

# يمكنهم الاتصال على الرقم 2022 كتيب الأعضاء

## Molina Dual Options Cal Medi-Connect خطة Medicare-Medicaid Plan خطة

**California H8677-002**

Los Angeles مقاطعة: Serving the following counties

يصبح ساري المفعول من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2022



# Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan دليل أعضاء خطة

12/31/2022 - 01/01/2022

## Molina Dual Options Cal MediConnect Plan صحتك وتغطية الأدوية بموجب خطة

### مقدمة دليل الأعضاء

يُطلعك هذا الدليل على التغطية الممنوحة لك بموجب خطة Molina Dual Options حتى 12/31/2022. 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. فيرجى حفظها في مكان آمن.

يتم تقديم خطة Cal MediConnect هذه من شركة Molina Healthcare of California. عندما يذكر دليل الأعضاء هذا كلمات مثل "نحن" أو "لأجلنا" أو "الخاص بنا" فإنه يعني بذلك شركة Molina Healthcare of California. وعندما يذكر "الخطة" أو "خطتنا"، فإنه يعني بذلك خطة Molina Dual Options.

**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, Monday - Friday, 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 1-855-665-4627 (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14627-665-855- (TTY: 711)。

**PAUNAWA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-665-4627 (TTY: 711).

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 14627-665-855- (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-665-4627 (711) 번으로 전화해 주십시오.

**ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 14627-665-855- (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، تسهیالت زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-665-4627 (TTY: 711) تماس بگیرید.



ՈՒՇԱՆԻՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եմ հայերեն, ապա ձեզ անվերա կարող եմ տրամադրվել լեզվական աջակցություն ձևաչափով: Զանգահարե՛ք 1-855-665-4627 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរទូរស័ព្ទ 1-855-665-4627 (TTY: 711)

يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك المعلومات دائماً باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. ويسمى هذا طلباً مستمراً. وسوف نتبع طلبك المستمر، لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 541-5555 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 5 بعد الظهر حسب التوقيت المحلي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. **لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)**



## خطة Molina Dual Options Cal Medi-Connect لعام 2022

### جدول المحتويات

5.....	البدء كعضو .....	الفصل الأول:
14.....	أرقام الهواتف المهمة والموارد .....	الفصل الثاني:
26.....	استخدام تغطية الخطة من أجل رعايتك الصحية والخدمات الأخرى المشمولة .....	الفصل الثالث:
43.....	جدول الامتيازات .....	الفصل الرابع:
86.....	الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين من خلال الخطة .....	الفصل الخامس:
100.....	ما تدفعه لقاء الأدوية الموصوفة لك عبر برنامجي Medicare وMedi-Cal .....	الفصل السادس:
106.....	مطالبتنا بدفع فاتورة حصلت عليها نظير خدمات أو أدوية مشمولة .....	الفصل السابع:
110.....	حقوقك ومسؤولياتك .....	الفصل الثامن:
131.....	الخطوات الواجب اتباعها إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، التظلمات، الشكاوى) .....	الفصل التاسع:
174.....	إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا .....	الفصل العاشر:
181.....	الإشعارات القانونية .....	الفصل الحادي عشر:
183.....	تعريفات المصطلحات المهمة .....	الفصل الثاني عشر:



## إخلاء المسؤولية

- ❖ تعاقبت خطة Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan الصحية مع برنامجي Medicare و Medi-Cal لتوفير ميزات كل من البرنامجين للأشخاص المسجلين.
- ❖ إن التغطية الصحية بموجب خطة Molina Dual Options هي تغطية صحية جيدة تمثل "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". فهي تفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون حماية المريض والرعاية بأسعار معقولة (Affordable Care Act، ACA). الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service، 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 بخدمات أعضاء Molina Dual Options أو قراءة دليل الأعضاء الخاص بخطة Molina Dual Options. ويعني هذا أنه قد يتعين عليك الدفع مقابل بعض الخدمات، وأنت ستحتاج إلى اتباع قواعد معينة كي تقوم خطة Molina Dual Options بتغطية خدماتك.
- ❖ قد تتغير قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية و/أو شبكات الصيدليات وموفري الرعاية خلال العام. سنرسل لك إشعارًا قبل إجراء أي تغيير قد يؤثر عليك.
- ❖ قد تتغير الميزات و / أو المدفوعات المشتركة في 1 يناير كل عام.
- ❖ تلتزم Molina Healthcare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تميز على أساس العرق أو الأصل الوطني أو الدين أو النوع أو الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو البدنية أو الحالة الصحية أو تلقي الرعاية الصحية أو تاريخ المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو وجود أدلة على إمكانية التأمين أو الموقع الجغرافي.



## الفصل الأول: البدء كعضو

### مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات تتعلق بخطة Molina Dual Options الطبية التي تغطي جميع الخدمات المقدمة في برنامجي Medicare و Medi-Cal بالإضافة إلى عضويتك في الخطة. كما تخبرك بالأمور المتوقعة وماهية المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من Molina Dual Options. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

- أ. مرحبًا بكم في خطة Molina Dual Options ..... 6
- ب. معلومات عن برنامجي Medicare و Medi-Cal ..... 6
- ب1. برنامج Medicare ..... 6
- ب2. برنامج Medi-Cal ..... 6
- ج. مزايا هذه الخطة ..... 7
- د. منطقة خدمات خطة Molina Dual Options ..... 7
- هـ. ما الذي يؤولك لتصبح عضوًا في الخطة؟ ..... 8
- و. ماذا تتوقع عند انضمامك للخطة الصحية للمرة الأولى؟ ..... 8
- ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية الخاصة بك ..... 9
- ز1. فريق الرعاية ..... 9
- ز2. خطة الرعاية ..... 9
- ح. قسط خطة Molina Dual Options الشهري ..... 10
- ط. دليل الأعضاء ..... 10
- ي. المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من خلالنا ..... 10
- ي1. بطاقة هوية عضو خطة Molina Dual Options ..... 10
- ي2. دليل مقدمي الرعاية والصيدليات ..... 11
- ي3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية ..... 12
- ي4. شرح المزايا ..... 12
- ك. كيف يمكنك المحافظة على تحديث سجل العضوية الخاص بك ..... 13
- ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI، personal health information) ..... 13

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## أ. مرحبًا بكم في خطة Molina Dual Options

Molina Dual Options هي خطة تابعة لخطة Cal MediConnect. وتتمثل خطة Cal MediConnect Plan في منظومة تتكون من أطباء ومستشفيات وصيديات ومقدمي الخدمات والإعانات طويلة الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية وغيرهم من مقدمي الخدمات الآخرين. كما أنها تتضمن مديري حالات وفرق رعاية لمساعدتك على إدارة جميع المقدمين والخدمات لديك. ويتعاون كل هؤلاء معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

وقد وافقت ولاية California ومراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) على خطة Molina Dual Options لتوفر لك الخدمات كجزء من خطة Cal MediConnect.

Cal MediConnect هو برنامج إيضاحي يتم مراقبته بشكل مشترك من قبل California والحكومة الفيدرالية لتوفير رعاية أفضل للأشخاص الذين لديهم كلاً من Medicare وMedi-Cal. وبموجب هذا البرنامج الإيضاحي، ترغب الولاية والحكومة الفيدرالية في اختبار طرق جديدة لتحسين طريقة حصولك على خدمات Medicare وMedi-Cal.

ونحن في شركة Molina Healthcare نتفهم أن كل عضو مختلف عن الآخر ولكل عضو احتياجاته الخاصة به. لهذا السبب تجمع خطة Molina Dual Options بين مزايا برنامجي Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة، ومن ثم يمكنك الحصول على مساعدة صحية مخصصة لتتعم براحة البال.

تأسست شركة Molina Healthcare منذ 35 عامًا بهدف تقديم الرعاية الصحية على أعلى مستوى لكثير من الأشخاص، لا سيما للأشخاص الذين هم في أمس الحاجة لذلك. ومنذ البداية، وضعت شركة Molina احتياجات أعضائنا أولاً، وما زلنا نفعل ذلك حتى يومنا هذا. مرحبًا بك في شركة Molina Healthcare. عائلتك الكبيرة.

## ب. معلومات عن برنامجي Medicare وMedi-Cal

### 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،
- والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية.

### 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





تحدد كل ولاية:

- ما الذي يُعتبر بمثابة دخل وموارد،
- ومن يكون مستحقًا،
- وما هي الخدمات المشمولة بالخطّة،
- وما هي تكلفة الخدمات.

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

حيث اعتمد برنامج Medicare وولاية California خطة Molina Dual Options. يمكنك الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal من خلال الخطة الخاصة بنا طالما:

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

### ج. مزايا هذه الخطة

سوف تحصل الآن على جميع خدماتك المغطاة من برنامجي Medicare وMedi-Cal من خلال خطة Molina Dual Options، بما في ذلك الأدوية الموصوفة. ولن تدفع مبالغ إضافية مقابل انضمامك إلى هذه الخطة الصحية.

سوف تساعدك خطة Molina Dual Options على الاستفادة من مزايا برنامجي Medicare وMedi-Cal معًا والعمل بشكل أفضل لصالحك. وتشمل المزايا ما يلي:

- ستتمكن من العمل بموجب خطة صحية واحدة فيما يتعلق بجميع احتياجات التأمين الصحي الخاصة بك.
- سوف تحظى بفريق رعاية تساعد في تكوينه. من الممكن أن يشمل فريق رعايتك الصحية كلاً من مقدم الرعاية وأطباء ومرضى (ممرضات) ومستشارين أو غيرهم من المهنيين في مجال الصحة.
- ستحصل على إمكانية الوصول إلى مدير الحالة. هو شخص يعمل لأجلك، في إطار خطة Molina Dual Options، ومع فريق رعايتك من أجل المساعدة في وضع خطة الرعاية.
- وسوف تتمكن من توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق رعايتك ومدير الحالة.
- كما سيعمل معك فريق الرعاية ومدير الحالة للوصول إلى خطة رعاية يتم تصميمها خصيصًا لتلبية احتياجاتك الصحية. وسوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. وهذا يعني، على سبيل المثال:
  - سوف يتأكد فريق رعايتك من أن أطباءك على دراية بجميع الأدوية التي تتناولها حتى يتأكدوا من أنك تتناول الأدوية الصحيحة، وحتى يتمكن أطباؤك أيضًا من تقليل أي أعراض جانبية قد تتعرض لها بسبب الأدوية.
  - سوف يتأكد فريق رعايتك من أن نتائج اختبارك يتم تبادلها مع جميع أطباءك وجميع مقدمي الرعاية، حسب الاقتضاء.

### د. منطقة خدمات خطة Molina Dual Options

ويتضمن نطاق خدمتنا جميع أجزاء مقاطعة Los Angeles باستثناء رمز البريد التالي: 90704.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا الانضمام إلى خطة Molina Dual Options.

إذا انتقلت إلى خارج نطاق خدمتنا، فلن تتمكن من البقاء في هذه الخطة. راجع الفصل 8 لمزيد من المعلومات عن الآثار المترتبة على الانتقال إلى خارج نطاق خدمتنا. وسوف تحتاج إلى الاتصال بالموظف المحلي المختص بالأهلية داخل المقاطعة:

المكتب الميداني في Los Angeles

(888) 822-9622

## هـ. ما الذي يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة؟

سنكون مؤهلًا لخدمتنا طالما:

- أنك تعيش في منطقة خدمتنا،
  - وتبلغ من العمر 21 عامًا في وقت التسجيل،
  - وتحظى بكل من الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare،
  - ومؤهلاً حالياً لبرنامج Medi-Cal،
  - وتكون من مواطني الولايات المتحدة أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- قد توجد قواعد إضافية للأهلية في مقاطعتك. اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

## و.ماذا تتوقع عند انضمامك للخطة الصحية للمرة الأولى؟

عندما تنضم إلى الخطة لأول مرة، ستحصل على تقييم للمخاطر الصحية (HRA) لإكمالته وإعادته خلال 90 يومًا. سيساعدنا التقييم في تحديد احتياجاتك ومساعدتك.

نحن مطالبون باستكمال تقييم المخاطر الصحية (HRA) لك. ويعدّ هذا التقييم للمخاطر الصحية (HRA) الأساس لتطوير خطة الرعاية الفردية (ICP، individual care plan) الخاصة بك. وسوف يتضمن تقييم المخاطر الصحية (HRA) أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية وبرنامج LTSS وكذلك احتياجات الصحة السلوكية والاحتياجات الوظيفية.

وستواصل معك لإتمام تقييم المخاطر الصحية (HRA). ويمكن استكمال تقييم المخاطر الصحية عن طريق زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو عبر البريد.

سوف نرسل إليك المزيد من المعلومات حول تقييم المخاطر الصحية هذا (HRA).

إذا كانت خطة Molina Dual Options جديدة بالنسبة لك، فيمكنك الاستمرار في المتابعة مع الأطباء الذين تتابع معهم الآن لفترة معينة. كما يمكنك الاحتفاظ بمقدمي الرعاية الحاليين والتراخيص الخدمية من وقت تسجيلك حتى 12 شهرًا إذا تم استيفاء كل من المعايير التالية:

- أن تتقدم أنت أو وكيلك أو مقدم الرعاية بطلب مباشر إلينا للاستمرار في المتابعة مع مقدم الرعاية الخاص بك الحالي.
- يمكننا إثبات وجود علاقة لك بأحد مقدمي الرعاية الرئيسي أو المتخصصين، مع وجود بعض الاستثناءات. عندما نتحدث عن العلاقة القائمة، فإننا نعني أنك قابلت مقدم رعاية من خارج الشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ تسجيلك الأولي في خطة Molina Dual Options.
- وسنحدد نحن العلاقة الموجودة من خلال مراجعة معلوماتك الصحية المتوفرة لدينا أو المعلومات التي تقوم بتوفيرها لنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- أمامنا 30 يومًا للاستجابة لطلبك. لك أيضًا أن تطلب منا أن نتخذ القرار بسرعة أكبر، وعلينا الاستجابة في غضون 15 يومًا.
- علينا الاستجابة في غضون 3 أيام إذا كان هناك خطر بتضررك بسبب توقف الرعاية المقدمة لك.
- يجب أن تقدم أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك الوثائق المتعلقة بالعلاقة الموجودة وأن توافق على شروط معينة عندما تقوم بتقديم الطلب.

**ملاحظة: لا يمكن إجراء هذا الطلب لمقدمي المعدات الطبية المعيّرة (Durable Medical Equipment, DME) أو خدمات النقل أو الخدمات المساعدة الأخرى أو الخدمات غير المدرجة في برنامج Cal MediConnect.**

بعد انتهاء استمرارية فترة الرعاية، ستحتاج إلى المتابعة مع الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين في شبكة خطة Molina Dual Options المرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي الذي تتعامل معه، ما لم نبرم اتفاقًا مع طبيب من خارج الشبكة. ويعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطة الصحية. يرتبط مقدمو الرعاية الرئيسيون (PCP) التابعين لخطةنا 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 لمزيد من المعلومات بشأن الحصول على الرعاية.

## ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية الخاصة بك

### ز1. فريق الرعاية

هل تحتاج إلى المساعدة فيما يتعلق بالحصول على الرعاية التي تحتاج إليها؟ يمكن أن يوفر لك فريق الرعاية المساعدة التي تحتاج إليها. يمكن أن يشمل فريق الرعاية على طبيبك أو مدير حالتك أو أي شخص آخر تختاره.

مدير الحالة هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. وسيتم تخصيص مدير حالة لك عندما تسجل في خطة Molina Dual Options. سيحملك هذا الشخص كذلك إلى الموارد المجتمعية، إذا لم تقم خطة Molina Dual Options بتوفير الخدمات التي تحتاج إليها.

يمكنك الاتصال بنا على الرقم: (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي لطلب تخصيص فريق رعاية لك.

### ز2. خطة الرعاية

كما سيعمل معك فريق الرعاية للوصول إلى خطة للرعاية. وتخبرك خطة الرعاية أنت وأطبائك بالخدمات التي تحتاج إليها، وكيف تحصل عليها. وهي تشمل على احتياجات الخدمات الطبية والصحة السلوكية وبرنامج LTSS. وسوف يتم عمل خطة الرعاية الخاصة بك من أجلك أنت فقط وبغرض تلبية احتياجاتك.

وسوف تشمل خطة الرعاية الخاصة بك على ما يلي:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك.

- جدول لزماني لتحديد متى يجب أن تحصل على الخدمات التي تحتاج إليها.

بعد تقييم مخاطر الرعاية الصحية الخاصة بك، سيتقابل معك فريق الرعاية الخاص بك. وسوف يتحدثون معك حول الخدمات التي تحتاج إليها. كما يمكن أن يخبروك كذلك بالخدمات التي قد تفكر في الحصول عليها. ستعتمد خطة الرعاية الخاصة بك على احتياجاتك. وسوف يعمل فريق الرعاية الخاص بك معك من أجل تحديث خطة الرعاية الخاصة بك مرة كل عام على الأقل.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ح. قسط خطة Molina Dual Options الشهري

لا تتضمن خطة Molina Dual Options قسطاً شهرياً.

## ط. دليل الأعضاء

يُعدّ دليل الأعضاء هذا جزءاً من تعاقداً معك. ويعني هذا أننا يجب علينا الالتزام بجميع القواعد الواردة فيه. إذا تطرق إليك الظن بأننا قمنا بشيء يخالف هذه القواعد، فيمكنك تقديم تظلم أو طعن على إجرائنا هذا. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم تظلم، راجع الفصل التاسع، أو اتصل على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب نسخة من دليل الأعضاء من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك أيضاً الاطلاع على دليل الأعضاء على الرابط [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) أو تنزيله من هذا الموقع.


يُعد هذا العقد ساريًا على الأشهر التي سجلت فيها بخطة Molina Dual Options بين 01/01/2022 - 12/31/2022.

## ي. المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من خلالنا

لابد أنك قد استلمت بالفعل بطاقة هوية عضو في خطة Molina Dual Options، والمعلومات المتعلقة بكيفية الوصول إلى دليل مقدمي الرعاية والصيدليات بالإضافة إلى المعلومات المتعلقة بكيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المشمولة.

## ي.1 بطاقة هوية عضو خطة Molina Dual Options

بموجب خطتنا، ستحظى ببساطة واحدة لخدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal، بما في ذلك الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، وخدمات معينة للصحة السلوكية والوصفات العلاجية. ويجب عليك إظهار هذه البطاقة عند حصولك على أية خدمات أو وصفات علاجية. فيما يلي نموذج بطاقة يوضح ما ستبدو عليه بطاقتك:

	
<b>Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan</b>	
Member Name:	<MemFIRST><MemMI><MemLAST>
Member ID:	<HIC#>
Date of Birth:	<DOB>
Effective Date:	<EFFDAT>
<b>MEMBER CANNOT BE CHARGED</b> Copays: \$0	
PCP Name:	<PCPNAM>
Medical Group:	<PAYTO>
<ContNum>	
<b>Medicare<sup>R</sup></b> Prescription Drug Coverage	
RxBIN:	<RXBIN>
RxPCN:	<RXPCN>
RxGRP:	<RXGroup>
RxID:	<HIC#>
<b>Dental Benefits</b> Group ID: <HIC#>	

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.	
Member Services:	(855) 665-4627
Member Services TTY:	711
Behavioral Health:	(888) 275-8750
24-Hour Nurse Advice:	(888) 275-8750
Pharmacy Help Desk:	(855) 665-4627
Dental Service:	(855) 214-6779
Website: <a href="http://MolinaHealthcare.com/Duals">MolinaHealthcare.com/Duals</a>	
Send Claims To:	P.O. Box 22702, Long Beach, CA 90801 EDI Submission Payer ID: 38333
Claim Inquiry:	(855) 665-4627

إذا تعرضت باقة برنامج Cal MediConnect الخاصة بك إلى التلف أو فقدان أو السرقة؛ فاتصل على الفور بقسم "خدمات الأعضاء"، وسوف نرسل إليك بطاقة جديدة. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

وطالما أنك عضو في خطتنا، فأنت لست بحاجة إلى استخدام بطاقتك الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة ببرنامج Medicare أو بطاقة برنامج Medi-Cal الخاصة بك للتمتع بخدمات برنامج Cal MediConnect. احفظ هذه البطاقات في مكان آمن في حالة احتياجك إليها لاحقاً. إذا

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



أظهرت بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية عضو Molina Dual Options فقد يحرر مقدم الرعاية فاتورة لبرنامج Medicare بدلاً من خطتنا، وقد يحرر لك فاتورة. راجع الفصل السابع لمعرفة ما يمكن اتباعه في حالة إصدارك مقدم الرعاية فاتورة.

تذكر من فضلك أنه للحصول على خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي قد تتلقاها من خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP، Mental Health Plan)، فإنك سوف تحتاج إلى بطاقة برنامج Medi-Cal للحصول على تلك الخدمات.

## ي.2. دليل مقدمي الرعاية والصيدليات

يُدرج دليل مقدمي الرعاية والصيدليات مقدمي الخدمات والصيدليات المشتركة في شبكة Molina Dual Options. فحينما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي الرعاية في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة. لكنَّ هناك بعض الاستثناءات عند انضمامك إلى خطتنا للمرة الأولى (راجع صفحة 8).

يمكنك طلب نسخة من دليل مقدمي الرعاية والصيدليات عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل مقدمي الرعاية والصيدليات على الرابط [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) أو تنزيله من هذا الموقع.

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 الضروري أن يتمكن المرضى من مقابلة الأطباء بكل سهولة، وأن توفر عيادات الأطباء أي مساعدة يحتاجون إليها للحصول على الرعاية المطلوبة. يتم سر م 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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



كما يمكنك أن تعرف ما إذا كان موفر الرعاية (الأطباء أو المستشفيات أو المتخصصين أو العيادات الطبية) يقبلون المرضى الجدد أم لا من خلال دليل المقدمين المتاح لك أو عبر الإنترنت عبر موقع الويب الخاص بنا التالي: [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

### تعريف مقدمي الرعاية الخاصين بالشبكة

- تشتمل قائمة مقدمي الرعاية التابعين لشبكة خطة Molina Dual Options على ما يلي:
    - الأطباء والمرضى ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين يمكنك الذهاب إليهم بصفقتك عضوًا في خطتنا؛
    - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض وأماكن أخرى 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 داخل الشبكة على قبول السداد من خطتنا مقابل الخدمات المشمولة كسداد المبلغ كاملاً.

### تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات داخل الشبكة هي تلك الصيدليات (متاجر الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات العلاجية للأعضاء داخل خطتنا. استخدم دليل مقدمي الرعاية والصيدليات للعثور على صيدلية الشبكة 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.
- تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي، للاطلاع على مزيد من المعلومات. ويمكن لكل من قسم خدمات الأعضاء وموقع ويب خطة Molina Dual Options أن يُقدِّمًا لك المعلومات الأحدث عن التغييرات التي تطرأ على الصيدليات ومقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا.

### ي.3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية

تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المشمولة. وسوف نُطلق عليها اختصارًا "قائمة الأدوية". فهي تخبرنا بأدوية الوصفات الطبية المشمولة بخطة Molina Dual Options.

كما تُفيدك "قائمة الأدوية" أيضًا إذا ما كان هناك أية قواعد أو قيود على أي من الأدوية، مثل حد الكمية التي يمكنك الحصول عليها. ارجع إلى الفصل الخامس للحصول على مزيدٍ من المعلومات حول هذه القواعد والقيود.

وسوف نرسل لك كل عام، معلومات عن كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، لكن قد تطرأ بعض التغييرات خلال العام. لمعرفة المعلومات الأحدث عن الأدوية التي تغطيها الخطة، تفضل بزيارة الموقع [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) أو الاتصال على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

### ي.4. شرح المزايا

عند استخدامك لمزايا الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء "د" لديك، سنرسل إليك تقريرًا مختصرًا لمساعدتك في فهم ومتابعة عمليات السداد مقابل الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء "د". يُسمى هذا التقرير الموجز شرح المزايا (Explanation of Benefits, EOB).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



يطلعك تقرير شرح المزايا (EOB) على إجمالي المبلغ الذي أنفقته أنت أو الآخرين نيابة عنك على الأدوية الموصوفة في الجزء "د" الخاص بك، إلى جانب إجمالي المبلغ الذي أنفقناه على كل دواءٍ من الأدوية الموصوفة في الجزء "د" خلال الشهر. يقدم تقرير شرح المزايا المزيد من المعلومات عن الأدوية التي نتناولها. يقدم الفصل السادس المزيد من المعلومات عن تقرير شرح المزايا (EOB) وكيف يمكنه مساعدتك في تعقب تغطية الأدوية الخاصة بك.

يتوفر تقرير شرح المزايا (EOB) أيضًا حسب الطلب. للحصول على نسخة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

## ك. كيف يمكنك المحافظة على تحديث سجل العضوية الخاص بك

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

يحتاج مقدمو الرعاية والصيدليات داخل الخطة إلى الحصول على بيانات صحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل العضوية الخاص بك لمعرفة نوعية الخدمات والأدوية التي حصلت عليها والمبلغ الذي ستكلفك إياه. لهذا السبب، من المهم جدًا أن تساعدنا في الحفاظ على تحديث بياناتك. اسمح لنا أن نعرف ما يلي:

- إذا كنت قد أجريت أية تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
- إذا كنت قد أجريت أية 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 في أحد المستشفيات أو غرف الطوارئ.
- إذا تغير مقدم الرعاية الصحية الخاص بك (أو أي شخص آخر مسؤول عنك)
- إذا اشتركت في دراسة بحثية إكلينيكية أو أصبحت مشتركًا فيها

في حالة تغيير أي معلومات، يُرجى إخبارنا بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي.

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

قد تشمل معلومات سجل عضويتك على معلومات صحية شخصية (PHI). تتطلب القوانين الفيدرالية وتلك الخاصة بالولاية منا الحفاظ على سرية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الخاصة بك. إننا نتأكد من حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الخاصة بك. لمزيد من التفاصيل عن كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، راجع الفصل الثامن.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## الفصل الثاني: أرقام الهواتف المهمة والموارد

### مقدمة

يوضح لك هذا الفصل معلومات الاتصال بالمصادر المهمة التي من شأنها أن تساعدك في الرد على استفساراتك بشأن خطة Molina Dual Options ومزايا الرعاية الشخصية الخاصة بك. يمكنك استخدام هذا الفصل أيضًا للاطلاع على معلومات عن كيفية الاتصال بمدير حالتك وغيره ممن يمكنهم الدفاع عنك. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

- أ. كيف يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء خطة Molina Dual Options.....15
1. وقت الاتصال بخدمات الأعضاء.....15
- ب. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك.....18
- ب.1 متى يمكنك الاتصال بمدير حالتك.....18
- ج. كيفية الاتصال بخط مكالمات استشارات التمريض.....19
- ج.1 متى يمكنك الاتصال بخط مكالمات استشارات التمريض.....19
- د. كيفية الاتصال ببرنامج التوعية والاستشارات التابع للتأمين الصحي (HICAP).....20
- د.1 متى يمكنك الاتصال ببرنامج HICAP.....20
- هـ. كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO).....21
- هـ.1 متى يمكنك الاتصال بمنظمة Livanta.....21
- و. كيفية الاتصال ببرنامج Medicare.....22
- ز. كيفية الاتصال بخطة Medi-Cal Health Care Options.....23
- ح. كيفية الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds.....23
- ط. كيفية الاتصال بقسم الخدمات الاجتماعية التابع للمقاطعة.....24
- ي. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة.....24
- ي.1 اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة بشأن:.....24
- ك. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة في ولاية California (California Department of Managed Health Care).....25
- ل. موارد أخرى.....25

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





## أ. كيف يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء خطة Molina Dual Options

<p>اتصل على: (855) 665-4627 هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، حسب التوقيت 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.</p>	<p>اتصل على:</p>
<p>(711) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي</p>	<p>ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية</p>
<p>للخدمات الطبية: الفاكس: (310) 507-6186 فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة): الفاكس: (866) 290-1309</p>	<p>فاكس</p>
<p>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</p>	<p>المراسلة عبر البريد</p>
<p><a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Duals">www.MolinaHealthcare.com/Duals</a></p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

### 1. وقت الاتصال بخدمات الأعضاء

- أسئلة عن الخطة
- أسئلة عن الدعاوى أو الفواتير أو بطاقات هوية الأعضاء
- قرارات التغطية المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
  - يتمثل قرار التغطية بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك في قرار عن:
    - المزايا والخدمات المغطاة الخاصة بك، أو
    - المبلغ الذي سوف تسدده مقابل الخدمات الصحية الخاصة بك.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك أية أسئلة حول قرار التغطية بشأن الرعاية الصحية الخاصة بك.
  - لمعرفة المزيد حول قرارات التغطية، راجع الفصل التاسع.
- 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.
  - للتعرف على المزيد حول تقديم تظلم، انظر الفصل التاسع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
  - يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد أي مقدم (سواء في ذلك موفر الشبكة أو من خارج الشبكة). ويعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطة الصحية. يمكنك أيضًا رفع شكوى بشأن جودة الرعاية التي حصلت عليها إما إلينا أو إلى "مؤسسة تحسين الجودة" (راجع القسم (و) أدناه).
  - يمكنك الاتصال بنا هاتفياً لشرح شكاوك. تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت المحلي.
  - إذا كانت شكاوك متعلقة بقرار تغطية فيما يخص الرعاية الصحية الخاصة بك؛ يمكنك التقدّم بتظلم (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطة Molina Dual Options إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال موقع [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). أو بإمكانك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - يمكنك تقديم شكوى حول خطة Molina Dual Options إلى برنامج Cal MediConnect Ombuds عبر الاتصال بالرقم 501-3077 (855).
  - للتعرف على المزيد حول التقدّم بشكوى حول الرعاية الصحية الخاصة بك، راجع الفصل التاسع.
- قرارات التغطية بشأن أدويةك.
  - يتمثل قرار التغطية بشأن أدويةك في قرار يخص:
    - المزايا والأدوية المغطاة الخاصة بك، أو
    - المبلغ الذي سوف تسدده مقابل أدويةك.
  - وينطبق هذا على أدويةك في الجزء (د) والأدوية الموصوفة في برنامج Medi-Cal والأدوية التي تباع من دون تذكرة طبية في برنامج Medi-Cal.
  - للمزيد حول قرارات التغطية بشأن الأدوية الموصوفة الخاصة بك، راجع الفصل التاسع.
- التظلمات بشأن الأدوية الخاصة بك
  - يعدّ التظلم إحدى الطرق لمناشدتنا بتغيير قرار تغطية ما.
  - للمزيد حول التقدّم بأحد التظلمات بشأن الأدوية الموصوفة الخاصة بك، انظر الفصل التاسع.



معلومات الاتصال		
فكس إلى: 866-290-1309	لتقديم تظلمات بشأن الأدوية الواردة في الجزء "د"، أرسل بريدًا إلى العنوان التالي: Medicare Pharmacy 7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047	
فكس إلى: 1-562-901-9632	بالنسبة للتظلمات المتعلقة بالأدوية الواردة في برنامج 'Medi-Cal'، يرجى إرسال رسالة بالبريد إلى: 200 Oceangate, Suite 100 Long Beach, CA 90802	
وستتلقى قرارًا في غضون:	إليك ما يجب عليك فعله:	إذا كان تظلمك بشأن:
سبعة أيام تقويمية	يجب أن تقدم التظلم بنفسك في غضون 60 يومًا من صدور قرار التغطية	الأدوية الواردة في الجزء "د"
تكون المدة 30 يومًا تقويمياً (بالإضافة إلى تمديد قوامه 14 يومًا)	يجب أن تقدم التظلم بنفسك في غضون 90 يومًا من صدور قرار التغطية.	وفيما يخص الأدوية غير الواردة في الجزء "د" (تظهر بجانب هذه الأدوية علامة نجمية في قائمة الأدوية)

• الشكاوى بشأن الأدوية الخاصة بك

- يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد إحدى الصيدليات. وهذا يتضمن شكوى من الأدوية الموصوفة الخاصة بك.
- إذا كانت شكاؤك من قرار تغطية يتعلق بأدوية موصوفة لك؛ فيمكنك التقدّم بتظلم. (راجع القسم أعلاه)
- يمكنك إرسال شكوى بشأن خطة Molina Dual Options إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام أحد النماذج عبر الإنترنت من خلال موقع [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). أو بإمكانك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- للمزيد حول التقدّم بإحدى الشكاوى بشأن الأدوية الموصوفة الخاصة بك، راجع الفصل التاسع.
- سداد مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
  - لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا باسترجاع نفودك مرة أخرى، أو سداد فاتورة استلمتها بالفعل، راجع الفصل السابع.
  - إذا طالبتنا بسداد إحدى الفواتير ورفضنا أي جزءٍ من طلبك؛ فيمكنك التقدّم بتظلم ضد قرارنا. راجع الفصل التاسع لمعرفة المزيد حول التظلمات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ب. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك

يُعد مدير الحالة الخاص بخطة Molina Dual Options 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. علاوة على ذلك، قد يقوم موظفو خطة Molina Dual Options بإجراء تغييرات على تعيين مدير حالتك بناءً على احتياجاتك (الصحة الثقافية / اللغوية / البدنية / السلوكية) أو مكانه. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد من المعلومات.

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

### ب1. متى يمكنك الاتصال بمدير حالتك

- الأسئلة المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
- وكيف 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،
- والخدمات الاجتماعية الطبية،
- الرعاية الصحية المنزلية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



للحصول على المزيد من المعلومات حول برنامج LTSS، يمكنك الاتصال بخطة Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627.

### ج. كيفية الاتصال بخط مكالمات استشارات التمريض

يمكنك الاتصال بخط الاستشارة التمريضية الخاص بشركة Molina Healthcare على مدار 24 ساعة في اليوم وفي جميع أيام السنة. تقوم الخدمة بتوصيلك بممرضة مؤهلة يمكنها أن تقدم لك استشارة رعاية صحية بلغتك والمساعدة على توجيهك إلى مكان الحصول على الرعاية المطلوبة. يكون خط 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. للحصول على المزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخطة Molina Dual Options على الرقم (888) 275-8750.

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

اتصل على:	(888) 275-8750 هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم 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.

### 1. متى يمكنك الاتصال بخط مكالمات استشارات التمريض

- الأسئلة المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## د. كيفية الاتصال ببرامج التوعية والاستشارات التابع للتأمين الصحي (HICAP)

يمنح برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) التوعية المجانية الخاصة بالتأمين الصحي للأشخاص من خلال برنامج Medicare. ويمكن لمرشدي برنامج HICAP الإجابة على أسئلتك ومساعدتك على فهم ما ينبغي أن تقوم به للتعامل مع مشكلتك. وقد درّب برنامج HICAP مرشدين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية. إن برنامج HICAP غير مرتبط بأي من شركات التأمين أو الخطط الصحية.

اتصل على:	(800) 434-0222 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحًا إلى 4 بعد الظهر، حسب التوقيت المحلي.
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحًا إلى 4 بعد الظهر، حسب التوقيت المحلي
المراسلة عبر البريد	Los Angeles County: Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

### 1. متى يمكنك الاتصال ببرامج HICAP

- استفسارات عن خطة Cal MediConnect أو استفسارات أخرى عن Medicare
  - ويمكن لمرشدي برنامج HICAP الإجابة على أسئلتك المتعلقة بالانتقال إلى خطة جديدة ومساعدتك على:
    - فهم حقوقك،
    - فهم الاختيارات المتاحة بخطتك،
    - رفع شكاوى فيما يتعلق بالرعاية الصحية والعلاج الخاص بك،
    - و التعامل مع المشكلات المتعلقة بفواتيرك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## هـ. كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO)

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

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

### هـ.1. متى يمكنك الاتصال بمنظمة Livanta

- الأسئلة المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك
  - يمكنك التقدم 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## و. كيفية الاتصال ببرنامج 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 مراحلها 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>اتصل على: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>الاتصالات على هذا الرقم مجانية، طوال 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع.</p>	
<p>ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 1-877-486-2048 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في 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></p> <p>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 من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تستطيع مكتبة الكتب المحلية لديكم أو المركز الرئيسي الخاص بك مساعدتك في زيارة الموقع الإلكتروني هذا باستخدام جهاز الكمبيوتر لديهم. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم الموجود أعلاه وإخبارهم بما تبحث عنه. وسوف يعثرون لك على المعلومات على الموقع الإلكتروني، ثم يطبعونها ويرسلونها إليك.</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





## ز. كيفية الاتصال بخطة Medi-Cal Health Care Options

يمكن لخطة Medi-Cal Health Care Options مساعدتك إذا كانت لديك أية أسئلة حول اختيار خطة برنامج Cal MediConnect أو أمور أخرى تتعلق بالتسجيل.

اتصل على:	1-844-580-7272
ممثلو خطة Health Care Options متوفرون بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.	
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	1-800-430-7077
يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.	
المراسلة عبر البريد	إدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية California (California 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>

## ح. كيفية الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds

يعمل برنامج Cal MediConnect Ombuds كمدافع نيابة عنك. يمكنهم الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنهم مساعدتك على فهم ما يتحتم عليك فعله. يمكن أن يساعدك برنامج Cal MediConnect Ombuds أيضًا في حل المشكلات المتعلقة بالخدمة أو الفوترة. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير مرتبط بخطتنا أو أي شركة تأمين أو أي خطة صحية. وخدماتهم مجانية.

اتصل على:	1-855-501-3077 هذه المكالمات مجانية.
من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 بعد الظهر حسب التوقيت المحلي، باستثناء أيام الإجازات	
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	1-888-452-8609
يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.	
المراسلة عبر البريد	Office of the Ombudsman MS-4412 1501 Capitol Avenue PO Box 997413 Sacramento, Ca 95899-7413
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>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ط. كيفية الاتصال بقسم الخدمات الاجتماعية التابع للمقاطعة

### مقاطعة Los Angeles

اتصل على:	822-9622 (888) هذه المكالمات مجانية. من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 بعد الظهر، حسب التوقيت المحلي
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	يمكنهم الاتصال على الرقم 711
المراسلة عبر البريد	Los Angeles County Department of Public Social Services South Grand Avenue 2707 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>

## ي. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة

### إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles:

اتصل على:	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 في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.

### ي1. اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة بشأن:

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ك. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة في ولاية California (California Department of Managed Health Care)

تعد إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) في التظلم المقدم ضد خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بخدمات .Medi-Cal.

اتصل على:	1-888-466-2219
جهاز الاتصال للصم	1-877-688-9891
المراسلة عبر البريد	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>

## ل. موارد أخرى

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

اتصل على:	(877) 477-3646
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. يمكنهم الاتصال على الرقم 711 على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
المراسلة عبر البريد	Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
الموقع الإلكتروني	<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>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



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

### مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات المشمولة الأخرى من Molina Dual Options. كما تخبرك أيضًا عن مدير حالتك، وكيفية الحصول على الرعاية من مختلف مقدمي الخدمة وتحت ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من مقدمي الرعاية أو الصيدليات غير التابعة لشبكتنا)، وما ينبغي فعله عندما تتم محاسبتك مباشرة مقابل الخدمات المشمولة في خطتنا، وقواعد امتلاك معدات طبية معمرة (DME). ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

- أ. معلومات عن "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمي الرعاية" و"مقدمي الرعاية التابعين للشبكة".....28
- ب. قواعد الحصول على الرعاية الصحية والصحة السلوكية وبرنامج Long Term Services and Supports (LTSS) المشمولة في الخطة.....28
- ج. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك.....29
- ج1. ما هي مهام مدير الحالة.....29
- ج2. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك.....29
- ج3. كيف يمكنك تغيير مدير حالتك.....30
- د. الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الرئيسيين والاختصاصيين ومقدمي الرعاية الطبية الآخرين داخل الشبكة ومقدمي الرعاية الطبية من خارج الشبكة.....30
- د1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم رعاية أولية (PCP).....30
- د2. الحصول على الرعاية من أخصائيين ومقدمي رعاية آخرين من داخل الشبكة.....32
- د3. ما ينبغي فعله عندما يترك مقدم الرعاية خطتنا.....32
- د4. كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي رعاية آخرين من خارج الشبكة.....33
- هـ. كيفية الحصول على برنامج Long Term Services and Supports (LTSS).....33
- و. كيف يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات).....34
- و1. ما هي خدمات الصحة السلوكية المتعلقة ببرنامج Medi-Cal والتي يتم توفيرها خارج نطاق خطة Molina Dual Options عن طريق إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health).....34
- ز. كيفية الحصول على خدمات الانتقال.....35

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- ح. كيفية الحصول على خدمات مشمولة إذا تعرضت لحالة طبية طارئة أو حاجة ملحة للرعاية، أو أثناء الكوارث.....36
- ح1. الحصول على الرعاية عندما تتعرض لحالة طبية طارئة.....36
- ح2. رعاية مطلوبة بشكل عاجل.....37
- ح3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة.....38
- ط. ما الذي ينبغي فعله في حال تم محاسبتك بصورة مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا.....38
- ط1. ماذا ينبغي عليك فعله إذا لم تكن الخدمات مشمولة بخطتنا.....38
- ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية حينما تكون مشتركاً في دراسة بحثية إكلينيكية.....39
- ي1. ما هي الدراسة البحثية السريرية.....39
- ي2. الدفع مقابل الخدمات عند اشتراكك في دراسة بحثية سريرية.....39
- ي3. معرفة المزيد عن الدراسات البحثية السريرية.....39
- ك. كيف يتم تغطية خدمات الرعاية الصحية لديك عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.....40
- ك1. ما المقصود بمؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.....40
- ك2. تلقي الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.....40
- ل. المعدات الطبية المعمرة (DME).....40
- ل1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزء من خطتنا.....40
- ل2. ملكية الأجهزة الطبية المعمرة (DME) عند التحويل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage.....41
- ل3. مزايا أجهزة الأكسجين كعضو في خطتنا.....41
- ل4. أجهزة الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.....42



## أ. معلومات عن "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمي الرعاية" و"مقدمي الرعاية التابعين للشبكة"

تتمثل الخدمات في الرعاية الصحية والخدمات ووسائل المساعدة طويلة الأجل وخدمات الصحة السلوكية والأدوية غير الموصوفة طبيًا والمعدات وغيرها من الخدمات. وتتمثل **الخدمات المشمولة** في أي من هذه الخدمات التي تتعهد خطتنا بسداد مقابلها. يوضح جدول المزايا المذكور في الفصل الرابع الرعاية الصحية المغطاة والصحة السلوكية وبرنامج Long Term Services and Supports.

أما عن مقدمي الرعاية فهم الأطباء والمرضى وأشخاص آخرون ممن يقدمون لك الخدمات والرعاية. ويتضمن أيضًا مصطلح موفرو الرعاية المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات والأماكن الأخرى التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية وخدمات ووسائل الدعم معينة طويلة الأجل.

أما عن موفري الرعاية داخل الشبكة فهم الموفرون الذين يعملون من خلال خطة الرعاية الصحية. وافق مقدمو الرعاية على قبول مدفوعاتنا باعتبارها 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 الرعاية الصحية والصحة السلوكية وبرنامج Long Term Services and Supports (LTSS) المشمولة في الخطة

تغطّي خطة Molina Dual Options جميع الخدمات المشمولة في البرنامجين Medicare وMedi-Cal، بما في ذلك الصحة السلوكية وبرنامج Long Term Services and Supports (LTSS).

وعلى وجه العموم، ستسدد خطة Molina Dual Options مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية وبرنامج LTSS التي ستحصل عليه إذا اتبعت قواعد الخطة. ما تشمله تغطية خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها ضمن مزايا الخطة. وهذا يعني أنه يجب أن تكون مدرجة في جدول المزايا الخاص بالخطة. (هذا الجدول في الفصل الرابع من هذا الكتيب).
- يجب أن يتم تحديد الرعاية على أنها **ضرورية من الناحية الطبية**. ونقصد بـ "ضرورية من الناحية الطبية" أنك تحتاج إلى خدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو للحفاظ على وضعك الصحي الحالي. 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.
- بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك أحد مقدمي الرعاية الرئيسيين (PCP) من داخل الشبكة الذي أمرك بتلقي الرعاية أو طلب منك أن الذهاب إلى طبيبٍ آخر. وبصفتك أحد أعضاء الخطة، يجب عليك أن تختار أحد مقدمي الرعاية داخل الشبكة ليصبح مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) لديك.
  - وفي معظم الأحيان، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) التابع للشبكة الموافقة قبل أن تتمكن من استخدام شخص ليس مقدم رعاية رئيسي أو مقدمين آخرين للرعاية في شبكة الخطة. وهذا يسمى **إحالة**. إذا لم تحصل على الموافقة، يجوز لخطة Molina Dual Options عدم توفير التغطية للخدمات. لست بحاجة إلى إحالة لزيارة أخصائيين معينين، مثل الأخصائيين في صحة المرأة. للتعرف على المزيد عن الإحالات، انظر الصفحة رقم 30.
  - 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 الرئيسي الخاص بك يقوم بإحالتك إلى متخصصين وخدمات تابعة أيضًا للمجموعة الطبية الخاصة به. المجموعة الطبية هي مؤسسة خاصة بمقدمي الرعاية الرئيسية والمتخصصين تم إنشاؤها لتوفير خدمات الرعاية الصحية المنسقة من أجلك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- لا يتعين عليك الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) في حالة الرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة أو الذهاب إلى مقدم رعاية صحية للنساء. ويمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية من دون الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) لديك. وللتعرف على المزيد حول ذلك، انظر الصفحة رقم 30.
- للتعرف على المزيد عن اختيار مقدم الرعاية الرئيسي (PCP)، انظر الصفحة رقم 30.
- يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي الرعاية داخل الشبكة ممن ينتمون للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) لك. لن تغطي الخطة في الغالب الرعاية المقدمة من جهة لا تعمل بموجب خطة الرعاية ومع المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) لك. إليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
  - تغطي الخطة الرعاية الصحية الطارئة أو العاجلة من مقدم رعاية من خارج الشبكة. لمعرفة المزيد والاطلاع على ما نقصده بالرعاية الطارئة أو العاجلة، راجع القسم ط، الصفحة رقم 36.
  - إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا ولا يمكن لمقدمي الرعاية داخل شبكتنا تقديمها إليك؛ فبإمكانك الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من خارج الشبكة. تتطلب خطة Molina Dual Options التصريح المسبق للحصول على رعاية من مقدم رعاية من خارج الشبكة، بمجرد اكتمال تقرير الضرورة الطبية للرعاية. وفي هذا الموقف، سنغطي الرعاية بدون أية تكلفة عليك. لمعرفة المزيد حول الحصول على موافقة لرؤية مقدم رعاية من خارج الشبكة، راجع القسم "د"، صفحة رقم 30.
  - تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمة التي توفرها الخطة لفترة قصيرة. ويمكنك الحصول على هذه الخدمات في منشأة الغسيل الكلوي المعتمدة من برنامج Medicare.
  - عند انضمامك إلى الخطة للمرة الأولى، يمكنك أن تتقدم إلينا بطلب للاستمرار في المتابعة مع مقدمي الرعاية الحاليين لديك. في بعض الاستثناءات، نحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب إذا كان بإمكاننا تقديم علاقة موجودة مع موفري الرعاية (راجع الفصل الأول، صفحة رقم 8). إذا وافقنا على طلبك؛ يمكنك الاستمرار في المتابعة مع مقدمي الرعاية الذين تتابع معهم الآن لفترة تصل إلى 12 شهرًا 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 شهرًا، لن نقوم بتغطية الرعاية الخاصة بك في حالة استمرارك في المتابعة مع جهات غير مدرجة في شبكتنا وغير مرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك.

## ج. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك

### 1. ما هي مهام مدير الحالة

- إن مدير الحالة الخاص بخطة Molina Dual Options هو الشخص الرئيسي الذي يمكنك الاتصال به لمساعدتك في رعايتك، إذا لزم الأمر. ويساعد هذا الشخص على تنسيق رعايتك وإدارة الخدمات الخاصة بك لضمان تلقك لما تحتاج إليه.

### 2. كيف يمكنك الاتصال بمدير حالتك

- إذا كنت تريد الاتصال بمدير حالتك، فيُرجى الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم 4627-665 (855)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي. المكالمات مجانية. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711. أو تفضل بزيارتنا على الموقع الإلكتروني [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 4627-665 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**ج3. كيف يمكنك تغيير مدير حالتك**

- يمكنك طلب تغيير مدير الحالة، ويتم ذلك عبر الاتصال بمدير الحالة أو خدمات الأعضاء. علاوة على ذلك، قد يقوم موظفو Molina Dual Options HealthCare Services بإجراء تغييرات على تعيين مدير حالة العضو بناءً على احتياجات العضو.

**د. الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الرئيسيين والاختصاصيين ومقدمي الرعاية الطبية الآخرين داخل الشبكة ومقدمي الرعاية الطبية من خارج الشبكة****1. الحصول على الرعاية من خلال مقدم رعاية أولية (PCP)**

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

**تعريف مقدم الرعاية الرئيسية (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. تحافظ خطة Molina Dual Options على شبكة من مقدمي الرعاية المتخصصة لأعضائها. من الضروري الحصول على إحالات من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) بخطة Molina Dual Options حتى يتمكن العضو من تلقي خدمات متخصصة؛ ومع ذلك، لا يتعين الحصول على تصريح مسبق. 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 بصفقتك عضوًا في خطتنا. ويتضمن ذلك:

- الأشعة السينية الخاصة بك
- الاختبارات المعملية
- المداواة
- الرعاية من الأطباء الأخصائيين
- الإدخال في المستشفى
- متابعة الرعاية

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

**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/الصيديات، أو للحصول على المساعدة الإضافية في اختيار مقدم الرعاية الرئيسي (PCP)، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. إذا كان هناك طبيب أخصائي معين أو مستشفى تريد التعامل معها، فتأكد أولاً من أن مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) يقدم إحالات لهذا الأخصائي أو يتعاون مع هذه المستشفى. بمجرد اختيار مقدم الرعاية الرئيسية (PCP)، نوصيك بنقل جميع سجلاتك الطبية إلى مكتبه أو مكتبها. سوف يتيح هذا لموفر الرعاية الرئيسية الخاص بك إمكانية الوصول إلى سجلك الطبي وأن يكون على دراية بأي حالات رعاية صحية حالية قد تواجهها. كما يتحمل مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الآن مسؤولية جميع خدمات الرعاية الصحية الدورية، ومن ثم يجب أن يكون أول شخص تتصل به لإخباره بأي مخاوف صحية. تتم طباعة اسم مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) ورقم هاتف مكتبه على بطاقة العضوية الخاصة بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





**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 الرئيسية الخاص بك قد ترك شبكة الخطة الخاصة بنا. فإذا غادر موفر الرعاية الرئيسية المتاح لك شبكة الخطة الخاصة بنا؛ يمكننا مساعدتك في العثور على موفر جديد للرعاية الرئيسية من بين الأشخاص الواقعين بداخل شبكة خطتنا.

لا تنس أن موفري الرعاية الرئيسيين في الخطة يتبعون المجموعات الطبية. إذا قمت بتغيير مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الخاص بك، فقد تقوم بتغيير المجموعات الطبية. عندما تطلب التغيير، تأكد من إخبار قسم خدمات الأعضاء ما إذا كنت ستذهب إلى أخصائي أو ستحصل على خدمات أخرى مغطاة تتطلب موافقة مقدم الرعاية الرئيسي (PCP). تعمل خدمات الأعضاء على التأكد من استمرارك في الحصول على الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى خلال تغيير مقدم الرعاية.

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك في أي وقت. في معظم الحالات، تسري التغييرات في اليوم الأول من الشهر التالي. قد توجد استثناءات إذا كنت تتلقى علاجًا في نفس وقت طلب تغيير مقدم الرعاية الرئيسية (PCP). يمكنك تغيير مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) من خلال 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 (PCP). 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 بدون الحصول أولاً على موافقة من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP)**

في كثير من الأحيان، سوف تحتاج إلى موافقة من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك قبل استخدام مقدمي رعاية آخرين. سيطلب مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) المتابع لحالتك خدمات لمقدمين آخرين عن طريق تقديم نموذج طلب ترخيص الخدمة، والذي يُسمى عادةً الإحالة. يمكنك الحصول على خدمات كذلك المدرجة أدناه من دون الحصول على موافقة في البداية من مقدم الرعاية الرئيسية (PCP) الخاص بك:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الرعاية من داخل الشبكة أو من خارجها.
- الرعاية الطارئة المطلوبة من مقدمي الرعاية داخل الشبكة.
- الرعاية الطارئة المطلوبة من مقدمي الرعاية من خارج الشبكة عندما لا يمكنك الحصول على مقدمي الرعاية من داخل الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها الخطة).
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة الغسيل الكلوي المعتمدة من برنامج Medicare عندما تكون خارج نطاق الخدمة التي توفرها الخطة. (يرجى الاتصال بقسم "خدمات الأعضاء" قبل مغادرة نطاق الخدمة. يمكننا مساعدتك في الحصول على غسيل كلوي أثناء تواجدك بعيدًا 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 للسيدات 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 للهنود؛ فقد تستخدم هؤلاء المقدمين بدون إحالة.
- خدمات الممرضة القابلة وتنظيم الأسرة واختبار فيروس نقص المناعة البشرية وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Diseases)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## 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. وفيما يلي بعض هذه الأمثلة:

- 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 عضوًا في الشبكة، لا تتقيد بالعرض على أخصائي محدد. تحافظ خطة Molina Dual Options على شبكة من مقدمي الرعاية المتخصصة لأعضائنا. 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. يحق لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك المطالبة بتصريح مسبق من قسم إدارة الاستخدام التابع لشركة Molina Healthcare عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد بناءً على ضرورة الخدمة المطلوبة.
- يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في الفصل الرابع للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق.

## د. ما ينبغي فعله عندما يترك مقدم الرعاية خطتنا

من المحتمل أن يترك مقدم الرعاية داخل الشبكة ممن تتعامل معه خطتنا. وإذا حدث ذلك، فسيتعين عليك التبديل إلى مقدم رعاية جديد. يجب أن يكونوا جزءاً من شبكة Molina Dual Options. وسوف نمنحك فترة تغيير حتى تبدأ بتلقي الرعاية من مقدم الرعاية الجديد. إذا ترك مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك شركة Molina Dual Options، فسنخبرك بذلك. سنساعدك على التحول إلى مقدم رعاية رئيسي جديد حتى يظل بإمكانك الحصول على الخدمات المغطاة إذا:

- كنت تعاني من حالة مزمنة خطيرة بسبب تعب أو مرض أو مشكلة طبية أخرى أو اضطراب خطير بطبيعته إذا:
  - استمر دون علاج كامل أو ازداد سوءاً على مدار فترة زمنية طويلة، أو
  - تطلب علاجاً مستمراً للحفاظ على الهدوء أو لمنعه من التفاقم.
- كنت تعاني من حالة مزمنة خطيرة يمكنك البقاء مع الطبيب أو المستشفى لتقديم العلاج لمدة تصل إلى 12 شهراً.
- كنت تعاني من حالة حادة وهي حالة طبية تبدأ بسرعة وتحتاج إلى عناية فورية، وعادة ما تستمر الحالة الحادة لفترة أقل من الحالة المزمنة الخطيرة. في هذه الحالة يمكنك البقاء مع طبيبك أو المستشفى طوال مدة الحالة الحادة.
  - كان طفلك حديث الولادة أو لم يتعدى عمره 36 شهراً. يمكن لطفلك البقاء مع الطبيب أو المستشفى لمدة تصل إلى 12 شهراً.
  - لديك مرض عضال. إذا كنت تعاني من مرض لا يتوقع أن تتعافى منه، فيمكنك البقاء مع طبيبك أو المستشفى طوال فترة المرض.



- قدمت وثائق مكتوبة عن تشخيصك بحالة الصحة العقلية للأم من مقدم الرعاية الصحية المعالج. "حالة الصحة العقلية للأم" تعني حالة الصحة العقلية التي يمكن أن تؤثر على المرأة أثناء الحمل، أو قبل أو بعد الولادة، أو التي تنشأ أثناء الحمل أو قبل أو بعد الولادة حتى عام واحد بعد الولادة. إذا كنت تعاني من حالة صحة عقلية للأم، فقد تتمكني من البقاء مع الطبيب أو المستشفى لمدة تصل إلى 12 شهرًا من التشخيص أو حتى نهاية الحمل أو أيهما يحدث لاحقًا.
- لقد تلقيت تصريحًا بإجراء عملية جراحية أو إجراء آخر يتم تنفيذه في غضون 180 يومًا من التاريخ الذي لن يكون فيه طبيبك أو المستشفى مع شركة Molina Healthcare، أو خلال 180 يومًا من تسجيلك في شركة Molina Healthcare.
- إذا خرج مقدم الرعاية المتابع لحالتك من شبكة الخطة، ولكنه ما زال متواجدًا في منطقة الخدمة وتم تشخيصك بمشكلة الصحة العقلية للأم فلا يزال بإمكانك الحصول على الرعاية. لا يزال بإمكانك استخدام الخدمات المغطاة لهذه المشكلة لمدة تصل إلى 12 شهرًا من التشخيص أو حتى نهاية الحمل أو أيهما يأتي لاحقًا.

#### 4. كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي رعاية آخرين من خارج الشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تتطلب تغطية خطتنا وتعذر على المقدمين في شبكتنا تقديم هذه الرعاية لك، بما في ذلك برنامج Long Term Services and Supports، يمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم من خارج الشبكة. تتطلب الخدمات من خارج الشبكة تصريحًا مسبقًا. 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 مقدمي رعاية من خارج الشبكة دون إذن مسبق، فلن يتحمل Medicare / Medicaid 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.

#### هـ. كيفية الحصول على برنامج Long Term Services and Supports (LTSS)

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:

- برنامج **Community Based Adult Services (CBAS)**: برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المنشأة الذي يقدم خدمات التمريض المتخصصة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات إذا كنت تستوفي معايير التأهل السارية.
- **مرافق الرعاية التمريرية (NF)**: إحدى المنشآت التي توفر الرعاية للأشخاص الذين ليس بمقدورهم العيش في منازلهم بأمان ولكنهم لا يحتاجون إلى الدخول إلى المستشفى.



سوف يساعدك مدير حالتك على فهم كل برنامج. لاكتشاف المزيد حول أي من هذه البرامج، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

## و. كيف يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات)

سوف تتمتع بإمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية اللازمة طبيًا والتي يغطيها برنامج Medicare و Medicare. وتوفر خطة Molina Dual Options الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare. لا توفر خطة Molina Dual Options خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medi-Cal، ولكنها ستصبح متوفرة لأعضاء خطة Molina Dual Options المؤهلين من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health).

### 1. ما هي خدمات الصحة السلوكية المتعلقة ببرنامج Medi-Cal والتي يتم توفيرها خارج نطاق خطة Molina Dual Options عن طريق إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health)

ستكون خدمات الصحة العقلية لبرنامج Medi-Cal متوفرة لديك من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) إذا كانت تتوافق بك المعايير الطبية الضرورية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal. تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة المقدمة من برنامج Medi-Cal والتي توفرها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Mental Health) على ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية (التقييم والعلاج وإعادة التأهيل والضمان وتطوير الخطة)
- 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 للأدوية من خلال إدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health) إذا كنت مستوفيًا للمعايير الطبية الضرورية لبرنامج Medi-Cal للأدوية. تشمل خدمات برنامج Drug Medi-Cal التي يتم توفيرها عن طريق إدارة الصحة العامة في Los Angeles (Los Angeles County Department of Public Health) على ما يلي:

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



بالإضافة إلى خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى الخدمات التطوعية لإزالة السمية من المرضى الداخليين إذا كنت مستوفياً للمعايير الطبية الضرورية.

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

يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في الفصل 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 صحية نفسية متخصصة من Medi-Cal أو خدمات أدوية متوفرة لك من خلال خطة الصحة النفسية للمقاطعة، فيمكن لمديري الحالة من Molina المساعدة في إحالتك إلى المورد المناسب بالمقاطعة للتقييم. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المساعدة. يمكنك أيضاً الاتصال بالمقاطعة مباشرةً. 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

### ز. كيفية الحصول على خدمات الانتقال

توفر خطة Molina Dual Options خدمات النقل من المواقع المعتمدة للخطة وإليها حيث بإمكانك الحصول على الخدمات المشمولة، مثل:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك أو مكتب مقدم الرعاية الصحية
- مكتب مقدمي الرعاية المتخصصة
- موعد للعلاج أو الحصول على رعاية الصحة السلوكية
- عيادة أو رعاية عاجلة أو مستشفى أو مركز جراحة متنقلة
- دكتور الأسنان
- مكتب أطباء العيون

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك الاتصال وطلب رحلة إلى الصيدلية للحصول الوصفة الدوائية الخاصة بك حتى دون وجود موعد طبي، إذا كنت بحاجة إلى الحصول على الوصفة الدوائية الخاصة بك أثناء عودتك إلى المنزل من مكتب مقدم الرعاية الخاص بك، يمكنك الطلب من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك إبلاغ الصيدلية بالوصفة الدوائية الخاصة بك حتى تكون جاهزة عند وصولك، أخبر سائق وسيلة النقل أنك بحاجة إلى الوقوف عند الصيدلية في رحلة العودة.

لحجز موعد انتقال أو إذا كان لديك أي استفسارات، يُرجى الاتصال بالرقم 644-6357 (844) المتوفر على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، 365 يومًا في السنة. يمكن إجراء الحجوزات حتى 30 يومًا مقدمًا. يرجى الاتصال في أقرب وقت ممكن وقبل اثنين وسبعين (72) ساعة على الأقل من الموعد المعتاد لحجز رحلتك. ومع ذلك، إذا كانت الرحلة لموعد عاجل / في نفس اليوم أو الخروج من المنشأة فسنحاول المساعدة في طلب النقل

## ح. كيفية الحصول على خدمات مشمولة إذا تعرضت لحالة طبية طارئة أو حاجة ملحة للرعاية، أو أثناء الكوارث

### ح.1. الحصول على الرعاية عندما تتعرض لحالة طبية طارئة

#### تعريف الحالة الطبية الطارئة

تُعد الحالة الطبية الطارئة أحد الحالات الطبية التي يصابها أعراض مثل الألم الحاد أو الإصابة الخطيرة. يصبح الوضع خطيرًا للغاية إذا لم يتلق اهتمامًا طبيًا على الفور، وقد تتوقع أنت أو أي شخص ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب أن يؤدي الوضع إلى:

- تعرض صحتك أو صحة الجنين لضرر جسيم؛ أو
- إلحاق ضرر خطير بوظائف الجسم؛ أو
- خلل خطير في أداء أي عضو أو جزء من أجزاء الجسم؛ 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 تهديدًا لصحتك وسلامتك أو الطفل الذي لم يولد بعد.

ما الذي يتعين عليك فعله إذا تعرضت لحالة طبية طارئة

إذا كنت تتعرض لحالة طبية طارئة:

- الحصول على المساعدة بأسرع ما يمكن. الاتصال على رقم 911 أو الذهاب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. الاتصال بسيارة الإسعاف عند الحاجة إليها. لا يتعين عليك الحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- وتؤكد في أقرب وقت ممكن من إخبار خطتنا بحالتك الطارئة. يهنا 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 تضطر إلى دفع مقابل خدمات الطوارئ بسبب حدوث تأخير 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.

ويمكن تغطية رعاية حالتك الطارئة وقتما تحتاج إلى ذلك، في أي مكان داخل الولايات المتحدة أو أراضيها. وإذا كنت بحاجة إلى الحصول على غرفة للطوارئ؛ فإن خطتنا ستغطي ذلك. للتعرف على المزيد، راجع جدول المزايا في الفصل الرابع.

- بعد انتهاء الحالة الطارئة، قد تحتاج إلى رعاية من نوع "المتابعة" للتأكد من أنك أصبحت أفضل حالاً. لذا سوف نقوم 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. سوف تغطي خطة Molina Dual Options خدمات ما بعد استقرار الحالة اللازمة طبيًا التي يتم توفيرها بواسطة مقدم الخدمات سواء كان ينتمي أو لا ينتمي للشبكة وذلك في أي من المواقف التالية:

- اعتماد الخطة لهذه الخدمات

- كان يجري إدارة الخدمات للاهتمام بحالة العضو وتعافيه

### تلقى رعاية طوارئ في حالة لم تكن حالة طارئة

قد يصعب علينا أحيانًا معرفة ما إذا كانت تتعرض لحالة طبية طارئة أم سلوك صحي طارئ. ربما تخضع لرعاية الطوارئ، ويخبرك الطبيب أنها لم تكن حالة طبية طارئة بالفعل. وطالما أنك تظن ظنًا معقولاً أن صحتك في خطر كبير، فسوف نقوم بتغطية رعايتك.

ومع ذلك، إذا أخبرك الطبيب أن حالتك لم تكن حالة طوارئ، فسوف نقوم بتغطية رعايتك الإضافية فقط في حالة:

- ذهابك إلى أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة، أو
- تم اعتبار رعايتك الإضافية التي حصلت عليها "رعاية طارئة عاجلة"، وستتبع القواعد للحصول على هذه الرعاية. (راجع القسم التالي).

## ح. رعاية مطلوبة بشكل عاجل

### تعريف الرعاية المطلوبة بشكل عاجل

الرعاية الضرورية العاجلة هي الرعاية التي تحصل عليها بسبب مرض مفاجئ أو إصابة أو وضع لا يمثل حالة طارئة ولكنه يحتاج إلى رعاية فورية. على سبيل المثال، قد تتعرض إلى ظهور مفاجئ لحالة مرضية كامنة وتحتاج إلى معالجتها.

### تلقى الرعاية الضرورية العاجلة أثناء التواجد داخل نطاق خدمة الخطة

في أغلب الأحيان، سوف نقوم بتغطية الرعاية الضرورية العاجلة فقط في حالة:

- حصولك على هذه الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة،
- و اتباعك للقواعد الأخرى الموضحة في هذا الفصل.

ومع ذلك، إذا لم تتمكن من الوصول إلى أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة؛ فسوف نقوم بتغطية الرعاية الطارئة المطلوبة التي تحصل عليها من أحد مقدمي الرعاية من خارج الشبكة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



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 أيضاً الاتصال بخط الاستشارة التمريضية الذي يعمل على مدار 24 ساعة في اليوم (24 Hour Nurse Advice Line) على الرقم 275-8750 (888). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يتعين عليهم الاتصال على رقم 711.

### تلقي الرعاية الضرورية العاجلة أثناء التواجد خارج نطاق خدمة الخطة

عندما تكون خارج نطاق خدمة الخطة، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من أحد مقدمي الرعاية من داخل الشبكة. وفي تلك الحالة، ستقوم خطتنا بتغطية الرعاية الطارئة المطلوبة التي تحصل عليها من أي مقدم للرعاية.

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

### 3. الحصول على الرعاية أثناء حدوث كارثة

إذا أعلن محافظ الولاية أو وزير الصحة والخدمات البشرية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها، يحق لك الحصول على الرعاية من خطة Molina Dual Options.

الرجاء زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بنا للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية المطلوبة أثناء حالات الكوارث المعلن عنها: [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

أثناء حالات الكوارث المعلن عنها، إذا لم يكن بإمكانك استخدام مقدم رعاية تابع للشبكة، سوف نسمح لك بالحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة بدون أي تكلفة عليك. إذا لم يكن بإمكانك استخدام صيدلية تابعة للشبكة أثناء الكوارث المعلن عنها، فسوف يتسنى لك صرف الأدوية الموصوفة من خلال صيدلية غير تابعة للشبكة. يُرجى الاطلاع على الفصل الخامس لمعرفة المزيد من المعلومات.

### ط. ما الذي ينبغي فعله في حال تم محاسبتك بصورة مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا

إذا أرسل لك أحد مقدمي الرعاية فاتورة بدلاً من إرسالها إلى الخطة؛ فينبغي أن تطالبنا بسداد هذه الفاتورة.

لا ينبغي أن تسدد الفاتورة بنفسك. وإذا فعلت ذلك؛ فربما لن تتمكن الخطة من ارجاع النفود إليك.

إذا قمت بالدفع نظير الخدمات المشمولة أو إذا حصلت على فاتورة نظير الخدمات الطبية المشمولة، فراجع الفصل السابع لمعرفة ما ينبغي عليك فعله.

### 1. ماذا ينبغي عليك فعله إذا لم تكن الخدمات مشمولة بخطتنا

تغطي خطة Molina Dual Options جميع الخدمات التي:

- يُقرر أنها خدمات ضرورية من الناحية الطبية،
- و تم إدراجها في جدول المزايا الخاص بالخطة (انظر الفصل 4)،
- و تحصل عليها من خلال اتباعك لقواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات لم تكن مغطاة في خطتنا، يجب عليك أن تسدد التكلفة كاملة بنفسك.

إذا كنت تريد معرفة إذا كنا سوف نسدد مقابل أي من خدمات الرعاية الطبية، فلدك الحق في سؤالنا. كما يحق لك كذلك مطالبتنا بذلك كتابةً. إذا أجبناك بأننا لن نسدد مقابل الخدمات الخاصة بك؛ فلدك الحق في تقديم تظلم ضد قرارنا.

يوضح الفصل التاسع ما تفعله إذا أردت منا تغطية جهاز أو خدمة طبية. كما يطلعك الفصل أيضاً حول كيفية تقديم تظلم بشأن قرار من قرارات التغطية الخاصة بنا. وقد تتصل أيضاً بقسم "خدمات الأعضاء" للتعرف على المزيد عن حقوقك في التظلم.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





سوف نسدّد مقابل بعض الخدمات حتى حدّ معين. وإذا تجاوزت هذا الحد، فسوف تضطر إلى أن تسدّد التكلفة الكاملة للحصول على مزيد من هذا النوع من الخدمات. اتصل بقسم "خدمات الأعضاء" لتعرف ما هي الحدود وإلى أي مدى تقترب منها.

## ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية حينما تكون مشتركًا في دراسة بحثية إكلينيكية

### ي.1. 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. فهم يطلبون متطوعين للمساعدة في الدراسة. يساعد هذا النوع من الدراسة الأطباء في اتخاذ قرار بشأن فعالية أحد أنواع الرعاية الصحية أو الأدوية، وعما إذا كان آمنًا أم لا.

وبمجرد موافقة برنامج Medicare أو خطتنا على الدراسة التي تريد الاشتراك فيها، فسيقوم أحد العاملين على هذه الدراسة بالاتصال بك. وسوف يطلعك هذا الشخص على الدراسة ومعرفة إذا ما كنت مؤهلًا للمشاركة فيها أم لا. ويمكنك الانضمام للدراسة طالما أنك تستوفي الشروط المطلوبة. ويجب عليك أيضًا أن تستوعب ما يجب أن تنفذه من أجل الدراسة والموافقة عليه.

وأثناء اشتراكك في هذه الدراسة، يمكنك أن تظل مسجلًا في خطتنا. وبهذه الطريقة سوف تستمر في تلقي الرعاية من خطتنا التي لا ترتبط بالدراسة.

وإذا كنت تريد المشاركة في إحدى الدراسات البحثية الإكلينيكية التي وافق عليها برنامج Medicare، فإنك لست بحاجة إلى الحصول على موافقة منا أو من مقدم الرعاية الرئيسية الخاص بك. كما أن مقدمي الرعاية الذين يمنحونك الرعاية كجزء من الدراسة ليسوا بحاجة إلى أن يكونوا مقدمين للرعاية من داخل الشبكة.

يتعين عليك إخبارنا قبل البدء في المشاركة في إحدى الدراسات البحثية السريرية.

إذا كنت تخطط للاشتراك في دراسة بحثية سريرية، فإنه ينبغي عليك أو على مدير حالتك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإخبارنا بأنك ستخضع لتجربة سريرية.

### ي.2. الدفع مقابل الخدمات عند اشتراكك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لدراسة بحثية إكلينيكية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الدراسة، وسوف يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المقترنة برعايتك. بمجرد انضمامك إلى إحدى الدراسات البحثية الإكلينيكية التي وافق عليها برنامج Medicare، سوف تتم تغطيتك بالنسبة لأغلب الأجهزة والخدمات التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. ويتضمن ذلك:

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

سوف ندفع أية تكاليف إذا تطوعت للمشاركة في دراسة بحثية سريرية لا توافق عليها Medicare ولكن توافق عليها الخطة الخاصة بنا. أما إذا كنت عضوًا في إحدى الدراسات التي لم يوافق عليها برنامج Medicare أو خطتنا، فسوف يتعين عليك سداد أي تكاليف نظير وجودك في الدراسة.

### ي.3. معرفة المزيد عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة المزيد عن الانضمام إلى إحدى الدراسات البحثية السريرية عن طريق قراءة ملف "Medicare والدراسات البحثية السريرية" على موقع برنامج Medicare على الإنترنت

([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)).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

## ك. كيف يتم تغطية خدمات الرعاية الصحية لديك عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

### ك1. 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 متخصص. فإذا كان حصولك على الرعاية في أحد المستشفيات أو مركز ترميز متخصص يخالف معتقداتك الدينية، فإننا سنقوم بتغطية رعايتك في إحدى المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.

وربما تختار الحصول على الرعاية الصحية في أي وقت ولأي سبب. وهذه الفائدة متاحة فقط لخدمات المرضى الداخليين في الجزء "أ" لبرنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية). وسوف يسدد برنامج Medicare فقط نظير خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.

### ك2. تلقي الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

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

- والمعالجة الطبية "غير المستثناة" هي أي رعاية تطوعية وغير مطلوبة بموجب أي قانون فيدرالي أو محلي أو تابع للولاية.
  - تشمل المعالجة الطبية "المستثناة" أي رعاية غير تطوعية ومطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو المحلي أو الخاص بالولاية.
- ولتغطية الرعاية تحت مظلة خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من إحدى المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية الشروط التالية:

- يجب أن 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 إحدى المنشآت؛ فسيتم تطبيق الآتي:
    - يجب أن تكون حالتك الطبية تسمح لك بالحصول على خدمات مشمولة لرعاية المستشفى للمرضى الداخليين أو رعاية مركز ترميز متخصص.
- تغطي الخطة الخاصة بنا عددًا غير محدود من الأيام للإقامة في المستشفى كمرضى داخلي. (راجع جدول المزايا في الفصل الرابع).

## ل. المعدات الطبية المعمرة (DME)

### ل1. الأجهزة الطبية المعمرة (DME) كجزء من خطتنا

تعني الأجهزة الطبية المعمرة (DME) بعض العناصر التي يطلبها أحد مقدمي الرعاية للاستخدام في منزلك الخاص. 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. سوف تمتلك دائمًا أجهزة معينة، مثل الأجهزة التعويضية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



في هذا القسم، سوف نناقش المعدات الطبية المعمرة (DME) التي يتعين عليك تأجيرها. وبصفتك عضوًا في Molina Dual Options، لن تمتلك المعدات الطبية المعمرة (DME)، بغض النظر عن مدة استئجارك لها.

وفي بعض الحالات سنقوم بنقل ملكية العنصر المندرج تحت الأجهزة الطبية المعمرة (DME) لك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة معلومات حول المتطلبات التي يجب أن تتوفر بك والأوراق التي تحتاج إلى تقديمها.

## 2. ملكية الأجهزة الطبية المعمرة (DME) عند التحويل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage

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

**ملاحظة:** يمكنك الحصول على تعريفات لخطط Original Medicare و Medicare Advantage في الفصل الثاني عشر. يمكنك أيضًا الحصول على مزيد من المعلومات بشأنهم في دليل برنامج Medicare وأنت 2022. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من خلال الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الإنترنت (<http://www.medicare.gov>) أو من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

سيُتبع عليك سداد 13 من المدفوعات على التوالي بموجب Original Medicare، أو سيُتبع عليك سداد عدد المدفوعات المحددة بموجب خطة Medicare Advantage على التوالي، لامتلاك الأجهزة الطبية المعمرة (DME) إذا:

- لم تصبح مالكًا للأجهزة الطبية المعمرة في الوقت الذي كنت فيه داخل خطتنا
- و تركت خطتنا وحصلت على مزايا برنامج Medicare من خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو Medicare Advantage.

إذا قمت بسداد المدفوعات مقابل الأجهزة الطبية المعمرة بموجب برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage قبل الانضمام إلى خطتنا، فإن مدفوعات Original Medicare أو Medicare Advantage لا تتساوى مع المدفوعات التي يتعين عليك سدادها بعد ترك خطتنا.

- سيُتبع عليك سداد 13 من المدفوعات الجديدة على التوالي بموجب Original Medicare، أو عدد المدفوعات الجديدة المحددة بموجب خطة Medicare Advantage على التوالي لامتلاك الأجهزة الطبية المعمرة (DME).
- ولا توجد استثناءات لهذه الحالة عند عودتك إلى برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.

## 3. مزايا أجهزة الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً لاستخدام أجهزة الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare وكنت عضوًا في خطتنا، فسوف نقوم بتغطية ما يلي:

- 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



#### 4.ل أجهزة الأكسجين عند التحويل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage

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

إذا أصبحت أجهزة الأكسجين ضرورية طبيًا بعد أن قمت باستئجارها لمدة 36 شهرًا:

- يجب على المزود توفير أجهزة الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا أخرى.
- يجب على المزود توفير أجهزة الأكسجين ومستلزماتها لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا كانت ضرورية طبيًا.
- إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية طبيًا عند نهاية فترة الـ 5 سنوات:
- لم يعد يوفرها المورد ويمكنك اختيار الحصول على أجهزة بديلة من أي مورد.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- ستؤجرها من مورد لمدة 36 شهرًا.
- يجب على المورد حينها توفير أجهزة الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما أن أجهزة الأكسجين ضرورية طبيًا.

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



## الفصل الرابع: جدول الامتيازات

### مقدمة

يوضح لك هذا الفصل الخدمات المشمولة في خطة *Molina Dual Options* 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.

### جدول المحتويات

أ. خدماتك المشمولة.....	44
1أ. خلال طوارئ الصحة العامة.....	44
ب. إجراءات ضد مقدمي الخدمة الذين يتقاضون منك أجر الخدمات.....	44
ج. جدول المزايا الخاص بالخطة.....	44
د. جدول المزايا.....	45
هـ. المزايا التي تتم تغطيتها خارج نطاق خطة Molina Dual Options.....	82
1هـ. خدمات الانتقال المجتمعية في California (CCT).....	82
2هـ. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان.....	82
3هـ. رعاية المحتضرين.....	83
و. المزايا غير الخاضعة للتغطية من خلال خطة Molina Dual Options أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.....	83

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## أ. خدماتك المشمولة

يخبرك هذا الفصل بالخدمات التي تسدد خطة Molina Dual Options تكاليفها من أجلك. ويمكنك أيضاً معرفة الخدمات التي لا تتم تغطيتها. تتوفر في الفصل الخامس معلومات حول المزايا المتعلقة بالأدوية. يوضح هذا الفصل أيضاً القيود المفروضة على بعض الخدمات. وبما أنك تتلقى المساعدة من برنامج Medi-Cal، فلن تدفع شيئاً نظير خدماتك المشمولة بالتغطية طالما أنك تتبع قواعد الخطة. راجع الفصل 3 لمعرفة التفاصيل المتعلقة بقواعد الخطة. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في فهم الخدمات المشمولة، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

## 1. خلال طوارئ الصحة العامة

إذا أعلن محافظ كاليفورنيا أو وزير الصحة والخدمات البشرية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها، يحق لك الحصول على الرعاية من خطة Molina Dual Options. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية المطلوبة أثناء حالات الكوارث.

## ب. إجراءات ضد مقدمي الخدمة الذين يتقاضون منك أجر الخدمات

ولا نسمح لمقدمي خطة Molina Dual Options بمطالبتك بدفع فواتير نظير الخدمات الخاضعة للتغطية. 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 تلقت فاتورة، فراجع الفصل 7 أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

## ج. جدول المزايا الخاص بالخطة

يطلعك جدول المزايا هذا على الخدمات التي تسدد الخطة تكاليفها. حيث يدرج فئات الخدمات بالترتيب الأبجدي ويوضح الخدمات المشمولة. فقط سوف نسدد تكاليف الخدمات المدرجة في جدول المزايا عند استيفاء القواعد التالية. ولن تدفع أي شيء نظير الخدمة المدرجة في جدول المزايا، طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أدناه.

- يجب توفير خدمات برامج Medicare وMedi-Cal المغطاة وفقاً للقواعد المحددة بواسطة 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. ونحن نقصد بالضرورة الطبية أنك تحتاج إلى الخدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو للحفاظ على وضعك الصحي الحالي. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو دور التمريض. وهذا يعني أيضاً 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.


إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- 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. يحتوي الفصل الثالث على مزيد من المعلومات عن استخدام مقدمي الرعاية من داخل وخارج الشبكة.
- لديك مقدم رعاية رئيسة أو فريق رعاية يوفر ويدير رعايتك. وفي معظم الأحيان، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) المتابع لحالتك الموافقة قبل أن تتمكن من الذهاب إلى مقدمين آخرين للرعاية في شبكة الخطة. وهذا يسمّى إحالة. يحتوي الفصل الثالث على مزيد من المعلومات عن الحصول على الإحالة ويوضح الحالات التي يتعين عليك فيها الحصول على الإحالة.
- يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي الرعاية المرتبطين بالمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الرئيسي (PCP). راجع الفصل 3 للحصول على مزيد من المعلومات.
- يتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر على موافقة منا أولاً. ويسمى هذا تصريحاً مسبقاً. وتم وضع علامة النجمة (\*) إلى جانب الخدمات المشمولة التي تحتاج إلى ترخيص مسبق أولاً في جدول المزايا. علاوة على ذلك، يجب عليك الحصول على ترخيص مسبق أولاً نظير تلقي الخدمات التالية غير المدرجة في جدول المزايا:
  - جراحات التجميل الضرورية
  - الاختبار النفسي والعصبي والاختبار النفسي وعلاجه
  - أدوية الصيدلانية المتخصصة
  - دراسات النوم
- تُقدّم جميع الخدمات الوقائية مجاناً. سوف تجد هذه التفاحة إلى جوار الخدمات الوقائية في جدول المزايا.
- قد تكون خدمات (CPO) متوفرة بموجب خطة Individualized Care Plan، تمنحك هذه الخدمات مزيداً من المساعدة في المنزل، مثل الوجبات أو مساعدتك أو من يتولى رعايتك أو قضان الحمام والأرضيات المائلة، يمكن أن تساعدك هذه الخدمات على العيش بشكل أكثر استقلالية ولكنها لا تحل محل خدمات برنامج (LTSS) الذي يحق لك الحصول بموجب Medi-Cal، وتشمل خدمات (CPO) المقدمة من خطة من Molina Dual Options من قبل: نظام استجابة الطوارئ الشخصية والوجبات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة كيف ستقدم لك خدمات CPO المساعدة، فيمكنك الاتصال بمدير الحالة الخاص بك.


## د. جدول المزايا

ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدّد خطتنا تكاليفها
\$0	 <p><b>فحص تمدد الشريان الأورطي البطني</b></p> <p>سوف ندفع نظير 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.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>الوخز بالإبر*</b></p> <p>سوف ندفع نظير ما يصل إلى مرتين من خدمات الوخز بالإبر لمرضى العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي، أو أكثر من ذلك إذا كانت ضرورة طبيياً.</p> <p>سندفع كذلك تكاليف ما يصل إلى 12 زيارة للعلاج بالوخز بالإبر خلال 90 يوماً إذا كنت تعاني من آلام مزمنة أسفل الظهر والمحددة على النحو التالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• آلام تستمر لمدة 12 أسبوعاً أو أكثر،</li> <li>• آلام غير محددة (لا يوجد سبب منتظم يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطها بالأمراض المتقلة أو الالتهابية أو المعدية)،</li> <li>• آلام غير مرتبطة بعملية جراحية،</li> <li>• آلام غير مرتبطة بالحمل.</li> </ul> <p>وبالإضافة إلى ذلك، سوف ندفع مقابل 8 جلسات إضافية للوخز بالإبر لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر إذا ظهر عليك بعض التحسن. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاج بالوخز بالإبر سنوياً لعلاج الآلام المزمنة أسفل الظهر.</p> <p>يجب التوقف عن العلاج بالوخز بالإبر للآلام المزمنة أسفل الظهر إذا لم تتحسن أو ساءت حالتك.</p>
\$0	<p><b>فحص فرط تعاطي الكحول والاستشارات ذات الصلة بها</b> </p> <p>سوف ندفع نظير فحص واحد لفحص تعاطي الكحول للبالغين الذين يتعاطون الكحول ولكنهم لا يعتمدون عليه بشكل مفرط. ويتضمن هذا النساء الحوامل.</p> <p>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 ومنتهياً خلال الاستشارة) مع مقدم رعاية رئيسي مؤهل أو طبيب ممارس في مكان تلقي الرعاية الرئيسي.</p>
\$0	<p><b>خدمات الإسعاف*</b></p> <p>تتضمن الخدمات المغطاة للإسعاف طائرة الإسعاف ثابتة الجناح وطائرة الإسعاف المروحية وخدمات سيارة الإسعاف الأرضية. سوف تصطحبك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكن أن يقدم لك الرعاية.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>الزيارة السنوية لفحص الصحة والعافية</b></p> <p>يمكنك الحصول على فحص سنوي. وهذا من أجل إنشاء أو تحديث خطة وقاية تستند إلى عوامل الخطر الحالية الخاصة بك. سوف ندفع نظير ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p>	
\$0	<p><b>قياس كتلة العظام</b></p> <p>سوف ندفع نظير 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.</p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا أو أكثر إذا استدعت الضرورة الطبية. وسوف ندفع لطبيب أيضًا للنظر في النتائج أو التعليق عليها.</p>	
\$0	<p><b>فحص سرطان الثدي (الفحص بصورة الثدي الشعاعية)</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخط الأساسي للفحص بصورة الثدي الشعاعية بين الأعمار 35 و39</li> <li>• فحص واحد بصورة الثدي الشعاعية كل 12 شهرًا للنساء البالغات 40 عامًا فأكثر.</li> <li>• إجراء فحوصات الثدي الإكلينيكية مرة كل 24 شهرًا</li> </ul>	
\$0	<p><b>خدمات إعادة التأهيل القلبية*</b></p> <p>سوف ندفع نظير خدمات إعادة التأهيل القلبية مثل التمارين والتعليم والاستشارة. يجب أن يستوفي الأعضاء شروطًا معينة بناءً على طلب الطبيب.</p> <p>وتُغطي أيضًا برامج إعادة التأهيل القلبي المكثف، التي تعتبر أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبي.</p>	
\$0	<p><b>زيارة خفض مخاطر أمراض الأوعية الدموية القلبية (علاج مرض القلب)</b></p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مناقشتك حول استخدامك للأسبرين، و / أو</li> <li>• التحقق من ضغط الدم، و / أو</li> <li>• إعطاؤك نصائح للتأكد من أنك تأكل جيدًا.</li> </ul>	





ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>اختبار أمراض الأوعية الدموية القلبية</b></p> <p>ندفع نظير اختبارات الدم للتحقق من وجود أمراض الأوعية القلبية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). تتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من وجود عيوب نتيجة ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.</p>	
\$0	<p><b>فحص السرطان العنقي والمهبلي</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بالنسبة لجميع النساء: يتم إجراء اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا</li> <li>• بالنسبة للنساء المحتمل إصابتهن بشكل كبير بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: يتم إجراء اختبار "باب" لفحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا</li> <li>• بالنسبة للنساء اللاتي في سن الحمل ويخضعن لاختبار "باب" لفحص عنق الرحم على نحو غير اعتيادي في السنوات الثلاث الأخيرة: يتم إجراء اختبار "باب" لفحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا</li> <li>• 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.</li> </ul>	
\$0	<p><b>خدمات تقويم العمود الفقري</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ضبط العمود الفقري لتصحيح المحاذاة</li> </ul>	
\$0	<p><b>فحص السرطان القولوني المستقيمي</b></p> <p>للأشخاص البالغين 50 عامًا فأكثر، سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التنظير السيني المرن (أو فحص حقنة الباريوم) كل 48 شهرًا</li> <li>• اختبار الدم الخفي في البراز، كل 12 شهرًا</li> <li>• اختبار الدم الخفي في البراز أو اختبار كيميائي مناعي خفي، كل 12 شهرًا</li> <li>• فحص للمستقيم معتمد على الحمض النووي (DNA)، كل 3 سنوات</li> <li>• التنظير القولوني كل عشر سنوات (ولكن ليس خلال 48 شهرًا من إجراء التنظير السيني للفحص)</li> <li>• التنظير القولوني (أو فحص حقنة الباريوم) للأشخاص المعرضين لخطر شديد للإصابة بسرطان القولون، كل 24 شهرًا.</li> </ul>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)




ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>برنامج *Community Based Adult Services (CBAS)</b></p> <p>برنامج CBAS هو برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المنشأة التي يزورها الأشخاص وفقاً لجدول زمني. يقدم البرنامج رعاية ترميضية متخصصة، وخدمات اجتماعية وعلاجات (بما في ذلك الرعاية المهنية والبدنية والتخاطبية)، والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/لموفر الرعاية وخدمات التغذية والتنقل وخدمات أخرى. وستحمل تكاليف CBAS إذا كنت تستوفي معايير التأهل.</p> <p><b>ملاحظة:</b> إذا كانت منشأة CBAS غير متاحة، يمكننا توفير هذه الخدمات بصورة منفصلة.</p>	
\$0	<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>• فسوف ندفع نظير محاولتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا باعتبارها خدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية من أجلك. تتضمن كل محاولة للإقلاع ما يصل إلى أربع زيارات استشارية وجهاً لوجه.</li> <li>• إذا كنت تستخدم منتجات تبغية وتم تشخيص أمراض متعلقة بالتبغ أو كنت تتناول أدوية يمكن أن يؤثر عليها التبغ سلبيًا:</li> <li>• فسوف ندفع نظير محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهاً لوجه.</li> </ul> <p>إذا كنت سيدة حاملاً، يمكنك تلقي استشارة غير محدودة للتوقف عن تناول المنتجات التبغية مع الحصول على تصريح مسبق بذلك.*</p> <p>تقدم هذه الخطة 8 جلسات استشارية إضافية للتوقف عن التدخين أو استخدام التبغ بالإضافة إلى مزايا Medicare الخاصة بك.</p>	
\$0	<p><b>خدمات طب الأسنان*</b></p> <p>يتم توفير خدمات محددة لطب الأسنان، بما في ذلك التنظيف والحشو وأطقم الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان. راجع القسم "هـ" للتعرف على المزيد من المعلومات حول هذه الميزة.</p>	
\$0	<p><b>فحص الاكتئاب</b></p> <p>سوف ندفع نظير فحص واحد للاكتئاب كل عام. ويجب توفير الفحص في مكان الرعاية الرئيسي حيث يمكن توفير علاج المتابعة والإحالات.</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من


المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>فحص مرض السكري</b></p> <p>سوف ندفع نظير هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا كانت لديك أي من عوامل الخطر التالية:</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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>تدريب وخدمات وإمدادات الإدارة الذاتية لمرض السكري</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا)*:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إمدادات لمراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يلي:</li> <li>• مراقبة الجلوكوز في الدم</li> <li>• شرائط اختبار الجلوكوز في الدم</li> <li>• أجهزة الوخز والواخزة</li> <li>• محاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار والشاشات</li> <li>• نقوم 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 للأشخاص الذين يعانون من السكري ولديهم مرض القدم السكري الحاد، سوف ندفع نظير ما يلي*:</li> <li>○ زوج واحد فقط من الأحذية العلاجية المصنوعة حسب الحالة (بما في ذلك الملحقات المدرجة بها)، بما في ذلك التركيبية، 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> <li>• سوف ندفع نظير التدريب على مساعدتك في إدارة مرض السكري الخاص بك، في بعض الحالات. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.</li> </ul>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627-855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة</b>                      (للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المعمرة (DME)", راجع الفصل الثاني عشر من هذا الدليل.)                      تتم تغطية العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الكراسي المتحركة</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</li> <li>• مضخات الحقن الوريدي (IV) والقطب</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 منحني 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>سوف نقوم بدفع مقابل كل المعدات الطبية المعمرة (DME) الضرورية من الناحية الطبية التي تدفع خطة Medicare وخطة Medi-Cal في الغالب مقابلها. إذا لم يكن مقدم الرعاية الخاص بنا في منطقتك يوفر علامة تجارية محددة أو شركة تصنيع محددة، يمكنك أن تستفسر منهم إذا كان بإمكانهم توفيرها لك بشكل خاص أم لا.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



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. كما يمكنك البقاء في تلك المستشفى غير التابعة للشبكة لتلقي خدمات رعاية المرضى الداخليين؛ وذلك إذا وافقت الخطة على إقامتك.</p>	<p><b>رعاية الطوارئ</b></p> <p>تعني رعاية الطوارئ الخدمات التي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المقدمة بواسطة مقدم رعاية مدرب على توفير خدمات الحالات الطارئة، و المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة.</li> <li>• 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:</li> <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>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)




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. سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</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>كما نلتزم بدفع تكاليف بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب عليك الرجوع إلى أحد مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا فيما يتعلق بالخدمات التالية:</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>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





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>• ملاحظة: قد لا تقوم بعض المستشفيات وغيرها من مقدمي الرعاية الآخرين بتوفير بعض أنواع خدمات تنظيم الأسرة التي يمكن أن تكون خاضعة للتغطية 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. يمكنك الاتصال بطبيبك أو المجموعة الطبية أو العيادة، أو الاتصال على الرقم المجاني لقسم خدمات الأعضاء 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي للتأكد من أنه يمكنك الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي تحتاجها.</li> </ul>	
\$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>• والإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ؛</li> <li>• والخط الساخن لخدمات التمريض</li> </ul>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<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 اختصاصيي السمع أو مقدمي الرعاية المؤهلين.</p> <p>أقصى مبلغ لتغطية مزاي الخطة بخصوص مزاي وسائل المساعدة السمعية هو \$1,510 كل عام مالي. وتغطي الخطة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص روتيني واحد على السمع كل عام</li> <li>• تركيبية واحدة / مرة تقييم واحدة لوسيلة مساعدة السمع كل عامين</li> <li>• إذا كنت حاملاً أو أحد نزلاء منشآت التمريض فإننا نلتزم بالدفع في مقابل أجهزة المساعدة لضعاف السمع، بما فيها*:</li> <li>• القوالب واللوازم والمغروقات السمعية</li> <li>• الإصلاحات التي تتكلف ما يزيد عن \$25 أمريكيًا للإصلاح الواحد</li> <li>• مجموعة أولية من البطاريات</li> <li>• ست زيارات للتدريب والتعديلات والمواءمة مع نفس المورد بعد حصولك على جهاز المساعدة السمعية</li> <li>• استئجار أجهزة المساعدة السمعية لفترة تجريبية</li> <li>• يجري تغطية أجهزة المساعدة السمعية وفقاً للمبادئ التوجيهية لتغطية برنامج -Medi-Cal.</li> <li>• لا يتم احتساب استبدال وسائل المساعدة السمعية التي فقدت أو سُرقت أو تعرضت لأضرار لا يمكن إصلاحها بسبب ظروف خارجة عن إرادتك ضمن المبلغ الأقصى لتغطية مزاي الخطة البالغ \$1,510.</li> </ul>
\$0	<p><b>فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV)</b></p> <p>نحن نلتزم بالدفع في مقابل إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) مرة كل 12 شهرًا بالنسبة لأولئك الذين:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يطلبون إجراء اختبار فحص نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV)، أو</li> <li>• يتهددهم خطر متزايد بالإصابة بالعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV).</li> </ul> <p>بالنسبة للحوامل، نلتزم بالدفع في مقابل إجرائهن ما يصل إلى ثلاثة فحوصات لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) خلال فترة الحمل.</p> <p>سندفع أيضًا تكلفة فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب (HIV) عندما يوصي بذلك مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.</p>



إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>وكالة الرعاية الصحية المنزلية*</b></p> <p>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. نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب خدمات أخرى غير مدرجة بهذه القائمة يُحتمل أن ندفع في مقابلها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• العلاج البدني والمهني وعلاج مشكلات النطق</li> <li>• الخدمات الاجتماعية والطبية</li> <li>• اللوازم والمعدات الطبية</li> </ul>
\$0	<p><b>العلاج بالتسريب في المنزل</b></p> <p>ستدفع الخطة تكلفة العلاج بالتسريب في المنزل، والذي يُعرّف بأنه عقاقير أو مواد بيولوجية تُعطى في الوريد أو توضع تحت الجلد وتُقدم لك 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>ستغطي الخطة 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)




ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>إذا كنت منضمًا لأحد برامج رعاية المسنين المعتمدة بواسطة Medicare، فسيتكفل برنامج Medicare بتحمل تكاليف خدمات رعاية المسنين المتعلقة بمرضك العضال والخدمات المغطاة بموجب الجزأين أ و ب من برنامج Medicare. ولن تتكفل خطة Molina Dual Options بالدفع في مقابل تلك الخدمات التي تحصل عليها.</p> <p>لا يوجد تكاليف نثرية للخدمات المغطاة يتحملها الأعضاء.</p>	<p><b>رعاية المحتضرين</b></p> <p>يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من أي من برامج المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. 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. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المسنين تابعًا لشبكة مقدمي الخدمات أو من خارجها.</p> <p>ستتكفل الخطة بتكاليف الخدمات التالية أثناء تليقك 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><b>يدفع برنامج Medicare الفواتير الخاصة بخدمات المحتضرين والخدمات التي تخضع لتغطية الجزء "أ" والجزء "ب" من Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ارجع إلى القسم "هـ" من هذا الفصل للحصول على المزيد من المعلومات.</li> </ul> <p><b>بالنسبة للخدمات المشمولة بواسطة خطة Molina Dual Options ولا يغطيها برنامج Medicare في أي من الجزأين (أ) أو (ب):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ستغطي خطة Molina Dual Options الخدمات التي لا يتضمنها برنامج Medicare في أي من الجزأين (أ) أو (ب) وستغطي الخطة تلك الخدمات بغض النظر عن مدى علاقتها بتشخيص الأمراض العضال التي تعاني منها. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.</li> </ul> <p><b>بالنسبة للأدوية التي يمكن أن تخضع لتغطية مزايا الجزء "د" في Molina Dual Options التابعة لبرنامج Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، انظر الفصل الخامس.</li> </ul> <p><b>ملاحظة:</b> إذا كنت تحتاج إلى خدمات رعاية غير خدمات المسنين، فيتعين عليك الاتصال بمدير حالتك لترتيب تلك الخدمات. وتعد خدمات رعاية غير المحتضرين هي تلك الخدمات التي لا تتعلق بتشخيص أي مرض عضال تعاني منه.</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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>التحصينات</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</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>• اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا لأي مخاطر، مع استيفاء هذه اللقاحات لقواعد الجزء "ب" من برنامج Medicare</li> <li>• لقاحات كوفيد-19</li> </ul> <p>نحن نتكفل بدفع تكاليف اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد التغطية للجزء د من برنامج Medicare. يرجى الرجوع إلى الفصل السادس للحصول على مزيد من المعلومات. سندفع كذلك مقابل اللقاحات للبالغين بحسب توصيات اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (Advisory Committee of Immunization Practices ،ACIP).</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
<p>\$0</p> <p>يجب عليك الحصول على موافقة من الخطة لكي تستمر بالحصول على خدمات الرعاية للمرضى الداخليين أثناء بقائك في المستشفى/تغيير التابعة للشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.</p>	<p><b>رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى*</b></p> <p>تغطي الخطة الخاصة بنا عددًا غير محدود من الأيام للإقامة في المستشفى كمرضى داخلي. نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب الخدمات الأخرى اللازمة طبيًا غير المدرجة بهذه 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 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>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>رعاية المرضى الداخليين (تتمة)</b></p> <p>إذا كنت بحاجة إلى عملية زرع، فسيراجع أحد مراكز الزرع المعتمد بواسطة برنامج Medicare حالتك، وسيقرر ما إذا كنت مؤهلاً لإجراء هذه العملية أم لا. 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 محلياً أو خارج نمط رعاية مجتمعك. إذا كانت خطة Molina Dual Options تقدم خدمات زرع خارج نمط الرعاية لمجتمعك واخترت إجراء عملية الزرع هناك، فسوف نقوم بترتيب أو دفع تكاليف السكن والسفر لك ولشخص 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>
\$0	<p><b>رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين*</b></p> <p>سنتكفل بتحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تستلزم البقاء في المستشفيات.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى الداخليين لدى بقائك في مستشفى للأمراض النفسية غير التابعة للشبكة، فسنتحمل تكاليف هذه الخدمات لمدة الـ 190 يوماً الأولى من إقامتك بهذه المستشفى. وبعد انقضاء هذه المدة، سنتحمل وكالة الصحة العقلية بالمقاطعة تكاليف الخدمات النفسية الداخلية الضرورية من الناحية الطبية. ويجب التنسيق مع وكالة الصحة النفسية بالمقاطعة بشأن تصريح الرعاية فيما بعد مدة الـ 190 يوماً تلك.             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ ولا يسري شرط مدة 190 يوماً تلك على خدمات الصحة العقلية الداخلية المقدمة في وحدات الطب النفسي في المستشفيات العامة.</li> </ul> </li> <li>• وإذا كان سنك 65 عاماً أو أكبر، فسنتحمل تكاليف الخدمات التي تتلقاها في أي من مؤسسات الأمراض العقلية (IMD).</li> </ul>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)




ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) أثناء فترة بقاء المريض الداخلي غير المشمولة*</b></p> <p>إذا لم توجد أسباب مقبولة وضرورية طبيًا تستدعي بقاء المريض الداخلي، فلن نتحمل تكاليف تلك الإقامة.</p> <p>إلا أنه في بعض الحالات التي لا تكون فيها رعاية المريض الداخلي مشمولة، فقد نستمر في الدفع نظير الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في مستشفى أو مركز ترميز. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.</p> <p>نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب خدمات أخرى غير مدرجة بهذه القائمة يُحتمل أن ندفع في مقابلها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الأطباء</li> <li>• الاختبارات التشخيصية مثل الاختبارات المعملية</li> <li>• العلاج بالأشعة السينية والراديوم والعلاج بالنظائر المشعة، بما في ذلك الخدمات والمواد الفنية</li> <li>• الضمادات الجراحية</li> <li>• الجبائر والجبائر الجسبية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع</li> <li>• الأطراف الاصطناعية وأجهزة تقويم العظام والأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. وهذه هي الأجهزة التي:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تستبدل أحد أعضاء الجسم الداخلية كليًا أو جزئيًا (بما في ذلك النسيج المتلامس) أو</li> <li>○ تستبدل وظيفة أحد أعضاء الجسم الداخلية غير العاملة أو التي تعاني من الخلل كليًا أو جزئيًا.</li> </ul> </li> <li>• دعامات وسنادات الساقين والذراعين والظهر والرقبة أو الساقين والذراعين والعينين الاصطناعية. ويشمل ذلك التعديلات والإصلاحات والاستبدالات اللازمة الناتجة عن الكسر أو البلى أو الفقد أو تغير حالة المريض</li> <li>• العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي</li> </ul>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>إمدادات وخدمات أمراض الكلى</b> سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات التوعية بأمراض الكلى للتوعية بكيفية رعاية مرضى الكبد ومساعدة الأعضاء على اتخاذ القرارات السليمة بشأن رعايتهم. يجب أن يكون لديك مرض مزمن بالكلى في المرحلة الرابعة، ويجب إحالتك من قبل الطبيب. نلتزم بتحمل تكاليف ما يصل إلى ست جلسات لخدمات التوعية بأمراض الكلى.</li> <li>• علاجات غسيل الكلى خارج مستشفيات الشبكة، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتاً من النطاق الجغرافي للخدمة كما هو موضح في الفصل الثالث.</li> <li>• علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا أُدخلت كمريض داخلي في إحدى مستشفيات الرعاية الخاصة</li> <li>• التدريب على غسيل الكلى ذاتياً، 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 حول ذلك، يرجى الاطلاع على "الأدوية الموصوفة طبقاً للجزء "ب" من برنامج Medicare" في هذا المخطط.</p>
\$0	<p><b>فحص سرطان الرئة</b> </p> <p>سوف تدفع الخطة نظير فحص سرطان الرئة كل 12 شهراً إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تبلغ من العمر 50 - 80 عامًا،</li> <li>• ولديك زيارة استشارات ومشاركة في اتخاذ القرار مع طبيبك أو مع غيره من مقدمي الرعاية المؤهلين،</li> <li>• وقد قمت بتدخين علبة واحدة على الأقل في اليوم لمدة 20 عامًا بدون أن تظهر عليك علامات أو أعراض سرطان الرئة أو كنت تدخن الآن أو كنت قد أفلعت عن التدخين خلال الخمسة عشر عامًا الماضية.</li> </ul> <p>بعد الفحص الأول، تدفع الخطة مقابل فحص آخر كل عام من خلال طلب مكتوب من طبيبك أو غير ذلك من مقدمي الرعاية المؤهلين.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>مزايا الوجبات*</b></p> <p>تم تصميم هذا البرنامج خصيصًا للحفاظ على صحتك وقوتك أثناء استعادتك للشفاء بعد الإقامة في المستشفى الداخلي أو في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة، أو إذا كانت لديك حالة طبية أو حالة طبية محتملة تتطلب منك البقاء في المنزل لفترة من الوقت. إذا كنت مؤهلاً، فسوف يسجل مدير حالة الخطة لك في البرنامج.</p> <p>قد تكون مؤهلاً للاشتراك أيضًا إذا طلب طبيبك هذه المزية لك بسبب حالتك المزمنة. تقدم هذه المزية وجبتين في اليوم لمدة 14 يومًا. وبموافقة إضافية، يمكنك الحصول على 14 يومًا أخرى تحصل فيهم على وجبتين في اليوم. بحيث يكون الحد الأقصى هو 56 وجبة على مدار 4 أسابيع.</p>	
\$0	<p><b>العلاج الغذائي الطبي</b></p> <p>هذه المزايا مستحقة لمرضى السكري أو أمراض الكلى دون الغسيل الكلوي. كما أنها مستحقة أيضًا بعد عملية زرع الكلى عندما يأمر الطبيب بذلك.</p> <p>سنتحمل تكاليف ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة المباشرة خلال السنة الأولى من تلقيك لخدمات العلاج الغذائي الطبي بموجب برنامج Medicare. (ويشمل ذلك خطتنا إلى جانب أي من خطط برنامج Medicare Advantage أو 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. فإذا طرأ تغيير على حالتك أو علاجك أو تشخيصك، يجوز لك الحصول على مزيد من ساعات العلاج بناءً على أمر من طبيبك. يجب أن يصف الطبيب تلك الخدمات، ويجدد الأمر كل عام إذا استلزمت الحاجة تمديد العلاج للسنة المقبلة. قد نوافق على خدمات إضافية إذا لزم الأمر ذلك من الناحية الطبية.</p>	
\$0	<p><b>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP)</b></p> <p>سنتكفل الخطة بتكاليف خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري. 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،</li> <li>• و زيادة النشاط البدني،</li> <li>• و طرق المحافظة على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.</li> </ul>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>أدوية الوصفات الطبية الواردة بالجزء "ب" من برنامج Medicare*</b></p> <p>هذه الأدوية مغطاة بموجب الجزء "ب" من برنامج Medicare. تتحمل خطة Molina Dual Options تكاليف الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأدوية التي لا تعطىها لنفسك عادة بل تأخذها حقناً أو بالتسريب داخل الأوردة خلال زيارتك للأطباء أو المستشفيات الخارجية أو لدى حصولك على خدمات مراكز الجراحة الإسعافية.</li> <li>• الأدوية التي تأخذها باستخدام المعدات الطبية طويلة الأمد (مثل الرذذات) المعتمدة من الخطة</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 حقناً. وتُدفع تكاليف تلك الأدوية إذا كان المريض قعيد المنزل بسبب كسر يشهد طبيب بأن له علاقة بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، وأنك لا تستطيع حقه لنفسك بنفسك.</li> <li>• المستضدات</li> <li>• بعض الأدوية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم</li> <li>• بعض الأدوية المخصصة لغسيل الكلى المنزلي، بما في ذلك الهيبارين، والترياق المضاد للهيبارين (عند الضرورة الطبية)، ومواد التخدير الموضعي وعوامل تحفيز تكوّن الكريات الحمراء [قد تحذف الخطط أياً من الأدوية الأتية التي لا تغطيها الخطة] (مثل Epoetin أو Procrit أو Epoetin Alfa أو Darbepoetin Alfa)</li> <li>• الجلوبيولين المناعي حقناً بالوريد للعلاج المنزلي من أمراض نقص المناعة البشرية الرئيسية</li> </ul> <p>نقوم بتغطية بعض اللقاحات بموجب الجزء "ب" والجزء "د" من مزايا الأدوية الموصوفة في برنامج Medicare.</p> <p>يشرح الفصل الخامس مزايا الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين. حيث يشرح الفصل القواعد الواجب اتباعها لتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا.</p> <p>كما يشرح الفصل السادس التكاليف التي تتحملها في مقابل الحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا للمرضى الخارجيين ضمن خطتنا.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>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 يشمل 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،</li> <li>• ويكون النقل ضروريًا بغرض الحصول على الرعاية الطبية العاجلة.</li> <li>• على طبيبك أن يقدم وصفة دوائية مكتوبة للنقل، تُسمى نموذج بيان شهادة الطبيب (PCS)، والتي تتضمن سبب الطلب وطول المدة الزمنية للطلب (بحد أقصى 12 شهرًا) ووسيلة النقل اللازمة.</li> </ul> <p>وبناءً على الخدمة، قد يكون الحصول على تصريح مسبق ضروريًا.</p> <p>لمزيد من المعلومات عن الحصول على هذه الخدمة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.</p>
\$0	<p><b>النقل بغير وسائل النقل الطبية</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>ولا تقيد هذه المزايا من استحقاق المريض للنقل الطبي في غير حالات الطوارئ.</p> <p>يمكنك استخدام هذا الاستحقاق عند احتياجك إلى الحصول على الخدمات والذهاب إلى المواقع المعتمدة في الخطة والعودة منها والذي يؤهلك للحصول على وسيلة نقل غير طبي مشموله ببرنامح Medicaid، لا توجد قيود على عدد الرحلات التي يمكنك القيام بها كل عام. وبناءً على الخدمة، قد يكون الحصول على تصريح مسبق ضروريًا.</p> <p>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
	<p><b>النقل بغير وسائل النقل الطبية (تتمة)</b> طريقة الجدولة:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يمكنك الاتصال على الرقم 644-6357 (844)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY): 711.</li> <li>• بالنسبة للمواعيد الطبية المعتادة (غير العاجلة)، يجب عليك الاتصال قبل 72 ساعة على الأقل من موعدك لحجز رحلتك.</li> <li>• يُمكن إجراء الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</li> <li>• لا تُقبل الطلبات للحجوزات الروتينية في أيام العطلات القومية (بما في ذلك ليلة رأس السنة ويوم الذكرى والرابع من يوليو وعيد العمال وعيد الشكر وعيد الميلاد).</li> <li>• للحصول على مواعيد عاجلة / في اليوم نفسه أو الخروج من المرفق، أو لمعرفة مكان رحلتك، اتصل على الرقم 644-6357 (844).</li> <li>• يمكن إجراء الحجوزات حتى تسعين (90) يوماً مقدماً.</li> <li>• يمكن تحديد مواعيد حجز مواعيد متكررة لإجراء بعض العلاجات مثل العلاج الكيميائي أو الإشعاع أو العلاج الطبيعي أو الغسيل الكلوي لمدة تسعين (90) يوماً في كل مرة.</li> </ul> <p><b>"Will Call" لرحلات العودة</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بالنسبة إلى رحلات العودة، عندما لا تعرف المدة التي سيستغرقها موعدك الطبي، اتصل على الرقم 644-6357 (844) لتعيين الموعد. يستغرق مقدم خدمات النقل التابع لنا ما يصل إلى ساعة واحدة (1) من وقت الاتصال به لإقلاقك.</li> </ul> <p>من الذي يمكنه طلب النقل؟</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الذين لا يقل عمرهم عن ستة عشر (16) عامًا.</li> <li>• ولي أمر العضو أو الوصي القانوني عليه أو الممثل المعتمد له.</li> <li>• مدير الحالة في خطة الرعاية الصحية أو غير ذلك من الممثلين عن الخطة أو مفوض خطة الرعاية الصحية أو غير ذلك من مقدمي و / أو منشآت الرعاية الطبية.</li> </ul>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>الرعاية بدار رعاية المحتضرين*</b></p> <p><b>(يجب أن تتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على إحالة.)</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>ومن الخدمات التي نتحمل تكاليفها على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة رعاية شبه خاصة (أو غرفة رعاية خاصة تمامًا إذا استلزمت 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>• العلاج التنفسي</li> <li>• الأدوية التي تُعطى للمريض كجزء من خطة الرعاية التي يتمتع بها. (ويشمل ذلك المواد التي توجد بالطبيعة في الجسم كأدوية عوامل تخثر الدم).</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه</li> <li>• الإمدادات الطبية والجراحية التي تُقدم 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 النظر</li> </ul> <p>هذه المزية تتبع في الصفحة التالية</p>



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>ستحصل عادة على خدمات الرعاية من المرافق الطبية التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. فبوسعك تلقي خدمات الرعاية من الأماكن التالية بشرط أن تقبل تلك الأماكن بالمبالغ التي ستحملها 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 أعلى، فستتكفل بتكاليف خدمات الاستشارة لمساعدتك على خفض 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).</p>
\$0	<p><b>خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية (OPT)*</b></p> <p>سندفع الخطة تكلفة الخدمات التالية 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. **لمزيد من**

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<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 طبيًا 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>• مستلزمات الجراحة، مثل الضمادات*</li> <li>• الجبائر والجبائر الجبسية وغيرها من الأجهزة المستخدمة في الكسور والخلع*</li> <li>• الفحوصات المعملية*</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه. يجب أن تتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على إحالة.</li> <li>• الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين*</li> </ul>





ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>الخدمات المقدمة خارج المستشفى*</b></p> <p>سنتكفل بمصاريف الخدمات اللازمة طبيًا 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</li> <li>○ تساعد خدمات المراقبة طبيبك في معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى بصفقتك "مريض داخلي".</li> <li>○ في بعض الأحيان، يمكن أن تكون في المستشفى طوال الليل ولا تزال "مريضًا خارجيًا".</li> <li>○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن كونك مريضًا داخليًا أو مريضًا خارجيًا في صحيفة الوقائع التالية:  <a href="http://www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf">www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf</a></li> <li>• الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تُصدر بها المستشفيات فواتير محاسبية</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 إعطاءها لنفسك</li> </ul>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>خدمات الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين*</b></p> <p>نتكفل بدفع تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي يتلقاها المريض بواسطة:</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>نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب خدمات أخرى غير مدرجة بهذه القائمة يُحتمل أن ندفع في مقابلها:</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/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>
\$0	<p><b>الخدمات المتعلقة بالتأهيل الشامل للمرضى الخارجيين*</b></p> <p>سنتحمل تكاليف العلاج النفسي والعلاج الوظيفي 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين*</b></p> <p>نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب خدمات أخرى غير مدرجة بهذه القائمة يُحتمل أن ندفع في مقابلها:</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	<p><b>جراحة المرضى الخارجيين*</b></p> <p>سنتكفل بمصاريف إجراء العمليات الجراحية وخدماتها الخارجية في المرافق الخارجية في المستشفيات والمراكز الجراحية الإسعافية.</p>
\$0	<p><b>الأدوية التي يتم الحصول عليها بدون وصفة طبية (OTC، Over-the-counter)</b></p> <p>تشمل التغطية الخاصة بك منتجات الصحة والعافية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) مثل الفيتامينات وواقبات الشمس ومسكنات الألم وأدوية السعال والبرد والضمادات.</p> <p>يمكنك طلبها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عبر الإنترنت – قم بزيارة الموقع الإلكتروني NationsOTC.com/Molina</li> <li>• عبر الهاتف – 208-9243 (877) للتحدث مع أحد مستشاري خبرة الأعضاء للأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) على الرقم (TTY 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع، طوال أيام العام.</li> <li>• عبر البريد - قم بملء نموذج طلب الأدوية الموجود في كتالوج الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية وإرساله. الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية عبر الهاتف أو البريد أو عبر الإنترنت أو شخصيًا في متاجر بيع بالتجزئة محددة.</li> <li>• Android.</li> <li>• بطاقة مدين الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) – في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة.</li> </ul> <p>راجع كتالوج الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) لعام 2022 للحصول على قائمة كاملة للأشياء التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) المعتمدة من الخطة أو اتصل بمسؤول الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية للحصول على مزيد من المعلومات. تتوافر معلومات هامة (إرشادات الطلب) في كتالوج الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) لعام 2022.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<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 أكثر تكثيفاً من تلك الخدمات التي تتلقاها لدى الطبيب أو المعالج النفسي. ويمكنك البرنامج من التخلي عن الإقامة في المستشفيات.</p>
\$0	<p><b>خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما فيها الزيارات لعيادات الأطباء</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ خدمات الجراحات أو الرعاية الصحية اللازمة طبياً التي يتلقاها المريض في أماكن مثل: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مراكز الأطباء</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 الصحة السمعية أو التوازن المقدمة بواسطة أحد مقدمي الرعاية الرئيسي، إذا طلب الطبيب المعالج إجراءها لتحديد مدى احتياجك للعلاج منها</li> </ul>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
	<ul style="list-style-type: none"> <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 في المستشفى للحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو منزل العضو</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>○ الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذا لم تكن مريضًا جديدًا.</li> <li>○ تقييم الفيديو و / أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك والترجمة والمتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا لم تكن مريضًا جديدًا.</li> </ul> <p>هذه الميزة تتبع في الصفحة التالية</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• استشارة طبيبك لأطباء الآخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضاً جديداً</li> <li><b>خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما فيها الزيارات لعيادات الأطباء (يُتبع)</b></li> <li>• الاستشارات التي يجريها طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إن لم تكن مريضاً جديداً</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>○ تجبير 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>	
\$0	<p><b>خدمات طب الأقدام</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تشخيص وعلاج إصابات القدمين وأمراضهما طبيياً أو جراحياً (مثل إصابات أصابع القدم المطرقية أو مهماز العقب)</li> <li>• العناية الروتينية بالقدمين للأفراد المصابين بأمراض تؤثر على القدمين مثل مرض السكري</li> </ul>	
\$0	<p><b>فحوصات مراقبة سرطان البروستاتا</b></p> <p>بالنسبة للرجال في سن الخمسين فما أكبر، سنتكفل بدفع تكاليف إجراء الخدمات التالية لمرة واحدة كل 12 شهراً:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحص الرقمي للمستقيم</li> <li>• اختبارات المستضدات المحددة للبروستاتا (PSA)</li> </ul>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)




ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<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. وستحمل تكاليف الأجهزة التعويضية التالية إلى جانب بعض الخدمات غير المدرجة 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>• الدعامات</li> <li>• الأحذية الاصطناعية</li> <li>• الأقدام أو الأذرع الاصطناعية</li> <li>• الأتداء الاصطناعية (بما في ذلك الحمالات الجراحية بعد عمليات استئصال الثدي)</li> <li>• الأطراف الاصطناعية التي تحل محل كل عضو من أعضاء الجسم الخارجية تم بتره أو إصابته بسبب مرض أو إصابة أو عيب خلقي</li> <li>• كريمات وحفاضات سلس البول</li> </ul> <p>كما سنتكفل بدفع مصاريف بعض اللوازم المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وستحمل كذلك تكاليف إصلاح هذه الأجهزة أو استبدالها.</p> <p>كما نقدم بعض التغطية بعد إزالة الساد أو جراحات الساد. يرجى الاطلاع على "الرعاية الصحية للبصر" لاحقًا في هذا القسم للحصول على مزيد من المعلومات.</p>
\$0	<p><b>خدمات إعادة التأهيل الرئوي*</b></p> <p>نحن نتكفل بتكاليف برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) بشكل متوسط أو شديد. ويتعين عليك كمريض طلب إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمات لعلاج مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).</p> <p>ونتكفل بمصاريف خدمات الجهاز التنفسي للمرضى الذين يعتمدون على أجهزة التنفس الصناعية.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>استشارات وفحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STIs)</b></p> <p>نتكفل بمصاريف فحوصات الكلاميديا والسيلان والزهري، والتهاب الكبد الوبائي (فيروس ب). ويتم تغطية هذه الفحوصات للحوامل وبعض المرضى الذين يعانون من خطر الإصابة بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا (STI) بشكل كبير. ويجب الحصول على طلب بذلك من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP). نحن نتحمل تكاليف إجراء هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا وفي أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>كما نتحمل تكاليف ما يصل إلى جلستين من جلسات الاستشارة السلوكية المباشرة المكثفة للغاية كل عام بالنسبة للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لخطر الإصابة بأحد أنواع العدوى المنقولة جنسيًا (STI). على أن تكون مدة الجلسة الواحدة ما بين 20 إلى 30 دقيقة. وسنتحمل تكاليف تلك الجلسات بوصفها خدمة وقائية إذا تلقاها المريض لدى أحد مقدمي خدمات الرعاية الرئيسيين. ويجب أن يتلقى المريض تلك الجلسات في مركز للرعاية الرئيسية؛ مثل عيادات الأطباء.</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>الرعاية في مرافق الرعاية التمريضية المتخصصة (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>نلتزم بالدفع في مقابل حصولك على الخدمات التالية إلى جانب خدمات أخرى غير مدرجة بهذه القائمة يُحتمل أن ندفع في مقابلها:</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 وإعطاؤه</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>ستحصل عادة على خدمات الرعاية من المرافق الطبية التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من مرافق غير تابعة لشبكتنا. فبوسعك تلقي خدمات الرعاية من الأماكن التالية بشرط أن تقبل تلك الأماكن بالمبالغ التي ستحملها خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دار تمريض 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 أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها
\$0	<p><b>العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET)*</b></p> <p>ستدفع الخطة تكلفة العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) للأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي المصحوب بأعراض (PAD). وستتكفل الخطة بتكاليف ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ما يصل إلى 36 جلسة خلال مدة 12 أسبوعًا إذا تم الإيفاء بجميع متطلبات العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف</li> <li>• 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا رأى مقدم الرعاية أنها ضرورية من الناحية الطبية</li> </ul> <p>يجب أن يشمل برنامج العلاج بالتمرين 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>• أن يكون في المرافق الاستشفائية الخارجية أو في مكتب طبيب</li> <li>• يتم تقديمه من قبل موظفين مؤهلين ممن يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر والذين يتم تدريبهم على العلاج بالتمرين فيما يخص مرض الشريان المحيطي</li> <li>• أن يكون تحت الإشراف المباشر لطبيب، أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخطائي تمرين سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.</li> </ul>
\$0	<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. ومع هذا، يمكنك استخدام مقدمي رعاية من خارج الشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إلى مقدم رعاية من داخل الشبكة.</p> <p>ولا تتم تغطية هذه الخدمة خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها باستثناء حالات محدودة. اتصل بالخطة لمعرفة التفاصيل.</p>

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ما الذي يجب عليك دفعه	الخدمات التي تسدد خطتنا تكاليفها	
\$0	<p><b>رعاية البصر</b></p> <p>سوف ندفع نظير الخدمات التالية:</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>سوف ندفع نظير خدمات طبيب المرضى الخارجيين من أجل تشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين. على سبيل المثال، يشمل ذلك على فحوصات العين السنوية للمرضى المصابين باعتلال الشبكية السكري للمصابين بالسكري وعلاج التكتس البقي المرتبط بالعمر.</p> <p>بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بالزرق، سوف ندفع نظير 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>سوف ندفع نظير زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة كتاراكت (إزالة المياه البيضاء) عند وضع الطبيب لعدسات باطن العين. (إذا كنت ستخضع لجراحتي ساد منفصلتين، فيجب عليك الحصول على زوج واحد من النظارات بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على زوجين من النظارات بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على زوج من النظارات بعد الجراحة الأولى). سوف ندفع أيضًا نظير العدسات التصحيحية والإطارات والاستبدالات إذا كنت بحاجة إليها بعد إزالة الساد بدون زرع عدسات.</p>	
\$0	<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>ملاحظة:</b> نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare" خلال أول 12 شهرًا فقط من حصولك على الجزء "ب" من برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، يرجى إخبار مكتب الطبيب الذي يعالجك أنك تريد جدول زيارتك الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".</p>	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## هـ. المزايا التي تتم تغطيتها خارج نطاق خطة Molina Dual Options

الخدمات التالية غير خاضعة للتغطية من خلال Molina Dual Options إلا أنه يمكن أن يتم توفيرها من خلال Medicare أو Medi-Cal.

### 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 بتمويل خدمات تنسيق الانتقال أثناء فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة إلى المجتمع مرة أخرى.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق ما قبل الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج CCT توفر الخدمات للمقاطعة التي تقيم بها. ويمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تقوم بتوفير تلك الخدمات بها في موقع ويب إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services) التالي: [www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)

### بالنسبة لخدمات تنسيق خدمات الانتقال المجتمعية في California:

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

بالنسبة للخدمات التي لا تتعلق ببرنامج CCT:

سيصدر مقدم الخدمة الفواتير لخطة Molina Dual Options مقابل الخدمات التي تحصل عليها. سوف تدفع خطة Molina Dual Options التكلفة مقابل الخدمات التي يتم توفيرها بعد أن تنتقل. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.

أثناء الاستفادة من خدمات تنسيق الانتقال من برنامج CCT، تقوم خطة Molina Dual Options بدفع قيمة الخدمات المسرودة في مخطط المزايا في القسم "د" من هذا الفصل.

### لا تغيير في مزايا تغطية الأدوية في خطة Molina Dual Options:

الأدوية غير خاضعة للتغطية بموجب برنامج CCT. وسوف تستمر في تلقي مزايا الأدوية العادية الخاصة بك من خلال خطة Molina Dual Options. لمزيد من المعلومات، انظر الفصل الخامس.

**ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تتعلق بخدمات الانتقال المجتمعية في California، فيجب أن تتصل بمدير حالتك أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي من أجل الترتيب للخدمات. خدمات الرعاية غير المتعلقة ببرنامج CCT هي الرعاية التي لا تتعلق بالانتقال من أي مؤسسة / منشأة.

### هـ-2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

تتوافر العديد من خدمات طب الأسنان المحددة من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان (Medi-Cal Dental Program)؛ على سبيل المثال، 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 المزيد من المعلومات، أو إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل التعامل مع برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، الرجاء الاتصال بخط خدمات العميل المستفيد على الرقم 1-800-322-6384 (بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). المكالمات مجانية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



ممثلو برنامج Medi-Cal لطب الأسنان متاحون لمساعدتك بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً، 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 مداراة لطب الأسنان. وتتاح خطط رعاية طب الأسنان المداراة في مقاطعة Los Angeles. إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن خطط العناية بالأسنان، أو كنت بحاجة إلى المساعدة في تحديد خطة العناية بالأسنان الخاصة بك، أو كنت تريد تغيير خطط العناية بالأسنان، يرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يمكنهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين حتى الجمعة، من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. هذه المكالمات مجانية.

### 3. رعاية المحتضرين

يمكنك الحصول على خدمات الرعاية من أي من برامج المحتضرين المعتمدة بواسطة Medicare. 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. ويمكن أن يكون طبيب رعاية المسنين تابعًا لشبكة مقدمي الخدمات أو من خارجها.

ارجع إلى جدول المزايا في القسم "د" من هذا الفصل للحصول على المزيد من المعلومات حول ما تدفع خطة Molina Dual Options مقابلته أثناء تلقيك لخدمات 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 المسنين على تكاليف تلك الخدمات من برنامج Medicare. ويدفع برنامج Medicare مقابل خدمات المحتضرين المتعلقة بالمرض العضال الذي تعاني منه. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.
  - بالنسبة للخدمات التي تشملها خطة Medicare في الجزئين "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. سيتكفل برنامج Medicare بدفع تكاليف الخدمات المضمنة في أي من الجزئين "أ" و"ب" من هذا البرنامج. ولن تتحمل تكاليف أي من هذه الخدمات.
  - بالنسبة للأدوية التي يمكن أن تخضع لتغطية مزايا الجزء "د" في Molina Dual Options التابعة لبرنامج Medicare:
  - لا تخضع الأدوية مطلقًا لتغطية رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، انظر الفصل الخامس.
- ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تتعلق برعاية المحتضرين، يجب أن تتصل بمدير حالتك أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي من أجل الترتيب للخدمات. وتعد خدمات رعاية غير المحتضرين هي تلك الخدمات التي لا تتعلق بتشخيص أي مرض عضال تعاني منه.

## و. المزايا غير الخاضعة للتغطية من خلال خطة Molina Dual Options أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

يطلعك هذا القسم على أنواع المزايا المستثناة من الخطة. يُقصد بكلمة مُستثناة أننا لا ندفع نظير هذه المزايا. لن يدفع برنامجا Medicare وMedi-Cal نظير هذه الخدمات أيضًا.

توضح القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا تغطيها تحت أي ظروف وبعض الخدمات والعناصر الأخرى التي نستثنيها في بعض الحالات.

لن ندفع نظير المزايا الطبية المُستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في دليل الأعضاء هذا) باستثناء الظروف الخاصة الوارد ذكرها. إذا كنت تعتقد أنه ينبغي علينا الدفع نظير خدمة ليست مشمولة، يمكنك تقديم تظلم. للحصول على معلومات حول تقديم التظلم، راجع الفصل التاسع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في جدول المزايا، لا تغطي خطتنا العناصر والخدمات التالية:

- الخدمات التي لا تُعد "معقولة وضرورية طبيًا"، وفقًا لمعايير برنامجي Medicare وMedi-Cal، ما لم يتم إدراج هذه الخدمات على أنها خدمات مغطاة بواسطة خطتنا.
- العلاجات والعناصر والأدوية التجريبية والطبية والجراحية، ما لم يغطها برنامج Medicare أو بموجب أية دراسة بحثية إكلينيكية معتمدة من Medicare أو بواسطة خطتنا. راجع الفصل 3، الصفحة 39، لمعرفة مزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية. وتعد العناصر والعلاجات التجريبية هي تلك غير المقبولة عمومًا من قبل المجتمع الطبي.
- أخصائيو العلاج بالرياضة الذين نحتاجهم مدرسة أو نادي رياضي ترفيهي
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية، إلا عندما يتم اعتبار ذلك ضرورة طبية وتدفع Medicare مقابله.
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا إذا كانت هناك حاجة طبية.
- الممرضات ذات المهام الخاصة.
- المتعلقات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو منشأة التمريض، 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، سوف ندفع نظير إعادة تشكيل الثدي بعد عملية استئصال الثدي ولعلاج الثدي الآخر للمطابقة بينهما.
- مواد الراحة والمتعة الشخصية
- تعبئة النماذج مثل الإعاقة والنساء والرضع والأطفال (WIC) وقسم المركبات التي تعمل بمحرك (DMV)
- الأحذية التقويمية، 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 التقويمية 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.
- الخدمات خارج الولايات المتحدة، باستثناء خدمات الطوارئ التي تستدعي دخول المستشفى في كندا أو المكسيك
- خدمات المداواة الطبيعية (استخدام الوسائل العلاجية الطبيعية أو البديلة).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- الخدمات التي يتم توفيرها لُقْدَامَى المحاربين في منشآت شؤون قُْدَامَى المحاربين. ومع ذلك، عندما يحصل أحد المحاربين القدامى على خدمات الطوارئ في مستشفى شؤون قُْدَامَى 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.
- العقاقير المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) (ما لم يتم الموافقة عليها)
- عمليات الختان الاختيارية



## الفصل الخامس: الحصول على الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين من خلال الخطة

### مقدمة

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

وتغطي خطة Molina Dual Options أيضًا الأدوية التالية، رغم عدم مناقشتها في هذا الفصل:

- الأدوية التي يغطيها الجزء "أ" من برنامج Medicare. وهي تتضمن بعض الأدوية التي تُمنح لك أثناء وجودك في أحد المستشفيات أو منشآت التمريض.
- الأدوية التي يغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare. وتتضمن هذه الأدوية بعض الأدوية الكيميائية وبعض حُقن الأدوية المقدمة لك في زيارة مكتبية مع الطبيب أو مقدم رعاية آخر، فضلاً عن الأدوية المقدمة لك في عيادة الغسيل الكلوي. للتعرف على المزيد حول ماهية أدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare المشمولة، انظر جدول المزايا في الفصل الرابع.

### قواعد تغطية الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين بالخطة

سوف نقوم عادةً بتغطية أدويةك طالما أنك تتبع القواعد في هذا القسم.

1. يجب أن يكتب أحد الأطباء أو موفر آخر للرعاية الوصفة العلاجية الخاصة بك. ويكون هذا الشخص في أغلب الأحيان مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك. وقد يكون أيضاً موفرًا آخر إذا أحالك مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك للحصول على الرعاية.
2. يجب عليك بصفة عامة استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف الأدوية الموصوفة لك.
3. يجب أن يكون الدواء الموصوف مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة للخطة. وسوف نُطلق عليها 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.
4. يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. ويعني هذا أن استخدام الدواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو تدعمه مراجع طبية معينة.





## جدول المحتويات

- أ. تعبئة الوصفات العلاجية و صرفها..... 88
1. تجهيز الوصفة العلاجية الخاصة بك بإحدى الصيدليات من داخل الشبكة..... 88
2. قم بإظهار بطاقة الهوية الخاصة بالعضو عند ملء إحدى الوصفات العلاجية..... 88
3. ماذا تفعل إذا أردت التغيير إلى إحدى الصيدليات الأخرى من داخل الشبكة..... 88
4. ماذا تفعل إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة..... 88
5. استخدام صيدلية متخصصة..... 88
6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية..... 89
7. الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية..... 90
8. استخدام إحدى الصيدليات غير الموجودة في شبكة الخطة..... 90
9. إعادة أموالك إليك إذا قمت بالدفع نظير إحدى الوصفات العلاجية..... 91
- ب. قائمة "الأدوية" الخاصة بالخطة..... 91
1. الأدوية الموجودة بقائمة الأدوية..... 91
2. كيفية العثور على دواء من قائمة الأدوية..... 91
3. الأدوية غير المدرجة بقائمة الأدوية..... 91
4. فئات قائمة الأدوية..... 92
- ج. القيود على بعض الأدوية..... 92
- د. الأسباب وراء احتمال عدم تغطية الدواء الخاص بك..... 93
1. الحصول على إمداد مؤقت..... 94
- هـ. التغييرات في التغطية بشأن أدويةك..... 96
- و. تغطية الأدوية في حالات خاصة..... 97
1. إذا كنت في أحد المستشفيات أو مركز ترميز متخصص للإقامة، والذي تغطيه خطتنا..... 97
2. إذا كنت في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل..... 97
3. إذا كنت في إحدى منشآت برنامج رعاية المسنين المعتمدة من قبل Medicare..... 98
- ز. البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية..... 98
1. البرامج التي تساعد الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان..... 98
2. برامج لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويةهم..... 98
3. برنامج إدارة الدواء لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية أفيونية المفعول بطريقة آمنة..... 99

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## أ. تعبئة الوصفات العلاجية وصرفها

### 1. تجهيز الوصفة العلاجية الخاصة بك بإحدى الصيدليات من داخل الشبكة

في أغلب الحالات، لن نقوم بالدفع نظير الوصفات العلاجية إلا إذا تمت تعبئتها وصرفها في أي من الصيدليات التابعة لنا من داخل الشبكة. ويتم تعريف الصيدليات من داخل الشبكة بأنها مستودعات الأدوية التي وافقت على ملء وصرف الوصفات لأعضاء خطتنا. ويمكنك استخدام أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

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

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

لتعبئة الوصفة العلاجية الخاصة بك وصرفها، قم بإظهار بطاقة الهوية الخاصة بالعضو في صيدلية من داخل الشبكة. تقوم الصيدلية التابعة للشبكة بإصدار الفاتورة للخطة مقابل الأدوية الموصوفة الخاضعة للتغطية.

وإذا لم تكن معك بطاقة هوية العضو عند تعبئة الوصفة العلاجية الخاصة بك وصرفها، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات الضرورية.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات المطلوبة، فربما يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الدوائية كاملة عند صرفها. ويمكنك بعد ذلك طلب استرداد النفقات. إذا لم تتمكن من الدفع نظير الدواء؛ فاتصل بقسم "خدمات الأعضاء" فوراً. وسوف نقوم بما يمكننا فعله لمساعدتك.

- للتعرف على كيفية طلب استرداد النفقات مرة أخرى، انظر الفصل السابع.
- إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في تعبئة وصفة دوائية وصرفها، فيمكنك الاتصال بقسم "خدمات الأعضاء" أو مدير حالتك.

### 3. ماذا تفعل إذا أردت التغيير إلى إحدى الصيدليات الأخرى من داخل الشبكة

إذا قمت بتغيير الصيدليات واحتجت إلى إعادة تعبئة إحدى الوصفات الدوائية وصرفها، فبإمكانك إما أن تطلب الحصول على وصفة دوائية جديدة يكتبها أحد مقدمي الرعاية أو أن تطلب من صيدليتك أن تنقل الوصفة الدوائية إلى الصيدلية الجديدة إذا كان لديها أي عبوات متبقية.

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة في تغيير صيدليتك من داخل الشبكة، فبإمكانك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

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

إذا تركت الصيدلية التي تتردد عليها الشبكة الواردة في الخطة؛ فإنه سيتعين عليك العثور على صيدلية جديدة من 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 صيدلية متخصصة

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

- الصيدليات التي تقدم الأدوية لعلاج التسريب بالمنزل.
- الصيدليات التي تقدم الأدوية للمقيمين في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل، مثل إحدى دور التمريض.



- وعادةً ما يكون لمنشآت الرعاية طويلة الأجل صيدياتها الخاصة. وإذا كنت تعيش في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل؛ يجب أن تتحقق من أنك يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاج إليها من خلال صيدلية المنشأة.
  - وإذا لم تكن منشأة الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك في شبكتنا؛ أو إذا كان لديك أي صعوبة في الوصول إلى مزايا الأدوية الخاصة بك في منشأة الرعاية طويلة الأجل، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
  - الصيدليات التي تخدم برنامج Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Program. وباستثناء الحالات الطارئة، قد يتردد مواطنو أمريكا الأصليين أو مواطنو الإسكا فقط على هذه الصيدليات.
  - الصيدليات التي تقدم الأدوية التي تتطلب تعاملاً خاصاً وتعليمات لاستخدامها.
- للعثور على صيدلية متخصصة، يمكنك البحث في دليل موقري الرعاية والصيدليات، أو زيارة موقع الويب الخاص بنا أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو مدير حالتك.

## 6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية

للحصول على بعض أنواع الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب البريدي التابعة لشبكة الخطة. وبشكل عام، تُعد الأدوية المتوفرة من خلال الطلب بالبريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. ويتم تمييز الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة الطلب بالبريد المقدمة من الخطة بعلامة NM في قائمة الأدوية.

وتتيح لك خدمة الطلب بالبريد المقدمة من خطتنا طلب إمداد بالدواء لمدة لا تقل عن 30 يومًا ولا تزيد عن 90 يومًا. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 90 يومًا كإمداد لمدة شهر واحد.

### تعبئة وصفاتي الدوائية وصرفها عبر البريد

للحصول على نماذج الطلب والمعلومات المتعلقة بكيفية طلب وصفاتك الدوائية عبر البريد، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي أو من خلال زيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

عادةً، سوف تصلك وصفة دوائية عبر الطلب بالبريد في غضون 14 أيام. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مساعدة في تلقي إمداد مؤقت بالأدوية الموصوفة لك على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي في حالة تأخر طلبك البريدي.

### عملية الطلب بالبريد

تتوافر لدى خدمة الطلب البريدي إجراءات مختلفة للوصفات الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الجديدة التي تحصل عليها بشكل مباشر من مكتب مقدم الرعاية الخاص بك وعمليات إعادة التعبئة المتعلقة بالطلب البريدي الخاص بك.

### 1. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

تقوم الصيدلية بشكل تلقائي بتعبئة وتوفير الوصفات الجديدة التي تتلقاها منك.

### 2. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية بشكل مباشر من مكتب مقدم الرعاية

بعد أن تتلقى الصيدلية الوصفة من مقدم رعاية صحية، تتصل بك لمعرفة ما إذا كنت ترغب في صرف الوصفة على الفور أو الانتظار حتى وقت لاحق.

- وسوف يمنحك ذلك الفرصة للتحقق من أن الصيدلية تقوم بتوفير الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والمقدار والشكل)، وإذا لزم الأمر، يمكن أن يسمح لك ذلك بإيقاف أو تأخير الطلب قبل أن يتم إصدار الفاتورة لك وشحنه.
- من الضروري أن ترد في كل مرة يتم الاتصال بك فيها عبر الصيدلية، لإخبارهم بما يجب أن يقوموا به فيما يتعلق بالوصفة الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**3. عمليات إعادة التعبئة على وصفات الطلب البريدي**

- لإعادة تجهيز الأدوية الخاصة بك، يتاح لك خيار الاشتراك في برنامج إعادة التجهيز التلقائي. وفي ظل هذا البرنامج، سوف نبدأ معالجة عملية الصرف التالية الخاصة بك عندما تظهر سجلاتنا أن أدويةك أوشكت على النفاذ.
- وسوف نتصل بك الصيدلية قبل شحن كل أدوية موصوفة للتحقق من أنك تحتاج إلى المزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات الصرف المجدولة إذا كانت لديك أدوية كافية أو إذا تغيرت الأدوية الخاصة بك.
  - إذا قررت عدم استخدام برنامج الصرف التلقائي الخاص بك، الرجاء الاتصال بالصيدلية التي تتعامل معها قبل 10 أيام على الأقل من الوقت الذي تعتقد أن الدواء المتاح لديك سوف ينفد فيه للتحقق من أن الطلب التالي سوف يتم إرساله إليك في الوقت المناسب.
- لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم بتجهيز عمليات صرف طلبات الأدوية بشكل تلقائي، الرجاء الاتصال بنا في قسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- لكي يتسنى للصيدلية الاتصال بك لتأكيد الطلب قبل الشحن، الرجاء التحقق من إخبار الصيدلية بأفضل طريقة للاتصال بك. وسوف نتصل بك الصيدلية 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 بالخطة. تُعد أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بانتظام لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.
- وتتيح لك بعض الصيدليات من داخل الشبكة الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. ويتم دفع نفس رسوم التأمين الصحي نظير الإمداد بالدواء لمدة 90 يومًا 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.
- وفيما يتعلق بأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة للشبكة في إطار الخطة للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. انظر القسم أعلاه للتعرف على خدمات الطلب بالبريد.

**8أ. استخدام إحدى الصيدليات غير الموجودة في شبكة الخطة**

- لا نقوم بصورة عامة بالدفع نظير الأدوية التي تتم تعبئتها وصرفها في إحدى الصيدليات من خارج الشبكة إلا عندما لا تتمكن من التردد على إحدى الصيدليات من داخل الشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة الخاصة بنا حيث يمكنك صرف الأدوية الموصوفة لك بصفقتك عضوًا في خطتنا.
- وسوف ندفع نظير الوصفات الدوائية المعبأة والتي يتم صرفها من صيدلية من خارج الشبكة في الحالات التالية:
- 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 إذا كانت هناك إحدى الصيدليات من داخل الشبكة بالقرب منك.



**9. إعادة أموالك إليك إذا قمت بالدفع نظير إحدى الوصفات العلاجية**

إذا كان يجب عليك استخدام إحدى الصيدليات من خارج الشبكة، فسوف تضطر عادةً إلى دفع التكلفة كاملةً عند حصولك على وصفتك الدوائية. يمكنك طلب رد النفقات إليك.

وللتعرف على المزيد حول ذلك، انظر الفصل السابع.

**ب. قائمة "الأدوية" الخاصة بالخطة**

لدينا قائمة بالأدوية المشمولة. وسوف نُطلق عليها اختصارًا "قائمة الأدوية".

وقد تم تحديد الأدوية المدرجة في "قائمة الأدوية" عن طريقنا بمساعدة فريقٍ من الأطباء والصيدلانيين. وتخبرك "قائمة الأدوية" أيضًا بما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدوية.

وسوف نقوم بصورةٍ عامة بتغطية الدواء المدرج في "قائمة الأدوية" بالخطة طالما أنك تتبع القواعد التي فسّرناها في هذا الفصل.

**ب1. الأدوية الموجودة بقائمة الأدوية**

تشتمل قائمة الأدوية على الأدوية المغطاة تحت مظلة الجزء (د) من برنامج Medicare وبعض الوصفات العلاجية والأدوية غير الموصوفة طبيًا (OTC) والمستحضرات المغطاة تحت مظلة مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

تشتمل قائمة الأدوية على أدوية ذات العلامات التجارية، على سبيل المثال BYSTOLIC، والأدوية العامة، على سبيل المثال metoprolol. تحتوي الأدوية العامة على نفس مكونات الأدوية النشطة التي تحمل علامات تجارية. وهي تعمل، بصورةٍ عامة، عمل الأدوية التي تحمل علامات تجارية فحسب، كما أن تكلفتها عادة ما تكون أقل.

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 من قائمة الأدوية**

لمعرفة ما إذا كان أحد الأدوية التي تتناولها مدرجًا في "قائمة الأدوية"، يمكنك:

- فحص أحدث قائمة للأدوية أرسلناها إليك عبر البريد.
- قم بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بالخطة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) وتعدّ قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الإلكتروني أحدث قائمة دائمًا.
- اتصل بقسم "خدمات الأعضاء" لتعرف ما إذا كان أحد الأدوية مدرجًا في قائمة الأدوية بالخطة أو لطلب نسخة من القائمة.
- استفسر من مدير حالتك لمعرفة ما إذا كان أحد الأدوية مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أم لا.

**ب3. الأدوية غير المدرجة بقائمة الأدوية**

إننا لا نغطّي جميع الأدوية الموصوفة. فبعض الأدوية غير مدرجة في "قائمة الأدوية" لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية تلك الأدوية. وفي أحيانٍ أخرى، قررنا عدم إدراج أحد الأدوية في "قائمة الأدوية".

لن تدفع خطة Molina Dual Options نظير الأدوية المدرجة في هذا القسم. وتُسمى هذه بالأدوية المستبعدة. وإذا حصلت على وصفة دوائية لأحد الأدوية المستبعدة، يجب أن تدفع مقابله بنفسك. وإذا كنت تعتقد أنه ينبغي علينا أن نسدد مقابل أحد الأدوية المستبعدة بسبب حالتك؛ فبإمكانك أن تتقدم بتظلم من القرار. (للتعرف على كيفية تقديم تظلم، راجع الفصل التاسع.)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



وفيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية (التي تشتمل على أدوية الجزء "د" و"Medi-Cal) بخططنا أن تغطي دواءً قد مشمولاً في الجزء "أ" أو الجزء "ب" في برنامج Medicare. وتكون الأدوية الخاضعة لتغطية برنامج Medicare الجزء "أ" أو الجزء "ب" خاضعة لتغطية خطة Molina Dual Options مجاناً، إلا أنه لا يتم اعتبارها جزءاً من المزايا الطبية للأدوية المتاحة لمرضى العيادات الخارجية.
  2. لا يمكن لخططنا أن تغطي دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
  3. ويجب أن يكون استخدام الدواء قد صدقت عليه إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو دعمته مراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. فربما يصف طبيبك دواءً معيناً لعلاج حالتك، على الرغم من أن هذا الدواء ليس مصدقاً عليه لعلاج حالتك. ويُسمى هذا بالاستخدام غير المصرح به. ولا تغطي خططنا عادةً الأدوية عندما يتم وصفها للاستخدام غير المصرح به.
- وبموجب القانون، أيضاً، لا يتم تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه من خلال برنامج Medicare أو Medi-Cal.

- الأدوية المستخدمة في تعزيز الإخصاب
- الأدوية المستخدمة لأغراض التجميل أو لتعزيز نمو الشعر
- الأدوية المستخدمة في علاج الضعف الجنسي أو عدم القدرة على الانتصاب، مثل Viagra® وCialis® وLevitra® وCaverject®
- أدوية المرضى الخارجيين عندما تصرح الشركة التي تصنع الأدوية بأنه يتعين عليك الخضوع لاختبارات أو خدمات تقوم هي بإجرائها فقط.

#### ب.4. فئات قائمة الأدوية

- يمثل كل دواءٍ في قائمة الأدوية الخاصة بنا واحداً من ثلاث (3) 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)).
- تتمثل أدوية الفئة الأولى الأدوية العامة. بالنسبة لأدوية الفئة الأولى، لا تدفع أي شيء.
  - وتتمثل أدوية الفئة الثانية في الأدوية ذات العلامات التجارية. بالنسبة لأدوية الفئة الثانية، لا تدفع أي شيء.
  - تشتمل أدوية الفئة الثالثة في الأدوية الموصوفة غير الخاضعة للتغطية من خلال برنامج Medicare / الأدوية التي يتم صرفها بدون وصفة طبية (OTC). بالنسبة لأدوية الفئة الثالثة، لا تدفع أي شيء.
- ولمعرفة أي فئة يندرج تحتها دواؤك، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية لدينا.
- يُطلعك الفصل السادس على المبلغ الذي تسدده مقابل الحصول على الأدوية في كل فئة.

#### ج. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة، تحدّ قواعد خاصة من كيفية تغطية الخطة لها ووقت التغطية. وبصورة عامة، تشجعك قواعداً على الحصول على دواء يتناسب مع حالتك الطبية ويعد آمناً وفعالاً. وفي حالة تماثل فعالية دواء آمن ذي تكلفة أقل مع دواء مرتفع الثمن، فإننا نتوقع أن يصف لك موفر الرعاية المتابع لحالتك الدواء الأقل ثمناً.

وإذا كانت هناك قاعدة محددة لدوائك، فهي في الغالب تعني أنه سيتعين عليك أو على موفر الرعاية الخاص بك اتخاذ مزيد من الخطوات حيالنا لتغطية الدواء. فعلى سبيل المثال، قد يضطر مقدم الرعاية الخاص بك إلى إبلاغنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. وإذا ظننت أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك أنه لا ينبغي أن يتم تطبيق قاعدتنا على موقفك حينئذ، فينبغي عليك أن تطالبنا بأن نتعامل مع موقفك هذا كاستثناء. وقد نوافق أو لا نوافق على السماح باستخدام الدواء من دون اتخاذ مزيد من الخطوات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



للتعرف على المزيد حول طلب استثناءات، انظر الفصل التاسع.

- 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 تغطيته. على سبيل المثال، بعض الأدوية المعتمدة من خلال إدارة الأغذية والزراعة والتي يتم تناولها مرة في اليوم قد يفرض حداً على كميتها بمعدل 30 لكل 30 يوماً.
- (ب) مقابل (د) - يمكن تغطية بعض الأدوية بموجب الجزأين (ب) و(د) من برنامج Medicare حسب الظروف.

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

- بصورة عامة، يعمل الدواء العام نفس عمل الدواء الذي يحمل علامة تجارية، وعادةً ما تكون تكلفته أقل. إذا كانت هناك نسخة عامة لدواء يحمل علامة تجارية، فإن الصيدليات من داخل الشبكة ستمنحك النسخة العامة.
- ولن نسدد عادةً نظير الدواء الذي يحمل علامة تجارية عند تواجده النسخة العامة.
  - ومع هذا، إذا أخبرنا مقدم الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي لعدم فعالية الدواء العام أو أية أدوية أخرى مشمولة بالخطة والتي تعالج نفس الحالة الطبية، فسوف تشمل خطتنا الدواء الذي يحمل العلامة التجارية.

### 2. الحصول على موافقة الخطة مقدماً

بالنسبة لبعض الأدوية، يجب عليك أو على طبيبك الحصول على موافقة من خطة Molina Dual Options قبل تعبئة الوصفة العلاجية الخاصة بك. وإذا لم تحصل على موافقة، فقد لا تغطي Molina Dual Options الدواء.

### 3. تجربة دواء مختلف أولاً

نريد منك، بصورة عامة أن تجرب الأدوية الأقل تكلفة (والتي تتمتع غالباً بنفس الفعالية) 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.

وإذا لم يكن الدواء (أ) فعالاً معك، فسوف نقوم بعد ذلك بتغطية الدواء (ب). وتسمى هذه العملية أحياناً باسم العلاج بالتدرج.

### 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 بملء الوصفة العلاجية الخاصة بك.

طالع قائمة الأدوية لتعرف ما إذا كانت أي من هذه القواعد أعلاه تنطبق على أحد الأدوية التي تتناولها أو تريد تناولها. وللحصول على أحدث المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تحقق من موقع الويب الخاص بنا من خلال الرابط التالي

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

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

إننا نحاول أن تسري تغطية الدواء الخاص بك بفعالية، ولكن في بعض الأحيان قد لا تتم تغطية أحد الأدوية بالطريقة التي تود أن تكون عليها. على سبيل المثال:

- أن يكون الدواء الذي تريد تناوله لا تغطيه خطتنا. قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية. قد تكون النسخة العامة من الدواء مشمولة، لكن النسخة التي تحمل العلامة التجارية التي تريد تناولها غير ذلك. وقد يكون الدواء جديداً ولم نقم بمراجعتنا بعد فيما يتعلق بالسلامة والفعالية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- أن يكون الدواء مغطى، ولكن توجد قواعد وقيود خاصة على التغطية لهذا الدواء. وكما هو موضح في القسم أعلاه، فإن لدى بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا قواعد تحدّد من استخدامها. وفي بعض الحالات، قد تريد أنت أو من يصف لك الدواء مطابقتنا باستثناء للقاعدة. ويوجد هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا لم يكن الدواء الخاص بك مغطى بالطريقة التي تود أن يكون عليها.

## 1. الحصول على إمداد مؤقت

يمكننا أن نمنحك، في بعض الحالات، إمدادًا مؤقتًا بأحد الأدوية عندما لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية أو حينما يكون مقيّدًا نوعًا ما. وهذا يمنحك وقتًا للتحدث مع موفّر الرعاية الخاص بك بشأن الحصول على دواءٍ آخر أو مطابقتنا 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 تكون في أحد هذه المواقف:

- لقد كنت في الخطة العام الماضي.

○ سوف نغطي إمداد أدويةك بشكل مؤقت خلال أول 90 يومًا من العام التقويمي.

○ سوف يستمر هذا الإمداد المؤقت لمدة تصل إلى 60 يومًا.

○ إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لعدد أيام أقل، فسوف نسمح بتكرار التعبئة عدة مرات بما يصل إلى 60 يومًا من المعالجة 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:

○ سوف نغطي إمداد أدويةك بشكل مؤقت خلال أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة.

○ قد تصل مدة هذا الإمداد المؤقت إلى 60 يومًا.

○ إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لمدة أقل من الأيام، فسوف نسمح بتكرار التعبئة عدة مرات بما يصل إلى 60 يومًا من الأدوية 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 قمت بالانضمام للخطة لأكثر من 90 يومًا وتعيش في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى إمداد فورًا.

○ وسوف نغطي إمدادًا واحدًا فقط لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا تمت كتابة وصفتك الطبية لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت الوارد أعلاه.





- إذا كنت مقيمًا جديدًا في منشأة رعاية طويلة الأجل وقمت بالالتحاق بخطتنا لمدة تزيد عن 90 يومًا وتحتاج إلى دواء لا يندرج ضمن وصفاتنا أو يخضع لقيود أخرى، مثل العلاج التدريجي أو قيود على الجرعة، فسوف نغطي عملية إمداد طارئ لمدة 31 يومًا بهذا الدواء (ما لم تكن الوصفة الدوائية لعدد أيام أقل) في الوقت الذي يسعى فيه العضو وراء الحصول على استثناء يتعلق بالوصفات. وتتوفر الاستثناءات في المواقف التي تعاني فيها من تغير في مستوى الرعاية التي تتلقاها والتي تتطلب أيضًا منك الانتقال من منشأة إلى أخرى أو من مركز علاج إلى مركز آخر. وفي مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً لاستثناء مؤقت لمرة واحدة لوصف الدواء حتى لو كنت خارج نطاق مدة أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة. ويخص ذلك الأدوية التي يغطيها الجزء (د) من برنامج Medicare فقط ولا يسري على الأدوية التي يغطيها برنامج Medi-Cal. يُرجى ملاحظة أن سياسة الانتقال الخاصة بنا لا تسري إلا على هذه الأدوية الموجودة في "أدوية الجزء د" فقط ويمكن شراؤها من صيدلية من داخل الشبكة. لا يمكن استخدام سياسة الانتقال لشراء دواء غير مدرج في الجزء "د" أو دواء من خارج الشبكة، ما لم تكن مؤهلاً للوصول إلى عناصر من خارج الشبكة.
- ولتطلب الحصول على إمداد مؤقت من أحد الأدوية، اتصل على قسم "خدمات الأعضاء".

عند حصولك على إمداد مؤقت لأحد الأدوية، ينبغي عليك التحدث مع أحد موفري الرعاية لديك لتقرر ما ستفعله عند نفاذ عملية الإمداد الخاصة بك. وفيما يلي الخيارات المتاحة لك:

- يمكنك التغيير إلى دواءٍ آخر.

قد يكون هناك دواء آخر فعال بالنسبة لك وتغطيه خطتنا. يمكنك الاتصال بإدارة "خدمات الأعضاء" لطلب قائمة بالأدوية المشمولة التي تعالج نفس الحالة الطبية. ويمكن للقائمة أن تساعد مقدم الرعاية الخاص بك في العثور على أحد الأدوية المشمولة التي قد تكون فعالة بالنسبة لك.

أو

- يمكنك أن تطلب استثناءً.

يمكنك أنت وموفر الرعاية الخاص بك أن تطلبًا منًا استثناءً. فعلى سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منًا تغطية أحد الأدوية حتى بالرغم من عدم إدراجها في قائمة الأدوية. أو يمكنك أن تطلب منًا تغطية الدواء من دون قيود. إذا قال موفر الرعاية لديك إنه لديه سببًا طبيًا جيدًا للاستثناء، فيمكنه مساعدتك في طلب أحد الأدوية.

إذا كان أحد الأدوية التي تتناولها سوف يتم استبعاده من قائمة الأدوية أو تقييده بعض الشيء لعامٍ قادم، فسوف نسمح لك أن تطلب استثناءً قبل العام التالي.

- كما سوف نُطلعك على أي تغيير في التغطية المتعلقة بدوائك للعام القادم. ويمكنك بعدها أن تطلب منًا إجراء استثناءٍ وتغطية الدواء بطريقةٍ تود أن يتم تغطية دوائك بها للعام القادم.
- وسوف نرد على طلبك المتعلق بالاستثناء في غضون 72 ساعة عقب استلام طلبك (أو بيان مدعم من القائم على وصف الأدوية لك).

للتعرف على المزيد حول طلب استثناء، انظر الفصل التاسع.

إذا كنت تحتاج إلى المساعدة في طلب استثناء، فيمكنك الاتصال بقسم "خدمات الأعضاء" أو مدير حالتك.



**هـ. التغييرات في التغطية بشأن أدويةك**

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير، لكننا قد نضيف أو نزيل الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية خلال العام. قد نغير كذلك قواعدنا حول الأدوية. فعلى سبيل المثال، يمكننا:

- اتخاذ قرار بشأن ضرورة الحصول على موافقة مسبقة على دواء من عدمها. (الموافقة المسبقة هي إذن من خطة Molina Dual Options قبل أن تتمكن من الحصول على دواء.)
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (وتُسمى حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج التدريجي على دواء ما. (يُقصد بعقارة العلاج التدريجي أنه يجب عليك تجريب دواء قبل أن تقوم بتغطية دواء آخر.)

لمزيد من المعلومات عن قواعد هذه الأدوية، انظر القسم ج المذكور سابقاً في هذا الفصل.

إذا كنت تتناول دواء تمت تغطيته في بداية العام، فلن نلغي أو نغير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال الفترة المتبقية من السنة إلا في حالة:

- ظهر دواء جديد أرخص في السوق وله نفس فعالية الدواء المدرج في قائمة الأدوية الآن، أو
- علمنا بأن دواء ما ليس آمناً، أو
- أو تمت إزالة الدواء من السوق.

للحصول على مزيد من المعلومات عما يحدث في حالة تغيير قائمة الأدوية، يمكنك داتماً:

- التحقق من قائمة الأدوية المحدثة الخاصة بنا على الإنترنت من خلال [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) أو
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للتحقق من قائمة الأدوية الحالية على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

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

- يتوفر نوع جديد من الأدوية العامة. يظهر أحياناً دواء عام جديد في السوق ويكون له نفس فعالية الدواء الذي يحمل علامة تجارية والمدرج بقائمة الأدوية الآن. عند حدوث ذلك، قد نقوم بإزالة الدواء الذي يحمل العلامة التجارية وإضافة الدواء العام الجديد ولكن تظل التكلفة التي تدفعها مقابل الدواء الجديد هي عينها.
- عند إضافتنا لدواء عام جديد فقد نقرر أيضاً الإبقاء على الدواء الذي يحمل علامة تجارية والمدرج بالقائمة مع تغيير قواعد أو حدود تغطيته.
- قد لا نحيطك علماً قبل أن نجري هذا التغيير، ولكن سنرسل لك معلومات حول التغييرات المحددة التي أجريناها منذ إجراء هذا التغيير.
- يمكنك أنت أو مقدم الرعاية المتابع لحالتك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل لك إخطاراً بالخطوات التي يمكنك اتباعها لطلب استثناء. يُرجى الاطلاع على الفصل التاسع من هذا الدليل لمعرفة المزيد من المعلومات حول الاستثناءات.
- إزالة دواء ما من السوق. إذا أعربت هيئة الغذاء والدواء على أن الدواء الذي تتناوله ليس آمناً، أو أن المصنع قد أزال الدواء من السوق، فسنقوم بإزالته من قائمة الدواء. إذا كنت تتناول الدواء، فسنحيطك علماً. اتصل بالطبيب الذي يصف لك الدواء في حالة استلامك لإخطارك.



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

سنحيطك علمًا مسبقًا فيما يتعلق بهذه التغييرات الأخرى في قائمة الأدوية. 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 قمنا باستبدال دواء يحمل علامة تجارية موجود في الوقت الراهن بقائمة الأدوية أو
- قمنا بتغيير قواعد أو حدود تغطية الدواء الذي يحمل علامة تجارية.

عند إجراء هذه التغييرات، سنقوم بما يلي:

- إخبارك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراءنا للتغيير على قائمة الأدوية
- إعلامك وإمدادك بالدواء لمدة 30 يومًا بعد طلب صرف الدواء.

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

- ما إذا كان هناك دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من الدواء الأول أو

- ما إذا كان ينبغي عليك المطالبة باستثناء من هذه التغييرات. للتعرف على المزيد حول طلب استثناءات، انظر الفصل التاسع.

قد نقوم بإجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواء قمنا بتغطيته في بداية العام، فلن نلغي أو نغير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال الفترة المتبقية من السنة.

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

## و. تغطية الأدوية في حالات خاصة

### 1. إذا كنت في أحد المستشفيات أو مركز ترميز متخصص للإقامة، والذي تغطيه خطتنا

إذا سُمح لك بالدخول إلى أحد المستشفيات أو مركز ترميز متخصص للإقامة، والذي تغطيه خطتنا، فإننا نغطي في العموم تكلفة الأدوية الموصوفة لك أثناء إقامتك. ولن تضطر إلى المشاركة في الدفع. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مركز الترميز المتخصص، فإننا سوف نقوم بتغطية الأدوية التي تحصل عليها طالما أن هذه الأدوية تستوفي جميع قواعدها في التغطية.

### 2. إذا كنت في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل

عادةً ما يكون لدى إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل، مثل إحدى دور التمريض، صيدلية خاصة بها أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين بهذه المنشأة. وإذا كنت تعيش في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل؛ فقد تحصل على الأدوية الموصوفة من خلال صيدلية المنشأة إذا كانت جزءًا من خطتنا.

تحقق من دليل مقدمي الرعاية والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية منشأة الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك تُعد جزءًا من شبكتنا أم لا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت تحتاج إلى المزيد من المعلومات، فيرجى الاتصال بقسم "خدمات الأعضاء".



### 3. إذا كنت في إحدى منشآت برنامج رعاية المسنين المعتمدة من قبل Medicare

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

- إذا كنت مشاركاً في دار لرعاية المسنين تابعة لبرنامج Medicare وكنت تحتاج إلى أدوية لتخفيف الألم أو مضادة للغثيان أو ملينة أو مضادة للقلق وغير خاضعة للتغطية من قبل دار رعاية المسنين التي تتبعها لأنها غير مرتبطة بالداء العضال الذي تعاني منه والحالات ذات الصلة، يجب أن تتلقى خطتنا إشعاراً ممن قام بوصف الدواء أو من مقدم رعاية المسنين بأن الدواء ليس له علاقة بالمرض قبل أن تتمكن خطتنا من تغطية هذا الدواء.
- لمنع التأخير في تلقي الأدوية غير المرتبطة بالمرض والتي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكن أن تطلب من مقدم رعاية المسنين أو من قام بوصف الدواء لك بالتحقق من إرسال إشعار إلينا بأن الدواء غير مرتبط بالمرض العضال قبل أن تطلب من الصيدلية أن تقوم بصرف الوصفة الطبية لك.

إذا تركت دار رعاية المسنين، يجب أن تغطي الخطة الخاصة بنا كل الأدوية الخاصة بك. لمنع أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء مزايا دار رعاية المسنين التابعة لبرنامج Medicare، يجب أن تحضر الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من أنك قد غادرت دار رعاية المسنين. ارجع إلى الأجزاء السابقة من هذا الفصل والتي تحدد قواعد الحصول على تغطية الأدوية وفقاً للجزء “د”.

للتعرف على المزيد عن مزايا دار رعاية المحتضرين، انظر الفصل الرابع.

### ز. البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية

#### ز1. البرامج التي تساعد الأعضاء 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 بسبب تعاطيك دواءً آخر له نفس المفعول.
  - 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 وجدت مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية الموصوفة، فسوف نعمل مع موفر الرعاية الخاص بك لمعالجة المشكلة.

#### ز2. برامج لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم

إذا كنت تتناول أدوية لأمراض مختلفة و/أو كنت مشمولاً في برنامج Drug Management Program لمساعدتك على استخدام أدوية أفيونية المفعول بأمان، يمكن أن تكون مؤهلاً للاستفادة من الخدمات، بدون تكلفة عليك، من خلال برنامج إدارة علاج الأدوية (MTM)، Medication Therapy Management). ويساعدك هذا البرنامج أنت وموفر الرعاية الذي تتعامل معه على التحقق من أن الأدوية التي تتناولها تعمل على تحسين حالتك الصحية. وسوف يقوم طبيب صيدلي أو غيره من محترفي الرعاية الصحية بإعطائك مراجعة شاملة لكل الأدوية وسوف يتحدث معك حول ما يلي:

- 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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



وسوف تحصل على ملخص مكتوب لهذه المناقشة. ويحتوي الملخص على خطة إجراءات للأدوية للتوصية بما يمكن أن تقوم به لتحقيق أقصى استفادة ممكنة من الأدوية التي تتناولها. كما ستحصل كذلك على قائمة بالأدوية الشخصية التي تشتمل على كل الأدوية التي تتناولها والسبب وراء تناولها. بالإضافة إلى ذلك، ستحصل على معلومات حول طريقة التخلص الآمنة للأدوية الموصوفة التي يتم التحكم بها.

من الجيد جدولة مراجعة الأدوية قبل زيارة "السلامة"، حتى يمكنك التحدث مع الطبيب حول خطة الإجراءات وقائمة الأدوية الخاصة بك. أحضر خطة الإجراءات وقائمة الأدوية معك في الزيارة أو في أي وقت تتحدث فيه مع الأطباء أو الصيادلة أو غير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية. كذلك، خذ قائمة الأدوية معك إذا ذهبت إلى المستشفى أو إلى غرفة الطوارئ.

تعدّ برامج إدارة العلاج بالأدوية تطوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. وإذا كان لدينا برنامج يناسبك احتياجاتك، فسوف نقوم بتسجيلك في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. أما إذا لم ترغب في الانضمام إلى البرنامج، فيرجى اطلاعنا بذلك، وسوف نقوم باستبعادك منه.

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

### 3. برنامج إدارة الدواء لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية أفيونية المفعول بطريقة آمنة

تمتلك خطة Molina Dual Options برنامجًا من شأنه أن يساعد الأعضاء على الاستخدام الآمن للأدوية أفيونية المفعول الخاصة بوصفاتهم والتي يساء استخدامها كثيرًا. ويُسمى هذا البرنامج Drug Management Program.

إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية المفعول حصلت عليها من عدة أطباء أو صيديات أو إذا تلقيت حديثًا جرعة زائدة من أدوية أفيونية المفعول، فقد تتحدث مع الطبيب المتابع لحالتك للتأكد من أن استخدامك للأدوية أفيونية 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 تلك الأدوية التي سنقوم بتغطيتها من أجلك

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

ستتاح لك فرصة إخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا لنعرفها. إذا قررنا تحديد تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، فسوف نرسل لك رسالة أخرى تؤكد هذه الحدود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو تعارض فكرة أنك في خطر نتيجة لإساءة استخدام دواء الوصفة، أو كنت تعترض على فكرة الحد، يمكنك أنت أو من وصف لك الدواء تقديم تظلم. إذا قَدِّمت استئنافًا، فسوف نراجع حالتك ونعلمك بقرارنا. إذا استمرينا في رفض أي جزء من التظلم المتعلق بالحدود المفروضة على وصولك إلى هذه الأدوية، فسوف نرسل حالتك تلقائيًا إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE). (لمعرفة كيفية تقديم تظلم ومعرفة المزيد عن هيئة المراجعة المستقلة (IRE)، انظر الفصل التاسع.)

قد لا ينطبق عليك برنامج DMP إذا:

- كنت تعاني من بعض الحالات الطبية مثل السرطان أو مرض الخلايا المنجلية،
- تتلقى رعاية المسنين أو رعاية تسكينية أو رعاية في مرحلة الاحتضار أو
- كنت تعيش في إحدى منشآت الرعاية طويلة الأجل.



## الفصل السادس: 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 بـ "الأدوية" هنا:

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

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فإنك تحصل على "مساعدة إضافية" (Extra Help) من برنامج Medicare لمساعدتك على الدفع نظير الأدوية الموصوفة لك والواردة في الجزء (د) من برنامج Medicare.

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

◦ والتي نسميها "قائمة الأدوية". ويُطلعك هذا على:

- أي الأدوية التي ندفع ثمنها
- أي من فئات المشاركة الثلاثة (3) يندرج تحتها كل دواء
- ما إذا كان يوجد أي قيود على هذه الأدوية من عدمه

◦ إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا العثور على قائمة الأدوية من الموقع [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) إن قائمة الأدوية الواردة على الموقع الإلكتروني تكون دائمًا الأكثر تحديثًا.

- الفصل الخامس من دليل الأعضاء هذا.

◦ يشرح الفصل الخامس كيفية الحصول على الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة دوائية لمرضى خارجي من خلال خطتنا.

◦ ويشمل القواعد التي يجب عليك اتباعها. ويوضح لك هذا الفصل أيضًا أنواع الأدوية التي تباع بوصفة دوائية والتي لا تغطيها الخطة.

- دليل مقدمي الرعاية والصيدليات الخاص بنا.

◦ يجب عليك في معظم الأحيان اللجوء إلى واحدة من الصيدليات من داخل الشبكة للحصول على الأدوية التي تغطيها الخطة. ويُقصد بالصيدليات الموجودة داخل الشبكة تلك الصيدليات التي وافقت على العمل معنا.

◦ يحتوي دليل مقدمي الرعاية والصيدليات على قائمة تضم الصيدليات التابعة للشبكة. ويمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات حول صيدليات الشبكة في الفصل الخامس.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## جدول المحتويات

102.....	أ. شرح المزايا (EOB)
102.....	ب. كيفية متابعة وتسجيل تكاليف الأدوية الخاصة بك
103.....	ج. لن تدفع أي شيء لإمداد لمدة شهر واحد أو لفترة طويلة من الأدوية
103.....	ج1. الفئات الخاصة بنا
103.....	ج2. اختيارات الصيدلية
104.....	ج3. الحصول على إمداد طويل الأجل بدواء ما
104.....	ج4. ما تدفعه أنت
104.....	د. التطعيمات
105.....	د1. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح



**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 المزايا (EOB). ونسميه اختصارًا EOB. يقدم تقرير شرح المزايا المزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها. ويشمل شرح المزايا:

- **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.
- **البدايل 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 يجري حساب تكاليف هذه الأدوية في إجمالي التكاليف العينية التي تدفعها.
- ولمعرفة الأدوية التي تغطيها خطتنا، يُرجى مراجعة قائمة الأدوية.

**ب. كيفية متابعة وتسجيل تكاليف الأدوية الخاصة بك**

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

**1. استخدم بطاقة الهوية الخاصة بالعضو.**

قدم هذه البطاقة في كل مرة تحصل فيها على الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية. وسوف يساعدنا هذا في معرفة الوصفات الطبية التي حصلت عليها ومقدار ما تدفعه.

**2. تأكد من تقديم المعلومات التي نحتاجها.**

أرسل إلينا نسخًا من إيصالات الأدوية التي دفعت ثمنها. ويمكنك أن تطالبنا برد المبلغ الذي دفعته مقابل الدواء.

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

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





للتعرف على كيفية طلب استرجاع نفودك التي دفعتها مقابل الدواء مرة أخرى، راجع الفصل 7.

### 3. أرسل إلينا المعلومات المتعلقة بمدفوعات الآخرين لك.

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.

### 4. تحقق من تقارير شرح المزايا التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على شرح للمزايا من خلال البريد، فيرجى التحقق من أنه كامل وسليم. أما إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو شيئاً مفقوداً، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. احرص على الحفاظ على تقارير شرح المزايا هذه. تمثل هذه التقارير سجلاً هاماً لتكاليف الأدوية الخاصة بك.

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

مع خطة Molina Dual Options، لن تدفع شيئاً نظير الأدوية الخاضعة للتغطية طالما أنك تتبع قواعد الخطة.

### 1. الفئات الخاصة بنا

الفئات هي عبارة عن مجموعات من الأدوية في قائمة الأدوية لدينا. ويندرج كل دواءٍ في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة ضمن إحدى فئات يبلغ عددها ثلاث (3) فئات. لا تدفع مدفوعات مشتركة للأدوية الموصوفة وللأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية المسجلة في قائمة أدوية خطة Molina Dual Options. لمعرفة فئات أدويةك، يُمكنك البحث في قائمة الأدوية.

- تتمثل أدوية الفئة الأولى الأدوية العامة. بالنسبة لأدوية الفئة الأولى، لا تدفع أي شيء.
- وتتمثل أدوية الفئة الثانية في الأدوية ذات العلامات التجارية. بالنسبة لأدوية الفئة الثانية، لا تدفع أي شيء.
- تشمل أدوية الفئة الثالثة في الأدوية الموصوفة غير الخاضعة للتغطية من خلال برنامج Medicare / الأدوية التي يتم صرفها بدون وصفة طبية (OTC). بالنسبة لأدوية الفئة الثالثة، لا تدفع أي شيء.

### 2. 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 لمعرفة الحالات التي سنقوم فيها بذلك.

للتعرف على المزيد عن اختيارات الصيدلية، راجع الفصل 5 في هذا الدليل ودليل 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. ولا تقع عليك تكلفة مقابل الإمدادات طويلة الأجل. لمعرفة تفاصيل بشأن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويلة الأجل بدواء ما، راجع الفصل الخامس أو دليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

### ج4. ما تدفعه أنت

صيدلية خارج الشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا. تكون التغطية محدودة في بعض الحالات. راجع الفصل 5 للحصول على التفاصيل.	صيدلية رعاية طويلة الأجل تابعة للشبكة إمداد يغطي ما يصل إلى 31 يومًا	خدمة الطلب بالبريد التي توفرها الخطة إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 90 يومًا	صيدلية تابعة للشبكة إمداد شهر واحد أو ما يصل إلى 90 يومًا	
\$0	\$0	\$0	\$0	الفئة الأولى من مشاركة التكاليف (الأدوية العامة)
\$0	\$0	\$0	\$0	الفئة الثانية من مشاركة التكاليف (الأدوية التي تحمل علامات تجارية)
\$0	\$0	\$0	\$0	الفئة الثالثة من مشاركة التكاليف (الأدوية الموصوفة التي لا يشملها برنامج Medicare / الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية)

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

### د. التطعيمات

- نغطي التطعيمات الواردة في الجزء (د) من برنامج Medicare. تنقسم تغطية التطعيمات في الجزء "د" من برنامج Medicare إلى قسمين:
1. يختص القسم الأول من التغطية بتكاليف التطعيم نفسه. ذلك أن التطعيم يعد من الأدوية التي لا تباع إلا بوصفة طبية.
  2. أما القسم الثاني من التغطية فهو يتعلق بتكلفة الحقن باللقاح. على سبيل المثال، في بعض الأحيان يمكن أن تحصل على اللقاح في شكل حقنة يعطيها لك الطبيب.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**د1. ما الذي تحتاج معرفته قبل الحقن باللقاح**

ونوصي بالاتصال بنا أولاً عبر قسم خدمات الأعضاء متى كنت تخطط للحصول على تطعيم.

- وسوف نخبرك بكيفية تغطية تطعيمك وفق الخطة الخاصة بنا.
- ويمكننا اطلاعك على كيفية الإبقاء على انخفاض التكاليف عبر استخدام صيدليات ومقدمي رعاية من داخل الشبكة. ويُقصد بصيدليات الشبكة تلك الصيدليات التي وافقت على العمل مع خطتنا. ويُعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطة الصحية. ويجب على مقدم الرعاية التابع للشبكة العمل وفقاً لخطة Molina Dual Options لضمان عدم وجود أي تكاليف مسبقة للتطعيمات الواردة في الجزء "د".



## الفصل السابع: مطالبتنا بدفع فاتورة حصلت عليها نظير خدمات أو أدوية مشمولة

### 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

- أ. مطالبتنا بالدفع نظير الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها.....107
- ب. إرسال طلب بالدفع.....108
- ج. قرارات التغطية.....109
- د. التظلمات.....109



**أ. مطالبتنا بالدفع نظير خدماتك أو أدويتك**

يتعين أن يقدم مقدمو الرعاية في شبكتنا فاتورة إلى مسؤولي الخطة بالخدمات والأدوية المغطاة التي حصلت عليها بالفعل. ويعدّ مقدم الرعاية داخل الشبكة بمثابة أحد مقدمي الرعاية الذين يعملون بالخطة الصحية.

إذا حصلت على فاتورة للرعاية الصحية أو الأدوية، فأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع صفحة 149.

- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالخطة، فإننا سوف ندفع إلى مقدم الرعاية مباشرة.
- أما إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالخطة وسبق أن دفعت مقابلها بالفعل، فإنه يحق لك استرداد ما دفعته.
- أما إذا كانت الخدمات أو الأدوية غير مشمولة، فإننا سوف نخبرك بذلك.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو مدير الحالة إذا كانت لديك أي تساؤلات. إذا حصلت على فاتورة ولا تعرف الخطوات الواجب اتباعها حيالها، يُمكننا المساعدة. علاوة على ذلك، يُمكنك الاتصال إذا كنت ترغب في تقديم معلومات إلينا حول طلب الدفع الذي أرسلته إلينا بالفعل.

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

**1. عند الحاجة إلى رعاية صحية طارئة أو عاجلة من مقدم رعاية خارج الشبكة**

يجب عليك أن تطلب من مقدم الخدمة 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 بها.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الرعاية وتطلب منا دفع مبلغ ترى أنه لا يجب عليك تحمله. 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 لقاء الخدمة، فسوف نعيد إليك ما دفعته.

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

يتعين على مقدمي الخدمة التابعين للشبكة إرسال الفواتير إلينا دائماً. اظهر بطاقة هوية عضو خطة Molina Dual Options عند حصولك على أية خدمات أو وصفات. يحدث إصدار الفواتير غير اللائق/غير المناسب عند تحرير مقدم رعاية صحية (كطبيب أو مستشفى) فاتورة لك تزيد عن مبلغ تقاسم تكلفة الخدمات بالخطة. برجاء الاتصال بإدارة خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أية فواتير.

- نظرًا لأن خطة Molina Dual Options تتكفل بدفع جميع مصاريف الخدمات التي تتلقاها، فلا يتعين عليك دفع أية 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.
- أما إذا كنت قد سددت بالفعل قيمة فاتورة تم إرسالها من مقدم رعاية تابع للشبكة، فالرجاء إرسال الفاتورة إلينا ومرفق معها ما يثبت الدفع الذي قمت به. سوف نرد إليك ما دفعته للأدوية الخاضعة للتغطية.

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

إذا كنت تستخدم إحدى الصيدليات من خارج الشبكة، فسوف تضطر إلى دفع التكلفة كاملةً مقابل وصفتك الدوائية.

- في بعض الحالات، نقوم بتغطية تكاليف الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته.
- الرجاء مراجعة الفصل الخامس لمعرفة المزيد حول الصيدليات خارج شبكتنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**4. عندما تدفع كامل تكلفة الوصفة الطبية لأنك لا تحمل بطاقة الهوية الخاصة بالعضو معك**

- إذا لم تكن تحمل بطاقة الهوية الخاصة بالعضو معك، يُمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا للبحث عن معلومات إدراجك بالخطأ.
- أما إذا لم تكن الصيدلية قادرة على الحصول على المعلومات التي تحتاجها على الفور، فربما تحتاج إلى دفع كامل قيمة الوصفة الطبية بنفسك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته.

**5. عندما تدفع كامل تكلفة الوصفة الطبية لدواء غير مغطى في الخطة**

- قد تدفع كامل تكلفة الوصفة الطبية لأن الدواء غير مغطى في الخطة.
- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المغطاة الخاصة بنا (قائمة الأدوية)، أو ربما يكون هناك متطلب أو تقييد بالنسبة للدواء لا تعرفه أو لا تعتقد أنه يجب أن ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فربما تحتاج أن تدفع كامل قيمته.
  - إذا لم تدفع نظير الدواء لكذلك تظن أن الدواء مغطى في الخطة، فيمكنك طلب قرار تغطية (راجع الفصل التاسع).
  - إذا كنت وطبيبك أو أي شخص آخر وصف لك الدواء ترون أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، فيمكنك طلب قرار تغطية سريع (راجع الفصل التاسع).
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند طلبك رد ما دفعته. قد نحتاج في بعض الحالات إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو واصف دواء آخر حتى نتمكن من دفع مقابل الدواء.

عندما ترسل إلينا طلبًا بالدفع، فإننا سوف نراجع الطلب ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. ويسمى هذا إعداد "قرار تغطية". إذا قررنا ضرورة التغطية، فسوف ندفع تكلفة الخدمة أو الدواء. إذا رفضنا طلبك بشأن الدفع، فإنك تستطيع تقديم تظلم ضد القرار. لمعرفة المزيد حول كيفية تقديم تظلم، راجع الفصل التاسع.

**ب. إرسال طلب بالدفع**

أرسل إلينا فاتورتك مع ما يثبت عملية الدفع التي قمت بها. يمكن أن يكون دليل الدفع نسخة من شيك حررته أو إيصال من مقدم الرعاية. ويعد إعداد نسخة من الفاتورة والإيصالات فكرة جيدة للاحتفاظ بسجلاتك. يمكنك طلب المساعدة من مدير حالتك.

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

للخدمات الطبية:

Molina Dual Options  
عناية: خدمات أعضاء خطة Molina Dual Options  
200 Oceangate, Suite 100  
Long Beach, CA 90802

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

Molina Dual Options  
7050 Union Park Center, Suite 200  
Midvale, UT 84047



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

### ج. قرارات التغطية

عند استلامنا طلب الدفع الخاص بك، فسننخذ قرار تغطية. يعني هذا أننا سوف نحدد ما إذا كانت الرعاية الصحية أو الأدوية مغطاة بموجب خطتنا أم لا. كذلك سوف نقرر مقدار المبلغ الذي سيتعين عليك دفعه لقاء الرعاية الصحية أو الدواء، إذا ما كنت سوف تدفع أي مبالغ.

- سوف نعلمك إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات منك.
  - إذا قررنا أن الرعاية الصحية أو الدواء مغطى بموجب الخطة وأنت اتبعت جميع القواعد المقررة للحصول عليه، فإننا سوف ندفع مقابل التكلفة. إذا كنت دفعت بالفعل نظير الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك شيكًا بالمبلغ الذي دفعته. إذا لم تكن دفعت نظير الخدمات أو الدواء بعد، فسنُدفع إلى مقدم الرعاية مباشرة.
- يشرح الفصل الثالث قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها الخطة. يشرح الفصل الخامس قواعد الحصول على الأدوية المشمولة التي لا تباع إلا بوصفة طبية والواردة في الجزء (د) من برنامج Medicare.

• إذا قررنا عدم دفع مقابل الخدمة أو الدواء، فإننا سوف نرسل خطابًا يوضح سبب ذلك. ويوضح هذا الخطاب كذلك حقوقك فيما يتعلق بتقديم تظلم.

• لمعرفة المزيد حول قرارات التغطية، راجع الفصل التاسع.

### د. التظلمات

إذا كنت ترى أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، فإنه يمكنك المطالبة بتغيير قرارنا. ويُسمى هذا تقديم تظلم. يُمكنك أيضًا تقديم تظلم حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

- إن عملية التظلم هي عملية رسمية ذات إجراءات مفصلة ومواعيد نهائية مهمة. لمعرفة المزيد حول التظلمات، راجع الفصل التاسع.
- إذا كنت تود تقديم تظلم حول رد ما دفعته لقاء خدمة صحية، راجع صفحة 149.
- إذا كنت تود تقديم تظلم حول رد ما دفعته لقاء دواء، راجع صفحة 150.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## الفصل الثامن: 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

- أ. يحق لك الحصول على المعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك.....111
- ب. يتعين علينا ضمان حقك في الحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالخطة.....118
- ج. يتعين علينا حماية المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك (PHI).....119
- ج1. كيفية حماية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) الخاصة بك.....119
- ج2. يحق لك الاطلاع على السجلات الطبية الخاصة بك.....119
- د. يتعين علينا منحك معلومات حول خطتنا وشبكة مقدمي الخدمات والخدمات التي يجري تغطيتها ضمن الخطة.....125
- هـ. عدم قدرة مقدمي الرعاية التابعين للشبكة على إصدار فاتورة لك مباشرة.....126
- و. حقك في مغادرة خطة Cal MediConnect الخاصة بنا.....126
- ز. يحق لك اتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية.....127
- ز1. يحق لك معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات حول رعايتك الصحية.....127
- ز2. يحق لك التعبير عما تود تحقيقه إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وحدك.....127
- ز3. ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك.....128
- ح. يحق لك التقدم بشكوى وطلب إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها.....128
- ح1. ما هي الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت تعتقد أنه لا يجري معاملتك بشكل عادل أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك.....129
- ط. مسؤولياتك كعضو في الخطة.....129





## أ. يحق لك الحصول على المعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك.

- يتعين علينا إخبارك بشأن مزايا الخطة وكذلك حقوقك بطريقة تستطيع استيعابها. يتعين علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه عضوًا بخطتنا.
  - يمكن الحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها والاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إن خطتنا 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 للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 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 لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 541-5555 (800)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY): 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 بعد الظهر حسب التوقيت المحلي لتحديث السجل الخاص بك باللغة المفضلة. للحصول على هذه الوثيقة بتنسيق بديل، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY): 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد الموظفين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.
- 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 (TTY)، 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 لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية، 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, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل زيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- 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, de lunes a viernes, 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 12048-486-877-. También puede presentar una queja con Medi-Cal llamando al mediador de Cal MediConnect al 13077-501-855-. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

Dapat naming ipaalam 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 ipapadala 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.

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



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 Tha nh 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 Tha nh 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 1-877-486-2048. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal bằng cách gọi cho Cal MediConnect Ombudsman theo số 13077-501-855-. Người dùng TTY vui lòng gọi số 711.

## A. 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 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 연락 하십시오.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- 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) 번 으로 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 12048-486-877-번으로 전화하십시오. 또한 Medi-Cal과 관련한 불만을 제기하시려면 Cal MediConnect Ombusman에 13077-501-855-번으로 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, 711: ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية, 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, 711: ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية, с понедельника по пятницу, с 08:00 ص 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.

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



можно, позвонив представителю программы Cal MediConnect по телефону 1-855-501-3077. Номер ТТУ для лиц с нарушениями слуха: 711.

## A. 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12048-486-877-。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13077-501-855-。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.

- للحصول على المعلومات بطريقة تستطيع استيعابها، اتصل 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 855-665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين 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 نتابع طلبك المستمر لذا فإنك لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك بها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى الاتصال بالولاية على الرقم 800-541-5555، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين 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 855-665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. ويمكن لأحد المنوبين مساعدتك في تقديم طلب مستمر أو تغييره. كما يمكنك الاتصال بمدير حالتك لمساعدتك بشأن تقديم طلبات مستمرة.

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

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 855-665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



24 ម៉ោង ក្នុង មួយ ថ្ងៃ រៀង រាល់ ៧ ថ្ងៃ ក្នុង មួយ ប្រសាប្រាស ប្រសិន បើ អ្នក ទាញ យក លេខ ទូរស័ព្ទ របស់ យើង ទៅ ទូរស័ព្ទ យើង តាម លេខ ទូរស័ព្ទ 1-877-486-2048 ដើម្បី ទទួល បាន ជំនួយ បន្ថែម ទៀត ទៅ លើ ការ ប្រើប្រាស់ ប្រព័ន្ធ Cal MediConnect ។ យើង ក៏ មាន លេខ ទូរស័ព្ទ ទាំង ម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ម៉ោង ៨ យប់ ក្នុង មួយ ថ្ងៃ រៀង រាល់ ៧ ថ្ងៃ ក្នុង មួយ ប្រសាប្រាស ប្រសិន បើ អ្នក ទាញ យក លេខ ទូរស័ព្ទ របស់ យើង ទៅ ទូរស័ព្ទ យើង តាម លេខ ទូរស័ព្ទ 1-855-501-3077 ដើម្បី ទទួល បាន ជំនួយ បន្ថែម ទៀត ទៅ លើ ការ ប្រើប្រាស់ ប្រព័ន្ធ Cal MediConnect ។

### A. សិទ្ធិ របស់ អ្នក ដើម្បី ទទួល បាន ព័ត៌មាន តាម របៀប ដែល បំពេញ តម្រូវ ការ របស់ អ្នក

យើង ត្រូវ តែ ប្រាប់ លោក អ្នក អំពី អត្ថប្រយោជន៍ នៃ គម្រោង និង សិទ្ធិ របស់ អ្នក នៅ ក្នុង វិធី ដែល អ្នក អាច យល់ បាន ។ យើង ខ្ញុំ ត្រូវ តែ ប្រាប់ លោក អ្នក អំពី សិទ្ធិ របស់ លោក អ្នក ក្នុង មួយ ឆ្នាំ ៗ ដោយ សារ លោក អ្នក នៅ ក្នុង គម្រោង យើង ខ្ញុំ ។

- ដើម្បី ទទួល បាន ព័ត៌មាន តាម វិធី ដែល ធ្វើ ឲ្យ លោក អ្នក អាច យល់ បាន សូម ហៅ ទូរស័ព្ទ មក កាន់ សេវាកម្ម បម្រើ សមាជិក ។ គម្រោង របស់ យើង មាន មនុស្ស ជា ច្រើន ដែល អាច ឆ្លើយ សំណួរ ជា ភាសា ផ្សេង ៗ បាន ។
- គម្រោង របស់ យើង ក៏ អាច ផ្តល់ ឲ្យ អ្នក នូវ ឯកសារ ជា ភាសា អេស្ប៉ាញ អាមេរិកាំង ចិន ហ្វីលីពីន រុស្ស៊ី តាកា ឡា រ៉ូ តណាម អាវ៉ាប់ ហើយ មាន ទ្រង់ ទ្រាយ ជា ការ បោះពុម្ព អក្សរ សម្រាប់ មនុស្ស ពិការ ភ្នែក ឬ សម្លេង ។ ដើម្បី ស្នើសុំ ដើម្បី ទទួល បាន ឯកសារ ជា ភាសា ណា មួយ ក្រៅ ពី ភាសា អង់គ្លេស ឬ ទម្រង់ ផ្សេង ទៀត នៅ ពេល នេះ និង ពេល អនាគត សូម ទាក់ ទង ទៅ សេវាកម្ម សមាជិក (855) 665-4627, TTY: 711 ពី ថ្ងៃ ចន្ទ - ថ្ងៃ សុក្រ ពី ម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ម៉ោង ៨ យប់ ម៉ោង ក្នុង មួយ ថ្ងៃ ។
- អ្នក អាច ស្នើសុំ អោយ ពួក យើង ធ្វើ អោយ អ្នក ជា និច្ច នូវ ព័ត៌មាន ជា ភាសា ឬ ទម្រង់ ដែល អ្នក ត្រូវ ការ ។ ត្រង់ នេះ គេ ហៅ ថា ការ សំណូមពរ ជា អចិន្ត្រៃយ៍ ។ ពួក យើង នឹង បន្ត តាម ដាន ចំពោះ សំណើ ជា អចិន្ត្រៃយ៍ របស់ អ្នក ដូច្នោះ អ្នក មិន ចាំ បាច់ បង្កើត សំណើ ដាច់ ដោយ ឡែក រាល់ ពេល ដែល យើង ធ្វើ ព័ត៌មាន ទៅ កាន់ អ្នក ឡើយ ។ ដើម្បី ទទួល បាន ឯកសារ នេះ ជា ភាសា ដែល មិន មែន ជា ភាសា អង់គ្លេស នោះ សូម ទំនាក់ ទំនង ទៅ កាន់ រដ្ឋ តាម លេខ (800) 541-5555, TTY: 711 ថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៥ ល្ងាច ម៉ោង ក្នុង មួយ ថ្ងៃ ។ ដើម្បី ធ្វើ បច្ចុប្បន្ន ភាព ទិន្នន័យ របស់ អ្នក ជា មួយ ភាសា ដែល ចង់ បាន ។ ដើម្បី ទទួល បាន ឯកសារ នេះ ជា ទម្រង់ ផ្សេង នោះ សូម ទំនាក់ ទំនង ទៅ កាន់ សេវាកម្ម សមាជិក តាម លេខ (855) 665-4627, TTY: 711 ថ្ងៃ ចន្ទ ដល់ ថ្ងៃ សុក្រ ម៉ោង ៨ ព្រឹក ដល់ ៨ យប់ ម៉ោង ក្នុង មួយ ថ្ងៃ ។ អ្នក តំណាង ម្នាក់ អាច ជួយ អ្នក ក្នុង ការ បង្កើត ឬ ផ្លាស់ ប្តូរ សំណើ ដែល មាន ជា អចិន្ត្រៃយ៍ នេះ ។ អ្នក ក៏ អាច ទាក់ ទង ទៅ កាន់ អ្នក គ្រប់ គ្រង សំនុំ រឿង របស់ អ្នក ដើម្បី ជួយ ជា មួយ នឹង ការ ដាក់ សំណើ ។

ប្រសិន បើ អ្នក មាន បញ្ហា ក្នុង ការ ទទួល បាន ព័ត៌មាន ពី គម្រោង របស់ យើង ដោយ សារ បញ្ហា ភាសា ឬ ពិការ ភាព ហើយ អ្នក ចង់ ដាក់ ពាក្យ បណ្តឹង សូម ហៅ ទូរស័ព្ទ មក កាន់ Medicare តាម លេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នក អាច ទូរស័ព្ទ មក 24 ម៉ោង ក្នុង មួយ ថ្ងៃ 7 ថ្ងៃ ក្នុង មួយ សប្តាហ៍ ។ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ TTY សូម ទូរស័ព្ទ ទៅ លេខ 1-877-486-2048 ។ អ្នក ក៏ អាច ដាក់ ពាក្យ បណ្តឹង ទៅ កាន់ Medi-Cal បាន ផង ដែរ ដោយ ទូរស័ព្ទ ទៅ Cal MediConnect Ombudsman តាម លេខ 1-855-501-3077 ។ អ្នក ប្រើ ប្រាស់ TTY សូម ទូរស័ព្ទ ទៅ លេខ 711 ។

១. អ្នក ត្រូវ តែ ដឹង ថា យើង ត្រូវ តែ ប្រាប់ លោក អ្នក អំពី អត្ថប្រយោជន៍ នៃ គម្រោង និង សិទ្ធិ របស់ អ្នក នៅ ក្នុង វិធី ដែល អ្នក អាច យល់ បាន ។

យើង ត្រូវ តែ ប្រាប់ លោក អ្នក អំពី សិទ្ធិ របស់ លោក អ្នក ក្នុង មួយ ឆ្នាំ ៗ ដោយ សារ លោក អ្នក នៅ ក្នុង គម្រោង យើង ខ្ញុំ ។

- យើង ត្រូវ តែ ប្រាប់ លោក អ្នក អំពី សិទ្ធិ របស់ លោក អ្នក ក្នុង មួយ ឆ្នាំ ៗ ដោយ សារ លោក អ្នក នៅ ក្នុង គម្រោង យើង ខ្ញុំ ។



• 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 اعضاء 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 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 اعضاء 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. Դուք իրավունք ունեք ստանալ տեղեկությունն այն եղանակովով, 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, զանգահարեք 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, թագալերեն, վիետնամերեն, արաբերեն լեզուներով և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են խոսքը տառատեսակը, Բրեյլի տառատեսակը կամ աուդիո ձևաչափը: Նյութերն անգլերենից բացի այլ լեզվով կան այլընտրանքային ձևաչափով այժմ և հետագայում ստանալու նպատակով մատական դիմումներ կայացնելու համար, խնդրում ենք դիմել Մասնակիցների սպասարկման բաժին՝ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 20:00 տեղական ժամանակով:



- Կարող ե՛ս խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկատվություն ուղարկենք ձեզ անհրաժեշտ լեզվով կամ ձևաչափով: Դա կոչվում է մտտական պահանջ: Մենք կհետևենք ձեր մտտական 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 դիմե՛ք Պետությունը հետևյալ հեռախոսահամարով՝ (800) 541-5555, TTY՝ 711, երկուշաբթիից ուրբաթ 8:00-ից 17:00-ը տեղական ժամանակով)՝ ձեր գրառումը նախընտրելի լեզվով թարմացնելու համար: Այս փաստաթուղթը այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար խնդրում ենք կապվել Մասնակիցների սպասարկման բաժնի հետ (855) 665-4627, TTY՝ 711, երկուշաբթիից-ուրբաթ, 8:00-20:00 տեղական ժամանակով: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ կատարել կամ փոխել մտտական պահանջը: Դուք կարող ե՛ք նաև կապ հաստատել ձեր Գործի մենեջերի հետ՝ մտտական հարցումների համար օգնություն ստանալու համար:

Երբ լեզվի հետ կապված խնդիրների կամ հաճախումների պատճառով դժվարանում ե՛ք մեր այլանից տեղեկություն ստանալ և ցանկանում ե՛ք բողոք ներկայացնել, գտնվե՛ք Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Դուք կարող ե՛ք գտնվել շուրջօրյա, շաբաթը յոթ օր: TTY օգտվողները պետք է գտնվեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Դուք կարող ե՛ք նաև բողոք ներկայացնել Medi-Cal-ին՝ գտնվելով Cal MediConnect Ombudsman-ին՝ 1-855-501-3077: TTY օգտվողները պետք է գտնվեն 711:

## ب. يتعين علينا ضمان حَقِّكَ في الحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالخطَّة

إذا كنت تجد صعوبة في الحصول على خدمات الرعاية، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الاثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي. ويتمتع أعضاء خطتنا بما يلي:

- 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 بشأن أنواع مقدمي الرعاية التي يمكنها العمل بصفة مقدم رعاية رئيسي (PCP) وكيفية اختيار واحد منها في الفصل 3.
  - 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 الذهاب إلى أي من اختصاصيّي الصحة النسائية من دون الحاجة إلى إحالة. تعد الإحالة بمثابة موافقة من مقدم الرعاية الرئيسي التابع لحالتك لاستخدام شخص آخر غيره.
  - يحق لك الحصول على الخدمات التي يوفرها مقدمو الرعاية بالشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.
    - ويشمل ذلك الحق في الحصول على الخدمات في توقيتاتها المناسبة على يد الاختصاصيين.
    - وإذا لم يكن باستطاعتك الحصول على الخدمات خلال فترة ملائمة من الوقت، فسندفع مقابل تلقك خدمات الرعاية خارج مستشفيات 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





- يحق لك معرفة مواعيد استخدام مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة. يرجى الرجوع إلى الفصل الثالث لمزيد من المعلومات حول مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة.
  - عند انضمامك إلى هذه الخطة للمرة الأولى، يحق لك متابعة مقدمي الخدمة والتراخيص الخدمية الحالية لفترة تصل إلى 12 شهرًا بشرط استيفاء بعض الشروط المحددة. راجع الفصل 1 لمزيد من المعلومات عن متابعة مقدمي الخدمة والتراخيص الخدمية الحالية.
  - يحق لك الحصول على خدمات الرعاية الذاتية المباشرة بنفسك بمساعدة فريق الرعاية ومدير الحالة.
- تجد في الفصل التاسع الخطوات الواجب اتباعها حال اعتقادك بأنك لم تحصل على الخدمات أو الأدوية خلال فترة ملائمة من الوقت. كما يقدم الفصل التاسع لك أيضًا المعلومات عن الخطوات التي يمكنك اتخاذها في حال اعتراضك على قرارنا برفض تغطية خدماتك وأدويةك في هذه الخطة.

## ج. يتعين علينا حماية المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك (PHI)

- إننا نحمي معلوماتك الصحية الشخصية كما تتطلب قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية.
- تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات التي قدمتها إلينا عند التسجيل في هذه الخطة. علاوة على ذلك، فإنها تشمل السجلات الطبية وغير ذلك من المعلومات الطبية ومعلوماتك الصحية.
- يحق لك الحصول على المعلومات والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية الشخصية. نقدم إليك إخطارًا مكتوبًا بهذه الحقوق وكذلك نفسر كيفية حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). ويسمى هذا الإخطار "إشعار ممارسة الخصوصية".

### ج1. كيفية حماية المعلومات الصحية الشخصية الخاصة بك (PHI)

- نحن نضمن عدم إطلاع الأشخاص غير المخولين على سجلاتك أو تغييرها.
- في معظم الحالات، لا نصح عن معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) إلى أي شخص لا يقدم لك الرعاية الطبية أو يدفع نظير خدماتك الطبية. وإذا قمنا بذلك، فيتعين علينا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. ويمكن الحصول على إذن كتابي منك أو من الشخص الذي لديه سلطة قانونية لاتخاذ قرارات بالنيابة عنك.
- توجد حالات معينة لا يتعين علينا فيها الحصول على إذن كتابي مسبق. وهذه الاستثناءات يصرح بها القانون أو يطلبها.
- يتعين علينا الكشف عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) للجهات الحكومية التي تقوم بمهمة التحقق من جودة الرعاية لدينا.
  - يتعين علينا الكشف عن المعلومات الصحية الشخصية (PHI) بموجب الأحكام القضائية.
  - يتعين علينا الكشف عن معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) لـ Medicare. إذا كشف برنامج Medicare عن معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) لأغراض البحث أو لأوجه استخدام أخرى، فإن ذلك سيجري وفق القوانين الفيدرالية.

### ج2. يحق لك الاطلاع على السجلات الطبية الخاصة بك

- يحق لك الاطلاع على السجلات الطبية والحصول على نسخة من السجلات. كما يحق لنا فرض رسوم عليك مقابل الحصول على نسخة من سجلاتك الطبية.
  - يحق لك طلب تحديث أو إدخال تصحيحات على السجلات الطبية. وفي حال طلبت ذلك منا، فسنعاون مع مقدم الرعاية الصحية خاصتك لاتخاذ قرار بشأن وجوب إدخال التغييرات أم لا.
  - يحق لك معرفة ما إذا كان قد تمت مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) مع جهات أخرى وكيفية حدوث ذلك.
- إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف حول خصوصية وسرية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)، يُمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.



## الخصوصية

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.

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) الخاصة بأعضائنا أو تقوم بمشاركتها؟

- لتوفير العلاج لك
  - لدفع تكاليف رعايتك الصحية
  - لفحص مستوى جودة الرعاية التي تتلقاها
  - لإبلاغك بالخيارات المتاحة أمامك لخدمات الرعاية
  - لإدارة خطتنا الصحية
  - لاستخدام أو مشاركة المعلومات الصحية المحمية لأغراض أخرى على النحو المطلوب أو الذي يسمح به القانون.
- متى تحتاج شركة Molina للحصول على تصريح (موافقة) كتابي منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية؟ تحتاج شركة Molina للحصول على موافقتك الكتابية لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية لأغراض لم تذكر أعلاه.

ما هي حقوق الخصوصية الخاصة بك؟

- الاطلاع على معلوماتك الصحية المحمية
- الحصول على نسخة من معلوماتك الصحية المحمية
- 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- اتباع شروط إشعار ممارسات الخصوصية الذي تقدمه لك.
- ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوق الخصوصية الخاصة بك لم تتم حمايتها؟
- التواصل مع شركة Molina بخصوص شكاوك بالاتصال أو المراسلة.
- إرسال شكوى إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية.
- ولن نتخذ أي إجراء ضدك. فلن نغير دعواك ما تقدمه لك من خدمات الرعاية.

ما سبق كان مجرد ملخص. يشتمل إشعار ممارسات الخصوصية لدينا على مزيد من المعلومات حول كيفية استخدامنا ومشاركتنا للمعلومات الصحية الشخصية الخاصة بأعضائنا. وتجد هذا الإشعار في القسم التالي من دليل الأعضاء. كما تجده على الموقع الإلكتروني الخاص بنا: [www.molinahealthcare.com](http://www.molinahealthcare.com). كما يمكنك الحصول على نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627 من الإثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. 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.

Molina Healthcare of California ("Molina Healthcare"، أو "Molina"، أو "نحن"، أو "الخاص بنا") تستخدم وتشارك المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك لتوفير مزايا الصحة لك باعتبارك عضوًا في خطة Molina Duals Options. فنحن نستخدم تلك المعلومات وتبادلها من أجل تقديم خدمات العلاج وإجراء عمليات الدفع والرعاية الصحية. كما نستخدم تلك المعلومات ونشاركها لأغراض أخرى يسمح بها القانون أو يلزمنا بها. ونجد لزامًا علينا أن نحافظ على خصوصية بياناتك الصحية، ملتزمين في ذلك باتباع شروط هذا الإشعار. ويكون هذا الإشعار ساري المفعول ابتداءً من 1 مارس 2014.

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 وتبادلها 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 الحالات 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## عمليات 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؛

- تلبية احتياجات الأعضاء بما في ذلك إيجاد الحلول للشكاوى والتظلمات.

وسنقوم بمشاركة معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) مع شركات أخرى ("زملاء العمل") تقوم بمختلف أنواع الأنشطة لإنجاز خطتنا الصحية. كما يجوز لنا استخدام معلوماتك الصحية المحمية لتذكيرك بمواعيد 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.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## الصحة والسلامة

يجوز مشاركة بياناتك الصحية المحمية للوقاية من تهديد خطير يatal الصحة أو الأمن العام.

## الأغراض الحكومية

يجوز مشاركة بياناتك الصحية المحمية مع الجهات الحكومية لأغراض معينة.

## ضحايا أعمال الإساءة والإهمال والعنف المنزلي

يجوز مشاركة معلوماتك الصحية المحمية مع الجهات القانونية إذا كنا نرى وقوع شخص ما ضحية للإساءة أو الإهمال.

## تعويض العمال

يجوز استخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بهدف الامتثال لقوانين تعويضات العاملين.

## أغراض الإفصاح الأخرى

يجوز مشاركة بياناتك الصحية المحمية مع منظمي أعمال الجنائز وقضاة التحقيق في حوادث الوفاة لمساعدتهم في أداء مهامهم.

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

تحتاج شركة Molina للحصول على موافقة كتابية منك لاستخدام أو مشاركة معلوماتك الصحية لأي غرض آخر غير تلك الأغراض المدرجة في هذا الإشعار. تحتاج شركة Molina للحصول على تصريح منك قبل الإفصاح عن معلوماتك الصحية للحالات التالية: (1) معظم عمليات استخدام والكشف عن المعلومات الصحية المحمية المتعلقة بملاحظات العلاج النفسي؛ (2) عمليات الاستخدام والكشف عن البيانات الصحية المحمية لأغراض التسويق؛ و (3) الاستخدامات والأغراض التي تتضمن بيع البيانات الصحية المحمية. يجوز لك إلغاء موافقتك التي 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 مطالبنا بعدم مشاركة معلوماتك الصحية المحمية بغرض تيسير تقديم العلاج أو عمليات الدفع أو عمليات الرعاية الصحية. كما يجوز لك مطالبنا 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. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك.

### • طلب تبادل المعلومات الصحية المحمية من خلال الاتصالات السرية

يجوز لك أن تطلب من شركة Molina اطلاعك على بياناتك الصحية الشخصية (PHI) بطرق محددة أو في أماكن معينة لمساعدتك على المحافظة على سرية وخصوصية تلك البيانات. وسنلتزم بتلبية الطلبات المقبولة إذا أطلعنا على الأسباب التي قد يمثل بها تبادل بياناتك الصحية المحمية بشكل جزئي أو كلي خطورة على حياتك. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابياً. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك.

### مراجعة معلوماتك الصحية المحمية والحصول على نسخة منها

يجوز 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. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك. 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. ملاحظة مهمة: لا تتوفر لدينا نسخ كاملة من سجلاتك الطبية. فإذا كنت ترغب في الاطلاع على سجلاتك الطبية أو الحصول على نسخة منها أو إدخال أي تعديلات عليها، فيُرجى الاتصال بطبيبك أو العيادة التي تواظب على زيارتها.



**تعديل معلوماتك الصحية المحمية**

يجوز لك أن تتقدم إلينا بطلب لتعديل (تغيير) معلوماتك الصحية المحمية. ويتضمن ذلك السجلات التي بحوزتنا والتي تتعلق بك كعضو لدينا فحسب. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك. ويجوز لك التقدم بخطاب اعتراض في حال اعتراضك على قرارنا برفض طلبك.

**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 التي جرت كجزء من مجموعة بيانات محدودة وفقًا للقانون المعمول به.
- سيكون من حقنا أن نفرض عليك رسومًا مناسبة في مقابل كل قائمة تطلبها، وذلك في حال طلبت هذه القائمة أكثر من مرة خلال مدة 12 شهرًا. لكن سيتعين عليك تقديم طلبك كتابيًا. يُمكنك استخدام نموذج شركة Molina لتقديم طلبك.

ويجوز لك كذلك التقدم بأي طلب مما ورد ذكره أعلاه، أو يجوز لك طلب الحصول على نسخة ورقية من هذا الإشعار. تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء بشركة Molina على الرقم 665-4627 (855) من الإثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

**ما الذي يمكنك فعله إذا شعرت أن حقوقك لم تتم حمايتها؟**

يحق لك التقدم بشكوك 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 بشكوك إلينا على العنوان التالي:

شركة Molina Healthcare of California

Attention: Manager of Member Services

200 Oceanate, Suite 100 Long Beach, CA 90802

الهاتف: 665-4627 (855) من الإثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

كما يجوز لك التقدم بشكوك إلى وزير الصحة والخدمات الإنسانية على العنوان:

U.S. Department of Health & Human Services

Office for Civil Rights - Centralized Case Management Operations

200 Independence Ave., S.W.

Suite 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

(368-1019) (800)، أو (537-7697) (800) (أجهزة الاتصالات الكتابية للسم والبكم)،

(202) 619-3818 (الفاكس)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## 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. كما تجده على الموقع الإلكتروني الخاص بنا على [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

### معلومات الاتصال

لأسئلتك واستفساراتك، يرجى الاتصال على المكتب التالي:

شركة Molina Healthcare of California  
Attention: Manager of Member Services  
200 OceanGate, Suite 100  
Long Beach, CA90802

الهاتف: (855) 665-4627، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة، يُرجى الاتصال على الرقم 711.

## د. يتعين علينا منحك معلومات حول خطتنا وشبكة مقدمي الخدمات والخدمات التي يجري تغطيتها ضمن الخطة

وبصفتك عضوًا في خطة Molina Dual Options، فإن لك الحق في الحصول على المعلومات منا. أما إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية فإننا نوفر خدمات الترجمة الفورية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول خطتنا الصحية. وللحصول على مترجم فوري، تفضل بالاتصال بنا على رقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة، يرجى الاتصال على الرقم: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 a.m. حتى 8 p.m. حسب التوقيت المحلي. وهذه خدمة مجانية نوفرها لك. كما يمكننا أن نوفر لك المواد المكتوبة و/أو المعلومات بالإسبانية والأرمنية 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 للحصول على مواد بلغة أخرى خلاف اللغة الإنجليزية أو بتنسيق مختلف الآن وفي المستقبل، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

إذا أردت معلومات بشأن ما يلي ذكره، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء:

- كيفية اختيار الخطط أو تغييرها
- خطتنا، بما في ذلك:
  - المعلومات المالية
  - مستوى تقييمنا من قبل أعضاء الخطة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- عدد التظلمات التي قدمها الأعضاء
- كيف يمكن الخروج من الخطة
- مقدمي الرعاية وشبكة الصيدليات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك:
  - كيفية اختيار مقدمي الرعاية الرئيسيين
  - مؤهلات مقدمي الرعاية والصيدليات التابعين لشبكتنا
  - كيف نقوم بالدفع إلى مقدمي الرعاية في شبكتنا
- عن الخدمات والأدوية المشمولة بالخطة والقواعد الواجب اتباعها، بما في ذلك:
  - الخدمات والأدوية التي تغطيها الخطة
  - حدود التغطية والأدوية الخاصين بك
  - القواعد التي يتعين اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية التي تغطيها الخطة
- سبب عدم شمول الخطة لأمر ما، وما يمكنك فعله حيال ذلك، بما في ذلك مطالبتنا بـ:
  - تقديم مسوغ كتابي يشرح سبب عدم شمول الخطة لأمر ما
  - تغيير قرار تم اتخاذه
  - سداد فاتورة حصلت عليها

### هـ. عدم قدرة مقدمي الرعاية التابعين للشبكة على إصدار فاتورة لك مباشرة

لا يحق للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية في شبكتنا حملك على دفع خدمات تكفلها الخطة. وعلاوة على ذلك، لا يحق لهم تلقي مبالغ مالية منك إذا كنا ندفع أقل مما يتلقاه مقدمي الخدمات. يرجى الرجوع إلى الفصل 7 لمعرفة الخطوات الواجب اتباعها إذا أقدم أحد من شبكة مقدمي الخدمات للحصول على مقابل مادي لقاء خدمات تغطيها الخطة.

### و. حَقِّكَ فِي مَغَادِرَةِ خَطَّةِ Cal MediConnect الخاصَّة بنا

لا يمكن لأحد إرغامك على الاستمرار في الخطة إذا لم ترغب بذلك.

- ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة Original Medicare أو Medicare Advantage.
- كما يُمكنك الحصول على مزايا أدوية الوصفات الطبية بالجزء "د" من برنامج Medicare من خطة أدوية الوصفات الطبية أو خطة Medicare Advantage.
- انظر الفصل العاشر لمزيد من المعلومات حول الوقت الذي يمكنك فيه الانضمام إلى خطة Medicare Advantage أو خطة مزايا أدوية الوصفات الطبية.
- يتم توفير مزايا Medi-Cal الخاصة بك من خلال خطة رعاية مداراة من Medi-Cal التي تختارها.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





## ز. يحق لك اتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية

### ز1. يحق لك معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات حول رعايتك الصحية

- يحق لك الحصول على معلومات كاملة من الأطباء وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية عند الحصول على الخدمة. يتعين على مقدمي رعايتك تفسير وضعك الصحي وخيارات العلاج المتاحة لك بما يتيسر عليك فهمه. لك الحق في:
- اعرف خياراتك. يحق لك الاطلاع على جميع أنواع العلاج المتاحة لك.
  - تعرف على المخاطر. يحق لك الاطلاع على المخاطر التي قد تتعرض إليها. كما يتعين إخبارك مقدّمًا إذا كانت الخدمة أو طريقة العلاج أو العلاج جزء من تجريبه بحثية. ويحق لك رفض المشاركة في التجارب العلاجية.
  - للحصول على رأي آخر. يحق لك زيارة طبيب آخر قبل اتخاذ أي قرار بشأن العلاج.
  - قل "لا". يحق لك رفض أي علاج. ويشمل ذلك الحق ترك المستشفى أو أي منشأة طبية حتى إذا نصح الأطباء بغير ذلك. ويحق لك أيضًا التوقف عن تناول الدواء الموصوف لك. في حال رفضك العلاج أو التوقف عن تناول أحد الأدوية الموصوفة، فلن يُخرجك ذلك من الخطة. 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 منا إذا رفض مقدم الرعاية توفير خدمة ترى أنه يحق لك الحصول عليها.
  - مطالبتنا بتغطية نفقات خدمة أو دواء سبق أن رُفض توفيره أو لا يجري تغطيته عادة. ويسمى هذا "قرار تغطية". يشرح الفصل التاسع كيفية طلب قرار تغطية ما من الخطة.

### ز2. يحق لك التعبير عما تود تحقيقه إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية وحدك.

يمكنك الاتصال بخطة Molina Dual Options للحصول على المعلومات بشأن قوانين الولاية فيما يتعلق بالتوجيهات المسبقة وكذلك تعديلات تلك القوانين. تقوم خطة Molina Dual Options بتحديث المعلومات التوجيهية المسبقة في مدة لا تتعدى 90 يومًا من تاريخ تلقي الإشعار بتعديل قوانين الولاية.

- للحصول على المزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء في Molina Dual Options على الرقم المجاني 665-4627 (855)، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي. إذا كنت مصابًا بالصمم أو ضعف السمع، يمكنك الاتصال بالرقم الخاص بمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 711 بمؤسسة California Relay Service
- أحيانًا لا يكون لدى الأشخاص القدرة على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل الوصول إلى هذه المرحلة، يُمكنك:
- ملء نموذج كتابي يمنح شخصًا ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك.
  - تقديم توجيه كتابي للأطباء حول كيف تطلب منهم التعامل بشأن رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بنفسك.
- وتُعرف الوثيقة القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهات باسم التوجيه المسبق. وتوجد ثلاثة أنواع من التوجيهات المسبقة بأسماء مختلفة. ومنها على سبيل المثال وصية الحياة وتوكيل الرعاية الصحية.
- ولا يتعين عليك استخدام توجيه مسبق، إلا أن الخيار متوفر إذا أردت ذلك. إليك ما يجب عليك فعله:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- **احصل على النموذج.** يُمكنك الحصول على نموذج من الطبيب أو المحامي أو وكالة الخدمات القانونية أو مسؤول الخدمات الاجتماعية. كما أن المنظمات التي توفر معلومات حول برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal مثل برنامج HICAP قد توفر أيضًا استمارات التوجيه المسبق.
  - **املأ النموذج ووقع عليه.** هذا النموذج عبارة عن وثيقة قانونية. لذا يجب عليك التفكير في الاستعانة بمحامٍ لإعدادها.
  - **امنح نسخًا من هذا النموذج للأشخاص الذين يجب أن يعرفوا به.** يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج لطبيبك. ويجب عليك أيضًا منح نسخة أخرى للشخص الذي تُحدده لاتخاذ القرارات الخاصة بك. قد تود أيضًا منح نسخ إلى الأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. تأكد دائمًا من الاحتفاظ بنسخة في المنزل.
  - **إذا كنت ستقضي فترة في المستشفى وكنت قد وقعت على توجيه مسبق، فأحضر نسخة معك إلى المستشفى.**
    - سوف تسألك المستشفى عما إذا كنت قد وقعت نموذج توجيه مسبق وإذا ما كان بحوزتك.
    - أما إذا كنت لم توقع نموذج توجيه مسبق، فيوجد نماذج لدى المستشفى وسيجري سؤالك عما إذا كنت تود توقيع نموذج أم لا.
- وتذكر أن ملء التوجيه المسبق هو أمر اختياري بالنسبة لك.

### 3. ماذا تفعل إذا لم يجر اتباع توجيهاتك

إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق، وكنت تعتقد أن هناك طبيب أو مستشفى لم يتبع ما ورد به من تعليمات، يجوز لك تقديم شكوى لدى برنامج Cal MediConnect Ombuds.

يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على رقم 1-855-501-3077. هذه المكالمات مجانية.

لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 1-855-847-7914. يتوفر هذا الرقم للأشخاص الذين يعانون من مشكلات في السمع أو الكلام. يجب أن يتوفر لديك هاتف خاص للاتصال به.

المراسلة عبر البريد: إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services)

1501 Capitol Avenue

PO Box 997413

Sacramento, Ca 95814

الموقع الإلكتروني: <http://calduals.org/background/ccl/archive/policy/cal-mediconnect-ombudsman/>

### ح. يحق لك التقدم بشكوى وطلب إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها.

يعرض الفصل التاسع ما يُمكنك اتخاذه من خطوات إذا كانت لديك مشكلات أو مخاوف حول رعاية أو خدمات تغطيها الخطة. ومثال ذلك، يُمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو التقدم بتظلم لتغيير قرار تغطية أو التقدم بشكوى.

يحق لك الحصول على معلومات حول تظلمات وشكاوى قدمها أعضاء آخرون بشأن الخطة التي تتبعها. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ح.1 ما هي الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت تعتقد أنه لا يجري معاملتك بشكل عادل أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك

إذا كنت تعتقد أنه لا يجري معاملتك بشكل عادل - وأن السبب في ذلك لا يرجع إلى التمييز بسبب أحد الأسباب الواردة في الفصل 11 - أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك، فيمكنك الحصول على المساعدة عن طريق الاتصال بـ:

- خدمات الأعضاء.
- برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP). ولمزيد من المعلومات حول المؤسسة وكيفية الاتصال بها، انظر الفصل الثاني.
- برنامج Cal MediConnect Ombuds ولمزيد من المعلومات حول المؤسسة وكيفية الاتصال بها، انظر الفصل الثاني.
- بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY)، يرجى 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 كعضو في الخطة

يتعين عليك القيام بما يلي أدناه بصفقتك عضو في الخطة. إذا كانت لديك أي أسئلة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

- **اطلع على دليل الأعضاء** لتعلم ما هو وارد ضمن تغطية الخطة وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على ما تغطيه الخطة من خدمات وأدوية. لتفاصيل ما يتعلق بـ:
  - خدماتك المشمولة بالتغطية، راجع الفصلين 3 و4، حيث يشرح الفصلان ما تغطيه الخطة وما لا تغطيه والقواعد الواجب اتباعها للحصول عليها وما عليك دفعه.
  - الأدوية المشمولة بالخطة، انظر الفصلين الخامس والسادس.
- **اطلعا على تغطية طبية أو دوائية أخرى** تتمتع بها. نحن مطالبون بالتأكد من أنك تستخدم جميع خيارات التغطية عند تلقي الرعاية الصحية. الرجاء الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- **أخبر طبيبك وغيره من مقدمي خدمات الرعاية الصحية** بأنك مسجل في خطتنا. وتفضل بإظهار بطاقة هوية العضو الخاصة بك التابعة عند طلبك الحصول على أي خدمات أو أدوية.
- **ساعد أطباءك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية** أن يقدموا لك أفضل رعاية.
  - أطلعهم على المعلومات التي يحتاجون إليها بشأنك وبشأن حالتك الصحية. وتعرف قدر المستطاع على مشكلاتك الصحية. واتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها مع مقدمي الرعاية.
  - واحرص وتأكد من معرفة الأطباء ومقدمي الرعاية بشأن كل الأدوية التي تتناولها. ويشمل ذلك أدوية الوصفات الطبية والأدوية التي تباع بلا تذكرة طبية والفيتامينات والمكملات.
  - اطرح كل ما لديك من أسئلة. يتعين على الأطباء ومقدمي الرعاية شرح الأمور بطريقة تستطيع استيعابها. وإذا طرحت سؤالاً ولم تستوعب إجابته، فأعد طرح السؤال مرة أخرى.
- **تحل بالتجاوب والتفهم.** نحن نتوقع من كل الأعضاء احترام حقوق غيرهم من المرضى. وكذلك ننتظر منك سلوكاً هادئاً محترماً في مكتب الطبيب والمستشفيات وغير ذلك من مكاتب مقدمي الرعاية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. **لمزيد من**

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- **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. يقوم برنامج Medi-Cal بدفع قسط الجزء (أ) وقسط الجزء (ب) لمعظم أعضاء خطة Molina Dual Options.
  - إذا تلقيت أي خدمات أو أدوية خارج الخطة فإنه يتعين عليك دفع كامل التكلفة.
  - وفي حال عدم الموافقة على قرارنا بشأن عدم تغطية خدمة أو دواء ما، فيمكنك التقدم بتظلم. يرجى الرجوع إلى الفصل التاسع لمعرفة كيفية تقديم تظلم.
- **أخبرنا عند الانتقال من عنوانك.** إذا كنت تعتزم الانتقال من عنوانك، فمن المهم إخبارنا بذلك على الفور. الاتصال بخدمات الأعضاء.
  - إذا انتقلت إلى خارج نطاق خدمتنا، فلن تتمكن من البقاء في هذه الخطة. يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا الانضمام إلى خطة Molina Dual Options. يوضح الفصل الأول مناطق الخدمات الخاصة بنا.
  - يُمكننا مساعدتك على معرفة ما إذا كنت ستنتقل إلى خارج منطقة الخدمة أم لا. 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. وعلاوة على ذلك يُمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كانت توجد خطة في منطقتك الجديدة.
  - تأكد من إعلام برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال. راجع الفصل 2 لمعرفة أرقام هواتف كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
  - وحتى إن كان انتقالك لا يزال داخل منطقة خدمتنا، فلانزلنا في حاجة لمعرفة ذلك. فنحن بحاجة إلى المحافظة على سجلاتك محدثة ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمساعدتك إذا كان لديك أي أسئلة أو شواغل.



## الفصل التاسع: الخطوات الواجب اتباعها إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التعطية، 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 أحد المستلزمات أو دواء اتخذت الخطة قرارًا بعدم دفع تكلفته.
- لا توافق على قرار نصت عليه الخطة بشأن الرعاية المقدمة إليك.
- 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 (NF) Nursing Facility.
- إذا كانت لديك مشكلة أو تساؤل، يتعين عليك فقط قراءة الأجزاء التي تنطبق على موقفك في هذا الفصل. ينقسم هذا الفصل إلى عدة أقسام لمساعدتك على الوصول عما تبحث عنه بسهولة.

### إذا كنت تواجه مشكلة بشأن صحتك أو الدعم والخدمات الطويلة الأجل

يجب أن تتلقى الرعاية الصحية والأدوية الدعم والخدمات الطويلة الأجل التي يرى طبيبك أو غيره من مقدمي الخدمات بأنها ضرورية للرعاية الخاصة بك كجزء من خطة الرعاية. إذا واجهت مشكلة في الرعاية، يمكنك الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds** عبر الرقم **1-855-501-3077** للحصول على المساعدة. يقدم هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لك إذا واجهت أي مشكلات أو كانت لديك شكوى، ومع ذلك يُمكنك دومًا الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds** للحصول على المساعدة والتوجيه المناسبين للمشكلة. للحصول على موارد إضافية لمناقشة الأمور التي تقلقك وطرق الإبلاغ عنها، راجع الفصل الثاني للحصول على مزيد من المعلومات عن برامج الشكاوى.



## جدول المحتويات

134.....	أ. الخطوات الواجب اتباعها إذا كان لديك مشكلة.....
134.....	1أ. عن المصطلحات القانونية.....
134.....	ب. أين يمكنك طلب المساعدة.....
134.....	ب1. أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة.....
136.....	ج. المشكلات التي تجدها في المزايا المقدمة إليك.....
136.....	ج1. استخدام الإجراءات الخاصة بقرارات وتظلمات التغطية أو لتقديم شكوى.....
136.....	د. قرارات التغطية والتظلمات.....
136.....	د1. نظرة عامة حول قرارات التغطية والتظلمات.....
136.....	د2. الحصول على مساعدة بالنسبة لقرارات التغطية والتظلمات.....
137.....	د3. استخدام قسم هذا الفصل الذي سيساعدك.....
138.....	هـ. المشكلات المتعلقة بالخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير التابعة للجزء "د").....
138.....	هـ1. متى تلجأ إلى هذا القسم.....
139.....	هـ2. طلب قرار تغطية.....
141.....	هـ3. تظلم المستوى الأول بشأن الخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير الواردة بالجزء "د").....
144.....	هـ4. تظلم المستوى الثاني بشأن الخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير الواردة بالجزء "د").....
149.....	هـ5. مشكلات السداد.....
150.....	و. أدوية الجزء "د".....
150.....	و1. ماذا تفعل إذا واجهت مشكلات في الحصول على الأدوية الواردة بالجزء "د" أو كنت ترغب في استرداد قيمة أحد الأدوية الواردة بالجزء "د".....
151.....	و2. ما هو الاستثناء.....
152.....	و3. أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب الاستثناءات.....
153.....	و4. كيفية طلب قرار تغطية بشأن أحد أدوية الجزء "د" أو استرداد نفقات أحد أدوية الجزء "د"، بما في ذلك الاستثناءات.....
155.....	و5. تظلم المستوى الأول لأدوية الجزء "د".....
157.....	و6. تظلم المستوى الأول لأدوية الجزء "د".....



- ز. المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى..... 158
1. تعرف على حقوقك في برنامج Medicare ..... 158
2. تظلم المستوى الأول بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى..... 159
3. تظلم المستوى الثاني بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى..... 161
4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد تقديم التظلم..... 162
- ح. ماذا عساک أن تفعل إذا رأيت أن الرعاية الصحية المنزلية الخاصة بك أو الرعاية التمريضية المتخصصة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) تنتهي في وقت قريب جداً..... 164
1. سيجرى إخطارك مقدماً عن ميعاد انتهاء تغطيتك..... 164
2. التظلم في المستوى الأول لمواصلة التمتع بخدمات الرعاية..... 165
3. التظلم في المستوى الثاني لمواصلة التمتع بخدمات الرعاية..... 167
4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد تقديم تظلم من المستوى الأول..... 167
- ط. الارتقاء بالتظلم لما بعد المستوى الثاني..... 169
1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare..... 169
2. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medi-Cal..... 169
- ي. كيف يُمكنك التقدم بشكوى..... 170
1. ما أنواع المشكلات التي ينبغي أن تكون شكوى؟..... 170
2. الشكاوى الداخلية..... 171
3. الشكاوى الخارجية..... 172



## أ. الخطوات الواجب اتباعها إذا كان لديك مشكلة

يعرض هذا الفصل الخطوات الواجب اتباعها إذا كنت تعاني من مشكلة في الخطة أو الخدمات أو عمليات الدفع. وقد اعتمدت Medicare و Medi-Cal هذه العمليات. ولكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا وعليك اتباعها.

### 1.1 عن المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية صعبة لبعض القواعد والمواعيد النهائية في هذا الفصل. قد يكون من العسير استيعاب الكثير من هذه المصطلحات، لذا فقد لجأنا إلى استخدام مصطلحات وكلمات أبسط في مصطلحات قانونية مُحددة. وكذلك نستخدم الاختصارات في أضيق الحدود.

ومثال ذلك، فإننا نقول:

- "تقديم شكوى" عوضًا عن "التقدم بتنظم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تحديد المنظمة" أو "تحديد المزايا" أو "التحديد المحفوف بالخطر" أو "تحديد التغطية"
- "قرارات التغطية السريعة" عوضًا عن "حكم معجل"

إن معرفة المصطلحات القانونية السليمة من شأنه مساعدتك على التواصل بشكل أكثر وضوحًا وسهولة لذا فإننا نقدم إليك تلك المصطلحات كذلك.

## ب. أين يمكنك طلب المساعدة

### ب1. أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة

قد يكون البدء في عملية للتعامل مع مشكلة مريبًا في بعض الأحيان. ويأخذ ذلك الأمر شكلًا خاصًا إذا لم تكن على ما يرام أو تعاني محدودية الطاقة. وأحيانًا قد لا تكون على دراية بالمعرفة اللازمة لاتخاذ الخطوة التالية.

### يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds

إذا كنت بحاجة للمساعدة، يمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds هو برنامج شكوى بإمكانه الرد على استفساراتك ومساعدتك في فهم ما ينبغي عليك فعله لحل مشكلتك. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير متوفر لدينا أو مع أي شركة تأمين أو خطة صحية. يُمكن أن يُساعدك ذلك على فهم أي العمليات التي يُمكن اللجوء إليها. ورقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو 1-855-501-3077. هذه الخدمات مجانية. ارجع إلى الفصل الثاني للحصول على مزيد من المعلومات عن برامج ombudsman.

### يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والتوعية (Insurance Counseling and Advocacy Program).

يمكن أيضًا الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP): ويمكن لمرشدي برنامج HICAP الإجابة على أسئلتك ومساعدتك على فهم ما ينبغي أن تقوم به للتعامل مع مشكلتك. يعد برنامج HICAP غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أخرى أو خطة صحية. وقد درّب برنامج HICAP مرشدين داخل كل مقاطعة، وكانت الخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج HICAP هو 1-800-434-0222.

### الحصول على المساعدة من برنامج Medicare

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare مباشرة للحصول على المساعدة فيما يجابهك من مشكلات. يوجد طريقتان للحصول على المساعدة من برنامج Medicare:

- الاتصال ببرنامج 1-800-MEDICARE على الرقم (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





• يمكنك زيارة موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare على [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)

### يمكنك الحصول على المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California

في هذه الفقرة، يُقصد بمصطلح "المظلمة" التظلم أو رفع شكوى بشأن خدمات برنامج Medi-Cal أو خطة الرعاية الصحية الخاصة بك أو أحد مقدمي الخدمة.

إدارة California للرعاية الصحية المدارة هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك شكوى ضد خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، يجب عليك أولاً الاتصال بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي، ويمكنك استخدام عملية التظلم 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 مُرضٍ من جانب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، أو بشكوى ظلت بدون حل لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة لطلب المساعدة. وربما تكون مؤهلاً للعرض على مراجعة طبية مستقلة (Independent Medical Review، IMR). فإذا كنت مؤهلاً للخضوع للمراجعة الطبية المستقلة، فإنك ستحصل على مراجعة موضوعية للقرارات الطبية التي قدمتها خطة الرعاية الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للحصول على خدمة مقترحة أو علاج مقترح، أو قرارات التعطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، أو النزاعات المتعلقة بدفع التكلفة لحالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة أيضاً رقمًا هاتفيًا مجانيًا (1-888-466-2219) وخطًا هاتفيًا لمستخدمي جهاز الاتصال للصم (1-877-688-9891) (TDD) لتقديم المساعدة إلى الصم والبكم. كما يمكن العثور على نماذج الشكاوى ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة وكذلك الإرشادات عبر الإنترنت على موقع الويب الخاص بالإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)

### الحصول على المساعدة من برنامج Medi-Cal

يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombudsman Program مباشرة إذا واجهت أي مشكلات تتعلق ببرنامج Medi-Cal. ورقم الهاتف هو 1-855-501-3077.

### الحصول على المساعدة من مؤسسة تحسين الجودة (QIO)

يمكنك الاتصال بمنظمة Livanta (مؤسسة تحسين الجودة (QIO)) مباشرة للحصول على المساعدة فيما يجابهك من مشكلات. اتصل بمنظمة Livanta على الرقم 588-1123 (877)، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ج. المشكلات التي تجدها في المزايا المقدمة إليك

### ج1. استخدام الإجراءات الخاصة بقرارات وتظلمات التغطية أو لتقديم شكوى

إذا كانت لديك مشكلة أو تساؤل، يتعين عليك فقط قراءة الأجزاء التي تنطبق على موقفك في هذا الفصل. يساعدك المخطط التالي على الوصول للقسم المناسب من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟	
(يشمل ذلك المشكلات المتعلقة برعاية طبية مُحددة أو الدعم والخدمات طويلة الأجل أو كون أدوية الوصفات الطبية خاضعة للتغطية أم لا والمشكلات المتعلقة بالدفع لقاء العناية الطبية أو أدوية الوصفات الطبية.)	
لا	نعم.
لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.	تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.
قم بالتخطي إلى القسم ي: "كيفية تقديم شكوى" في صفحة 170.	راجع القسم هـ: "قرارات التغطية والتظلمات" في صفحة 138.

## د. قرارات التغطية والتظلمات

### د1. نظرة عامة حول قرارات التغطية والتظلمات

تتعامل عملية طلب قرارات التغطية والتظلمات مع المشكلات المتعلقة بما لك من مزايا وتغطية. وتشمل تلك العملية أيضًا المشكلات المتعلقة بالدفع. أنت لا تتحمل أي تكاليف لبرنامج Medicare باستثناء المدفوعات المشتركة بموجب الجزء "د".

#### ما هو قرار التغطية؟

يعد قرار التغطية بمثابة قرار مبدئي نتخذه بشأن المزايا والتغطية أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل خدماتك الطبية أو المستلزمات أو الأدوية. نحن نتخذ قرارات التغطية متى قررنا ما سيجري تغطيته نيابة عنك ومقدار ما نتحمله من نفقات.

إذا لم تكن أنت أو طبيبك متأكدًا من أن هذه الخدمات أو الأدوية أو المستلزمات مغطاة بواسطة برنامج Medicare أو Medi-Cal، فيمكن لأي منكما طلب قرار تغطية قبل أن يمنحك الطبيب الخدمة أو الدواء أو المستلزمات.

#### ما هو التظلم؟

التظلم هو طريقة رسمية لطلب مراجعة القرار وتغييره إذا كنت تعتقد أننا لم نتخذ القرار السليم. ومثال ذلك أننا قد نتخذ قرارًا بأن إحدى الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية غير خاضعة للتغطية أو لم تعد مغطاة بواسطة برنامج Medicare أو Medi-Cal. فإذا كنت غير موافق على هذا القرار أو كان رأي الطبيب خلاف قرارنا، يمكنك التقدم بتظلم.

### د2. الحصول على مساعدة بالنسبة لقرارات التغطية والتظلمات

بمن ينبغي أن أتصل طلبًا للمساعدة فيما يتعلق بقرارات التغطية أو التقدم بتظلم؟

يمكنك طلب المساعدة من الأشخاص التالي ذكرهم:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- تفضل بالاتصال على برنامج Cal MediConnect Ombuds Program لطلب المساعدة المجانية. يساعد برنامج Cal MediConnect Ombuds الأشخاص المسجلين في برنامج Cal MediConnect Ombuds فيما يخص الخدمات أو مشكلات الفواتير. رقم الهاتف هو 1-855-501-3077.
- يمكنك الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) للحصول على المساعدة المجانية. يعد برنامج HICAP منظمة مستقلة. وغير مرتبطة بهذه الخطة. أما رقم الهاتف فهو 1-800-434-0222.
- اتصل بمركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care, DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. وهذه الإدارة مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. وتساعد هذه الإدارة الأشخاص المشاركين في خطة Cal MediConnect فيما يتعلق بالتظلمات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. أما رقم الهاتف فهو 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة سمعيًا أو ممن يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي جهاز الاتصال للصم، وهو 1-877-688-9891.
- تحدث إلى طبيبك أو مقدم خدمة آخر. يمكن لطبيبك أو أي مقدم رعاية أن يطلب قرارات التغطية أو التظلم نيابة عنك.
- تحدث إلى صديق أو أحد أفراد العائلة واطلب منه التصرف نيابة عنك. يُمكنك تحديد شخص آخر للقيام "بتمثيلك" فيما يخص طلب قرارات التغطية أو تقديم التظلم.
  - إذا كنت تود أن تكلف صديقًا أو قريبًا أو شخصًا آخر ليكون ممثلًا لك، اتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب منهم نموذج "تعيين ممثل". 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 من موقعنا الإلكتروني على العنوان [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals) يمنح هذا النموذج الشخص الإذن بالتصرف نيابة عنك. لا بد أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع عليه.
- يحق لك أيضًا أن تطلب من محامٍ تمثيلك. يمكنك الاتصال بمحاميك أو الحصول على اسم محامٍ من رابطة المحامين المحلية أو غير ذلك من خدمات الإحالة. وتوفر بعض المجموعات القانونية لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت تستحق ذلك. إذا كنت تود تمثيلك بواسطة محامٍ، فستحتاج إلى ملء نموذج تعيين مندوب. كما يمكنك طلب محامي مكلف بتقديم المساعدة القانونية من Health Consumer Alliance على الرقم 1-888-804-3536.
  - ومع ذلك، فلا يتعين أن يكون لديك محامٍ لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو التقدم بتظلم.

### 3. استخدام قسم هذا الفصل الذي سيساعدك

- هناك أربعة أنواع من الحالات التي تشمل قرارات التغطية والتظلمات. وكل حالة لها قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. ونحن نقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك على إيجاد القواعد التي يجب عليك اتباعها. لذا فلا يتعين عليك سوى قراءة القسم الذي ينطبق على مشكلتك:
- يقدم لك القسم هـ في الصفحة 138 معلومات إذا كانت لديك مشكلات متعلقة بالخدمات والأدوية والمستلزمات الطبية (على ألا تكون تابعة لأدوية للجزء "د"). ومثال ذلك، استخدم هذا القسم في الحالات التالية:
    - إذا كنت لا تحصل على الرعاية الطبية التي تريدها بينما تعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية.
    - إذا لم نوافق على خدمات أو مستلزمات أو أدوية يود طبيبك توفيرها لك بينما تعتقد بوجود تغطية هذه الرعاية بواسطة الخطة.



- **ملاحظة:** استخدم فقط القسم "هـ" إذا كانت هذه الأدوية غير مشمولة بالتغطية في الجزء (د). والأدوية الموجودة في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية، التي تُسمى أيضًا قائمة الأدوية، المحددة بالعلامة (\*) ليست مشمولة بالتغطية في الجزء (د). راجع القسم (و) في الصفحة رقم 150 من طلبات التظلم للأدوية في الجزء (د).
  - إذا تلقيت رعاية طبية أو خدمات ترى أنه يجب تغطيتها ولكننا لا ندفع مقابل هذه الرعاية.
  - قمت بالدفع لقاء خدمات طبية أو مستلزمات حصلت عليها وترى أنها مغطاة وتود أن نرد إليك ما دفعته.
  - جرى إعلامك أنه سيجري تقليل التغطية أو إيقافها بينما لا توافق على هذا القرار.
- **ملاحظة:** إذا كانت التغطية التي سيجري إيقافها عبارة عن رعاية بالمستشفى أو رعاية صحية بالمنزل أو رعاية بمنشأة ترفيهية متخصصة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فإنك سوف تحتاج إلى قراءة القسم الخاص بذلك في هذا الفصل نظرًا لأن هناك قواعد خاصة تنطبق على هذه الأنواع من الرعاية. راجع القسمين "ز" و"ح" في الصفحتين 158 و164.

• يقدم لك القسم و في صفحة 150 معلومات حول أدوية الجزء "د". ومثال ذلك، استخدم هذا القسم في الحالات التالية:

- إذا كنت تود طلب استثناء لتغطية دواء تابع للجزء (د) ليس ضمن قائمة الأدوية.
- إذا كنت تود مطالبتنا بالتخلي عن قيود كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا كنت تود طلب تغطية تكاليف دواء يتطلب موافقة مسبقة.
- إذا لم نوافق على الاستثناء أو الطلب المقدم بينما ترى أو يرى طبيب أنك يجب علينا الموافقة.
- إذا كنت تود تقديم طلب إلينا باسترداد تكلفة أدوية الوصفات الطبية التي قمت بشرائها بالفعل. (يتطلب ذلك قرار تغطية بشأن الدفع).
- يعرض لك القسم ز في الصفحة 158 معلومات حول كيفية طلب تغطية تمديد مدة الإقامة بالمستشفى إذا كنت ترى أن الطبيب يسررك من المستشفى مبكرًا. استخدم هذا القسم:
  - إذا كنت بالمستشفى وتعتقد أن الطبيب طلب منك مغادرة المستشفى مبكرًا.
- يقدم القسم ح في الصفحة 164 معلومات في حالة كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية بالمنزل أو الرعاية بمنشأة ترفيهية ماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF).

فإذا لم تكن على يقين من القسم الذي يجب عليك استخدامه، يرجى الاتصال بخدمة الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. إذا كنت تحتاج إلى مساعدة أو معلومات أخرى، فيرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم: 1-855-501-3077.

## هـ. المشكلات المتعلقة بالخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير التابعة للجزء "د")

### هـ.1. متى تلجأ إلى هذا القسم

يعرض هذا القسم الخطوات الواجب اتخاذها حال التعرض لمشكلات بشأن مزايا الخدمات الطبية والصحة السلوكية وبرنامج Long Term Services and Supports (LTSS). كما يمكنك استخدام هذا القسم إذا كان هناك مشكلات تتعلق بالأدوية غير المغطاة بواسطة أدوية



الجزء د، بما في ذلك أدوية الجزء (ب) من Medicare. الأدوية الواردة في قائمة الأدوية المحددة بالعلامة (\*) ليست مغطاه بالجزء (د)، انظر القسم "و" من طلبات التظلم للأدوية التابعة للجزء (د).

يعرض هذا القسم الخطوات الواجبة في أي من المواقف والحالات التالية:

1. إذا كنت ترى أن الخطة تغطي ما تحتاجه من خدمات طبية أو صحة سلوكية أو برنامج Long Term Services and Supports (LTSS)، لكنك لا تحصل على هذه الخدمات.
  - ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية. راجع القسم "هـ2" الوارد بصفحة 139 للحصول على المعلومات المتعلقة بطلب قرار تغطية.
  2. إذا لم نوافق على رعاية يود طبيبك تقديمها إليك بينما ترى أنه يحق لك الحصول عليها.
  - ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك تقديم تظلم بشأن قرار الخطة بعدم الموافقة على الرعاية. راجع القسم "هـ3" الوارد بصفحة 141 للحصول على المعلومات المتعلقة بتقديم تظلم.
  3. إذا تلقيت خدمات أو مستلزمات ترى أن الخطة تكفلها لكن الخطة ترفض الدفع لقاءها.
  - ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك التقدم بتظلم بشأن قرار الخطة بعدم الدفع. راجع القسم "هـ3" الوارد بصفحة 141 للحصول على المعلومات المتعلقة بتقديم تظلم.
  4. إذا قمت بالدفع لقاء خدمات أو مستلزمات حصلت عليها وترى أنها الخطة تغطيها وتود استرداد ما دفعته لقاء الخدمات أو المستلزمات الطبية.
  - ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك طلب رد النفقات إليك. راجع القسم "هـ5" الوارد بصفحة 149 للحصول على المعلومات المتعلقة بطلب دفع بموجب الخطة.
  5. قامت الخطة بتخفيض أو إيقاف تغطيتك لخدمة معينة، وكنت لا تتفق مع القرار الذي أصدرناه.
  - ما الخطوات التي يمكنك اتخاذها: يمكنك تقديم تظلم بشأن قرار الخطة بتخفيض الخدمة أو إيقافها. راجع القسم "هـ3" الوارد بصفحة 141 للحصول على المعلومات المتعلقة بتقديم تظلم.
- ملاحظة:** ثمة قواعد خاصة ستسري عليك إذا كانت التغطية التي سيجري إيقافها هي خدمات للعناية بالمستشفى أو رعاية صحية بالمنزل أو الرعاية بمنشأة ترميضية ماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF). يرجى قراءة القسم "ز" أو "ح" في الصفحتين 158 و164 للحصول على مزيد من المعلومات.

## هـ2. طلب قرار تغطية

كيفية طلب قرار تغطية للحصول على الخدمات الطبية أو الصحية السلوكية أو غيرها من وسائل الدعم والخدمات طويلة الأجل (خدمات برنامج CBAS أو مرافق الرعاية التمريضية)

لطلب قرار تغطية، يمكنك الاتصال بنا أو مراسلتنا بالبريد أو إرسال فاكس أو تكليف ممثلك أو طبيبك بطلب بذلك منا.

- يمكنك الاتصال بنا عبر: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي
- يمكنك إرسال فاكس إلينا عبر: 507-6186 (310)
- يمكنك مراسلتنا عبر: 200 Oceangate Suite 100, Long Beach, CA 90802

ما المدة المستغرقة للحصول على قرار تغطية؟

بعد تقديمك الطلب وحصولنا على جميع المعلومات التي نحتاجها، يستغرق الأمر عادةً 5 أيام عمل حتى نتخذ قرارًا ما لم يكن طلبك يتعلق بدواء مقرر بوصفه طبية من الجزء (ب) من Medicare. وإذا كان طلبك يتعلق بدواء مقرر بوصفه طبية من الجزء (ب) من Medicare، سنقدم



لك قرارًا بعد مدة لا تزيد عن 72 ساعة من تلقينا طلبك. إذا لم نتخذ قرارًا لك خلال 14 يومًا (أو 72 ساعة بالنسبة للدواء المقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare)، يمكنك التقدم بتظلم.

وفي بعض الأحيان، قد نحتاج إلى مزيد من الوقت وسنرسل إليك خطابًا لنعلمك بأننا نحتاج لما يصل إلى 14 يومًا إضافية. وسوف يشرح هذا الخطاب السبب في الحاجة إلى المزيد من الوقت. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا بشأن ما إذا كان طلبك يتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare.

**هل يمكنني الحصول على قرار تغطية على نحو أسرع؟**

نعم. إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ردًا أسرع، يجب عليك طلب "قرار تغطية سريع". إذا وافقنا على الطلب، سنقوم بإخطارك بقرارنا في غضون 72 ساعة (أو في غضون 24 ساعة فيما يتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare).

### المصطلح القانوني لتعبير "قرار تغطية سريع" هو "حكم معجل".

لكن في بعض الأحيان، قد نحتاج إلى مزيد من الوقت وسنرسل إليك خطابًا لنعلمك بأننا نحتاج لما يصل إلى 14 يومًا إضافية. وسوف يشرح هذا الخطاب السبب في الحاجة إلى المزيد من الوقت. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا بشأن ما إذا كان طلبك يتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare.

### طلب قرار تغطية سريع:

- يمكنك البدء بالاتصال بنا أو مراسلتنا عبر الفاكس لطلب تغطية الرعاية التي تحتاجها.
- يمكنك الاتصال على الرقم 665-4627 (855)، وبالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي، أو يمكنك مراسلتنا عبر الفاكس على الرقم 507-6186 (310).
- يمكنك الحصول على تفاصيل أخرى بشأن كيفية الاتصال بنا في الفصل الثاني.

كما يمكننا أن نطلب من موفر الرعاية أو المندوب أن يطلب لك قرار تغطية سريع.

### واليك قواعد طلب الحصول على قرار تغطية سريع:

يتعين عليك تلبية المتطلبات التالية للحصول على قرار تغطية سريع.

1. لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إلا في حالة طلبك الحصول على التغطية فيما يتعلق بالرعاية أو بأحد المستلزمات التي لم تحصل عليها بعد. (لا يمكنك طلب قرار تغطية سريع إذا كان طلبك بشأن الدفع مقابل الرعاية أو أحد المستلزمات التي حصلت عليها بالفعل).
2. لا يمكنك الحصول على قرار سريع للتغطية إلا إذا كان الموعد النهائي المعتاد الذي يبلغ 14 يومًا تقويميًا (أو الموعد النهائي الذي 72 ساعة بالنسبة للأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare) قد يؤدي إلى إلحاق ضرر شديد بصحتك أو يؤثر على قدرتك على العمل.

- إذا رأى طبيبك أنك بحاجة إلى قرار تغطية سريع، فإننا سوف نصدر قرار تغطية سريع تلقائيًا.
- إذا طلبت قرار تغطية سريعًا دون دعم طبيبك، فإننا سوف نقرر ضرورة إصدار قرار تغطية سريع لك أم لا.
  - إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلبية متطلبات الحصول على قرار تغطية سريع، فإننا سوف نرسل إليك خطابًا بذلك. كما سنستخدم الموعد النهائي المعتاد الذي يبلغ 14 يومًا تقويميًا (أو الموعد النهائي الذي 72 ساعة بالنسبة للأدوية المقررة بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare) بدلاً من ذلك.
  - سوف يخبرك هذا الخطاب بأنه إذا طلب طبيبك قرار تغطية سريع، فسنمنحك قرار تغطية سريع تلقائيًا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



○ سوف يخبرك الخطاب أيضًا أن بإمكانك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بتوفير قرار تغطية عادي بدلاً من قرار التغطية السريع. راجع القسم العاشر في صفحة 170 للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة.

إذا صدر قرار التغطية بالرفض، فكيف سأعرف بذلك؟

إذا جاء القرار بالرفض، فسنرسل خطابًا إليك يُخبرك بأسباب هذا الرفض.

- وإذا كان ردنا بالرفض، فيحق لك طلب تقديم تظلم لتغيير هذا القرار. ويعني تقديم تظلم مطالبتنا بمراجعة قرارنا الصادر برفض التغطية.
- إذا قررت تقديم تظلم، فهذا يعني أنك ستدخل في المستوى الأول من عملية التظلم (قم بقراءة القسم التالي للحصول على المزيد من المعلومات).

### 3. تظلم المستوى الأول بشأن الخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير الواردة بالجزء "د")

ما هو التظلم؟

التظلم هو طريقة رسمية لطلب مراجعة القرار وتغييره إذا كنت تعتقد أننا لم نتخذ القرار السليم. فإذا كنت غير موافق على هذا القرار أو رأي الطبيب أو أي مقدم خدمة آخر خلاف قرارنا، فيمكنك التقدم بتظلم.

وفي معظم الحالات، ينبغي عليك أن تبدأ التظلم من المستوى الأول. إذا كنت لا ترغب في التقدم أولاً بتظلم إلى الخطة لطلب الحصول على خدمة Medi-Cal، أو إذا كانت مشكلتك الصحية طارئة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، يمكن أن تطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في (Department of Managed Health Care) على الموقع الإلكتروني [www.dmhca.gov](http://www.dmhca.gov). يرجى مراجعة الصفحة 169 للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا كنت تحتاج إلى مساعدة أو معلومات أخرى،

يرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير متوفر لدينا أو مع أي شركة تأمين أو خطط صحية.

ما هو تظلم المستوى الأول؟

يعد تظلم المستوى الأول هو أول تظلم يقدمه العضو إلى خطتنا. وحينها نراجع قرارنا الصادر بشأن التغطية للتحقق مما إذا كان القرار صحيحًا أم لا. ويكون المراجع أحد الأشخاص الذين لم يشاركوا في إصدار قرار التغطية الأصلي. وعند استكمال المراجعة، فإننا سوف نعلمك كتابيًا بما وصلنا إليه من قرار.

فإذا تم إخطارك بعد المراجعة بأن الخدمة أو المادة المطلوبة لا تدخل في التغطية، يمكنك الدخول إلى تظلم المستوى 2.

#### لمحة: كيفية تقديم تظلم المستوى الأول

يمكنك أو طبيبك أو ممثلك إرسال طلبك كتابيًا أو بالبريد أو بالفاكس إلينا. كما يمكنك أيضًا طلب تقديم تظلم عن طريق الاتصال بنا.

- اطلب تقديم التظلم خلال 60 يومًا تقويميًا من إصدار القرار الذي تتظلم ضده. وإذا لم تستطع تقديم الطلب خلال المواعيد النهائية لسبب معقول، فلا يزال بإمكانك التظلم (راجع الصفحة 169).
- إذا كنت تقدم التظلم لأننا أخبرناك بأن هناك خدمة تتلقاها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، فسيكون أمامك عدد قليل من الأيام لتقديم التظلم إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات خلال الاستمرار في تقديم عملية التظلم (راجع الصفحة 169).
- استمر في قراءة هذا القسم للتعرف على الموعد النهائي الذي يسري على التظلم الخاص بك.



### كيف يمكن تقديم تظلم المستوى الأول؟

- لكي تبدأ عملية التظلم، يتعين عليك أو على طبيبك أو أي مقدم آخر أو ممثلك الاتصال بنا. يمكنك الاتصال بنا على الرقم: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. لمزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بنا لتقديم تظلم، راجع الفصل الثاني.
- يمكنك طلب تقديم "تظلم قياسي" أو "تظلم سريع".
- إذا كنت تطلب تقديم تظلم قياسي أو تظلم عاجل، يتعين أن يكون التظلم إما مكتوبًا أو عن طريق الاتصال بنا عبر الهاتف.
  - ويمكنك تقديم طلب كتابي إلى العنوان التالي: PO Box 22816, Long Beach, CA 90802
  - يمكنك أيضًا تقديم طلبك عبر الإنترنت على العنوان التالي: [Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com](mailto:Medicare.appealsandgrievances@molinahealthcare.com)
  - كما يمكنك أيضًا طلب تظلم عن طريق الاتصال بنا على الرقم: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

### المصطلح القانوني لتعبير "تظلم سريع" هو "إعادة نظر معجلة".

- وسوف تتلقى خطابًا منا خلال 5 أيام تقويمية من تاريخ تلقي طلب التظلم لإخبارك بأنك قد تلقيته.

### هل يمكن أن يقدم شخص آخر التظلم نيابة عني؟

نعم. يمكن لطبيبك أو أي مقدم رعاية آخر تقديم التظلم نيابة عنك. وكذلك يجوز لأي شخص آخر إضافة إلى طبيبك أو مقدم الرعاية أن يقدم التظلم نيابة عنك، إلا أنه ينبغي أولاً استيفاء نموذج تعيين ممثل. يمنح هذا النموذج الشخص الآخر الإذن بالتصرف نيابة عنك. للحصول على نموذج تعيين ممثل، اتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب نموذجًا أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني التالي: [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/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)

إذا كان التظلم مقدمًا من شخص آخر أو من الطبيب أو من مقدم الرعاية، يتعين علينا استلام نموذج تعيين ممثل مستوفٍ قبل مراجعة التظلم. كم يستغرق تقديم التظلم؟

يجب عليك التأكد طلب تظلم خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الخطاب المرسل إليك من جانبنا لإخطارك بقرارنا.

إذا لم تستطع تقديم الطلب خلال المواعيد النهائية لسبب معقول، فسنسمح لك بمزيد من الوقت لتقديم تظلمك. ومن الأسباب المعقولة: المرض الشديد أو إعطاؤك معلومات غير صحيحة عن المواعيد النهائية لتقديم طلب التظلم. يجب عليك توضيح سبب تأخر تظلمك عندما تقوم بتقديمه.

**ملاحظة:** إذا كنت تقدم التظلم لأننا أخبرناك بأن هناك خدمة نتلقاها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، يتاح أمامك عدد قليل من الأيام لتقديم التظلم إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات أثناء الاستمرار في تقديم عملية التظلم. قم بقراءة هذا النص: "هل ستستمر المزايا الخاصة بي أثناء تظلمات المستوى الأول" في صفحة 165 للحصول على المزيد من المعلومات.





**هل يمكنني الحصول على نسخة من ملف حالي؟**

نعم. اطلب منا الحصول على نسخة مجانية من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

**هل يمكن لطبيبي إعطاؤكم المزيد من المعلومات عن تظلمي؟**

نعم، يمكنك أنت أو طبيبك إعطاؤنا معلومات إضافية لدعم تظلمك.

**كيف تتخذ الخطوة قرارها بشأن التظلم؟**

نحن نلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات الخاصة بطلب تغطية العناية الطبية. وبعد ذلك، نقوم بالمراجعة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ قرار رفض طلبك. ويكون المراجع أحد الأشخاص الذين لم يشاركوا في إصدار القرار الأصلي.

وإذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات، فسنطلبها منك أو من طبيبك.

**متى بجرى إخطاري بقرار التظلم "القياسي"؟**

يجب أن نرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا التظلم (أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلامنا التظلم المتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare). وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب السرعة والعجلة.

- وفي حالة عدم وصول ردنا على التظلم إليك خلال 30 يومًا تقويميًا (أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلامنا التظلم المتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare)، سنعهد تلقائياً إلى إرسال حالتك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare. وسيجرى إخطارك عند حدوث ذلك. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، فإنك ستكون بحاجة إلى تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات بشأن عملية التظلم من المستوى 2، راجع القسم هـ 4 في الصفحة 144.

**إذا جاء ردنا بالموافقة جزئياً أو كلياً على طلبك، يجب علينا الموافقة على التغطية أو منحها لك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا التظلم (أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلامنا التظلم المتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare).**

**إذا كانت الإجابة بالرفض جزئياً أو كلياً، فسنرسل إليك خطاباً. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، سنخطر في الخطاب بأننا أرسلنا حالتك لهيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity) من أجل التظلم في المستوى الثاني. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، سيخبرك الخطاب بكيفية تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات بشأن عملية التظلم من المستوى 2، راجع القسم هـ 4 في الصفحة 144.**

**متى بجرى إخطاري بقرار التظلم "السريع"؟**

إذا طلبت تقديم تظلم سريع، فسنوافيك بالرد في غضون 72 ساعة بعد استلام التظلم. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.

- وفي حالة عدم وصول ردنا على التظلم إليك خلال 72 ساعة سنعهد تلقائياً إلى إرسال حالتك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare. وسيجرى إخطارك عند حدوث ذلك.
  - وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، فإنك ستكون بحاجة إلى تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات بشأن عملية التظلم من المستوى 2، راجع القسم هـ 4 في الصفحة 144.
- إذا كانت إجابتنا بالقبول جزئياً أو كلياً، فسيتعين علينا الموافقة على منحك التغطية خلال 72 يومًا من تاريخ استلامنا للتظلم.**



إذا كانت الإجابة بالرفض جزئياً أو كلياً، فسنرسل إليك خطاباً. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، سنخطرك في الخطاب بأننا أرسلنا حالتك لهيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity) من أجل التظلم في المستوى الثاني. وإذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، سيخبرك الخطاب بكيفية تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات بشأن عملية التظلم من المستوى 2، راجع القسم هـ 4 في الصفحة 144.

#### هل أستمر في التمتع بالمزايا خلال التظلم من المستوى الأول؟

إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو مادة كنا قد وافقنا عليها من قبل، فسوف نرسل لك إشعاراً 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 المستهدف للإجراء.

إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمة أو العنصر محل النزاع أثناء معالجة التظلم الخاص بك.

#### 4هـ. تظلم المستوى الثاني بشأن الخدمات والمستلزمات والأدوية (الأدوية غير الواردة بالجزء "د")

##### ماذا يحدث إذا رفضت الخطة تظلم المستوى الأول؟

- إذا كانت الإجابة بالرفض لتظلمك من المستوى الأول أو جزء منه، فسنرسل إليك خطاباً. يبين لك الخطاب عما إذا كانت الخدمة أو المستلزم مغطى دائماً بواسطة برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.
- وإذا كانت مشكلتك بشأن إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medicare، فسنعهد تلقائياً إلى إرسال حالتك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم بمجرد اكتمال تظلم المستوى الأول.
- وإذا كانت مشكلتك بشأن إحدى خدمات أو مستلزمات برنامج Medi-Cal، فيمكنك تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك. يخبرك الخطاب بكيفية فعل ذلك. وفيما يلي نورد المعلومات كذلك.

##### ما هو تظلم المستوى الثاني؟

تظلم المستوى الثاني هو التظلم الثاني الذي تتولى إجراؤه مؤسسة مستقلة غير مرتبطة بخطتنا.

تتعلق مشكلتي بإحدى الخدمات أو المستلزمات المؤمنة في برنامج Medi-Cal. كيف يمكنني تقديم تظلم المستوى الثاني؟

ثمة طريقتين لتقديم تظلم المستوى الثاني بشأن خدمات ومستلزمات برنامج Medi-Cal وهما: (1) رفع شكوى أو إجراء مراجعة طبية مستقلة أو (2) عقد جلسة استماع.

##### (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 طرفاً 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.



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.
- ملاحظة:** إذا قدم موفر الرعاية تظلمًا، لكننا لم نستلم "نموذج تعيين مندوب"، سيتعين عليك إعادة تقديم تظلم إلينا قبل أن تتمكن من التقدم بطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من المستوى الثاني إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة. 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. ارجع إلى الصفحة 165 للحصول على معلومات عن المستوى 1 من عملية التظلم في الخطة الخاصة بنا. 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 مشكلتك طارئة أو تتطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، يمكنك رفع هذه المشكلة بشكل فوري إلى عناية إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية California دون المرور أولاً بعملية التظلم في الخطة الخاصة بنا.
- يجب عليك تقديم طلب إجراء المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 أشهر بعد إرسال قرار كتابي إليك بشأن تظلمك. قد تقبل 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:

- قم بملء طلب المراجعة الطبية المستقلة / نموذج الشكاوى المتوفر على: [www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx) أو اتصل بمركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة إلى مستخدمي جهاز الاتصال للصم (TDD)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسختًا من الخطابات والمستندات الخاصة بالخدمة أو المستلزم المرفوض، إذا كانت موجودة لديك. فهذا يمكن أن يجعل عملية المراجعة الطبية المستقلة. وأرسل نسختًا 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 الرابط التالي [www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaCompliant/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) أو الاتصال بمركز المساعدة التابع للإدارة (Department's Help Center) على الرقم 1-888-466-2219. بالنسبة إلى مستخدمي جهاز الاتصال للصم (TDD)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- أرسل النماذج الخاصة بك وأي من المرفقات عن طريق البريد أو عبر الفاكس إلى:

Help Center  
إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care)  
980 Ninth Street, Suite 500  
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 تقويميًا. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 45 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للاستفادة من المراجعة الطبية المستقلة، تقوم 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 بواسطة خطتك، سيتم اتخاذ قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 3 أيام تقويمية. 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 شكاوك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوك طارئة، سيتم معالجتها بسرعة.

## (2) جلسة الاستماع

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بشأن الخدمات والمستلزمات التي يغطيها برنامج Medi-Cal. وإذا طلب طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر الحصول على إحدى الخدمات أو المستلزمات التي لن نوافق عليها، أو في حالة عدم مواصلة الدفع مقابل إحدى الخدمات أو المستلزمات التي حصلت عليها بالفعل، أو رفضنا المستوى الأول من التظلم، يحق لك طلب إجراء جلسة استماع.

وفي أغلب الحالات، يكون أمامك مهلة 120 يومًا لطلب إجراء جلسة استماع تابعة للولاية بعد إرسال إخطار بشأن "حقوقك الخاصة بجلسة الاستماع" إليك.

**ملاحظة:** إذا كنت تطلب عقد جلسة استماع تابعة للولاية لأننا أخبرناك بأن هناك خدمة تتلقاها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، سيتاح أمامك عدد قليل من الأيام لتقديم طلبك إذا كنت ترغب في الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات أثناء تعليق جلسة الاستماع التابعة للولاية. قم بقراءة هذا النص: "هل ستستمر المزايا الخاصة بي أثناء تظلمات المستوى الثاني" في صفحة 167 للحصول على المزيد من المعلومات.

ثمة طريقتان لطلب إجراء جلسة استماع تابعة للولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع بالولاية" على ظهر إخطار الدعوى. وينبغي عليك حينها توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت هذا الإجراء بحقك وبرامج المساعدة المتضمنة وسبب رغبتك في إجراء جلسة استماع تفصيليًا. ومن ثم يمكنك تقديم طلبك بإحدى الطرق التالية:

- لإدارة الرعاية الاجتماعية بالمقاطعة على العنوان الظاهر على الإخطار.



## • لإدارة California للخدمات الاجتماعية:

قسم جلسات الاستماع بالولاية

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, California 94244-2430

• إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على فاكس رقم: 916-651-5210 أو 916-651-2789

2. يمكنك الاتصال بإدارة California للخدمات الاجتماعية على الرقم 1-800-952-5253. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت طلب عقد جلسة استماع تابعة للولاية عبر الهاتف، ينبغي أن تعرف أن خطوط الهاتف مشغولة جدًا.

## مشكلتي تتعلق بإحدى الخدمات أو المستلزمات في برنامج Medicare. ماذا سيحدث عند تقديم تظلم من المستوى الثاني؟

ستراجع هيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity, IRE) قرار المستوى الأول بعناية، وتقرر ما إذا كان ينبغي تغييره أم لا.

• لا يتعين عليك طلب رفع التظلم للمستوى الثاني. وستتولى تلقائيًا عملية إرسال أي اعتراضات (كلية أو جزئية) إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE). وسيجرى إخطارك عند حدوث ذلك.

• هيئة المراجعة المستقلة (IRE) هي جهة يتولى برنامج Medicare تعيينها وهي غير مرتبطة

• يمكنك طلب نسخة من ملفك من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

يجب أن يرد عليك كيان المراجعة المستقلة بشأن تظلمك في المستوى الثاني في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا التظلم (أو في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلامنا التظلم المتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare). وتسري هذه القاعدة إذا أرسلت تظلمك قبل الحصول على الخدمات أو المستلزمات الطبية.

• ومع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات بما قد يفيدك، فإنه قد يستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافية لإصدار القرار. فإذا كانت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بحاجة إلى المزيد من الأيام لإصدار القرار، فستتولى الهيئة عملية إخبارك بإرسال خطاب إليك. لا يمكن لكيان المراجعة المستقلة (IRE) أن يستغرق وقتًا إضافيًا ليقدّم لك قرارًا بشأن ما إذا كان تظلمك يتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare.

إذا كنت قد لجأت إلى "التظلم السريع" في المستوى الأول، فسيتم تلقائيًا منحك تظلمًا سريعًا من المستوى الثاني. ينبغي لهيئة المراجعة المستقلة (IRE) الرد عليك خلال 72 ساعة من تاريخ استلامها للتظلم.

• ومع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات بما قد يفيدك، فإنه قد يستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافية لإصدار القرار. فإذا كانت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بحاجة إلى المزيد من الأيام لإصدار القرار، فستتولى الهيئة عملية إخبارك بإرسال خطاب إليك. لا يمكن لكيان المراجعة المستقلة أن يستغرق وقتًا إضافيًا ليقدّم لك قرارًا بشأن ما إذا كان تظلمك يتعلق بدواء مقرر بوصفة طبية من الجزء (ب) من Medicare.

## هل أستمر 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 كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في الحصول على الخدمة أو العنصر محل النزاع إلى أن يتم اتخاذ قرار بجلسة الاستماع.  
**كيف يمكنني معرفة القرار؟**

إذا كان تظلمك في المستوى الثاني عبارة عن مراجعة طبية مستقلة، فسترسل إليك إدارة الرعاية الصحية المدارة (Managed Health Care) خطابًا يوضح القرار الذي تم اتخاذه من قبل الأطباء الذين قاموا بمراجعة حالتك.

- وإذا أصدرت إدارة رعاية الصحة المدارة قرارها بقبول طلبك كليًا أو جزئيًا، يتعين علينا توفير الخدمة أو العلاج.
- إذا صدر قرار المراجعة الطبية المستقلة برفض طلبك كليًا أو جزئيًا، فهذا يعني أنها توافق على القرار الصادر في المستوى الأول. لا يزال من حقل طلب إجراء جلسة استماع بالولاية. راجع الصفحة 169 لمزيد من المعلومات بشأن طلب عقد جلسة استماع بالولاية.
- إذا كان تظلمك في المستوى الثاني عبارة عن جلسة استماع بالولاية، فسترسل إليك إدارة California للخدمات الاجتماعية خطابًا يوضح قرارها.
- وإذا صدر قرار جلسة الاستماع بالولاية بقبول طلبك كليًا أو جزئيًا، يتعين علينا الامتثال للقرار. وينبغي علينا استكمال الإجراءات الصادرة خلال 30 يومًا من تاريخ استلام نسخة من القرار.
- إذا صدر قرار جلسة الاستماع بالولاية برفض طلبك كليًا أو جزئيًا، فهذا يعني أنها توافق على القرار الصادر في المستوى الأول. ويجوز لنا أن نوقف أي مساعدات تدفع لما تتلقاه من خدمات.

وإذا جرى إرسال تظلمك في المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity, IRE) التابعة لبرنامج Medicare، فسترسل إليك الهيئة خطابًا يوضح قرارها.

- إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة قرارها بقبول التظلم القياسي الذي تقدمت به كليًا أو جزئيًا، فيتعين علينا منح تغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة أو توفير الخدمة أو المستلزمات خلال 14 يومًا من تاريخ استلام قرار الهيئة. إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة قرارها بقبول التظلم القياسي الذي تقدمت به كليًا أو جزئيًا، فيتعين علينا منح تغطية الرعاية الطبية أو توفير الخدمة أو المستلزمات خلال 72 يومًا من تاريخ استلام قرار الهيئة.
- إذا جاء رد كيان المراجعة المستقلة بالموافقة جزئيًا أو كليًا على طلبك الذي قدمته في تظلمك العادي المتعلق بدواء مقرر بوصفه طبية من الجزء (ب) من Medicare، يجب علينا تقديم تصريح أو توفير الدواء المقرر بوصفه طبية من الجزء (ب) من Medicare في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقينا قرار كيان المراجعة المستقلة. إذا قدمت تظلمًا سريعًا، فيتعين علينا تقديم تصريح أو توفير الدواء المقرر بوصفه طبية من الجزء (ب) من Medicare خلال 24 ساعة من تاريخ استلام قرار كيان المراجعة المستقلة (IRE).
- إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة قرارها برفض طلبك كليًا أو جزئيًا، فهذا يعني أنها توافق على القرار الصادر في المستوى الأول. وهذا يسمى "التمسك بالقرار". كما يسمى أيضًا "رفض التظلم".

**هل يمكنني تقديم تظلم آخر إذا جاء القرار برفض التظلم كليًا أو جزئيًا؟**

- إذا كان تظلمك في المستوى الثاني عبارة عن مراجعة طبية مستقلة، يمكنك طلب إجراء جلسة استماع بالولاية. راجع الصفحة 169 لمزيد من المعلومات بشأن طلب عقد جلسة استماع بالولاية.
- إذا كان تظلمك في المستوى الثاني عبارة عن جلسة استماع تابعة للولاية، يمكنك طلب إجراء إعادة الاستماع في غضون 30 يومًا من استلامك القرار. كما يمكنك طلب إجراء مراجعة قضائية لرفض جلسة الاستماع التابعة للولاية من خلال تقديم طلب التماس إلى المحكمة العليا (وفقًا لقانون الإجراءات المدنية - القسم 1094.5) في غضون سنة من استلام القرار. ولا يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة إذا كنت قد قمت بالفعل بعقد إجراء جلسة استماع تابعة للولاية بشأن المشكلة نفسها.

وفي حالة إرسال تظلمك في المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity, IRE) التابعة لبرنامج Medicare، فلا يمكنك التظلم مرة أخرى إلا إذا كانت القيمة الدلالية للخدمة أو المستلزمات التي ترغب فيها تعادل حدًا أدنى معينًا. ويوضح لك الخطاب الوارد من هيئة المراجعة المستقلة حقوق التظلم الإضافية.



راجع القسم "ط" في الصفحة 169 للاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن المستويات الإضافية من التظلم.

## 5. مشكلات السداد

ولا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة بمطالبتك بدفع فواتير نظير الخدمات والمستلزمات الخاضعة للتعطية. وينطبق نفس الكلام حتى إذا كنا ندفع لمقدم الرعاية رسومًا أقل مما يتلقاه هو لقاء الخدمة أو العنصر الخاضع للتعطية. ولن يطلب منك مطلقًا دفع أرصدة أي فواتير. 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.

للحصول على المزيد من المعلومات، ابدأ بقراءة الفصل السابع: "عند مطالبتنا بدفع فاتورة، فهذا يعني أنك حصلت عليها نظير خدمات أو أدوية مغطاة". يصف الفصل السابع من هذا الكتيب الحالات التي قد تحتاج فيها طلب سداد أو دفع فاتورة استلمتها من أحد مقدمي الرعاية. كما أنه يبين كيفية إرسال الأوراق التي تطالبنا بالسداد.

### هل يمكن لي أن أطلب من الخطة استرداد قيمة الخدمات أو العناصر التي دفعتها؟

لا تنس أنه إذا حصلت على فاتورة للخدمات والمستلزمات المغطاة، لا ينبغي عليك دفع الفاتورة بنفسك. ولكن، إذا دفعت الفاتورة بنفسك، يمكنك استعادة الأموال إذا اتبعت القواعد المتعلقة بالحصول على الخدمات والعناصر.

فإذا كنت تطلب رد ما دفعته من نفقات إليك، فإنك بذلك تطلب الحصول على قرار تعطية. فستتحقق مما إذا كانت الخدمة أو المستلزمات التي توليت دفع قيمتها مؤمنة ضمن الخطة، وستتحقق من اتباعك لجميع قواعد استخدام التعطية الخاصة بك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته / مقابلها خاضعة للتعطية ضمن الخطة وجرى التأكد من اتباعك لجميع القواعد، فسنرسل إلى موفر الرعاية قيمة تكلفة الخدمة أو العنصر خلال 60 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلبك. ثم بعد ذلك سيرسل موفر الرعاية القيمة إليك.
- وفي حالة عدم قيامك بسداد قيمة الخدمة أو المستلزمات بعد، فسنرسل التكاليف مباشرة لمقدم الخدمة. ويمثل سداد التكاليف موافقة منا على طلبك لقرار التعطية.
- إذا لم تكن الخدمة أو العنصر خاضعًا / خاضعة للتعطية، أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا لإخطارك بأننا لن ندفع قيمة الخدمة أو المستلزمات مع توضيح السبب.

### ماذا يحدث إذا أصدرت الخطة قرارًا بعدم دفع القيمة؟

إذا لم تكن موافقًا على هذا القرار، يمكنك تقديم تظلم. اتبع عملية تقديم التظلمات الواردة في القسم "هـ3" في صفحة 141. وعند اتباع هذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يلي:

- إذا قدمت تظلمًا للحصول على تعويض، فيتعين علينا الرد عليك خلال 30 يومًا من تاريخ استلام هذا التظلم.
- إذا كنت تطالبنا بسداد قيمة خدمة أو عنصر تلقيتها / تلقيته بالفعل ودفعت ثمنه / ثمنها بنفسك، فلا يسمح لك في هذه الحالة بإجراء تظلم سريع.
- إذا كان ردنا رفض تظلمك وكانت الخدمة أو المستلزمات مؤمنة ضمن الخطة عادة ببرنامج Medicare، فسنعهد تلقائيًا إلى إرسال حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE). وسنخطرك بخطاب في حالة حدوث هذا الأمر.
- إذا نقضت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) قرارنا وألزمنا بالسداد، ينبغي علينا إرسال قيمة السداد إليك أو إلى مقدم الرعاية خلال 30 يومًا. وإذا جاء الرد بالموافقة على التظلم في أي مرحلة من مراحل التظلم بعد المستوى الثاني، يتعين علينا حينها سداد القيمة التي رفع الطلب من أجلها لك أو لمقدم الخدمة خلال 60 يومًا.



- إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) قرارها برفض التظلم، فهذا يعني موافقتها على قرارنا الذي يقضي بعدم الموافقة على طلبك. (وهذا يسمى "التمسك بالقرار". كما يسمى أيضًا "رفض التظلم"). ويوضح لك الخطاب الوارد حقوق التظلم الإضافية بموجب هذا التظلم. ولا يمكنك التظلم مرة أخرى إلا إذا كانت القيمة الدلالية للخدمة أو المستلزمات التي ترغب فيها تعادل حدًا أدنى معينًا. راجع القسم "ط" في الصفحة 169 للاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن المستويات الإضافية من التظلم.
- إذا كان جاء ردنا برفض تظلمك وكانت الخدمة أو المستلزمات مؤمنة ضمن الخطة عادة ببرنامج Medi-Cal، فيمكنك تقديم تظلم من المستوى الثاني بنفسك (راجع القسم هـ 4 في الصفحة 144).

## و. أدوية الجزء "د"

### 1. ماذا تفعل إذا واجهت مشكلات في الحصول على الأدوية الواردة بالجزء "د" أو كنت ترغب في استرداد قيمة أحد الأدوية الواردة بالجزء "د"؟

تشمل المميزات الخاصة بك بوصفك عضوًا في خطتنا تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. أغلب هذه الأدوية تكون من "أدوية الجزء د". وتوجد بعض الأدوية القليلة التي لا يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare، ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. يسري هذا القسم فقط على التظلمات الخاصة بالأدوية الواردة بالجزء "د".

تشمل قائمة الأدوية بعض الأدوية المشار إليها بالعلامة (\*). هذه الأدوية ليست أدوية الجزء د. تتبع التظلمات أو قرارات التغطية الخاصة بالأدوية ذات الرمز (\*) العملية المشار إليها في القسم "هـ" في صفحة 138.

هل لي أن أطلب إصدار قرار تغطية أو أقدم تظلمًا بشأن أدوية الوصفات الطبية الواردة بالجزء "د"؟  
نعم. إليك بعض الأمثلة لقرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا بها بخصوص الأدوية من الجزء "د":

• المطالبة بتطبيق استثناء مثل:

◦ مطالبتنا بتغطية أدوية الجزء (د) غير الموجودة على قائمة الأدوية المشمولة في الخطة

◦ مطالبتنا بالتنازل عن رفع أحد القيود على تغطية الخطة بخصوص أحد الأدوية (مثل الحدود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها).

• السؤال عما إذا كان الدواء مغطى (ومثال ذلك، إذا كان الدواء مدرجًا على قائمة أدوية الخطة إلا أنك بحاجة إلى الحصول على موافقتنا قبل التغطية).

**ملاحظة:** إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكنك صرف الوصفة الطبية، ستحصل حينها على إخطار يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب إصدار قرار تغطية.

يسمى المصطلح القانوني لقرار تغطية بشأن الأدوية الواردة في الجزء "د" "حكم تغطية".

• طلب استرداد قيمة أحد الأدوية الطبية التي اشتريتها بالفعل. ويعد هذا طلبًا بإصدار قرار تغطية بشأن السداد.

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية التي اتخذناه، يمكنك تقديم تظلم ضد قرارنا. يبين لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية و كيفية تقديم تظلم.

استخدم الجدول التالي للمساعدة في تحديد أي قسم يحتوي على المعلومات الخاصة بحالتك:





أي من هذه الحالات تنطبق عليك:			
هل ترغب في الحصول على أحد الأدوية غير الواردة في قائمة الأدوية الخاصة بنا أم ترغب في تنازلنا عن إحدى القواعد أو القيود السارية على أحد الأدوية التي نغطيها؟	هل ترغب في قيامنا بتغطية أحد الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا وترى أنك تستوفي أي من قواعد الخطة وقيودها (مثل الحصول على موافقة مسبقة) للدواء الذي تحتاجه؟	هل ترغب في طلب استرداد نفقات أحد الأدوية الذي تلقيته بالفعل ودفعت ثمنه؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أو ندفع ثمن الدواء إليك على النحو الذي ترغبه؟
يمكنك مطالبنا بتطبيق استثناء. (ويعد ذلك نوعاً من أنواع قرارات التغطية).	يمكنك مطالبنا بقرار تغطية. انتقل مباشرة إلى القسم "4" في الصفحة 153.	يمكنك طلب رد النفقات إليك. (ويعد ذلك نوعاً من أنواع قرارات التغطية). انتقل مباشرة إلى القسم "4" في الصفحة 153.	يمكنك التقدم بتنظيم. (وهذا يعني أنك تطلب منا إعادة التفكير). انتقل مباشرة إلى القسم "5" في الصفحة 155.
ابدأ بالقسم "2" في صفحة 151. انظر أيضاً القسمين "3" و"4" في الصفحتين 152 و153.			

## 2. ما هو الاستثناء

الاستثناء هو تصريح للحصول على تغطية لدواء غير مدرج بشكل طبيعي في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو تصريح لاستخدام الدواء دون تطبيق قواعد وقيود بعينها. فإذا لم يكن الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية، أو لم يكن مغطى على النحو الذي ترغب فيه، فيمكنك تقديم "استثناء".

وعند طلب استثناء، يحتاج طبيبك أو من وصف لك الدواء إلى توضيح الأسباب الطبية وراء الحاجة إلى الاستثناء.

وإليك بعض الأمثلة التي يمكنك أو طبيبك أو من وصف لك الدواء طلب تطبيقها:

1. تغطية أدوية الجزء (د) غير المدرجة في قائمة الأدوية.

• ولا يمكنك أن تطلب استثناء في الدفع المشترك أو التأمين المشترك الذي يتعين عليك دفعه مقابل ذلك الدواء.

2. إلغاء أحد القيود المفروضة على التغطية. ثمة بعض القواعد والقيود الإضافية السارية على أدوية بعينها من قائمة الأدوية الخاصة بنا (لمزيد من المعلومات، راجع القسم 5).

• ومن القواعد والقيود الإضافية السارية على تغطية أدوية بعينها ما يلي:

- الالتزام باستخدام الاسم العلمي للدواء بدلاً من الاسم التجاري.
- الحصول على موافقة الخطة قبل موافقتنا على تغطية الدواء لك. (وتسمى هذه العملية أحياناً باسم "الترخيص المسبق").
- وجوب تجربة دواء مختلف أولاً قبل موافقتنا على تغطية الدواء الذي ترغب في تغطيته. (وتسمى هذه العملية أحياناً باسم "العلاج التدريجي").
- حدود الكمية. نضع قيوداً، بالنسبة لبعض الأدوية، على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.



ويسمى أحياناً **المصطلح القانوني** لطلب إلغاء قيد مفروض على تغطية دواء بطلب "استثناء سجل الأدوية".

### و3. أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب الاستثناءات

يتعين على طبيبك أو من وصف لك الدواء تفسير الأسباب الطبية الداعية لذلك

ينبغي لطبيبك أو لمن وصف لك الدواء أن يعطينا بياناً يوضح الأسباب الطبية لطلب هذا الاستثناء. سيكون قرارنا بشأن تطبيق الاستثناء أكثر سرعة في حالة الحصول على هذه المعلومات من طبيبك أو من وصف لك الدواء عند مطالبتك بتطبيق الاستثناء.

عادة ما تحتوي قائمة الأدوية الخاصة بنا على أكثر من دواء لعلاج حالة صحية بعينها. وتسمى هذه بالأدوية "البديلة". فإذا كان مفعول الدواء البديل مماثلاً للدواء الأصلي الذي تطلبه، ولم يكن له أي آثار جانبية أو أي مشكلات صحية أخرى، فلن نوافق في العموم على طلب الاستثناء.

سنرد بالإيجاب أو بالرفض على طلبك للحصول على استثناء.

- إذا صدر قرار **بالموافقة** على طلب الاستثناء، فإن هذه الاستثناءات عادة ما يسري حتى نهاية السنة. وذلك يكون صحيحاً طالما يواصل طبيبك وصف هذه الدواء وطالما يكون الدواء آمناً وفعالاً في علاج حالتك الصحية.
  - إذا صدر قرار **برفض** الاستثناء، يمكنك طلب إجراء مراجعة لقرارك من خلال تقديم تظلم. يبين القسم "و5" في الصفحة 155 كيفية تقديم التظلم في حالة صدور القرار **بالرفض**.
- يبين القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية بما في ذلك الاستثناءات.



#### 4. كيفية طلب قرار تغطية بشأن أحد أدوية الجزء "د" أو استرداد نفقات أحد أدوية الجزء "د"، بما في ذلك الاستثناءات

##### ماذا الذي ينبغي عليك فعله

##### لمحة: كيفية طلب قرار تغطية بشأن أحد الأدوية أو استرداد النفقات

اتصل بنا أو راسلنا أو أرسل إلينا فاكسًا لطلب ذلك أو اطلب من ممثلك أو طبيبك تولي القيام بذلك. وسنوافيك بالرد على قرار التغطية القياسية خلال 72 ساعة. وسنوافيك بالرد على استرداد نفقات أحد أدوية الجزء "د" الذي اشتريته بالفعل خلال 14 يومًا.

- إذا كنت تطلب تطبيق أحد الاستثناءات، يرجى تقديم البيانات الداعمة من طبيبك أو ممن وصف لك الدواء.
- يمكنك أو طبيبك أو من وصف لك الدواء طلب قرار سريع. (عادة ما تصدر القرارات السريعة خلال 24 ساعة.)
- اقرأ هذا القسم للتأكد من أهليتك للحصول على قرار سريع! وقرأه أيضًا لإيجاد معلومات عن المواعيد النهائية للقرارات.

- اطلب نوع قرار التغطية الذي ترغب فيه. اتصل بنا أو راسلنا أو أرسل إلينا فاكسًا بشأن طلبك. يمكنك القيام بذلك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء). يمكنك الاتصال بنا على الرقم: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصبية، TTY: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، حسب التوقيت المحلي.
- يمكنك أو طبيبك (أو من وصف لك الدواء) أو أي ممثل ينوب عنك طلب إصدار قرار تغطية. كما يمكن إبابة أحد المحامين للتصرف نيابة عنك.
- اقرأ القسم "د" في صفحة 136 للحصول على مزيد من المعلومات حول التصريح لشخص آخر بالتصرف بوصفه ممثلًا لك.
- لا يتعين عليك إعطاء طبيبك أو من وصف لك الدواء تصريحًا كتابيًا بطلب إصدار قرار تغطية نيابة عنك.
- إذا كنت ترغب في طلب استرداد نفقات أحد الأدوية، يرجى قراءة الفصل 7 من هذا الكتيب. يبين الفصل السابع متى تحتاج طلب استرداد النفقات. كما يبين كيفية إرسال الأوراق التي نطالبنا فيها برد نصيبنا من تكلفة الدواء الذي توليت سداد قيمته.

- إذا كنت تطلب تطبيق استثناء، يرجى توفير "البيانات الداعمة". ينبغي لطبيبك أو لمن وصف لك الدواء أن يبين الأسباب الطبية لطلب هذا الاستثناء. وهذا ما نسميه بـ "البيانات الداعمة".
- ويوسع طبيبك أو من وصف لك الدواء إرسال هذه البيانات الداعمة عبر البريد أو الفاكس. أو يمكن لطبيبك أو لمن وصف لك الدواء إخبارنا عبر الهاتف، ومن ثم إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد.

##### اطلب منك "قرار تغطية سريع" إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

سوف نستخدم "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- يعني قرار التغطية القياسي أننا سنوافيك بالإجابة خلال 72 ساعة بعد حصولنا على تقرير الطبيب.
- يعني قرار التغطية السريع أننا سنوافيك بالإجابة خلال 24 ساعة بعد حصولنا على تقرير الطبيب.

##### المصطلح القانوني لتعبير "قرار تغطية سريع" هو "قرار معجل بشأن التغطية".



لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إلا في حالة طلبك الحصول على التغطية فيما يتعلق بأحد المستلزمات التي لم تحصل عليها بعد. (لا يمكنك الحصول على قرار تغطية إذا كنت تطالبنا برد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل.)  
يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع فقط إذا كانت المواعيد النهائية القياسية تنتسبب في إلحاق ضرر شديد بصحتك أو ستؤثر على قدرتك على العمل.  
إذا أخبرنا طبيبك أو من وصف لك الدواء بأن حالتك الصحية تستدعي "قرار تغطية سريعاً"، فسنوافق تلقائياً على منحك قرار تغطية سريع مع إرسال خطاب إليك بذلك.

- في حالة طلبك قرار تغطية سريع بنفسك (دون دعم من الطبيب أو من وصف لك الدواء)، فسنقرر إمكانية منحك قرار تغطية سريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلي متطلبات الحصول على قرار تغطية سريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك.
  - وسوف نرسل إليك خطاباً يخبرك بذلك. ويخبرك الخطاب كيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا لمنحك قراراً قياسيًّا.
  - ويمكنك تقديم "شكوى سريعة" والحصول على قرار خلال 24 ساعة. راجع القسم "ي" في صفحة 170 للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة.

#### المواعيد النهائية الخاصة "بطلب قرار تغطية سريع"

- إذا كنت تتبع المواعيد النهائية السريعة؛ فيتعين علينا الرد عليك خلال 24 ساعة. أي خلال 24 ساعة بعد استلام طلبك. أو إذا كنت تطلب استثناء، فهذا يعني أننا سنوافيك بالرد بعد 24 ساعة من استلام بيان طبيبك أو من وصف لك الدواء المؤيد لطلبك. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- في حالة عدم التزامنا بالمواعيد النهائية، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم. وفي المستوى الثاني، سنتولى هيئة مراجعة مستقلة (Independent Review Entity) عملية مراجعة الطلب الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا بالقبول جزئياً أو كلياً، فسيتعين علينا الموافقة على منحك التغطية خلال 24 ساعة من تاريخ استلام طلبك أو بيان طبيبك أو من وصف لك الدواء المؤيد لطلبك.
- إذا جاء ردنا بالرفض جزئياً أو كلياً، فسنرسل إليك خطاباً يوضح سبب رفضنا. كما سيوضح الخطاب كيفية التظلم من قرارنا.

#### المواعيد النهائية الخاصة "بقرار التغطية القياسي" بشأن دواء لم تتلقه بعد

- إذا قدمت تظلمًا للحصول على تعويض، فيتعين علينا الرد عليك خلال 72 يومًا من تاريخ استلام هذا التظلم. أو إذا كنت تطلب استثناء، يعني هذا أننا سنرد عليك في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على البيان الداعم من طبيبك أو ممن وصف لك الدواء. وسنوافيك بالرد في أقرب فرصة إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.
- وفي حالة عدم التزامنا بالمواعيد النهائية، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم. وفي المستوى الثاني، سنتولى هيئة مراجعة مستقلة (Independent Review Entity) عملية مراجعة الطلب الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا بالقبول جزئياً أو كلياً، فسيتعين علينا الموافقة على منحك التغطية خلال 72 يومًا من تاريخ طلبك، أو إذا كنت تطلب استثناء، بيان طبيبك أو من وصف لك الدواء المؤيد لطلبك.
- إذا جاء ردنا بالرفض جزئياً أو كلياً، فسنرسل إليك خطاباً يوضح سبب رفضنا. كما سيوضح الخطاب كيفية التظلم من قرارنا.



### المواعيد النهائية الخاصة "بقرار التعطية القياسي" بشأن استرداد نفقات دواء اشتريته بالفعل

- إذا قدمت تظلمًا للحصول على تعويض، فيتعين علينا الرد عليك خلال 14 يومًا من تاريخ استلام هذا التظلم.
- في حالة عدم التزامنا بالمواعيد النهائية، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم. وفي المستوى الثاني، ستتولى هيئة مراجعة مستقلة (Independent Review Entity) عملية مراجعة الطلب الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا بالقبول جزئيًا أو كليًا، فسنرفع إليك مقابل الدواء خلال 14 يومًا تقويميًا.
- إذا جاء ردنا بالرفض جزئيًا أو كليًا، فسنرسل إليك خطابًا يوضح سبب رفضنا. كما سيوضح الخطاب كيفية التظلم من قرارنا.

### 5. تظلم المستوى الأول لأدوية الجزء "د"

- كي تبدأ تظلمك، يتعين عليك أو على طبيبك أو من وصف لك الدواء أو ممثلك الاتصال بنا.
- إذا كنت تطلب تظلمًا قياسيًا، يمكنك تقديم التظلم بإرسال طلب كتابي. كما يمكنك أيضًا طلب تظلم عن طريق الاتصال بنا على الرقم: 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- وإذا أردت التقدم بتظلم سريع، يمكنك تقديمه كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا.
- ينبغي عليك التأكد من إرسال طلب التظلم خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الخطاب المرسل إليك من جانبنا لإخطارك بقرارنا. إذا لم تستطع تقديم الطلب خلال المواعيد النهائية لأسباب مقبولة، فسنسمح لك بمزيد من الوقت لتقديم التظلم. ومثال على الأسباب المعقولة لتعذر تقديم التظلم، المرض الشديد الذي يمنعك من الاتصال بنا أو إعطائك معلومات غير صحيحة أو غير مكتملة عن المواعيد النهائية لتقديم طلب التظلم.

#### لمحة: كيفية تقديم تظلم المستوى الأول

يمكنك أو طبيبك أو من وصف لك الدواء أو ممثلك إرسال طلبك كتابيًا أو بالبريد أو بالفاكس إلينا. كما يمكنك أيضًا طلب تقديم تظلم عن طريق الاتصال بنا.

- اطلب تقديم التظلم خلال 60 يومًا تقويميًا من إصدار القرار الذي تتظلم ضده. وإذا لم تستطع تقديم الطلب خلال المواعيد النهائية لسبب معقول، فلا يزال بإمكانك التظلم.
- يمكنك أو طبيبك أو من وصف لك الدواء أو ممثلك الاتصال بنا لطلب تقديم تظلم سريع.
- اقرأ هذا القسم للتأكد من أهليتك للحصول على قرار سريع! وقرأه أيضًا لإيجاد معلومات عن المواعيد النهائية للقرارات.

ويسمى المصطلح القانوني لتقديم التظلمات للخطأ بشأن قرار تعطية الأدوية التابعة للجزء "د" "إعادة النظر" في الخطأ.

- يحق لك طلب نسخة من ملف المعلومات الخاص بتظلمك. لطلب الحصول على نسخة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.

نعم، يمكنك أو طبيبك إعطائنا معلومات إضافية لدعم تظلمك.



### إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك، فاطلب تقديم "تظلم سريع"

- إذا كنت تلتزم ضد قرار اتخذته خطتنا بشأن دواء لم تستلمه بعد، فستحتاج وطبيبك أو من وصف لك الدواء أن تتخذ قرارًا بشأن حاجتك إلى "تظلم سريع".

### المصطلح القانوني لتعبير "تظلم سريع" هو "إعادة قرار معجل".

- إن متطلبات الحصول على "تظلم سريع" هي نفس تلك المتطلبات الخاصة بالحصول على "قرار تغطية سريع" في القسم "4هـ" في الصفحة رقم 153.

### تراجع خطتنا تظلمك وتوافيك بالقرار

- نحن نلقى نظرة أخرى على جميع المعلومات الخاصة بطلب التغطية. ونقوم بالمراجعة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ قرار برفض طلبك. وقد نلجأ إلى الاتصال بك أو بطبيبك أو بمن وصف لك الدواء للمزيد من المعلومات. ويكون المراجع أحد الأشخاص الذين لم يشاركوا في إصدار قرار التغطية الأصلي.

### المواعيد النهائية الخاصة "بتظلم سريع"

- إذا كنا نتبع نظام المواعيد النهائية السريعة، فسوف نلجأ بالإجابة خلال 72 ساعة بعد استلام تظلمك أو في وقت أقرب من ذلك إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
- وفي حالة عدم إرسال الإجابة خلال 72 ساعة، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم. وفي المستوى الثاني، ستتولى هيئة مراجعة مستقلة عملية مراجعة التظلم الخاص بك.
- فإذا جاء ردنا بالقبول جزئيًا أو كليًا، فسنتلزم بمنحك التغطية خلال 72 ساعة بعد استلام التظلم.
- إذا كانت الإجابة بالرفض جزئيًا أو كليًا لطلبك، فسنرسل إليك خطابًا يوضح سبب الرفض.

### المواعيد النهائية الخاصة "بتظلم قياسي"

- إذا كنا نتبع نظام المواعيد النهائية القياسية، فسوف نلجأ بالإجابة خلال 7 أيام تقويمية بعد استلام تظلمك أو في وقت أقرب من ذلك إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك، إلا إذا كنت تطالبنا باسترداد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل. إذا كنت تطلب منا رد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل، فيجب أن نقدم لك إجابتنا في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقينا التظلم الذي قمت بتقديمه. وإذا تطلبت حالتك الصحية، اطلب تقديم "تظلم سريع".
- إذا لم نقدم لك قرارًا في غضون 7 أيام تقويمية، أو 14 يومًا تقويميًا إذا طلبت منا رد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية التظلم. وفي المستوى الثاني، ستتولى هيئة مراجعة مستقلة عملية مراجعة التظلم الخاص بك.



• إذا كانت الإجابة بالقبول جزئيًا أو كليًا لطالبك:

○ إذا وافقنا على طلب تعطية، يجب أن نوفر لك التعطية بالسرعة التي تتطلبها صحتك، ولكن في موعد أقصاه 7 أيام تقويمية من استلامنا تظلمك أو في غضون 14 يومًا تقويميًا إذا طلبت منا استرداد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل.

○ وفي حالة موافقتنا على طلب استرداد ثمن دواء اشتريته بالفعل، سنرد إليك المدفوعات خلال 30 يومًا تقويمياً بعد استلام طلب التظلم.

• أما إذا جاء ردنا بالرفض جزئيًا أو كليًا، فسنرسل إليك خطابًا يوضح سبب رفضنا وكيفية التظلم ضد قرارنا.

6. تظلم المستوى الأول لأدوية الجزء "د"

وفي حالة إصدار قرارنا بالرفض بشكل جزئي أو كلي على تظلمك، فلك أن تختار إما قبول هذا القرار أو الاستمرار بتقديم تظلم آخر. وإذا قررت أن تنتقل بالتظلم إلى المستوى الثاني، فستتولى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) عملية مراجعة قرارنا.

- إذا رغبت أن تتولى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) مراجعة حالتك، ينبغي للتظلم أن يكون مكتوبًا. يوضح خطابنا المرسل بشأن قرارنا في تظلم المستوى الأول كيفية تقديم طلب تظلم في المستوى الثاني.
- وعند تقديم طلب تظلم إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE)، سنرسل ملف حالتك إليها. يحق لك أن تطلب نسخة من ملف حالتك من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يحق لك إرسال معلومات أخرى لهيئة المراجعة المستقلة (IRE) لدعم تظلمك.
- هيئة المراجعة المستقلة (IRE) هي مؤسسة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه المؤسسة غير مرتبطة بالخطة كما أنها كيان غير حكومي.

ويسمى المصطلح القانوني لتقديم تظلم إلى هيئة المراجعة المستقلة بشأن قرار تغطية الأدوية التابعة للجزء "د" "إعادة النظر".

• يلقي المراجعون في هيئة المراجعة المستقلة (IRE) نظرة بعناية على كافة المعلومات المتعلقة بتظلمك. وترسل إليك المؤسسة خطابًا يوضح قرارها.

المواعيد النهائية لتقديم "التظلم السريع" في المستوى الثاني

• إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك، فاطلب من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) "تظلمًا سريعًا".

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) على إعطائك "تظلم سريع"، يتعين عليها إعطاؤك إجابة لتظلمك المقدم في المستوى الثاني خلال 72 ساعة بعد استلام طلب تظلمك.
- إذا كانت إجابتنا **بالقبول جزئيًا** أو كليًا، فسيتعين علينا الموافقة على منحك التعطية خلال 24 ساعة من تاريخ اتخاذنا للقرار.

#### المواعيد النهائية لتقديم "التظلم القياسي" في المستوى الثاني

- في حالة تقديم تظلم قياسي في المستوى الثاني، يجب على هيئة المراجعة المستقلة (IRE) أن توافيك برد على تظلمك المقدم في المستوى الثاني خلال 7 أيام تقويمية من استلامه لتظلمك أو في غضون 14 يومًا تقويميًا إذا طلبت منا استرداد مدفوعات الدواء الذي قمت بشرائه بالفعل.
- إذا كان رد هيئة المراجعة المستقلة (IRE) **بالقبول جزئيًا** أو كليًا، فسيتعين علينا الموافقة على منحك التعطية خلال 72 ساعة من تاريخ اتخاذنا للقرار.
- وفي حالة موافقة هيئة المراجعة المستقلة (IRE) على طلبك برد ثم دواءٍ اشتريته بالفعل، سنرد إليك المدفوعات خلال 30 يومًا بعد استلام القرار.

#### ماذا يحدث إذا أصدرت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) قرارًا برفض تظلمك في المستوى الثاني؟

- **الرفض** يعني موافقة هيئة المراجعة المستقلة (IRE) على قرارنا برفض طلبك. وهذا يسمى "التمسك بالقرار". كما يسمى أيضًا "رفض التظلم".
- إذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى الثالث من عملية التظلمات، يجب أن تفي الأدوية التي تطلبها بحد أدنى من القيمة الدولارية. فإذا كانت القيمة المالية دون المستوى الأدنى، فلا يمكنك التقدم بتظلمات أخرى. إذا كانت القيمة الدولارية كبيرة بالحد الكافي، يمكنك طلب تظلم من المستوى الثالث. ويوضح لك الخطاب المرسل إليك من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) القيمة الدولارية المطلوبة لمواصلة عملية التظلم.

### ز- المطالبة بتغطية إقامة طويلة بالمستشفى

- عند دخولك إحدى المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها والتي تكون ضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك. وخلال فترة إقامتك بالمستشفى، سيعمل طبيبك وفريق العمل في المستشفى معك على تحضيرك لليوم الذي ستغادر فيه المستشفى. كما سيساعدونك على ترتيب أي عمليات رعاية تحتاجها قبل المغادرة.
- ويسمى يوم مغادرتك للمستشفى بـ "تاريخ الخروج".
- سيخبرك الطبيب أو موظفي المستشفى بتاريخ خروجك.
- فإذا اعتقدت أنك ستخرج من المستشفى في وقت مبكر، يمكنك طلب البقاء في المستشفى مدة أطول. ويبين لك هذا الفصل كيفية طلب البقاء مدة أطول.

### 1. تعرف على حقوقك في برنامج Medicare

- في غضون يومين من دخولك للمستشفى، يعطيك الأخصائي المسؤول عن الحالة أو الممرضة إشعارًا تحت عنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". إذا لم تحصل على هذا الإخطار، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة للمساعدة، فتفضل بالاتصال بنا على رقم خدمة الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. **لمزيد من**

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





اقرأ هذا الإخطار بعناية واطرح الأسئلة عن الأمور غير الواضحة. تبين هذه "الرسالة المهمة" حقوقك بوصفك مريضًا بالمستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

- الحصول على الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare خلال مدة بقائك في المستشفى وبعدها. يحق لك أن تعرف ما هي هذه الخدمات، ومن سيدفع مقابلها، ومتى يمكنك الحصول عليها.
- أن تكون طرفًا في أي قرار بشأن مدة إقامتك في المستشفى.
- أن تعرف أين يمكنك الإبلاغ عن أي من المشكلات التي تواجهك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
- التظلم إذا رأيت أنه يجري إخراجك من المستشفى بشكل سريع جدًا.
- ينبغي عليك التوقيع على إخطار برنامج Medicare بهدف الإشارة إلى الحصول عليه واستيعاب حقوقك والإلمام بها. إن توقيع الإخطار لا يعني بالمرّة موافقتك على تاريخ الخروج الذي ربما تم إخطارك به من خلال الطبيب أو موظفي المستشفى.
- احتفظ بنسختك من الإخطار الموقع حتى تحصل على المعلومات الواردة بها عندما تحتاج إليها.
- لإلقاء نظرة مسبقة على الإخطار، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك الاتصال على الرقم 1-800 MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.
- يمكنك أيضًا مراجعة الإخطار على الإنترنت على الموقع الإلكتروني التالي:  
[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)
- إذا كنت تحتاج إلى المساعدة، فالرجاء الاتصال على خدمات الأعضاء أو Medicare على الأرقام المسرودة أعلاه.

## 2. تظلم المستوى الأول بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

إذا كنت ترغب في تغطية خدمات المستشفى في فترة البقاء لمدة أطول، ينبغي لك تقديم تظلم بذلك. تتولى منظمة تحسين الجودة (QIO) مراجعة تظلمك في المستوى الأول لتتري مدة مناسبة تاريخ الخروج المقرر لحالتك الصحية. في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta.

لتقديم تظلم بشأن تغيير تاريخ خروجك يرجى الاتصال بمنظمة Livanta على الرقم: (877) 588-1123، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة: (855) 887-6668.

اتصل على الفور!



اتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO) قبل مغادرة المستشفى وليس بعد مرور تاريخ الخروج المقرر لك. وتحتوي رسالة مهمة من برنامج Medicare بشأن حقوقك على معلومات عن كيفية الوصول لمنظمة تحسين الجودة (QIO).

### لمحة: كيفية التقدم بتظلم من المستوى الأول بشأن تغيير تاريخ الخروج

اتصل بمنظمة تحسين الجودة بولايتك على الرقم 1123-588 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهاتف النصية: 887-6668 (855) واطلب إجراء "مراجعة سريعة".

اتصل بمنظمة تحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى وليس بعد مرور تاريخ الخروج المقرر لك.

- إذا اتصلت قبل خروجك من المستشفى، فسيُسمح لك بالبقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك من دون تحمل التكاليف لانتظار القرار الصادر في تظلمك من منظمة تحسين الجودة.
- إذا لم تُجر أي اتصال للتقدم بتظلم، وقررت أن تبقى بالمستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، فقد يتعين عليك دفع تكاليف خدمات الرعاية التي تتلقاها بالمستشفى بعد مرور ذلك التاريخ.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة بشأن تظلمك، فلا يزال بوسعك التقدم برفع طلب بالتظلم مباشرة إلى خطتنا بدلاً من ذلك. للحصول على التفاصيل، ارجع إلى القسم "4" في صفحة 162.

• نظرًا 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 أيضًا رفع شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC). يرجى الرجوع إلى القسم 5.4 في الصفحة 144 للتعرف على كيفية رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد مراجعة طبية مستقلة.

نحن نود أن نتأكد من استيعابك لما أنت بحاجة إلى عمله والمواعيد النهائية لهذا العمل.

- اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. كما يمكنك الاتصال ببرنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم: 1-855-501-3077.

### ما هي منظمة تحسين الجودة؟

هي مجموعة من الأطباء ومتخصصي الرعاية الصحية الذين يتقاضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية. لا يعد هؤلاء الخبراء جزءًا من خطتنا. ويقوم برنامج Medicare بالدفع لهم نظير فحص الخدمات والمساعدة في تحسين جودة رعاية المرضى في برنامج Medicare.

### "طلب مراجعة سريعة"

المصطلح القانوني لتعبير "مراجعة سريعة" هو "مراجعة فورية".

ينبغي عليك مطالبة منظمة تحسين الجودة بإجراء "مراجعة سريعة" لعملية خروجك. وطلب "المراجعة السريعة" يعني أنك تطلب من المؤسسة اتباع نظام المواعيد النهائية السريعة للتظلم بدلاً من اتباع نظام المواعيد النهائية القياسية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ماذا يحدث خلال المراجعة السريعة؟

- يطرح عليك المراجعون من منظمة تحسين الجودة أو على ممثلك سؤالاً عن سبب اعتقادك أنه ينبغي استمرار بقاءك بعد تاريخ الخروج المقرر لك. واعلم أنك لست مضطراً إلى تجهيز أي معلومات مكتوبة، ولكن يمكنك فعل ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- يطلع المراجعون على سجلاتك الطبية، ومن ثم يتحدثون إلى طبيبك ويستعرضون جميع المعلومات الخاصة بقاءك في المستشفى.
- وفي ظهر يوم إرسال المراجعين إخطارهم لنا بشأن التظلم، سيصلك خطاب لإخطارك بتاريخ الخروج المقرر لك. يوضح الخطاب أسباب اعتقاد طبيبك والمستشفى وكذلك اعتقادنا في صحة تاريخ خروجك من المستشفى.

يسمى المصطلح القانوني للتوضيح الكتابي "الإخطار التفصيلي للخروج". تفضل بالاتصال بنا على رقم خدمة الأعضاء على الرقم 665-4627 (855)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك أيضاً الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الرجوع إلى نموذج الإخطار على الإنترنت على الموقع الإلكتروني التالي:

[www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices)

## ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالموافقة على تظلمك؟

- إذا جاء رد منظمة تحسين الجودة بالموافقة على تظلمك، فيتعين علينا مواصلة تغطية الخدمات المقدمة لك في المستشفى طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

## ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالرفض على تظلمك؟

- إذا ردت منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) برفض تظلمك، فهذا يعني موافقتها على تاريخ الخروج المقرر لك وأنه مناسب من الناحية الطبية. وفي هذه الحالة، ستنتهي تغطيتنا للخدمات الاستشفائية المقدمة لك ظهر اليوم التالي بعد رد منظمة تحسين الجودة عليك.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة التظلم وقررت البقاء في المستشفى، فقد تضطر إلى دفع مقابل الإقامة المستمرة في المستشفى. وتبدأ تكلفة الرعاية في المستشفى والتي قد تضطر لدفعها من ظهر اليوم الذي تصدر فيه منظمة تحسين الجودة ردها.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) تظلمك، وقررت أنت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، فلا يزال بوسعك التقدم بتظلم في المستوى الثاني على النحو الموضح في القسم التالي.

## 3. تظلم المستوى الثاني بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة تظلمك، وقررت أنت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، فلا يزال بوسعك التقدم بتظلمك في المستوى الثاني. وتكون حينها بحاجة إلى الاتصال بمنظمة تحسين الجودة مرة أخرى لطلب إجراء المراجعة مرة أخرى.
- تفضل بطلب مراجعة التظلم في المستوى الثاني خلال 60 يوماً من تاريخ رفض منظمة تحسين الجودة لتظلمك في المستوى الأول. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حالة بقاءك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بالرعاية المقدمة لك.



في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. يمكنك الوصول إلى Livanta عبر: 588-1123 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855).

#### لمحة: كيفية التقدم بتظلم من المستوى الثاني بشأن تغيير تاريخ الخروج

اتصل بمنظمة تحسين الجودة بولايتك على الرقم 588-1123 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855) واطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يُلقى المراجعون في منظمة تحسين الجودة نظرة أخرى بعناية على كافة المعلومات المتعلقة بتظلمك.
- خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك لإجراء مراجعة أخرى، يصدر مراجعو منظمة تحسين الجودة قرارهم.

#### ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالموافقة؟

- يتعين علينا دفع نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك منذ ظهر يوم إصدار القرار بشأن التظلم الأول. كما يتعين علينا مواصلة تغطية رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.
- يتعين عليك الالتزام بسداد نصيبك من التكاليف، كما تستمر قيود التغطية في السريان.

#### ماذا يحدث لو كانت الإجابة بالرّفص؟

فهذا يعني أن منظمة تحسين الجودة توافق على القرار الصادر في المستوى الأول ولا تغييره. ويبين الخطاب المرسل إليك ماذا يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية التظلم. إذا لم توافق منظمة تحسين الجودة على تظلمك في المستوى الثاني، يتعين عليك سداد جميع التكاليف نظير بقائك بعد تاريخ الخروج المقرر لك. 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 5.4 في الصفحة 144 للتعرف على كيفية رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد مراجعة طبية مستقلة.

#### 4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد تقديم التظلم

إذا لم تستطع تقديم التظلم قبل الموعد النهائي، ثمة طريقة أخرى لتقديم التظلمات في المستوى الأول والثاني، وتسمى التظلمات البديلة. ولكن تختلف التظلمات في أول مستويين.

#### التظلم البديل في المستوى الأول بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

إذا لم تتصل بمنظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) قبل الموعد النهائي (وهو في غضون 60 يومًا أو في موعد لا يتجاوز تاريخ المغادرة المقرر، أيهما أقرب)، فيمكنك تقديم تظلم إلينا وطلب إجراء "مراجعة سريعة". والمراجعة السريعة هي عبارة عن تظلم يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من القياسية.



### لمحة: كيفية تقديم تظلم بديل في المستوى الأول

اتصل على رقم خدمات الأعضاء الخاص بنا واطلب إجراء "مراجعة سريعة" لتاريخ خروجك من المستشفى.

وسنوافيك بالرد خلال 72 ساعة

- خلال هذه المراجعة، نلقي نظرة على جميع المعلومات الخاصة بمدة بقائك في المستشفى. ونجري المراجعة لمعرفة مدى الإنصاف في القرار المتخذ بشأن خروجك من المستشفى ومدى اتباع هذا القرار لكافة القواعد.
- سنتبع نظام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من القياسية في تزويدك بالإجابة بشأن هذه المراجعة. وهذا يعني أننا سنوافيك بقرارنا خلال 72 ساعة بعد طلبك إجراء "مراجعة سريعة".
- **فإذا جاء ردنا بالموافقة على المراجعة السريعة، فهذا يعني أننا نوافق على أنك بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك.** وبذلك تستمر تغطيتنا لخدمات المستشفى المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.
- وهذا يعني أيضاً أننا نوافق على سداد نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك من تاريخ إصدار قرارنا بإنهاء التغطية.
- **إذا جاء ردنا برفض المراجعة السريعة، فهذا يعني موافقتنا على مناسبة تاريخ الخروج المقرر لك من الناحية الطبية.** وحينها تنتهي تغطيتنا للخدمات المقدمة لك في المستشفى في يوم إصدار قرار إنهاء التغطية.
  - إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، فعليك **إدأ دفع التكلفة كاملة** نظير خدمات الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك.
- للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ القرار برفض تظلمك السريع، فإننا سنرسل تظلمك إلى هيئة المراجعة المستقلة (Independent Review Entity). وحين نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك تنتقل تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية التظلم.

يسمى المصطلح القانوني "المراجعة السريعة" أو "التظلم السريع" باسم "التظلم المُعَجَّل".

### التظلم البديل في المستوى الثاني بشأن تغيير تاريخ خروجك من المستشفى

سننولى إرسال المعلومات الخاصة بتظلم المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) خلال 24 ساعة من إصدار قرارنا في المستوى الأول. فإذا رأيت أننا لا نفي بالميعاد النهائي أو بأي من المواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم "ي" في صفحة 170 كيفية تقديم الشكوى.

### لمحة: كيفية تقديم تظلم بديل في المستوى الثاني

ليس عليك في هذه المرحلة أن تفعل شيئاً. سننولى الخطة تلقائياً عملية إرسال تظلمك إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE).

وخلال تظلم المستوى الثاني، تتولى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) مراجعة القرار المتخذ من جانبنا برفض "المراجعة السريعة". وتقرر هذه المنظمة ما إذا كان ينبغي تغيير القرار الصادر من جانبنا.

- تجري هيئة المراجعة المستقلة (IRE) "مراجعة سريعة" لتظلمك. ويوافيك المراجعون في الغالب بالإجابة خلال 72 ساعة.



- هيئة المراجعة المستقلة (IRE) هي مؤسسة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه المؤسسة غير مرتبطة بخطتنا كما أنها كيان غير حكومي.
- يُلقى المراجعون بهيئة المراجعة المستقلة (IRE) نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك بشأن الخروج من المستشفى.
- إذا جاء رد هيئة المراجعة المستقلة (IRE) **بالموافقة** على تظلمك، يتعين علينا دفع نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة إليك منذ تاريخ الخروج المقرر لك. كما يتعين علينا أيضاً مواصلة تغطية خدمات المستشفيات المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.
- إذا جاء رد هيئة المراجعة المستقلة (IRE) **برفض** تظلمك، فهذا يعني اتفاقهم معنا بشأن مناسبة تاريخ خروجك المقرر من المستشفى من الناحية الطبية.
- ويبين لك الخطاب المرسل إليك من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) ماذا قد يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية التظلم. وهو يبين لك التفاصيل اللازمة لتقديم تظلم من المستوى الثالث، والذي يجرى التعامل معه من خلال قاضٍ.
- 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 5.4 في الصفحة 144 للتعرف على كيفية رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد مراجعة طبية مستقلة. يمكن أن تطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من التظلم من المستوى الثالث.

### ح. ماذا عساک أن تفعل إذا رأيت أن الرعاية الصحية المنزلية الخاصة بك أو الرعاية التمريضية المتخصصة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) تنتهي في وقت قريب جداً

هذا القسم يتعلق بأنواع الرعاية التالية فقط:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
  - الرعاية التمريضية المتخصصة في إحدى مرافق التمريض المتخصصة.
  - الرعاية التأهيلية المقدمة إليك في العيادات الخارجية ضمن برنامج Medicare باعتماد من برنامج (CORF). وعادة ما يعني ذلك أن تحصل على علاج لمرض أو حادث أو أنه يجرى شفاؤك من عملية كبرى.
    - وفي أي من هذه الأنواع الثلاثة للرعاية، يحق لك الحصول على الخدمات المشمولة طالما يقرر الطبيب أن حالتك الصحية تستلزم ذلك.
    - وفي حالة اتخاذ قرار من جانبنا بوقف تغطية أي منها، ينبغي لنا إخطارك قبل انتهاء الخدمة وتوقفها. وعند انتهاء تغطيتنا للرعاية التي تتلقاها، نتوقف عن تحمل تكاليف هذه الرعاية.
- إذا رأيت أن تغطية الخدمات المقدمة لك تتوقف في وقت قريب جداً، يمكنك التظلم ضد قرارنا. ويبين لك هذا القسم كيفية تقديم تظلم.

### ح1. سيجري إخطارك مقدماً عن ميعاد انتهاء تغطيتك

- سنتلقى إشعاراً قبل يومين على الأقل من توقف سداد خدمات الرعاية الخاصة بك من جانبنا. يطلق على ذلك "Notice of Medicare Non-Coverage". يبين لك الإخطار المكتوب تاريخ توقف تغطية الرعاية الخاصة بك وكيفية استئناف هذا القرار.



ينبغي عليك أو لممتلك التوقيع على الإخطار المكتوب للإشارة إلى تسلمه. ولا يعني التوقيع على الإخطار موافقتك على قرار الخطة بشأن توقف الحصول على الرعاية.

- وعند انتهاء تغطيتنا، سنتوقف عن تحمل تكاليف تلك الخدمات.

## 2. التظلم في المستوى الأول لمواصلة التمتع بخدمات الرعاية

إذا رأيت أن تغطية الخدمات المقدمة لك تتوقف في وقت قريب جداً، يمكنك التظلم ضد قرارنا. وبيِّن لك هذا القسم كيفية تقديم تظلم. فقبل أن تبدأ التظلم الخاص بك، عليك أن تستوعب ما أنت بحاجة إلى عمله والمواعيد النهائية لهذا الأمر.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** فهي من الأمور المهمة. يرجى التأكد من استيعاب واتباع نظام المواعيد النهائية الساري على الأمر الذي تود فعله. وبالمثل، ثمة بعض المواعيد النهائية التي ينبغي لخطتنا أن نلتزم بها. (فإذا رأيت أننا لا نفي بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. القسم "ي" في صفحة 170 يبيِّن كيفية تقديم الشكوى).
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إلى ذلك.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. أو اتصل ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية على الرقم (800) 434-0222.

### لمحة: كيفية تقديم تظلم من المستوى الأول لطلب مواصلة تقديم خدمات الرعاية الخاصة بك

اتصل بمنظمة تحسين الجودة بولايتك على الرقم 588-1123 (877)،  
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855)  
واطلب إجراء "تظلم سريع".

اتصل قبل مغادرة الوكالة أو المرفق الذي يقدم لك خدمات الرعاية وقبل تاريخ الخروج المقرر لك.

وفي تظلم المستوى الأول، تراجع منظمة تحسين الجودة تظلمك وتقرر ما إذا كان ينبغي تغيير القرار الصادر من جانبنا. في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. يمكنك الوصول إلى Livanta عبر: 588-1123 (877)؛ ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855). ترد المعلومات المتعلقة بتقديم التظلم إلى منظمة تحسين الجودة كذلك في "إشعار عدم التغطية بموجب برنامج Medicare". وهو الإشعار الذي حصلت عليه عندما أخبرناك بأننا سوف نوقف تغطية الرعاية الخاصة بك.

### ما هي منظمة تحسين الجودة؟

هي مجموعة من الأطباء ومتخصصي الرعاية الصحية الذين يتفاوضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية. لا يعد هؤلاء الخبراء جزءاً من خطتنا. ويقوم برنامج Medicare بالدفع لهم نظير فحص الخدمات والمساعدة في تحسين جودة رعاية المرضى في برنامج Medicare.

### ماذا عليك أن تطلب؟

اطلب منهم "تظلم سريع". وهو عبارة عن مراجعة مستقلة لبيان المناسبة الطبية لانتهاء تغطية الخدمات الخاصة بك أم لا.

### ما الموعد النهائي للاتصال بالمؤسسة؟

- يجب عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة في موعد أقصاه ظهر اليوم الذي تتلقى فيه الإخطار المكتوب بأننا سنوقف تغطيتنا لخدمات الرعاية التي تتلقاها.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة بشأن تظلمك، فلا يزال بوسعك التقدم بتظلمك مباشرة إلينا بدلاً من ذلك. لمزيد من التفاصيل عن الطرق الأخرى لتقديم التظلم، راجع القسم "ح4" في صفحة 167.



- 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 هـ 4 في الصفحة 144 للتعرف على كيفية رفع شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد مراجعة طبية مستقلة.

يسمى **المصطلح القانوني للإخطار الكتابي "إشعار عدم التغطية بموجب برنامج Medicare"**. للحصول على نموذج، تفضل بالاتصال بنا على رقم خدمة الأعضاء (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، في أي وقت على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الاطلاع 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).

الرجاء الاطلاع على القسم 4-5 في صفحة 144 للتعرف على كيفية مطالبة الإدارة بعقد مراجعة طبية مستقلة.

#### ماذا يحدث خلال المراجعة التي تجريها منظمة تحسين الجودة؟

- يطرح عليك المراجعون من مؤسسة تحسين الجودة أو على ممثلك سؤالاً عن سبب اعتقادك أنه ينبغي استمرار تغطية الخدمات المقدمة. واعلم أنك لست مضطراً إلى تجهيز أي معلومات مكتوبة، ولكن يمكنك فعل ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- وعند طلب تقديم تظلم، ينبغي للخطوة أن ترسل لك خطاباً إليك وإلى منظمة تحسين الجودة يبين السبب وراء انتهاء الخدمات الخاصة بك.
- كما يعهد المراجعون إلى إلقاء نظرة على السجلات الطبية والتحدث إلى طبيبك ومراجعة المعلومات التي توفرت إليهم من خلال خطتنا.
- **ويعد مرور يوم كامل من استلام المراجعين لجميع المعلومات التي يحتاجونها، سيخبرونك بقرارهم.** كما يصلك خطاب توضيحي للقرار.

يسمى **المصطلح القانوني للخطاب التوضيحي المبين لسبب انتهاء الخدمة "الشرح المفصل لانتهاء التغطية"**.

#### ماذا يحدث إذا جاء رد المراجعين بالموافقة؟

- إذا جاء رد المراجعين **بالموافقة** على تظلمك، يتعين علينا مواصلة تغطية الخدمات المقدمة لك في المستشفى طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

#### ماذا يحدث لو كان الرد بالرفض؟

- إذا جاء رد المراجعين **برفض** تظلمك، فإن التغطية تنتهي في التاريخ الذي أُخطرت به من جانبنا. وحينها نتوقف عن سداد نصيبنا من التكلفة الخاصة بهذه الرعاية.
- إذا قررت الاحتفاظ بما تتلقاه من خدمات الرعاية المنزلية، وخدمات الرعاية بمنشآت الرعاية المتخصصة، أو منشآت إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك، ينبغي عليك حينها سداد كافة التكاليف الخاصة بالرعاية المقدمة لك.





### ح3. التظلم في المستوى الثاني لمواصلة التمتع بخدمات الرعاية

في حال جاء رد منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization) برفض التظلم وقررت أنت استمرار تلقيك لخدمات الرعاية بعد انتهاء فترة التعطية، يمكنك تقديم تظلم في المستوى الثاني.

أثناء التظلم من المستوى الثاني، تلقي منظمة تحسين الجودة نظرة أخرى على القرار المتخذ من جانبهم في المستوى الأول. فإذا جاء قرارهم بالموافقة على قرار المستوى الأول، فينبغي عليك سداد كافة التكاليف نظير خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية منشآت الرعاية التمريضية الماهرة أو التمتع بخدمات برنامج (CORF) بعد تاريخ انتهاء التعطية الخاصة بك.

في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. يمكنك الوصول إلى Livanta عبر: 588-1123 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855). تفضل بطلب مراجعة التظلم في المستوى الثاني خلال 60 يومًا من تاريخ رفض منظمة تحسين الجودة لتظلمك في المستوى الأول. ولا يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة إلا في حالة مواصلة التمتع بخدمات الرعاية بعد تاريخ انتهاء التعطية الخاصة بالرعاية المقدمة لك.

#### لمحة: كيفية تقديم تظلم من المستوى الثاني للحصول على تغطية الخطة للرعاية المقدمة لك لمدة أطول

اتصل بمنظمة تحسين الجودة بولايتك على الرقم 588-1123 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855) واطلب إجراء مراجعة أخرى.

اتصل قبل مغادرة الوكالة أو المرفق الذي يقدم لك خدمات الرعاية وقبل تاريخ الخروج المقرر لك.

- يُلقى المراجعون في منظمة تحسين الجودة نظرة أخرى بعناية على كافة المعلومات المتعلقة بتظلمك.
- تصدر منظمة تحسين الجودة قرارها خلال 14 يومًا من تاريخ تلقي طلب التظلم الخاص بك.

#### ماذا يحدث لو كانت إجابة منظمة المراجعة بالموافقة؟

- هذا يعني أيضًا أننا نوافق على سداد نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك من تاريخ إصدار قرارنا بإنهاء التعطية. كما يتعين علينا مواصلة تغطية الرعاية المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.

#### ماذا يحدث لو كانت إجابة منظمة المراجعة بالرفض؟

- هذا يعني موافقتهم على قرارهم الصادر بشأن التظلم من المستوى الأول ولا نية لتغييره.
- وبيّن الخطاب المرسل إليك ماذا يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية المراجعة. وهو يبيّن لك التفاصيل اللازمة لتقديم تظلم من المستوى الثالث، والذي يجري التعامل معه من خلال قاضي.
- 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 "هـ 4" في الصفحة 144 للتعرف على كيفية مطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد 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.

### ح4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد تقديم تظلم من المستوى الأول

إذا لم تستطع تقديم التظلم قبل الموعد النهائي، ثمة طريقة أخرى لتقديم التظلمات في المستوى الأول والثاني، وتسمى التظلمات البديلة. ولكن تختلف التظلمات في أول مستويين.

التظلم البديل في المستوى الأول لمواصلة التمتع بخدمات الرعاية لمدة أطول



إذا لم تستطع الاتصال بمنظمة تحسين الجودة قبل الموعد النهائي، يمكنك تقديم التظلم إلينا، وطلب إجراء "مراجعة سريعة". والمراجعة السريعة هي عبارة عن تظلم يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من القياسية.

- أثناء هذه المراجعة، نلقي نظرة على كل المعلومات المتعلقة بالمرحلة المتأهل لك أو الرعاية التي تتلقاها في منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF). تُجري المراجعة لمعرفة مدى الإنصاف في القرار المتخذ بشأن انتهاء الخدمات المقدمة لك ومدى مطابقة هذا القرار لكافة القواعد.

#### لمحة: كيفية تقديم تظلم بديل في المستوى الأول

اتصل على رقم خدمات الأعضاء الخاص بنا واطلب إجراء "مراجعة سريعة".

وسنوافيك بالرد خلال 72 ساعة

- سنتبع نظام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من القياسية في تزويدك بالإجابة بشأن هذه المراجعة. وسنوافيك بقرارنا خلال 72 ساعة بعد طلبك إجراء "مراجعة سريعة".

- إذا جاء ردنا بالموافقة على المراجعة السريعة، فهذا يعني موافقتنا على مواصلة تغطية الخدمات الخاصة بك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.

- وهذا يعني أيضاً أننا نوافق على سداد نصيبنا من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لك من تاريخ إصدار قرارنا بإنهاء التغطية.

- إذا جاء ردنا بالرفض على المراجعة السريعة، فهذا يعني أننا نرى أن إيقاف الخدمات المقدمة إليك مناسباً طبيياً. وتنتهي التغطية في اليوم الذي أقر مسبقاً.

وفي حالة استمرار حصولك على الخدمات بعد اليوم المقرر لانتهاء التغطية، ينبغي عليك سداد كافة التكاليف نظير الخدمات.

يسمى المصطلح القانوني "المراجعة السريعة" أو "التظلم السريع" باسم "التظلم المُعجل".

للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عند اتخاذ القرار برفض تظلمك السريع فإننا سنرسل تظلمك إلى "هيئة المراجعة المستقلة" (IRE). وحين نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك تنتقل تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية التظلم.

التظلم البديل في المستوى الثاني لمواصلة الحصول على خدمات الرعاية لمدة أطول

سننقل إرسال المعلومات الخاصة بتظلم المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) خلال 24 ساعة من إصدار قرارنا في المستوى الأول. فإذا رأيت أننا لا نفي بالميعاد النهائي أو بأي من المواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم "ي" في صفحة 170 كيفية تقديم الشكوى.

وخلال تظلم المستوى الثاني، تتولى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) مراجعة القرار المتخذ من جانبنا برفض "المراجعة السريعة". وتقرر هذه المنظمة ما إذا كان ينبغي تغيير القرار الصادر من جانبنا.

- تجري هيئة المراجعة المستقلة (IRE) "مراجعة سريعة" لتظلمك. ويوافيك المراجعون في الغالب بالإجابة خلال 72 ساعة.

#### لمحة: كيفية تقديم تظلم من المستوى الثاني لطلب مواصلة تقديم خدمات الرعاية الخاصة بك

ليس عليك في هذه المرحلة أن تفعل شيئاً. سنتولى الخطة تلقائياً عملية إرسال تظلمك إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE).



- هيئة المراجعة المستقلة (IRE) هي مؤسسة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه المؤسسة غير مرتبطة بخطتنا، كما أنها كيان غير حكومي.
- يلقي المراجعون في هيئة المراجعة المستقلة (IRE) نظرة بعناية على كافة المعلومات المتعلقة بتظلمك.
- إذا جاء رد هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بقبول تظلمك، فهذا يعني أنه يتعين علينا سداد نصيبنا من تكاليف الرعاية. كما يتعين علينا مواصلة تغطية الخدمات المقدمة لك للمدة الضرورية من الناحية الطبية.
- إذا جاء رد هيئة المراجعة المستقلة (IRE) برفض التظلم، فهذا يعني موافقتهم لقرارنا بشأن مناسبة توقف تغطية الخدمات من الناحية الطبية.

ويبين لك الخطاب المرسل إليك من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) ماذا قد يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية التظلم. وهو يبين لك ما يلزم من تفاصيل لتقديم تظلم من المستوى الثالث، والذي يجرى التعامل معه من خلال قاضٍ.

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 5.4 في الصفحة 144 للتعرف على كيفية مطالبة إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) بعقد مراجعة طبية مستقلة. يمكن أن تطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك رفع شكوى وطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من التظلم من المستوى الثالث.

## ط. الارتقاء بالتظلم لما بعد المستوى الثاني

### 1. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medicare

في حالة تقديم تظلمات من المستوى الأول والمستوى الثاني بشأن خدمات برنامج Medicare ومستلزماته، وقبول كلاهما بالرفض، فيحق لك إجراء مستويات إضافية من التظلم. ويبين الخطاب المرسل إليك من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) ماذا يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية التظلم.

يعد المستوى الثالث من عملية التظلم عبارة عن تحقيق يجريه قاضٍ إداري. الشخص الذي يبيت في قرار التظلم من المستوى الثالث إما قاضٍ إداري أو قاضٍ عادي فإذا أردت أن يتولى عملية مراجعة حالتك أحد القضاة الإداريين أو محامي قضائي، ينبغي للخدمة الطبية أو المستلزمات المقدم بشأنها الطلب أن تكون بقيمة بالدولار ذات حد أدنى معين. إذا كانت القيمة المالية دون المستوى الأدنى، فلا يمكنك التقدم بتظلمات أخرى. وأما إذا كانت القيمة بالدولار كبيرة بالحد الكافي، يمكنك طلب إجراء التحقيق في تظلمك على يد أحد القضاة الإداريين أو القضاة العاديين.

فإذا لم توافق على قرار القاضي الإداري أو القاضي العادي، يمكنك تقديم التظلم إلى مجلس التظلمات ببرنامج Medicare. بعد ذلك، يحق لك أن تطلب من إحدى المحاكم الفيدرالية أن تنظر في تظلمك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في أي من مراحل عملية التظلم، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

### 2. الخطوات التالية في خدمات ومستلزمات برنامج Medi-Cal

يحق لك أيضًا تقديم المزيد من التظلمات إذا كان تظلمك بشأن خدمات أو بنود يغطيها برنامج Medi-Cal. فإذا لم توافق على قرار جلسة الاستماع وترغب في تولية قاضٍ آخر مراجعة القرار، يمكنك طلب إعادة النظر و/أو إعادة 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



يجب إرسال هذا الخطاب في غضون 30 يومًا بعد اتخاذ قرارك. ويمكن تمديد هذا الموعد النهائي 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.

ولطلب إجراء مراجعة قضائية، ينبغي عليك تقديم تظلم للمحكمة العليا (وفقاً لقانون الإجراءات المدنية - القسم 1094.5) في غضون سنة واحدة بعد استلام قرارك. وقد 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. كيف يُمكنك التقدم بشكوى

### 1. ما أنواع المشكلات التي ينبغي أن تكون شكاوى؟

تستخدم عملية رفع الشكاوى لأنواع بعينها من المشكلات فقط، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. وإليك بعض الأمثلة لأنواع من المشكلات التي تجرى معالجتها بعملية الشكاوى.

#### الشكاوى بشأن الجودة

- إذا كنت غير راض عن جودة الرعاية، مثل الرعاية المقدمة لك في المستشفى.

#### الشكاوى بشأن الخصوصية

- إذا كنت ترى أن شخصاً بعينه لم يحترم حقوق خصوصيتك أو أنه نشر بياناتك السرية.

#### الشكاوى بسبب سوء مستوى خدمة العملاء

- إذا لم يتسم سلوك مقدم الرعاية الصحية أو الموظفين بالاحترام الكافي تجاهك.

- إذا تلقيت معاملة سيئة من موظفي خطة Molina Dual Options.

- إذا رأيت أنه يجري التعامل معك بعيداً عن نظام الخطة.

#### الشكاوى بشأن الإعاقة

- إذا كان لا يمكنك الوصول فعلياً إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية في مكتب الطبيب أو مقدم الرعاية.
- لا يوفر لك مقدم الرعاية وسيلة معقولة تحتاج إليها مثل مترجم لغة الإشارات الأمريكية.

#### الشكاوى بشأن أوقات الانتظار

- إذا كان لديك مشكلة في الحصول على موعد أو مشكلة بشأن الانتظار طويلاً للحصول على الموعد.

#### لمحة: كيف يُمكنك التقدم بشكوى

يمكنك تقديم شكوى داخلي لدى خطتنا و/ أو شكوى خارجية لدى منظمة غير متصلة بخطتنا.

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو أرسل خطاباً إلينا.

هناك منظمات مختلفة تتعامل مع الشكاوى الخارجية. للحصول على المزيد من المعلومات، راجع القسم "ي3" في صفحة 172.



- إذا انتظرت - طويلاً - لحضور الأطباء أو الصيادلة أو متخصصي الصحة الآخرين أو أي من موظفي خدمات الأعضاء أو الموظفين الآخرين في الخطة.

#### الشكاوى بشأن عدم النظافة

- إذا رأيت أن العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيف.

#### الشكاوى بشأن لغة التواصل

- إذا كان طبيبك أو مقدم الرعاية لا يوفر لك مترجمًا فورًا خلال اللقاء معه.

#### الشكاوى بشأن التواصل معنا

- إذا رأيت أننا أخفقنا في إرسال خطاب أو إخطار كان ينبغي إرساله إليك.

- إذا رأيت أن المعلومات المكتوبة المرسله إليك يصعب عليك فهمها للغاية.

#### الشكاوى بشأن توقيتات اتخاذ الإجراءات لدينا فيما يتعلق بقرارات التغطية أو التظلمات

- إذا رأيت أننا لا نفي بالمواعيد النهائية في اتخاذ قرار التغطية أو الرد على التظلم الخاص بك.

- إذا كنت ترى، بعد الحصول على التغطية أو قرار التظلم الصادر لصالحك، أننا لا نفي بالمواعيد النهائية للموافقة أو لتقديم الخدمة أو رد تكلفة خدمات طبية بعينها إليك.

- إذا كنت ترى أننا لم نرسل حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) في الميعاد المحدد.

يسمى المصطلح القانوني "الشكوى" "تظلمًا".

يسمى المصطلح القانوني "لتقديم الشكوى" "تقديم تظلم".

#### هل هناك أنواع مختلفة من الشكاوى؟

نعم. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/ أو شكوى خارجية. يتم تقديم الشكوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها بها. أما الشكوى الخارجية فيتم تقديمها ومراجعتها من خلال منظمة ليس لها علاقة بخطتنا. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم شكوى داخلية و/ أو خارجية، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

#### 2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً حسب التوقيت المحلي. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت إلا إذا كانت تتعلق بأدوية الجزء "د". يجب أن يتم تقديم الشكاوى المتعلقة بالجزء "د" خلال 60 يومًا تقويميًا بعد التعرض للمشكلة التي ترغب في تقديم الشكوى حولها.

- إذا كنت بحاجة إلى عمل شيء آخر، سيخبرك أفراد خدمات الأعضاء به.
- كما يمكنك كتابة شكاوك وإرسالها إلينا. وإذا قدمت الشكوى كتابيًا، فسيكون الرد على شكاوك كتابيًا كذلك.



- تمثل الشكاوى تظلمات يجب إيجاد حلول لها بأسرع ما يمكن، وذلك بناءً على حالتك الصحية، وفي وقت لا يتجاوز 30 يومًا من تاريخ تسلم الخطة للتظلمات الشفوية أو المكتوبة. وقد يأتي الرد على التظلمات الشفوية ردًا شفويًا، ما لم يطلب المتقدم بالشكوى ردًا مكتوبًا أو إذا كان ذلك التظلم يتعلق بجودة الخدمات. أما التظلمات المكتوبة فيكون الرد عليها مكتوبًا. ويمكنك التقدم بالتظلمات شفويًا عبر الاتصال على الرقم 665-4627-855، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي أو عبر البريد على العنوان التالي: Molina Dual Options Appeals and Grievances, .PO Box 22816, Long Beach, CA 90801, Fax: (562) 499-0610.

وإذا أمكن، سيجري الرد عليك على الفور. وإذا اتصلت بنا لرفع شكوى، من الممكن الرد عليك في المكالمة نفسها. وإذا تطلبت حالتك الصحية الرد بصفة سريعة، فسنفعل ذلك.

- نحن نجيب على أغلب الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا لم نصدر قرارًا خلال 30 يومًا تقويميًا لأننا نحتاج إلى المزيد من المعلومات، فسوف نقوم بإبلاغك كتابةً. كما أننا سنوفر كذلك تحديثًا للحالة وتقديرًا للوقت المتوقع أن تحصل فيه على الإجابة.
- إذا كانت الشكاوى بسبب تأخير طلبك "لقرار تعطية سريع" أو "تظلم سريع"، ستحول الشكاوى تلقائيًا إلى "شكوى سريعة" ويكون الرد على شكاوك خلال 24 ساعة.

### ويسمى المصطلح القانوني "الشكوى السريعة" "تظلمًا معجلًا".

- إذا قدمت شكوى بسبب استغراقنا وقتًا إضافيًا في اتخاذ قرار التعطية، فسوف نوفر لك بشكل تلقائي "شكوى سريعة" ويكون الرد على شكاوك خلال 24 ساعة.
- في حالة عدم موافقتنا على جزء من شكاوك أو جميعها؛ سنخبرك بذلك موضحين لك الأسباب. ولكن على كل حال سيجري الرد عليك سواء وافقتنا على الشكاوى أم لا.

### ي.3. الشكاوى الخارجية

#### يمكنك إخبار برنامج Medicare بشأن شكاوك

كما يمكنك إرسال شكاوك إلى برنامج Medicare. يتوفر نموذج الشكاوى من برنامج Medicare على الموقع الإلكتروني: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)

يأخذ برنامج Medicare شكاوك على محمل الجد مستخدمًا تلك المعلومات للمساعدة في الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة من خلاله.

إذا كانت لديك أي تعليقات أو استفسارات أخرى أو إذا رأيت أن الخطة لا تعالج مشكلاتك، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.

#### يمكنك إخبار برنامج Medi-Cal بشأن شكاوك

كما يساعد برنامج Cal MediConnect Ombuds على حل المشكلات من وجهة نظر محايدة للتأكد من أن أعضاءنا يتلقون جميع الخدمات المغطاة التي نحن مطالبون بتقديمها. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير متوفر لدينا أو مع أي شركة تأمين أو خطة صحية. ورقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو 1-855-501-3077. هذه الخدمات مجانية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627-855، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**يمكنك إخبار إدارة الرعاية الصحية المدارة في California بشكواك**

تعد إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) مسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية 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 وخطير على صحتك، أو كنت تعاني من ألم شديد، أو كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تعالج خطتنا شكوتك بعد 30 يومًا تقويميًا.

وهناك طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على 1-888-466-2219. يمكن أن يستخدم الأفراد ذوو الاحتياجات الخاصة سمعياً أو ممن يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام الرقم المجاني لمستخدمي جهاز الاتصال للسمع، وهو 1-877-688-9891. المكالمات مجانية.

- قم بزيارة موقع ويب إدارة الرعاية الصحية المدارة في California ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).

**يمكنك رفع الشكاوى لمكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights).**

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights) إذا كنت ترى أنه لم يتم التعامل معك بشكل 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 [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:

مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights)

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

كما قد تكون لك حقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الاحتياجات الخاصة وبموجب قوانين الولايات المعمول بها. يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds للحصول على المساعدة. أما رقم الهاتف فهو 1-855-501-3077.

**يمكنك تقديم شكوى إلى منظمة تحسين الجودة**

إذا كانت شكواك بخصوص جودة الرعاية، فإن لديك خيارين إضافيين؛ وهما:

- يمكنك رفع شكواك بشأن جودة الرعاية مباشرة إلى منظمة تحسين الجودة، إذا كنت تفضل ذلك، (دون التقدم بالشكوى إلينا).
- أو يمكنك التقدم بالشكوى إلينا ورفعها إلى مؤسسة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization). إذا قدمت الشكاوى إلى هذه المنظمة؛ فسنعمل معهم على حل مشكلتك.

منظمة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الذين يتفاوضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية نظير التحقق من الرعاية المقدمة لمرضى برنامج Medicare وتحسينها. للاطلاع على مزيد من المعلومات حول مؤسسة تحسين الجودة، راجع الفصل الثاني.

في California، يطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. رقم الهاتف الخاص بمنظمة Livanta هو 588-1123 (877)، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 887-6668 (855).



## الفصل العاشر: إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا

### مقدمة

يوضح هذا الفصل الطرق التي يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect من خلالها وخيارات التغطية الصحية بعد الخروج من الخطة. عند الخروج من الخطة، ستظل مشتركاً في برامج Medicare وMedi-Cal طالما كنت مؤهلاً. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

- أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا ..... 175
- ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا ..... 175
- ج. يمكنك الالتحاق بخطة Cal MediConnect مختلفة ..... 176
- د. كيفية الحصول على الرعاية الطبية وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل ..... 176
- د1. طرق الحصول على خدمات Medicare ..... 176
- د2. كيفية الحصول على الرعاية الطبية وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل ..... 177
- هـ. استمر في الحصول على الخدمات الطبية والأودية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك ..... 178
- و. الحالات الأخرى لإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا ..... 178
- ز. قواعد تمنع مطالبتك بترك خطة Cal MediConnect لأي أسباب صحية ..... 179
- ح. يحق لك تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا ..... 179
- ط. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك بالخطة ..... 180





## أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا

يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan في أي وقت خلال السنة عن طريق التسجيل في خطة Medicare Advantage Plan، أو التسجيل في خطة Cal MediConnect، أو الانتقال إلى خطة Original Medicare. سوف تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نحصل فيه على طلبك لتغيير خطتك. فإذا تلقينا طلبك في 18 يناير، مثلاً، فإن تغطية خطتك سوف تنتهي في 31 يناير. سوف تبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير على سبيل المثال). عند انتهاء عضويتك في الخطة الخاصة بنا، سوف يتم إشراكك في خطة رعاية مدارة تختارها لخدمات Medi-Cal الخاصة بك، إلا إذا اخترت خطة Cal MediConnect مختلفة. كما يمكنك أيضاً تحديد خيارات التسجيل في Medicare عندما تنهي عضويتك في خطتنا. في حالة مغادرتك لخطتنا، فيمكن أن تحصل على معلومات بشأن ما يلي:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول المذكور في الصفحة 176
- خدمات برنامج Medi-Cal في الصفحة 177

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك من خلال الاتصال برقم:

- خدمات الأعضاء 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
  - يرجى الاتصال بخطة Heath Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية (TTY)، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
  - اتصل ببرنامج (SHIP) Health Insurance Assistance Program و California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً، وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)
  - الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077، من الإثنين إلى الجمعة من 9:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية (TTY)، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.
  - بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- ملاحظة:** إذا كنت مشتركاً في برنامج إدارة الدواء، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. انظر الفصل 5 للحصول على معلومات عن برامج إدارة الدواء.

## ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا

إذا اخترت إنهاء عضويتك، أبلغ Medi-Cal أو Medicare أنك تحتاج إلى ترك خطة Molina Dual Options:

- اتصل بخطة Heath Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077؛ أو
- اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-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. عند اتصالك بـ 1-800-MEDICARE، يمكنك التسجيل أيضاً في خطة Medicare أو خطة أدوية أخرى. يمكنك الاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحصول على خدمات Medicare عند مغادرة خطتنا في الجدول الوارد في صفحة 176.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ج. يمكنك الالتحاق بخطة Cal MediConnect مختلفة

إذا كنت ترغب في استمرار تمتعك بفوائد Medicare و Medi-Cal معًا من خطة واحدة، فيمكنك الالتحاق بخطة Cal MediConnect مختلفة.

للتسجيل في خطة Cal MediConnect مختلفة:

- يرجى الاتصال بخطة Heath Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النسيبة، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. وأبلغهم برغبتك في الخروج من خطة Molina Dual Options والالتحاق بخطة برنامج Cal MediConnect مختلفة. إذا لم تكن متأكدًا من الخطة التي ترغب في الالتحاق بها، فيمكنهم اطلاعك على الخطة الأخرى في منطقتك.

سوف تنتهي تغطيتك في Molina Dual Options في اليوم الأخير من الشهر الذي تقدم فيه طلبك إلينا.

## د. كيفية الحصول على الرعاية الطبية وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل

إذا لم تكن ترغب في التسجيل في خطة Cal MediConnect مختلفة بعد تركك خطة Molina Dual Options، فيمكنك العودة للحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal كل على حدة.

### د1. طرق الحصول على خدمات Medicare

سيكون لديك الخيار حول كيفية حصولك على فوائد Medicare الخاصة بك.

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare. باختيار أحد هذه الخيارات، سوف تنتهي عضويتك تلقائيًا في خطة Cal MediConnect.

<p><b>إليك ما يجب عليك فعله:</b></p> <p>اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات بشأن برنامج رعاية المسنين الشامل لجميع الخدمات (PACE)، اتصل على 1-855-921-PACE (7223)</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج (HICAP، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 بعد الظهر. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a> وبمجرد بدء تغطية الخطة الجديدة التي اخترتها، سيُغى تسجيلك في خطة Molina Dual Options تلقائيًا.</li> </ul>	<p><b>1. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة الرعاية الصحية Medicare، مثل خطة Medicare Advantage Plan، أو، إذا كنت تستوفي شروط القبول وتقيم في منطقة الخدمات، برنامج الرعاية الشاملة للمسنين، Program of All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</b></p>
--	---

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. **لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)**



<p><b>إليك ما يجب عليك فعله:</b></p> <p>اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلقى تسجيلك في خطة Molina Dual Options تلقائيًا.</p>	<p><b>2. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة Original Medicare مع خطة أدوية منفصلة من Medicare</b></p>
<p><b>إليك ما يجب عليك فعله:</b></p> <p>اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو معرفة مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلقى تسجيلك في خطة Molina Dual Options تلقائيًا.</p>	<p><b>3. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة Original Medicare بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare</b></p> <p><b>ملاحظة:</b> إذا قمت بالتغيير إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة مستقلة لدواء موصوف طبيًا، فإن Medicare قد تسجلك في خطة أدوية ما لم تبلغ Medicare برغبتك في عدم الالتحاق.</p> <p>لا ينبغي عليك ترك تغطية الدواء الموصوف طبيًا إلا إذا كنت ستحصل على تغطية من مصدر أو مستخدم أو أي اتحاد آخر. إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنت تحتاج إلى تغطية أدوية أم لا، فيمكنك الاتصال ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></p>

## 2. كيفية الحصول على الرعاية الطبية وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل

إذا غادرت خطة Cal MediConnect الخاصة بنا، فسوف تشترك في خطة رعاية مدارة من Medi-Cal التي تختارها. تتضمن خدمات Medi-Cal معظم الخدمات والدعم لأجل طويل وخدمات الصحة السلوكية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



عندما تطلب إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، سوف تحتاج إلى إخبار Health Care Options بخطة الرعاية المدارة من Medi-Cal التي ترغب في الانضمام إليها.

- يرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، وبالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النسيبة، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. وأبلغهم برغبتك في الخروج من خطة Molina Dual Options والاتحاق بخطة رعاية مدارة مختلفة من Medi-Cal. إذا لم تكن متأكدًا من الخطة التي ترغب في الالتحاق بها، فيمكنهم اطلاعك على الخطة الأخرى في منطقتك.
- عند إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا، ستحصل على بطاقة هوية عضو جديدة ودليل أعضاء جديد ودليل صيدليات ومقدمي رعاية جديد لتغطية برنامج Medi-Cal.

## هـ. استمر في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك

- إذا تركت Molina Dual Options، فقد تستغرق بعض الوقت قبل أن تنتهي عضويتك وتبدأ تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal الجديدة. يرجى مراجعة الصفحة 180 للحصول على مزيد من المعلومات. خلال هذا الوقت، سوف تستمر في الحصول على الرعاية الطبية والأدوية الخاصة بك من خلال خطتنا.
- لصرف الدواء الموصوف طبيًا الخاص بك، ينبغي عليك استخدام الصيدليات التابعة لشبكتنا. عادةً ما يتم تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا إذا ما تم تجهيزها في الصيدليات التابعة لشبكتنا فقط بما في ذلك خدماتنا الصيدلية التي تجري عبر طلبات البريد.
- فإذا كنت نزيلاً بإحدى المستشفيات في تاريخ انتهاء عضويتك، فستستمر إقامتك بالمستشفى مغطاة بخطة Cal MediConnect حتى تخرج من المستشفى. وسوف يحدث هذا حتى إذا بدأت تغطية الرعاية الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

## و. الحالات الأخرى لإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا

- هذه هي الحالات التي ينبغي عندها أن تقوم خطة Molina Dual Options بإنهاء عضويتك في الخطة:
- إذا كان هناك انقطاع في تغطية الجزئين "أ" و"ب" في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً للتمتع ببرامج Medi-Cal. وتستهدف خطتنا الأشخاص المؤهلين للتمتع بكل من Medicare وMedi-Cal.
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمات التابعة لنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة الخدمة لمدة تزيد عن ستة أشهر.
- إذا انتقلت أو انطلقت في رحلة طويلة، فمن الضروري الاتصال بمسؤولي خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في منطقة الخدمات التابعة للخطة.
- إذا تعرضت للسجن بسبب جريمة جنائية.
- إذا كذبت بشأن المعلومات الخاصة بأشكال التأمين الأخرى التي تتمتع بها للحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا أو أخفيت هذه المعلومات.
- إذا لم تكن مواطنًا من مواطني الولايات المتحدة أو لست موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو أن تكون مقيمًا بشكل قانوني بها لكي تنضم كعضو إلى الخطة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- سوف تبلغنا مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو على هذا الأساس.
- يجب أن نَقَمَ بإلغاء اشتراكك إذا لم تكن تفي بهذا المطلب.

إذا لم تعد مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medi-Cal أو إذا كانت ظروفك قد تغيرت بحيث لم تعد مؤهلاً للمشاركة في برنامج Cal MediConnect، يمكنك الاستمرار في الحصول على المزايا من خطة Molina Dual Options لفترة قدرها شهرين إضافيين. وسوف يسمح لك هذا الوقت الإضافي بتصحيح معلومات الأهلية الخاصة بك إذا كنت ترى أنك ما زلت مؤهلاً. وسوف تتلقى خطاباً منا حول التغيير في أهليتك بالإضافة إلى تعليمات من أجل تصحيح معلومات الأهلية الخاصة بك.

- للبقاء عضوًا في Molina Dual Options، يجب أن تصبح مؤهلاً مرة أخرى بحلول اليوم الأخير من فترة الشهرين الإثنيين تلك.
- إذا لم تصبح مؤهلاً مع نهاية فترة الشهرين، فسيتم استبعادك من خطة Molina Dual Options.
- لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أولاً:
- إذا أعطيتنا معلومات غير صحيحة عن عمد عند تسجيلك في خطتنا وكانت تلك المعلومات تؤثر على أهليتك للتمتع بخطتنا.
- إذا واصلت التصرف بطريقة تضر بالنظام وجعلت من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين بخطتنا.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة الهوية الخاصة بالعضو للحصول على الرعاية الطبية.
- إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد تطلب Medicare تحقيق المفتش العام في حالتك.

## ز. قواعد تمنع مطالبتك بترك خطة Cal MediConnect لأي أسباب صحية

إذا كنت تشعر بأنه قد طلب منك مغادرة الخطة لأسباب ذات صلة بصحتك، فعليك الاتصال بمسؤولي Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يُمكنك الاتصال بنا على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

يجب عليك أيضًا الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية (TTY)، فيجب عليهم الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.

## ح. يحق لك تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect التابعة لنا، فينبغي علينا إطلاعك على الأسباب التي دعنا لإنهاء عضويتك كتابة. كما يجب علينا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى، في حال أردت تقديم شكوى حول قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك كذلك مراجعة الفصل التاسع للاطلاع على مزيد من المعلومات حول كيفية تقديم الشكوى.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY): 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



## ط. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك بالخطة

إذا كان لديك استفسارات أو ترغب في الاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحالات التي يمكننا عندها إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- تفضل بالاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم (855) 665-4627، ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية: 711، من الإثنين حتى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً حسب التوقيت المحلي.
- يرجى الاتصال بخطة Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- اتصل ببرنامج (HICAP، California Health Insurance Counseling and Advocacy Program) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 بعد الظهر. وللحصول على المزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي تابع لبرنامج HICAP في منطقتك، يرجى زيارة [www.aging.ca.gov/HICAP/](http://www.aging.ca.gov/HICAP/)
- يرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077، من الإثنين إلى الجمعة من 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، بالنسبة إلى مستخدمي الهواتف النصية، يجب عليهم الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.
- اتصل بمسؤولي Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم 7 أيام في الأسبوع. بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النصية (TTY)، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.



## الفصل الحادي عشر: الإشعارات القانونية

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل إخطارات قانونية تنطبق على عضويتك في Molina Dual Options. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

### جدول المحتويات

- أ. إشعار حول القوانين.....182
- ب. إشعار حول عدم التمييز.....182
- ج. إشعار حول برنامج Medicare بوصفه الدافع الثاني وبرنامج Medi-Cal بوصفه دافع الملجأ الأخير.....182



## أ. إشعار حول القوانين

تسري قوانين كثيرة على دليل الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى إذا لم تكن هذه القوانين قد وردت في هذا الكتيب أو لم يتم توضيحها. إن القوانين الرئيسية التي تنطبق على هذا الكتيب هي القوانين الفيدرالية الخاصة ببرامج الرعاية الصحية Medicare و Medi-Cal. كما قد تنطبق أيضاً 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 خبرتك في المطالبات أو اللون أو العرق أو وجود دليل على إمكانية التأمين أو النوع أو المعلومات الجينية أو الموقع الجغرافي أو الحالة الصحية أو التاريخ الطبي أو الإعاقة الفكرية أو البدنية أو الأصل القومي السلالة أو الدين أو الجنس. وبالإضافة إلى ذلك، فنحن لا نميز ضد أحد أو نعالجك بشكل مختلف بسبب العرق أو الحالة الاجتماعية أو التوجه الجنسي.

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 إلى مستخدمي الهواتف النضوية، 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.
- يمكنك الاتصال بالفروع المحلية لمكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights). للحصول على المزيد من المعلومات حول مكتب الحقوق المدنية وللتعرف على مكتب الحقوق المدنية المحلي لديك، يرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: [www.hhs.gov/ocr/office](http://www.hhs.gov/ocr/office)

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 دافع الملجأ الأخير

في بعض الأحيان، يكون على شخص آخر أن يدفع أولاً لقاء الخدمات التي نقدمها لك. فإذا أصبت في حادث سيارة أو حادث عمل، مثلاً، فينبغي على شركة التأمين أو برامج تعويضات العمل الدفع أولاً.

يجق لنا ونتحمل مسؤولية الدفع لقاء خدمات الرعاية الصحية ببرنامج Medicare المشمولة التي لا يكون فيها برنامج Medicare الدافع الأول.

يجمع برنامج Cal MediConnect بين القوانين واللوائح الفيدرالية وتلك الخاصة بالولاية فيما يتعلق بالمسؤولية القانونية للطرف الثالث الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية للمستفيدين. سوف نتخذ جميع الإجراءات المعقولة لضمان أن يكون برنامج Medi-Cal هو دافع الملجأ الأخير.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم (855) 665-4627، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النضوية (TTY): 711، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)





## الفصل الثاني عشر: تعريفات المصطلحات المهمة

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية المستخدمة في دليل الأعضاء مع تعريفاتها. يتم سرد المصطلحات بترتيب أبجدي. إذا تعثر عليك إيجاد المصطلح الذي تبحث عنه أو كنت في حاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

**نشاطات الحياة اليومية (ADL):** الأشياء التي يقوم بها الناس في يومهم العادي، مثل الأكل أو استخدام المراض أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو غسل الأسنان بالفرشاة.

**المساعدات المدفوعة العالقة:** يمكنك مواصلة الحصول على المزايا الخاصة بك في أثناء انتظار صدور القرار بشأن تظلم المستوى 1 أو جلسة استماع بالولاية (راجع الفصل 9 لمزيد من المعلومات). هذه التغطية المستمرة تعرف باسم "المساعدات المدفوعة العالقة".

**مركز الجراحة الإسعافية:** مرفق يوفر خدمات جراحية في العيادات الخارجية للمرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية بالمستشفى والذين لا يتوقع أن تحتاج حالتهم الصحية رعاية تزيد عن 24 ساعة.

**تظلم:** طريقة للاعتراض على ما اتخذناه من إجراءات إذا كنت تعتقد أننا قد أخطأنا. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار التغطية بتقديم تظلم. يوضح الفصل التاسع التظلمات، بما في ذلك كيفية تقديم هذه التظلمات.

**الصحة السلوكية:** تعبير شامل يشير إلى اضطرابات الصحة العقلية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي العقاقير المخدرة.

**أدوية العلامة التجارية:** دواء موصوف طبيًا لا تنتجه أو تبيعه سوى الشركة التي ابتكرت الدواء في الأصل. أدوية العلامة التجارية تتضمن نفس المكونات التي تتضمنها أدوية عامة مكافئة للأدوية. الأدوية العامة هي أدوية يتم تصنيعها وبيعها من قبل شركات دواء أخرى.

**برنامج Cal MediConnect:** البرنامج الذي يقدم فوائد برنامجي Medicare و Medi-Cal معًا في خطة صحية واحدة. وتحصل على بطاقة عضو واحدة لجميع المزايا الخاصة بك.

**خطة الرعاية:** راجع "خطة الرعاية الفردية (ICP)".

**الخدمات الاختيارية في خطة الرعاية (خدمات CPO):** الخدمات الإضافية التي يكون الحصول عليها اختياريًا بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك (ICP). هذه الخدمات غير المقصود منها استبدال الخدمات ووسائل الدعم طويل الأجل المسموح لك بالحصول عليه بموجب برنامج Medi-Cal.

**فريق الرعاية:** راجع "فريق الرعاية متعدد التخصصات".

**مدير الحالة:** موظف Molina الذي يعمل معك، ومع الخطة الصحية الخاصة بك، ومع مقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

**مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يوضح الفصل الثاني كيفية الاتصال ببرنامج CMS.

**برنامج Community-Based Adult Services (CBAS):** برنامج خدمات المرضى الخارجيين داخل المنشأة الذي يقدم خدمات التمريض المتخصصة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات إذا كنت تستوفي معايير التأهل السارية.



**الشكاوى:** تقرير مكتوب أو منطوق يذكر فيه أنك قد واجهت مشكلة أو لديك استفسار بخصوص الخدمات أو الرعاية المشمولة في التغطية. وهذا يشمل أي استفسارات بخصوص جودة الخدمة أو جودة الرعاية أو مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. الاسم الرسمي "تقديم الشكاوى" هو "تقديم تظلم".

**إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF):** مرفق يقدم بشكل رئيسي خدمات إعادة التأهيل بعد التعافي من مرض أو حادثة أو عملية كبرى. فهو يقدم مجموعة من الخدمات تتضمن العلاج البدني والخدمات الاجتماعية أو النفسية والمعالجة التنفسية والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب وخدمات تقييم بيئة المنزل.

**قرار التغطية:** القرار الذي نتخذه بخصوص المخصصات التي نשלها بالتغطية. وهو ما يتضمن القرارات الخاصة بالأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي سنقوم بدفعه في مقابل الخدمات الصحية التي نتلقاها. يوضح الفصل التاسع كيف تطلب منا الحصول على قرار التغطية.

**الأدوية المشمولة:** التعبير الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الوصفات والأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية والتي تغطيها خطتنا.

**الخدمات المشمولة:** التعبير الأعم الذي نستخدمه لنعني به جميع أشكال الرعاية الصحية والخدمات والدعم الطويل الأجل والإمدادات والأدوية الموصوفة طبيًا والتي لا تحتاج لوصفة والأجهزة وغيرها من الخدمات التي تغطيها خطتنا.

**تدريب الأهلية الثقافية:** تدريب يقدم تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية التابعين لنا لمساعدتهم على فهم خلفيتك، وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لموائمة الخدمات لتفي باحتياجاتك الاجتماعية، والثقافية، واللغوية.

**إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS):** وزارة الخارجية في California التي تدير برنامج Medicaid Program (يشار إليه باسم Medi-Cal في California)، ويشار إليها عمومًا باسم "الدولة" في هذا الدليل.

**إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC):** الإدارة التابعة لولاية California والمسؤولة عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. وتساعد هذه الإدارة الأشخاص المشاركين في خطة Cal MediConnect فيما يتعلق بالتظلمات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. كما تقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة في California كذلك بتنفيذ المراجعات الطبية المستقلة (IMR).

**إنهاء التسجيل:** عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إنهاء التسجيل طوعيًا (باختيارك) أو إجباريًا (ليس باختيارك).

**فئة الأدوية:** الفئات هي عبارة عن مجموعات من الأدوية في قائمة الأدوية. تعد الأدوية العامة أو ذات العلامة التجارية أو التي يتم تناولها بدون وصفة طبية أمثلة على فئات الأدوية. يمثل كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا واحدًا من ثلاث (3) فئات.

**الأجهزة الطبية المعمرة (DME):** بعض المتعلقات التي يأمر الطبيب بصرفها لك لاستخدامها في المنزل. ومن أمثلتها الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراب 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.

**الطوارئ:** الحالة الطبية الطارئة هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر ذو معرفة طبية وصحية متوسطة أنك تعاني من أعراض مرضية تحتاج إلى الرعاية الطبية الفورية لمنع الوفاة أو خسارة جزء من البدن أو خسارة وظيفة جزء منه. وقد تكون هذه الأعراض إصابة خطيرة أو ألم شديد.

**الرعاية في حالة الطوارئ:** الخدمات المغطاة التي يقدمها مقدم رعاية مدرب للقيام بخدمات الطوارئ اللازمة للتعامل مع حالات الطوارئ الطبية والصحة السلوكية.



**الاستثناء:** الإذن للحصول على تغطية للدواء الذي لا تشملته التغطية عادة أو لاستخدام الدواء دون حدود أو قوانين محددة.

**برنامج المساعدة الإضافية (Extra Help):** يساعد برنامج Medicare الأشخاص محدودى الدخل والموارد على تقليل تكاليف الأدوية التي لا تباغ إلا بوصفة طبية ويغطيها الجزء د من برنامج Medicare مثل أقساط التأمين والخصومات والمدفوعات المشتركة. يطلق على المساعدة الإضافية (Extra Help) كذلك اسم "إعانة محدودى الدخل" أو يشار إليها اختصارًا باسم "LIS".

**الأدوية العامة:** دواء موصوف طبيًا حصل على موافقة الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من الأدوية التي تحمل علامات تجارية. تحتوي الأدوية العامة على نفس المكونات التي تحتوي عليها الأدوية التي تحمل علامة تجارية. وعادة ما تكون أقل ثمنًا ولها نفس التأثير الذي يقوم به دواء العلامة التجارية.

**المظلمة:** هي الشكوى التي تقدمها ضدنا أو ضد مقدمي الرعاية أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. وهذا يشمل أي شكوى بشأن جودة الرعاية أو جودة الخدمة التي توفرها خطتك الصحية.

**برنامج Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP):** برنامج يقدم معلومات ومشورة مجانية وموضوعية حول برنامج Medicare. يوضح الفصل الثاني كيفية الاتصال ببرنامج HICAP.

**الخطة الصحية:** هي عبارة عن منظومة تتكون من أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي الخدمات طويلة الأجل وغيرهم من مقدمي الخدمات. كما أنها تتضمن مديري الحالات لمساعدة الأعضاء في إدارة جميع الجهات والخدمات المتاحة لك. ويتعاون كل هؤلاء معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

**تقييم المخاطر الصحية:** مراجعة التاريخ الطبي للمريض ووضعه الحالي. يستخدم التقييم لمعرفة صحة المريض وكيف من الممكن أن تتغير حالته في المستقبل.

**المساعد الصحي المنزلي:** الشخص الذي يوفر خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج معتمد مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (كالاستحمام واستخدام المراض وارتداء الملابس أو إجراء بعض التمارين الموصوفة طبيًا). لا يتمتع المساعد الصحي المنزلي برخصة تمرير ولا يقدم العلاج.

**دار رعاية المحتضرين:** برنامج للرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص المصابين بداء عضال لمساعدتهم على الحياة 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.
- ويجب أن توفر لك خطة Molina Dual Options قائمة بمقدمي الرعاية الصحية في المنطقة الجغرافية التي تقيم بها.

**إصدار الفواتير غير اللائق/غير المناسب:** الحالة التي يحرر فيه مقدم الرعاية الصحية (مثل الطبيب أو المستشفى) فاتورة لك تزيد عن مبلغ تقاسم تكلفة الخدمات بالخطة. اظهر بطاقة هوية عضو خطة Molina Dual Options عند حصولك على أية خدمات أو صفات. اتصل بخدمات الأعضاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهم سببها.

نظرًا لأن خطة Molina Dual Options تتكفل بدفع جميع مصاريف الخدمات التي تتلقاها، فليس عليك تقاسم أية تكاليف. على مقدمي الرعاية عدم إصدار أية فواتير لك لأي من تلك الخدمات.

**المراجعة الطبية المستقلة (IMR):** إذا لم تقبل طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، يمكنك تقديم تظلم إلينا. 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 المراجعة الطبية المستقلة في صالحك، فسيكون لزامًا علينا تقديم الخدمة أو العلاج الذي طلبته. ولن تتكبد أي تكاليف في مقابل المراجعة الطبية المستقلة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



### Independent Physician Association (IPA): مؤسسة Independent Physician Association (IPA)

هي عبارة عن شركة تقوم بتنظيم مجموعة من الأطباء والمتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية للكشف على أعضاء شركة Molina Healthcare. ويتولى الطبيب المعالج لك، بالإضافة إلى مؤسسة IPA، الاعتناء بالاحتياجات الطبية الخاصة بك. ويشتمل ذلك على الحصول على التصاريح، إذا كانت مطلوبة، لمقابلة الأطباء المتخصصين أو تلقي الخدمات الطبية مثل إجراء الفحوصات المعملية والأشعة السينية خدمات المرضى الداخليين والخارجيين في المستشفيات

**خطة الرعاية الطبية الفردية (ICP أو خطة الرعاية):** تتضمن خطة الرعاية مخاوفك الصحية الرئيسية وأهدافك واحتياجاتك والخدمات التي قد تحتاجها. قد تشمل خطتك الخدمات الطبية، وخدمات الصحة السلوكية، والخدمات والدعم الطويل الأجل.

**مرضى داخلي:** مصطلح يستخدم عندما يتم دخولك رسمياً في المستشفى حتى تتلقى الخدمات الطبية المتخصصة. أما إذا لم يتم قبولك رسمياً، فأنت لا تزال مريضاً خارجياً أو تتلقى خدمات المراقبة حتى ولو قضيت الليلة في المستشفى.

**فريق الرعاية متعدد التخصصات (ICT أو فريق الرعاية):** قد يشمل فريق الرعاية طبيب الرعاية الأولية ومدير الحالة وقد يشمل مقدمي رعاية متخصصين آخرين. مقدم الرعاية، أو غيره من اختصاصي الصحة المسؤولين عن تقديم المساعدة لك وضمان حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها. كما سيساعدك فريق الرعاية على إعداد خطة الرعاية أو تحديثها.

**قائمة الأدوية المشمولة (قائمة الأدوية):** قائمة الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها الخطة. تختار الخطة الأدوية بهذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. تطلعك قائمة الأدوية على القواعد التي ينبغي عليك اتباعها للحصول على الدواء. تعرف قائمة الدواء في بعض الأحيان باسم "كتيب الوصفات".

**الأسئلة المتعلقة ببرامج Long Term Services and Supports (LTSS):** برنامج Long Term Services and Supports and Supports هو عبارة عن الخدمات التي تساعد على تحسين الحالة الطبية طويلة الأمد. معظم هذه الخدمات تساعدك على البقاء في المنزل دون أن تضطر للإقامة في مركز ترميز/رعاية أو مستشفى. يتضمن برنامج LTSS برنامج Community-Based Adult Services (CBAS) وNursing Facilities (NF).

**إعانة الدخل المنخفض (LIS):** راجع "مساعدة إضافية".

**Medi-Cal:** هو اسم مختصر لبرنامج Medicaid بولاية California. يُدار برنامج Medi-Cal بواسطة الولاية ويتم تمويله بواسطة كل من الولاية والحكومة الفيدرالية.

- فهو يساعد أصحاب الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم الطويل الأجل فضلاً عن تكاليف الرعاية الطبية.
- كما أنه يغطي الخدمات الإضافية وبعض الأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى ولاية، إلا أن أغلب تكاليف الرعاية الصحية تخضع للتغطية إذا كنت مؤهلاً لبرنامجي Medicaid و Medicare.
- راجع الفصل 2 للاطلاع على معلومات بشأن كيفية الاتصال ببرنامج Medi-Cal.

**خط Medi-Cal:** الخط الذي لا تغطي سوى فوائد برنامج Medi-Cal، مثل الخدمات والدعم الطويل الأجل، والأجهزة الطبية، والنقل. تقدم فوائد Medicare بشكل مستقل.

**الضرورة الطبية:** يصف الخدمات، أو الإمدادات، أو الأدوية التي تحتاجها لمنع حالة طبية، أو تشخيصها، أو علاجها أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يتضمن الرعاية التي تبعدك عن الذهاب إلى أحد المستشفيات أو دور التمريض. كما يعني ذلك الخدمات أو اللوازم أو الأدوية التي تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية أو الضرورية بموجب قواعد التغطية الحالية في برنامج Medicare أو Medi-Cal.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهاتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



**برنامج Medicare:** برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لكبار السن الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر، وللمرضى الذين تقل أعمارهم عن 65 ولكنهم يعانون من إعاقات بعينها ومرضى الفشل الكلوي في مراحله النهائية (وهؤلاء عادة هم الذين يعانون من فشل كلوي دائم ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو زراعة واحدة). ويمكن للأشخاص المسجلين ببرنامج Medicare أن يحصلوا على تغطية صحية من خلال Original Medicare أو خطة رعاية مداراة (راجع "الخطة الصحية").

**خطة Medicare Advantage:** برنامج Medicare ويُعرف أيضًا بـ "Medicare Part C" أو "MA Plans"، الذي يقدم خططًا من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

**الخدمات المشمولة ببرنامج Medicare:** الخدمات التي يغطيها الجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare. وينبغي أن تغطي جميع الخطط الصحية في برنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، جميع الخدمات التي يغطيها الجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare.

**المسجل في برنامج Medicare -Medi-Cal (المؤهل المزدوج):** الشخص المؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal. ويعرف الشخص المسجل في Medicare-Medi-Cal أيضًا باسم "الشخص المؤهل المزدوج".

**الجزء "أ" ببرنامج Medicare:** برنامج Medicare الذي يغطي معظم الرعاية الضرورية طبيًا بالمستشفيات ومراكز التمريض المتخصصة والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المحتضرين.

**الجزء "ب" ببرنامج Medicare:** برنامج Medicare الذي يغطي خدمات (مثل الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وزيارات الطبيب) واللوازم (مثل الكراسي المتحركة ومساند مساعدة المشي) الضرورية طبيًا لعلاج مرض أو حالة طبية. كما يغطي الجزء "ب" برنامج Medicare العديد من خدمات العلاج الوقائي واختبارات الفحص.

**الجزء "ج" ببرنامج Medicare:** برنامج الرعاية الصحية الذي يسمح لشركات التأمين الطبي الخاصة بتقديم فوائد برنامج Medicare من خلال خطة Medicare Advantage Plan.

**الجزء "د" ببرنامج Medicare:** برنامج الاستفادة من الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare. (نطلق على هذا البرنامج "الجزء د") (اختصارًا). يغطي الجزء "د" الأدوية الموصوفة طبيًا في العيادات الخارجية واللقاحات وبعض اللوازم التي لا يغطيها الجزء "أ" والجزء "ب" أو برنامج Medi-Cal. وتشتمل خطة Molina Dual Options على الجزء "د" من برنامج Medicare.

**أدوية الجزء "د" ببرنامج Medicare:** الأدوية المشمولة بالتغطية بالجزء "د" وفقًا لبرنامج Medicare. استثنى الكونجرس بعض فئات الدواء من أن تشملها التغطية كجزء من قائمة الأدوية بالجزء "د". قد يغطي برنامج Medi-Cal بعضًا من هذه الأدوية.

**العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة):** الشخص الذي يتمتع بتأمين برنامج Medicare وMedi-Cal المؤهل للحصول على خدمات التغطية حيث كان قد تم تسجيله بخطتنا وتم تأكيد التسجيل من قبل مراكز الرعاية الصحية والخدمات الطبية (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) والولاية.

**دليل الأعضاء ومعلومات الإفصاح:** هذا المستند جنبًا إلى جنب مع نموذج التسجيل وأي مرفقات أو ملحقات أخرى، توضح تغطيتك وما الذي ينبغي علينا فعله وحقوقك وما الذي يجب عليك فعله بوصفك عضوًا في خطتنا.

**خدمات الأعضاء:** القسم المسؤول في إطار خطتنا عن الرد على أسئلتك بشأن العضوية والاستحقاقات والتظلمات والاستئنافات. راجع الفصل الثاني للاطلاع على معلومات الاتصال بمسؤولي خدمات الأعضاء.

**الصيدليات التابعة لشبكتنا:** الصيدليات (متاجر الأدوية) التي وافقت على صرف الأدوية الموصوفة طبيًا لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها اسم "الصيدليات التابعة لشبكتنا" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. وفي معظم الحالات، لا تكون الأدوية الموصوفة طبيًا مشمولة إلا إذا صرفت من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا.

**مقدمو الرعاية التابعون لشبكتنا:** "مقدم الرعاية الصحية" هو تعبير عام يستخدم للإشارة إلى الأطباء والمرضى وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون الخدمات والرعاية. ويشير مصطلح مقدمو الرعاية أيضًا إلى المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم خدمات الرعاية الصحية، والمعدات الطبية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بـ Molina Dual Options على الرقم 665-4627 (855)، بالنسبة لمستخدمي أجهزة الهواتف النسيبة 711 (TTY)، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. إن هذا الاتصال مجاني. لمزيد من

المعلومات تفضل بزيارة [www.MolinaHealthcare.com/Duals](http://www.MolinaHealthcare.com/Duals)



- وجميعها معتمدة أو مرخصة من برنامج Medicare ومن الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
  - ونطلق عليهم "مقدمو الرعاية التابعين لشبكتنا" لأنهم وافقوا على العمل في إطار الخطة الصحية وقبلوا نظام الدفع وعدم تغريم الأعضاء أي تكاليف إضافية.
  - فحينما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي الرعاية في شبكتنا للتمتع بالخدمات المشمولة. ويعرف مقدمو الرعاية الصحية التابعون لشبكتنا أيضًا باسم "مقدمو رعاية الخطة".
- دار أو مرفق الرعاية:** المكان الذي يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكن من غير الضروري في الوقت نفسه حجزهم في المستشفى.
- أمين المظالم:** مكتب في الولاية يعمل كهيئة دفاع نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك على فهم ما فعله. تعتبر خدمات المحقق في الشكاوى مجانية. يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات فيما يتعلق بـ Cal MediConnect Ombuds Program في الفصلين الثاني والتاسع من هذا الدليل.
- حكم المنظمة:** تتخذ الخطة حكم المنظمة عندما تقوم هي أو أي من مقدمي الرعاية الطبية التابعة لشبكتها بإصدار قرار بشأن الخدمات وتغطيتها أو بشأن المبلغ الذي عليك دفعه لقاء خدمات التغطية. تعرف أحكام المنظمة باسم "قرارات التغطية" في هذا الكتيب. يوضح الفصل التاسع كيف تطلب منا الحصول على قرار التغطية.
- Original Medicare (نظام Medicare التقليدي أو Medicare للخدمة المجانية):** يتم تقديم برنامج Original Medicare من قبل الحكومة. في إطار برنامج Original Medicare، تغطي خدمات Medicare من خلال الدفع للأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية التي يحددها الكونجرس.
- يمكنك استخدام الطبيب أو المستشفى أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يقبلون برنامج Medicare. يتكون برنامج Original Medicare من جزأين: الجزء "أ" (التأمين بالمستشفى) والجزء "ب" (التأمين الطبي).
  - يتوفر برنامج Original Medicare في كل ولاية بالولايات المتحدة.
  - إذا لم تكن تريد التسجيل في خطتنا، فيمكنك اختيار Original Medicare.
- الصيدليات غير التابعة لشبكتنا:** الصيدلية التي لم تتفق على العمل مع خطتنا للتنسيق أو لتقديم الأدوية المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. إن معظم الأدوية التي تحصل عليها خارج الصيدليات التابعة لشبكتنا لا تشملها تغطية خطتنا ما لم تنطبق شروط معينة.
- مقدم الرعاية غير التابع لشبكتنا أو المرفق غير التابع لشبكتنا:** مقدم الرعاية أو المرفق الذي لا يعمل لصالح خطتنا أو غير مملوك لها أو لا يشغلها ولا يرتبط بعقد لتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. يوضح الفصل الثالث مقدمي الرعاية أو المرافق غير التابعة لشبكتنا.
- الأدوية غير الموصوفة طبيًا (OTC):** تشير الأدوية غير الموصوفة طبيًا إلى أي دواء أو علاج يمكن للشخص شراؤه دون وصفة طبية من أخصائي الرعاية الصحية.
- الجزء "أ":** راجع "Medicare الجزء أ".
- الجزء "ب":** راجع "Medicare الجزء ب".
- الجزء "ج":** راجع "Medicare الجزء ج".
- الجزء "د":** راجع "Medicare الجزء د".
- أدوية الجزء "د":** راجع "الأدوية بالجزء د" ببرنامج Medicare.



**المعلومات الصحية الشخصية (PHI) (تُسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية):** معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك، وعنوانك، ورقم الضمان الاجتماعي، وزيارات الطبيب، والسجل الطبي. راجع إشعار ممارسات الخصوصية لخطة Molina Dual Options للحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية قيام خطة Molina Dual Options بحماية معلوماتك الصحية الشخصية PHI واستخدامها والكشف عنها، وكذلك حقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية الشخصية PHI.

**مقدم الرعاية الرئيسي (PCP):** مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) هو الطبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الذي تستخدمه أولاً عند حدوث معظم المشكلات الطبية. حيث يحرص على أن تتلقى الرعاية التي تحتاج إليها لتتمتع بصحة جيدة.

- كما قد يتحدث مع غيره من الأطباء ومقدمي الرعاية الطبية حول الرعاية المقدمة لك ويحملك 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 للاطلاع على المعلومات الخاصة بالحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الصحية الرئيسيين.

**التصريح المسبق:** طلب خدمة مقدم من مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك من أجل الحصول على موافقة أو تفويض من خطة Molina Dual Options للحصول على خدمة معينة أو دواء معين أو الذهاب إلى مقدم رعاية من خارج الشبكة. وإذا لم تحصل على موافقة، فقد لا تغطي خطة Molina Dual Options الخدمة أو الدواء.

ولا تشمل التغطية بعض الخدمات الطبية التابعة لشبكتنا إلا إذا حصل طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية على تصريح مسبق من خطتنا.

- الخدمات المشمولة بالخطة التي تحتاج إلى تصريح مسبق من خطتنا، معلمة في جدول المزايا في الفصل الرابع.

لا تشمل التغطية بعض الأدوية إلا إذا حصلت على تصريح مسبق منا.

- تجد الأدوية المشمولة بالخطة والتي تحتاج إلى تصريح مسبق من خطتنا معلمة في قائمة الأدوية المشمولة.

**خطط برنامج رعاية المحتضرين الشامل لجميع الخدمات (PACE):** برنامج يغطي مزايا Medicare و Medi-Cal معاً للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عاماً وأكثر والذين يحتاجون إلى مستوى رعاية أكثر تخصصاً في المنزل.

**الأجهزة التعويضية وتقويم العظام:** عبارة عن خدمات طبية يطلبها طبيبك أو غير ذلك من مقدمي الرعاية الصحية. وتشتمل الأشياء الخاضعة للتغطية، دون الحصر، على دعائم الذراع والظهر والرقبة؛ والأطراف الصناعية؛ والعيون الصناعية؛ والأجهزة اللازمة لكي تحل محل عضو داخلي أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك إمدادات الفغر وعلاج التغذية عبر المعدة وعبر الحقن.

**منظمة تحسين الجودة (QIO):** مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. ويتم تمويل هؤلاء الأشخاص من قبل الحكومة الفيدرالية للتحقق من مستوى جودة الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. يرجى مراجعة الفصل الثاني للمعلومات حول كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة بالولاية التي تعيش فيها.

**حدود الكمية:** الحد الأقصى لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد يكون هناك قيود مفروضة على كمية الدواء التي تشملها التغطية وفقاً للوصفة الطبية.

**الإحالة:** تعني الإحالة أن مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك يرسل نموذج طلب ترخيص الخدمة المعروف باسم الإحالة إلى خطة Molina Dual Options للحصول على الموافقة قبل أن تتمكن من رؤية مقدم رعاية بخلاف مقدم الرعاية الرئيسي (PCP) الخاص بك. إذا لم تحصل على الموافقة، يجوز لخطة Molina Dual Options عدم توفير التغطية للخدمات. لست بحاجة إلى إحالة لزيارة أخصائيين معينين، مثل الأخصائيين في صحة المرأة. يمكنك أن تجد مزيد من المعلومات عن الإحالات في الفصل الثالث وعن الخدمات التي تتطلب إحالات في الفصل الرابع.

**خدمات إعادة التأهيل:** العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك على التعافي من مرض أو حادثة أو عملية جراحية كبرى. راجع الفصل الرابع لمعرفة المزيد حول خدمات إعادة التأهيل.



**منطقة الخدمات:** المنطقة الجغرافية التي تقبل فيها الخطة الصحية أعضاء إذا كانت تحدد العضوية بناءً على المكان الذي تعيش فيه. بالنسبة للخطة التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي قد تستخدمها، فهي، بوجه عام، المنطقة التي يمكنك الحصول بها على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا الانضمام إلى خطة Molina Dual Options.

**مشاركة التكلفة:** حصتك من تكاليف الرعاية الصحية التي قد تدفعها كل شهر قبل أن تصبح مزايا Cal MediConnect نافذة المفعول. ويتباين مبلغ حصتك من التكاليف اعتمادًا على الدخل والموارد الخاصة بك.

**مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF):** مركز التمريض الذي يتميز بفريق عمل وأجهزة متخصصة لتقديم خدمات التمريض وخدمات إعادة التأهيل المتخصصة - في معظم الحالات - وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

**الرعاية في منشآت الرعاية التمريضية المتخصصة:** خدمات التمريض وإعادة التأهيل المتخصصة المقدمة على أساس يومي دائم في مركز تمريض متخصص. وتتضمن الأمثلة على منشآت الرعاية التمريضية المتخصصة العلاج البدني أو الحقن الوريدي (IV) التي قد يعطيها الممرض المعتمد أو الطبيب.

**الاختصاصي:** الطبيب الذي يقدم الرعاية الصحية الخاصة بمرض معين أو جزء من الجسم.

**جلسة استماع:** إذا طلب طبيبك أو أي مقدم رعاية آخر خدمة برنامج Medi-Cal ولكننا لم نوافق عليها أو أننا توقعنا عن الدفع في مقابل الخدمة التي قد حصلت عليها بالفعل، فيمكنك طلب جلسة استماع بالولاية. وإذا جاء قرار جلسة الاستماع في صالحك، فسيتوجب علينا تقديم الخدمة التي طلبتها.

**العلاج التدريجي:** إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك أن تجرب دواء آخر أولاً قبل أن نغطي الدواء الذي طلبته.

**دخل الضمان التكميلي (SSI):** فائدة شهرية يدفعها مكتب الضمان الاجتماعي لذوي الدخل المحدود والموارد القليلة الذين يعانون من إعاقات أو عمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر. تختلف مزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) عن مزايا الضمان الاجتماعي.

**الرعاية العاجلة:** هي الرعاية التي تحصل عليها بسبب مرض مفاجئ أو إصابة أو وضع لا يمثل حالة طارئة ولكنه يحتاج إلى رعاية فورًا. 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.





صفحة تُركت  
فارغة عمدًا

صفحة تُركت  
فارغة عمدًا



## خدمات أعضاء خطة Molina Dual Options

الطريقة	معلومات الاتصال
اتصل على:	<p>665-4627 (855) المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.</p> <p>من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي تتوفر التقنيات المساعدة، بما في ذلك خيارات أجهزة الخدمة الذاتية والبريد الصوتي، خلال أيام العطلات وبعد ساعات العمل العادية وأيام السبت والأحد.</p> <p>كما يتيح قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات المترجم الفوري اللغوية المجانية لغير الناطقين باللغة الإنكليزية.</p>
ولمستخدمي أجهزة الهواتف النصية	<p>يمكنهم الاتصال على الرقم 711</p> <p>المكالمات الواردة إلى هذا الرقم مجانية.</p> <p>من الإثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت المحلي</p>
فاكس	<p>للخدمات الطبية:</p> <p>فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة):</p> <p>الفاكس: 290-1309 (866)</p>
المراسلة عبر البريد	<p>للخدمات الطبية:</p> <p>200 Oceangate Suite 100 Long Beach, CA 90802</p> <p>فيما يتعلق بخدمات الجزء "د" (الأدوية الموصوفة):</p> <p>7050 Union Park Center Suite 200 Midvale, UT 84047</p>
الموقع الإلكتروني	<p><a href="http://www.MolinaHealthcare.com/Duals">www.MolinaHealthcare.com/Duals</a></p>

CAD02ECAR0921  
CAH86772EOCAR22