتركة من \$0.
- أدوية الفئة 2 (الأدوية المكافئة) تتراوح قيمة المدفوعات المشتركة بين \$0 أو \$1.45 أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما فيها الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة) و\$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية، حسب الدخل.
- أدوية الفئة 3 (أدوية العلامة التجارية المفضلة) تتراوح قيمة المدفوعات المشتركة بين \$0 أو \$1.45 أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما فيها الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)، و\$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية.
- أدوية الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة) تتراوح قيمة المدفوعات المشتركة بين \$0 أو \$1.45 أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما فيها الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة) و\$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية.
- أدوية الفئة 5 (فئة الأدوية المتخصصة) لها أعلى نسبة مدفوعات مشتركة. وتتراوح قيمة المدفوعات المشتركة بين \$0 أو \$1.45 أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما فيها الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة) و\$0 أو \$4.30 أو \$10.35 لكل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

الفئات هي مجموعات الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن واحدة من خمس (5) فئات. لا تدفع مدفوعات مشتركة مقابل الأدوية الموصوفة والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا. للعثور على فئات الأدوية التي تحصل عليها، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

## ج2. اختيارات الصيدلية

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

- صيدلية داخل الشبكة، أو
- صيدلية خارج الشبكة.

إننا نغطي تكاليف الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج شبكة الصيدليات التابعة للخطة في حالات محدودة. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة الحالات التي سنقوم فيها بذلك. وراجع الفصل 9 لمعرفة المزيد عن كيفية تقديم تظلم إذا تم إخطارك بأنه لن تتم تغطية دواء معين. لمعرفة المزيد عن اختيارات الصيدلية هذه، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء وكذا دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

## ج3. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما

بالنسبة لبعض الأدوية، يُمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى أيضًا "الإمداد الممتد") عند صرف وصفتك الطبية. يغطي الإمداد طويل الأجل فترة تصل إلى 90 يومًا. ويكلفك بنفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

لمعرفة التفاصيل عن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء معين، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء أو دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

## ج4. ما تدفعه أنت

قد تدفع مدفوعات مشتركة عندما تصرف وصفة طبية. إذا كانت تكلفة الدواء المشمول بالتغطية أقل من المدفوعات المشتركة، فإنك تدفع السعر الأقل. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة مبلغ المدفوعات المشتركة الذي تدفعه مقابل أي دواء مشمول بالتغطية.

تغطي الخطة معظم الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدلية. وقد يغطي برنامج Medi-Cal Rx أدوية أخرى، مثل الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## حصتك من التكلفة عندما تحصل على إمداد مدة شهر واحد بالدواء الموصوف المشمول بالتغطية من:

صيدلية خارج الشبكة	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة	خدمة الطلب بالبريد التي توفرها خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	الفئة
إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا. تكون التغطية محدودة في بعض الحالات. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة التفاصيل.	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا	إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يومًا	إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يومًا	الفئة 1 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة المفضلة)
\$0	\$0	\$0	\$0	
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	الفئة 2 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة)
تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$4.30، أو \$10.35 لكل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	الفئة 3 من تقاسم التكاليف (أدوية العلامة التجارية المفضلة)
تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



الفئة	صيدلية تابعة للشبكة	خدمة الطلب بالبريد التي توفرها خطتنا	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة	صيدلية خارج الشبكة
الفئة 4 من تقاسم التكاليف (أدوية غير مفضلة)	إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يومًا	إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يومًا	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا	إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا. تكون التغطية محدودة في بعض الحالات. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة التفاصيل.
	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)
	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية
الفئة 5 من تقاسم التكاليف (فئة الأدوية المتخصصة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية وتُعامل معاملة الأدوية المكافئة)
	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0 أو \$4.30 أو \$10.35 مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية

حصدتك من التكلفة عندما تحصل على إمداد طويل الأجل بالدواء الموصوف المشمول بالتغطية من:

الفئة	تقاسم تكاليف بائعي التجزئة القياسيين (التابعين للشبكة)	تقاسم تكاليف خدمة الطلب بالبريد (إمداد يغطي 90 يومًا)
الفئة 1 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة المفضلة)	\$0 (إمداد يغطي 90 يومًا)	\$0 (إمداد يغطي 90 يومًا)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



الفئة	تقاسم تكاليف بائعي التجزئة القياسيين (التابعين للشبكة) (إمداد يغطي 90 يومًا)	تقاسم تكاليف خدمة الطلب بالبريد (إمداد يغطي 90 يومًا)
الفئة 2 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 3 من تقاسم التكاليف (أدوية العلامة التجارية المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 4 من تقاسم التكاليف (الأدوية غير المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 5 من تقاسم التكاليف (فئة الأدوية المتخصصة)	لا يتوفر عرض طويل الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).	لا يتوفر الطلب بالبريد لإمداد طويل الأجل بالأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكنها أن توفر لك إمدادات طويلة الأجل، راجع دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بالخطة.

## د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

يحصل معظم أعضائنا على "المساعدة الإضافية (Extra Help)" في تكاليف الأدوية الموصوفة لهم. ولن تتحمل أي خصومات أدوية منفصلة لأن "المساعدة الإضافية (Extra Help)" تدفع مقابل معظم تكاليف الأدوية. ومع ذلك، قد تستمر في تسديد مدفوعات مشتركة وفق إعانة محدودية الدخل (LIS) قبل الوصول إلى مرحلة التغطية الأولية.

في أثناء مرحلة التغطية الأولية، ندفع حصة من تكلفة الأدوية الموصوفة المشمولة بالتغطية، وتدفع أنت حصتك من التكلفة. يطلق على حصتك من التكلفة اسم المدفوعات المشتركة. تعتمد المدفوعات المشتركة على فئة تقاسم التكاليف التي يندرج تحتها الدواء وعلى المكان الذي تحصل منه على الدواء.

تشير فئات تقاسم التكاليف إلى مجموعات الأدوية ذات المدفوعات المشتركة الموحدة. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا ضمن واحدة من خمس (5) فئات لتقاسم التكاليف. ويوجه عام كلما كان رقم الفئة أكبر، زادت المدفوعات المشتركة. للعثور على فئات تقاسم تكاليف الأدوية التي تحصل عليها، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.



الفئات هي مجموعات الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن واحدة من خمس (5) فئات. لا تدفع مدفوعات مشتركة مقابل الأدوية الموصوفة والأدوية التي تصرف من دون وصفة طبية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا. للعثور على فئات الأدوية التي تحصل عليها، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- الفئة 1 - الأدوية المكافئة المفضلة (أقل حصة تكلفة)
- الفئة 2 - الأدوية المكافئة
- الفئة 3 - أدوية العلامة التجارية المفضلة
- الفئة 4 - الأدوية غير المفضلة
- الفئة 5 - فئة الأدوية المتخصصة (أعلى حصة تكلفة)

### 1.1. اختيارات الصيدلية

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

- صيدلية تابعة للشبكة أو
- صيدلية من خارج الشبكة.

إننا نغطي تكاليف الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج شبكة الصيدليات التابعة للخطة في حالات محدودة. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة الحالات التي سنقوم فيها بذلك.

لمعرفة المزيد عن هذه الاختيارات، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء وكذلك دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

### 2.2. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يُسمى كذلك "الإمداد الممتد") عندما تصرف وصفتك الطبية. لمعرفة تفاصيل بشأن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويلة الأجل بدواء ما، راجع الفصل الخامس أو دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

### 3.3. ما تدفعه أنت

خلال مرحلة التغطية الأولية، ستدفع مدفوعات مشتركة كل مرة تصرف فيها دواءً موصوفاً. وإذا كانت تكلفة الدواء المشمول بالتغطية أقل من المدفوعات المشتركة، فستدفع السعر الأقل.

يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة مبلغ المدفوعات المشتركة الذي تدفعه مقابل أي دواء مشمول بالتغطية.



## حصتك من التكلفة عندما تحصل على إمداد مدة شهر واحد بالدواء الموصوف المشمول بالتغطية من:

صيدلية خارج الشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً. تكون التغطية محدودة في بعض الحالات. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على التفاصيل.	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	خدمة الطلب بالبريد التي توفرها خطتنا إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يوماً	صيدلية تابعة للشبكة إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يوماً	
\$0	\$0	\$0	\$0	<b>الفئة 1 من تقاسم التكاليف</b> (الأدوية المكافئة المفضلة)
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	<b>الفئة 2 من تقاسم التكاليف</b> (الأدوية المكافئة)
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	<b>الفئة 3 من تقاسم التكاليف</b> (أدوية العلامة التجارية المفضلة)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

صيدلية خارج الشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً. تكون التغطية محدودة في بعض الحالات. راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على التفاصيل.	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يوماً	خدمة الطلب بالبريد التي توفرها خطتنا إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يوماً	صيدلية تابعة للشبكة إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 31 يوماً	الفئة 4 من تقاسم التكاليف (أدوية غير مفضلة)
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	
مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	الفئة 5 من تقاسم التكاليف (فئة الأدوية المتخصصة)

حسبك من التكلفة عندما تحصل على إمداد طويل الأجل بالدواء الموصوف المشمول بالتغطية من:

تقاسم تكاليف خدمة الطلب بالبريد (إمداد يغطي 90 يوماً)	تقاسم تكاليف بائعي التجزئة القياسيين (التابعين للشبكة) (إمداد يغطي 90 يوماً)	الفئة
\$0	\$0	الفئة 1 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة المفضلة)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على  
رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



الفئة	تقاسم تكاليف بانعي التجزئة القياسيين (التابعين للشبكة) (إمداد يغطي 90 يومًا)	تقاسم تكاليف خدمة الطلب بالبريد (إمداد يغطي 90 يومًا)
الفئة 2 من تقاسم التكاليف (الأدوية المكافئة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 3 من تقاسم التكاليف (أدوية العلامة التجارية المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 4 من تقاسم التكاليف (الأدوية غير المفضلة)	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.	مدفوعات مشتركة بمبلغ \$0، أو \$1.45، أو \$4.15 للأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل علامة تجارية وتعامل معاملة الأدوية المكافئة) تبلغ قيمة المدفوعات المشتركة مقابل كل الأدوية الأخرى في كل وصفة طبية \$0 أو \$4.30 أو \$10.35.
الفئة 5 من تقاسم التكاليف (فئة الأدوية المتخصصة)	لا يتوفر عرض طويل الأجل للأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).	لا يتوفر الطلب بالبريد لإمداد طويل الأجل بالأدوية المدرجة ضمن الفئة الخامسة (5).

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكنها أن توفر لك إمدادات طويلة الأجل، راجع دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بالخطة.

#### 4. انتهاء مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك إلى **\$4,660.00**. وفي هذه اللحظة، تبدأ مرحلة فجوة التغطية.

ستساعدك ملخصات شرح المزاي (EOB) على تتبع التكاليف التي دفعتها مقابل الأدوية على مدار العام. وسنخبرك إذا وصلت التكاليف التي دفعتها إلى حد **\$4,660.00**. وهناك كثيرون لا يصلون إلى هذا الحد على مدار العام. في بداية كل عام تقويمي جديد، سيتم تفسير المبلغ الذي دفعته في مرحلة التغطية الأولية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



**هـ. المرحلة 2: مرحلة فجوة التغطية**

عندما تكون في مرحلة فجوة التغطية، يوفر برنامج خصومات الفجوة في تغطية Medicare خصومات خاصة من الشركة المصنعة على الأدوية التي تحمل علامة تجارية. أنت تدفع 25% من السعر الذي تم التفاوض عليه وجزءاً من رسوم التوزيع للأدوية التي تحمل علامة تجارية. كل من المبلغ الذي تدفعه والمبلغ المخفض من قبل الشركة المصنعة يحتسب ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك كما لو كنت قد دفعتها ونقلتك عبر فجوة التغطية.

أنت تستمر في دفع هذه التكاليف إلى أن تصل مدفوعاتك السنوية التي تدفعها من جيبك إلى أقصى مبلغ خصصه Medicare. بمجرد الوصول إلى هذا المبلغ (\$7400)، سنترك مرحلة فجوة التغطية وتنتقل إلى مرحلة التغطية القصوى.

قد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل الأعضاء هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة ضمن الجزء D لبرنامج Medi-Cal (Medicaid) لأنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية (Extra Help)" من Medicare لتغطية تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. تعتمد تكاليف الدواء في مرحلة فجوة التغطية على مستوى "المساعدة الإضافية (Extra Help)" التي تتلقاها. ولقد أرسلنا إليك ملحقاً منفصلاً يُسمى "ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية (Extra Help) لدفع تكلفة الأدوية الموصوفة" (المعروف كذلك باسم "ملحق إعانة محدود الدخل (LIS)" أو "ملحق LIS")، وهو يوضح لك تغطية الأدوية. إذا لم تتلقَ هذا الملحق، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب "ملحق LIS".

**و. المرحلة 3: مرحلة التغطية القصوى**

عندما تصل التكلفة التي تدفعها من جيبك مقابل الأدوية الموصوفة إلى الحد \$7,400.00، تبدأ مرحلة التغطية القصوى. وستظل في مرحلة التغطية القصوى حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، ستدفع الخطة كل تكاليف الأدوية المشمولة بتغطية برنامج Medicare.

**ز. تكاليف أدويةك إذا وصف طبيبك إمداداً بالأدوية لأقل من شهر كامل**

في بعض الحالات، تدفع مدفوعات مشتركة لتغطية إمداد شهر كامل بالأدوية المشمولة بالتغطية. لكن من الممكن أن يصف طبيبك إمداداً بالأدوية لأقل من شهر.

- قد تكون هناك أوقات تريد فيها أن تطلب من طبيبك وصف إمداد بالدواء لأقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرّب دواءً لأول مرة من المعروف أن له آثاراً جانبية خطيرة).
- إذا وافق طبيبك على ذلك، فلن تضطر إلى دفع مقابل إمداد شهر كامل بأدوية معينة.

عندما تحصل على إمداد بالدواء لأقل من شهر، فإن المبلغ الذي تدفعه سيجتسب وفق عدد الأيام التي تحصل فيها على الدواء. سنحسب المبلغ الذي تدفعه يومياً مقابل الدواء ("معدل تقاسم التكاليف اليومي") ونضربه في عدد الأيام التي تحصل فيها على الدواء.

- إليك مثالاً على ذلك: لنفترض أن مبلغ المدفوعات المشتركة مقابل الإمداد بالدواء مدة شهر كامل (إمداد مدته 30 يوماً) هو \$1.35. يعني هذا أن المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء أقل من \$0.05 عن كل يوم. إذا حصلت على إمداد بالدواء مدة 7 أيام، فسيكون إجمالي المبلغ المدفوع باحتساب المبلغ الأقل من \$0.05 عن اليوم الواحد مضروباً في 7 أيام أقل من \$0.35.
- يتيح لك معدل تقاسم التكاليف اليومي التأكد من أن الدواء يناسبك قبل أن تضطر إلى الدفع مقابل إمداد شهر كامل.
- يمكنك كذلك أن تطلب من مقدم الرعاية الخاصة بك أن يصف لك إمداداً بالدواء لأقل من شهر كامل، إذا كان هذا سيساعدك على:
  - التخطيط بشكل أفضل لوقت إعادة صرف أدويةك.
  - تنسيق عمليات إعادة صرف الأدوية الأخرى التي تتناولها، و
  - تقليل عدد زيارات الصيدلية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## ح. المساعدة على تقاسم تكاليف الوصفات الطبية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)

### 1. برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP)

يساعد برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP) الأفراد المؤهلين له المصابين بـ HIV/AIDS على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. إن الأدوية الموصوفة ضمن الجزء D من برنامج Medicare للمرضى الخارجيين التي يغطيها أيضًا برنامج ADAP مؤهلة للمساعدة المتمثلة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال California Department of Public Health، مكتب AIDS للأفراد المسجلين في برنامج ADAP.

### 2. إذا لم تكن مسجلاً في برنامج ADAP

للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية المشمولة بالتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل على الرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من الموقع الإلكتروني لبرنامج ADAP على [www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA\\_adap\\_eligibility.aspx](http://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx).

### 3. إذا كنت مسجلاً في برنامج ADAP

يمكن لبرنامج ADAP الاستمرار في تزويد عملائه بالمساعدة المتمثلة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية ضمن الجزء D من برنامج Medicare للأدوية الموجودة في كتيب أدوية برنامج ADAP. للتأكد من استمرار تلقي هذه المساعدة، يرجى إبلاغ موظف التسجيل في برنامج ADAP المحلي بأي تغييرات في اسم خطة الجزء D من برنامج Medicare أو رقم البوليصة. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على العثور على أقرب موقع و/أو موظف للتسجيل في برنامج ADAP، فاتصل على الرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من الموقع الإلكتروني المذكور أعلاه.

## ط. اللقاحات

### رسالة هامة حول ما تدفعه مقابل التطعيمات

تغطي خططنا معظم اللقاحات المشمولة في الجزء D من برنامج Medicare من دون فرض أي تكلفة عليك. تنقسم تغطية اللقاحات في الجزء D من برنامج Medicare إلى جزأين:

1. يختص الجزء الأول من التغطية بتكلفة اللقاح نفسه. ذلك أن التطعيم يعد من الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية.
2. يختص الجزء الثاني من التغطية بتكلفة إعطائك اللقاح. على سبيل المثال، في بعض الأحيان يمكن أن تحصل على اللقاح في شكل حقنة يعطيها لك الطبيب.

### 1ط. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح

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

- يمكننا أن نخبرك عن كيفية تغطية خططنا للقاح الخاص بك وشرح حصتك من التكلفة.
- ويمكننا إطلاعك على كيفية الإبقاء على انخفاض التكاليف عبر استخدام صيدليات ومقدمي رعاية من داخل الشبكة. يوافق مقدمو الرعاية والصيدليات داخل الشبكة على التعامل مع خططنا. ويعمل مقدم الرعاية التابع للشبكة معنا لضمان عدم وجود أي تكاليف سابقة للقاحات الواردة في الجزء D.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## ط2. ما تدفعه مقابل اللقاح المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare

يعتمد ما تدفعه مقابل اللقاح على نوع اللقاح (نوع المرض الذي تتلقى اللقاح المضاد له)

- تُعدّ بعض اللقاحات مزايا صحية أكثر من كونها أدوية. وتتم تغطية هذه اللقاحات من دون تحميلك أي تكاليف. للتعرف على تغطية هذه اللقاحات، راجع جدول المزايا في الفصل 4.
- هناك لقاحات أخرى تُعدّ أدوية مشمولة بتغطية الجزء D من برنامج Medicare. ويمكنك العثور على هذه اللقاحات في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. قد يتعين عليك سداد مدفوعات مشتركة مقابل اللقاحات المشمولة بتغطية الجزء D من برنامج Medicare.

إليك ثلاث طرق شائعة قد تحصل من خلالها على اللقاح المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare.

1. تحصل على اللقاح المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare من صيدلية تابعة للشبكة وتُحقّن به في الصيدلية.
  - لن تدفع شيئاً مقابل اللقاح.
2. تحصل على اللقاح المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare من عيادة الطبيب ويحقنك الطبيب باللقاح.
  - لن تدفع أي شيء إلى الطبيب مقابل اللقاح.
  - ستدفع خطتنا تكلفة حقنك باللقاح.
  - يجب أن يتصل الطبيب بخطتنا في هذه الحالة حتى نتأكد من أنه يعلم أنك لن تدفع أي شيء مقابل اللقاح.
3. تحصل على اللقاح نفسه المشمول بتغطية الجزء D من برنامج Medicare من الصيدلية وتأخذه إلى عيادة طبيبك ليحقنك به.
  - لن تدفع شيئاً مقابل اللقاح.
  - ستدفع خطتنا تكلفة حقنك باللقاح.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## الفصل 7: مطالبتنا بالدفع نظير الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها

### 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

124.....	أ. مطالبتنا بدفع تكاليف الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها
125.....	ب. إرسال طلب بالدفع
126.....	ج. قرارات التغطية
126.....	د. التظلمات



## أ. مطالبتنا بالدفع نظير الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها

يتعين على مقدمي الرعاية في شبكتنا تحرير فاتورة إلى مسؤولي الخطة الصحية بالخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية التي حصلت عليها بالفعل. وبعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطة الصحية.

إذا حصلت على فاتورة بالرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم ب.

- إذا كنا نغطي الخدمات والأدوية، فسنُدفع إلى مقدم الرعاية مباشرة.
  - إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية وأنتِ دفعتِ مقابلها بالفعل، فإنه يحق لك استرداد ما دفعته.
  - إذا لم تكن نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير الحالة إذا كانت لديك أي تساؤلات. إذا تلقيتِ فاتورة ولا تعرف الخطوات الواجب اتباعها حيالها، فيمكننا 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. عندما تحصل على رعاية طارئة أو عاجلة من مقدم رعاية خارج الشبكة راجع الفصل 3، القسم 4.**

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 تددين 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 كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة، فسنعيد إليك ما دفعته.

- راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة مزيد من المعلومات عن الصيدليات من خارج الشبكة.

**2. عندما يرسل إليك مقدم رعاية تابع للشبكة فاتورة**

يتعين على مقدمي الخدمة التابعين للشبكة إرسال الفواتير إلينا دائماً. وأظهر بطاقة معرف الخطة الخاصة بك عند الحصول على أي خدمات أو أدوية موصوفة. يحدث إصدار الفواتير غير اللاتقة/غير المناسبة عندما يحرر مقدم رعاية (مثل طبيب أو مستشفى) فاتورة لك بمبلغ يزيد على مبلغ تقاسم تكاليف الخدمات في خطتنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا تلقيتِ أي فواتير. ولا تدفع الفاتورة.

- نظرًا إلى أننا نتحمل كل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها، لا يتعين عليك دفع أي تكاليف. على مقدمي الرعاية عدم إصدار أية فواتير لك لأي من تلك الخدمات.

- متى حصلت على فاتورة من مقدم رعاية تابع للشبكة، أرسل إلينا تلك الفاتورة. وبدورنا سوف نتصل بمقدم الرعاية مباشرة ونتولى حل المشكلة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل قيمة فاتورة تم إرسالها إليك من مقدم رعاية تابع للشبكة، فأرسل الفاتورة إلينا وأرفق معها ما يثبت أي مبلغ قمت بدفعه. سوف نرد إليك ما دفعته للأدوية الخاضعة للتغطية.

**3. عندما تتعامل مع صيدلية خارج الشبكة لصرف الأدوية الموصوفة**

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

- في حالات قليلة فقط، سنوفر تغطية تكاليف الوصفات الطبية المصروفة من الصيدليات من خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته.

- راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء لمعرفة مزيد من المعلومات عن الصيدليات من خارج الشبكة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

#### 4. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية كاملةً لأنك لا تحمل بطاقة معرف الخطة الخاصة بك

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.

#### 5. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية كاملةً 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 (راجع 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 (راجع 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.

عندما ترسل إلينا طلبًا بالدفع، فإننا نراجع ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمة أو الدواء. وهذا يُسمى اتخاذ "قرار التغطية". وإذا قررنا أنه ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء، فإننا ندفع التكلفة. إذا رفضنا طلبك بشأن الدفع، فإنك تستطيع تقديم تظلم ضد القرار.

لمعرفة كيفية تقديم التظلم، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء.

#### ب. إرسال طلب بالدفع

أرسل إلينا الفاتورة التي استلمتها مع ما يثبت أي عملية دفع أجريتها. يمكن أن يكون دليل الدفع نسخة من شيك حررته أو إيصال من مقدم الرعاية. ومن المستحسن أن تحتفظ بنسخة من الفاتورة والإيصالات ضمن سجلاتك. يمكنك طلب المساعدة من مدير حالتك.

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

#### للخدمات الطبية:

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

فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة):

Molina Healthcare  
عناية: Pharmacy Department  
Union Park Center, Suite 200 7050  
Midvale, UT 84047

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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

### ج. 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.

- سنخبرك بما إذا كنا بحاجة إلى أن نحصل منك على مزيد من المعلومات.
- إذا قررنا أن تغطي الخطة الخدمة أو المستلزم أو الدواء وأتبعنا أنت كل القواعد المقررة للحصول عليه، فإننا ندفع التكلفة. إذا كنت دفعت بالفعل نظير الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك شيكًا بالمبلغ الذي دفعته. وإذا لم تكن قد دفعت التكلفة، فإننا ندفعها إلى موفر الخدمة مباشرة.

يوضح الفصل 3 من دليل الأعضاء قواعد الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية. يوضح الفصل 5 من دليل الأعضاء قواعد 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 مزيد من المعلومات عن قرارات التغطية، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء.

### د. التظلمات

إذا كنت ترى أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، فإنه يمكنك المطالبة بتغيير قرارنا. وهذا يُسمى "تقديم التظلم". ويمكنك كذلك تقديم التظلم إذا كنت تعترض على المبلغ الذي ندفعه.

- تتطوي خطوات تقديم التظلمات الرسمية على إجراءات مفصلة ومواعيد نهائية. لمعرفة مزيد من المعلومات عن التظلمات، راجع الفصل 9 من دليل الأعضاء.
- لتقديم تظلم بشأن رد التكلفة التي دفعتها مقابل أي من خدمات الرعاية الصحية، راجع القسم (و).
- إذا كنت تود تقديم تظلم بشأن رد التكلفة التي دفعتها مقابل أي من الأدوية، فراجع القسم (ز).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## 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

128	أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلي احتياجاتك.....
135	ب. مسؤوليتنا عن حصولك على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية في الوقت المناسب.....
136	ج. مسؤوليتنا عن حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI).....
136	ج1. كيفية حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الخاصة بك.....
136	ج2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية.....
142	د. مسؤوليتنا عن إعطائك المعلومات.....
143	هـ. عدم تحويل موفري الخدمات في الشبكة الحق في تحميلك الفاتورة مباشرة.....
143	و. حقك في مغادرة خطتنا.....
143	ز. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية.....
143	ز1. حقك في معرفة خيارات العلاج المتاحة لك واتخاذ القرارات.....
143	ز2. حقك في التحدث عما ترغب في حدوثه.....
144	ز3. ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك.....
144	ح. حقك في تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي نصدرها.....
145	ح1. الإجراءات التي يلزمك اتخاذها بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك.....
145	ط. مسؤولياتك بصفقتك عضوًا في الخطة.....

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



## أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تلي احتياجاتك

يتعين علينا أن نضمن أن كل الخدمات تُقدّم إليك بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية ويمكن الوصول إليها بسهولة. كما يتعين علينا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء. وتوفر خطتنا خدمات ترجمة مجانية للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب مستمر للحصول على المواد بلغة غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف في الوقت الحالي وفي المستقبل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. يسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتتبع طلبك المستمر، لذا فإنك لست بحاجة إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها المعلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة العربية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 541-5555 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصي (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي لتحديث السجل باللغة التي تفضلها. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك على تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال "بمدير الحالة" لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا واجهت 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 الهاتف النصي (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- وزارة الصحة 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.
- مكتب الحقوق المدنية التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 916-440-7370. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصي، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

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

Debemos informarle acerca de los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda entender. Debemos informarle acerca de sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una forma que sea comprensible para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Nuestro plan cuenta con personal que puede responder a sus preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en español, armenio, camboyano, chino, persa, coreano, ruso, tagalo, vietnamita, árabe y en formatos como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Para solicitar materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



- Usted puede pedir que siempre le enviemos información en el idioma o formato que necesite. Esto se conoce como una solicitud permanente. Realizaremos un seguimiento de su solicitud permanente de modo que usted no necesite hacer solicitudes por separado cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Estado al (800) 541-5555, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8.00 a. m. a 5.00 p. m., hora local) para actualizar su registro con el idioma que usted prefiere. Para obtener este documento en un formato alternativo, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4627, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m., hora local. Un representante puede ayudarlo a realizar o cambiar una solicitud permanente. También puede comunicarse con su administrador de casos para obtener ayuda con respecto a la solicitud permanente.

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. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 1-855-501-3077. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

## A. May karapatan kayong kumuha ng impormasyon sa paraang matutugunan ang inyong mga pangangailangan

Dapat naming ipaalang sa inyo ang mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paraang inyong mauunawaan. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan sa bawat taon na kayo ay miyembro ng aming plano.

- Upang kumuha ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tumawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga taong makasasagot sa mga tanong sa iba't ibang wika.
- Makakapagbigay rin sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa wikang Espanyol, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, Arabe at sa mga format gaya ng malaking print, braille, o audio. Upang gumawa ng pangmatagalang kahilingang makuha ang mga materyales sa isang wikang hindi Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes - Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras.
- Maaari ninyong hilingin na ipadala namin palagi sa inyo ang impormasyon sa wika o format na gusto ninyo. Tinatawag itong palagiang kahilingan. Susubaybayan namin ang inyong palagiang kahilingan para hindi na ninyo kailanganing gumawa ng mga hiwalay na kahilingan sa bawat pagkakataong may ipadala kaming impormasyon sa inyo. Upang makakuha ng dokumentong ito sa ibang wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Estado sa (800) 541-5555, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 5 p.m., lokal na oras upang ma-update ang inyong rekord sa gustong wika. Upang makakuha ng dokumentong ito sa alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (855) 665-4627, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m., lokal na oras. Matutulungan kayo ng isang kinatawang gawin o baguhin ang palagiang kahilingan. Maaari din kayong makipag-ugnayan sa inyong Tagapamahala ng Kaso para sa tulong sa mga palagiang kahilingan.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



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). Matatawagan ninyo ito 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Maaari din kayong maghain ng reklamo sa Medi-Cal sa pamamagitan ng pagtawag sa Cal MediConnect Ombudsman sa 1-855-501-3077. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 711.

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

Chúng tôi 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 Dịch vụ Thành viên. Nhân viên trong chương trình của chúng tôi có thể trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Ả Rập và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để đưa ra yêu cầu nhận tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải là tiếng Anh hoặc ở định dạng khác hiện giờ hoặc trong tương lai, vui lòng liên hệ với Dịch vụ Thành viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ Hai - Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương.
- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi thông tin bằng ngôn ngữ hoặc ở định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu cụ thể. Chúng tôi sẽ luôn theo dõi yêu cầu cụ thể của quý vị. Như vậy, quý vị sẽ không cần tạo yêu cầu riêng mỗi lần chúng tôi gửi thông tin cho quý vị nữa. Để nhận tài liệu này ở một ngôn ngữ khác Tiếng Anh, vui lòng liên hệ với Tiểu Bang theo số (800) 541-5555, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, từ 8 giờ sáng đến 5 giờ chiều, giờ địa phương để cập nhật hồ sơ của quý vị bằng ngôn ngữ ưu tiên. Để nhận tài liệu này ở định dạng khác, vui lòng liên hệ với Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số (855) 665-4627, TTY: 711, Thứ 2 – Thứ 6, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Nhân viên đại diện có thể giúp quý vị tạo hoặc thay đổi yêu cầu cụ thể. Quý vị cũng có thể liên hệ với Người Phụ Trách Hồ Sơ để được trợ giúp về yêu cầu cụ thể.

Nếu quý vị gặp rắc rối về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do vấn đề về ngôn ngữ hoặc khuyết tật và muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ/ngày, 7 ngày/tuần. Người dùng TTY vui lòng gọi số 2048-486-877-1. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 1-855-501-3077. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

### . 본인의 필요를 충족하는 방식으로 정보를 얻을 권리

당사는 회원님이 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 회원님의 권리를 설명해야 합니다. 당사에는 플랜 가입 기간 중 매년 회원님의 권리에 대해 회원님께 안내해야 할 의무가 있습니다.

- 회원님께서 이해할 수 있는 방식으로 정보를 제공 받으려면 회원 서비스에 전화하십시오. 본 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답해 드릴 수 있는 직원이 있습니다.
- 본 플랜에서는 또한 스페인어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 아랍어로 된 자료와 큰 활자, 점자 또는 음성 자료를 제공해

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



드릴 수 있습니다. 현재나 향후에 영어 이외의 언어로 된 문서 또는 다른 형식의 문서를 요청하시려면 (855) 665-4627, TTY: 711, 월요일~금요일, 현지 시간으로 오전 8시~오후 8시에. 회원 서비스로 연락하십시오.

- 항상 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내 달라고 요청할 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. 당사는 정보를 전송할 때마다 귀하가 별도의 요청을 할 필요가 없도록 귀하의 상시 요청을 계속 추적합니다. 이 문서를 영어 이외의 언어본으로 받으시려면 (800) 541-5555 (TTY: 711) 번으로 월요일~금요일, 오전 8시~오후 5시(현지 시간)에 주 정부에 연락하여 원하는 언어로 기록을 업데이트하시기 바랍니다. 이 문서를 다른 형식으로 받으시려면 회원 서비스에 (855) 665-4627(TTY: 711, 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)로 연락해서 최신 의약품 목록을 확인합니다. 담당자가 귀하의 상시 요청 신청 또는 변경을 도와드립니다. 케이스 관리자에게 문의하여 상시 요청에 대한 도움을 받을 수도 있습니다.

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 얻는 데 어려움이 있으셔서 불만을 제기하고자 하시는 경우 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화해 주십시오. 상담 전화는 하루 24시간, 연중무휴 운영됩니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 1-855-501-3077번으로 전화하십시오. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.

## A. Вы имеете право получать информацию любым удобным вам способом

Мы должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках плана и ваших правах понятным для вас способом. 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 в отдел обслуживания участников. В рамках нашего плана работают специалисты, которые могут предоставить информацию на различных языках.
- Материалы по нашему плану также доступны на испанском, армянском, камбоджийском, китайском, фарси, корейском, русском, тагальском, вьетнамском, арабском языках и в разных форматах, включая крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиоформат. Чтобы подать запрос о предоставлении вам материалов на языке, отличном от английского, или в другом формате (в данный момент или в будущем), свяжитесь с отделом обслуживания участников по телефону (855) 665-4627, номер TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 20:00 по местному времени.
- Вы можете попросить о том, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на выбранном языке или в нужном формате. Это называется «постоянный запрос». Мы внесем такой постоянный запрос в систему, и вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы будем направлять вам информацию. Чтобы получить данный документ на языке, отличном от английского, позвоните по тел. (800) 541-5555, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 08:00 до 17:00 по местному времени, и попросите внести в свою карту предпочитаемый язык. Чтобы получить данный документ в другом формате, обратитесь в отдел обслуживания участников по тел. (855) 665-4627, TTY: 711, с понедельника по пятницу, с 8:00 до 20:00 по местному времени. Представитель компании поможет создать или изменить постоянный запрос. Также за помощью в работе с постоянными запросами вы можете обращаться к координатору медицинских услуг.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



Если у вас возникнут трудности при получении информации от сотрудников нашего плана из-за языковых проблем или нарушения здоровья и вы захотите подать жалобу, позвоните в Medicare по телефону: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Вы можете звонить круглосуточно в любой день недели. Телефон для пользователей телетайпа (TTY): 1-877-486-2048. Подать жалобу на Medi-Cal можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер TTY для лиц с нарушениями слуха: 711.

## • 您有權以滿足您需求的方式獲得資訊

我們必須以您可以理解的方式，告知您有關計劃福利和您的權利的資訊。我們必須每年告知您，關於您在我們的計劃中擁有的權利。

- 如果您想以自己能夠理解的方式獲得資訊，請致電會員服務部。我們計劃內的人員可以用不同語言回答您的問題。
- 我們的計劃也可以為您提供西班牙文、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯文、韓文、俄文、塔加洛語、越南文和阿拉伯文版本的資料，以及大字體、點字或音訊格式。如果要求現在和以後接收非英文版本或其他格式的資料，請致電會員服務部 (855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8 點至晚上 8 點（當地時間）。
- 我們提供您所需語言或格式版本的資訊，歡迎隨時索取。此為長期要求。我們會持續追蹤您的長期要求，這樣您就無需每次在寄送資訊時另外提出要求。如需此文件的非英文版本，請致電聯絡州辦公室，電話：(800) 541-5555，TTY：711，週一至週五上午 8:00 至下午 5:00（當地時間），以更新您偏好語言的記錄。如需此文件的其他版本，請致電聯絡會員服務部，電話：(855) 665-4627，TTY：711，服務時間為：週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00（當地時間）。會有代表人員協助您提出長期要求或進行變更。您也可以聯絡案例經理，取得長期要求的相關協助。

如果您由於語言問題或殘障而無法獲得我們計劃的相關資訊，並且您想要提出上訴，請致電 Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。我們 24 小時全天候接聽您的電話。TTY 使用者應致電 1-877-486-2048。您還可以透過以下方式向 Medi-Cal 提出投訴：致電 Cal MediConnect Ombudsman，電話號碼為 <1-8553077-501-。 TTY 使用者請撥 711.>

## أ- حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْمَعْلُومَاتِ بِطَرِيقَةٍ تَلْبِي أحتياجاتك

يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخططنا.

- يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والتواصل بقسم خدمات الأعضاء، فخطتنا تضم أفرادًا بمقدورهم الإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة
- كما يمكن أن توفر لك خطتنا المواد باللغات الإسبانية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والتاغالوغية والفيتنامية والعربية وبتنسيقات مثل المطبوعات الكبيرة أو طريقة برايل أو بالتنسيق الصوتي. لتقديم طلب دائم للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 4627-665، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائمًا باللغة أو بالتنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلبًا مستمرًا. وسوف نتبع طلبك المستمر لذا فإنك ال 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 (800) 555-541، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الاثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً حسب التوقيت المحلي (لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 4627-665، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الاثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.> ويمكن لأحد المندوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

إذا واجهت صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات تتعلق باللغة أو إعاقة ما وتود تقديم شكوى بهذا الشأن، فالرجاء الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. كما يمكنك التقدم بشكواك إلى برنامج Medi-Cal عن طريق الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman على الرقم 1-855-501-3077. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصية، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

A. **سيرة بسلامة مريضتي قد لا تكون متوافقة مع احتياجاتي**

يتم توفير الرعاية الصحية لك من قبل مقدمي الخدمات الصحية الذين يعملون في مجال طبي معين. قد لا تكون سيرة بسلامة مريضتي متوافقة مع احتياجاتي. إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فراجع قسم الرعاية الصحية الخاص بك.

- سيرة بسلامة مريضتي قد لا تكون متوافقة مع احتياجاتي. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك.
- قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك.
- قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك.
- قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك.

تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك. قد تحتاج إلى تغيير مقدمي الخدمات الصحية أو تغيير خطط الرعاية الصحية الخاصة بك.



**أ. حق شما برای دریافت اطلاعات به گونه‌ای که مطابق با نیازهای شما باشد**

باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. باید هر سالی که عضو طرح ما هستید، حقوق مربوطه را به شما خاطر نشان کنیم.

- جهت دریافت اطلاعات به گونه‌ای که برای شما قابل درک باشد، با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما افرادی در اختیار دارد که به سؤالات به زبان‌های مختلف پاسخ می‌دهند.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌های اسپانیایی، ارمنی، کامبوج، چینی، فارسی، کره ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی، عربی و در قالب‌هایی مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. جهت دریافت مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا یک قالب دیگر در حال حاضر یا در آینده، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی تماس بگیرید.
- می‌توانید درخواست کنید که ما همیشه اطلاعات را به زبان یا قالبی که نیاز دارید برای شما ارسال کنیم. به این امر درخواست دائمی گفته می‌شود. ما درخواست دائمی شما را ثبت می‌کنیم تا لازم نباشد که برای هر بار ارسال اطلاعات به طور جداگانه درخواست کنید. جهت دریافت این نوشتار به زبانی به غیر از انگلیسی، لطفاً با ایالت به شماره 541-5555 (800)، TTY: 711، دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 5 شب به وقت محلی به منظور به روز رسانی پرونده خود به زبان دلخواه تماس بگیرید. جهت دریافت این نوشتار در قالب متفاوت، لطفاً با بخش خدمات اعضا به شماره TTY: 711، 665-4627 (855)، دوشنبه الی جمعه از 8 صبح تا 8 شب به وقت محلی. یک نماینده می‌تواند به شما در ایجاد یا تغییر درخواست دائمی کمک کند. همچنین می‌توانید با مدیر پرونده خود برای دریافت کمک و راهنمایی در مورد درخواست های دائمی تماس بگیرید.

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات در مورد طرح درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را اقامه کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. همچنین می‌توانید توسط تماس با Cal MediConnect Ombudsman به شماره 1-855-501-3077، شکایتی را تسلیم کنید. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.

**A. Ի՞նչ իրավունք ունե՞ք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին**

Մենք պարտավոր ենք հայտնել ձեզ պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին այն ձևով, որն ընկալելի է ձեզ համար: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ դուք գտնվում եք մեր պլանում:

- Ձեզ համար ընկալելի եղանակով տեղեկություն ստանալու համար, զանգահարե՛ք Մասնակիցների սպասարկման բաժին: Մեր պլանում կան մասնագետներ, ովքեր կարող են պատասխանել հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մեր պլանը կարող է նաև տրամադրել նյութեր իսպաներեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, ֆարսի, կորեերեն, ռուսերեն, քաղալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոշոր տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մտտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:
- Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մտտական դիմում ներկայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ <include-if> (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



- **կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով:**  
Դա կոչվում է մետական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մետական պահանջին, այնպես որ ձեզ անհրաժեշտ չլինի առանձին հայցեր ներկայացնել յուրաքանչյուր անգամ, երբ մենք ձեզ տեղեկատվություն ենք ուղարկում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուսաբարից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով՝ ձեր գրասենյակում: Այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի այլ լեզվով ստանալու համար դիմեք Պետությանը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուսաբարից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մետական պահանջը: Դուք կարող եք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մետական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Եթե լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաճախումների պատճառով դժվարանում եք մեր պլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, գանգահարեք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք գանգահարել շուրջօրյա, շաբաթը յուր օր: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող եք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ գանգահարելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է գանգահարեն 711:

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

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على الرعاية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

أنت تتمتع بحقوق العضوية بصفقتك 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 يؤديون دور مقدم الرعاية الأولية (PCP) وكيفية اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) في **الفصل 3 من دليل الأعضاء.**
  - تفضل بالاتصال بخدمات الأعضاء أو البحث في **دليل الصيدليات ومقدمي الرعاية** لمعرفة المزيد عن مقدمي الرعاية التابعين للشبكة ولمعرفة الأطباء الذين لديهم سعة لاستقبال مزيد من المرضى.
- **يحق للنساء التعامل مع أي من اختصاصي الصحة النسائية من دون الحاجة إلى الإحالة.** والإحالة هي موافقة يقدمها مقدم الرعاية الأولية (PCP) للتعامل مع مقدم رعاية آخر غيره.
- **يحق لك الحصول على الخدمات التي يوفرها مقدمو الرعاية بالشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.**
  - يشمل ذلك الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من جانب 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.
- **يحق لك صرف الأدوية الموصوفة طبيًا من أي صيدلية تابعة للشبكة دون تأخير ممتد.**
- **يحق لك معرفة مواعيد استخدام مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة.** للتعرف على موفري الخدمات من خارج الشبكة، راجع **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، راجع **الفصل 1 من دليل الأعضاء.**
- **لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بمساعدة فريق الرعاية ومدير الحالة.**

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) بـ 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. **للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)**



تجد في **الفصل 9** من دليل الأعضاء الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا ظننت 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 واعترضت أنت على القرار.

## ج. مسؤوليتنا عن حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

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

تشمل المعلومات الصحية الشخصية (PHI) المعلومات التي قَدِّمتها 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 (PHI). ونقدّم إليك إشعارًا مكتوبًا يوضح هذه الحقوق ويفسر كيفية حمايتنا خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI). ويُسمّى هذا الإشعار باسم "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. وستوجه 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 ستوجهها باسم العضو الموضح في العنوان أو رقم الهاتف المُسجّل 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 المطلوبين إذا كان من السهل استخدامهما، أو ستستخدم المواقع البديلة لهذه المراسلات. ويكون طلب العضو بالمراسلات السرية للخدمات الحساسة ساريًا إلى أن يلغي العضو الطلب أو يقدم طلبًا جديدًا بالمراسلات السرية.

### ج1. كيفية حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الخاصة بك

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

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نتيج المعلومات الصحية الشخصية (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 الشخصية (PHI) للوكالات الحكومية المعنية بالتحقق من جودة الرعاية التي توفرها خطتنا.
- يجب أن نكشف عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) بموجب الأحكام القضائية.
- يجب أن نكشف عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لبرنامج Medicare. إذا كشف برنامج Medicare عن PHI (المعلومات الصحية الشخصية) لأغراض البحثية أو لأغراض الاستخدام الأخرى، فإنه يكشف عنها وفق القوانين الفيدرالية.

### ج2. 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 طلبت ذلك مئًا، فإننا نتعاون مع مقدم الرعاية الصحية الذي نتعامل معه لتحديد ما إذا كان ينبغي إدخال التغييرات.
- لديك الحق في معرفة ما إذا كنا نشارك المعلومات الصحية الشخصية (PHI) مع الآخرين وكيفية مشاركتنا إياها.

إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف حول خصوصية وسرية المعلومات الصحية الشخصية (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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

إن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) تعني المعلومات الصحية المحمية. تشمل 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 الشخصية (PHI) الخاصة بك.

لماذا تستخدم شركة Molina المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لأعضائنا أو تشاركها؟

- 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
- لتعديل 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 Molina الشركة سياسات وقواعد لحماية المعلومات الصحية المحمية.
- وتضع 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 الخاصة بنا. 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 شكاوىك بالاتصال أو المراسلة.
- إرسال شكوى إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.

ولن نتخذ أي إجراء ضدك. فلن نغير دعوائك ما نقدمه لك من خدمات الرعاية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ما سبق كان مجرد ملخص. ويشتمل إشعار ممارسات الخصوصية على مزيد من المعلومات عن كيفية استخدامنا المعلومات الصحية الشخصية (PHI) لأعضائنا ومشاركتها. وتجد هذا الإشعار في القسم التالي من دليل الأعضاء. ويمكن أن تجده على موقعنا الإلكتروني على العنوان [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com). كما يمكنك الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية لدينا عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855) طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً **local time**. لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

### إشعار ممارسات الخصوصية

## شركة MOLINA HEALTHCARE OF CALIFORNIA

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 (المُشار إليها باسم "Molina Healthcare" أو "Molina" أو "نحن" أو "ما يعود عليها من الضمان الأخرى") المعلومات الصحية المحمية وتشاركها لتقديم المزايا الصحية إليك بصفقتك عضوًا في خطة Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP). فنحن نستخدم تلك المعلومات وننقلها 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.

إن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) تعني 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 وننقلها 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 حول 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 نتيجها. 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 بياناتك 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؛

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) برقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- تلبية احتياجات الأعضاء بما في ذلك إيجاد الحلول للشكاوى والتظلمات.

سنشارك المعلومات الصحية الشخصية (PHI) مع الشركات الأخرى (المشار إليها باسم "شركاء الأعمال") التي تمارس مختلف أنواع الأنشطة التي تنطوي عليها خطة الرعاية الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية لتذكيرك بمواعيد زيارتك 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 مسبقاً 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 طبقاً لما يُلزمنا به القانون. سوف نقوم باستخدام ومشاركة معلوماتك الصحية المحمية متى كان ذلك إلزاماً 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 إلزاماً 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 يطل 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



**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. يتعين على شركة Molina الحصول على إذن منك قبل الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) للأغراض الآتية: (1) معظم الاستخدامات والإفصاحات المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي، و(2) الاستخدامات والإفصاحات المتعلقة بأغراض التسويق، و(3) الاستخدامات والإفصاحات المتعلقة ببيع المعلومات الصحية الشخصية (PHI). يجوز لك إلغاء موافقتك التي منحنا إياها سابقاً. ولن يسري ذلك الإلغاء على الإجراءات التي خولتنا باتخاذها بموجب موافقتك التي منحنا 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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم الطلب.

**• طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية من خلال الاتصالات السرية**

يجوز لك أن تطلب من شركة Molina اطلاعك على بياناتك الصحية الشخصية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية تلك البيانات. وستتابع طلبات المراسلات السرية المعقولة لتوفير PHI (المعلومات الصحية الشخصية) بالتنسيق والصيغة المحددين إذا كان من السهل استخدامهما، أو سنستخدم المواقع البديلة لهذه المراسلات. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً أو عن طريق الإرسال الإلكتروني.

**مراجعة معلوماتك الصحية المحمية والحصول على نسخة منها**

يقع 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 كتابياً. ويمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم الطلب. ويجوز لنا أن نفرض عليك رسوماً مناسبة في مقابل نسخ هذه السجلات وإرسالها عن طريق البريد. كما يجوز لنا أن نرفض طلبك في حالات معينة. ملحوظة مهمة: ليست لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. فإذا كنت ترغب في الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو إدخال أي تعديلات عليها، فيرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.

**تعديل معلوماتك الصحية المحمية**

يجوز لك أن نتقدم إلينا بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية. ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. ويمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم الطلب. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

**تلقَ كشف بعمليات الإفصاح عن بياناتك الصحية الشخصية (PHI) (تبادل بياناتك الصحية الشخصية (PHI))**

يجوز لك أن تطلب منا أن نعطيك قائمة بالأطراف التي تبادلنا معها معلوماتك الصحية المحمية خلال السنوات الستة السابقة على تاريخ تقديم هذا الطلب. على ألا تشمل 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
- التبادلات المقصورة على مجموعة بيانات محدودة التي تُجرى وفق القانون المعمول به.
- الإفصاحات عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) التي تُجرى لمصلحة الأمن القومي أو للأغراض الاستخباراتية.

سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسوماً مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال مدة 12 شهراً. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. ويمكنك استخدام نموذج شركة Molina للطلب.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. يرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء شركة Molina على الرقم (855) 665-4627، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً local time. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، 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.

كما يحق لك التقدم بشكواك إلينا على العنوان التالي:

شركة Molina Healthcare of California

عناية: مدير قسم خدمات الأعضاء

Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802 200

الهاتف: (855) 665-4627، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً local time. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

يمكنك تقديم الشكوى إلى وزير وزارة الصحة والخدمات البشرية (Department of Health and Human Services) في الولايات المتحدة على العنوان الآتي:

وزارة Department of Health & Human Services

Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations

.Independence Ave., S.W 200

Suite 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

(800) 368-1019، أو (800) 537-7697 (أجهزة الاتصالات الكتابية للصم والبكم)،

(202) 619-3818 (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:

هاتفياً:

قسم خدمات أعضاء شركة Molina

(855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً بالتوقيت المحلي.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



كتابيًا:

شركة Molina Healthcare of California  
:Attention  
التظلمات والشكاوى الخاصة ببرنامج Medicare  
P.O. Box 22816  
Long Beach, CA 90801

هذه المعلومات متاحة مجانًا بلغات أخرى. يرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت 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.

## د. 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 أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية. وللحصول على خدمة الترجمة الفورية، ما عليك سوى الاتصال على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. وهذه خدمة مجانية نوفرها لك. كما يمكننا أن نوفر لك المواد المكتوبة و/أو المعلومات بالإسبانية والألمانية والعربية والفيتنامية ولغة الخمر والصينية والروسية والفارسية والتاغالوغية والكورية. كما يمكن أن نوفر لكم المعلومات كذلك بطريقة برايل أو في شكل مطبوعات كبيرة أو بتنسيق صوتي. لتقديم طلب مستمر 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، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 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 يقدمها 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
- عن الخدمات والأدوية المشمولة بالخطة والقواعد الواجب اتباعها، بما في ذلك:
  - الخدمات (راجع الفصلين 3 و4 من دليل الأعضاء) والأدوية (راجع الفصلين 5 و6 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 (راجع 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 استلمتها

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## ه. عدم تحويل موفري الخدمات في الشبكة الحق في تحميلك الفاتورة 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 موفري الخدمات في الشبكة على تحميلك الرسوم مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية.

## و. حَقِّكَ فِي مَغَادِرَةِ خَطِّنَا

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 Medicare Advantage الأخرى.
- راجع الفصل 10 من دليل الأعضاء للأعراض الآتية:
  - الحصول على مزيد من المعلومات عن الوقت الذي يمكنك فيه الانضمام إلى أي من خطط Medicare Advantage أو خطط مزايا الأدوية الموصوفة.
  - الحصول على المعلومات عن كيفية الحصول على مزايا برنامج Medi-Cal إذا غادرت خطتنا.

## ز. حَقِّكَ فِي اتِّخَاذِ الْقَرَارَاتِ الْمَتَعَلِّقَةِ بِالرَّعَايَةِ الصَّحِيَّةِ

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية لتساعدك على الحصول على اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها.

### 1. حَقِّكَ فِي مَعْرِفَةِ خِيَارَاتِ الْعِلَاجِ الْمَتَاحَةِ لَكَ وَاتِّخَاذِ الْقَرَارَاتِ

- يتعين على مقدمي رعايتك تفسير وضعك الصحي وخيارات العلاج المتاحة لك بما يتيسر عليك فهمه. لك الحق في:
- اعرف خياراتك. تحقق لك معرفة خيارات العلاج المختلفة المتاحة لك.
- تعرف على المخاطر. يحق لك الاطلاع على المخاطر التي قد تتعرض إليها. ويتعين علينا أن نخبرك مقدماً بما إذا كانت الخدمة أو العلاج يشكل جزءاً من أي من التجارب البحثية. ويحق لك رفض المشاركة في التجارب العلاجية.
- للحصول على رأي آخر. يحق لك التعامل مع طبيب آخر قبل اتخاذ أي قرار بشأن العلاج.
- يمكنك الرفض. يحق لك رفض تلقّي أي علاج. ويشمل ذلك الحق ترك المستشفى أو أي منشأة طبية حتى إذا نصح الأطباء بغير ذلك. كما يحق لك التوقف عن تلقّي الدواء الموصوف. وإذا رفضت العلاج أو توقفت عن تلقّي 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.
- مطالبتنا بتوضيح سبب رفض مقدم الرعاية لتقديم الخدمة. 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.

### 2. حَقِّكَ فِي التَّحَدُّثِ عَمَّا تَرُغِبُ فِي حَدُوثِهِ

لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) مجاناً على الرقم 665-4627 (855)، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. إذا كنت مصاباً بالصمم أو ضعف السمع، فيمكنك الاتصال بالرقم المخصص لمستخدمي أجهزة الهاتف النصيبة (TTY)، وهو 711، لاستخدام خدمة California Relay Service.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

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 أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك، وهذا يشمل الرعاية التي لا تريد أن تتلقاها.
- تُعرّف الوثيقة القانونية التي تستخدمها لتقديم التوجيهات باسم "التوجيه السابق". وتوجد أنواع مختلفة من التوجيهات السابقة بأسماء مختلفة. ومنها على سبيل المثال وصية الحياة وتوكيل الرعاية الصحية.
- لا يُطلب منك تقديم التوجيه السابق، لكن بإمكانك ذلك. وإليك الخطوات اللازم اتخاذها إذا أردت تقديم التوجيه السابق:

- **احصل 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.
- **املأ النموذج ووقعه.** 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.
- **وَقَرِّ نسخًا من النموذج للأشخاص الذين تلزمهم معرفته.** يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج لطبيبك. كما ينبغي لك توفير نسخة للشخص الذي تعينه 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، فأحضر نسخة معك إلى المستشفى.
  - سنتلقى استفسارات في المستشفى عمَّا 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 عمَّا إذا كنت تود توقيع أي منها.

لك الحق في:

- الاحتفاظ بالتوجيه السابق الذي توقَّعه ضمن سجلاتك الطبية.
- تغيير التوجيه السابق الذي توقَّعه 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.
- اختيار استخدام التوجيه السابق يعود إليك. ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

### 3. 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. يمكنك الاتصال ببرنامج Ombuds على رقم 1-855-501-3077. هذه المكالمات مجانية.

الهاتف النصي: 1-855-847-7914. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.

المراسلة عبر البريد: Department of Health Care Services

Capitol Avenue 1501

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

الموقع الإلكتروني: <https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOOfficeoftheOmbudsman.aspx>

### ح. حَقِّك في تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي نُصدرها

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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

يحق لك الحصول على معلومات عن التظلمات والشكاوى التي قمتها أعضاء الخطة الآخرون ضدنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

### 1. الإجراءات التي يلزمك اتخاذها بشأن المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا رأيت أننا عاملناك معاملة غير عادلة وكان الأمر لا يتعلق بالتمييز للأسباب المذكورة في الفصل 11 من دليل الأعضاء أو إذا أردت معرفة مزيد من المعلومات عن حقوقك، فيمكنك الاتصال بالجهات الآتية:

- قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.
- برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
  - مزيد من التفاصيل حول برنامج HICAP، راجع الفصل 2.
  - مقاطعة Los Angeles: 383-4519 (213)
  - مقاطعة San Diego: 565-8772 (858)
  - مقاطعة Imperial: 353-0223 (760)
  - مقاطعتا Riverside و San Bernardino: 256-8369 (909)
- برنامج Ombudsman على الرقم 1-888-452-8609. ولمزيد من المعلومات عن هذا البرنامج وكيفية الاتصال به، راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء.
- 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 الهاتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. (كما يمكنك قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" الموجود على الموقع الإلكتروني لـ Medicare على هذا الرابط [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf](http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

### ط. 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. لمعرفة التفاصيل حول:
  - الخدمات المشمولة بالتغطية، راجع الفصلين 3 و4 من دليل الأعضاء. حيث يوضح لك هذان الفصلان ما تشمله التغطية وما لا تشمله، والقواعد الواجب عليك اتباعها، والتكاليف التي تدفعها.
  - الأدوية المشمولة بالتغطية، راجع الفصلين 5 و6 من دليل الأعضاء.
- اطلعنا على تغطية طبية أو دوائية أخرى تتمتع بها. حيث يتعين علينا أن نضمن أنك تستفيد من كل خيارات التغطية عندما تتلقى الرعاية الصحية. لذا اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت تحصل على تغطية أخرى.
- أخبر الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك عضو في خطتنا. وأظهر بطاقة معرف الخطة الخاصة بك عند الحصول على أي خدمات أو أدوية.
- ساعد أطباءك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية أن يقدموا لك أفضل رعاية.
  - أطلعهم على المعلومات التي يحتاجون إلى معرفتها عنك وعن حالتك الصحية. وتعرف قدر المستطاع على مشكلاتك الصحية. واتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها مع مقدمي الرعاية.
  - تأكد من أن الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين على دراية بكل الأدوية التي تتلقاها. 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 طرحت سؤالاً ولم تستوعب إجابته، فأعد طرحه مرة أخرى.
- تعاون مع مدير الحالة، وهذا يشمل التعاون معه على إكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.
- تحل بالتجاوب والتفهم. نحن نتوقع من كل أعضاء الخطة احترام حقوق الغير. ونتوقع منك كذلك أن تتصرف باحترام في عيادة الطبيب والمستشفيات، وعند التعامل مع مقدمي الرعاية الآخرين.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- أخبرنا بأي خدمات تحصل عليها خارج نطاق خطتنا.
- التزم بدفع 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.
- أخبرنا عند الانتقال من عنوانك. إذا كنت تخطط للانتقال من عنوانك، فأخبرنا بذلك على الفور. الاتصال بخدمات الأعضاء.
  - إذا انتقلت إلى خارج المنطقة التي نوفر فيها خدمتنا، فلا يمكنك البقاء مسجلًا 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.
  - أخبر برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال. راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء لمعرفة الأرقام الهاتفية لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
  - إذا انتقلت 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.
- أخبرنا إذا أصبح لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة أو شواغل.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## الفصل 9: الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، التظلمات، 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 اتخذت الخطة قرارًا بعدم دفع تكلفته.
  - لا توافق على قرار اتخذته الخطة بشأن الرعاية التي تتلقاها.
  - تعتقد بسرعة نفاذ ما تكفله الخطة من خدمات.
  - تواجه 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 بشأن الرعاية التي تتلقاها، فيمكنك الاتصال ببرنامج Ombuds على الرقم **1-888-452-8609** للحصول على 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، راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء.



## جدول المحتويات

أ. الخطوات الواجب اتباعها إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف.....	150
أ1. عن المصطلحات القانونية.....	150
ب. الجهات التي تلجأ إليها للحصول على المساعدة.....	150
ب1. الخطوات التي تتخذها للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة.....	150
ج. فهم الشكاوى والتظلمات المتعلقة ببرنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا.....	151
د. المشكلات المتعلقة بالمزايا التي تحصل عليها.....	151
هـ. قرارات التغطية والتظلمات.....	152
هـ1. قرارات التغطية.....	152
هـ2. التظلمات.....	152
هـ3. الحصول على المساعدة بشأن قرارات التغطية والتظلمات.....	153
هـ4. القسم الذي يمكن أن يساعدك في هذا الفصل.....	153
و. الرعاية الطبية.....	154
و1. استخدام هذا القسم.....	154
و2. طلب قرار تغطية.....	154
و3. تقديم تظلم المستوى 1.....	156
و4. تقديم تظلم المستوى 2.....	158
و5. مشكلات السداد.....	162
ز. الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء D من برنامج Medicare.....	163
ز1. القرارات والتظلمات المتعلقة بتغطية الجزء D.....	163
ز2. استثناءات الجزء D.....	164
ز3. معلومات مهمة تجب معرفتها بشأن المطالبة بتطبيق الاستثناء.....	165
ز4. المطالبة بإصدار قرار التغطية شاملاً تطبيق الاستثناء.....	165
ز5. تقديم تظلم المستوى 1.....	167
ز6. تقديم تظلم المستوى 2.....	168
ح. المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى.....	169
ح1. تعرف على حقوقك في برنامج Medicare.....	169
ح2. تقديم تظلم المستوى 1.....	170
ح3. تقديم تظلم المستوى 2.....	172
ح4. تقديم تظلم المستوى 1 البديل.....	172
ح5. تقديم تظلم المستوى 2 البديل.....	173
ط. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية.....	173
ط1. الإشعار السابق الذي نرسله قبل انتهاء فترة التغطية.....	174
ط2. تقديم تظلم المستوى 1.....	174
ط3. تقديم تظلم المستوى 2.....	175
ط4. تقديم تظلم المستوى 1 البديل.....	176
ط5. تقديم تظلم المستوى 2 البديل.....	177



- 177 ..... ي. المضي في التظلم بما يتجاوز المستوى 2.....
- 177 ..... ي1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare .....
- 178 ..... ي2. التظلمات الإضافية في برنامج Medi-Cal.....
- 179 ..... ي3. تظلمات المستويات 3 و4 و5 بشأن طلبات الأدوية الواردة في الجزء D.....
- 180 ..... ك. كيف يُمكنك التقدم بشكوى.....
- 180 ..... ك1. أنواع المشكلات التي يتعين تقديم الشكاوى بشأنها.....
- 181 ..... ك2. الشكاوى الداخلية.....
- 182 ..... ك3. الشكاوى الخارجية.....



**أ. 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 تُعرّف كذلك باسم المظالم. ولضمان الإنصاف والسرعة، فإن كل عملية تنطوي على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا وعليك الالتزام بها.

**1.أ****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 الشكاوى" بدلاً من "تقديم مظلمة"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تقرير المنظمة" أو "تقرير المزاياء" أو "التقرير المحفوف بالخطر" أو "تقرير التغطية"
- "قرار التغطية السريع" بدلاً من "التقرير العاجل"
- "منظمة 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.

**ب. الجهات التي تلجأ إليها للحصول على المساعدة****1.ب. 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 استشاريين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج HICAP هو 1-800-434-0222.

**الحصول على مساعدة شراكة Health Consumer Alliance**

يمكنك الاتصال بشراكة Health Consumer Alliance والتحدث إلى أحد مقدّمي الدعم والاستفسار منه عن التغطية الصحية التي تحصل عليها. كما تقدم الشراكة المساعدة القانونية مجانًا. ولا ترتبط شراكة Health Consumer Alliance بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفها هو 1-888-804-3536 وموقعها الإلكتروني هو [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org).

**الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare**

للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare. يوجد طريقتان للحصول على المساعدة من برنامج Medicare:

- الاتصال ببرنامج Medicare 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medi-Cal**

اتصل على الرقم 449-5000 (916)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً حسب التوقيت المحلي.

TTY: 711

**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. حيث يمكنه مساعدتك إذا واجهتك مشكلات في التسجيل في أي من خطط الرعاية الصحية أو تغييرها أو مغادرتها. كما يمكنه مساعدتك إذا انتقلت للعيش في مقاطعة أخرى وواجهتك مشكلة في الاحتفاظ بعضويتك في برنامج Medi-Cal وأنت في المقاطعة الجديدة. يمكنك الاتصال بمكتب المظالم من الاثنين إلى الجمعة في الفترة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 بعد الظهر. على الرقم 1-888-452-8609.

**الحصول على مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) في ولاية California.**

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) في ولاية California للحصول على المساعدة المجانية. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. وتساعد إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) الأشخاص بشأن التظلمات المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. ورقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة سمعياً أو ممن يعانون صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي أجهزة الاتصال للصم والبكم، وهو 1-877-688-9891.

تعد The California Department of Managed Health Care مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك شكوى ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك على الرقم 665 (855)-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 08:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً حسب التوقيت المحلي، ويمكنك استخدام عملية الشكاوى المتعلقة بخطة الرعاية الصحية 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 مرضٍ من جانب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو بشكوى ظلت بدون حل لمدة تزيد عن 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة لطلب المساعدة. ربما تكون مؤهلاً للخضوع لمراجعة طبية مستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للخضوع للمراجعة الطبية المستقلة (IMR)، فستوفر IMR 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 (1-888-HMO-2219) وخطًا هاتفيًا لمستخدمي جهاز الاتصال الخاص بالصم (1-877-688-9891) لتقديم المساعدة للصم والبكم. وتتوفر نماذج لتقديم الشكاوى فضلاً عن التعليمات عبر الإنترنت في موقع الويب الخاص بالإدارة على شبكة الإنترنت <http://www.hmohelp.ca.gov>.

**ج. فهم الشكاوى والتظلمات المتعلقة ببرنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا**

إنك مسجل في Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على كل مزاي Medicare و Medi-Cal الخاصة بك. ويطلق على ذلك أحياناً اسم "العملية المتكاملة" لأنها تدمج أو تجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal.

في بعض الأحيان، قد لا يجوز دمج عمليات كل من Medicare و Medi-Cal. وفي تلك الحالات، تستخدم إحدى العمليات لمزايا Medicare و عملية أخرى لمزايا Medi-Cal. يوضح القسم 4 تلك الحالات.

**د. المشكلات المتعلقة بالمزايا التي تحصل عليها**

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف، فيمكنك قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. ويساعدك الجدول أدناه على الوصول إلى القسم المناسب من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

<b>هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟</b>	
يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية المحددة أو الأدوية الموصوفة مشمولة بالتغطية وطريقة التغطية، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة.	
<b>لا.</b> لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع القسم ك: "كيفية تقديم الشكوى" في الصفحة 186.	<b>نعم.</b> تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع القسم هـ: "قرارات التغطية والتظلمات" في الصفحة 155.

## هـ. قرارات التغطية والتظلمات

تعالج عملية طلب قرار التغطية وتقديم التظلم المشكلات المتعلقة بالمزايا والتغطية التي تحصل عليها. وتشمل تلك العملية أيضًا المشكلات المتعلقة بالدفع.

### هـ-1. 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. وتتخذ قرار التغطية كلما قررنا ما ستشمله التغطية والمبلغ الذي ندفعه. على سبيل المثال، يتخذ طبيب الشبكة الذي تتعامل معه قرار تغطية مناسبًا لحالتك كلما تلقيت رعاية طبية منه أو إذا أحوالك إلى اختصاصي طبي.

يمكنك أنت أو الطبيب كذلك الاتصال بنا وطلب قرار التغطية. كما يمكنك أنت أو الطبيب التأكد مما إذا كنا نوفر تغطية خدمة طبية معينة أو دواء معين.

يمكنك طلب قرار التغطية إذا كان من المحتمل أن نرفض تقديم الرعاية الطبية التي ترى 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.

في بعض الحالات، قد نقرر عدم تغطية الخدمة أو الدواء أو قد نقرر إلغاء التغطية عن طريق برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. وإذا لم تكن موافقًا على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم تظلم.

### هـ-2. التظلمات

إذا اتخذنا قرار التغطية ولم تكن مقتنعًا به، فيمكنك "تقديم تظلم" للطعن في القرار. والتظلم هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره.

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 كنت لا ترغب في تقديم التظلم إلى الخطة أولاً بشأن أي من خدمات برنامج Medi-Cal، أو إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تنطوي على تهديد وشيك يُشكّل خطرًا على صحتك، أو إذا كنت تعاني ألمًا شديدًا وتحتاج إلى أن نصدر قرارًا فوريًا، فيمكن أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المُدارة في California (DMHC) أن تجري مراجعة طبية مستقلة من خلال الموقع الإلكتروني [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). راجع الصفحة 153 للحصول على مزيد من المعلومات.

عند استكمالنا المراجعة، نصدر لك القرار الذي نتخذه. وفي ظل ظروف معينة توضّح لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب "قرار تغطية سريع" أو عاجل أو تقديم تظلم سريع للطعن في قرار التغطية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

إذا رفضنا تظلم المستوى 1 الذي تقدمه بالكامل أو رفضنا جزءاً منه، فيمكنك المضي قدماً في تقديم تظلم المستوى 2. وتتولى منظمة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا إجراءات تظلم المستوى 2.

- في بعض الحالات، تُحال حالتك تلقائياً إلى منظمة المراجعة المستقلة للمضي قدماً في إجراءات تظلم المستوى 2. وسنخبرك إذا حدث هذا.
- في حالات أخرى، يلزمك طلب تقديم تظلم المستوى 2.
- راجع القسم 4 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن تظلم المستوى 2.

إذا لم تكن مقتنعاً بقرار تظلم المستوى 2، فقد تتمكن من المضي قدماً في تقديم التظلمات من المستويات الأخرى.

### 3. الحصول على المساعدة بشأن قرارات التغطية والتظلمات

يمكنك طلب المساعدة من أي من الجهات الآتية:

- قسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي.
- برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
- مركز المساعدة (Help Center) في إدارة الرعاية الصحية المُدارة (DMHC) 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. ورقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة سمعياً أو ممن يعانون صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي أجهزة الاتصال للصم والبكم، وهو 1-877-688-9891.
- الطبيب أو مقدم الرعاية 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 محام، بيد أنه لا يلزمك توكيل محام 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 الاستعانة بأحد المحامين المكلفين بتقديم المساعدة القانونية من شراكة Health Consumer Alliance بالاتصال على الرقم 1-888-804-3536.
- املاً نموذج تعيين الممثل إذا كنت تريد الاستعانة بمحامٍ أو شخص آخر يملكك. حيث يمنح النموذج الشخص الذي تعينه الإذن بالتصرف بالنيابة عنك. اتصل 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](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) أو موقعنا الإلكتروني [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare). ولا بد أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع عليه.

### 4. 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 و: "الرعاية الطبية"
- القسم ز: "الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء D من برنامج Medicare"
- القسم ح: "مطالبتنا بتغطية إقامة طويلة في المستشفى"
- القسم ط: "مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية (ينطبق هذا القسم فقط على الخدمات المتضمنة الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الحادّة، 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## و. الرعاية الطبية

يوضح هذا القسم الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية الرعاية الطبية أو إذا كنت تريد مَنّا أن نرد إليك تكاليف الرعاية التي تتلقاها.

يتناول هذا القسم مزايا الخدمات والرعاية الطبية المُوضَّحة في **الفصل 4** من دليل الأعضاء. ونشير إليها عمومًا باسم "تغطية الرعاية الطبية" أو "الرعاية الطبية" في ما يأتي في هذا القسم. يشمل مصطلح "الرعاية الطبية" المستلزمات والخدمات الطبية وكذلك الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare التي عادةً ما تكون أدوية يصفها الطبيب أو اختصاصي الرعاية الصحية الذي تتعامل معه. 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 B عن قواعد المستلزمات والخدمات الطبية.

### 1. 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.
2. **الخطوات التي يمكنك اتخاذها:** يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية. ويمكنك مراجعة القسم 2.
3. نحن لا نوافق على تغطية الرعاية الطبية التي يريد الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديمها إليك، وترى أنه ينبغي لنا الموافقة عليها.
4. **الخطوات التي يمكنك اتخاذها:** يمكنك تقديم تظلم للطعن في قرارنا. ويمكنك مراجعة القسم 3.
3. أنت تحصل على الرعاية الطبية التي ترى أننا تلزمنا بتغطيتها، لكننا لا ندفع التكلفة.
4. **الخطوات التي يمكنك اتخاذها:** يمكنك تقديم تظلم للطعن في قرارنا بعدم الدفع. ويمكنك مراجعة القسم 5.
4. أنت حصلت على الرعاية الطبية التي رأيت أننا تلزمنا بتغطيتها ودفعت تكلفتها، وتود أن نرد إليك ما دفعته.
5. **الخطوات التي يمكنك اتخاذها:** يمكنك مطالبتنا بأن نرد إليك التكلفة التي دفعتها. ويمكنك مراجعة القسم 5.
5. نحن خفصنا التغطية التي نوقرها لك لتحصل على رعاية طبية معينة أو توقفنا عن توفيرها، وترى أنك أنت أن قرارنا قد يضر بصحتك.
6. أنت تتعرض لحالات من التأخير في الحصول على الرعاية أو لا يمكنك العثور على الطبيب.
4. **الخطوات التي يمكنك اتخاذها:** يمكنك تقديم تظلم للطعن في قرارنا بخفض تغطية الرعاية الطبية أو التوقف عن توفيرها. راجع القسم 4.

- ثمة قواعد خاصة ستسري عليك إذا كانت التغطية تشمل الرعاية في المستشفى، أو الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، 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، استخدم هذا القسم (القسم و) كدليل لك.

## 2. طلب قرار تغطية

في حال كان قرار التغطية ينطوي على الرعاية الطبية، فإنه يُسمى "تقرير المنظمة المتكامل".

يمكنك أنت أو الطبيب أو الممثل مطالبتنا بإصدار قرار التغطية عن طريق الوسائل الآتية:

- اتصل على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي.
- الفاكس: (844) 834-2155.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

• الكتابة: عناية: قسم خدمات الأعضاء في Medicare 200 Oceangate Ste. 100 Long Beach, CA 90802.

سنقرر الموافقات السابقة الروتينية قبل 5 أيام عمل من وقت حصولنا على المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا الطلب.

### قرار التغطية القياسي

عندما نصدر لك القرار، فإننا نتبع المواعيد النهائية "القياسية" ما لم نوافق على اتباع المواعيد النهائية "السريعة". ويعني قرار التغطية القياسي أننا نصدر لك القرار بشأن:

- الخدمات أو المستلزمات الطبية في غضون 5 أيام عمل من تاريخ حصولنا على المعلومات اللازمة لاتخاذ القرار، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا الطلب.
  - أي من الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare خلال 72 ساعة من تلقي الطلب.
- ولمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم ك.

### قرار التغطية السريع

المصطلح القانوني الذي يشير إلى "قرار التغطية السريع" هو "التقرير العاجل".

عند مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية بشأن الرعاية الطبية وتتطلب صحتك أن نوافقك بالرد على وجه السرعة، اطلب منا اتخاذ "قرار التغطية السريع". ويعني قرار التغطية السريع أننا سنوافقك بالرد بشأن:

- أي من الخدمات أو المستلزمات الطبية خلال 72 ساعة من تلقي الطلب.
  - أي من الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare خلال 24 ساعة من تلقي الطلب.
- ولمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم ك. وسنتصل بك حالما نتخذ القرار. لنصدر لك قرار التغطية السريع، يجب أن تفي بالمتطلبات الآتية:

• إذا كنت تطلب الحصول على تغطية الرعاية الطبية التي لم تحصل عليها. (لا يمكنك طلب قرار التغطية السريع بشأن دفع تكاليف الرعاية الطبية التي حصلت عليها بالفعل).

• إذا كان اتباع المواعيد النهائية القياسية قد يلحق ضررًا جسيمًا بصحتك أو قد يضر بقدرتك على العمل.

نصدر لك قرار التغطية السريع تلقائيًا إذا أخبرنا 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 بمتطلبات إصدار قرار التغطية السريع، فإننا سنرسل إليك خطابًا بذلك ونستخدم 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 السريعة" للطعن في قرارنا 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 تقدمه أو رفضناه بالكامل، فإننا نرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب.
- إذا رفضنا، فيحق لك تقديم التظلم. وإذا رأيت أننا أخطأنا بشكل ما، فإن تقديم التظلم هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم التظلم، فستمضي قدمًا في إجراءات تظلم المستوى 1 (راجع القسم و3).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

في ظروف محدودة، قد نرفض طلبك بإصدار قرار التغطية؛ ما يعني أننا لن نراجع الطلب. من أمثلة الحالات التي نرفض فيها الطلب ما يأتي:

- إذا كان الطلب غير مكتمل.
- إذا قدّم شخص ما الطلب بالنيابة عنك وكان غير مخول قانونًا للقيام بذلك.
- إذا طلبت إلغاء الطلب.

إذا رفضنا طلبك بإصدار قرار التغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية مطالبتنا بمراجعة قرار الرفض. وتُعرّف هذه المراجعة باسم التظلم. ويتناول القسم التالي موضوع التظلمات.

### 3. تقديم تظلم المستوى 1

لتبدأ بتقديم التظلم، يتعين عليك أنت أو الطبيب أو الممثل الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. للحصول على تفاصيل إضافية حول كيفية الاتصال بنا بشأن التظلمات، راجع الفصل 2.

يمكنك الاستفسار عن "التظلم القياسي" أو "التظلم السريع". وذلك إما كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي.

- إذا طلب الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء أن تستمر في الحصول على الخدمة أو المستلزم الذي تحصل عليه بالفعل في وقت مراجعة التظلم، فقد يلزمك تعيينه بصفته ممثلك ليتصرف بالنيابة عنك.
- إذا قدّم شخص آخر غير الطبيب التظلم بالنيابة عنك، فضمن نموذج تعيين الممثل الذي يخول هذا الشخص تمثلك. ويمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الموقع الإلكتروني [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) أو موقعنا الإلكتروني على [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).
- يمكننا قبول طلب التظلم من دون النموذج، لكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليها. وإذا لم نحصل على النموذج في غضون 44 يومًا من تلقي طلب التظلم، فسنخذ الخطوتين الاتيين: رفض الطلب.

إرسال إشعار مكتوب إليك يوضح حقاك في مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا برفض طلب التظلم.

وسوف تتلقى خطابًا منا خلال 5 أيام تقويمية من تاريخ تلقي طلب التظلم لإخبارك بأنك قد تلقيته.

يجب عليك التأكد طلب تظلم خلال 60 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 بالتظلم الذي تقدّمه. ويمكنك أنت أو الطبيب تزويدنا بمعلومات إضافية لدعم التظلم.

يمكنك تقديم تظلم سريع إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

### المصطلح القانوني الذي يشير إلى "التظلم السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

- إذا كنت تقدّم تظلمًا للطعن في قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية التي لم تحصل عليها، فيمكنك أنت و/أو الطبيب تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم التظلم السريع.
- لا تختلف عملية التظلم السريع عن عملية طلب إصدار قرار التغطية السريع. ولطلب تقديم التظلم السريع، أتبع التوجيهات المتعلقة بطلب إصدار قرار التغطية السريع الواردة في القسم 2.
- إذا أخبرنا الطبيب الذي تتعامل معه بأن صحتك تتطلب تقديم التظلم السريع، فسنوافق على طلبك بتقديمه.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم (855) 665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

إذا أخبرناك بأننا نتوقف عن تغطية الخدمات أو المستلزمات التي تحصل عليها بالفعل أو نخفضها، فقد تتمكن من الاستمرار في الحصول على تلك الخدمات أو المستلزمات في وقت مراجعة 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 عترضت على قرارنا، فيمكنك تقديم تظلم المستوى 1.
- سنستمر في تغطية الخدمة أو المستلزم إذا طلبت تقديم تظلم المستوى 1 خلال 10 أيام تقويمية من التاريخ الوارد في الإشعار الذي نرسله إليك أو بحلول تاريخ تنفيذ الإجراء المقصود، أيهما أبعد.
- إذا التزمت بالموعد النهائي، فستحصل على تغطية الخدمة أو المستلزم من دون أي تغييرات في أثناء انتظار مراجعة تظلم المستوى 1 الذي تقدمه.
- ستحصل كذلك على كل الخدمات أو المستلزمات الأخرى (التي لا يتناولها التظلم) من دون أي تغييرات.
- إذا لم تقدم التظلم قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على تغطية الخدمة أو الدواء في أثناء انتظار إصدار قرار التظلم.

نحن ننظر في التظلم التي تقدمه ونوافيك بالرد.

- عندما نراجع التظلم التي تقدمه، فإننا نلقي نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بطلب تغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد طبقتنا كل القواعد حينما رفضنا الطلب.
- نجمع معلومات أكثر إذا احتجنا إليها. وقد نتصل بك أو بالطبيب لنجمع مزيدًا من المعلومات.

هناك مواعيد نهائية للتظلم السريع.

- عندما نتبع المواعيد النهائية السريعة، يتعين علينا أن نوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تلقّي التظلم. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

إذا لم نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. وستتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعته. سنوضح لك لاحقًا في هذه الفصل ماهية هذه المنظمة وعملية تظلمات المستوى 2.

- إذا وافقنا على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين أن نقر باستحقاقك التغطية التي وافقنا على تقديمها أو أن نوّقرها في غضون 72 ساعة من تلقّي التظلم.
- إذا رفضنا الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نحيل التظلم الذي تقدمه إلى منظمة المراجعة المستقلة للمضي قدمًا في إجراءات تظلم المستوى 2.

هناك مواعيد نهائية للتظلم القياسي.

- عندما نتبع المواعيد النهائية القياسية، يتعين أن نوافيك بالرد في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقينا التظلم الذي تقدمه 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 التظلم أو في وقت أقرب إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

إذا لم نوافيك بالرد بحلول الموعد النهائي، فيتعين أن نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. وستتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعته. سنوضح لك لاحقًا في هذه الفصل ماهية هذه المنظمة وعملية تظلمات المستوى 2.

- إذا وافقنا على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين أن نقر باستحقاقك التغطية التي وافقنا على تقديمها أو أن نوّقرها في غضون 30 يومًا تقويميًا أو في غضون 7 أيام تقويمية من تلقينا التظلم إذا كان الطلب يتعلق بأحد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B 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 منظمة المراجعة المستقلة للمضي قدمًا في إجراءات تظلم المستوى 2.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بتغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، فيوضح لك الخطاب كيفية تقديم تظلم المستوى 2 بنفسك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**هل أستمّر في التمتع بالمزايا خلال التظلم من المستوى الأول؟**

إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو مادة كنا قد وافقتنا عليها من قبل، فسوف نرسل لك إشعارًا قبل اتخاذ الإجراء. إذا لم تكن توافق على الإجراء، يمكنك تقديم تظلم من المستوى الأول وأن تطلب أن يستمر توفير المزايا الخاصة بك للخدمة أو العنصر. يجب أن تقوم بتقديم الطلب في أو قبل التاريخ الأبعد مما يلي من أجل متابعة المزايا الخاصة بك:

- خلال 10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار الخاص بنا فيما يتعلق بالإجراء؛ أو
- تاريخ السريان المحدد للإجراء

إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمة أو العنصر محل النزاع أثناء معالجة التظلم الخاص بك.

**4. تقديم تظلم المستوى 2**

إذا رفضنا تظلم المستوى 1 جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا بذلك. ويوضح لك هذا الخطاب ما إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal أو كلاهما يغطيان في العادة الخدمة أو المستلزم.

- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medicare في العادة، فإننا نحيل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية التظلمات بمجرد اكتمال إجراءات تظلم المستوى 1.
- إذا كانت المشكلة تتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal في العادة، فيمكنك تقديم تظلم المستوى 2 بنفسك. ويوضح لك الخطاب كيفية القيام بذلك. كما أننا نضمّن 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 تظلم المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. ويمكنك كذلك طلب عقد جلسة استماع عادلة في الولاية.

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 3 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 عملية تظلمات المستوى 2 التي تجريها لدى منظمة 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 قدّمت تظلم المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية من تلقّي خطاب القرار الذي نصدره.

**الحالة التي تتعلق فيها المشكلة بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medicare في العادة**  
تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعة التظلم الذي تقدّمه. وهي منظمة مستقلة يعيّنّها برنامج Medicare.

الاسم الرسمي الذي يشير إلى "منظمة المراجعة المستقلة" هو "كيان المراجعة المستقلة"، الذي أحيانًا ما يُعرّف بالاختصار "IRE".

- لا ترتبط هذه المنظمة بنا، وليست وكالة حكومية. وبرنامج Medicare هو الذي اختار الشركة لتؤدي دور منظمة المراجعة المستقلة وهو الذي يشرف على عملها.
- نحن نرسل المعلومات عن التظلم الذي تقدّمه ("ملف حالتك") إلى هذه المنظمة. ولديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
- لديك الحق في تزويد منظمة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم التظلم الذي تقدّمه.
- يُلقِي المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة نظرة متأنية على كل المعلومات المتعلقة بالتظلم.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**إذا لجأت إلى التظلم السريع في عملية المستوى 1، فستقدم كذلك تظلمًا سريعًا في عملية المستوى 2.**

- إذا لجأت إلى تقديم التظلم السريع إلينا في عملية المستوى 1، فستقدم تلقائيًا تظلمًا سريعًا في عملية المستوى 2. يتعين أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد على تظلم المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تلقي التظلم.

**إذا لجأت إلى التظلم القياسي في عملية المستوى 1، فستقدم كذلك تظلمًا قياسيًا في عملية المستوى 2.**

- إذا لجأت إلى تقديم التظلم القياسي إلينا في عملية المستوى 1، فستقدم تلقائيًا تظلمًا قياسيًا في عملية المستوى 2.
  - إذا كان الطلب يتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات الطبية، فيتعين أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد على تظلم المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي التظلم.
  - إذا كان الطلب يتعلق بأحد الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء B من برنامج Medicare، فيتعين أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد على تظلم المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي التظلم.
- توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد كتابيًا وتوضح لك الأسباب.

- إذا وافقت منظمة 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.
- تقديم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات القياسية.
- تقديم الخدمة في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.

- إذا وافقت منظمة 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 الفترتين الآتيتين:

- في غضون 72 ساعة من تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات القياسية.
- في غضون 24 ساعة من تاريخ تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.

- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم الذي تقدمه جزئيًا أو كليًا، فهذا يعني إقرارها بأنه ينبغي ألا نوافق على طلب تغطية الرعاية الطبية (أو جزء منه). ويُطلق على ذلك اسم "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الذي تقدمه".

إذا كانت حالتك تفي بالمطلبات، فلديك حق اختيار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في إجراءات التظلم.

توجد ثلاثة مستويات إضافية لعملية التظلمات بعد المستوى 2؛ وبذلك يكون المجموع خمسة مستويات.

إذا رُفض تظلم المستوى 2 الذي تقدمه واستوفيت المتطلبات للمضي قدمًا في عملية التظلمات، فيتعين أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم تظلم ثالث. وترد التفاصيل حول كيفية القيام بذلك في الإشعار المكتوب الذي تتلقاه بعد رفض تظلم المستوى 2.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلم المستوى 3. ويمكنك الانتقال إلى القسم 5 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

**الحالة التي تتعلق فيها المشكلة بإحدى الخدمات أو المستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal في العادة**

ثمة طريقتان لتقديم تظلم المستوى 2 المتعلق بخدمات ومستلزمات برنامج Medi-Cal وهما: (1) تقديم شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة، أو (2) طلب عقد جلسة استماع في الولاية.

**(1) المراجعة الطبية المستقلة**

يمكنك رفع شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC). من خلال رفع الشكوى، ستقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (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 أطباء ليسوا طرفًا في خطتنا أو في إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.



يمكنك رفع شكوى أو التقدم بطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة في حالة قيام الخطة بما يلي:

- رفض أو تغيير أو تأخير خدمات أو علاج Medi-Cal لأن الخطة الخاصة بنا نصت على أن تلك الخدمات أو ذلك العلاج ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن نغطي علاج Medi-Cal التجريبي أو التحقيقي لمرض طبي خطير.
- لن تدفع تكاليف خدمات الطوارئ أو Medi-Cal العاجلة التي تلقيتها بالفعل.
- لم تقم بحل التظلم من المستوى الأول على خدمة Medi-Cal خلال 30 يومًا للتظلم القياسي أو خلال 72 ساعة لإجراء تظلم سريع.

**ملحوظة:** إذا قدّم موفر الخدمة الذي تتعامل معه التظلم بالنيابة عنك ولم نستلم، مع ذلك، نموذج تعيين الممثل، فستعين عليك إعادة تقديم التظلم إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) من المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC).

يحق لك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة وعقد جلسة استماع إلا إذا عقدت بالفعل جلسة استماع حول نفس الأمر.

في أغلب الحالات، ينبغي عليك تقديم تظلم إلينا قبل طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة. راجع الصفحة 175 للحصول على معلومات عن عملية تظلم المستوى 1 في خطتنا. وفي حالة عدم موافقتك على قرارنا، يمكنك رفع شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) أو التقدم بطلب إلى مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا 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 المشكلة عاجلة أو تنطوي على تهديد وشيك ويُشكّل خطرًا على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك رفعها على الفور إلى عناية إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) من دون أن تمضي أولاً في عملية التظلم لدينا.

يجب عليك تقديم طلب إجراء المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 أشهر بعد إرسال قرار كتابي إليك بشأن تظلمك. قد تقبل إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California طلبك بعد 6 أشهر لأسباب وجيهة مثل تعرضك لحالة طبية تمنعك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة لمدة 6 أشهر أو عدم تلقيك إخطار مناسب من جانبنا بشأن عملية المراجعة الطبية المستقلة.

لطلب مراجعة طبية مستقلة:

- املا طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)/نموذج الشكوى المتاح على:

[www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) أو

اتصل بمركز المساعدة التابع لإدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.

- أرفق نسًا من الخطابات والمستندات الخاصة بالخدمة أو المستلزم المرفوض، إذا كانت موجودة لديك. فهذا يمكن أن يعجل عملية المراجعة الطبية المستقلة. وأرسل نسًا 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](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) أو الاتصال بمركز المساعدة (Help Center) في إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى 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  
Ninth Street, Suite 500 980  
Sacramento, CA 95814-2725  
الفاكس: 916-255-5241

إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة، تقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California بمراجعة حالتك وإرسال خطاب إليك خلال 7 أيام تقويمية يخبرك بأنك مؤهل للاستفادة من مراجعة طبية مستقلة. بعد استلام طلبك والمستندات الداعمة بواسطة خطتك، سيتم اتخاذ قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 30 يومًا تقويمياً. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 45 يومًا تقويمياً من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة، تقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California بمراجعة حالتك وإرسال خطاب إليك في غضون يومين تقويميين 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 إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) أن حالتك غير مؤهلة لإجراء المراجعة الطبية المستقلة، تقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بمراجعة حالتك من خلال عملية شكاوى المستهلكين العادية لديها. يجب معالجة شكاوىك في غضون 30 يومًا تقويمياً من تاريخ تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوىك 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.

في أغلب الحالات، يكون أمامك 120 يومًا لطلب عقد جلسة استماع في الولاية من تاريخ إرسال إشعار "حقوقك في طلب جلسة الاستماع" إليك عبر البريد.

**ملحوظة:** إذا طلبت عقد جلسة استماع في الولاية لأننا أخبرناك بأن إحدى الخدمات التي تحصل عليها حاليًا سيجري تغييرها أو إيقافها، فسيكون أمامك عدد أقل من الأيام لتقديم الطلب إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمة في أثناء انتظار عقد جلسة الاستماع في الولاية. اقرأ النص "هل سنستمر المزايا الخاصة بي في أثناء تظلمات المستوى 2" في الصفحة 175 للحصول على مزيد من المعلومات.

ثمة طريقتان لطلب إجراء جلسة استماع تابعة للولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع في الولاية" الذي تجده على الوجه الخلفي لإشعار الإجراء. وينبغي عليك حينها توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت هذا الإجراء بحقك وبرنامج المساعدة المتضمنة وسبب رغبتك في إجراء جلسة استماع تفصيليًا. ومن ثم يمكنك تقديم طلبك بإحدى الطرق التالية:

- لإدارة الرعاية الاجتماعية بالمقاطعة على العنوان الظاهر على الإخطار.
- لإدارة California للخدمات الاجتماعية:  
قسم جلسات الاستماع بالولاية  
37-17-P.O. Box 944243, Mail Station 9  
2430-Sacramento, California 94244

• إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على فاكس رقم: 916-651-5210 أو 916-651-2789

2. يمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الاجتماعية (Department of Social Services) في ولاية California على الرقم 1-800-952-5253. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف 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 مكتب جلسات الاستماع العادلة بالقرار كتابيًا ويوضح لك الأسباب.

- إذا وافق مكتب جلسات الاستماع العادلة 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 العادلة التظلم الذي تقدمه جزئيًا أو كليًا، فهذا يعني إقراره بأنه ينبغي ألا نوافق على طلب تغطية الرعاية الطبية (أو جزء منه). ويُطلق على ذلك اسم "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الذي تقدمه".

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-665-855، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

إذا صدر قرار منظمة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسات الاستماع العادلة برفض الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نمنحك حقوقًا إضافية للتظلم.

إذا أُحيلَ تظلم المستوى 2 إلى منظمة المراجعة المستقلة، فلا يمكنك تقديم التظلم مرة أخرى إلا إذا كانت القيمة الدلالية للخدمة أو المستلزم الذي ترغب في الحصول عليه تعادل حدًا أدنى معينًا. يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلم المستوى 3. ويوضح الخطاب الذي تستلمه من منظمة المراجعة المستقلة حقوق التظلم الإضافية التي يمكنك ممارستها.

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

راجع القسم 2 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن حقوقك في تقديم التظلم بعد المستوى 2.

## 5. 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. وبدورنا سوف نتصل بمقدم الرعاية مباشرة ونتولى حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة بنفسك، فيمكنك استرداد الأموال إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو المستلزمات.

للاطلاع على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 7 من دليل الأعضاء. فهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا بسداد الفاتورة التي تكون قد حصلت 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. وستتحقق مما إذا كانت الخدمة أو المستلزم الذي دفعت قيمته مشمولاً بتغطية الخطة وما إذا كنت قد طبقت كل قواعد استخدام التغطية.

- إذا كانت الخدمة أو المستلزم الذي دفعت قيمته مشمولاً بالتغطية وكنت قد طبقت كل القواعد، فسنرسل إليك أو إلى موفر الخدمة قيمة الخدمة أو المستلزم، أو حصتنا من التكلفة إذا كانت الخطة تتضمن تقاسم التكاليف، في غضون 60 يومًا تقويميًا من تلقينا الطلب. ثم بعد ذلك سيرسل موفر الرعاية القيمة إليك.
  - إذا لم تكن قد دفعت بعد قيمة الخدمة أو المستلزم، فسنرسل القيمة مباشرة إلى موفر الخدمة. ويمثل سدادنا القيمة الموافقة على طلب قرار التغطية.
  - إذا لم تكن الخدمة أو المستلزم مشمولاً بالتغطية أو إذا لم تطبق كل القواعد، فسنرسل إليك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع قيمة الخدمة أو المستلزم ويوضح لك السبب.
- إذا لم توافق على هذا القرار، فيمكنك تقديم التظلم. ويمكنك اتباع توجيهات عملية تقديم التظلمات الواردة في القسم 3. وعند اتباعك هذه التوجيهات، يرجى الانتباه إلى ما يأتي:

- إذا قَدِّمت التظلم إلينا لنرد إليك ما دفعته، فيتعين أن نوافيك بالرد خلال 30 يومًا تقويميًا من تلقينا التظلم.
  - إذا طالبتنا بأن نرد إليك ما دفعته مقابل الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعت قيمتها بنفسك، فلا يمكنك طلب تقديم التظلم السريع.
- إذا جاء ردنا على التظلم بالرفض وكان برنامج Medicare يغطي الخدمة أو المستلزم، فسنحيل حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة. وسنرسل إليك خطابًا إذا حدث ذلك.
- إذا نقضت منظمة المراجعة المستقلة قرارنا وألزمنا بالدفع، فيتعين أن نرسل القيمة إليك أو إلى موفر الخدمة خلال 30 يومًا تقويميًا. وإذا جاء الرد على التظلم بالموافقة في أي مرحلة من مراحل عملية التظلمات بعد المستوى 2، فيتعين علينا أن نرسل القيمة التي طالبتنا بدفعها إليك أو إلى موفر الخدمة خلال 60 يومًا تقويميًا.
  - إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم الذي تقدّمه، فهذا يعني إقرارها بأنه ينبغي ألا نوافق على الطلب. ويُطلَق على ذلك اسم "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الذي تقدّمه". كما سنتلقى خطابًا يوضح حقوق التظلم الإضافية التي تجوز لك ممارستها. ويمكنك مراجعة القسم 9 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن المستويات الإضافية للتظلم.
- إذا جاء ردنا على طلب التظلم بالرفض وكان برنامج Medi-Cal يغطي الخدمة أو المستلزم، فيمكنك تقديم تظلم المستوى 2 بنفسك (حيث إننا لا نقدم تظلم المستوى 2 تلقائيًا بالنيابة عنك). ويمكنك مراجعة القسم 4 للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## ز. الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء D من برنامج Medicare

تشمل المميزات الخاصة بك بوصفك عضوًا في خطتنا تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. ومعظم هذه الأدوية هي "الأدوية الواردة في الجزء D" من برنامج Medicare. وهناك عدد قليل من الأدوية التي لا يغطيها الجزء D من برنامج Medicare والتي قد يغطيها برنامج Medi-Cal. يسري هذا القسم فقط على التظلمات الخاصة بالأدوية الواردة بالجزء "د".

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. ويمكنك مراجعة الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.

### ز1. القرارات والتظلمات المتعلقة بتغطية الجزء D

إليك بعض الأمثلة لقرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا باتخاذها بخصوص أدوية الجزء "د":

- مطالبتنا بتطبيق أحد الاستثناءات، وهذا يشمل أن تطلب منّا
    - تغطية أي من الأدوية الواردة في الجزء D غير المُدرّجة في قائمة الأدوية في خطتنا
    - أو رفع أي من القيود المطبّقة على تغطية الخطة بخصوص أي من الأدوية (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
  - مطالبتنا بإفادتك بما إذا كان أي من الأدوية مشمولاً بالتغطية التي نوقرها لك (ومثال ذلك إذا كان الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية في خطتنا لكننا نطالبك بأن تحصل منّا على موافقة قبل أن نوفر لك تغطيته).
- ملحوظة:** 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.

يُطلق على قرار التغطية المبدئي المتعلق بالأدوية الواردة في الجزء D اسم "تقرير التغطية".

- طلب استرداد قيمة أحد الأدوية الطبية 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 التظلم. استخدم الجدول أدناه ليساعدك.

#### أي من هذه الحالات تنطبق عليك:

نحن أخبرناك بأننا لن نوفر لك تغطية الدواء أو لن ندفع قيمته على النحو الذي ترغبه.	أنت ترغب في مطالبتنا بأن نرد إليك قيمة الدواء الذي حصلت عليه بالفعل ودفعت قيمته.	أنت ترغب في أن نغطي أحد الأدوية المُدرّجة في قائمة الأدوية وترى أنك تستوفي قواعد الخطة وقيودها (مثل الحصول على الموافقة السابقة) المتعلقة بالدواء الذي تريد الحصول عليه.	أنت ترغب في الحصول على أحد الأدوية غير المُدرّجة في قائمة الأدوية أو ترغب في أن نلغي إحدى القواعد أو القيود المفروضة على أحد الأدوية التي نغطيها.
--	--	--	---

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

يمكنك المطالبتنا بتطبيق استثناء. (ويعد ذلك نوعًا من أنواع قرارات التغطية). ابدأ بالنظر في القسم 2، ثم راجع القسمين 3 و4	يمكنك مطالبتنا بقرار تغطية. راجع القسم 4	يمكنك طلب رد النفقات إليك. (ويعد ذلك نوعًا من أنواع قرارات التغطية). راجع القسم 4	يمكنك التقدم بتظلم. (وهذا يعني أنك تطلب منا إعادة التفكير). راجع القسم 5
--	--	--	---

## 2. استثناءات الجزء D

إذا لم نوفر تغطية الدواء على النحو الذي ترغبه، فيمكنك أن تطالبنا بتطبيق "الاستثناء". وإذا رفضنا طلب تطبيق الاستثناء، فيمكنك تقديم التظلم للطعن في قرارنا.

عندما تطلب الاستثناء، يتعين على الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء توضيح الأسباب الطبية التي تفسر حاجتك إلى تطبيق الاستثناء.

يُطلق 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 الدواء غير المُدرَج في قائمة الأدوية.

- إذا وافقنا على تطبيق الاستثناء وتغطية الدواء غير المُدرَج في قائمة الأدوية، فإنك تدفع المدفوعات المشتركة التي تنطبق على الأدوية في المستوى 4.
- لا يمكنك الحصول على استثناء في ما يتعلق بمبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلب منك دفعه مقابل الدواء.

### 2. رفع القيد المفروض على الدواء المشمول بالتغطية.

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية 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. (ويُطلق على هذه العملية أحيانًا اسم "التصريح السابق").
  - لزوم تجربة دواء مختلف أولاً قبل أن نوافق على تغطية الدواء الذي تطالبنا بتغطيته. (ويُطلق على ذلك أحيانًا اسم "العلاج التدريجي").
  - حدود الكمية. نرفض 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 يُطلب منك دفعه.

### 3. تغيير تغطية الدواء ونقله إلى فئة تقاسم تكاليف أقل. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية ضمن إحدى فئات تقاسم التكاليف. وبشكل عام، كلما قل رقم فئة تقاسم التكاليف، قلّ مبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلب منك دفعه.

يُطلق أحيانًا على طلب دفع سعر أقل مقابل دواء غير مفضّل مشمول بالتغطية اسم طلب "استثناء كتيب الوصفات الطبية".

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

- غالبًا ما تحتوي قائمة الأدوية على أكثر من دواء مخصص لعلاج حالة طبية معينة. وتُعرّف هذه الأدوية باسم الأدوية "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 سيقبل من مبلغ المدفوعات المشتركة الذي يُطلب منك دفعه مقابل الدواء.
- 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.

### 3. معلومات مهمة يجب معرفتها بشأن المطالبة بتطبيق الاستثناء

يتعين على الطبيب أو غيره ممن يصف لك الدواء إخبارنا بالأسباب الطبية.

- يتعين أن يقدم إلينا الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء بيانًا يوضح الأسباب الطبية الداعية إلى طلب تطبيق الاستثناء. ولإصدار القرار بصورة أسرع، ضيّق 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. وتُعرّف هذه الأدوية باسم الأدوية "البديلة". وإذا كان لمفعول 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.

#### إجازة الرد على الطلب بالموافقة أو الرفض

- إذا وافقنا على طلب تطبيق الاستثناء الذي تقدّمه، فإن الاستثناء يطبق 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 التظلم. ويمكنك مراجعة القسم 5 للاطلاع على المعلومات عن تقديم التظلم إذا جاء ردنا بالرفض.

يبين القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية بما في ذلك الاستثناءات.

### 4. المطالبة بإصدار قرار التغطية شاملاً تطبيق الاستثناء

- يمكنك الاستفسار عن فئة قرار التغطية الذي نريدنا أن نصدره عن طريق الاتصال على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي، أو عن طريق مراسلتنا كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك القيام بذلك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء). واذكر 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 3 لمعرفة كيفية تعيين الشخص الآخر ليمثلك.
- لا يتعين عليك تقديم إذن مكتوب إلى الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء ليتمكننا من طلب قرار التغطية بالنيابة عنك.
- إذا كنت ترغب في أن تطالبنا بأن نرد إليك ما دفعته مقابل الدواء، فراجع الفصل 7 من دليل الأعضاء.
- إذا كنت تطالبنا بتطبيق الاستثناء، فقدم إلينا "بيانًا داعمًا". ويتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية لطلب الاستثناء التي يوضحها الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء.
- بوسع 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 ننتج "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نوافق على اتباع "المواعيد النهائية السريعة".

- يعني قرار التغطية القياسي أننا نوافق بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا بيان الطبيب.
- يعني قرار التغطية السريع أننا نوافق بالرد خلال 24 ساعة من تلقينا بيان الطبيب.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**يُطلَق على "قرار التغطية السريع" اسم "تقرير التغطية العاجل".**

يمكننا أن نصدر لك قرار التغطية السريع في أي من الحالتين الآتيتين:

- إذا كان القرار متعلقاً 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 تضرراً جسيماً إذا اتبّعنا 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 خطاباً يوضح لك ذلك.
- إذا طالبتنا بإصدار قرار التغطية السريع من دون أن يدعّمه 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 نَتَّبِعُ المواعيد النهائية القياسية بدلاً من المواعيد النهائية السريعة.
    - ونرسل إليك خطاباً يوضح لك ذلك. ويوضح الخطاب كذلك كيفية تقديم الشكوى للطعن في قرارنا.
    - يمكنك تقديم الشكوى السريعة واستلام الرد خلال 24 ساعة. لمعرفة مزيد من المعلومات عن تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم ك.

**المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع**

- إذا اتبّعنا المواعيد النهائية السريعة، فيتعين علينا أن نوافقك بالرد خلال 24 ساعة من تلقينا الطلب. وإذا طالبتنا بتطبيق الاستثناء، فنوافقك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. وسنوافقك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع القسم 6 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن تظلم المستوى 2.
- إذا وافقتنا على الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا نوقّر لك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقينا الطلب الذي تقدّمه أو البيان الداعم الذي يقّمه الطبيب.
- إذا رفضنا الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا نرسل إليك خطاباً بذلك. ويوضح الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

**المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه**

- إذا اتبّعنا المواعيد النهائية القياسية، فيتعين علينا أن نوافقك بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا الطلب. وإذا طالبتنا بتطبيق الاستثناء، فسنوافقك بالرد خلال 72 ساعة من تلقينا البيان الداعم من الطبيب الذي تتعامل معه. ونوافقك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا وافقتنا على الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا نوقّر لك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقينا الطلب الذي تقدّمه أو البيان الداعم الذي يقّمه الطبيب بشأن تطبيق الاستثناء.
- إذا رفضنا الطلب الذي تقدّمه جزئياً أو كلياً، فإننا نرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويُوضّح لك الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

**المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بشأن الدواء الذي اشتريته بالفعل**

- إذا قدمت تظلماً للحصول على تعويض، فيتعين علينا الرد عليك خلال 14 يوماً من تاريخ استلام هذا التظلم.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فإننا نحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا وافقتنا على الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا نرد إليك ما دفعته في غضون 14 يوماً تقويمياً.
- إذا رفضنا الطلب الذي تقدّمه جزئياً أو كلياً، فإننا نرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويُوضّح لك الخطاب كذلك كيفية تقديم التظلم.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

## 5. تقديم تظلم المستوى 1

يُطلق على التظلم الذي تنطوي عليه خطتنا بشأن قرار تغطية أحد الأدوية الواردة في الجزء D اسم "إعادة التقرير" المتعلق بالخطة.

- ابدأ عملية التظلم القياسي أو التظلم السريع بالاتصال على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي، أو عن طريق مراسلتنا كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك القيام بذلك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء). واذكر اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات ذات الصلة بالمطالبة.
- يجب عليك التأكد طلب تظلم خلال 60 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 بالتظلم الذي تقدّمه. ويمكنك أنت أو الطبيب تزويدنا بمعلومات إضافية لدعم التظلم.

يمكنك طلب تقديم "التظلم السريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

يُطلق على التظلم السريع كذلك اسم "إعادة التقرير العاجل".

- إذا كنت تُقدّم التظلم للطعن في قرار اتخذناه بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه، فتُقرر أنت والطبيب أو غيركما ممن يصف الدواء ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم "التظلم السريع".
- لا تختلف متطلبات "التظلم السريع" عن متطلبات قرار التغطية السريع. راجع القسم 4 للحصول على مزيد من المعلومات.
- نحن ننظر في التظلم التي تقدّمه ونوافقك بالرد.
- نراجع التظلم الذي تقدّمه ونلقي نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الذي تقدّمه.
- نتحقق مما إذا كنا قد طبّقنا القواعد عندما رفضنا الطلب.
- وقد نلجأ إلى الاتصال بك أو بطبيبك أو بمن وصف لك الدواء للمزيد من المعلومات.

## المواعيد النهائية للتظلم السريع في المستوى 1

- إذا اتّبعتنا المواعيد النهائية السريعة، فيتعين علينا أن نوافقك بالرد خلال 72 ساعة من تلقّي التظلم.
- في حال عدم الرد عليك خلال 72 ساعة، سنحيل الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. ثم تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعته. راجع القسم 6 للاطلاع على المعلومات عن منظمة المراجعة وعملية تظلمات المستوى 2.
- إذا وافقتنا على الطلب جزئيًا أو كليًا، فيتعين علينا أن نوّقر التغطية التي وافقتنا على تقديمها في غضون 72 ساعة من تلقّي التظلم.
- إذا رفضنا الطلب جزئيًا أو كليًا، فإننا نرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التظلم.

## المواعيد النهائية للتظلم القياسي في المستوى 1

- إذا اتّبعتنا المواعيد النهائية القياسية، فيتعين أن نوافقك بالرد في غضون 7 أيام تقويمية من تلقّي التظلم الذي تقدّمه بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه. ويمكنك طلب تقديم "التظلم السريع".
- نحن نصدر لك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تتطلب إصداره.
- إذا لم نصدر لك القرار في غضون 7 أيام تقويمية، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. ثم تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعته. راجع القسم 6 للاطلاع على المعلومات عن منظمة المراجعة وعملية تظلمات المستوى 2.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

إذا جاء ردنا بالموافقة على الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا:

- يتعين علينا أن نوفر التغطية التي وافقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، لكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية من تلقينا التظلم.
- يتعين علينا أن نرسل إليك قيمة الدواء الذي اشترته في غضون 30 يوماً تقويمياً من تلقينا التظلم.

إذا جاء ردنا برفض الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا:

- نرسل إليك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التظلم.
  - يتعين علينا أن نوافيك بالرد على مطالبتنا بأن نرد إليك قيمة الدواء الذي اشترته في غضون 14 يوماً تقويمياً من تلقينا التظلم.
- إذا لم تُصدر لك القرار في غضون 14 يوماً تقويمياً، فيتعين علينا إحالة الطلب إلى المستوى 2 من عملية التظلمات. ثم تتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعته. راجع القسم 6 للاطلاع على المعلومات عن منظمة المراجعة وعملية تظلمات المستوى 2.
- إذا وافقنا على الطلب جزئياً أو كلياً، فيتعين علينا أن نرد إليك القيمة في غضون 30 يوماً تقويمياً من تلقينا الطلب.
  - إذا رفضنا الطلب جزئياً أو كلياً، فإننا نرسل إليك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التظلم.

## 6. تقديم تظلم المستوى 2

إذا رفضنا تظلم المستوى 1 الذي تقدّمه، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم تظلم آخر. وإذا قررت تقديم تظلم آخر، فإنك بذلك تمضي في عملية تظلمات المستوى 2. وتتولى منظمة المراجعة المستقلة مراجعة قرارنا في حال رفضنا التظلم الأول الذي تقدّمه. حيث تقرر هذه المنظمة ما إذا كان يتعين علينا تغيير القرار.

الاسم الرسمي الذي يشير إلى "منظمة المراجعة المستقلة" هو "كيان المراجعة المستقلة"، الذي أحياناً ما يُعرّف بالاختصار "IRE".

لتقديم تظلم المستوى 2، يتعين عليك أنت أو من يمثلك أو الطبيب أو غيره ممن يصف الدواء الاتصال بمنظمة المراجعة المستقلة كتابياً ومطالبتها بمراجعة حالتك.

- إذا رفضنا تظلم المستوى 1 الذي تقدّمه، فيكون الخطاب الذي نرسله إليك متضمناً توجيهات بشأن كيفية تقديم تظلم المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. وتوضح لك التوجيهات مؤهلات الشخص الذي يمكنه تقديم تظلم المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يتعين الالتزام بها، وكيفية الاتصال بالمنظمة.
- عندما تقدم التظلم لدى منظمة المراجعة المستقلة، فإننا نرسل المعلومات التي تكون لدينا عن التظلم الذي تقدّمه لدى المنظمة. يُطلق على هذه المعلومات اسم "ملف حالتك". ويحق لك الاحتفاظ بنسخة مجانية من ملف حالتك.
- لديك الحق في تزويد منظمة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم التظلم الذي تقدّمه.

تُجري منظمة المراجعة المستقلة مراجعة تظلم المستوى 2 الذي تقدّمه المتعلق بالجزء D وتوافيك بالرد كتابياً. ويمكنك مراجعة القسم 4 للاطلاع على مزيد من المعلومات عن منظمة المراجعة المستقلة.

## المواعيد النهائية للتظلم السريع في المستوى 2

- يمكنك مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بالموافقة على أن تقدّم لديها التظلم السريع إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا وافقت المنظمة على أن تقدّم التظلم السريع، فيتعين أن توافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقيها التظلم الذي تقدّمه.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على الطلب جزئياً أو كلياً، فيتعين علينا توفير تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 24 ساعة من تلقينا قرار المنظمة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**المواعيد النهائية للتظلم القياسي في المستوى 2**

إذا كنت تقدّم تظلمًا قياسيًّا من المستوى 2، فيتعين أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد عليه خلال أي من الفترتين الآتيتين:

- في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي التظلم بشأن الدواء الذي لم تحصل عليه.
- في غضون 14 يومًا تقويمية من تلقي التظلم بشأن رد قيمة الدواء الذي اشتريته.

إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على الطلب جزئيًّا أو كليًّا:

- يتعين أن توفر تغطية الدواء المعتمد في غضون 72 ساعة من تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة.
- يتعين أن نرد إليك قيمة الدواء الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويمية من تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة.

إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم، فهذا يعني أنها تؤيد قرارنا بعدم اعتماد الطلب. ويُطلَق على ذلك اسم "تأييد القرار" أو "رفض التظلم الذي تقدّمه".

إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة تظلم المستوى 2 الذي تقدّمه، فلك حق تقديم تظلم 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 المعين، فلا يمكنك تقديم أي تظلم آخر. ويكون قرار تظلم المستوى 2 في هذه الحالة قرارًا نهائيًّا. ثم ترسل إليك منظمة المراجعة المستقلة خطابًا يوضح لك الحد الأدنى للقيمة الدولارية اللازم استيفاءه للاستمرار في إجراءات تظلم المستوى 3.

إذا كانت القيمة الدولارية للطلب الذي تقدّمه تفي بالمطالبات، ف لديك حق اختيار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في إجراءات التظلم.

- توجد ثلاثة مستويات إضافية لعملية التظلمات تلي المستوى 2.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة تظلم المستوى 2 الذي تقدّمه وكنت تستوفي متطلبات الاستمرار في إجراءات التظلم، فيمكنك:
  - تقرير ما إذا كنت تريد تقديم تظلم المستوى 3.
  - مراجعة الخطاب الذي تكون منظمة المراجعة المستقلة قد أرسلته إليك بعد تظلم المستوى 2 للاطلاع على التفاصيل حول كيفية تقديم تظلم المستوى 3.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة القسم ي للاطلاع على المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

**ح. المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى**

عند دخولك المستشفى، يحق لك الحصول على كل خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية التي تكون ضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجها. وللحصول على مزيد من المعلومات عن تغطية المستشفى في خطتنا، راجع 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.

- يُطلَق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى اسم "تاريخ الخروج".
- سيخبرك الطبيب أو موظفي المستشفى بتاريخ خروجك.

إذا كنت ترى أنه تُطلب 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. وبيبين لك هذا الفصل كيفية طلب البقاء مدة أطول.

**ح1. 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 يُسمّى "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". ويحصل كل شخص يحمل عضوية برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار كلما دخل المستشفى.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

- **اقرأ الإشعار** قراءة متأنية واطرح الأسئلة بشأن الأمور التي لا تفهمها. ويوضح لك الإشعار حقوقك بصفقتك مريضاً 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 طرفاً 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 يجري إخراجك من المستشفى في وقت سابق لأوانه.
  - **وقع الإشعار** لتثبيت تلقىك إياه واستيعاب حقوقك الواردة فيه.
    - يمكنك أنت أو الشخص الذي يتصرف بالنيابة عنك توقيع الإشعار.
    - يثبت توقيع الإشعار فقط حصولك على المعلومات المتعلقة بحقوقك. التوقيع لا يعني موافقتك على تاريخ الخروج الذي يكون الطبيب أو فريق العمل في المستشفى قد أخبرك به.
  - **احتفظ بالنسخة التي تسلمها** من الإشعار الموقَّع حتى تكون لديك المعلومات التي تحتاج إليها.
- بإمكانك الحصول على نسخة من هذا الإشعار مقدماً إذا:

- اتصلت بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصلت بخط المساعدة 1-800 MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) المتاح 24 ساعة في اليوم طوال 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضل زيارة [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

## ح. 2. تقديم تظلم المستوى 1

إذا أردتنا أن نغطي خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين مدة أطول، فيمكنك تقديم التظلم. وتتولى منظمة تحسين الجودة (QIO) مراجعة تظلم المستوى 1 لتقرر ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد لك يناسب حالتك الطبية.

تتألف منظمة تحسين الجودة (QIO) 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 أطرافاً في خطتنا.

منظمة تحسين الجودة (QIO) في ولاية California هي منظمة Livanta. ويمكنك الاتصال بها على الرقم 588-1123 (877)، رقم الهاتف النصي (TTY): 887-6668 (855). وترد معلومات الاتصال كذلك في الإشعار الذي تسلمه باسم "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك" وفي الفصل 2.

يمكنك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIO) قبل مغادرة المستشفى، لا بعد مرور تاريخ الخروج المحدد لك.

- إذا اتصلت قبل المغادرة، فيمكنك الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك من دون تحمُّل تكاليف الإقامة خلال انتظار إصدار منظمة تحسين الجودة (QIO) قرارها بشأن التظلم الذي تقدّمه.
- إذا لم تجرِ الاتصال بشأن التظلم وقررت الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك، فقد تتحمّل كل تكاليف الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIO) بشأن التظلم، فيمكنك تقديم التظلم مباشرة إلى خطتنا بدلاً من تقديمه إلى المنظمة. ويمكنك مراجعة القسم 4 للاطلاع على المعلومات عن تقديم التظلم إلينا.
- نظراً لأن الإقامة في المستشفى مغطاة بواسطة كلٍ من Medi-Cal و Medicare، فإنه إذا لم تنظر منظمة 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 أيضاً رفع شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC). يرجى الرجوع إلى القسم 4 في الصفحة 162 لمعرفة كيفية تقديم الشكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل زيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى المساعدة في أي وقت، فيمكنك:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- الاتصال ببرنامج (HICAP) Health Insurance Counseling and Advocacy Program على الرقم 1-800-434-0222.

بإمكانك طلب إجراء المراجعة السريعة. تصرّف بسرعة واتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO) 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 منظمة تحسين الجودة (QIO) 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 تلقوها من المستشفى وخطتنا.
- في ظهيرة اليوم الذي يلي إخبار المراجعين خطتنا بشأن التظلم الذي تقدمه، سنتلقى إشعارًا آخر يوضح سبب رؤية الطبيب والمستشفى أن هذا هو تاريخ الخروج الصحيح الذي يناسب حالتك الطبية.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى هذا البيان المكتوب هو "الإشعار التفصيلي للخروج". ويمكنك الحصول على نموذج الإشعار عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو بخط المساعدة 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227) المتاح 24 ساعة في اليوم طوال 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي 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](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

في غضون يوم كامل بعد الحصول على كل المعلومات التي تحتاج إليها، توافيك منظمة تحسين الجودة (QIO) بردها على التظلم. في حال وافقت منظمة تحسين الجودة (QIO) على التظلم:

- سنوفر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- في حال رفضت منظمة تحسين الجودة (QIO) التظلم:
- تكون رؤية المنظمة 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 منظمة تحسين الجودة (QIO) على التظلم.
- قد تضطر إلى دفع كامل تكلفة الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهيرة اليوم الذي يلي تلقيك الرد من منظمة تحسين الجودة (QIO) على التظلم.
- يمكنك تقديم تظلم المستوى 2 إذا رفضت منظمة تحسين الجودة (QIO) تظلم المستوى 1 الذي تكون قد قدمته واستمرت كذلك إقامتك في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

### ح3. تقديم تظلم المستوى 2

عند تقديمك تظلم المستوى 2، يمكنك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة (QIO) أن تلقي نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن تظلم المستوى 1. ويمكنك الاتصال بها على الرقم 588-1123 (877) أو الرقم 887-6668 (855). بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY).

يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي تكون منظمة تحسين الجودة (QIO) قد رفضت فيه تظلم المستوى 1 الذي قدمته. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حال استمرار إقامتك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء التغطية التي تحصل عليها بشأن الرعاية.

سيتخذ المراجعون في منظمة تحسين الجودة (QIO) الخطوات الآتية:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بالتظلم.
- إخبارك بالقرار بشأن تظلم المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلب إجراء المراجعة الثانية.

في حال وافقت منظمة مراجعة الجودة على التظلم:

- يتعين علينا أن نرد إليك حصنا من تكاليف الرعاية التي تكون قد تلقيتها في المستشفى منذ ظهوره اليوم الذي يلي تاريخ رفض منظمة تحسين الجودة (QIO) تظلم المستوى 1.
- سنوفر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال رفضت منظمة مراجعة الجودة التظلم:

- تؤكد المنظمة على قرارها بشأن تظلم المستوى 1 ولن تغيره.
- تمنحك المنظمة خطابًا يوضح لك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية التظلمات وتقديم تظلم المستوى 3.
- كما يمكنك رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل الاستمرار في الإقامة في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم 4 في الصفحة 162 للتعرف على كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة القسم 3 للاطلاع على المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

### ح4. تقديم تظلم المستوى 1 البديل

يكون الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIO) من أجل تقديم تظلم المستوى 1 بعد 60 يومًا من تقديم الطلب أو في موعد لا يتجاوز تاريخ الخروج من المستشفى المحدد لك. وإذا فاتك الموعد النهائي لتقديم تظلم المستوى 1، فيمكنك المضي في عملية "التظلم البديل". اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منّا إجراء "المراجعة السريعة" لتاريخ خروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى "المراجعة السريعة" أو "التظلم السريع" هو "التظلم العاجل".

- ننظر في كل المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى.
- نتحقق مما إذا كان القرار الأول عادلاً ومستوفيًا القواعد.
- ننسج المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية ونصدر لك قرارنا في غضون 72 ساعة من مطالبتنا بإجراء المراجعة السريعة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**في حال وافقتنا على التظلم السريع:**

- نقرّ بضرورة إقامتك في المستشفى بعد تاريخ الخروج.
- سنوفّر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- سنردّ إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تتلقاها بدءًا من التاريخ الذي نخبرك فيه بأننا سنتوقف عن توفير التغطية.

**في حال رفضنا التظلم السريع:**

- نقرّ بأن تاريخ الخروج المحدد لك كان مناسبًا لحالتك الطبية.
- تنتهي فترة التغطية التي نوفرها بشأن خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين في التاريخ الذي نكون قد أخبرناك به.
- لن نردّ إليك أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- نحيل التظلم إلى منظمة المراجعة المستقلة للتأكد من تطبيقنا كل القواعد. وعندما نقوم بذلك، تُحال حالتك تلقائيًا إلى عملية تظلمات المستوى 2.

**5ح. تقديم تظلم المستوى 2 البديل**

- نرسل المعلومات الخاصة بتظلم المستوى 2 الخاص بك إلى منظمة المراجعة المستقلة خلال 24 ساعة من رفض تظلم المستوى 1 الخاص بك. ونقوم بذلك تلقائيًا. ولا تحتاج إلى القيام بأي شيء.
- إذا رأيت أننا لم نعد الموعود النهائي أو بأي من المواعيد النهائية الأخرى، فيمكنك تقديم شكوى. وراجع القسم ي للحصول على معلومات عن تقديم الشكاوى.
- تجري منظمة المراجعة المستقلة مراجعة سريعة لتظلمك. وتلقي نظرة متأنية على كل المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى، وعادة ما ترد عليك خلال 72 ساعة.

**في حال وافقت منظمة المراجعة المستقلة على التظلم:**

- هذا يعني أيضًا أننا نوافق على سداد نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك من تاريخ إصدار قرارنا بإنهاء التغطية.
- سنوفّر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

**في حال رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم:**

- فإنها تقرّ بأن تاريخ الخروج من المستشفى المحدد لك كان مناسبًا لحالتك الطبية.
- تمنحك المنظمة خطابًا يوضح لك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية التظلمات وتقديم تظلم المستوى 3.

يتولى القاضي القانوني الإداري أو المحامي الإداري النظر في تظلمات المستوى 3. ويمكنك مراجعة القسم ي للاطلاع على المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

كما يمكنك رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل الاستمرار في الإقامة في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم 4 في الصفحة 162 للتعرف على كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكن أن تطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من التظلم من المستوى الثالث.

**ط. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية**

يتضمن هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية الترميمية المتخصصة في إحدى مرافق التمريض المتخصصة.
- رعاية إعادة التأهيل التي تتلقاها بصفتك مريضًا خارجيًا في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) الذي يعتمد على برنامج Medicare. وعادة ما يعني ذلك أنك تُعالج من مرض أو حادث أو أنك تقضي فترة نقاهة بعد عملية جراحية كبيرة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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 تحمل 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 التظلم.

### 1. 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. ويُطَلَق على هذا الإشعار اسم "إشعار انتهاء فترة تغطية برنامج Medicare". ويوضح لك الإشعار التاريخ 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.

### 2. تقديم تظلم المستوى 1

إذا كنت ترى أننا نتوقف عن توفير تغطية الرعاية في وقت سابق لأوانه، يمكنك تقديم التظلم للطعن في قرارنا. ويوضح لك هذا القسم عملية تظلمات المستوى 1 والخطوات الواجب اتخاذها.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** فهي من الأمور المهمة. انتبه إلى المواعيد النهائية التي تنطبق على الخطوات التي يتعين عليك اتخاذها والتزم بها. ويتعين على خطتنا هي الأخرى الالتزام بالمواعيد النهائية. وإذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى بذلك. ويمكنك مراجعة القسم ك للاطلاع على مزيد من المعلومات عن 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.
  - الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
- **اتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO)**
  - راجع القسم ح 2 أو الفصل 2 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن منظمة تحسين الجودة (QIO) وكيفية الاتصال بها.
  - اطلب منها مراجعة التظلم وتقرير ما إذا كانت ستغير قرار خطتنا.
- **تصرف بسرعة واطلب تظلم المسار السريع.** استفسر من منظمة تحسين الجودة (QIO) عما إذا كان من المناسب من الناحية الطبية بأن نتوقف عن توفير تغطية الخدمات الطبية التي نتلقاها.

اطلب من المنظمة تقديم "تظلم المسار السريع". وهذا يعني المطالبة بإجراء مراجعة مستقلة تبين ما إذا كان من المناسب من الناحية الطبية بأن نتوقف عن توفير تغطية الخدمات التي نتلقاها.

### الموعد النهائي للاتصال بالمنظمة

- يتعين عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIO) لبدء تقديم التظلم بحلول ظهيرة اليوم الذي يسبق تاريخ نفاذ إشعار انتهاء فترة تغطية برنامج Medicare الذي نكون قد أرسلناه إليك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIO)، يمكنك تقديم التظلم مباشرة إلينا بدلاً من تقديمه إلى المنظمة. وللحصول على التفاصيل حول كيفية القيام بذلك، راجع القسم 4.
- إذا لم تنتظر منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) في طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، أو كنت تعتقد أن حالتك طارئة أو تتطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، أو كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك رفع شكوى وطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في (DMHC) California. يرجى الرجوع إلى القسم

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



و4 في الصفحة 162 للتعرف على كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة في California (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، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل بخط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) المتاح 24 ساعة في اليوم طوال 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم 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/MAEDNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices).

### الإجراءات التي تتم خلال النظر في تظلم المسار السريع

- يستفسر المراجعون في منظمة تحسين الجودة (QIO) منك أو من ممثلك عن سبب رؤيتك أنه ينبغي الاستمرار في توفير التغطية. ولا يلزمك كتابة بيان بالسبب، لكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون في معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى الطبيب، ويراجعون المعلومات التي يكونون قد تلقوها من خطتنا.
- سنتسلم كذلك من خطتنا إشعارًا مكتوبًا يوضح أسباب التوقف عن توفير تغطية الخدمات التي تتلقاها. وتتلقى الإشعار بنهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بالتظلم الذي تقدمه.

**المصطلح القانوني** الذي يشير إلى الإشعار البياني هو "البيان التفصيلي لعدم توفير التغطية".

- يخبرك المراجعون بقرارهم في غضون يوم كامل من تلقيهم كل المعلومات التي يحتاجون إليها.
- في حال وافقت منظمة المراجعة المستقلة على التظلم:
- سنوفر لك تغطية الخدمات ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- في حال رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم:
- نتوقف عن توفير التغطية في التاريخ الذي نكون قد أخبرناك به.
- نتوقف عن رد حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- تدفع أنت كامل تكلفة هذه الرعاية إذا قررت مواصلة تلقي الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء فترة التغطية.
- تقرر أنت ما إذا كنت تريد الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات وتقديم تظلم المستوى 2.

### 3. تقديم تظلم المستوى 2

عند تقديمك تظلم المستوى 2، يمكنك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة (QIO) أن تلقي نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن تظلم المستوى 1. وبإمكانك الاتصال بها على الرقم 1-877-588-1123 أو الرقم 887-6668 (855) بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY).

يتعين أن تطلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي تكون منظمة تحسين الجودة (QIO) قد رفضت فيه تظلم المستوى 1 الذي تقدمته. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا إذا وصلت تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء فترة تغطية الرعاية.

سيتخذ المراجعون في منظمة تحسين الجودة (QIO) الخطوات الآتية:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية على كل المعلومات المتعلقة بالتظلم.
- إخبارك بالقرار بشأن تظلم المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلب إجراء المراجعة الثانية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

في حال وافقت منظمة المراجعة المستقلة على التظلم:

- سنردُ إليك حصتنا من 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 منظمة المراجعة المستقلة التظلم:

- تؤيد المنظمة قرارنا بالتوقف عن تغطية الرعاية التي تتلقاها ولن نغيّره.
- تمنحك المنظمة خطابًا يوضح لك ما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية التظلمات وتقديم تظلم المستوى 3.
- كما يمكنك رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل مواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم 4 في الصفحة 162 للتعرف على كيفية مطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (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 3 للاطلاع على المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

هل أستمّر في التمتع بالمزايا خلال التظلمات من المستوى الثاني؟

إذا كانت مشكلتك بشأن إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، فلن تستمر المزايا الخاصة بهذه الخدمة أو المستلزمات خلال المستوى الثاني من عملية التظلم الجاري التعامل معها من خلال هيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity).

إذا كانت مشكلتك بشأن إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal وعهدت إلى طلب إجراء جلسة استماع تابعة للولاية، فتستمر المزايا الخاصة بهذه الخدمة أو المستلزمات حتى إصدار قرار في جلسة الاستماع. يجب أن تقوم بطلب عقد جلسة استماع في أو قبل التاريخ الأبعد مما يلي من أجل متابعة المزايا الخاصة بك:

- في غضون 10 أيام من تاريخ إرسال الإخطار إليك بالبريد على أنه تم تأكيد تقرير الميزة السلبية (قرار التظلم من المستوى الأول)؛ أو
- تاريخ السريان المستهدف للإجراء.

إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمة أو العنصر محل النزاع إلى أن يتم اتخاذ قرار بجلسة الاستماع.

#### 4. تقديم تظلم المستوى 1 البديل

كما يوضح القسم 2، يتعين عليك أن تتصرف بسرعة وتتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO) لبدء تقديم تظلم المستوى 1. وإذا فاتك الموعد النهائي، فيمكنك المضي في عملية "التظلم البديل".

اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منّا إجراء "المراجعة السريعة".

المصطلح القانوني الذي يشير إلى "المراجعة السريعة" أو "التظلم السريع" هو "التظلم العاجل".

- ننظر في كل المعلومات المتعلقة بحالتك.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً ومستوفياً كل القواعد عندما حددنا تاريخ التوقف عن توفير تغطية الخدمات التي تتلقاها.
- نتبع المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية ونصدر لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد أن تطالبنا بإجراء المراجعة السريعة.

في حال وافقتنا على التظلم السريع:

- نقرّ بضرورة حصولك على الخدمات مدة أطول.
- نوافق على أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تتلقاها بدءًا من التاريخ الذي نخبرك فيه بأننا سنتوقف عن توفير التغطية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**في حال رفضنا التظلم السريع:**

- تنتهي فترة التغطية التي نوفرها بشأن الخدمات في التاريخ الذي نكون قد أخبرناك به.
- لن نردّ إليك أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- تتحمّل أنت كامل تكلفة هذه الخدمات إذا واصلت الحصول عليها بعد التاريخ الذي نخبرك فيه بأننا سنتوقف عن توفير التغطية.
- نحيل التظلم إلى منظمة المراجعة المستقلة للتأكد من تطبيقنا كل القواعد. وعندما نقوم بذلك، تُحال حالتك تلقائيًا إلى عملية تظلمات المستوى 2.

**ط5. تقديم تظلم المستوى 2 البديل**

خلال تظلم المستوى 2، نرسل معلومات تظلم المستوى 2 الخاص بك إلى منظمة المراجعة المستقلة خلال 24 ساعة من رفض تظلم المستوى 1. ونقوم بذلك تلقائيًا. ولا تحتاج إلى القيام بأي شيء.

إذا رأيت أننا لم نَفِ بهذا الموعد النهائي أو مواعيد نهائية أخرى، فيمكنك تقديم شكوى. وراجع القسم ك للحصول على معلومات عن تقديم الشكاوى. تجري منظمة المراجعة المستقلة مراجعة سريعة لتظلمك. وتلقي نظرة متأنية على كل المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى، وعادة ما ترد عليك خلال 72 ساعة.

**في حال وافقت منظمة المراجعة المستقلة على التظلم:**

- سنردّ إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تتلقاها بدءًا من التاريخ الذي نخبرك فيه بأننا سنتوقف عن توفير التغطية.
- سنوفر لك تغطية خدمات المستشفى المخصصة للمرضى الداخليين ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

**في حال رفضت منظمة المراجعة المستقلة التظلم:**

- تؤيد المنظمة قرارنا بالتوقف عن تغطية الرعاية التي تتلقاها ولن نغيّره.
  - تمنحك المنظمة خطابًا يوضح لك الخطوات التي يمكنك اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية التظلمات وتقديم تظلم المستوى 3.
  - كما يمكنك أيضًا رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بإجراء مراجعة طبية مستقلة من أجل مواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم 4 في الصفحة 162 للتعرف على كيفية مطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك رفع شكوى وطلب إجراء 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 ي للاطلاع على المعلومات عن تظلمات المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5.

**ي. المضي في التظلم بما يتجاوز المستوى 2****ي1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare**

إذا كنت قد قَدِّمت 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 قَدِّمت 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 منظمة المراجعة المستقلة بشأن تظلم المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها والخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم تظلم المستوى 3.

**تظلم المستوى 3**

يعد المستوى الثالث من عملية التظلم عبارة عن تحقيق يجريه قاض إداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو القاضي القانوني الإداري (ALJ) أو المحامي الإداري الذي يكون تابعًا للحكومة الفيدرالية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

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 في القرار، فإننا نرسل إليك نسخة من طلب تظلم المستوى 4 مرفقةً بها الوثائق ذات الصلة. ويجوز لنا الانتظار إلى أن يُصدّر قرار تظلم المستوى 4 قبل الإقرار باستحقاق الخدمة محل النزاع أو توفيرها.
- إذا قررنا عدم الطعن في 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 التظلمات.

- إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فتنتهي حينئذٍ عملية التظلمات.
- إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الخطوات الواجب اتخاذها لتقديم تظلم المستوى 4.

#### تظلم المستوى 4

يراجع مجلس التظلمات (Appeals Council) التابع لبرنامج Medicare التظلم الذي تقدّمه ويوافقك بالرد. والمجلس هذا تابع للحكومة الفيدرالية.

إذا وافق المجلس على تظلم المستوى 4 أو رفض طلبنا بمراجعة قرار تظلم المستوى 3 الذي يناسبك، فيحق لنا الطعن وإحالة التظلم إلى المستوى 5.

- إذا قررنا الطعن في القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا.
- إذا قررنا عدم الطعن في 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 التظلمات.

- إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فتنتهي حينئذٍ عملية التظلمات.
- إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، 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 التظلم وكل المعلومات، وسيقرر الموافقة أو الرفض. ويكون هذا هو القرار النهائي. ولا توجد مستويات تظلم أخرى بعد مستوى المحكمة الجزئية الفيدرالية.

### 2. 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 مكتب الجلسات العادلة الخطوات الواجب اتخاذها إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في عملية التظلمات. إذا كنت لا توافق على قرار جلسة الاستماع بالولاية وتريد أن يراجعه قاضٍ آخر، فيمكنك طلب إعادة النظر و/أو طلب المراجعة القضائية. لطلب إعادة النظر في التظلم، يرجى إرسال طلب كتابي (خطاب) إلى العنوان التالي:

The Rehearing Unit  
744 P Street, MS 19-37  
Sacramento, CA 95814

ينبغي إرسال الخطاب خلال 30 يومًا بعد استلام قرارك. ويمكن تمديد هذا الموعد النهائي بما يصل إلى 180 يومًا إذا كان لديك سبب وجيه للتأخر.

وفي طلبك لإعادة النظر، يرجى كتابة تاريخ استلام قرارك وسبب منح إعادة النظر. إذا رغبت في تقديم دليل إضافي، تفضل بوصفه وتوضيح سبب عدم تقديمه من قبل وكيف لهذا السبب أن يغير القرار. ويمكنك الاتصال بالخدمات القانونية للمساعدة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



ولطلب إجراء مراجعة قضائية، ينبغي عليك تقديم تظلم للمحكمة العليا (وفقاً لقانون الإجراءات المدنية - القسم 1094.5) في غضون سنة واحدة بعد استلام قرارك. وقدم تظلمك للمحكمة العليا للمقاطعة المذكورة في قرارك. يمكنك تقديم هذا التظلم دون طلب إعادة النظر. وليس عليك أن تدفع رسوماً لتقديم التظلم. لكن قد يطلب منك دفع أتعاب المحاماة المعقولة وبعض التكاليف إذا أصدرت المحكمة قراراً نهائياً لصالحك. فإذا أجريت إعادة النظر ولم توافق حينها على القرار الصادر منها، يجوز لك طلب إجراء مراجعة قضائية لكن لا يجوز طلب إجراء إعادة النظر مرة أخرى.

### ي.3. تظلمات المستويات 3 و4 و5 بشأن طلبات الأدوية الواردة في الجزء D

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا كنت قد قدمت تظلمًا من المستوى 1 وتظلمًا من المستوى 2، وتم رفض كلا التظلمين.

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 الجهة التي يجب الاتصال بها والخطوات التي يجب اتخاذها لطلب تقديم تظلم المستوى 3.

#### تظلم المستوى 3

يعد المستوى الثالث من عملية التظلم عبارة عن تحقيق يجريه 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 التظلم.
- يتعين علينا التصريح بتغطية العقار التي تمت الموافقة عليها خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للتظلمات العاجلة) أو سداد المدفوعات في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقي القرار.

إذا رفض القاضي الإداري أو المحامي الإداري التظلم، فقد لا تكون هذه هي نهاية عملية التظلمات.

- إذا قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فتنتهي حينئذٍ عملية التظلمات.
- إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الخطوات الواجب اتخاذها لتقديم تظلم المستوى 4.

#### تظلم المستوى 4

يراجع مجلس التظلمات (Appeals Council) التابع لبرنامج Medicare التظلم الذي تقدمه ويوافقك بالرد. والمجلس هذا تابع للحكومة الفيدرالية.

في حال وافق المجلس على تظلمك:

- تنتهي إجراءات التظلم.
- يتعين علينا التصريح بتغطية العقار التي تمت الموافقة عليها خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للتظلمات 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 قررت الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، فتنتهي حينئذٍ عملية التظلمات.
- إذا قررت عدم الموافقة على هذا القرار الصادر برفض التظلم، 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 التظلم وكل المعلومات، وسيقرر الموافقة أو الرفض. ويكون هذا هو القرار النهائي. ولا توجد مستويات تظلم أخرى بعد مستوى المحكمة الجزئية الفيدرالية.



## ك. كيف يُمكنك التقدم بشكوى

## ك1. أنواع المشكلات التي يتعين تقديم الشكاوى بشأنها

لا تُتخذ 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.

المثال	الشكوى
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت غير راضٍ عن جودة الرعاية، مثل الرعاية المقدمة لك في المستشفى.</li> </ul>	جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت ترى أن أحد الأشخاص لم يحترم حقك في الخصوصية أو أفصح عن معلومات سرية عنك.</li> </ul>	احترام خصوصيتك
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا لم يتسم سلوك مقدم الرعاية الصحية أو الموظفين بالاحترام الكافي تجاهك.</li> <li>• إذا عاملك موظفونا معاملة سيئة.</li> <li>• إذا كنت ترى أنه جرى استبعادك من الخطة.</li> </ul>	الإهانة أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا لم يكن بإمكانك الوصول فعليًا إلى خدمات الرعاية الصحية ومرافقها داخل عيادة الطبيب أو مقدم الرعاية.</li> <li>• إذا كان الطبيب أو مقدم الرعاية لا يوفر لك مترجمًا فورًا إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية).</li> <li>• إذا كان مقدم الرعاية لا يوفر لك وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.</li> </ul>	إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت تواجه مشكلة في حجز الموعد أو تنتظر مدة طويلة لتتمكن من حجزه.</li> <li>• 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.</li> </ul>	أوقات الانتظار
المثال	الشكوى
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت ترى أن العيادة العامة أو المستشفى أو عيادة الطبيب غير نظيفة.</li> </ul>	النظافة
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا رأيت أننا أخفقنا في إرسال خطاب أو إخطار كان ينبغي إرساله إليك.</li> </ul>	المعلومات التي نرودك بها
<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت ترى أن المعلومات المكتوبة التي نكون قد أرسلناها إليك عسيرة على الفهم.</li> </ul>	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



<ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية عند اتخاذ قرار التغطية أو الرد على التظلم الذي تقدّمه.</li> <li>• إذا كنت ترى، بعد أن نوفر لك التغطية أو نصدر لك قرار التظلم بما يجب في مصلحتك، أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها أو لرد تكلفة بعض الخدمات الطبية إليك.</li> <li>• إذا كنت ترى أننا لم نحيل حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة في الوقت المناسب.</li> </ul>	<p><b>المواعيد المتعلقة بقرارات التغطية أو التظلمات</b></p>
---	---

توجد أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/ أو شكوى خارجية. يتم تقديم الشكاوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها بها. أما الشكاوى الخارجية فيتم تقديمها ومراجعتها لدى منظمة لا تكون طرفاً في خطتنا. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تقديم الشكاوى الداخلية و/أو الشكاوى الخارجية، فيمكنك الاتصال على الرقم 665-4627 (855) أو الرقم 711 بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY). على مدار 7 أيام في الأسبوع/ من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي.

**المصطلح القانوني الذي يشير إلى "الشكوى" هو "المظلمة".**

**المصطلح القانوني الذي يشير إلى "تقديم الشكاوى" هو "تقديم مظلمة".**

## ك2. الشكاوى الداخلية

لتقديم الشكاوى الداخلية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. يمكنك تقديم الشكاوى في أي وقت إلا إذا كانت تتعلق بأدوية الجزء "د". إذا كانت الشكاوى تتعلق بأحد الأدوية الواردة في الجزء D، فيتعين عليك تقديمها في غضون 60 يوماً تقويمياً من التعرض للمشكلة التي تريد تقديم الشكاوى بشأنها.

- إذا كنت بحاجة إلى عمل شيء آخر، سيخبرك أفراد خدمات الأعضاء به.
- كما يمكنك كتابة شكاوك وإرسالها إلينا. وإذا قدمت الشكاوى كتابةً، فسيكون الرد على شكاوك كتابةً كذلك.
- سنرد على شكاوك بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي موعد لا يتجاوز 30 يوماً بعد أن نتلقاها. إذا قدّمت شكوى، فسنرسل إليك خطاباً خلال 5 أيام تقويمية من تاريخ تلقي طلب التظلم لإخبارك بأننا قد تلقينا طلبك. وإذا اتصلت بنا بشأن شكاوك، فسنصل بك أو نرسل إليك خطاباً بردنا. وإذا أرسلت إلينا كتابةً، فسنرسل إليك خطاباً بردنا. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 665-0898 (800)، رقم الهاتف النصي (TTY): 711، طوال أيام الأسبوع من الساعة 08:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً حسب التوقيت المحلي؛ أو مراسلتنا كتابةً على العنوان، Molina Medicare Complete Care Plus Appeals and Grievances, PO Box 22816, Long Beach, CA 90801، الفاكس: 499-0610 (562).

**المصطلح القانوني الذي يشير إلى "الشكاوى السريعة" هو "المظلمة العاجلة".**

- سنوافيك بالرد الفوري إن أمكننا ذلك. وإذا اتصلت بنا لرفع شكوى، من الممكن الرد عليك في المكالمات نفسها. وإذا تطلبت حالتك الصحية الرد بصفة سريعة، فسنفعل ذلك.
- نحن نجيب على أغلب الشكاوى خلال 30 يوماً تقويمياً. وإذا لم نتخذ القرار في غضون 30 يوماً تقويمياً لاحتياجنا إلى معرفة مزيد من المعلومات، فإننا نخبرك بذلك كتابياً. كما أننا نوفر تحديثاً للحالة وتقديراً للوقت الذي ستلقى خلاله الرد.
- إذا قدّمت الشكاوى بسبب رفضنا طلبك بشأن "قرار التغطية السريع" أو "التظلم السريع"، فإننا نوافق تلقائياً على تقديم "الشكاوى السريعة" ونرد عليها في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على الشكاوى جزئياً أو كلياً، فسنخبرك بذلك ونوضح لك أسبابنا. ونوافيك بالرد، سواء وافقنا على الشكاوى أو رفضناها.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**ك3. الشكاوى الخارجية****برنامج 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](http://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 المقدّمة 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 الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. هذا الاتصال مجاني.

**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 الهاتف النصية، يمكنهم الاتصال على رقم 711. يكون الاتصال متاحًا من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 بعد الظهر.

يمكنك تقديم الشكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) في ولاية California. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. ويمكنك الاتصال بمركز مساعدة إدارة California للرعاية الصحية المدارة للحصول على المساعدة فيما يتعلق بالشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. يمكنك الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص شكوى تتضمن مشكلة عاجلة أو مشكلة تنطوي على تهديد وشيك وخطر على صحتك، أو كنت تعاني من ألم شديد، أو كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكاواك، أو إذا لم تعالج خطتنا شكاواك 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 الهاتف النصية، وهو 1-877-688-9891. هذا الاتصال مجاني.
- زيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC)، وهو ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

**مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights)**

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 عوملت بشكل غير عادل. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى حول وصول المعاقين أو المساعدة اللغوية. رقم الهاتف الخاص بمكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights) 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](http://www.hhs.gov/ocr) للاطلاع على مزيد من المعلومات.

كما يمكنك كذلك الاتصال بفرع محلي لمكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights) على الرقم:

877-588-1123،

من الاثنين إلى الجمعة، من 9:00 صباحًا حتى 5:00 بعد الظهر. (بالتوقيت المحلي)، والبريد الصوتي متاح على مدار 24 ساعة.

بالنسبة إلى مستخدمي الهاتف 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 وبموجب قوانين الولايات المعمول بها. ويمكنك الاتصال بالجهة الآتية:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**منظمة تحسين الجودة (QIO)**

عندما تتعلق الشكوى التي تقدّمها بجودة الرعاية، يكون أمامك الخياران الآتيان:

- يمكنك تقديم الشكوى المتعلقة بجودة الرعاية مباشرة إلى منظمة تحسين الجودة (QIO).
- يمكنك تقديم الشكوى إلى كل من منظمة تحسين الجودة (QIO) وخطتنا. وإذا قدّمت الشكوى إلى منظمة تحسين الجودة (QIO)، فإننا نتعاون معها على معالجتها.

منظمة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الذين يتقاضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية نظير التحقق من الرعاية المقدمة لمرضى برنامج Medicare وتحسينها. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن منظمة تحسين الجودة (QIO)، راجع القسم ح 2 أو الفصل 2 من دليل الأعضاء.

في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. ورقم هاتف منظمة Livanta هو 877-588-1123، ورقم الهاتف النصي (TTY) هو: 887-6668 (855).



## 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

185	أ. الوقت الذي يمكنك فيه إلغاء عضويتك في خطتنا.....
186	ب. كيفية إلغاء عضويتك في خطتنا.....
186	ج. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal.....
186	ج1. خدمات Medicare الخاصة بك.....
188	ج2. خدمات Medi-Cal.....
188	د. كيفية الحصول على الخدمات الطبية والأدوية حتى تاريخ إلغاء عضويتك في خطتنا.....
189	هـ. الحالات الأخرى المتعلقة بوقت إلغاء عضويتك في خطتنا.....
189	و. القواعد التي تمنع مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.....
189	ز. حقك في تقديم الشكوى إذا ألغينا عضويتك في خطتنا.....

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.



## أ. الوقت الذي يمكنك فيه إلغاء عضويتك في خطتنا

يمكن أن ينهي معظم الأشخاص المسجلين في Medicare عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا إلى أنك مُسجّل في برنامج Medi-Cal، فقد تتمكن من إلغاء عضويتك في خطتنا أو الانتقال إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة كل عام:

- من يناير إلى مارس
- من إبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث هذه، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- **فترة التسجيل السنوية**، التي تمتد من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت الانتقال إلى خطة جديدة خلال هذه الفترة، فتلغى عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتسري عضويتك في الخطة الجديدة بدءًا من 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح في خطة Medicare Advantage**، التي تمتد من 1 يناير إلى 31 مارس. 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)
- انتقالك مؤخرًا إلى إحدى دور التمريض أو مستشفيات الرعاية طويلة الأجل أو تلقيك الرعاية حاليًا في أي منها أو خروجك للتو من أي منها.

تلغى عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقّى 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 المُدرّجة في الجدول الوارد في **القسم ج 1**
- خدمات برنامج Medi-Cal الواردة في **القسم ج**

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك من خلال الاتصال برقم:

- قسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- بمسؤولي Medicare على الرقم 1800--MEDICARE (-1800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) في ولاية California على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على المكتب المحلي التابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP).
- برنامج Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا وحتى الساعة 6:00 مساءً. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- مكتب أمين مظالم الرعاية المدارة (Managed Care Ombudsman) لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، أو على عنوان البريد الإلكتروني [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

**ملحوظة:** إذا كنت مسجلاً في أي من برامج إدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع **الفصل 5** من دليل الأعضاء للاطلاع على المعلومات عن برامج إدارة الأدوية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**ب. كيفية إلغاء عضويتك في خطتنا**

أمامك الخيارات الآتية إذا كنت تريد مغادرة خطتنا:

- اتصل ببرنامج Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا حتى 5:00 بعد الظهر. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1800--MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام) الاتصال على 1-877-486-2048. وعند الاتصال
- بخط المساعدة 1-800-MEDICARE، يمكنك التسجيل كذلك في أي من خطط الأدوية أو الرعاية الصحية الأخرى التابعة لبرنامج Medicare. يوضح الجدول أدناه مزيدًا من المعلومات عن الحصول على خدمات Medicare عند مغادرة خطتنا.
- يتضمن القسم ج أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة مختلفة، وهي من شأنها كذلك إلغاء عضويتك في خطتنا.
- سيستمر سريان عضويتك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus التابعة لبرنامج Medi-Cal ما لم تنتقل خارج المقاطعة التي تقم فيها.

**ج. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal**

تكون أمامك خيارات للحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal إذا اخترت مغادرة خطتنا.

**1. خدمات Medicare الخاصة بك**

أمامك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المُدرّجة أدناه. باختيار أحد هذه الخيارات، تنتهي عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

**1. يمكنك التغيير إلى:****خطة Medicare أخرى للرعاية الصحية****إليك ما يجب عليك القيام به:**

اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

للاستفسارات بشأن برنامج PACE، اتصل على (7223) 1-855-921-PACE.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة المزيد من المعلومات:

- فاتصل على برنامج California Health Insurance

على Counseling and Advocacy Program (HICAP)

الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00

صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور

على المكتب المحلي التابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة

الموقع الإلكتروني [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP).

أو

سجّل في خطة جديدة من خطط برنامج Medicare.

يُلغى تسجيلك تلقائيًا في خطتنا التابعة لبرنامج Medicare عندما تبدأ فترة التغطية التي توفرها لك الخطة الجديدة. وقد يطرأ تغيير في خطة برنامج Medi-Cal التي تكون فيها.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

## 2. يمكنك التغيير إلى:

**خطة Original Medicare مع خطة منفصلة  
للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare**

## إليك ما يجب عليك القيام به:

اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة المزيد من المعلومات:

- فاتصل على برنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على المكتب المحلي التابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)

أو

سجل في خطة جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سألغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا.

لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



**3. يمكنك التغيير إلى:****خطة Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية من Medicare**

**ملحوظة:** إذا انتقلت إلى أي من خطط برنامج Original Medicare ولم تسجل في أي خطة مستقلة من خطط الأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare، فقد يسجل برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، ما لم تخبره برغبتك في عدم التسجيل.

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 بشأن حاجتك إلى التغطية الدوائية، فاتصل ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) في ولاية California على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على المكتب المحلي التابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)

**إليك ما يجب عليك القيام به:**

اتصل بخط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) المتاح 24 ساعة في اليوم طوال 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة المزيد من المعلومات:

- فاتصل على برنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على المكتب المحلي التابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)

بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

**2. خدمات Medi-Cal**

لشرح أسئلة حول كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal بعد مغادرة خطتنا، اتصل بـ Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 6:00 مساءً. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى 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.

**د. 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.

- استخدم الصيدليات التابعة لشبكتنا بما في ذلك من خلال خدمات صيدليات الطلب بالبريد التابعة لنا لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.
- إذا كنت في المستشفى في تاريخ إلغاء عضويتك في خطة Molina Medicare Complete Care Plus، فستوفر خطتنا تغطية إقامتك في المستشفى حتى خروجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## هـ. 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 الجزءين "أ" و"ب" في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً للتسجيل في برنامج Medi-Cal. حيث إن خطتنا مخصصة فقط للأشخاص المؤهلين للتسجيل في كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمات التابعة لنا.
- إذا كنت بعيداً عن منطقة الخدمة لمدة تزيد عن ستة أشهر.
  - إذا انتقلت أو سافرت في رحلة طويلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في نطاق خدمات خطتنا.
- إذا تعرضت للسجن بسبب جريمة جنائية.
- إذا كذبت بشأن المعلومات الخاصة بالتأمين الأخرى التي تتمتع بها للحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا أو أخفيت هذه المعلومات.
- إذا لم تكن مواطناً من مواطني الولايات المتحدة أو لست موجوداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
  - يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو أن تكون مقيماً بشكل قانوني بها لكي تنضم كعضو إلى الخطة.
  - تخبرنا مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (CMS) بما إذا لم تعد مؤهلاً لحمل العضوية على هذا الأساس.
  - يتعين علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذا المطلب.

لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أو لاً:

- إذا أعطيتنا معلومات غير صحيحة عن عمد عند تسجيلك في خطتنا وكانت تلك المعلومات تؤثر على أهليتك للتمتع بخطتنا.
- إذا وصلت التصرف بطريقة تضر بالنظام وجعلت من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين بخطتنا.
- إذا سمحت لأي شخص آخر باستخدام بطاقة معرف الخطة الخاصة بك للحصول على الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا ألغينا عضويتك لهذا السبب).

## و. القواعد التي تمنع 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 بخط المساعدة 1-800-MEDICARE لبرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصبية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

## ز. حَقِّكَ في تقديم الشكوى إذا ألغينا عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا، ينبغي علينا اطلاعك على الأسباب التي دعنا لإنهاء عضويتك كتابةً. كما يجب علينا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى، في حال أردت تقديم شكوى حول قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك كذلك مراجعة **الفصل 9** من دليل الأعضاء للاطلاع على المعلومات عن كيفية تقديم الشكوى.



## 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

191	أ. إشعارٌ حول القوانين
191	ب. إشعارٌ حول عدم التمييز
192	ج. إشعارٌ حول برنامج Medicare بوصفه الدافع الثاني وبرنامج Medi-Cal بوصفه الدافع الأخير



## أ. إشعار حول القوانين

تسري قوانين كثيرة على دليل الأعضاء هذا. وقد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى إذا لم تكن واردة أو موضحة في دليل الأعضاء. القوانين الرئيسية التي تطبق هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية الصادرة بشأن برنامجي Medicare و Medi-Cal. كما قد تنطبق أيضًا بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

## ب. إشعار حول عدم التمييز

يجب على كل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare و Medi-Cal الالتزام بالقوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير العادلة. لا يجوز لنا التمييز بينك وبين غيرك أو التعامل معك بشكل مختلف بسبب العمر، أو الخبرة المكتسبة من تقديم المطالبات، أو اللون، أو العرق، أو وجود الدليل على إمكانية التأمين، أو النوع، أو المعلومات الجينية، أو الموقع الجغرافي داخل نطاق الخدمة، أو الحالة الصحية، أو التاريخ الطبي، أو الإعاقة العقلية أو البدنية، أو الأصل القومي، أو الأصل الإثني، أو الدين، أو الجنس، أو التوجه الجنسي. 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 مزيد 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 الهاتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. كما يمكنك زيارة [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) للاطلاع على مزيد من المعلومات.
- اتصل 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).
- أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413  
تتوفر نماذج الشكاوى على:

[www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

إذا كنت ترى أنك تعرضت للتمييز وتريد رفع مظلمة بالتمييز، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، رقم الهاتف النصي (TTY): 711.

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) هاتفياً أو كتابياً أو إلكترونياً:

- هاتفياً: اتصل على الرقم 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو السمع جيداً، فيرجى الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- كتابياً: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

تتاح نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني [dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على الرقم 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

• إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto: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.

### ج. إشعار حول برنامج Medicare بوصفه الدافع الثاني وبرنامج Medi-Cal بوصفه الدافع الأخير

في بعض الأحيان، يتعين على جهة أخرى أن تدفع أولاً تكاليف الخدمات التي نقدمها إليك. حيث إنك إذا أصبت 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 تتحملها الأطراف الثالثة بشأن خدمات الرعاية الصحية المُقدّمة إلى الأعضاء. وتتخذ كل التدابير المعقولة لضمان أن يكون برنامج Medi-Cal هو الدافع الأخير.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على

رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)



## الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية الواردة في دليل الأعضاء مع تعريفاتها. يتم سرد المصطلحات بترتيب أبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو احتجت إلى معرفة معلومات أكثر من تلك التي يتضمنها التعريف، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

**أنشطة الحياة اليومية (ADL):** الأنشطة التي يمارسها الأشخاص في الأيام العادية، مثل الأكل أو دخول الخلاء أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تفريش الأسنان.

**المركز الجراحي المتنقل:** المرفق الذي يوفر خدمات جراحة العيادات الخارجية للمرضى الذين لا يحتاجون إلى تلقي الرعاية في المستشفى والذين لا يتوقع أن يحتاجوا إلى الرعاية مدة تزيد على 24 ساعة.

**التظلم:** الطريقة التي تمكنك من الاعتراض على ما اتخذناه من إجراءات إذا كنت ترى أننا قد أخطأنا. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار التغطية بتقديم تظلم. يوضح الفصل التاسع التظلمات، بما في ذلك كيفية تقديم هذه التظلمات.

**الصحة السلوكية:** مصطلح شامل يشير إلى اضطرابات الصحة النفسية واضطرابات استعمال المواد.

**الدواء الذي يحمل العلامة التجارية:** الدواء الموصوف الذي تنتجه وتبيعه الشركة التي ابتكرته 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 أخرى.

**خطة الرعاية:** راجع "خطة الرعاية الفردية (ICP)".

**الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (خدمات CPO):** الخدمات الإضافية التي تتيحها خطة الرعاية الفردية (ICP) بصورة اختيارية. 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".

**مدير الحالة:** الموظف التابع لشركة Molina الذي يتعاون معك ومع خطة الرعاية الصحية ومقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

**مرحلة التغطية الفاجعة:** مرحلة من مراحل مزايا أدوية الجزء D تدفع خلالها خطئنا كل تكاليف الأدوية التي تحصل عليها حتى نهاية العام. وتبدأ أنت هذه المرحلة عندما تصل تكاليف الأدوية الموصوفة لك إلى حد 7400 دولار.

**مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. ويوضح الفصل 2 من دليل الأعضاء كيفية الاتصال بمراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS).

**برنامج Community Based Adult Services (CBAS):** برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المرافق الطبية الذي يقدم خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم إلى الأسرة/مقدمي الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات التي تُقدَّم إلى الأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

**الشكوى:** البيان المكتوب أو المنطوق الذي يفيد بأنك تواجه مشكلة ما أو لديك مخاوف بشأن الخدمات أو الرعاية المشمولة بالتغطية التي تحصل عليها. وهذا يشمل أي استفسارات بخصوص جودة الخدمة أو جودة الرعاية أو مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. والاسم الرسمي الذي يشير إلى "تقديم الشكوى" هو "رفع التظلم".

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF):** المرفق الذي يوفر بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد التعرض لمرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. فهو يقدم مجموعة من الخدمات تتضمن العلاج البدني والخدمات الاجتماعية أو النفسية والمعالجة التنفسية والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب وخدمات تقييم بيئة المنزل.

**قرار التغطية:** قرار نصدره بشأن المزايا التي توفر التغطية بشأنها. ويشمل ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي ندفعه مقابل الخدمات الصحية التي تحصل عليها. ويوضح **الفصل 9** من دليل الأعضاء كيفية مطالبتنا بإصدار قرار التغطية.

**الأدوية المشمولة بالتغطية:** المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى كل الأدوية الموصوفة والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) التي تشملها تغطية خطتنا.

**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 (OTC)، والمعدات، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

**تدريب الكفاءة الثقافية:** التدريب الذي يمنح مقدمي الرعاية الصحية التوجيهات التي تساعد على فهم ثقافتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لمواءمة الخدمات بشكل يلبي احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

**إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS):** الإدارة المسؤولة عن إدارة برنامج Medicaid في ولاية California، المعروف باسم برنامج Medi-Cal.

**إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care, DMHC):** الإدارة المسؤولة عن تنظيم خطط الرعاية الصحية في ولاية California. 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).

**إلغاء التسجيل:** عملية إلغاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إنهاء التسجيل طوعياً (باختيارك) أو إجبارياً (ليس باختيارك).

**فئات الأدوية:** مجموعات الأدوية المُدرّجة في قائمة الأدوية. تعد الأدوية العامة أو ذات العلامة التجارية أو التي يتم تناولها بدون وصفة طبية أمثلة على فئات الأدوية. يندرج كل دواء في قائمة الأدوية ضمن واحدة من خمس (5) فئات.

**المعدات الطبية المعمرة (DME):** بعض المستلزمات التي يطلبها الطبيب الذي تتعامل معه للاستخدام في منزلك. ومن أمثلتها الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، ولوازم مرضى السكر، وأسرة المستشفيات التي يأمر بها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل وكذلك مضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات ولوازم الأكسجين، والبخاخات، والمشايات.

**حالة الطوارئ:** الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها، أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، أنك تعاني أعراضاً 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). وقد تكون هذه الأعراض إصابة خطيرة أو ألم شديد.

**الرعاية في حالات الطوارئ:** الخدمات المشمولة بالتغطية التي يقدمها موفر الخدمة المدرب على تقديم خدمات حالات الطوارئ والخدمات اللازمة لعلاج الحالة الطبية الطارئة أو حالة الصحة السلوكية الطارئة.

**الاستثناء:** الإذن بالحصول على تغطية الدواء الذي لا تشمله التغطية في العادة أو باستخدام الدواء مع إلغاء القواعد والقيود المحددة المطبّقة عليه.

**المساعدة الإضافية (Extra Help):** البرنامج التابع لبرنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تخفيض تكاليف الأدوية الموصوفة الواردة في الجزء D من برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات والمدفوعات المشتركة. يُسمى برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help) كذلك بـ "إعانة محدودي الدخل" أو اختصاراً بـ "LIS".

**الدواء المكافئ:** الدواء الموصوف المعتمد من الحكومة الفيدرالية ليُستخدم بدلاً من الدواء الحامل للعلامة التجارية. تحتوي الأدوية العامة على نفس المكونات التي تحتوي عليها الأدوية التي تحمل علامة تجارية. وعادة ما يكون أقل ثمناً ولا يختلف مفعوله عن مفعول الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

**المظلمة:** الشكاوى التي تقدّمها بشأننا أو بشأن أي من مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. وهذا يشمل أي شكاوى بشأن جودة الرعاية أو جودة الخدمة التي توفرها خطتك الصحية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. **للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)**

**برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP):** البرنامج الذي يوفر الاستشارات والمعلومات المجانية والموضوعية في ما يتعلق ببرنامج Medicare. ويوضح الفصل 2 من دليل الأعضاء كيفية الاتصال ببرنامج HICAP.

**خطة الرعاية الصحية:** المنظمة التي تضم الأطباء والمستشفيات والصيديات وموفري الخدمات طويلة الأجل وغيرهم من مقدمي الخدمات. كما أنها تتضمن مديري الحالات لمساعدة الأعضاء في إدارة جميع الجهات والخدمات المتاحة لك. ويتعاونون جميعًا على تقديم الرعاية التي تحتاج إليها.

**تقييم المخاطر الصحية:** المراجعة التي تُجرى على تاريخك الطبي وحالتك الصحية الحالية. ويُستخدم التقييم لمعرفة الحالة الصحية للمريض ومدى تعرّضها للتغيير في المستقبل.

**المساعد الصحي المنزلي:** الشخص الذي يقدم خدمات لا تستلزم مهارات الممرضين أو المعالجين المجازين، مثل المساعدة بشأن العناية الشخصية (مثل الاستحمام أو دخول الخلاء أو ارتداء الملابس أو ممارسة التمارين الموصوفة). لا يتمتع المساعد الصحي المنزلي برخصة تمريض ولا يقدم العلاج.

**برنامج رعاية المحتضرين:** برنامج الرعاية والدعم الذي يساعد الأشخاص المشخّصين بأي مرض عضال على العيش بشكل مريح. والمرضى العضال يعني أن الشخص مصاب بمرض لا يرجى الشفاء منه ومن المتوقع أن يتوفى خلال 6 أشهر أو أقل.

- ويحق للمشارك المصاب بمرض عضال اختيار دار الرعاية التي يرغب فيها.
- وهي عبارة عن فريق من المحترفين ومقدمي الرعاية لتوفير الرعاية للأشخاص بصفة كاملة، بما في ذلك توفير الاحتياجات البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحانية.
- ويتعين علينا أن نؤكد بقاءة تتضمن موفري خدمات رعاية المحتضرين المتوفرة في منطقتك الجغرافية.

**إصدار الفواتير غير اللائقة/ غير المناسبة:** 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 استلمت أي فواتير لا تفهمها.

نظرًا إلى أننا نتحمل كل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها، لا تتحمل أنت أي حصة من تقاسم التكاليف. على مقدمي الرعاية عدم إصدار أية فواتير لك لأي من تلك الخدمات.

**المراجعة الطبية المستقلة (IMR):** التظلم الذي يمكنك تقديمه إذا رفضنا طلبك بالحصول على الخدمات الطبية أو العلاج. إذا لم توافق على قرارنا وكانت مشكلتك خاصة بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك الإمدادات بأجهزة طبية معمرة (DME) والأدوية، فيمكنك أن تطلب من إدارة California للرعاية الصحية المدارة 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.

**رابطة الأطباء المستقلين (IPA، Independent Physician Association):** الشركة المتعاقدة مع خطة Molina

(HMOD-SNP) Medicare Complete Care Plus على تنظيم مجموعة من الأطباء والمتخصصين وموفري الخدمات الصحية الآخرين لتقديم الرعاية إلى أعضاء خطة Molina Medicare Complete Care Plus. 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 الفردية (ICP أو خطة الرعاية):** خطة الرعاية التي تشمل مخاوفك الصحية الرئيسية وأهدافك واحتياجاتك والخدمات التي قد تحتاج إليها. قد تشمل خطتك الخدمات الطبية، وخدمات الصحة السلوكية، والخدمات والدعم الطويل الأجل.

**المريض الداخلي:** المصطلح الذي يشير إلى حالتك وأنت تدخل المستشفى رسميًا للحصول على خدمات الرعاية الطبية الحاذقة. أما إذا لم تتم الموافقة على دخولك رسميًا، فقط تظل تُعامل بصفة المريض الخارجي أو قد تظل تتلقّى خدمات المراقبة بدلاً من المعاملة بصفة المريض الداخلي حتى إذا قضيت الليلة في المستشفى.

**فريق الرعاية متعدد التخصصات (ICT أو فريق الرعاية):** فريق الرعاية الذي قد يضم طبيب الرعاية الأولية، ومدير الحالة، ومقدمي الرعاية المتخصصين الآخرين. مقدم الرعاية، أو غيره من اختصاصي الصحة المسؤولين عن تقديم المساعدة لك وضمان حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها. كما يساعد فريق الرعاية على إعداد خطة الرعاية أو تحديثها.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (قائمة الأدوية):** قائمة الأدوية الموصوفة والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. ونحن نختار الأدوية التي ندرجها في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيدالدة. تطلعك قائمة الأدوية على القواعد التي ينبغي عليك اتباعها للحصول على الدواء. ويُطلق على قائمة الأدوية أحيانًا اسم "كتيب الوصفات".

**الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS):** الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي تساعد على تحسين الحالة الطبية على المدى الطويل. وتساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في المنزل من دون أن تضطر إلى الإقامة في أي من دور التمريض أو المستشفيات. يتضمن برنامج LTSS برنامج Community-Based Adult Services (CBAS) و Nursing Facilities (NF).

**إعانة محدودية الدخل (LIS):** راجع "المساعدة الإضافية (Extra Help)".

**برنامج توصيل الطلبات عبر البريد:** برنامج توصيل الطلبات عبر البريد الذي قد توفّره بعض الخطط لتمكينك من الحصول على إمدادات الأدوية الموصوفة المشمولة بالتغطية مدة تصل إلى 3 أشهر بتوصيلها مباشرة إلى منزلك. وقد تكون هذه طريقة فعّالة من حيث التكلفة ومناسبة لصراف الوصفات الطبية التي تحصل عليها باستمرار.

**برنامج Medi-Cal:** الاسم المختصر لبرنامج Medicaid في ولاية 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 ولاية، إلا أن أغلب تكاليف الرعاية الصحية تخضع للتغطية إذا كنت مؤهلاً لبرنامجي Medicare و Medicaid.
- راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء للاطلاع على معلومات عن كيفية الاتصال ببرنامج Medi-Cal.

**خطط برنامج Medi-Cal:** الخطط التي لا تغطي سوى مزايا برنامج Medi-Cal، مثل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، والمعدات الطبية، ووسائل النقل. تقدم فوائد Medicare بشكل مستقل.

**الضرورة الطبية:** المصطلح الذي يصف الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية الضرورية التي تحتاج إليها لمنع تفاقم حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعثك 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.

**برنامج 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 الزرع الكلوي). ويمكن لأعضاء برنامج Medicare أن يحصلوا على التغطية الصحية التي توفرها أي من خطط برنامج Original Medicare أو خطط الرعاية المدارة (راجع "خطة الرعاية الصحية").

**برنامج Medicare Advantage:** البرنامج التابع لبرنامج Medicare، المعروف كذلك باسم "الجزء C من برنامج Medicare" أو "MA"، الذي يوفر خطط Medicare Advantage عن طريق الشركات الخاصة. يدفع برنامج Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

**الخدمات المشمولة بتغطية برنامج Medicare:** الخدمات المشمولة بالتغطية الواردة في الجزء A والجزء B من برنامج Medicare. ويجب أن تغطي كل خطط الرعاية الصحية لبرنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، كل الخدمات التي تشملها التغطية الواردة في الجزء A والجزء B من برنامج Medicare.

**الشخص المسجّل في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal:** الشخص المؤهل للحصول على التغطية التي يوفّرها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. ويُطلق كذلك على الشخص المسجّل في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal اسم "الشخص صاحب التأهيل المزدوج".

**الجزء A من برنامج Medicare:** البرنامج التابع لبرنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات المستشفيات ومرافق الرعاية التمريضية الحاذقة والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المحتضرين التي تكون ضرورية طبيًا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**الجزء B من برنامج 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" برنامج Medicare العديد من خدمات العلاج الوقائي واختبارات الفحص.

**الجزء C من برنامج Medicare:** البرنامج التابع لبرنامج Medicare، المعروف كذلك باسم "خط Medicare Advantage" أو "خط MA"، الذي يمكن شركات التأمين الصحي الخاصة من تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال أي من خطط Medicare Advantage.

**الجزء D من برنامج Medicare:** البرنامج التابع لبرنامج Medicare الذي يوفر مزايا الأدوية الموصوفة. (نحن نطلق على هذا البرنامج اسم "الجزء D" اختصارًا). ويغطي الجزء D الأدوية واللقاحات وبعض اللوازم الموصوفة المخصصة للمرضى الخارجيين التي لا تشملها أي من تغطية الجزء A أو الجزء B من برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. وتشمل خطتنا الجزء D من برنامج Medicare.

**الأدوية الواردة في الجزء D من برنامج Medicare:** الأدوية التي تشملها تغطية الجزء D من برنامج Medicare. ويستثنى الكونجرس على وجه التحديد بعض فئات الأدوية بحيث لا تشملها تغطية الجزء D. قد يغطي برنامج Medi-Cal بعضًا من هذه الأدوية.

**برنامج إدارة العلاج بالأدوية:** مجموعة من الخدمات المتميزة أو الخدمات الأخرى التي يوفرها مقدمو الرعاية الصحية، بما في ذلك الصيدلانية، لضمان تحقيق أفضل النتائج العلاجية بالنسبة إلى المرضى. ويمكنك مراجعة الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات.

**العضو (العضو في خطتنا أو عضو خطتنا):** الشخص الحامل عضوية برنامجي Medicare وMedi-Cal المؤهل للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية الذي سجل في خطتنا وأكدّت مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية (CMS) والولاية تسجيله.

**دليل الأعضاء ومعلومات الإفصاح:** هذا المستند وكذلك نموذج التسجيل وأي مرفقات أو ملحقات أخرى توضح التغطية التي تستحقها، والخطوات الواجب علينا اتخاذها، وحقوقك، والخطوات الواجب عليك اتخاذها بصفقتك عضوًا في خطتنا.

**قسم خدمات الأعضاء (Member Services):** القسم التابع لخطتنا المسؤول عن الإجابة عن الأسئلة التي تكون لديك حول عضويتك، والمزايا، والمظالم، والتظلمات. راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن قسم خدمات الأعضاء.

**الصيدلية التابعة للشبكة:** الصيدلية (متجر الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات لأعضاء خطتنا. ونحن نطلق عليها اسم "الصيدليات التابعة لشبكتنا" نظرًا إلى أنها وافقت على التعاون مع خطتنا. وفي معظم الحالات، لا توفر تغطية الوصفات إلا عند صرفها لدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

**مقدم الرعاية التابع للشبكة:** "مقدم الرعاية" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى أي من الأطباء والمرضى والأشخاص الآخرين الذين يقدمون إليك 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 الرعاية 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 في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة. ويُطلق على مقدمي الرعاية التابعين للشبكة كذلك اسم "مقدمو الرعاية التابعون للخطة".

**دار التمريض أو مرفق الرعاية التمريضية:** المكان الذي يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول عليها في المنزل، لكنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى.

**مكتب أمين المظالم:** المكتب الكائن في الولاية الذي تلجأ إليه للدفاع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة عن أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك على معرفة ما يجب القيام به. يوفر مكتب أمين المظالم خدماته مجانًا. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و9** من دليل الأعضاء.

**تقرير المنظمة:** تقرير 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. ويُطلق على تقارير المنظمة اسم "قرارات التغطية". يوضح **الفصل 9** من دليل الأعضاء قرارات التغطية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare)

**برنامج Original Medicare (البرنامج التقليدي التابع لبرنامج Medicare أو برنامج رسوم الخدمات التابع لبرنامج Medicare):** برنامج Original Medicare الذي توفره الحكومة. وفي إطار برنامج Original Medicare، تُغطى الخدمات من خلال الدفع إلى الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يخدمهم الكونجرس.

- يمكنك استخدام الطبيب أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يقبلون برنامج Medicare. ويتألف برنامج Original Medicare من جزأين، هما الجزء A (التأمين في المستشفيات) والجزء B (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.

**الصيدلية غير التابعة للشبكة:** الصيدلية التي لم توافق على التعاون مع خطتنا على تنسيق الأدوية المشمولة بالتغطية أو توفيرها لأعضاء خطتنا. ولا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تصرفها لدى الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تُطوَّق شروط معينة.

**مقدم الرعاية غير التابع للشبكة أو المرفق غير التابع للشبكة:** مقدم الرعاية أو المرفق الذي لا تعينه خطتنا أو تسيطر عليه أو تشرف على إدارته وغير المتعاقد على توفير الخدمات المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. ويوضح **الفصل 3** من دليل الأعضاء مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة أو المرافق غير التابعة للشبكة.

**الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية (OTC):** الأدوية أو العقاقير غير الموصوفة التي يمكن أن يشتريها الشخص من دون الحصول على وصفة من اختصاصي الرعاية الصحية.

**الجزء A:** راجع "الجزء A من برنامج Medicare".

**الجزء B:** راجع "الجزء B من برنامج Medicare".

**الجزء C:** راجع "الجزء C من برنامج Medicare".

**الجزء D:** راجع "الجزء D من برنامج Medicare".

**الأدوية الواردة في الجزء D:** راجع "الأدوية الواردة في الجزء D من برنامج Medicare".

**المعلومات الصحية الشخصية (المعروفة كذلك باسم المعلومات الصحية المحمية) (PHI):** المعلومات عنك وعن صحتك، مثل الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الأطباء والتاريخ 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 الأولية (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 الرئيسي (PCP) الخاص بك قبل اللجوء إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.

- راجع **الفصل 3** من دليل الأعضاء للاطلاع على معلومات عن الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية.

**التصريح السابق:** طلب الخدمة الذي يمنحه مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تتعامل معه لتحصل على الموافقة أو الإذن بالحصول على الخدمة أو الدواء المحدد أو لتتعاقد مع أي من مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء.

لا تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية التابعة للشبكة إلا إذا حصل الطبيب أو مقدم الرعاية التابع للشبكة منّا على التصريح السابق.

- 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 حصلت منّا على التصريح السابق.

- الأدوية المشمولة بالتغطية التي تستلزم الحصول على التصريح السابق في خطتنا موضحة في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 665-4627 (855)، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.

هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**برنامج (PACE) Program for All-Inclusive Care for the Elderly:** البرنامج الذي يغطي مزايا برنامجي Medicare و Medi-Cal معاً بالنسبة إلى الأشخاص الذين تزيد أعمارهم على 55 عاماً ممن يحتاجون إلى الحصول على مستوى أعلى من الرعاية للبقاء في المنزل.

**الأجهزة التعويضية وأجهزة تقويم العظام:** الأجهزة الطبية التي يطلبها الطبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية. وهي 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 الستوما وعلاج التغذية المعوية والتغذية بالحقن.

**منظمة تحسين الجودة (QIO):** مجموعة الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية المقدمة إلى أعضاء برنامج Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) للتحقق من الرعاية المقدمة إلى المرضى وتحسينها. راجع الفصل 2 من دليل الأعضاء للاطلاع على معلومات عن منظمة تحسين الجودة (QIO).

**حدود الكمية:** الحد الأقصى لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. وقد نطبق حدوداً على كمية الدواء التي نغطيها في كل وصفة.

**الإحالة:** الموافقة التي يمنحها لك مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تتعامل معه لتتعامل مع مقدم رعاية غيره. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي الخدمات التي تحصل عليها أولاً. ولست بحاجة إلى إحالة لزيارة اختصاصيين معينين، مثل الاختصاصيين 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 ليساعدك على التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. يمكنك مراجعة الفصل 4 من دليل الأعضاء. وذلك لتطلع على مزيد من المعلومات عن خدمات إعادة التأهيل.

**الخدمات الحساسة:** الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المنقولة جنسياً (STI)، وفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/الإيدز (AIDS)، وحالات الإجهاض والاعتداء الجنسي، واضطرابات استعمال المواد، ورعاية التأكيد على النوع، وعنف العشير.

**نطاق الخدمات:** النطاق الجغرافي الذي تقبل فيه خطة الرعاية الصحية الأعضاء إذا كانت تطبق حدوداً على العضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأشخاص. وبالنسبة إلى الخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي قد تتعامل معها، فيكون هذا عموماً هو النطاق الذي يمكنك الحصول فيه على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). ويمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا التسجيل في الخطة.

**حصة التكلفة:** حصة تكاليف الرعاية الصحية التي قد يلزمك دفعها كل شهر قبل أن تحصل على تغطية المزايا التي تستحقها. ويتباين مبلغ حصتك من التكاليف اعتماداً على الدخل والموارد الخاصة بك.

**مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF):** مرفق الرعاية التمريضية المُجهز بفريق العمل والمعدات اللازمة لتقديم الرعاية التمريضية الحاذقة، وخدمات إعادة التأهيل الحاذقة في معظم الحالات، وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

**الرعاية التي يوفرها مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF):** الرعاية التمريضية الحاذقة وخدمات إعادة التأهيل التي تقدم على أساس يومي دائم داخل مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة. 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 بخصوص مرض محدد أو عضو محدد في الجسم.

**الصيدلية المتخصصة:** راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء للاطلاع على مزيد من المعلومات عن الصيدليات المتخصصة.

**جلسة الاستماع لدى الولاية:** جلسة الاستماع التي يمكنك مطالبة عقدها لدى الولاية إذا طلب الطبيب أو مقدم الرعاية 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، فسيُتوجب علينا تقديم الخدمة التي طلبتها.

**العلاج التدريجي:** قاعدة التغطية التي تتطلب منك أن تجرّب أولاً استخدام دواء آخر قبل أن نغطي الدواء الذي تطلب الحصول عليه.

**دخل الضمان الإضافي (SSI):** المعونة الشهرية التي يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عاماً أو أكبر. تختلف مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) عن مزايا الضمان الاجتماعي. ويوفر دخل الضمان الإضافي (SSI) تغطية برنامج Medi-Cal تلقائياً.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP) على 711-665-4627، رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).

**الرعاية العاجلة:** الرعاية التي تحصل عليها لعلاج مرض أو إصابة أو حالة مفاجئة ليست طارئة، لكنها تستلزم الرعاية الفورية. يمكنك الحصول على خدمات الرعاية العاجلة من مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة عندما لا يُتاح ذلك لدى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو عند صعوبة الوصول لهم.

---

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) Molina Medicare Complete Care Plus على رقم هاتف الصم والبكم: 711، طوال أيام الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. هذا الاتصال مجاني. للاطلاع على مزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Medicare](http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare).



### 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: (866) 606-3889، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا. وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي، رقم هاتف الصم والبكم: 711  
الفاكس: (562) 499-0610  
البريد الإلكتروني: [civil.rights@MolinaHealthcare.com](mailto: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  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

(أو 711 لخدمة ترحيل الاتصالات) 916-440-7370  
[CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov)

نماذج الشكاوى متاحة على الموقع الإلكتروني [http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

إذا كنت ترى أن Molina قد مارست أي تمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل الوطني أو الإعاقة أو العمر أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات البشرية، مكتب الحقوق المدنية (Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) في الولايات المتحدة إلكترونيًا من خلال بوابة الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية (Civil Rights Complaint Portal)، المتاحة على الموقع الإلكتروني <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عبر البريد أو الهاتف على العنوان:

وزارة Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW, Room 509F  
HHH Building  
Washington, DC 20201

1-800-868-1019 أو 800-537-7697 (لمستخدمي أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD))

تتاح نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>



## Language Assistance Services

Free aids and services, such as sign language interpreters, written translations, and written information in alternative formats, are available to you. Call 1-855-665-4627 (TTY: 711).

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-665-4627. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al 1-855-665-4627. Alguien que hable Español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 如果您对我们的健康计划或药品计划有任何问题，我们可以提供免费的口译服务回答您的问题。若要获得口译服务，请致电我们：1-855-665-4627。说普通话的人士会帮助您。这是免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打 1-855-665-4627 聯絡我們。能說 广东话 的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-855-665-4627. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

**Vietnamese:** Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số 1-855-665-4627. Một người nói Tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

**Korean:** 당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 1-855-665-4627 로 전화하십시오. 한국말 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о вашем плане медицинского обслуживания или плане с покрытием лекарственных препаратов, для вас предусмотрены бесплатные услуги переводчика.



Language Assistance Services

Чтобы воспользоваться услугами переводчика, просто позвоните нам по номеру 1-855-665-4627. Вам поможет сотрудник, владеющий русским языком. Эта услуга предоставляется бесплатно.

**Arabic:** نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على الرقم 1-855-665-4627. ويمكن لشخص يتحدث اللغة مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجاناً.

**Hindi:** हमारे हेल्थ या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का ज़वाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त इंटरप्रेटर सेवाएं हैं। इंटरप्रेटर से बात करने के लिए, बस हमें 1-855-665-4627 पर कॉल करें। हिन्दी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

**Japanese:** 弊社の健康保険や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスを利用するには、1-855-665-4627 までお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

**Armenian:** Մենք ներկայացնում ենք Ձեր հարցերի և խնդիրների վերաբերյալ մեր առկա անվճար հարցերի օգնությունը։ Ձեր ցանցի անհատիկ հարցերի և խնդիրների վերաբերյալ կարող եք կապ հաստատել համարներով։ Թարգմանիչ անհատիկները կարող են օգնել Ձեզ։ Մենք ներկայացնում ենք 1-855-665-4627 հեռախոսահամարով։ Ինչպես նաև, ով խոսում է հայերեն, կարող է օգնել Ձեզ։ Մենք ներկայացնում ենք ։

**Cambodian:** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយតបទៅនឹងសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចនឹងមានអំពីគម្រោងសុខភាពនិងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-855-665-4627 ។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវាកម្មនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

**Persian (Farsi):** باشید می توانید از خدمات ترجمه رایگان ما استفاده کنید. برای دسترسی به مترجم شفاهی، کافی است با شماره 1-855-665-4627 با ما تماس بگیرید. فردی که به زبان فارسی صحبت می کند به شما کمک خواهد کرد. این سرویس رایگان است.

**Hmong:** Peb muaj cov kev pab cuam pab txhais lus pub dawb los teb cov lus nug uas koj muaj txog peb txoj phiaj xwm kev noj qab haus huv los sis tshuaj. Yog xav tau ib tus neeg txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-855-665-4627. Ib tus neeg uas hais lus Hmoob tuaj yeem pab koj. Qhov no yog ib qho kev pab cuam pub dawb.



## Language Assistance Services

**Laotian:** ພວກເຮົາມີການບໍລິການນາຍພາສາພຣີເຜີ້ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ການຢາຂອງພວກເຮົາ. ຖ້າຕ້ອງການນາຍແປພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ 1-855-665-4627. ຄົນທີ່ເວົ້າ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການພຣີ.

**Mien:** Yie mbuo mv nongc zinh taengx meih mbienv wac daih dau meih,haih doix yie mbuo nyei sinh beih nongx faix bong ndie nyei nyungh nyungc geh naiv.Oix duqv taux taengx meih mbienv wac,kungx zuqc mboqv yie mbuo nyei dienx wac 1-855-665-4627.Haih gongrg mienh wac nyei mienh haih bong taengx zuqc meih.Naiv se yietc nyungc mv nongc zinh nyei bong taengx.

**Punjabi:** ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਦਵਾਈ ਯੋਜਨਾ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ। ਦੁਆਰੀਏ ਨਾਲ ਸੰਪਰਕ ਕਰਨ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-855-665-4627 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਕੋਈ ਵਿਅਕਤੀ ਜੋ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦਾ ਹੈ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

### Thai:

เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือ อยาของเรา หากต้องการรับบริการล่าม เพียงโทรหาเราที่ 1-855-665-4627 คนที่สามารถพูดภาษา ภาษาไทย สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้เป็นบริการที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

**Ukrainian:** У нас є безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які питання, які ви можете мати про наш план здоров'я або наркотиків. Щоб отримати інтерпретатор, просто зателефонуйте нам на 1-855-665-4627. Хтось, хто говорить Українська мова, може вам допомогти. Це безкоштовна послуга.

**French:** Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-665-4627. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**German:** Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-665-4627. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

**Italian:** È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-665-4627. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.



## Language Assistance Services

**Portugués:** Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-665-4627. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-665-4627. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

**Polish:** Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-665-4627. Ta usługa jest bezpłatna.

قسم خدمات أعضاء خطة (Molina Medicare Complete Care Plus (HMOD-SNP

الطريقة	معلومات الاتصال
الاتصال الهاتفي	665-4627 (855) المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية. على مدار 7 أيام في الأسبوع/ من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي كما يتيح قسم خدمات الأعضاء خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية. توجد لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	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: Medicare Member Services: عناية: فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة): الفاكس: (866) 290-1309
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	<a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Medicare">www.MolinaHealthcare.com/Medicare</a>