دليل التغطية

المزايا والخدمات الصحية للرعاية الطبية وتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية كعضو في Blue Shield TotalDual Plan
(HMO D-SNP)

مقاطعتا لوس أنجلوس وسان دييغو

1 يناير 2025 - 31 ديسمبر 2025

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association
MA001-EOC-TD-AR-1024

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)، *كتيب الأعضاء* في *خطة* Medicare Medi-Cal

H2819_24_378A_001_C_AR Approved 08202024

موافقة OMB رقم 1444-0938 (تنتهي في: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

1 يناير 2025 - 31 ديسمبر 2025

التغطية الصحية وتغطية الأدوية الخاصة بك بموجب Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)، إحدى خطط Medicare Medi-Cal

مقدمة كتيب الأعضاء

يشرح *"كتيب الأعضاء" هذا*، والمعروف أيضًا باسم *"الدليل التغطية"*، ما تستمتع به من تغطية بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2025. وهو يوضح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)، وتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية، والخدمات والمساعدات طويلة الأجل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في **الفصل 12** من *كتيب الأعضاء* لديك.

هذا مستند قانوني هام. احتفظ به في مكان آمن.

عندما يُذكر في *كتيب الأعضاء* ضمير المتكلمين "نحن" أو مشتقاته، أو كلمة "خطتنا" فإن ذلك يشير إلى Blue Shield TotalDual Plan.

هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية والأرمنية والكمبودية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

- يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفاتنا للتوصيات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بـBlue Shield TotalDual Plan.

اللغات الأخرى

يمكنك الحصول على *كتيب الأعضاء* هذا ومواد الخطط الأخرى بلغات أخرى مجانًا. توفر Blue Shield TotalDual Plan ترجمات مكتوبة من مترجمين مؤهلين. اتصل على 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. راجع *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد عن خدمات المساعدة اللغوية في مجال الرعاية الصحية، مثل خدمات الترجمة التحريرية والفورية.

التنسيقات الأخرى

يمكنك الحصول على هذه المعلومات بتنسيقات أخرى، مثل طريقة برايل للمكفوفين، والطباعة بأحرف كبيرة بحجم 20 نقطة، أو ملفات صوتية، وبتنسيقات إلكترونية يسهل الاطلاع عليها مجانًا. اتصل على 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

خدمات الترجمة الفورية

توفر Blue Shield TotalDual Plan خدمات الترجمة الفورية الشفهية، بما في ذلك لغة الإشارة، من مترجم فوري مؤهل، على مدار 24 ساعة، دون أي تكلفة عليك. لست مضطرًا إلى الاستعانة بأحد أفراد العائلة أو صديق كمترجم فوري. لا نشجع الاستعانة بالقاصِرين كمترجمين فوريين، ما لم يكن ذلك أمرًا طارئًا. خدمات الترجمة الفورية، والخدمات اللغوية والثقافية متاحة مجانًا. تتوفر خدمة المساعدة على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. للحصول على المساعدة بلغتك، أو للحصول على *كتيب الأعضاء* هذا بلغة مختلفة، اتصل على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). كما تتوفر المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل الوثائق بطريقة برايل والطباعة بأحرف كبيرة. اتصل على 1-800-452-4413 (TTY: 711). وهذه الخدمات مجانية.

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic) يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian) ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian) ចំណាំ៖ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រ៊ែល សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (Chinese) 请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电1-800-452-4413 (TTY: 711) 。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

مطلب به زبان فارسی (Farsi) توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با(TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

हिन्दी टैगलाइन (Hindi) ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं।
1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निःशुल्क हैं।

Nge Lus Hmoob Cob (Hmong) CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese) 注意日本語での対応が必要な場合は1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-452-4413 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供していますへお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean) 유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແຈກໄລພາສາລາວ (Laotian) ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mienh Tagline (Mien) LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih

bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711) । ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian) ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en Español (Spanish) ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai) โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian) УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

إخلاء المسؤولية

- قد تتغير المزايا و/أو أقساط التأمين و/أو المبلغ المستقطع و/أو حصص المشاركة في الدفع و/أو قيمة المشاركة في التأمين في 1 يناير 2026.
- قد يتغير كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة موفري الرعاية في أي وقت. سوف تتلقى إشعارًا عند الضرورة. سنقوم بإخطار المشتركين المتأثرين بالتغييرات قبل 30 يومًا على الأقل.
- تقع على عاتق خطتنا مسؤولية تنسيق مزايا Medi-Cal (Medicaid) لك.
- خطة Blue Shield of California هى خطة HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare وProgram California State Medi-Cal (Medicaid). يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.
- التغطية تحت مظلة Blue Shield TotalDual Plan تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير" (ACA). تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد.
- وافق برنامج Medicare على Blue Shield TotalDual Plan لتوفير هذه المزايا وخفض حصص المشاركة في الدفع كجزء من برنامج تصميم التأمين القائم على القيمة. يتيح هذا البرنامج لبرنامج Medicare تجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.
- Amazon Pharmacy هي شركة مستقلة عن Blue Shield of California ومتعاقدة مع Blue Shield لتوفير التوصيل المنزلي للأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء Blue Shield.

الفصل 1: البدء كعضو

المقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات برنامج Medicare الخاصة بك وتنسق جميع خدمات برنامج Medicare وخدمات برنامج Medi-Cal وعضويتك فيها. ويوضح لك أيضًا ما يمكن توقعه وما هي المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا 12

B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal 12

B1. **برنامج** Medicare 12

B2. **برنامج** Medi-Cal 12

C. مميزات خطتنا 13

D. منطقة الخدمة في خطتنا 13

E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة 14

F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد خطط الرعاية الصحية لأول مرة 14

G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية 15

G1. **فريق الرعاية** 15

G2. **خطة الرعاية** 15

H. تكاليفك الشهرية لـ Blue Shield TotalDual Plan 16

H1. **قسط تأمين الخطة** 16

I. كتيب الأعضاء الخاص بك: 16

J. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قِبلنا 16

J1. **بطاقة مُعرِّف عضويتك** 17

J2. ***دليل موفري الرعاية والصيدليات*** 17

J3. ***قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*** 19

J4. ***شرح الاستحقاقات*** 19

K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا 19

K1. **خصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI)** 20

A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيدليات، وموفري رعاية ومساعدات طويلة الأجل، وموفري رعاية الصحة السلوكية، وموفري رعاية آخرين. كما أن لدينا منسقي رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في تنظيم موفري رعايتك وخدماتك. وجميعهم يعملون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal

B1. برنامج Medicare

يُعد Medicare برنامجًا للتأمين الصحي الاتحادي من أجل:

- الأشخاص الذين بلغوا من العمر 65 عامًا أو أكثر،
- وبعض الأشخاص أقل من عمر 65 عامًا ويعانون من بعض الإعاقات،
- والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي).

B2. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid الخاص بولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الاتحادية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص محدودي الدخل والموارد في الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) والتكاليف الطبية. ويغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية:

- ما يعتبر دخلًا وموارد،
- ومن هو المؤهل،
- والخدمات الخاضعة للتغطية،
- وتكلفة الخدمات.

يمكن للولايات أن تقرر كيفية تشغيل برامجها، طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

تم اعتماد خطتنا من جانب برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا. يمكنك الحصول على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- أننا اخترنا تقديم الخطة،
- وأن برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا يسمحان لنا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.

حتى لو توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فلن تتأثر أهليتك للحصول على خدمات برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal.

C. مميزات خطتنا

ستحصل اعتبارًا من الآن على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal التي تتم تغطيتها بموجب خطتنا، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية. **ولن تدفع أي مبلغ إضافي للالتحاق بهذه الخطة الصحية.**

سنساعد في توفير مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal الخاصة بك على نحو أفضل معًا من أجلك. تحتوي بعض المزايا على ما يلي:

- يمكنك العمل معنا لتلبية **معظم** احتياجات رعايتك الصحية.
- سيكون لديك فريق رعاية تساعد أنت في تشكيله. قد يتضمن فريق الرعاية الخاص بك أنت، أو مقدم الرعاية الخاص بك، أو أطباء، أو ممرضات، أو استشاريين، أو أخصائيي رعاية صحية آخرين.
- سيكون لديك حق الوصول إلى منسق الرعاية. وهو الشخص الذي يعمل معك، ومع خطتنا، ومع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في عمل خطة رعاية.
- ستتمكن من إعطاء توجيهاتك بشأن الرعاية المقدمة لك بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية معك للخروج بخطة رعاية مصممة خصيصًا لتلبية **احتياجاتك** الصحية. وسوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. على سبيل المثال، هذا يعني أن فريق الرعاية الخاص بك يتأكد مما يلي:
  - أن أطباءك على علم بجميع الأدوية التي تتناولها حتى يتسنى لهم التأكد أنك تتناول الأدوية الصحيحة، ويمكن لأطبائك أن يقللوا من أي أعراض جانبية قد تحدث لك من الدواء.
  - وسوف يتأكد فريق الرعاية الخاص بك أن نتائج اختبارك قد تمت مشاركتها مع جميع أطبائك وموفري الرعاية الآخرين، كما يلزم.

أعضاء جُدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield TotalDual Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413، من 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع، إذا كانت لديك أي أسئلة.

D. منطقة الخدمة في خطتنا

تتضمن منطقة الخدمة المقاطعات التالية في ولاية كاليفورنيا: مقاطعتا لوس أنجلوس وسان دييغو.

لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكن أن تبقى في هذه الخطة. راجع **الفصل 8** من كتيب الأعضاء لديك لمزيد من المعلومات حول آثار الانتقال خارج منطقة خدمتنا.

E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة

أنت مؤهل لتصبح عضوًا في خطتنا بشرط:

- العيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)، **و**
- أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر في وقت الاشتراك، **و**
- أن تكون مشتركًا في كل من القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare، **و**
- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة، **و**
- أن تكون مؤهلاً في الوقت الحالي لبرنامج Medi-Cal.

إذا فقدت أهلية برنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون ستة أشهر فأنت لا تزال مؤهلاً للاستفادة من خطتنا.

اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد خطط الرعاية الصحية لأول مرة

عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، ستحصل على تقييم المخاطر الصحية (HRA) في غضون 90 يومًا قبل تاريخ سريان الاشتراك أو بعده.

ونحن مطالبون بإكمال تقييم المخاطر الصحية من أجلك. يُعد تقييم المخاطر الصحية هذا هو الأساس لوضع خطة رعايتك. ويتضمن تقييم المخاطر الصحية هذا أسئلة للتعرف على احتياجاتك الطبية، واحتياجات الصحة السلوكية والاحتياجات الوظيفية.

وسنتواصل معك لإكمال تقييم المخاطر الصحية. يمكن إكمال تقييم المخاطر الصحية عن طريق زيارة شخصية، أو مكالمة هاتفية، أو بالبريد.

سوف نرسل لك المزيد من المعلومات حول تقييم المخاطر الصحية.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة لك، يمكنك الاستمرار في التوجه للأطباء الذين تذهب إليهم حاليًا لمدة معينة من الوقت، حتى لو لم يكونوا تابعين لشبكتنا. نسمي هذا استمرارية الرعاية. إذا لم يكونوا ضمن شبكتنا، يمكنك الاحتفاظ بموفري الرعاية الحاليين وتصاريح الخدمة في وقت الاشتراك لمدة تصل إلى 12 شهرًا إذا كانت جميع الشروط التالية مستوفاة:

- تطلب منا أنت أو ممثلك أو موفر الرعاية الخاص بك السماح لك بالاستمرار في استخدام موفر الرعاية الحالي الخاص بك.
- لقد أثبتنا أن لديك علاقة قائمة مع موفر رعاية أولية أو الرعاية المتخصصة، مع بعض الاستثناءات. عندما نقول "علاقة قائمة"، فهذا يعني أنك زرت موفر رعاية غير تابع للشبكة مرة

واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا السابقة لتاريخ اشتراكك الأولي في خطتنا.

- نحن نحدد العلاقة القائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتوفرة لديك أو المعلومات التي تقدمها لنا.
- يتطلب الرد على طلبك 30 يومًا. يمكن أن تطلب منا أيضًا اتخاذ قرار سريع ولابد أن يتم الرد خلال 15 يومًا. يمكنك تقديم هذا الطلب عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711). إذا كنت معرضًا لخطر الأذى، يجب علينا الرد خلال 3 أيام.
- يجب عليك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك إظهار وثائق العلاقة القائمة والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملحوظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لمزودي الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نُصرح بجهاز مؤجر جديد ويقوم موفر رعاية تابع للشبكة بتسليم الجهاز. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو موفري الرعاية الإضافية الآخرين، إلا أنه يمكنك تقديم طلب لخدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى غير المدرجة في خطتنا.

بعد انتهاء فترة استمرارية الرعاية، ستحتاج إلى الاستعانة بالأطباء وموفري الرعاية الآخرين في شبكة Blue Shield TotalDual Plan المنتسبين إلى المجموعة الطبية لموفر الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم نبرم اتفاقًا مع طبيبك غير التابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو ترتيب توفير خدمات الرعاية الصحية للمشتركين في الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين هي جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة من أجلك. ارجع إلى **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الاستمرار في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. قد يضم فريق الرعاية طبيبك، أو منسق الرعاية، أو أي شخص آخر يعمل في مجال الصحة تختاره.

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاجها. سُيخصَّص لك منسق رعاية عند الاشتراك في خطتنا. يقوم هذا الشخص أيضًا بإحالتك إلى موارد المجتمع المحلي أخرى قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات حول منسق الرعاية وفريق الرعاية الخاص بك.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق الرعاية الخاص بك معك لوضع خطة رعاية. توضح خطة الرعاية لك ولأطبائك الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. ويشمل ذلك احتياجاتك الطبية والصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) أو غيرها من الخدمات.

تتضمن خطة الرعاية الخاصة بك ما يلي:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك، و
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها.

يجتمع فريق الرعاية الخاص بك معك بعد تقييم المخاطر الصحية الخاص بك. وسيسألونك عن الخدمات التي تحتاجها. ويخبروك أيضًا بالخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم وضع خطة الرعاية الخاصة بك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. سيعمل فريق الرعاية الصحية الخاص بك معك لتحديث خطة الرعاية الصحية الخاصة بك على الأقل مرة في كل عام.

H. تكاليفك الشهرية لـ Blue Shield TotalDual Plan

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- قسط تأمين الخطة (**القسم H1**)

في بعض الحالات، قد يكون قسط تأمين خطتك أقل.

H1. قسط تأمين الخطة

باعتبارك عضوًا في خطتك، فإنك تدفع قسط تأمين الخطة شهريًا. لعام 2025، قسط تأمين الخطة الشهري لـ Blue Shield TotalDual Plan هو 28.30$. ومع ذلك، فإنك لن تدفع أي تكاليف طالما أنك مشترك في القسم D من الدعم المالي للدخل المنخفض، والمعروف أيضًا باسم "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"، وتغطية برنامج Medi-Cal الكاملة.

I. كتيب الأعضاء الخاص بك:

يُعد *كتيب الأعضاء* هذا جزءًا من عقدنا معك. يعني ذلك أننا يجب علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا قمنا بشيء يتعارض مع هذه القواعد، فقد تكون لديك القدرة على تقديم طعن على قرارنا. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك أو اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب *كتيب الأعضاء* عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة يمكنك أيضًا الرجوع إلى *كتيب الأعضاء* الموجود على موقعنا الإلكتروني من خلال عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

يسري العقد في الشهور التي تكون فيها مشتركًا في خطتنا في الفترة ما بين 1 يناير 2025 و31 ديسمبر 2025.

J. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قِبلنا

تتضمن المعلومات الهامة الأخرى التي نزودك بها ببطاقة مُعرّف العضوية، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى *دليل موفري الرعاية والصيدليات*، و معلومات حول كيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*، التي تسمى أيضًا *كتيب الوصفات*.

J1. بطاقة مُعرِّف عضويتك

وفقًا لخطتنا، ستتلقى بطاقة واحدة لخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi- Cal، بما في ذلك الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، وخدمات صحة سلوكية معينة، والوصفات الطبية. يجب عليك إظهار هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج لبطاقة مُعرِّف العضوية:

blue california

Member Name:
NAME
Member ID: XEE
Care Coordinator Phone: (999) 999-9999
PCP: Good, Doctor J.

PCP Ph: (999) 999-9999
MED GROUP

MedicareRx
Prescription Drug Coverage

RxBIN:
026696
RxPCN:
77993322
MEMBER
CANNOT BE
CHARGED
PCP/SPC/ER
$0/$0/$0
H2819-001

blue california

Customer Service (800) 452-4413 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk (888) 970-0933
Transportation (855) 200-7544
NurseHelp 24/7 (877) 304-0504
Send Medical Claims To: Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640
Send Rx Claims To: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830

blueshieldca.com/medicare

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER.
Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.
Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

إذا تعرضت بطاقة رقم بطاقة مُعرِّف العضوية الخاصة بك للتلف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة على الفور. وسنرسل لك بطاقة جديدة.

طالما أنك عضو في خطتنا، فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة برنامج Medicare الحمراء أو البيضاء أو الزرقاء، أو بطاقة برنامج Medi-Cal الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بتلك البطاقات في مكان آمن، فقد تحتاج إليها مرة أخرى. إذا قمت بإظهار بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة مُعرِّف العضوية الخاصة بك، فقد يقوم موفر الرعاية بإرسال فاتورة إلى برنامج Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. ارجع إلى **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة من موفر رعاية.

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة برنامج Medi-Cal أو بطاقة تعريف مزايا (BIC) برنامج Medi-Cal للوصول إلى الخدمات التالية:

- الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية فقط من خلال Medi-Cal Rx
- خدمات طب الأسنان الخاضعة للتغطية فقط من خلال Medi-Cal Dental Program
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS)
- برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)

J2. *دليل موفري الرعاية والصيدليات*

يسرد *دليل موفري الرعاية والصيدليات* موفري الرعاية والصيدليات ضمن شبكة خطتنا. أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك التعامل مع موفري الرعاية التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.

يمكنك طلب *دليل موفري الرعاية والصيدليات* (إلكترونيًا أو في نسخة مطبوعة) عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخة مطبوعة من أدلة موفري الرعاية والصيدليات إليك بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى *دليل موفري الرعاية والصيدليات* من خلال عنوان الموقع الإلكتروني الموجود أسفل الصفحة.

يسرد *دليل موفري الرعاية والصيدليات* أخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء، الممرضون الممارسون، والاختصاصيون النفسيون)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، و وموفري الدعم (مثل موفرو الرعاية الصحية النهارية للكبار وموفرو الرعاية الصحية في المنزل) والذي يمكنك الاطلاع عليه بصفتك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan. ندرج في هذا الدليل الصيدليات التي يمكنك أن تتعامل معها للحصول على أدويتك المقررة بوصفة طبية. يوفر الدليل أيضًا بعض المعلومات حول ما يلي:

- عندما تكون هناك حاجة إلى إحالات لزيارة موفري رعاية آخرين أو اختصاصيين أو مرافق، و
- كيفية اختيار الطبيب، و
- كيفية تغيير طبيبك، و
- كيفية العثور على الأطباء أو الاختصاصيين أو الصيدليات أو المرافق في منطقتك و/أو المجموعة الطبية/IPA، و
- كيفية الوصول إلى الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، وخدمات الدعم المنزلية (IHSS) أو برامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)، و
- معلومات حول كيفية الوصول إلى الصيدليات التي توفر خدمات توصيل الأدوية إلى المنزل، أو خدمات الحقن الوريدي المنزلي، أو خدمات الصيدليات الخاصة بالرعاية طويلة الأجل.

تعريف موفري الرعاية التابعين للشبكة

- يشمل موفرو الرعاية التابعين للشبكة:
  - الأطباء والممرضات وأخصائيي رعاية صحية آخرين، ويمكنك الاستعانة بهم باعتبارك عضوًا في خطتنا؛
  - العيادات والمستشفيات ومراكز التمريض والأماكن الأخرى التي تقدم خدمات صحية في خطتنا؛
  - ويتضمن ذلك أيضًا الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، وخدمات الصحة السلوكية، ومؤسسات خدمات الصحة المنزلية، ومزودي الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) وغيرها من الجهات التي تقدم المنتجات والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.

وافق موفرو الرعاية التابعون للشبكة على قبول سداد المدفوعات من خطتنا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية دفعة كاملة.

تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم *دليل موفري الرعاية والصيدليات* للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب في التعامل معها.
- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف الوصفات الطبية من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا إذا كنت ترغب في أن تساعدك خطتنا في الدفع لها.

لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. ويمكن أن يوفر لك كلٌّ من قسم خدمات العملاء والموقع الإلكتروني أحدث المعلومات عن التغيرات الطارئة على موفري الرعاية والصيدليات ضمن شبكتنا.

J3. *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*

تتضمن الخطة *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*. ونطلق عليها اسم "*قائمة الأدوية*" اختصارًا. وتسرد لك الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والتي تغطيها خطتنا.

توضح لك "*قائمة الأدوية*" أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أية أدوية، من قبيل وجود حد موضوع للجرعة التي يمكنك تناولها. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

في كل عام، سوف نرسل لك معلومات حول كيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية*، ولكن قد تطرأ بعض التغيرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية، اتصل بخدمة العملاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني من خلال العنوان الموجود في أسفل الصفحة.

J4. *شرح الاستحقاقات*

عندما تستفيد من استحقاقات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare، نرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم وتتبع مدفوعات الأدوية الطبية من القسم D من Medicare. يُسمى هذا التقرير الموجز شرح الاستحقاقات ("EOB").

يُطلعك شرح المزايا (EOB) على إجمالي المبلغ الذي تحملته، أو تحمله آخرون نيابة عنك، مقابل الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare، وإجمالي المبلغ الذي دفعناه مقابل حصولك على كل دواء من الأدوية المقررة لك بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare خلال الشهر. شرح الاستحقاقات لا يعتبر فاتورة. يتضمن EOB مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. سوف تجد في **الفصل 6** من *كتيب الأعضاء* المزيد من المعلومات حول EOB وكيف تساعدك على تتبع تغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكنك طلب نسخة من شرح الاستحقاقات. للحصول على نسخة اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا

يمكنك تحديث سجل عضويتك عن طريق إخبارنا عندما تتغير المعلومات.

نحن بحاجة إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يحتاج موفرو الرعاية والصيدليات التابعين لشبكتنا أيضًا معلومات صحيحة عنك. **فهم يستخدمون سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها ومقدار التكاليف التي تتحملها.**

أخبرنا على الفور عما يلي:

- إذا حدثت لك تغييرات طارئة على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- إذا طرأ أي تغيير على أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل التغطية التي يوفرها صاحب العمل أو صاحب العمل لزوجتك/زوجك، أو صاحب عمل رفيقك/رفيقتك الشخصية أو تعويضات العاملين.
- إذا كانت لديك أي دعاوى بخصوص المسؤوليات القانونية، مثل الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات؛
- الدخول إلى مرفق تمريض أو مستشفى؛
- إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة الطوارئ؛

- إذا تم تغيير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي مسؤول آخر عنك)؛ **و،**
- إذا اشتركت في دراسة بحثية سريرية. (**ملاحظة:** ليس مطلوبًا منك أن تخبرنا عن دراسة بحثية سريرية تشارك فيها أو تصبح جزءًا منها، ولكننا نشجعك على القيام بذلك.)

إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K1. خصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل عضويتك معلومات صحية محمية (PHI). تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية. لمزيد من التفاصيل عن كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، الرجاء الرجوع إلى **الفصل 8** من *كتيب الأعضاء*.

الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد الهامة

مقدمة

يوفر لك هذا الفصل معلومات الاتصال للموارد المهمة التي يمكن أن تساعدك في الإجابة على أسئلتك حول خطتنا ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك والآخرين للدفاع نيابة عنك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

جدول المحتويات

A. خدمة العملاء 23

B. منسق الرعاية الخاص بك 26

C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) 28

D. خط الاستشارات التمريضية 29

E. خط أزمة الصحة السلوكية 30

F. منظمة تحسين الجودة (QIO) 31

G. برنامج Medicare 32

H. برنامج Medi-Cal 33

I. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal والصحة العقلية 34

J. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة 35

K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة 37

L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا 38

M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية لهم 39

M1. **برنامج المساعدات الإضافية** (Extra Help) 39

M2. **برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة** (ADAP) 39

N. الضمان الاجتماعي 40

O. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) 41

P. موارد أخرى 42

Q. برنامج Medi-Cal Dental 43

A. خدمة العملاء

اتصال هاتفي	1-800-452-4413. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	711. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع
مراسلة كتابية	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

اتصل بخدمة العملاء للحصول على المساعدة بشأن:

- الاستفسارات بخصوص الخطة
- الاستفسارات المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- مقترحات التغطية الخاصة برعايتك الصحية
  - قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية هو قرار بخصوص:
    - المزايا والخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها، **أو**
    - القيمة التي سندفعها مقابل خدماتك الصحية.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك استفسارات حول قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية.
  - لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
- الطعون المتعلقة برعايتك الصحية
  - إن تقديم طعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه بشأن التغطية المخصصة لك وتطلب منا تغييره إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا أو لا توافق على القرار.

- لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

- الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية
  - يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي موفر رعاية (بما في ذلك موفرو الرعاية غير التابعين أو التابعين للشبكة). إن موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل مع خطتنا. كما يمكنك أن تقدم لنا شكوى أو إلى مؤسسة تحسين الجودة (QIO) بخصوص جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم F**).
  - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك من خلال الاتصال على 1-800-452-4413 (TTY: 711).
  - إذا كانت شكواك بخصوص أحد قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية، يمكنك تقديم طعن (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج متوفر على الإنترنت عبر الرابط www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare Medi-Cal Ombuds Program عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-501-3077.
  - للتعرف على المزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

- قرارات التغطية الخاصة بأدويتك
  - قرار التغطية المتعلق بأدويتك هو قرار بخصوص:
    - المزايا التي تحصل عليها والأدوية الخاضعة للتغطية، أو
    - القيمة التي سندفعها مقابل أدويتك.
  - قد تتم تغطية الأدوية غير الخاضعة للتغطية ببرنامج Medicare، مثل الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات تفضل بزيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273.
  - لمعرفة المزيد عن قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

- تقديم الطعون بخصوص الأدوية
  - تقديم الطعن هو طريقة لأن تطلب منا تغيير قرار بيان المزايا المغطاة.
  - لمعرفة المزيد عن الطعن على قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء*.

- تقديم الشكاوى بخصوص الأدوية
  - يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. يتضمن ذلك الشكاوى الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك.
  - إذا كانت الشكوى بخصوص أحد قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك، يمكنك تقديم طعن. (راجع القسم أعلاه.)
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج متوفر على الإنترنت عبر الرابط www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لطلب المساعدة.
  - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بشأن الأدوية المقررة بوصفة طبية لك، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
- الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت ثمنها بالفعل
  - لمعرفة المزيد عن كيفية طلب رد الدفع لك، أو دفع فاتورة قد تلقيتها، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
  - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، يمكنك الطعن على قرارنا. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

B. منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك خلال تنسيق إجراءات الرعاية. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك، وسيكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية لك. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية لإكمال تقييم المخاطر الصحية وخطة الرعاية الفردية. هذه هي الأدوات التي سيستخدمها منسق الرعاية للمساعدة في تحديد احتياجات رعايتك الصحية وتخصيصها لتناسبك. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم أدناه.

اتصال هاتفي	1-888-548-5765. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	711. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة
مراسلة كتابية	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للحصول على المساعدة فيما يتعلق بما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية
- الاستفسارات المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)
- الاستفسارات بخصوص مزايا طب الأسنان
- الاستفسارات بخصوص خدمات النقل إلى المواعيد الطبية
- الاستفسارات المتعلقة بالخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، بما في ذلك الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) ومرافق التمريض (NF)

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)
- الرعاية التمريضية المتخصصة

- العلاج الطبيعي
- العلاج المهني
- علاج التخاطب
- الخدمات الطبية الاجتماعية
- الرعاية الصحية المنزلية
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك
- في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجاتك الحياتية اليومية.

اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال Blue Shield TotalDual Plan الخاصة بك. يمكن لموفر الرعاية الخاص بك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على دعم المجتمع أو يمكنك التواصل مع خدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك لمعرفة المزيد. قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- وسائل تكييف الإمكانيات البيئية (التعديلات المنزلية)
- خدمات الإسكان والانتقال
- ودائع الإسكان
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا
- خدمات العناية الشخصية والمنزلية
- رعاية التعافي (الراحة الطبية)
- استراحة مقدمي الرعاية
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
- مراكز تحسين الوعي

C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يقدم برنامج مساعدة التأمين الصحي الحكومي (SHIP) استشارات مجانية في مجال التأمين الصحي للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. في كاليفورنيا، يُطلق على SHIP اسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري هذا البرنامج أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. ويتوفر في HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا.

إن برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

اتصال هاتفي	(800) 434-0222 من 9:00 صباحًا إلى 4:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	California Department of Aging National Drive 1300 Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

اتصل بـ HICAP للمساعدة بشأن:

- الاستفسارات بخصوص برنامج Medicare
- يمكن لمستشاري HICAP الرد على استفساراتك بشأن التغيير لخطة جديدة، ومساعدتك فيما يلي:
  - معرفة حقوقك،
  - معرفة اختيارات خطتك،
  - تقديم شكاوي بشأن الرعاية الطبية أو العلاج الذي تتلقاه،
  - تسوية مشكلاتك المتعلقة بالفواتير.

D. خط الاستشارات التمريضية

يقدم خط الاستشارات التمريضية التابع لـ Blue Shield of California الدعم من خلال الممرضات المسجلات المتوفرات للإجابة على الأسئلة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. الممرضات متاحات عبر الهاتف للرد على أسئلة الصحة العامة وتقديم التوجيهات إلى الموارد الإضافية لمزيد من المعلومات. من خلال خط اتصال الاستشارات التمريضية، يمكن للأعضاء الحصول على ملخص للمحادثة المرسلة إليهم عبر البريد الإلكتروني والذي يتضمن جميع المعلومات والروابط لتسهيل الرجوع إليها. يمكنك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية بخصوص أي أسئلة لديك حول صحتك أو الرعاية الصحية.

اتصال هاتفي	304-0504 (877).علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

E. خط أزمة الصحة السلوكية

اتصال هاتفي	**خط الوصول والأزمات في مقاطعة لوس أنجلوس** 1-800-854-7771. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية. **خط الوصول والأزمات في مقاطعة سان دييغو** 1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع

اتصل بخط الأزمات الصحية السلوكية للمساعدة في:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات

الاستفسارات حول خدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، راجع **القسم K.**

F. منظمة تحسين الجودة (QIO)

يوجد بولايتنا منظمة يطلق عليها Livanta. وهي تضم مجموعة من الأطباء وأخصائيي رعاية صحية آخرين يساعدون في تحسين جودة الرعاية الصحية للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicare. لاحظ أن Livanta غير تابع لخطتنا.

اتصال هاتفي	1-877-588-1123 من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة، ومن الساعة 11:00 ص إلى الساعة 3:00 م، السبت والأحد، ومن الساعة 7:00 ص إلى الساعة 3:30 م خلال العطلات.
TTY	1-855-887-6668 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Livanta BFCC-QIO Program Guilford Road, Suite 20210820 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني:	https://livantaqio.com/en/states/california

تواصل مع Livanta للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- تقديم شكوى بشأن الرعاية التي تلقيتها إذا:
  - واجهتك مشكلة في جودة الرعاية،
  - كنت تعتقد أن الإقامة في المستشفى ستنتهي قبل الموعد المفترض، **أو**
  - تعتقد أن الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو الخدمات في مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قبل موعدها المفترض.

G. برنامج Medicare

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عامًا من أصحاب الإعاقات، والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي الذي يتطلب غسيل الكلى أو عملية زراعة كُلى).

الهيئة الاتحادية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare وMedicaid، أو اختصارًا CMS.

اتصال هاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov هذا هو الموقع الإلكتروني الرسمي لبرنامج Medicare. ويوفر لك معلومات حديثة عن Medicare. كما أنه يتضمن معلومات حول المستشفيات، ومرافق التمريض، والأطباء، ووكالات الصحة المنزلية، ومرافق غسيل الكلى، ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين، ودور رعاية الأمراض العضال. كما يتضمن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. ويتضمن أيضًا مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تتمكن مكتبتك المحلية أو دار رعاية المسنين من مساعدتك في زيارة هذا الموقع باستخدام أجهزة الكمبيوتر الخاصة بهم. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم أعلاه وإخبارهم بما تبحث عنه. وسوف يجدون المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعون المعلومات معك.

H. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid في كاليفورنيا. هو برنامج التأمين الصحي العام الذي يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك الأسر التي لديها أطفال، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة، والأطفال والشباب في الرعاية البدلية والنساء الحوامل. يتم تمويل برنامج Medi-Cal من أموال الحكومة الفيدرالية والولاية.

تشمل مزايا برنامج Medi-Cal الخدمات الطبية وطب الأسنان والصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل.

أنت مشترك في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة حول مزايا برنامج Medi-Cal، يرجى الاتصال بمنسق الرعاية لخطتك. إذا كانت لديك أي أسئلة حول الاشتراك في خطة برنامج Medi-Cal، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية

اتصال هاتفي	1-800-430-4263 من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 6 مساءً.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

I. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal والصحة العقلية

يعمل مكتب التظلمات كمحامٍ أو مدافع نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. يساعدك مكتب التظلمات أيضًا في حل مشكلات الخدمة أو الفواتير. وهو مكتب لا يرتبط بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويقدم خدماته مجانًا.

اتصال هاتفي	1-888-452-8609 علمًا بأن هذه المكالمة مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
TTY	711 علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.
مراسلة كتابية	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman Capitol Mall MS 4412 1501 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOfficeoftheOmbudsman.aspx

L. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن خدمات الدعم المنزلية (IHSS)، أو تحديث معلومات برنامج Medi-Cal الخاصة بك، أو مزايا الأهلية والتجديد لبرنامج Medi-Cal، اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعة لوس أنجلوس أو سان دييغو.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك لتقديم طلب للحصول على خدمات الدعم المنزلية، والتي ستساعدك في دفع تكاليف الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. قد تشمل أنواع الخدمات المساعدة في إعداد وجبات الطعام، أو الاستحمام، أو ارتداء الملابس، أو التسوق لغسل الملابس، أو النقل.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك إذا كانت لديك أية أسئلة حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal.

اتصال هاتفي	1-866-613-3777 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. **تمتلك إدارة الخدمات الاجتماعية العامة في مقاطعة لوس أنجلوس** مركزًا واحدًا لخدمة العملاء (CSC) يقدم الخدمات لعدد 33 مكتبًا في المنطقة. وتمتد ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطلات، من الساعة 7:30 ص إلى الساعة 6:30 م.
TTY	1-877-735-2929 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Los Angeles County Department of Public Social Services E. Olympic Blvd.2855 Los Angeles, CA 90023
الموقع الإلكتروني:	https://dpss.lacounty.gov
اتصال هاتفي	1-866-262-9881 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو **مقاطعة سان دييغو للصحة والخدمات الإنسانية** متاحون بين الساعة 8:00 ص والساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. خط الوصول للخدمة الذاتية متاح 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على المتصلين إدخال رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بهم لاستخدام النظام.
TTY	1-619-589-4459 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

مراسلة كتابية	County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186
الموقع الإلكتروني:	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة وخدمات اضطراب تعاطي المخدرات من برنامج Medi-Cal عبر المقاطعة إذا استوفيت المعايير المطلوبة.

اتصال هاتفي	**مقاطعة لوس أنجلوس** 1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية. **مقاطعة سان دييغو** 1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمَن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	711 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

اتصل بوكالة الصحة السلوكية التابعة للمقاطعة للمساعدة في:

- الاستفسارات التي تتعلق بخدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- الاستفسارات التي تقدمها المقاطعة بشأن خدمات اضطراب تعاطي المخدرات
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
  - خدمة الصحة العقلية في العيادات الخارجية
  - العلاج اليومي
  - التدخل في الأزمات وتحقيق الاستقرار
  - إدارة الحالات المستهدفة
  - العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
  - العلاج في العيادات الداخلية للأزمات

L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية بكاليفورنيا (DMHC) مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC في الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal.

اتصال هاتفي	1-888-466-2219 ممثلو DMHC متاحون بين الساعة 8:00 ص و6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
TDD	1-877-688-9891 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	www.dmhc.ca.gov

M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية لهم

موقع Medicare.gov الإلكتروني (www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs) يوفر معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

M1. برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل للحصول على "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare وتحصل عليه لدفع تكاليف خطة الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. لا يتعين عليك فعل أي شيء للحصول على "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)".

اتصال هاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

M2. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)

يساعد ADAP الأفراد المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة في الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D من برنامج Medicare والموجودة أيضًا في كتيب الوصفات لـ ADAP مؤهلة للحصول على المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال California ADAP. لمزيد من المعلومات، اتصل بـ ADAP في كاليفورنيا على 7050-421 (844)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة أو تفضل بزيارة موقعهم الإلكتروني على: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. ملاحظة: للتأهل لبرنامج ADAP في ولايتك، يجب على الأفراد استيفاء معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية والحالة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، وانخفاض الدخل وفقًا لتعريف الولاية، وعدم وجود تأمين صحي أو وجود تأمين غير كاف. في حالة تغييرك لخططك، يُرجى إخطار موظف التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال بـ ADAP في كاليفورنيا على الرقم 7050-421 (844) ، من الساعة 8 ص حتى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة أو زيارة موقعهم الإلكتروني على: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

N. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية ويتعامل مع الاشتراك في برنامج Medicare. مواطنو الولايات المتحدة والمقيمون الدائمون الشرعيون الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين يعانون من إعاقة أو الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) والذين يستوفون شروطًا معينة، مؤهلون للحصول على برنامج Medicare. إذا كنت تحصل بالفعل على شيكات الضمان الاجتماعي، فسيتم الاشتراك في برنامج Medicare تلقائيًا. إذا كنت لا تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، يجب عليك الاشتراك في برنامج Medicare. للتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicare، يمكنك الاتصال بمكتب الضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي التابع له.

في حالة الانتقال أو تغيير عنوانك البريدي، من المهم أن تتصل بمكتب الضمان الاجتماعي لإعلامهم بذلك.

اتصال هاتفي	1-800-772-1213 المكالمات لهذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بهم للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.
TTY	1-800-325-0778 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

O. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

مجلس تقاعد السكك الحديدية هي وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة للعاملين في السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا كنت تتلقى برنامج Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية، فمن المهم أن تخبرهم في حالة نقل عنوانك البريدي أو تغييره. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص المزايا التي تحصل عليها من مجلس تقاعد السكك الحديدية، فاتصل بالوكالة.

اتصال هاتفي	1-877-772-5772 المكالمات لهذا الرقم مجانية. إذا قمت بالضغط على "0"، يمكنك التحدث مع ممثل مجلس تقاعد السكك الحديدية من الساعة 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء. إذا ضغطت على "1"، يمكنك التواصل مع خط مساعدة مجلس تقاعد السكك الحديدة الآلي والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.
TTY	1-312-751-4701 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. المكالمات لهذا الرقم *ليست* مجانية.
الموقع الإلكتروني	www.rrb.gov

P. موارد أخرى

يقدم برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يكافحون من أجل الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا كانت لديك مشاكل مع:

- برنامج Medi-Cal
- برنامج Medicare
- خطتك الصحية
- الحصول على الخدمات الطبية
- طعن على رفض الخدمات والأدوية والمعدات الطبية المعمرة (DME) وخدمات الصحة العقلية وما إلى ذلك.
- الفواتير الطبية
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program يساعد في الشكاوى والطعون وجلسات الاستماع. رقم هاتف برنامج Ombuds هو 1-855-501-3077.

Q. برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental؛ وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- علاج قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين

تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برامج Medi-Cal Dental الرسوم مقابل الخدمة (FFS) والرعاية المُدارة للأسنان (DMC).

اتصال هاتفي	1-800-322-6384 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج FFS Medi-Cal لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

بدلاً من برنامج Medi-Cal Dental (الرسوم مقابل الخدمة)، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان. تتوفر خطط رعاية الأسنان المُدارة في مقاطعات لوس أنجلوس. إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول خطط طب الأسنان، أو ترغب في تغيير خطط طب الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 مساءً علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. جهات اتصال DMC متاحة أيضًا هنا: *www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx*.

الفصل 3: استخدام تغطية الخطة للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا. ويخبرك أيضًا عن منسق الرعاية الخاص بك، وكيفية الحصول على الرعاية من تخصصات مختلفة من موفري الرعاية وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك موفري الرعاية أو الصيدليات غير التابعين للشبكة)، وما ينبغي عليك أن تفعله إذا تم إصدار فاتورة مباشرة لك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، وقواعد امتلاك الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

جدول المحتويات

A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية 46

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا 46

C. منسق الرعاية الخاص بك 48

C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك 48

C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك 48

C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك 48

D. الرعاية من موفري الرعاية 48

D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP) 48

D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة 50

D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا 51

D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة 52

E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) 53

F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وإدمان المخدرات) 54

F1. خدمات الصحة السلوكية من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا 54

G. خدمات النقل 57

G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة 57

G2. النقل غير الطبي 57

H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة الملحة أو خلال الكوارث 59

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية 59

H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل 60

H3. الرعاية أثناء الكوارث 61

I. ماذا تفعل إذا تم تحصيل فواتير منك مباشرة مقابل الخدمات التي تغطيها خطتنا 61

I1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات 61

J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية 62

J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية 62

J2. الدفع مقابل الخدمات عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية 62

J3. المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية 63

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية 63

K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية 63

K2. الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية 63

L. الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) 64

L1. الحصول على أجهزة طبية مُعمرة بصفتك عضوًا في خطتنا: 64

L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare 64

L3. مزايا معدات الأكسجين لك بصفتك عضوًا في خطتنا 65

L4. ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى. 65

A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية

الخدمات هي الرعاية الطبية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، والمستلزمات، وخدمات الصحة السلوكية، والأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية، والمعدات والخدمات الأخرى. **الخدمات الخاضعة للتغطية** هي أي من الخدمات التي تدفع الخطة مقابلاً لها. المعلومات حول الرعاية الصحية المغطاة، والصحة السلوكية، و LTSS متوفرة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الذي حصلت عليه. الخدمات الخاضعة للتغطية للوصفات الطبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية متوفرة في **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الذي حصلت عليه.

موفرو الرعاية هم الأطباء والممرضات وغيرهم ممن يقدمون لك الخدمات والرعاية. ويشير مصطلح موفري الرعاية كذلك إلى المستشفيات، وهيئات خدمات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي توفر خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وعدد معين من الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل.

موفرو الرعاية التابعون للشبكة هم موفرو الرعاية الذين يعملون مع خطتنا الصحية. ويوافق موفرو الرعاية هؤلاء على أن ما ندفعه من مبالغ هو كامل المبالغ المستحقة لقاء خدمات الرعاية. ويرسل موفرو الرعاية التابعون للشبكة الفواتير لنا مباشرة عن الرعاية التي قدموها لك. ومن ثم عندما تذهب إلى موفر رعاية تابع للشبكة، فعادة لا تدفع أي مبالغ نظير الخدمات الخاضعة للتغطية.

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، ومعظم خدمات برنامج Medi-Cal. وهذا يشمل بعض خدمات الصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS).

بصفة عامة، ستدفع خطتنا تكلفة خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية و العديد من LTSS التي تحصل عليها إذا التزمت بقواعد الخطة. لتكون مشمولاً بالتغطية في خطتنا:

- لابد أن تكون الرعاية التي تحصل عليها **ميزة متوفرة بالخطة**. وهذا يعني أننا قمنا بإدراجها في مخطط المزايا الخاص بنا في **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
- ويجب أن تكون الرعاية **ضرورية من الناحية الطبية.** وبلفظ ضرورية من الناحية الطبية نعني الخدمات المهمة والمناسبة والتي تحمي الحياة. هناك حاجة إلى الرعاية الطبية اللازمة لحماية الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو الإصابة بالإعاقة وتقليل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو الداء أو الإصابة.
- بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن تستعين **بموفر رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة، وهو الذي يطلب الرعاية لك أو يطلب منك التوجه لطبيب آخر. وبصفتك عضوًا في الخطة، يجب أن تختار موفر رعاية تابع للشبكة ليكون موفر الرعاية الأولية لك.
  - في معظم الحالات، يجب على خطتنا أن تعطيك موافقة مسبقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بموفري رعاية آخرين داخل شبكة خطتنا. ويُسمى هذا **إحالة**. وفي حال لم تحصل على موافقة منا؛ فقد لا نغطي هذه الخدمة.
  - إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. وبالتالي فإنه عند اختيارك موفر الرعاية الأولية PCP الخاص بك، فإنك بذلك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن طبيب الرعاية الأولية PCP الخاص بك سيحيلك إلى الاختصاصيين وإلى الخدمات التابعة أيضًا لمجموعتهم الطبية.

المجموعة الطبية عبارة عن جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين التي تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة لك.

- لا تحتاج إلى إحالة من موفر الرعاية الأولية لرعاية الطوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل، أو للتوجه لموفر رعاية صحية للمرأة، أو لأي من الخدمات الأخرى المدرجة في القسم D1 من هذا الفصل.

- **يجب أن تحصل على رعايتك من موفري الرعاية التابعين للشبكة التابعة للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.** عادةً، لن نقوم بتغطية الرعاية من موفر الرعاية الذي لا يعمل مع خطتنا الصحية والمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لموفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. وإليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:

  - تغطي الخطة الحالات الطارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات، راجع **القسم H** في هذا الفصل).

  - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية، وليس بإمكان موفري الرعاية التابعين لشبكتنا تقديم هذه الرعاية، يمكنك حينها الحصول على هذه الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. يجب الحصول على تصريح من الخطة قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، سنغطي هذه الرعاية كما لو كنت ستحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.

  - نحن نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون موفر الرعاية الخاص بك غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. يمكنك أن تحصل على هذه الخدمات لغسيل الكلى من خلال أحد المراكز المعتمدة من برنامج Medicare.

  - عندما تلتحق بالخطة لأول مرة، يمكنك إرسال طلب لنا للاستمرار في التوجه إلى موفري الرعاية الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب علينا الموافقة على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة حالية مع موفري الرعاية. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 1** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك. إذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في استخدام موفري الرعاية الذين تستعين بهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا للحصول على الخدمات. خلال تلك الفترة، سيتصل بك منسق الرعاية الخاص بك لمساعدتك في العثور على موفري رعاية تابعين لشبكتنا والمنتسبين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. بعد مرور 12 شهرًا، سوف نتوقف عن تغطية رعايتك إذا واصلت الاستعانة بموفري رعاية غير تابعين لشبكتنا وغير منتسبين إلى المجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.

أعضاء جُدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield TotalDual Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413 إذا كان لديك أي استفسارات.

C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك خلال تنسيق إجراءات الرعاية. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك، وسيكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية لك ومصدر معلوماتك الأساسي. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية ليقدم نفسه ويساعدك في إكمال تقييم المخاطر الصحية لتحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. بمجرد أن تبدأ العمل مع منسق الرعاية، يمكنك أيضًا الاتصال به بالاتصال مباشرةً برقم هاتفه.

C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك

لطلب تغيير منسق الرعاية الخاص بك، يمكنك الاتصال على الرقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.

D. الرعاية من موفري الرعاية

D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP)

يجب أن تختار PCP لتوفير وإدارة الرعاية الطبية لك. إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. وبالتالي فإنه عند اختيارك موفر الرعاية الأولية PCP الخاص بك، فإنك بذلك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها.

تعريف موفر الرعاية الأولية (PCP) وما مهامه تجاهك

PCP الخاص بك هو الطبيب الذي يلبي متطلبات الولاية وهو مدرّب لتوفير الرعاية الطبية الأساسية لك. يمكن أن يكون PCP طبيب الأسرة أو ممارسًا عامًا أو اختصاصي الطب الباطني أو اختصاصي أمراض النساء والتوليد أو اختصاصي نستعين به عند الطلب. وبالتالي يمكنك اختيار أحد الاختصاصيين ليكون بمثابة PCP الخاص بك إذا وافق هذا الاختصاصي على توفير جميع الخدمات التي يقدمها عادة موفرو الرعاية الأولية. لطلب أن يكون الاختصاصي الخاص بك هو PCP لك، اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهواتف وساعات العمل مطبوعة أسفل هذه الصفحة). ويمكن أن تكون العيادات، مثل المراكز الصحية المؤهلة من الحكومة الاتحادية ((Federally Qualified Health Centers (FQHC))، هي PCP كذلك. سوف تحصل على الرعاية الروتينية أو الأساسية من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. يمكن أيضًا لموفر الرعاية الأولية الخاص بك تنسيق بقية خدمات التغطية التي تحتاج إليها. وتتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:

- الأشعة السينية
- اختبارات المعمل
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء من المتخصصين
- دخول المستشفيات

- الرعاية في مرحلة المتابعة

إن موفري الرعاية الأولية بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو ترتيب توفير خدمات الرعاية الصحية للمشتركين في الخطة الصحية. وبالتالي فإنه عند اختيارك موفر الرعاية الأولية PCP الخاص بك، فإنك بذلك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن موفر الرعاية الأولية PCP الخاص بك سيحيلك إلى الاختصاصيين وإلى الخدمات التابعة أيضًا لمجموعته أو لمجموعتها الطبية.

في معظم الحالات، يجب الرجوع إلى موفر الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على إحالة قبل الذهاب إلى أي من موفري الرعاية الصحية الآخرين أو إلى أحد الاختصاصيين. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابعة لموفر الرعاية الأولية الخاص بك باعتماد هذه الإحالة، فإنه يمكنك تحديد موعد مع الاختصاصي أو مع موفر رعاية آخر لتلقي العلاج الذي تحتاج إليه. سوف يُخبر الاختصاصي موفر الرعاية الأولية الخاص بك عندما تستكمل الحصول على علاجك أو خدمتك حتى يستطيع الاستمرار في إدارة عملية توفير الرعاية لك.

وللحصول على خدمات معينة، سيتعين أيضًا على موفر الرعاية الأولية الخاص بك الحصول على موافقة مسبقة من الخطة، وفي بعض الحالات، من المجموعة الطبية التابعة لموفر الرعاية الأولية الخاص بك. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "تصريح مسبق".

اختيارك لموفر الرعاية الأولية

عندما تصبح عضوًا في خطتك، يجب أن تختار موفر رعاية تابعًا للشبكة ليكون PCP لك.

لاختيار PCP، يمكنك:

- استخدام *دليل موفري الرعاية والصيدليات*. انظر فهرس "أطباء الرعاية الأولية" الموجود في ظهر الدليل للعثور على الطبيب الذي تريده. (الفهرس مرتب أبجديًا بحسب اسم عائلة الطبيب.)؛ أو
- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان blueshieldca.com/find-a-doctor والبحث عن PCP الذي تريده؛ أو
- اتصل بخدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan للمساعدة (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة).

لمعرفة ما إذا كان موفر الرعاية الصحية الذي تريده متاحًا أو يقبل مرضى جددًا، راجع *دليل موفري الرعاية والصيدليات* المتاح على موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بخدمة العملاء (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في أسفل هذه الصفحة). إذا كان هناك اختصاصي معين أو مستشفى معينة تريد الاستعانة بهم، فتعرف على ما إذا كانا تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. يمكنك البحث في *دليل موفري الرعاية والصيدليات* أو أن تطلب من خدمة العملاء معرفة ما إذا كان PCP الذي تريده يقوم بالإحالات إلى هذا الاختصاصي أو يستخدم تلك المستشفى.

خيار تغيير موفر الرعاية الأولية الخاص بك

يمكنك تغيير موفر الرعاية الأولية الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. كما يمكن أن يغادر موفر الرعاية الأولية الخاص بك شبكة الخطة. فإذا غادر موفر الرعاية الأولية شبكة الخطة، يمكننا مساعدتك في العثور على موفر رعاية أولية جديد من داخل شبكة الخطة.

يمكنك اتباع الخطوات في القسم "اختيارك لموفر الرعاية الأولية" أعلاه لتغييره. تأكد من الاتصال بخدمة العملاء لإعلامهم بأنك تقوم بتغيير موفر الرعاية الأولية الخاص بك (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل هذه الصفحة).

وبمجرد أن ترسل الطلب بالتغيير، سيتم تعيين موفر رعاية أولية جديد والمجموعة الطبية التي يتعبها في أول يوم من الشهر التالي بعد طلب تغييرك لموفر الرعاية الأولية.

اسم موفر الرعاية الأولية الخاص بك ورقم هاتف عيادته مطبوعان على بطاقة عضويتك. إذا غيّرت موفر الرعاية الأولية الخاص بك، فسوف تستلم بطاقة عضوية جديدة.

إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. إذا قمت بتغيير موفر الرعاية الأولية الخاص بك، فقد تقوم أيضًا بتغيير المجموعات الطبية. عندما تطلب التغيير، أخبر خدمة العملاء إذا كنت تستعين باختصاصي أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية يجب أن تحصل على موافقة طبيب الرعاية الأولية. تساعدك خدمة العملاء على مواصلة الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى عندما تقوم بتغيير PCP الخاص بك.

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون الحصول على موافقة من PCP الخاص بك

في معظم الحالات، تحتاج إلى موافقة من PCP الخاص بك قبل التعامل مع موفري الرعاية الآخرين. وتُسمى هذه الموافقة **إحالة**. دون الحصول على موافقة من طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك أولاً، يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة في القائمة أدناه، وهي:

- خدمات الطوارئ من موفري رعاية تابعين للشبكة أو من موفري رعاية غير تابعين للشبكة.
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية تابعين للشبكة
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما يتعذر الوصول لموفري الرعاية التابعين للشبكة، (على سبيل المثال عندما تكون خارج نطاق منطقة خدمة الخطة).

  ملاحظة: يجب أن تكون الرعاية اللازمة بشكل عاجل مطلوبة على الفور وضرورية من الناحية الطبية.

- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من خلال أحد المراكز المعتمدة من برنامج Medicare لغسيل الكلى عندما تكون خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. إذا اتصلت بخدمة العملاء قبل مغادرة منطقة الخدمة، يمكننا مساعدتك في الحصول على غسيل الكلى وأنت خارج المنطقة.
- جرعات لقاح الإنفلونزا والتحصين باللقاحات ضد COVID-19 والتحصين باللقاحات ضد الالتهاب الكبدي B والتحصين باللقاحات ضد الالتهاب الرئوي طالما كنت تحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- الخدمات الاعتيادية للرعاية الصحية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. يشمل ذلك فحوصات الثدي والصور الإشعاعية للثدي (الأشعة السينية على الثدي) وفحوصات عنق الرحم وفحوصات الحوض طالما كنت تحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت عضوًا من الهنود الأمريكيين، يمكنك الحصول على الخدمات المغطاة من موفر رعاية صحية هندي من اختيارك، دون الحاجة إلى إحالة من PCP تابع للشبكة أو تصريح مسبق.

D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو عضو محدد من أعضاء الجسم. هناك أنواع عديدة من الاختصاصيين، مثل:

- اختصاصيو الأورام لرعاية مرضى السرطان.

- أخصائيو أمراض القلب لرعاية المرضى الذين يعانون من مشكلات في القلب.
- أخصائيو تقويم العظام لرعاية المرضى ممن يعانون من مشكلات معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات.

عندما تحتاج إلى رعاية متخصصة أو إلى خدمات إضافية لا يمكن لموفر الرعاية الأولية الخاص بك توفيرها، فسوف يقوم/تقوم بإحالتك. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابع لها PCP الخاص بك باعتماد هذه الإحالة، فإنه يمكنك تحديد موعد مع الاختصاصي أو مع موفر رعاية آخر لتلقي العلاج الذي تحتاج إليه. سوف يُخبر الاختصاصي PCP الخاص بك عندما تستكمل الحصول على علاجك أو خدمتك حتى يستطيع PCP الخاص بك الاستمرار في إدارة عملية توفير الرعاية لك.

كما سيحتاج طبيب الرعاية الأولية الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة لتتمكن من الحصول على خدمات معينة. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "تصريح مسبق". على سبيل المثال، يلزم الحصول على تصريح مسبق لجميع حالات الإقامة غير الطارئة داخل المستشفى. في بعض الحالات تستطيع المجموعة الطبية التابعة لموفر الرعاية الأولية PCP الخاص بك -بدلاً من خطتنا- أن تقوم بعمل تصريح الخدمة لك.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المسؤول عن إرسال التصاريح المسبقة للخدمات والموافقة عليها، يمكن أن تتصل بالمجموعة الطبية التابعة لموفر الرعاية الأولية. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء. لمزيد من المعلومات حول الخدمات التي تتطلب تصريحًا مسبقًا، يُرجى مراجعة جدول المزايا في الفصل 4، القسم D.

قد تكون الإحالة المكتوبة لزيارة واحدة أو قد تكون إحالة دائمة لأكثر من زيارة واحدة إذا كنت بحاجة إلى خدمات مستمرة. يجب أن نقدم لك إحالة دائمة إلى اختصاصي مؤهل لأي من هذه الحالات:

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض عقلي أو جسدي يهدد الحياة؛
- مرض تنكسي أو إعاقة.
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد بما يكفي ليتطلب العلاج من قِبل اختصاصي.

إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة، فقد لا يتم دفع الفاتورة. لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا

قد يترك موفر الرعاية التابع للشبكة الذي تستعين به خطتنا. إذا ترك أحد موفري الرعاية المخصصين لك خطتنا، فستصبح لديك حقوق وأوجه حماية محددة، والتي لُخصت فيما يلي:

- حتى إذا تغيرت شبكة موفري الرعاية لدينا خلال العام، يجب أن نمنحك إمكانية الوصول دون انقطاع إلى موفري الرعاية المؤهلين.
- سنخبرك بأن موفر الرعاية الخاص بك سيترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر الرعاية الجديد.

- إذا ترك موفر الرعاية الأولية أو موفر رعاية الصحة السلوكية الخاص بك خطتنا، فسوف نخطرك إذا زرت موفر الرعاية هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
- إذا ترك أي من موفري الرعاية الآخرين خطتنا، فسوف نخطرك إذا تم تخصيص موفر الرعاية هذا لك، أو تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو زرته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.

- سنساعدك على اختيار موفر رعاية مؤهل جديد تابع للشبكة لمواصلة إدارة احتياجات رعايتك الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع موفر الرعاية الحالي الخاص بك، فيحق لك أن تطلب استمرار العلاج أو العلاجات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها، ونحن نعمل معك لضمان هذا.
- سنزودك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم نتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، يتوجب علينا توفير اختصاصي من خارج الشبكة لتقديم الرعاية لك عند عدم إتاحة موفر رعاية تابع للشبكة أو الميزة داخل الشبكة غير متاحة أو غير مناسبة لتلبية احتياجاتك الطبية.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل موفر الرعاية السابق الخاص بك بموفر رعاية مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، فيحق لك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة (QIO)، أو تظلم بشأن جودة الرعاية، أو كليهما. (يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** للحصول على مزيد من المعلومات.)

إذا اكتشفت أن أحد موفري الرعاية الخاصين بك قد ترك خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في العثور على موفر رعاية جديد وإدارة رعايتك. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413،من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. عند الاتصال تأكد من إخبار خدمة العملاء إذا كنت تتردد على اختصاصيين أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية تحتاج لموافقة من PCP الخاص بك (مثل الخدمات الصحية المنزلية والأجهزة الطبية المُعمّرة). ستساعدك خدمة العملاء في التأكد من أنه يمكنك الاستمرار مع خدمات الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى التي حصلت عليها عندما تقوم بتغيير طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. ستقوم أيضًا بالفحص للتأكد أن موفر الرعاية الأولية الذي تريد التحويل له يقبل مرضى جُدد. ستقوم خدمة العملاء بتغيير سجل عضويتك لتوضيح اسم PCP الجديد الخاص بك وإخبارك عندما يصبح التغيير لـ PCP الجديد الخاص بك ساريًا.

D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تلزم تغطيتها من خطتنا وفقًا لبرنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal، وليس بإمكان موفري الرعاية التابعين لشبكتنا تقديم هذه الرعاية، يمكنك حينها الحصول على هذه الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. سيكون PCP الخاص بك مسؤولاً عن تقديم الطلب للحصول على التصريح المسبق للخدمات غير التابعة للشبكة. يجب أن تحصل على التصريح من الخطة أو من المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك قبل طلب الحصول على الرعاية من موفر غير تابع للشبكة إلا إذا كنت تتلقى خدمات طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل. وفي هذه الحالة، ستدفع مقدار ما كنت ستدفع لو كنت حصلت على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة.

إذا توجهت لموفر رعاية غير تابع للشبكة، يجب أن يكون موفر الرعاية مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.

- لا يمكننا السداد لموفر رعاية غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.

- وإذا تعاملت مع موفر رعاية غير مؤهل للمشاركة في Medicare، فستقع على عاتقك مسؤولية تسديد التكاليف الكاملة للخدمات التي تتلقاها.
- يجب على موفري الرعاية إخبارك إذا كانوا غير مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)

يمكن أن تساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في المستشفى أو في مركز خدمات التمريض المهني. يمكنك الاستفادة من أشكال معينة من LTSS من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مركز خدمات التمريض المهني، والخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، والدعم المجتمعي. هناك نوع آخر من LTSS، وهو برنامج خدمات الدعم المنزلي، وهو متاح من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. LTSS مخصصة للأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة لأداء الأنشطة اليومية الروتينية مثل الاستحمام وارتداء الملابس وإعداد وجبات الطعام وإعطاء الأدوية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لمواصلة الحياة بشكل مستقل، يُرجى الاتصال بمنسق الرعاية أو خدمة العملاء للحصول على إحالة.

تشمل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، والخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، وخدمات الدعم المنزلية (IHSS)، وبرنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)، والرعاية الطويلة الأجل/الرعاية المنزلية.

في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجات العيش اليومية.

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)
- الرعاية التمريضية المتخصصة
- العلاج البدني
- العلاج المهني
- علاج التخاطب
- الخدمات الطبية الاجتماعية
- الرعاية الصحية بالمنزل

اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال خطة Blue Shield Promise Medi-Cal الخاصة بك. يمكن لموفر الرعاية الخاص بك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على دعم المجتمع أو يمكنك التواصل مع خدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك لمعرفة المزيد. قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- وسائل تكييف الإمكانيات البيئية (التعديلات المنزلية)
- خدمات الإسكان والانتقال
- ودائع الإسكان

- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا
- خدمات العناية الشخصية والمنزلية
- رعاية التعافي (الراحة الطبية)
- استراحة مقدمي الرعاية
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى
- مراكز تحسين الوعي

F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة من برنامج Medi-Cal. لا توفر خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة أو خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من برنامج Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو.

F1. خدمات الصحة السلوكية من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal عبر خطة الصحة العقلية (MHP) التابعة لمقاطعتك إذا استوفيت المعايير الطبية الضرورية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal التي توفرها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- إجراءات حل الأزمات
- التحكم في ضبط الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات

- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات الأمراض النفسية بالعيادات الداخلية
- إدارة الحالات المستهدفة
- الخدمات السلوكية العلاجية
- تنسيق الرعاية المركزة
- الخدمات المنزلية المكثفة

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم من برنامج Medi-Cal للأدوية من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو إذا كنت تستوفي معايير الحصول على هذه الخدمات. تتضمن خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية التي توفرها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران

تشمل خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal ما يلي:

- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية

إضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، يمكنك الوصول لخدمات علاج الإدمان لمرضى العيادات الداخلية الاختيارية إذا استوفيت المعايير.

توفر خدمات الصحة السلوكية

تتوفر لك مجموعة كبيرة من الخدمات. يمكنك الإحالة بنفسك إلى موفر رعاية متعاقد، ويمكن أيضًا إحالتك من قبل PCP الخاص بك أو أحد أفراد العائلة أو غير ذلك. "كل الطرق صحيحة" للحصول على الخدمات. يمكنك الاتصال بما يلي للحصول على مساعدة في الحصول على الخدمات:

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يرجى الاتصال بالرقم (711 :TTY) 888-742-7900 على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في الأسبوع)
- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يرجى الاتصال بالرقم (711 :TTY) 888-724-7240 على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في الأسبوع)
- خط الصحة السلوكية لدى Blue Shield TotalDual Plan (يُرجى مراجعة القسم D في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- خدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة).

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية
يحدد موفر رعاية مُرخص له الضرورة من الناحية الطبية على نحو صحيح. يتم استخدام معايير الضرورة الطبية من قبل كل من Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قِبل خبراء الصحة السلوكية وأصحاب المصلحة الآخرين، وهي متوافقة مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة
إذا كنت تتلقى الخدمات من Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك لأي من الهيئتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تتم إحالتك من خلال Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة بالاتصال بالهيئة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قِبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.

عمليات تسوية المشكلات
إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield TotalDual Plan، فسوف تستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية، حتى تتم تسوية الخلاف أو النزاع. عملت Blue Shield TotalDual Plan مع المقاطعة لوضع عمليات التسوية التي تتسم بأنها ملائمة ولا تؤثر على الخدمات التي يحتاج العضو لاستلامها سلبيًا. يمكنك أيضًا استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الكيان الذي تتنازع معه. للحصول على معلومات حول إجراءات الطعون، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الذي حصلت عليه.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة

يحق لك الحصول على النقل الطبي في غير الطوارئ إذا كان لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام السيارة، أو الحافلة، أو سيارة الأجرة للوصول إلى مواعيدك. يمكن توفير النقل الطبي في غير الطوارئ للخدمات الخاضعة للتغطية، مثل المواعيد الطبية والمتعلقة بطب الأسنان، والصحة العقلية، وعلاج إدمان المخدرات، ومواعيد الصيدليات. إذا كنت بحاجة إلى النقل الطبي في غير الطوارئ، يمكنك الاتصال بموفر الرعاية الخاص بك أو مزود خدمة النقل لدينا، Call the Car. يمكن لموفر الرعاية الخاص بك أو مزود خدمة النقل لدينا، Call The Car، مساعدتك في تحديد أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك.

تتمثل خدمات النقل الطبي في غير الطوارئ في النقل بسيارة إسعاف أو عربة مُجهزة بحمالة المريض أو كرسي متحرك أو وسيلة نقل جوي. تسمح Blue Shield TotalDual Plan بتوفير وسائل النقل المغطاة بأقل تكلفة ووسائل النقل الطبي في غير الطوارئ الأكثر ملاءمة لاحتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى توصيلة إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا توافرت لديك القدرة الجسدية أو الطبية على الانتقال بواسطة عربة مجهزة بكرسي، فلن تدفع Blue Shield TotalDual Plan تكاليف سيارة الإسعاف. يحق لك فقط النقل الجوي إذا كانت حالتك الطبية لا تسمح بالنقل البري.

يجب استخدام النقل الطبي في غير الطوارئ في الحالات التالية:

- الحاجة إليها جسديًا أو طبيًا على النحو الذي يحدده تصريح كتابي من موفر الرعاية الآخر لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة للوصول إلى موعدك.
- تحتاج إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو سيارتك أو مكان العلاج، بسبب إعاقة جسدية أو عقلية

لطلب خدمات النقل الطبي التي وصفها طبيبك **لمواعيدك الدورية** غير العاجلة، يُرجى الاتصال بـ Call The Car على الرقم 1-877-433-2178 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة و7 أيام في الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات للكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى ويجب عليك الاتصال لإجراء هذه الحجوزات. يجب إجراء المواعيد والحجوزات غير العاجلة قبل 24 ساعة من موعدك. **للمواعيد العاجلة**، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

حدود النقل الطبي

توفرBlue Shield TotalDual Plan النقل الطبي الأقل تكلفة بما يلبي احتياجاتك الطبية للنقل من منزلك إلى أقرب موفر رعاية حيث يتوفر تحديد الموعد. لن يتم توفير النقل الطبي إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal لا يغطي الخدمة. وإذا كان الموعد من الأنواع التي يغطيها برنامج Medi-Cal ولا تغطيها الخطة الصحية، فستقدم Blue Shield TotalDual Plan الخدمة أو ستساعدك في جدولة عملية نقلك. تتوفر قائمة الخدمات الخاضعة للتغطية في الفصل 4 من هذا الكتيب. لا تتم تغطية وسائل النقل خارج شبكة Blue Shield TotalDual Plan أو منطقة الخدمة ما لم يتم الحصول على تصريح مسبق.

G2. النقل غير الطبي

تشمل مزايا النقل غير الطبي السفر من وإلى مواعيدك للحصول على خدمة مُصرح بها من قِبل موفر الرعاية الخاص بك. ويمكنك الحصول على خدمة النقل، دون أن تتحمل تكلفة، عندما تكون:

- مسافرًا ذهابًا وإيابًا إلى أحد المواعيد المتعلقة بخدمة خاصة بـ Medi-Cal مصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك؛ أو
- الحصول على الوصفات الطبية والصرفيات الطبية.

تتيح لك Blue Shield TotalDual Plan استخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو وسيلة عامة/خاصة أخرى يمكنك من خلالها الوصول إلى مواعيدك غير الطبية. تستخدم Blue Shield TotalDual Plan خدمة Call The Car لترتيب وسائل النقل غير الطبي. نحن نغطي أقل أنواع النقل غير الطبي تكلفة والذي يلبي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكن أن يتم تعويضك مقابل الرحلات في سيارة خاصة قمت بترتيبها. يجب أن توافق Blue Shield TotalDual Plan على ذلك **قبل أن** تحصل على الرحلة، ويجب أن تخبرنا لماذا لا يمكنك الحصول على رحلة بطريقة أخرى، مثل ركوب الحافلة. يمكنك إخبارنا عن طريق الاتصال بالرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. **لا يمكن تعويضك عن القيادة بنفسك.**

يتطلب التعويض بحسب المسافات المقطوعة توفر جميع الشروط التالية:

- وجود رخصة القيادة الخاصة بالسائق.
- أوراق ترخيص مركبة السائق.
- وجود ما يثبت التأمين على السيارة التي يقودها السائق.

لطلب توصيلة، اتصل بـ Call the Car على الرقم (711 :TTY) 1-877-433-2178 على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في الأسبوع قبل أربع وعشرين (24) ساعة على الأقل من موعدك. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات وتعديلها وتتبعها وإلغائها.

للمواعيد العاجلة، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بعيادة الصحة الهندية المحلية في منطقتهم لطلب خدمات النقل غير الطبي.

حدود النقل غير الطبي

توفر Blue Shield TotalDual Plan النقل غير الطبي الأقل تكلفة بما يلبي احتياجاتك الطبية للنقل من منزلك إلى أقرب موفر رعاية حيث يتوفر موعد. **لا يمكنك القيادة بنفسك أو أن يتم تعويضك مباشرة.**

لا تنطبق خدمات النقل غير الطبي في الحالات التالية:

- إذا كانت هناك حاجة إلى سيارة الإسعاف أو سيارة طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة أو شكل آخر من أشكال النقل الطبي في غير الطوارئ للحصول على خدمة.
- احتياجك إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو عربتك أو مكان علاجك بسبب حالة جسدية أو عقلية.
- إذا كنت على كرسي متحرك وغير قادر على الحركة داخل المركبة وخارجها دون الحاجة إلى تلقي مساعدة من السائق.
- الخدمة غير مُغطاة من قِبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة الملحة أو خلال الكوارث

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض كألم حاد أو إصابة خطيرة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكنك أنت أو أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية أن يتوقع النتيجة التالية:

- حدوث خطر جسيم على صحتك أو على صحة الجنين؛ **أو**
- ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ **أو**
- خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد؛ **أو**
- في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، عندما:
  - يكون الوقت غير كافٍ لنقلكِ بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
  - يمثل النقل إلى المستشفى تهديدًا على صحتكِ أو سلامتكِ أو صحة الجنين.

ما يجب عليك أن تفعل إذا واجهتك حالة طبية طارئة:

- **اطلب المساعدة بأسرع ما يمكن.** اتصل برقم الطوارئ (911) أو توجه لأقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اطلب سيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. **لا** تحتاج إلى موافقة أو إحالة من طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. لا تحتاج إلى الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها أو في جميع أنحاء العالم، من أي موفر رعاية لديه ترخيص حكومي مناسب.
- **في أقرب وقت ممكن، أخبر خطتنا عن حالة الطوارئ الخاصة بك.** نحن نتابع رعاية الطوارئ الخاصة بك. يجب أن تتصل أنت أو أي شخص آخر وتخبرنا بالرعاية الطارئة عادة في خلال 48 ساعة. ومع ذلك، لن تدفع مقابل خدمات الطوارئ إذا تأخرت في إخبارنا. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م، سبعة أيام في الأسبوع. رقم هاتف خدمة العملاء الخاص بنا موجود على بطاقة مُعرِّف العضوية الخاصة بك.

الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية

تغطي Blue Shield TotalDual Plan خدمات الرعاية الطارئة والعاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في ظل الظروف التالية، بدون حد سنوي مشترك. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا الطبية في القسم "D" بالفصل 4 من هذا المستند.

إذا كنت بحاجة إلى سيارة إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فإن خطتنا تغطي ذلك. نحن نغطي أيضًا الخدمات الطبية أثناء حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الذي حصلت على نسخة منه.

يقرر موفرو الرعاية الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وتنتهي حالة الطوارئ الطبية. وسوف يستمرون في علاجك وسيتصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى الرعاية في مرحلة المتابعة للتحسن.

تُغطي خطتنا الرعاية في مرحلة المتابعة الخاصة بك. إذا حصلت على رعاية الطوارئ الخاصة بك من موفري رعاية غير تابعين للشبكة، فسنحاول جعل موفري الرعاية التابعين للشبكة يتولون رعايتك في أقرب وقت ممكن.

الحصول على رعاية الطوارئ إذا لم تكن حالة طارئة

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طوارئ صحية طبية أو صحية سلوكية. يمكنك الذهاب للحصول على رعاية الطوارئ وسيحدد الطبيب أنها ليست حالة طارئة حقًا. فطالما أنك اعتقدت لأسباب معقولة أن صحتك كانت في خطر شديد، فسنخضع ما تلقيته من رعاية للتغطية.

بيد أنه، وبعد أن يحدد الطبيب أنها لم تكن حالة طبية طارئة؛ فلن تتم تغطية الرعاية الإضافية إلا إذا:

- استعنت بموفر رعاية تابع للشبكة **أو**
- تعتبر الرعاية الإضافية التي حصلت عليها "الرعاية اللازمة بشكل عاجل"، وتتبع قواعد الحصول على هذه الرعاية. راجع القسم التالي.

H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل

الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي الرعاية التي تحصل عليها في حالة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد تكون لديك حالة متفاقمة لحالة موجودة بالفعل أو مرض أو إصابة غير متوقعة.

هناك حاجة ماسة للرعاية اللازمة بشكل عاجل في منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا

في معظم الحالات، لن نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل إلا في حالة:

- الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة **و**
- اتباع القواعد المذكورة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة، بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإننا نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل والتي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة. للحصول على قائمة محدثة بمراكز الرعاية العاجلة التابعة لمجموعة الأطباء الخاصة بك، يُرجى الاتصال بـ PCP الخاص بك. يمكنك أيضًا البحث عن مراكز الرعاية العاجلة في منطقتك من خلال زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor.

هناك حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. في هذه الحالة، فإن خطتنا سوف تغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي موفر رعاية.

تغطي خطتنا خدمات الطوارئ وخدمات الرعاية اللازمة بشكل عاجل على مستوى العالم خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في ظل الظروف التالية، بدون حد سنوي مشترك. لمعرفة المزيد، راجع *رعاية الطوارئ والرعاية اللازمة بشكل عاجل* في جدول المزايا الطبية في الفصل 4، القسم D.

إذا كنت بحاجة إلى الرعاية العاجلة أثناء تواجدك خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها، فاتصل بمركز الخدمات الأساسية العالمية التابع لـ Blue Shield على الهاتف المجاني ،2583-810 (800) أو اتصل بمركز التحصيل على الرقم ،1177-673 (804) على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. في حالة الطوارئ، اذهب مباشرة إلى أقرب مستشفى. يجب عليك أيضًا الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك. كجزء من هذه الخدمة، لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى،

يمكنك الاتصال بمركز الخدمات الأساسية العالمية Blue Shield لترتيب الوصول غير النقدي. إذا قمت بالترتيب للوصول غير النقدي، فأنت مسؤول عن النفقات النثرية المعتادة والتي تدفعها من مالك الخاص مثل الرسوم غير الخاضعة للتغطية وحصص المشاركة في الدفع. إذا لم تقم بالترتيب للوصول غير النقدي، فسيتعين عليك دفع فاتورة الرعاية الطبية بالكامل وتقديم طلب للتعويض.

H3. الرعاية أثناء الكوارث

إذا أعلن حاكم ولاية كاليفورنيا، أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي، أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطتنا.

تفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء الكارثة المعلنة: blueshieldca.com/emergencypolicy.

في حالة الكوارث المعلنة، إذا لم تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من موفري رعاية غير تابعين للشبكة بمعدل مبلغ المشاركة في تحمل التكاليف داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة معلنة، فيمكنك صرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك من صيدلية غير تابعة للشبكة. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

I. ماذا تفعل إذا تم تحصيل فواتير منك مباشرة مقابل الخدمات التي تغطيها خطتنا

إذا أرسل لك موفر رعاية الفاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، يتعين عليك مطالبتنا بدفع الجزء الخاص بنا من الفاتورة.

ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فلن تتمكن الخطة من رد لك ما دفعته.

إذا دفعت أكثر من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف في خطتك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية أو إذا تلقيت فاتورة التكلفة الكاملة للخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يجب القيام به.

I1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي تم تحديدها بأنها ضرورية من الناحية الطبية، **و**
- المدرجة في جدول المزايا الخاص بخطتنا (ارجع إلى **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء*)، **و**
- التي يمكنك الحصول عليها من خلال قواعد الخطة التالية.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، **فإنك تدفع التكلفة الكاملة بنفسك**، ما لم يتم تغطيتها بواسطة برنامج Medi-Cal آخر خارج خطتنا.

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سندفع نظير أي خدمة أو رعاية طبية أم لا، يحق لك سؤالنا عن ذلك. لديك أيضًا الحق في طلب ذلك كتابيًا. إذا قررنا أننا لن ندفع مقابل خدماتك، يحق لك الطعن على قرارنا.

يشرح لك **الفصل 9** من كتيب الأعضاء ما يجب عليك فعله إذا كنت تريد منا تغطية خدمة طبية أو بند طبي. كما يوفر لك معلومات عن كيفية الطعن في قرار التغطية الخاص بنا. اتصل بخدمة العملاء لمعرفة المزيد حول حقوق الطعن الخاصة بك.

سندفع نظير بعض الخدمات بقيمة تصل إلى حد معين. وإذا تخطيت هذا الحد، فسيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للحصول على هذا النوع من الخدمات. راجع **الفصل 4** لمعرفة حدود المزايا المحددة. اتصل بخدمة العملاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار المزايا التي استخدمتها.

J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية

J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

تُعد الدراسة البحثية السريرية (تسمى أيضًا التجربة الطبية) طريقة يختبر بها الأطباء أنواع الرعاية الصحية أو الأدوية. عادةً ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare مشاركة متطوعين في الدراسة.

بمجرد أن يعتمد برنامج Medicare دراسة ترغب أن تكون جزءًا منها، سيتصل بك موظف مشترك في هذه الدراسة. وسيطلعك هذا الموظف على الدراسة ويتحقق مما إذا كنت مؤهلاً لتكون جزءًا منها أم لا. يمكن أن تكون جزءًا من الدراسة ما دمت تستوفي جميع الشروط المطلوبة. كما يجب عليك فهم ما يتوجب عليك القيام به في الدراسة وقبوله.

وأثناء اشتراكك في الدراسة، يحق لك البقاء مشتركًا في خطتنا. وبهذه الطريقة، تستمر خطتنا في تغطيتك للخدمات والرعاية غير المرتبطة بالدراسة.

إذا أردت المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، **فلن** تحتاج إلى الحصول على موافقة منا أو من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. لا يلزم أن يكون موفرو الرعاية الذين يقدمون الرعاية ضمن الدراسة موفري رعاية تابعين للشبكة. يرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزايا التي تكون خطتنا مسؤولة عنها والتي تتضمن، كعنصر، تجربة سريرية أو تسجيل لتقييم الميزة. وتشمل هذه المزايا بعض المزايا المحددة بموجب قرارات التغطية الوطنية التي تتطلب تغطية مع دراسات تطوير الأدلة (NCDs-CED) وإعفاء الأجهزة الاستقصائية (IDE) وقد تخضع لتصريح مسبق وقواعد خطة أخرى.

نحن نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، والتي تتم تغطيتها للمشتركين بواسطة Original Medicare، فإننا نشجعك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك على الاتصال بخدمة العملاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

J2. الدفع مقابل الخدمات عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لدراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة. يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. عندما تشترك في دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، سنوفر لك التغطية لمعظم العناصر والخدمات الاعتيادية التي تتلقاها ضمن الدراسة. هذا يتضمن:

- الغرفة والطعام للإقامة في المستشفى التي سيدفعها برنامج Medicare حتى لو لم تكن مشاركًا في الدراسة
- الخضوع لعملية أو أي إجراء طبي آخر يُعد جزءًا من الدراسة البحثية.
- معالجة أي آثار جانبية للرعاية الجديدة وكذلك مضاعفاتها.

إذا كنت جزءًا من دراسة **لم** يعتمدها برنامج Medicare، فسوف يتوجب عليك دفع أي تكاليف لمشاركتك في الدراسة.

J3. المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية

يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات عن الاشتراك في الدراسة البحثية السريرية بقراءة المنشور " Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare والدراسات البحثية السريرية) على موقع برنامج Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية

المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية هي مكان يوفر الرعاية التي يمكن أن تحصل عليها بشكل طبيعي في مستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني. إذا كان تلقي الرعاية بمستشفى أو مركز تمريض متخصص ضد معتقداتك الدينية، فسوف نوفر لك الرعاية الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.

وهذه الفائدة لا يتم تقديمها سوى لخدمات Medicare بالقسم A للمرضى المقيمين داخل المستشفى (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

K2. الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية

لتلقي الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند رسمي ينص على رفضك لتلقي علاج طبي "غير إجباري".

- إن الرعاية أو العلاج الطبي "غير الإجباري" هو التطوعي وغير الإلزامي طبقًا لأي قانون اتحادي أو محلي أو سارٍ في أي ولاية.
- إن الرعاية أو العلاج الطبي "الإجباري" هو غير التطوعي والإلزامي طبقًا لأي قانون اتحادي أو محلي أو سارٍ في أي ولاية.

لكي تتم تغطيتها بخطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية الشروط التالية:

- يجب أن تكون المنشأة التي تقدم الرعاية معتمدة من قبل برنامج Medicare.
- تقتصر تغطية الخدمات المقدمة من الخطة على الجوانب غير الدينية للرعاية.
- إذا وفرت لك هذه المؤسسة تلك الخدمات داخل أحد المراكز الطبية:
  - يجب أن تسمح حالتك الصحية بتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال الرعاية الصحية داخل المستشفيات أو الرعاية في مركز تمريض متخصص.
  - يجب أن تحصل على موافقة منا قبل الدخول إلى المنشأة أو لن تتم تغطية فترة تواجدك.

لا يوجد حد لعدد أيام التغطية لجميع حالات الإقامة في المستشفى. لمعرفة المزيد، يرجى الرجوع إلى جدول المزايا في القسم D بالفصل 4.

L. الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME)

L1. الحصول على أجهزة طبية مُعمرة بصفتك عضوًا في خطتنا:

تتضمن الأجهزة الطبية المُعمّرة بعض العناصر الضرورية طبيًا التي يطلبها موفر الرعاية، مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات مرضى السكري وأسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب الوريدي (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين و المستلزمات وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

ستمتلك دائمًا عناصر معينة مثل وحدات تعويضية.

في هذا القسم، نناقش DME الذي تستأجره. باعتبارك عضوًا في خطتنا، **لن** تمتلك عادةً DME، بغض النظر عن مدة استئجارها.

في بعض الحالات المحدودة، قد تقوم Blue Shield TotalDual Plan بنقل ملكية عنصر DME إليك اعتمادًا على ما إذا كنت تستوفي واحدًا أو كل المعايير التالية:

- لديك حاجة طبية مستمرة لعناصر تكلف أقل من 150$ و/أو مضخات الحقن/التسريب
- شهادة الطبيب المعالج
- إذا كان الجهاز أو المعدات صُممت لتناسبك

اتصل بخدمات الأعضاء للاطلاع على المتطلبات التي يجب عليك استيفاؤها والأوراق الواجب عليك تقديمها.

حتى لو كان لديك DME لمدة تصل إلى 12 شهرًا متتاليًا بموجب برنامج Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، **فلن** تمتلك المعدات.

L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare

في برنامج Original Medicare، فإن الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من DME يمتلكونها بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage (MA)، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص فيها استئجار أنواع معينة من DME قبل امتلاكها.

ملاحظة: يمكنك العثور على تعريفات لخطط Original Medicare وMA في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب *Medicare & You 2025*. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

إذا لم يتم اختيار برنامج Medi-Cal، فسيتعين عليك إجراء 13 دفعة متتالية بموجب برنامج Original Medicare، أو سيتعين عليك إجراء عدد الدفعات المتتالية التي تحددها خطة MA، لامتلاك عنصر DME إذا:

- لم تكن مالكًا لأي من DME عندما كنت عضوًا في خطتنا، **و**
- تركت خطتنا وحصلت على مزايا برنامج Medicare خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو خطة MA.

إذا قمت بسداد دفعات مقابل عنصر DME بموجب خطة Original Medicare أو خطة MA قبل الانضمام إلى خطتنا، **فإن دفعات خطة Original Medicare أو خطة MA الأصلية لا يتم احتسابها ضمن الدفعات التي تحتاج إلى سدادها بعد ترك خطتنا**.

- سيتعين عليك إجراء 13 دفعة جديدة على التوالي بموجب برنامج Original Medicare أو عدد من الدفعات الجديدة على التوالي التي تحددها خطة MA لامتلاك عنصر DME.
- لا توجد استثناءات من هذه الحالة عند العودة إلى Original Medicare أو خطة MA.

L3. مزايا معدات الأكسجين لك بصفتك عضوًا في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare وكنت عضوًا في خطتنا، فإننا نغطي ما يلي:

- تأجير معدات الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- الأنابيب والملحقات ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- صيانة وإصلاح معدات الأكسجين

يجب إعادة معدات الأكسجين عندما لا تعد ضرورية من الناحية الطبية بالنسبة لك أو إذا تركت خطتنا.

L4. ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا **وتترك خطتنا وتتحول إلى برنامج Original Medicare**، فإنك تقوم بتأجيرها من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا. تغطي دفعات الإيجار الشهرية معدات الأكسجين والصرفيات والخدمات المذكورة أعلاه.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية طبيًا **بعد استئجارها لمدة 36 شهرًا**، يجب أن يقدم المورد الخاص بك:

- معدات الأكسجين وإمدادات وخدمات لمدة 24 شهرًا أخرى
- معدات الأكسجين وإمدادات لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية

إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية **في نهاية فترة الخمس سنوات**:

- لم يعد المورد الخاص بك مضطرًا إلى توفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- تستأجر من مورد لمدة 36 شهرًا.
- يقوم المورد الخاص بك بعد ذلك بتوفير معدات وإمدادات وخدمات الأكسجين لمدة 24 شهرًا أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما أن معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا **وتترك خطتنا وتتحول إلى خطة MA أخرى** ، ستغطي الخطة على الأقل ما يغطيه Original Medicare. يمكنك أن تسأل خطة MA الجديدة الخاصة بك عن معدات وإمدادات الأكسجين التي تغطيها وما هي تكاليفك.

الفصل 4: جدول المزايا

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وأي قيود أو حدود على تلك الخدمات والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. ويوضح هذا القسم المزايا غير الخاضعة للتغطية في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

أعضاء جُدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield TotalDual Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413إذا كانت لديك أي استفسارات.

جدول المحتويات

A. الخدمات الخاضعة للتغطية والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص 68

B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات..... 68

C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا 68

D. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا 71

E. جدول إجراءات مزايا طب الأسنان المغطاة..... 118

F. الدعم المجتمعي..... 124

G. المزايا المغطاة خارج خطتنا..... 126

G1. **الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)**..... 126

G2. **برنامج** Medi-Cal Dental..... 127

G3. **رعاية المرضى بالأمراض العضال**..... 127

G4. **خدمات الدعم المنزلية (IHSS)**..... 128

G5. **1915**(c) **برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).** 128

G6. **خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)**..... 131

H. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal 133

A. الخدمات الخاضعة للتغطية والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وكم ستدفع مقابل كل خدمة. ويمكنك الاطلاع على الخدمات التي لا تتم تغطيتها. المعلومات حول مزايا الدواء موجودة في **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك. كما يوضح هذا الفصل القيود المفروضة على بعض الخدمات.

فيما يتعلق ببعض الخدمات، ستتحمل نوعًا من التكاليف يعرف باسم التكاليف النثرية، ويسمى حصة المشاركة في الدفع. وهذا مبلغ ثابت (على سبيل المثال 5$) تدفعه في كل مرة تتلقى فيها الخدمة. فأنت تدفع قيمة حصة المشاركة في الدفع حين تحصل على الخدمة الطبية.

نظرًا لأنك تحصل على مساعدة من برنامج Medi-Cal، فلن تدفع شيئًا مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية طالما كنت تتبع قواعد خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على تفاصيل حول قواعد الخطة.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات التي تتم تغطيتها، اتصل بمنسق الرعاية و/أو خدمة العملاء على 1-800-452-4413 (TTY: 711).

B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات

لا نسمح لموفري الرعاية بتحرير فواتير لك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وذلك، حيث إننا ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحمي حقك في عدم دفع أي رسوم. ويسري هذا أيضًا عندما ندفع لموفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة.

لن يرسل لك موفر الرعاية فاتورة أبدًا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. إذا تلقيت فاتورة، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء.

C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

يوضح لك جدول المزايا هذا معلومات عن أي الخدمات تدفع الخطة مقابلها. وهو يسرد الخدمات الخاضعة للتغطية بالترتيب الأبجدي ويشرحها.

لن ندفع نظير الخدمات الموضحة في جدول المزايا إلا عند استيفاء المتطلبات التالية. لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا، طالما أنك تستوفي المتطلبات الموضحة أدناه.

- إننا نقدم الخدمات الخاضعة للتغطية التي يوفرها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal وفقًا لقواعد برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات "ضرورية من الناحية الطبية" بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وعلاج تعاطي المخدرات والخدمات والمساعدات طويلة الأجل والمستلزمات والأجهزة والأدوية. يصف ذلك الخدمات أو الصرفيات أو العقاقير الدوائية الضرورية من الناحية الطبية والتي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى مستشفى أو مركز تمريض. كما تعني أيضًا الخدمات والصرفيات والعقاقير الدوائية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المقبولة. تكون الخدمة ضرورية طبيًا عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة، أو لمنع مرض خطير أو إعاقة كبيرة، أو لتخفيف الألم الشديد.

- بالنسبة للمشتركين الجدد، يجب أن توفر الخطة فترة انتقالية لا تقل عن 90 يومًا، ولا تتطلب خطة MA الجديدة خلال هذه الفترة تصريحًا مسبقًا لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع موفر رعاية غير تابع للشبكة.

- سوف تحصل على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشركة هو موفر رعاية يعمل معنا. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من موفر رعاية غير تابع للشبكة إلا إذا كانت حالة طوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل أو ما لم تقدم لك خطتك أو موفر رعاية تابع للشبكة إحالة. يتضمن **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* معلومات عن الاستعانة بموفري رعاية تابعين للشبكة وغير تابعين لها.

- يتم تخصيص موفر للرعاية الأولية (PCP) أو فريق للرعاية لك ليقدم الرعاية لك ويشرف عليها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك الموافقة قبل أن تتمكن من استخدام موفر غير PCP الخاص بك أو استخدام موفري رعاية آخرين في شبكة الخطة. ويُسمى هذا إحالة. يحتوي **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ومتى **لا** تحتاج إلى تلك الإحالة.

- نغطي بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو موفر الرعاية الآخر التابع للشبكة على موافقتنا أولاً. ويطلق على هذا الإجراء اسم تصريح مسبق (PA). نحن نميّز الخدمات الخاضعة للتغطية في جدول المزايا والتي تحتاج إلى تصريح مسبق (PA) عن طريق كتابتها بخط مائل.

- إذا قدمت خطتك موافقة على طلب PA للحصول على مسار العلاج، يجب أن تكون الموافقة سارية طالما كانت مقبولة وضرورية من الناحية الطبية لتجنب توقف الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات موفر الرعاية المعالج.

- إذا فقدت مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك، خلال فترة 6 أشهر من الأهلية المستمرة، فستستمر مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في هذه الخطة. ومع ذلك، قد لا تكون خدمة برنامج Medi-Cal الخاصة بك مشمولة بالتغطية. اتصل بمكتب الأهلية في مقاطعتك أو خيارات الرعاية الصحية للحصول على معلومات حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal. يمكنك الاحتفاظ بمزايا برنامج Medicare الخاصة بك، ولكن ليس مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

- تم اعتماد Blue Shield TotalDual Plan لتوفير مزايا معينة وحصص مشاركة في الدفع أقل من القسم D كجزء من برنامج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID). إذا كنت مؤهلاً للحصول على "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"، يمكنك الوصول إلى جميع المزايا المقدمة كجزء من برنامج VBID ولن تدفع شيئًا مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية المغطاة بالقسم D. لمزيد من المعلومات حول مزايا VBID المقدمة، راجع وصف نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة في **الفصل 4، القسم D**، وراجع **الفصل 6، القسم C** للحصول على معلومات حول كيفية مساعدة VBID في إزالة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف لأدوية القسم D.
  - نظرًا لأن Blue Shield TotalDual Plan تشارك في برنامج VBID، فستتلقى أيضًا معلومات ودعمًا حول موارد التخطيط للرعاية المتقدمة (ACP) من منسق الرعاية الخاص بك أو موفر الرعاية خلال زيارة العافية السنوية أو الزيارات الروتينية الأخرى.
  - يساعدك التخطيط للرعاية المتقدمة (ACP) في الاستعداد للمستقبل وإذا لم تتمكن من اتخاذ القرارات بنفسك، فسيساعدك ذلك في التأكد من اتباع رغباتك. كما يمكن أن يشمل ACP استكمال التوجيهات المُسبقة، وتحديد توكيل رسمي بخصوص الرعاية الصحية واستكمال وصية الأحياء والأوامر الطبية، والمزيد.

- لمزيد من المعلومات حول خدمات ACP، اتصل بمنسق الرعاية التابع لـ Blue Shield على الرقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 6 م، من الاثنين إلى الجمعة أو تحدث إلى طبيبك خلال زيارتك التالية.

جميع الخدمات الوقائية مجانية. ستجد هذه التفاحة 🍎 بجانب الخدمات الوقائية في جدول المزايا.

D. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهري البطني نحن ندفع مقابل إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي الخطة هذا الفحص فقط إذا كان لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك المعالج أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو الممرضة السريرية المتخصصة.	$0
	الوخز بالإبر نحن ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين للوخز بالإبر للمرضى الخارجيين في أي شهر تقويمي واحد، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. نحن ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر خلال 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة، والتي يتم تعريفها على النحو التالي: • يدوم لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض منتشر أو التهابي أو معدي)؛ • لا يرتبط بجراحة؛ و • لا يرتبط بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، فإننا ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية من الوخز بالإبر لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة إذا أظهرت تحسنًا. لا يجوز لك الحصول على أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة في العام. يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك. يتم توفير المزايا من خلال عقد مع American Specialty Health Plans of California, Inc. (خطط ASH). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موفر رعاية مشارك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على (800) 678-9133 ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	الوخز بالإبر *(تابع)* [TTY:711]، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م.، 1 أبريل حتى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشارك في خطط ASH.	
	خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية* تقدم Teladoc استشارات الأطباء المعالجين عبر الهاتف أو الفيديو على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع وطوال أيام السنة. يمكن لأطباء Teladoc تشخيص وعلاج الحالات الطبية الأساسية ويمكنهم أيضًا وصف أدوية معينة. خدمة Teladoc هي خدمة تكميلية لا تهدف إلى استبدال الرعاية المقدمة من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. يرجى تسجيل الدخول إلى blueshieldca.com/teladoc أو تطبيق Blue Shield of California لطلب الزيارة. إذا كانت لديك أسئلة، يمكنك الاتصال بـ Teladoc عبر الهاتف على الرقم (1-800-835-2362) 1-800-Teladoc، [TTY: 711] 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، 365 يومًا في السنة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	$0
	فحص واستشارة تعاطي الكحول سندفع مقابل فحص تعاطي الكحول (SABIRT) مرة واحدة للبالغين الذين يتعاطون الكحول وليس مدمني الكحول. ويتضمن هذا النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة الفحص الخاص بتعاطي الكحول إيجابية، يمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية ومختصرة بالحضور شخصيًا سنويًا (إذا كنت مؤهلاً وغير واقع تحت تأثير المادة الكحولية أثناء الاستشارة) وسيتم توفيرها بواسطة موفر رعاية أولية (PCP) أو طبيب ممارس رعاية أولية مؤهل في مركز للرعاية الأولية.	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المغطاة، سواء كانت لحالة طارئة أو غير طارئة، الأرضية والجوية (الطائرة والمروحية). ستنقلك وحدات الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنك الحصول على رعاية به. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر. ويجب أن نوافق على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). في حالة ما إذا كانت الحالة غير طارئة، قد ندفع قيمة خدمات الإسعاف. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك للخطر. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0
	الفحص البدني السنوي تتم تغطيتك لإجراء فحص بدني روتيني كل 12 شهرًا بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية. تتضمن هذه الزيارة مراجعة شاملة لتاريخك الطبي والعائلي، وتقييمًا تفصيليًا من الرأس إلى أخمص القدمين وغيرها من الخدمات والإحالات والتوصيات التي قد تكون مناسبة.	$0
	زيارة العافية السنوية يمكنك الحصول على قائمة سنوية. وهذه القائمة لإجراء خطة وقائية أو تحديثها وفقًا لعوامل الخطورة الحالية. وندفع نظيرها مرة واحدة كل 12 شهرًا. **ملحوظة:** لا يمكن أن تتم زيارتك السنوية الأولى للعناية بالصحة في غضون 12 شهرًا من زيارة **مرحبًا بك في Medicare**. ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة **مرحبًا بك في Medicare** للحصول على زيارات صحية سنوية بعد حصولك على القسم B لمدة 12 شهرًا.	$0
	الخدمات الوقائية من مرض الربو	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	يمكنك الحصول على تثقيف حول مرض الربو وتقييم البيئة المنزلية لبحث وجود محفزات شائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من مرض الربو الذي لا يمكن السيطرة عليه بشكل جيد.	
	قياس كتلة العظام سندفع نظير إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بفقدان كثافة العظام أو خطر هشاشة العظام في العادة). تحدد هذه الإجراءات كثافة العظام، أو فقدان كثافة العظام، أو اكتشاف جودة العظام. سندفع نظير الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا كانت الخدمة المطلوبة ضرورية من الناحية الطبية. كما سندفع للطبيب لفحص النتائج وإبداء الملاحظات عليها.	$0
	فحص سرطان الثدي (صورة الثدي الإشعاعية) سندفع مقابل الخدمات التالية: • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة بين سن 35 و39 عامًا • تصوير الثدي الإشعاعي مرة كل 12 شهرًا للنساء في سن 40 وما فوق • إجراء فحص الثدي السريري مرة كل 24 شهرًا	$0
	خدمات إعادة التأهيل القلبي (القلب) سندفع نظير خدمات إعادة تأهيل القلب التي تتضمن التدريبات والتثقيف والاستشارة. يجب أن تتوفر في الأعضاء شروط معينة عند الحصول على إحالة من طبيب. كما نغطي أيضًا البرامج المكثفة لإعادة تأهيل القلب، والتي تكون عادة أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبي. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0
	زيارة تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب)	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	ندفع مقابل زيارة واحدة سنويًا، أو أكثر إذا لزم الأمر طبيًا، إلى موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب. أثناء الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي: • مناقشة استخدام الأسبرين، • التحقق من ضغط الدم، **و/أو** • إعطاؤك نصائح تتيح التأكد من تناولك لطعام صحي.	
	فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما تمكن فحوصات الدم هذه التحقق من العيوب نتيجة لارتفاع خطورة مرض القلب.	$0
	فحص سرطان عنق الرحم والمهبل سندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: تتم تغطية فحوصات عنق الرحم وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • للنساء الذين يعانون من خطورة عالية لسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: اختبار مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي خضعن لفحص عنق الرحم خلال السنوات الثلاثة الماضية، وكانت النتيجة غير طبيعية وكنَّ في سن الإنجاب: اختبار مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 30-65: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو اختبار Pap plus HPV مرة كل 5 سنوات	$0
	خدمات تقويم العمود الفقري (تغطي من قبل برنامج Medicare) سندفع مقابل الخدمات التالية: • المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي	$0
	خدمات تقويم العمود الفقري (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare) تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • الفحوصات الأولية واللاحقة	$0 (تقتصر التغطية على ما يصل إلى 12 زيارة سنويًا للخدمات غير

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• زيارات المكتب وتعديلات العلاج بتقويم العمود الفقري • العلاجات المساعدة • الأشعة السينية (تقويم العمود الفقري فقط) يتم توفير المزايا من خلال عقد مع American Specialty Health Plans of California, Inc. (خطط ASH). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موفر رعاية مشارك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على [TTY: 711]، 678-9133 (800) من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشارك في خطط ASH. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	المغطاة ببرنامج Medicare.
	فحوصات سرطان القولون والمستقيم سندفع مقابل الخدمات التالية: • تنظير القولون ليس له حد أدنى أو أقصى للعمر ويتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية بعد فحص القولون بالمنظار السابق أو حقنة الباريوم الشرجية. • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد إجراء فحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية من آخر تنظير سيني مرن أو حقنة الباريوم الشرجية. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **فحوصات سرطان القولون والمستقيم *(تابع)***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 12 شهرًا. • فحص الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. • اختبارات الدلائل الحيوية المعتمدة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير ولمدة 24 شهرًا منذ آخر فحص لحقنة الباريوم الشرجية أو آخر فحص لتنظير القولون. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير والذين يبلغون من العمر 45 عامًا أو أكثر. مرة واحدة على الأقل بعد 48 شهرًا من آخر فحص لحقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظير القولون للمتابعة بعد أن ظهرت إيجابية اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم غير التوغلي القائم على البراز والذي يُغطى من برنامج Medicare.	
	الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) مركز الخدمات المجتمعية للكبار هو مركز خارجي أو مرفق يعتمد على برنامج الخدمة حيث يحضر الأشخاص وفقًا لمواعيد محددة. ويوفر خدمات تمريض متخصصة، وخدمات مجتمعية، والعلاج (متضمنًا العلاج المهني والطبيعي والتخاطب)، والرعاية الشخصية، وتدريب موفر الرعاية للعائلة، والخدمات الغذائية، ووسائل النقل، وخدمات أخرى. سندفع نظير الخدمات المجتمعية للكبار(CBAS) في حالة استيفاء معايير الأهلية. **ملحوظة: إذا لم يكن مركز CBAS متوفرًا، يمكننا توفير هذه الخدمات منفصلة.**	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات الأسنان نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، الخدمات الترميمية المحدودة (تيجان الأسنان) وخدمات التعويضات السنية (أطقم الأسنان). ما لا نغطيه متاح من خلال Medi-Cal Dental، وموضح في G2 أدناه. نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى. بشكل عام، لا يغطي برنامج Original Medicare خدمات طب الأسنان الوقائية (مثل التنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية للأسنان). ومع ذلك، يدفع برنامج Medicare حاليًا مقابل خدمات الأسنان في عدد محدود من الظروف، على وجه التحديد عندما تكون هذه الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى. بالإضافة إلى ذلك، نحن نغطي بعض خدمات الأسنان الشاملة*. يوضح *جدول إجراءات مزايا طب الأسنان* (الموجود في هذا الفصل بعد جدول المزايا الطبية) إجراءات طب الأسنان المحددة التي تغطيها هذه الميزة. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها من خلال طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما تكون ضرورية ومألوفة وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا. تتوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى الخدمات الخاضعة للتغطية بعد *جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*. قد لا تكون جميع الخدمات الخاضعة للتغطية مناسبة للجميع. يجب عليك الاعتماد على طبيب أسنان تابع لشبكتك لتحديد الرعاية المناسبة لك. قد تنطبق قيود المزايا و/أو التصريح المسبق و/أو الإحالات على خدمات معينة للأسنان. * خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. وبصفتك عضوًا مؤهلاً مزدوجًا، فإن برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) يغطي بعض خدمات الأسنان. تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يتوفر مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل: • الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد • الترميم والتيجان	تدفع $0 مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية (عندما يتم الحصول عليها من طبيب أسنان تابع للشبكة). بالنسبة لخدمات الأسنان المغطاة من برنامج Medicare، يرجى الاطلاع على خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك قسم زيارات عيادة الطبيب من جدول المزايا الطبية. للتعرف على خدمات الأسنان غير المغطاة ببرنامج Medicare، يرجى الاطلاع على جدول إجراءات مزايا طب الأسنان. يتضمن الجدول قائمة بإجراءات طب الأسنان المغطاة، وما تدفعه مقابل كل إجراء، وأي قيود على المزايا. تدفع $0 مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية عندما يتم الحصول عليها من طبيب أسنان تابع للشبكة. بالنسبة لخدمات الأسنان المغطاة من Medi-Cal

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• علاج قناة الجذر • أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org/ لمزيد من المعلومات.	(Medicaid))، راجع *كتيب أعضاء Medi-Cal Dental* الموجود على موقع Medi-Cal Dental الإلكتروني على smilecalifornia.org/ تدفع $0 مقابل خدمات الأسنان المغطاة.
	فحص الاكتئاب سندفع مرة واحدة لفحص الاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأولية يمكنه أن يوفر متابعة علاجية و/أو تقديم إحالات.	$0
	فحص مرض السكري سندفع نظير هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا توفر لديك أي من عوامل الخطورة الآتية: • ارتفاع ضغط الدم • سجل الكوليسترول ومستويات الدهون الثلاثية غير الطبيعيين (اضطراب شحميات الدم) • البدانة • سجل ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز) يمكن تغطية الفحوصات في بعض الحالات، على سبيل المثال إذا كان وزنك زائدًا ولديك تاريخ عائلي فيما يتعلق بداء السكريّ. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين لمرض السكري كلّ 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.	$0
	التدريب على الإدارة الذاتية لداء السكريّ، وخدماته وصرفياته	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	سندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • صرفيات لمراقبة الجلوكوز في الدم، وتتضمن ما يلي: ○ جهاز قياس نسبة السكر في الدم ○ أشرطة اختبار الجلوكوز في الدم ○ أجهزة واخذة الدم وأدوات سحب عينة من الدم ○ تحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة القياس • بالنسبة للأفراد الذين يعانون من مرض السكري مع مرض القدم السكري الحاد، سندفع مقابل الخدمات التالية: ○ زوج من الأحذية العلاجية ذات التصميم المخصص (بما في ذلك بطانات الأحذية) وزوج من بطانات الأحذية لكل سنة ميلادية، **أو** ○ زوج واحد من الأحذية العريضة وثلاثة أزواج من بطانات الأحذية (لا يتضمن ذلك بطانات الأحذية غير المخصصة القابلة للنزع المرفقة مع هذه الأحذية) • سندفع نظير التدريب على مساعدتك في التحكم في داء السكري في بعض الحالات. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. بالنسبة لشرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم، فإن الشركة المصنعة المفضلة هي شركة Abbott. لن تتطلب شرائط اختبار ®FreeStyle (التي تصنعها شركة Abbott) وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (تسمى أحيانًا "تصريح مسبق") من الخطة. ستتطلب شرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (يطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") من الخطة. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	بالنسبة لأجهزة قياس نسبة السكر في الدم، يرجى مراجعة قسم "الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) واللوازم ذات الصلة" أدناه.
	خدمات دولا بالنسبة للأفراد الحوامل، نقوم بدفع تكاليف تسع زيارات باستخدام الدولا خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة.	$0

الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) واللوازم ذات الصلة ارجع إلى **الفصل 12** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك للحصول على تعريف "الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME)." نحن نغطي العناصر التالية: • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية • العكازات • أنظمة المراتب الكهربائية • وسادة الضغط الجاف للفراش • صرفيات مرض السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل • مضخات الحقن بالتسريب الوريدي (IV) والقطب • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • أجهزة استنشاق الرذاذ • المشايات • مقبض منحني قياسي أو عكاز رباعي ومستلزمات بديلة • جهاز شد العنق (فوق الباب) • منشط العظام • معدات رعاية غسيل الكلى قد تتم تغطية عناصر أخرى. نحن ندفع مقابل جميع تكاليف DME الضرورية طبيًا والتي عادةً ما يدفع ثمنها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كان موردنا في منطقتك لا يوفر علامة تجارية محددة أو نوع محددا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلب ذلك خصيصًا لك. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0 أجهزة قياس نسبة السكر في الدم: $0 لأجهزة قياس السكر في الدم ®FreeStyle وتأمين مشترك بنسبة 20% لأجهزة مراقبة السكر في الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى. مبالغ المشاركة في تحمل تكاليف تغطية معدات الأكسجين الخاصة ببرنامج Medicare هي $0، عن كل مرة. ولن تتغير مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف الخاص بك بعد الاشتراك لمدة 36 شهرًا.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	رعاية الطوارئ رعاية الطوارئ هي الخدمات التي: • يقدمها موفر رعاية مدرب على توفير خدمات الطوارئ، **و** • المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة. الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية تتضمن ألمًا شديدًا أو إصابة بالغة. الحالة خطيرة جدًا بحيث، إذا لم تكن كذلك الحصول على الرعاية الطبية الفورية، يمكن لأي شخص على معرفة متوسطة بالصحة والطب أن يتوقع أن يؤدي ذلك إلى: • خطر جدي على صحتك أو على الجنين؛**أو** • ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ **أو** • خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد؛ **أو** • في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، عندما: ○ يكون الوقت غير كافٍ لنقلكِ بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ يمثل النقل إلى المستشفى تهديدًا على صحتكِ أو سلامتكِ أو صحة الجنين. التغطية العالمية* لا يوجد حد سنوي مجمع لرعاية الطوارئ أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها. *لا ينطبق الحد الأقصى للمصروفات النثرية الخاصة بالخطة على الخدمات خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.	$0 إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى غير تابع للشبكة وتحتاج إلى رعاية داخلية في المستشفى بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك العودة إلى إحدى المستشفيات التابعة للشبكة حتى يستمر دفع تكاليف رعايتك. لا يمكنك البقاء في المستشفى غير التابعة للشبكة لتلقي العلاج فيها إلا إذا وافقت خطتنا على إقامتك. قيمة المشاركة في التأمين 20% للتغطية العاجلة في جميع أنحاء العالم (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد لنفس الحالة).
	خدمات تنظيم الأسرة يتيح لك القانون اختيار أي موفر الرعاية – سواء كان موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة – لخدمات معينة لتنظيم الأسرة. ويعني هذا أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب تنظيم أسرة. سندفع مقابل الخدمات التالية: • اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • معمل تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **خدمات تنظيم الأسرة *(تابع)***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• وسائل تنظيم الأسرة (وسائل منع الحمل داخل الرحم (IUC)/ جهاز داخل الرحم يُعرف باسم اللولب (IUD)، الغرسات، الحقن، حبوب منع الحمل، اللاصقة، أو الحلقة) • صرفيات تنظيم الأسرة المقررة بوصفة طبية (واقٍ ذكري أو إسفنجة أو فوم أو أقراص أو غشاء حاجز أو أغطية) • خدمات محدودة للخصوبة مثل الاستشارات والتوعية بشأن أساليب التوعية بالخصوبة و/أو الاستشارات الصحية السابقة للحمل والاختبارات والعلاج للأمراض المعدية المنقولة جنسيًا (STI) • استشارات واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) والحالات الأخرى المتعلقة بـ HIV. • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الطريقة لتنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على استمارة موافقة فيدرالية على التعقيم قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن ليس أكثر من 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة.) • الاستشارات الوراثية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب أن تستشير موفر رعاية من ضمن شبكة موفري الرعاية لدينا للحصول على الخدمات التالية: • العلاج الطبي لحالات العقم (لا تتضمن هذه الخدمة استعمال وسائل صناعية للحمل.) • علاج AIDS والحالات المتعلقة بـ HIV • اختبارات الجينات الوراثية	
	برامج تثقيفية للصحة والتعافي* نوفر الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن هذه البرامج: • حالات التوعية الصحية؛ • حالات التوعية الغذائية؛ • الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ؛ و • الخط الساخن للتمريض برامج تساعدك على البقاء بصحة جيدة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • مواد مكتوبة عن التوعية الصحية، بما في ذلك الرسائل الإخبارية ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **برامج تعليم للصحة والتعافي* (*تابع*)** • برامج توعوية	$0

الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
البرامج التوعوية التي تركز على الحالات الصحية مثل: • ارتفاع ضغط الدم • الكوليسترول • مرض الربو • نظام غذائي خاص برامج توعوية مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، بما في ذلك: • إدارة الوزن • اللياقة البدنية • إدارة التوتر **NurseHelp 24/7** قم بإجراء حوار سري وجهاً لوجه عبر الإنترنت مع ممرضة مسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم. عندما يكون لديك مشكلة طبية، فإن مكالمة واحدة إلى الخط الساخن المجاني الخاص بنا تجعلك على اتصال بممرضة مسجلة ستستمع إلى مخاوفك وتساعدك في الوصول إلى حل. اتصل بالرقم (711 :TTY) 1-877-304-0504 على مدار الساعة سبعة أيام في الأسبوع. **SilverSneakers® للياقة البدنية** يمكن أن تساعدك أحذية SilverSneakers على عيش حياة أكثر صحة ونشاطًا من خلال اللياقة البدنية والتواصل الاجتماعي. ستتمتع بمزايا اللياقة البدنية من خلال SilverSneakers في المواقع المشاركة [1]. يمكنك الوصول إلى المدربين الذين يقودون فصول التمارين الجماعية المصممة خصيصًا [2]. في المواقع المشاركة على مستوى البلاد1، يمكنك الالتحاق بالفصول التدريبية[2] بالإضافة إلى استخدام معدات التمرين ووسائل الراحة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، يمنحك SilverSneakers® FLEX خيارات لممارسة النشاط خارج صالات الألعاب الرياضية التقليدية (مثل مراكز الترفيه ومراكز التسوق والحدائق العامة). تقوم SilverSneakers أيضًا بتوصيلك بشبكة دعم وفصول افتراضية من خلال SilverSneakers LIVE™ ومقاطع فيديو SilverSneakers™ عند الطلب، وتطبيقنا للهاتف المحمول، SilverSneakers GO™. يمكنك أيضًا الوصول إلى Stitch[3]، موقع اجتماعي عبر الإنترنت لكبار السن، حيث يمكنك الانضمام إلى الأنشطة والفعاليات التي يمكن حضورها شخصيًا وعبر الإنترنت. كل ما تحتاجه للبدء هو رقم تعريف SilverSneakers الشخصي الخاص بك. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	برامج تعليم للصحة والتعافي* (*تابع*) انتقل إلى موقع Silversneakers.com لمعرفة المزيد حول مزاياك التأمينية أو اتصل بالرقم ،(711 :TTY] 1-888-423-4632 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بالتوقيت الشرقي القياسي. **تحدث دائمًا مع طبيبك قبل البدء في برنامج التمرين.** [1] المواقع المشاركة ("PL") ليست مملوكة أو تديرها شركة .Tivity Health, Inc أو الشركات التابعة لها. يقتصر استخدام مرافق PL ووسائل الراحة على شروط وأحكام عضوية PL الأساسية. تختلف المرافق ووسائل الراحة حسب PL. [2] تتضمن العضوية دروس لياقة بدنية جماعية تحت إشراف مدربين من SilverSneakers. تقدم بعض المواقع للأعضاء فصولًا إضافية. تختلف الفصول حسب الموقع. [3] Stitch هو مقدم خدمة تابع لجهة خارجية ولا تملكه أو تديره شركة Tivity Health أو الشركات التابعة لها. يجب أن يكون لدى أعضاء SilverSneakers خدمة الإنترنت للوصول إلى خدمة Stitch. تقع مسؤولية رسوم خدمة الإنترنت على عاتق عضو SilverSneakers. **نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS)** - نظام مراقبة التنبيه الطبي الذي يوفر الوصول إلى المساعدة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع، بضغطة زر. يتم توفير مزايا PERS الخاصة بك بواسطة ®LifeStation ويتضمن ما يلي: • نظام شخصي واحد للاستجابة للطوارئ • اختيار نظام في المنزل أو جهاز محمول مع جي بي أس/واي فاي وإنذار اكتشاف السقوط • المراقبة الشهرية • الشواحن والأسلاك اللازمة لتقديم طلب PERS والبدء في تلقي الخدمات، اتصل بفريق LifeStation على الرقم (711 :TTY) 1-855-672-3269، من الاثنين إلى الجمعة، من 5:00 ص إلى 6:00 م بتوقيت المحيط الهادئ والسبت من 6:00 ص إلى 6:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، أو تفضل بزيارة blueshieldca.com/login. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات السمع ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها أحد موفري الرعاية. توضح لك هذه الاختبارات ما إذا كنت تحتاج إلى علاج طبي أم لا. ويتم التعامل مع تغطيتها بوصفها مماثلة لتلقي الرعاية في عيادات خارجية عند الحصول عليها من طبيب أو اختصاصي أو موفر رعاية مؤهل آخر.	
	• يتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها PCP الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي كرعاية للمرضى في العيادات الخارجية عندما يقدمها الطبيب المعالج أو اختصاصي سمع أو أي موفر رعاية مؤهل آخر.	. $0 لكل اختبار سمع تشخيصي خاضع لتغطية برنامج Medicare
	• اختبار سمع روتيني (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare)*	. $0 لكل اختبار سمع روتيني (غير مشمول بتغطية Medicare).
	• وسائل المساعدة السمعية* o لديك بدل سنوي قدره $1,500 لما يصل إلى اثنين من وسائل المساعدة السمعية وتركيب وتقييم اثنين من وسائل المساعدة السمعية (ينطبق على كلتا الأذنين معًا). يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مورّد الأجهزة المساعدة السمعية الذي تختاره. o ولا يمكن ترحيل هذا البدل من سنة إلى أخرى. لا يمكن الجمع بين بدلات خدمات وسائل المساعدة السمعية وبقالة الأغذية الصحية. فلكل ميزة بدل منفصل. سوف تتلقى خطابًا من مسؤول المزايا باستخدام بطاقة المزايا الشخصية الخاصة بك. وسيعلمك هذا الخطاب بأنه تم شحن بطاقتك بمبلغ البدل. كما ستوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى مزيد من التفاصيل حول الميزة عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول. Healthy Benefits+ هي بطاقة إنفاق مع بدلات المزايا الخاصة بك المشحونة مسبقًا على البطاقة للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية. للأسئلة حول هذه الميزة، يمكنك الاتصال بمسؤول المزايا على الرقم (855) 572-6341 [TTY: 771]، من الساعة 8 ص إلى 8 م، بالتوقيت المحلي، من الأحد إلى السبت، من 1 أكتوبر إلى ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	. $0، بما يصل إلى $1,500 سنويًا لخدمات وسائل المساعدة السمعية المغطاة
	خدمات السمع *(تابع)*	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	31 مارس، ومن الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا زيارة HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. *لا تنطبق الخدمات على حد المصروفات النثرية. نحن ندفع أيضًا مقابل وسائل المساعدة السمعية عندما يصفها طبيب أو موفر رعاية مؤهل آخر، بما في ذلك: • قوالب الأذن والأجهزة والحشوات • الإصلاحات • الضبط الأولي للبطاريات • ست زيارات للتدريب والضبط والتركيب من خلال نفس المورّد بعد الحصول على وسيلة المساعدة السمعية • الفترة التجريبية لإيجار الوسائل المساعدة السمعية • أجهزة الاستماع المساعدة، وأجهزة السمع التوصيل العظمي السطحية • خدمات السمع المتعلقة بوسائل المساعدة السمعية وخدمات ما بعد التقييم	
	فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ندفع مقابل اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية مرة واحدة كل 12 شهرًا للأشخاص الذين: • يطلبون إجراء اختبار فحص HIV، **أو** • يعانون من خطر متزايد بالعدوى بـ HIV. فيما يتعلق بالنساء الحوامل، ندفع ما يصل إلى ثلاثة اختبارات فحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء فترة الحمل. نحن ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) HIV الإضافية عندما يوصي بها موفر الرعاية الخاص بك.	$0
	وكالات الرعاية الصحية المنزلية	$0 لكل زيارة صحية منزلية مغطاة

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	قبل أن تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يبلغنا الطبيب أنك تحتاج إليها، ويجب أن تقدم من خلال هيئة توفر خدمات صحية منزلية. يجب أن تكون عاجزًا عن مغادرة المنزل، مما يعني أن مغادرة المنزل تمثل جهدًا كبيرًا. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • خدمات التمريض الماهر والمساعدة الصحية المنزلية كل الوقت أو بشكل متقطع (لكي يتم تغطيتها بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن تكون خدمات التمريض الماهرة والمساعدة الصحية المنزلية مجتمعة أقل من 8 ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا.) • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب. • الخدمات الطبية والاجتماعية • معدات ومستلزمات طبية *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	علاج الحقن في المنزل تدفع خطتنا تكاليف العلاج بالحقن في المنزل، والذي يُعرف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية يتم حقنها في الوريد أو وضعها تحت الجلد وتقديمها لك في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي لإجراء الحقن المنزلي: • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ **و** • الإمدادات، مثل الأنابيب أو القسطرة. نحن نغطي خدمات الحقن المنزلي التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا DME؛ • مراقبة عن بُعد؛ **و** • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن المنزلي وأدوية الحقن المنزلي التي يقدمها مورد العلاج بالحقن المنزلي المؤهل. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0 لكل زيارة علاج بالتسريب المنزلي المغطاة

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	توصيل الوجبات للمنزل* عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو الإقامة في مركز خدمات التمريض المهني، فإننا نغطي: • 22 وجبة و10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى حد أقصى ثلاث تسليمات منفصلة حسب الحاجة. • تقتصر التغطية على اثنين خروج من المستشفى سنويًا وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بخدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	$0 لكل توصيل وجبة منزلية تخضع للتغطية
	رعاية المرضى بالأمراض العضال لديك الحق في اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية والمدير الطبي لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا نهائيًا. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال وأنك من المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية الأمراض العضال معتمد من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من Medicare في منطقة خدمة الخطة. يمكن أن يكون الطبيب المعالج للأمراض العضال والمعنيّ بحالتك موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • أدوية لعلاج الأعراض والألم • الرعاية قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية **تُرسل فواتير خدمات مأوى الرعاية المخصصة لذوي الأمراض العضال والخدمات التي يغطيها القسم A أو B في Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال إلى برنامج Medicare** ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0 للخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط)

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	رعاية المرضى بالأمراض العضال (*تابع*) • راجع **القسم F** من هذا الفصل لمزيد من المعلومات. **فيما يتعلق بالخدمات التي تتم تغطيتها من خلال خطتنا والتي لا تتم تغطيتها من قبل برنامج Medicare في القسم A أو B:** • تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها القسم A من برنامج Medicare أو القسم B من برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بتشخيصك النهائي أم لا. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات. **فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا القسم D في برنامج Medicare بخطتنا** • لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من مأوى رعاية الأمراض العضال وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء*. **ملاحظة:** إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للآلام، والتي توفر رعاية تتمركز حول المريض والأسرة على أساس الفريق لتحسين جودة حياتك. يمكن أن تتلقى الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/المنتظمة. يُرجى الاطلاع على قسم الرعاية المخففة للآلام أدناه للحصول على مزيد من المعلومات. **ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية المرضى بالأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو بك خدمة العملاء لترتيب الخدمات. الرعاية لغير الأمراض العضال هي الرعاية **غير** المتعلقة بتشخيص المرض في مرحلته النهائية. تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط) المقدمة للأشخاص الميؤوس من شفائهم ممَّن لم يختاروا ميزة مأوى رعاية الأمراض العضال. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	التطعيمات سندفع مقابل الخدمات التالية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم أنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا كان الأمر ضروريًا من الناحية الطبية • التطعيم ضد مرض الالتهاب الكبدي B، إذا كان هناك احتمال كبير أو متوسط لتعرضك للإصابة بالالتهاب الكبدي B • لقاحات كوفيد-19 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) • لقاحات أخرى إذا كنت في خطر وتفي بقواعد تغطية القسم B من برنامج Medicare سندفع ثمن اللقاحات الأخرى التي تندرج ضمن قواعد القسم D في برنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 6** من *كتيب الأعضاء*. نحن أيضًا ندفع ثمن جميع اللقاحات للبالغين وفقًا لما أوصت به اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP).	$0
	الرعاية الصحية في العيادات الداخلية نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض الدورية • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات الرعاية المركزة أو الرعاية التاجية • الأدوية والعلاج • الاختبارات المعملية • الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **الرعاية الصحية في العيادات الداخلية (تابع)**	$0 يتعين عليك الحصول على موافقة من خطتنا لمواصلة الحصول على تلقي العلاج داخل المستشفى في مستشفى غير تابعة للشبكة بعد اجتياز حالتك الطارئة.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش • العلاج البدني والمهني وعلاج التخاطب • خدمات علاج إدمان المخدرات للمرضى الداخليين في بعض الحالات، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية، والكُلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، والنخاع العظمي، والخلية الجذعية، والأمعاء/أعضاء حشوية متعددة. إذا كنت في حاجة إلى إجراء عملية زرع أعضاء، سيراجع مركز زرع أعضاء معتمد من برنامج Medicare حالتك، ومن ثم يقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع أم لا. قد يكون موفرو عمليات زرع الأعضاء محليين أو من خارج منطقة نطاق الخدمة. إذا كان موفرو عمليات الزرع المحليون مستعدين لقبول النسبة المحددة من قِبَل برنامج Medicare، حينها يمكنك الحصول على خدمات عمليات الزرع محليًا أو خارج نموذج الرعاية لمجتمعك. إذا كانت خطتنا توفر خدمات زرع الأعضاء في مواقع خارج نمط الرعاية لمجتمعنا واخترت إجراء عملية زراعة الأعضاء في هذا المكان، فسنقوم بترتيب أمر السكن وتكاليف التنقل أو دفع قيمتهما لك ولشخص آخر. † • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • خدمات الطبيب المعالج **ملحوظة:** لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب على موفر الرعاية الخاص بك كتابة أمر لإدخالك رسميًا كمريض داخلي في المستشفى. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر "مريضًا خارجيًا". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة حقائق برنامج Medicare التي تسمى "هل أنت مريض داخلي أم مريض خارجي؟" إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare– فاستفسر! صحيفة الحقائق هذه متاحة على es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. † تتم تغطية عمليات زرع الأعضاء فقط إذا حصل طبيبك أو أي موفر رعاية آخر تابع للشبكة على موافقة مسبقة (يُطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") منا. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي سندفع نظير خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى. • إذا كنت تحتاج إلى خدمات داخلية في مستشفى متخصصة في الرعاية النفسية، سندفع نظير إقامتك لفترة أولى مدتها 190 يومًا. بعد ذلك، تقوم وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة بدفع تكاليف خدمات الطب النفسي للمرضى الداخليين الضرورية من الناحية الطبية. يتم التنسيق للحصول على تصريح الإقامة بعد الفترة الأولى ومدتها 190 يومًا مع وكالة الصحة العقلية في المقاطعة المحلية. ○ لا ينطبق الحد الذي يبلغ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية التي يتم توفيرها في وحدة الرعاية النفسية بمستشفى عام. • إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكبر، فسوف ندفع نظير الخدمات التي تتلقاها في معهد للأمراض العقلية ((Institute for Mental Diseases (IMD)). *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0

	إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني (SNF) أثناء إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة
	نحن لا ندفع مقابل إقامتك كمرضى داخليين إذا كنت قد استخدمت كل مزايا المرضى الداخليين الخاصة بك أو إذا كانت الإقامة غير معقولة وغير ضرورية طبيًا.
	ومع ذلك، في بعض الحالات التي لا يتم فيها تغطية رعاية المرضى الداخليين، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مركز التمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء.
	سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:
	• خدمات الطبيب
	• الفحوصات التشخيصية مثل اختبارات المعمل
	• الأشعة السينية والمعالجة بالرَّاديوم والعلاج بالنظائر المشعة بما في ذلك المواد والخدمات التقنية
	• الضمادات الجراحية
	• الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع
	• الأجهزة التعويضية والتقويمية، فيما عدا المستخدمة لعلاج الأسنان، بما فيها استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. هذه هي الأجهزة التي تحل محل كل أو جزء من:
	  ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيجالمجاور)، **أو**
	  ○ وظيفة عضو داخلي مُعطّل أو به خلل وظيفي.
	تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية
		$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني (SNF) أثناء الإقامة غير المغطاة لتلقي العلاج داخل المستشفى (تابع) • دعامات القدم والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والأقدام والأذرع والعيون الصناعية. تتضمن هذه الأعضاء عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال لعلاج الكسور أو الاهتراء أو الفقد، أو لعلاج تغّير في حالتك. • العلاج البدني وعلاج التخاطب والعلاج المهني *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	خدمات وصرفيات أمراض الكلى سندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات التوعية بأمراض الكلى لتوفير الوعي برعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ قرارات مدروسة بشأن ما تتلقى من رعاية. يجب أن تكون في المرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن وأن تحصل على إحالة من طبيبك. نغطي ما لا يزيد عن ست جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا، كما هو موضح في **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء*، أو • عندما يكون موفر الرعاية الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. • علاج الغسيل الكلوي بالمستشفى إذا تم احتجازك بالمستشفى باعتبارك مريضًا مقيمًا لتلقي الرعاية الخاصة • التدريب على غسيل الكلى الذاتي، ويتضمن ذلك تدريبك وتدريب أي شخص يساعدك في علاج غسيل الكلى بالمنزل • معدات ومستلزمات غسيل الكلى المنزلية • خدمات دعم منزلي محددة، مثل الزيارات الضرورية التي يقوم بها أخصائيو غسيل الكلى المدربون لمتابعة غسيل الكلى بالمنزل، وللمساعدة في الحالات الطارئة، وللتحقق من أجهزة غسيل الكلى والإمدادات المائية. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات وصرفيات أمراض الكلى *(تابع)* بموجب مزايا أدوية القسم B في برنامج Medicare، سندفع نظير بعض أدوية غسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "الأدوية المقررة بوصفة طبية في القسم B في برنامج Medicare" في هذا الجدول. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	فحص سرطان الرئة تدفع خطتنا تكاليف فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا كنت: • بعمر يتراوح بين 50 و77 عامًا، **و** • لديك استشارة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار مع طبيبك أو موفر رعاية مؤهل آخر، **و** • كنت قد دخنت علبة واحدة على الأقل يوميًا لمدة 20 عامًا دون ظهور أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو دخنت الآن أو أقلعت عن التدخين خلال 15 عامًا الماضية بعد الفحص الأول، تقوم خطتنا بدفع تكلفة فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو أي موفر رعاية مؤهل آخر.	$0
	العلاج بالتغذية الطبية يستفيد من هذه الميزة الأشخاص الذين يعانون من داء السكري أو أمراض الكلى دون إجراء غسيل كلوي. كما تتم الاستفادة منها بعد إجراء عملية زرع كلى عند الحصول على إحالة من طبيبك. سندفع نظير ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الفردية أثناء العام الأول من تلقيك لخدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. ثم ندفع نظير ساعتين من الخدمات الاستشارية الفردية كل عام. إذا حدث تغيّر في الحالة المرضية أو العلاج أو التشخيص لديك، فقد تتوفر لك إمكانية الحصول على المزيد من ساعات العلاج ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **العلاج بالتغذية الطبية *(تابع)***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	بناءً على إحالة من الطبيب. يجب الحصول على هذه الخدمات بوصفة طبية من طبيب، وأن يتم تجديد الإحالة سنويًا إذا كان العلاج مطلوبًا في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.	
	برنامج الرعاية الطبية للوقاية من مرض السكري (MDPP) تدفع خطتنا مقابل خدمات MDPP. تم تصميم MDPP لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. ويقدم التدريب العملي في: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، **و** • زيادة النشاط البدني، **و** • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.	$0
	أدوية القسم B المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare تخضع هذه الأدوية للتغطية بموجب القسم B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا تكلفة الأدوية التالية: • الأدوية التي لا يتناولها المريض بنفسه عادةً ويتم حقنها أو حقنها بالتسريب الوريدي خلال تلقي الخدمات في عيادة الطبيب أو في العيادات الخارجية التابعة للمستشفى أو في مراكز جراحات اليوم الواحد • الأنسولين المزود من خلال أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل أجهزة استنشاق الرذاذ) التي سمحت بها خطتنا • دواء الزهايمر، Leqembi (lecanemab المماثل) الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد (IV) • عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • أدوية زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare علاج أدوية الزرع إذا دفع برنامج Medicare مقابل عملية زراعة الأعضاء الخاصة بك. يجب أن يكون لديك القسم A في وقت ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **أدوية القسم B المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare (تابع)**	$0 (يُرجى تزويد طبيبك أو الصيدلية بكل من بطاقة هوية Blue Shield TotalDual Plan وبطاقة تعريف مزايا Medi-Cal الخاصة بك.)

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	إجراء الزراعة المغطاة، ويجب أن يكون لديك القسم B في وقت الحصول على الأدوية المثبطة للمناعة. يغطي القسم D في برنامج Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان القسم B لا يغطيها • أدوية علاج هشاشة العظام التي تؤخذ عن طريق الحقن. يتم الدفع نظير هذه الأدوية إذا كنت عاجزًا عن التحرك من منزلك أو تعاني من كسر عظمي أقرّ الطبيب أن له صلة بهشاشة العظام التي تحدث بعد انقطاع الطمث، ولا يمكن أن تتناول الدواء بنفسك • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بتحضيرها وقام شخص مدرب بشكل صحيح (قد يكون أنت، المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب. • بعض الأدوية المضادة للسرطان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي تؤخذ عن طريق الفم والتي تتناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن أو كان الدواء دواء أوليًا (شكل فموي من الدواء يتحول، عند تناوله، إلى • نفس المكون النشط الموجود في الدواء القابل للحقن. مع توفر أدوية السرطان الجديدة التي تؤخذ عن طريق الفم، قد يغطيها القسم B. إذا كان القسم B لا يغطيها، فسيغطيها القسم D • الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو في غضون 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو يتم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن وكانت ميزة القسم B ESRD تغطيه • أدوية الكالسيميميتيك (calcimimetic) ضمن نظام الدفع الخاص بـ ESRD، بما في ذلك دواء Parsabiv الوريدي، ودواء Sensipar الفموي ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **أدوية القسم B المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare (*تابع*)**	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، ومضاد الهيبارين (عندما يكون ذلك ضروريًا طبيًا) والتخدير الموضعي • عوامل تحفيز تكوين كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare عقار إريثروبويتين عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD) أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Epogen®، Procrit®، Epoetin Alfa، Aranesp®، Darbepoetin Alfa®، Mircera®، أو Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) • الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عن طريق الوريد (IV) والتغذية بالأنبوب) نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب القسم B في برنامج Medicare ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare. **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* يشرح الميزة التأمينية التي تغطي الأدوية المقررة بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. إذ يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات الطبية. **الفصل 6** من *كتيب الأعضاء* يشرح ما الذي تدفعه نظير الأدوية المقررة بوصفة طبية في العيادات الخارجية طوال مدة خطتنا. ***قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.***	
	الرعاية في مركز تمريض مركز خدمات التمريض (NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى. تتضمن الخدمات التي يتم الدفع نظيرها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **الرعاية في مركز خدمات التمريض (تابع)** • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• خدمات التمريض • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب. • علاج الجهاز التنفسي • الأدوية التي تتناولها كجزء من خطة الرعاية. (وتتضمن هذه المواد التي توجد عادةً في الجسم طبيعيًا، مثل عوامل تخثر الدم.) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية التي تعطيها عادةً مراكز التمريض • الاختبارات المعملية التي تجريها عادةً مراكز التمريض • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً مراكز التمريض • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مراكز خدمات التمريض • خدمات الطبيب المعالج/الطبيب الممارس • الأجهزة الطبية المُعمّرة • خدمات طب الأسنان بما فيها تركيب أطقم الأسنان • المزايا البصرية • فحوصات السمع • الرعاية التقويمية للعمود الفقري • خدمات طب الأقدام ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز لا يتبع شبكة التأمين. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلاً قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز التمريض). • مركز التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.	
	فحوصات البدانة وعلاجها لمتابعة فقدان الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم يساوي 30 أو أكثر، فسوف ندفع نظير جلسات الاستشارة للمساعدة على فقدان الوزن. يتعين عليك الحصول على جلسات الاستشارة في مرفق	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	للرعاية الأولية. وبهذه الطريقة، يمكن أن تندرج هذه الخدمة ضمن خطة الوقاية الكاملة. تناقش مع موفر الرعاية الأولية لمعرفة المزيد.	
	خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية (OTP) تدفع خطتنا تكاليف الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD): • أنشطة تناول الأدوية • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من هيئة الغذاء والدواء (FDA)، وإدارة هذه الأدوية وإعطائها لك، إن أمكن • استشارات اضطراب تعاطي المخدرات • العلاج الفردي والجماعي • اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في الجسم (اختبار السموم)	*$0*
	الاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية والصرفيات بالعيادات الخارجية نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة) بما في ذلك المواد والصرفيات المخصصة للممارسين الفنيين • الإمدادات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع • الاختبارات المعملية • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الاختبارات التشخيصية الأخرى بالعيادات الخارجية *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق وإحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0
	خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى سندفع نظير الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص المرض أو الإصابة أو علاجهما.	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية مثل خدمات الجراحة أو الملاحظة في العيادات الخارجية ○ تساعد خدمات الملاحظة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى كـ "مريض داخلي". ○ في بعض الأحيان، قد تبقى في المستشفى طوال الليل وتظل "مريضًا خارجيًا". ○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضًا داخليًا أو خارجيًا في صحيفة الحقائق هذه: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf. • الاختبارات المعملية والفحوصات التشخيصية التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج الجزئي بالمستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوبًا بدونها • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • الصرفيات الطبية مثل الجبائر بأنواعها • الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا • بعض الأدوية التي لا يمكنك تناولها بنفسك *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	خدمات رعاية الصحة العقلية في العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات رعاية الصحة العقلية التي يقدمها: • طبيب أمراض نفسية أو طبيب مُرخص من قِبل الدولة • أخصائي في علم النفس السريري • أخصائي اجتماعي سريري • اختصاصي تمريض سريري • مستشار محترف معتمد (LPC) ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	رعاية الصحة العقلية في العيادات الخارجية *(تابع)* • معالج زواج وأسرة معتمد (LMFT) • ممارس تمريض (NP) • طبيب مساعد (PA) • أي أخصائي آخر في الرعاية الصحية العقلية مُؤهل من قِبل برنامج Medicare على النحو المصرَّح بموجب القوانين السارية في الولاية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الخدمات الطبية السريرية • العلاج اليومي • خدمات إعادة التأهيل النفسي • الاستشفاء الجزئي أو برامج العناية المركزة بالعيادات الخارجية • تقييم وعلاج الصحة النفسية للأفراد والمجموعات • الاختبارات النفسية عندما توصف سريريًا لتقييم نتائج الصحة النفسية • خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالعقاقير • معمل العيادات الخارجية والأدوية والصرفيات والمكملات الغذائية • استشارات العلاج النفسي *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	خدمات إعادة التأهيل الصحيّ لمرضى العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل الصحيّ لمرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، ومراكز إعادة التأهيل الصحيّ الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORFs)، وأماكن أخرى. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات اضطراب تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الفحص والاستشارة بخصوص تعاطي الكحول • علاج تعاطي المخدرات • المشورة الفردية أو الجماعية على يد طبيب مؤهل • علاج الإدمان شبه الحاد في برنامج الإدمان أثناء الإقامة • خدمات علاج المخدرات و/أو الكحوليات في مراكز علاج العيادات الخارجية المركزة • دواء نالْتريكْسون ممتد المفعول (vivitrol) *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية
	العمليات الجراحية في العيادات الخارجية سندفع نظير العمليات الجراحية في العيادات الخارجية والخدمات التي يتم توفيرها في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحات اليوم الواحد. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0 لكل زيارة إلى مركز جراحي متنقل أو منشأة مستشفى خارجية.
	العناصر غير المقررة بوصفة طبية (OTC)* يحق لك الحصول على بدل شهري قدره $70 للأدوية والمستلزمات المدرجة في كتالوج عناصر OTC. تشمل هذه الميزة عناصر مثل الأسبرين والفيتامينات ومستحضرات البرد والسعال والضمادات. لا تشمل هذه الميزة عناصر مثل مستحضرات التجميل، والمكملات الغذائية. يتوفر كتالوج عناصر OTC وإرشادات الطلب عبر الإنترنت على الرابط blueshieldca.com/medicareOTC. يمكنك طلب العناصر عبر الهاتف على الرقم [711 :TTY] 628-2770 (888)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 ص حتى الساعة 8:00 م بالتوقيت الشرقي القياسي، أو عبر الإنترنت على الرابط blueshieldca.com/medicareOTC. سيتم شحن الطلبات إليك بدون أي رسوم إضافية. يُرجى الانتظار حوالي 7 أيام عمل للتوصيل. تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل شهر. يمكنك تقديم طلب واحد شهريًا ولا يمكنك ترحيل البدلات غير المستخدمة إلى الشهر التالي. تُطبق بعض القيود. يُرجى الرجوع إلى كتالوج العناصر OTC للحصول على مزيد من المعلومات. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	الرعاية المخففة للآلام الرعاية المخففة للآلام مشمولة بتغطية خطتنا. الرعاية المخففة للآلام مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض خطير. وتوفر رعاية تركز على المريض والأسرة، وتعمل على تحسين نوعية الحياة من خلال توقع المعاناة ومنعها ومعالجتها. الرعاية المخففة للآلام **ليست** رعاية للأمراض العضال، لذلك لا يتعين أن يكون متوسط العمر المتوقع لك ستة أشهر أو أقل للتأهل للحصول على الرعاية المخففة للآلام. يتم توفير الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي يتم فيه توفير الرعاية العلاجية/المنتظمة. تتضمن الرعاية المخففة للآلام ما يلي: • التخطيط للرعاية المتقدمة • التقييم والاستشارة بخصوص الرعاية المخففة للآلام • خطة رعاية تشمل جميع الرعايات المخففة للآلام والعلاجية المصرح بها، بما في ذلك الصحة العقلية والخدمات الطبية الاجتماعية • الخدمات المقدمة من فريق الرعاية المخصص لك • تنسيق الرعاية • إدارة الآلام والأعراض لا يجوز لك الحصول على رعاية المرضى بالأمراض العضال والرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت إذا كان عمرك أكبر من 21 عامًا. إذا كنت تتلقى الرعاية المخففة للآلام وكنت جديرًا برعاية مرضى الأمراض العضال، يمكنك طلب الانتقال إلى رعاية مرضى الأمراض العضال في أي وقت.	$0
	خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى وخدمات العيادات الخارجية المكثفة العلاج الجزئي بالمستشفى هو برنامج منظّم للعلاج النفسي الفعّال. وهو يُقدم لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفيات أو المراكز العامة للصحة العقلية. ويعتبر برنامجًا أكثر تكثيفًا بالمقارنة مع الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك أو أخصائي العلاقات الزوجية والأسرية المرخص له (LMFT) أو عيادة مستشار محترف معتمد. ويمكن أن يساعدك في أن تتجنب الإقامة بالمستشفى. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى وخدمات العيادات الخارجية المكثفة *(تابع)* خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظّم لعلاج الصحة السلوكية (العقلية) النشطة المقدمة على أنها خدمة العيادات الخارجية بالمستشفى أو مركز الصحة العقلية المجتمعي أو مركز الصحة المؤهل من الحكومة الاتحادية أو عيادة صحية ريفية أكثر تركيزًا من الرعاية التي تم تلقيها في عيادة طبيبك أو معالجك أو أخصائي العلاقات الزوجية والأسرية LMFT أو عيادة مستشار محترف معتمد ولكن أقل تركيزًا من العلاج الجزئي في المستشفى. **ملاحظة:** نظرًا لعدم وجود مراكز للصحة العقلية مجتمعية في شبكتنا، فإننا نغطي العلاج الجزئي في المستشفى فقط كخدمات العيادات الخارجية في المستشفى. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	خدمات الطبيب/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب سندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبيًا من الناحية الطبية التي تقدم في أماكن منها: • عيادة الطبيب المعالج • مركز معتمد لجراحات اليوم الواحد • أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى • الاستشارات والتشخيص والعلاج من قِبل اختصاصي • الفحوصات الأساسية للسمع والتوازن التي يُجريها موفر الرعاية الأولية، إذا طلب الطبيب إجراءها لمعرفة ما إذا كنت بحاجة لعلاج طبي أم لا • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك خدمات الطبيب المعالج لعلاج الحالات غير الطارئة مثل أعراض البرد والإنفلونزا والحساسية والتهاب الشعب الهوائية وعدوى الجهاز التنفسي ومشاكل الجيوب الأنفية والطفح الجلدي والتهاب العينين والصداع النصفي وما إلى ذلك. ○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد، يجب عليك استخدام موفر رعاية تابع للشبكة يقدم الخدمة عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) ○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد، يجب عليك استخدام موفر رعاية تابع للشبكة يقدم الخدمة عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد. ○ راجع قسم "خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية" في جدول المزايا الطبية لمزيد من المعلومات. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بمرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) لأعضاء غسيل الكلى المنزلي الذي يتبع المستشفى أو مركز الغسيل الكلوي في المستشفى المتاح لرعاية الحالات الحرجة أو مرفق الغسيل الكلوي أو في المنزل • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب الصحة العقلية المتزامن • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية إذا: • لديك زيارة وجهًا لوجه في غضون 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للخدمات الصحية عن بُعد • لديك زيارة وجهًا لوجه كل 12 شهرًا أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد • ويمكن إجراء استثناءات لما ورد أعلاه لظروف معينة • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المحلية المؤهلة. • الفحص الافتراضي (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو مكالمات الفيديو) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق **في حالة** ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) ○ أنت لست مريضًا جديدًا **و** ○ لا يرتبط الفحص بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية **و** ○ لا يؤدي الفحص إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك خلال 24 ساعة **في الحالات التالية**: ○ أنت لست مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط التقييم بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية **و** ○ لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • قم باستشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا • رأي آخر من مُوفر رعاية آخر تابع للشبكة قبل إجراء العملية الجراحية • رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات الخاضعة للتغطية على: ○ العمليات الجراحية للفك أو البِنَى المرتبطة به ○ جبر كسور الفك أو عظام الوجه ○ خلع الأسنان لتهيئة الفك للعلاج الإشعاعي من مرض السرطان الورمي ○ الخدمات التي ستخضع للتغطية عندما يقدمها طبيب معالج	
	خدمات طب الأقدام سندفع مقابل الخدمات التالية: • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهماز العقب) • رعاية روتينية للقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية تؤثر على الساقيين، مثل مرض السكريّ • العناية الروتينية بالقدم (غير خاضعة لتغطية برنامج Medicare)* تغطي: ○ قطع أو إزالة الثآليل والنتوءات ○ تقليم، قص، تقصيص، أو إزالة الجلد الزائد للأظافر *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا للرجال في سن 50 وأكبر، سندفع مقابل الخدمات التالية مرةً كل 12 شهرًا: • الفحص الرقمي للمستقيم • اختبار المستضد البروستاتي النوعي (PSA)	$0
	الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة الأجهزة التعويضية تحل محل جزء من جسم الإنسان أو وظيفة من وظائفه كليًا أو جزئيًا. وتشمل هذه البرامج، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • اختبار أو تركيب الأجهزة التعويضية والتقويمية أو التدريب على استخدامها • أكياس فُغرة القولون وما يتعلق بها من صرفيات مرتبطة بالرعاية الطبية لفغر القولون • التغذية المعوية والوريدية، بما في ذلك مجموعات مستلزمات التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والمحاليل، وصرفيات الحقن الذاتية • أجهزة تنظيم ضربات القلب • الدعامات • الأحذية التعويضية • الأطراف "الأذرع والسيقان" الصناعية • الأثداء الصناعية (بما في ذلك الصديرية الجراحية بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي) • الأطراف الاصطناعية لاستبدال كل جزء من جزء الجسم الخارجي للوجه الذي تمت إزالته أو إضعافه نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي • كريم سلس البول والحفاضات كما أننا ندفع نظير بعض الصرفيات المعينة المتعلقة بالأجهزة التعويضية والتقويمية. وندفع نظير إصلاح أو استبدال الأجهزة التعويضية والتقويمية. ونقدم تغطية جزئية تلي إزالة إعتام عدسة العين أو الجراحة الخاصة بها. راجع "عناية البصر" لاحقًا في هذا الجدول للحصول على التفاصيل. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	خدمات إعادة التأهيل القلبي والرئوي سندفع نظير برامج إعادة التأهيل الرئوي بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) تتراوح شدته بين المتوسطة والحادة للغاية. يجب أن تحصل على إحالة بإعادة التأهيل الرئوي صادرة من طبيب أو موفر رعاية مُعالج لمرض رئوي انسدادي (COPD). *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0
	فحوصات واستشارات الأمراض المعدية المنقولة جنسيًا (STI) نحن ندفع نظير الفحوصات لداء الكلاميديا والسيلان ومرض الزهري والالتهاب الكبدي B. وتخضع هذه الفحوصات للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل وبعض الأشخاص ممن هم عرضة بصورة أكبر لمخاطر الإصابة بعدوى منقولة جنسيًا STI. يجب أن يطلب موفر رعاية أوليّة إجراء الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا أو في أوقات محددة خلال فترة الحمل. كما سندفع نظير ما يصل إلى جلستين فرديتين من الجلسات الاستشارية السلوكية المباشرة عالية التكثيف سنويًا وذلك للبالغين الناشطين جنسيًا والذين هم عرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا. يمكن أن تتراوح مدة الواحدة منها بين 20 و30 دقيقة. لن ندفع نظير هذه الجلسات الاستشارية كخدمة وقائية إلا إذا قدمها موفر رعاية أولية. يجب أن تُجرى هذه الجلسات في مرفق رعاية أولية مثل عيادة طبيب.	$0
	الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الغرف شبه الخاصة أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF)** ***(تابع)***	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	• الأدوية التي توصف لك ضمن خطة الرعاية، وتتضمن المواد التي توجد عادةً في الجسم، مثل عوامل تجلط الدم • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية التي تقدمها مراكز التمريض • الاختبارات المعملية التي تجريها مراكز التمريض • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها مراكز التمريض • الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها مراكز التمريض • خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز لا يتبع شبكة التأمين. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز خدمات التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلاً قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز التمريض) • مركز خدمات التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	
	الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ إذا كنت تتعاطى التبغ ولكن لا تظهر عليك علامات أو أعراض مرضية ترتبط بتعاطي التبغ، وتريد أو تحتاج الإقلاع عنه: • فإننا ندفع نظير محاولتي إقلاع خلال فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. وهذه الخدمة مجانية لك. تتضمن كل محاولة للإقلاع عن التدخين ما يصل إلى أربع زيارات استشارية وجهًا لوجه. إذا كنت تستخدم التبغ وتم تشخيص إصابتك بمرض مرتبط بالتبغ أو تتناول أدوية قد تتأثر بالتبغ: • فسندفع نظير محاولتي إقلاع استشاريتين خلال فترة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET) نحن ندفع مقابل SET للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (PAD) ممن لديهم إحالة لمرض الشريان المحيطي من الطبيب المعالج المسؤول عن علاج مرض الشريان المحيطي. خطتنا تدفع مقابل: • ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء جميع متطلبات SET • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا اعتبرها موفر الرعاية الصحية ضرورية من الناحية الطبية يجب أن يكون برنامج SET: • جلسات مدتها 30 إلى 60 دقيقة من برنامج التمارين العلاجية والتدريبية لعلاج مرض الشريان المحيطي لدى الأعضاء الذين يعانون من تشنجات في الساق بسبب ضعف تدفق الدم (العرج) • في العيادات الخارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب المعالج • يقدمها موظفون مؤهلون يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر ويتم تدريبهم على العلاج بالتمارين الرياضية لـ PAD • تحت الإشراف المباشر للطبيب المعالج أو مساعد الطبيب المعالج أو الممرضة الممارسة/الممرضة السريرية المتخصصة المدربة على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0
	النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ توفر هذه الميزة خدمة النقل التي تعتبر الأفضل من حيث انخفاض التكلفة وإمكانية الوصول. يمكن أن تتضمن: خدمات النقل الطبي من خلال سيارة إسعاف أو سيارات طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة، والتنسيق للحصول على خدمات النقل المجتمعي (بالطلب المسبق). يتم التصريح بخدمات النقل عندما: • لا تسمح حالتك الطبية و/أو الجسدية بانتقالك على بحافلة أو سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، و ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	$0، لديك حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط سنويًا للنقل الطبي في غير الطوارئ أو النقل غير الطبي والنقل غير الطبي ضمن نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID). يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ *(تابع)* • قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، بحسب الخدمة ملاحظة: يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على [TTY: 711] 200-7544 (855) الخدمة متاحة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات من الباب إلى الباب والكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى ويجب عليك الاتصال لإجراء هذه الحجوزات. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك.	
	النقل: النقل غير الطبي* تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية عن طريق سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام/الخاص. النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة، بما في ذلك الانتقال إلى مواعيد الأسنان وزيارات عيادة الطبيب والحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من صيدلية تابعة للشبكة. لديك حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط سنويًا للنقل غير الطبي، بما في ذلك النقل غير الطبي الذي يشمله برنامج VBID. ملاحظة: يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على [TTY: 711] 200-7544 (855) الخدمة متاحة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك. تقدم Call The Car تطبيقًا للهاتف المحمول (CTC-Go) يمكن لأعضاء Blue Shield TotalDual Plan استخدامه لتنسيق نقل مرضى الرعاية الصحية. يسمح لك تطبيق CTC-Go بمراجعة الحجوزات القادمة أو السابقة، وتقييم رحلتك، وتتبع سائقك، وإلغاء الحجز الحالي، وجدولة حجز جديد. CTC-Go متاح على نظامي iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات لديك عن تطبيق "CTC-Go" وقم بتنزيله. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0، لديك حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط سنويًا للنقل غير الطبي والنقل غير الطبي ضمن نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID). يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط.
	الرعاية اللازمة بشكل عاجل	$0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي رعاية مقدمة لعلاج ما يلي: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، **أو** • مرض غير متوقع، **أو** • إصابة، أو • حالة تحتاج إلى رعاية فورية. إذا كنت في حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل، يجب أن تحاول أولًا الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. إلا أنه يمكنك الاستعانة بموفرين غير تابعين للشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة لأنه بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، لا يكون ذلك ممكنًا، أو يكون من غير المعقول الحصول على خدمات من موفري خدمات تابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير متوقعة ولكنها ليست حالة طبية طارئة). التغطية على مستوى العالم*. لا يوجد حد سنوي مجمع لرعاية الطوارئ المغطاة أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها. مناطق لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية للخطة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	قيمة المشاركة في التأمين بنسبة 20% للتغطية العاجلة في جميع أنحاء العالم (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى ضمن يوم واحد لنفس الحالة).
	نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID)* إذا كنت مسجلاً في BlueShield TotalDual Plan ومؤهلاً للحصول على إعانة الدعم المالي للدخل المنخفض (LIS)، فأنت مؤهل للحصول على مزايا نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID). تتضمن مزايا البرنامج الخاضع للتغطية ما يلي: • البقالة الصحية ○ البدل الشهري لشراء الأطعمة والمنتجات الصحية والمغذية. يمكن شراء العناصر المعتمدة من تجار التجزئة المعتمدين محليًا لمساعدة الأعضاء في الحفاظ على نظام غذائي صحي لدعم احتياجاتهم الغذائية. ○ البدل الخاص بك هو 50$ شهريًا للعناصر المغطاة. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية***	0$، ما يصل إلى 50$ بدل شهري للعناصر المغطاة.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID)* ***(تابع)*** ○ لا يمكن ترحيل هذا البدل من شهر إلى شهر. لا يمكن الجمع بين بدلات خدمات وسائل المساعدة السمعية وبقالة الأغذية الصحية. فلكل ميزة بدل منفصل. +Healthy Benefits هي بطاقة إنفاق مع بدلات المزايا الخاصة بك المشحونة مسبقًا على البطاقة للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية. سوف تتلقى خطابًا من مسؤول المزايا باستخدام بطاقة المزايا الشخصية الخاصة بك. وسيعلمك هذا الخطاب بأنه تم شحن بطاقتك بمبلغ البدل. كما ستوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى مزيد من التفاصيل حول الميزة عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول. للأسئلة حول هذه الميزة، يمكنك الاتصال بمسؤول المزايا على الرقم (855) 572-6341 [TTY: 771]، من الساعة 8 ص حتى الساعة 8 م، بالتوقيت المحلي، من الأحد إلى السبت، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، ومن الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا زيارة HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. • النقل: النقل غير الطبي الموسع تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية عن طريق سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام/الخاص. يمكن استخدام وسائل النقل للحصول على المزايا غير المغطاة ببرنامج Medicare التي تقدمها الخطة، مثل: ○ مواقع اللياقة البدنية في شبكة SilverSneakers ○ مواقع متجر البقالة الصحية المعتمدة ○ وسائل المساعدة السمعية من مورّد المساعدة السمعية الذي تختاره ○ خدمات تقويم العمود الفقري في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية ○ خدمات الإبصار والأسنان في الشبكة المعتمدة من الخطة الصحية لديك حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط سنويًا للنقل غير الطبي، بما في ذلك النقل غير الطبي الذي يشمله برنامج VBID. ***تابع الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية*** **نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID)*** ***(تابع)***	$0، لديك حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط سنويًا للنقل غير الطبي والنقل غير الطبي ضمن نموذج VBID.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	ملاحظة: يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على (711 :TTY] 200-7544 (855) الخدمة متاحة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك. تقدم Call The Car تطبيقًا للهاتف المحمول (CTC-Go) يمكن لأعضاء Blue Shield TotalDual Plan استخدامه لتنسيق نقل مرضى الرعاية الصحية. يسمح لك CTC-Go بمراجعة الحجوزات القادمة أو السابقة، وتقييم رحلتك، وتتبع سائقك، وإلغاء الحجز الحالي، وجدولة حجز جديد. تطبيق CTC-Go متاح على نظامي iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات الخاص بك عن "CTC-Go" وقم بتنزيل التطبيق. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	
	رعاية الإبصار (مُغطاة من برنامج Medicare) ندفع نظير خدمات طبيب العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتها. على سبيل المثال، هذا يشمل فحوصات العين السنوية لاعتلال الشبكية السكري لمرضى السكري، وعلاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. بالنسبة للأشخاص المعرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما (المياه الزرقاء)، ندفع نظير فحص الجلوكوما لمرة واحدة كل عام. يتضمن الأشخاص المعرضون بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما: • الأشخاص الذين أصيبوا بالجلوكوما لعامل وراثي عائلي • الأشخاص الذين يعانون من داء السكري • الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر ندفع نظير زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد جراحة كتراكت (عتامة العدسة) عندما يتم تركيب عدسة في مقلة العين بوصف من الطبيب. إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لعلاج إعتام عدسة العين، يلزمك أن تحصل على نظارة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى وإن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى. *قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.*	$0 لكل فحص عيون يغطيه برنامج Medicare. مبلغ المشاركة في الدفع $0 مبلغ المشاركة في الدفع $0

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*	
	تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • فحص العين الروتيني، بما في ذلك الانكسار وكشف عدسات النظارات. إذا أوصى موفر الرعاية بإجراءات إضافية، فأنت مسؤول عن دفع التكاليف الإضافية. تتطلب فحوصات العدسات اللاصقة رسومًا إضافية. أنت مسؤول عن دفع التكلفة الإضافية. • إطارات النظارات وعدسات النظارات (بما في ذلك العدسات المفردة، ثنائية البؤرة، المبطنة، ثلاثية البؤر، والعدسية) أو العدسات اللاصقة لا يشترط الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة). استخدم دليل الإبصار أو انتقل إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر الرعاية المشارك في شبكة خطة خدمة الإبصار (Blue Shield Vision Plan Administrator) (VSP). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	تدفع $0 مقابل فحص واحد كل 12 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. تدفع $0 مقابل إطارات النظارات (بسعر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة $200) كل 12 شهرًا عند حصولك عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن $200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق. تدفع $0 مقابل عدسات النظارات المُقررة بوصفة طبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسعر يصل إلى $200 مقابل خدمة ومواد العدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من $200، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.

	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	المبلغ المطلوب سداده
	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة)*	
	• فحص العين الروتيني، والانكسار وكشف عدسات النظارات.	يتم تعويضك بما يصل إلى $30 مقابل فحص واحد كل 12 شهرًا.
	• إطارات النظارات وعدسات النظارات (بما في ذلك العدسات المفردة، ثنائية البؤرة، المبطنة، ثلاثية البؤر، والعدسية) أو العدسات اللاصقة	يتم تعويضك بما يصل إلى $35 مقابل زوج واحد من إطارات النظارات كل 12 شهرًا.
	يمكنك، إذا اخترت ذلك، زيارة طبيب عيون أو أخصائي عيون ليس ضمن موفري الرعاية التابعين للشبكة لدى Blue Shield TotalDual Plan . ومع ذلك، لا يجوز لك الحصول على نفس الخدمات من كل من موفري الرعاية التابعين وغير التابعين للشبكة. إذا اخترت موفر رعاية غير تابع للشبكة، فأنت مؤهل للحصول على تعويض جزئي عن الخدمات المقدمة، إلا إذا كنت قد وصلت بالفعل إلى حد مزايا خدمة الإبصار التي تبحث عنها. اتصل بخدمة العملاء لطلب نموذج التعويض ولمزيد من المعلومات حول طلب التعويض. لا يشترط الحصول على تصريح مسبق.	يتم تعويضك بما يصل إلى $35 مقابل إما زوج واحد من عدسات النظارات الطبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) **أو** مقابل العدسات اللاصقة كل 12 شهرًا.
	* خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	
	زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية نغطي زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة ما يلي: • مراجعة حالتك الصحية، • والتوعية بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها وتوفير خدمات استشارية بشأنها (بما في ذلك فحوصات وجرعات تطعيم محددة)، • وإحالات لجهات رعاية أخرى إذا لزم الأمر. **ملاحظة:** نحن نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا التي تكون مشاركًا فيها في القسم B في برنامج Medicare. عند تحديد موعدك ، أخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد زيارتك الوقائية "مرحبًا بك في برنامج Medicare".	$0

E. جدول إجراءات مزايا طب الأسنان المغطاة

جدول إجراءات مزايا طب الأسنان

مزايا طب الأسنان مشمولة لجميع الأعضاء في هذه الخطة وتغطي بعض إجراءات طب الأسنان الشاملة.

يوضح ***جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*** التالي إجراءات طب الأسنان المحددة التي تغطيها الخطة دون أي تكلفة عليك. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها من خلال طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما تكون ضرورية ومألوفة وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا.

هام: يُرجى ملاحظة أن **الإجراءات غير المدرجة ليست مشمولة بالتغطية**.

هام: لا تتم تغطية بعض خدمات الأسنان تحت أي شروط (المعروفة أيضًا باسم الاستثناءات) ولا تتم تغطية بعض خدمات الأسنان إلا بموجب شروط محددة (معروفة أيضًا باسم القيود). يُرجى الرجوع إلى عمود "القيود العامة" في ***جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*** أدناه و"الاستثناءات العامة" المدرجة بعد ***جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*** لمزيد من المعلومات.

هام: يتم تحديد أي حدود تكرار مدرجة في عمود "القيود العامة" في ***جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*** أدناه والتي لا تحدد لكل خطة سنوية أو لكل العمر تعتمد على تاريخ الحصول على الخدمة الأخير. على سبيل المثال، يعني حد 1 كل 6 أشهر أنه يمكنك الحصول على الخدمة المذكورة مرة واحدة كل ستة أشهر من تاريخ آخر تلقي لك لهذه الخدمة نفسها. لذلك، إذا تلقيت خدمتك الأولى في 1 يناير، فستكون مؤهلاً للحصول على نفس الخدمة مرة أخرى في 1 يوليو. إذا تلقيت خدمتك الأولى في 1 يوليو، فلن تكون مؤهلاً للحصول على هذه الخدمة حتى 1 يناير من عام الخطة التالي. الخدمات التي لا يوجد لها حد تكرار مدرج هي خدمات غير محدودة عند الضرورة والمألوف كما هو محدد في معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا.

يتم إدراج الخدمات ضمن قانون الإجراءات الخاص بجمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA) استنادًا إلى مصطلحات طب الأسنان الحالية. يتطلب القانون الفيدرالي استخدام رمز ADA للإبلاغ بإجراءات طب الأسنان. قد تراجع ADA قوانين الإجراءات من وقت لآخر. ولذلك، يجوز للخطة مراجعة قائمة الرموز هذه وفقًا لما يقتضيه القانون. يمكنك الحصول على قائمة رموز ADA المحدثة عن طريق الاتصال بقسم خدمة العملاء لدى مسؤول خطة طب الأسنان (DPA) على **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

رمز قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA)	وصف قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA) للخدمات المغطاة لك	المبلغ المطلوب سداده	القيود العامة
الخدمات العلاجية			
D2720	التاج - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2722	التاج - راتنج بمعدن ثمين	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2750	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2752	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	$0	2 لكل سنة تقويمية

رمز قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA)	وصف قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA) للخدمات المغطاة لك	المبلغ المطلوب سداده	القيود العامة
D2790	التاج - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2792	التاج - معدن ثمين بصب كامل	$0	2 لكل سنة تقويمية
خدمات التركيبات السنية (قابلة للإزالة)			
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	$0	1 في 6 أشهر
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	$0	1 في 6 أشهر
D5710	إعادة تركيب طقم أسنان علوي كامل	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5711	إعادة تركيب طقم أسنان سفلي كامل	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5720	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي علوي	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5721	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي سفلي	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
خدمات التركيبات السنية (الثابتة)			
D6240	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6242	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6250	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6252	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6750	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6752	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
الخدمات العلاجية			
D2720	التاج - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2722	التاج - راتنج بمعدن ثمين	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2750	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2752	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2790	التاج - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	$0	2 لكل سنة تقويمية
D2792	التاج - معدن ثمين بصب كامل	$0	2 لكل سنة تقويمية
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	$0	1 في 6 أشهر

رمز قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA)	وصف قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA) للخدمات المغطاة لك	المبلغ المطلوب سداده	القيود العامة
D5710	إعادة تركيب طقم أسنان علوي كامل	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5711	إعادة تركيب طقم أسنان سفلي كامل	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5720	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي علوي	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5721	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي سفلي	$0	1 لكل سنة تقويمية (لا تخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
خدمات التركيبات السنية (الثابتة)			
D6240	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6242	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6250	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6252	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6750	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين عالي الجودة	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6752	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين	$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية

ملحوظة: مبالغ تقاسم تكاليف الأعضاء المدرجة لا تنطبق إلا عندما تتلقى خدمات طب الأسنان من طبيب أسنان تابع للشبكة.

ملحوظة: بما أن Blue Shield تتعاقد مع برنامج Medicare كل عام، فقد لا تكون مزايا طب الأسنان هذه متاحة في العام المقبل.

الحصول على رعاية الأسنان

مقدمة

تتم إدارة خطة طب الأسنان الخاصة بـ Blue Shield of California من قبل مسؤول خطة طب الأسنان المتعاقد معه (DPA)، وهو كيان يتعاقد مع Blue Shield of California لإدارة تقديم خدمات طب الأسنان من خلال شبكة من أطباء الأسنان المتعاقدين. إذا كان لديك أي استفسارات بشأن المعلومات الواردة في قسم طب الأسنان هذا، أو تحتاج إلى المساعدة، أو واجهت أي مشاكل، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على **الرقم [TTY: 711] 247-2486 (866)**، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

قبل الحصول على خدمات الأسنان

أنت مسؤول عن التأكد من أن طبيب الأسنان الذي تختاره طبيب أسنان تابع للشبكة.

لا تدفع خطة طب الأسنان التابعة للشبكة فقط مزايا لأطباء الأسنان غير التابعين للشبكة. لن تتم تغطية الخدمات التي يتم الحصول عليها من طبيب أسنان غير تابع للشبكة. عندما تتلقى خدمات من طبيب أسنان غير تابع للشبكة، ستكون مسؤولاً عن دفع كامل المبلغ الذي أصدره طبيب الأسنان مباشرة إلى طبيب الأسنان.

ملحوظة: يمكن أن تتغير حالة طبيب الأسنان التابع للشبكة. في حالة حدوث أي تغييرات في قائمة أطباء الأسنان المتعاقدين، يقع على عاتقك مسؤولية التحقق مما إذا كان طبيب أسنانك تابعًا للشبكة حاليًا. يمكن الحصول على قائمة بأطباء الأسنان التابعين للشبكة الموجودين في منطقتك عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

زيارة طبيب أسنانك

بعد وقت قصير من الاشتراك، ستتلقى حزمة عضوية من DPA تخبرك بتاريخ سريان المزايا الخاصة بك وعنوان ورقم هاتف طبيب أسنانك التابع للشبكة أو طبيب أسنان الرعاية الأولية (PCD). بعد تاريخ السريان الوارد في حزمة عضويتك، يمكنك الحصول على خدمات رعاية الأسنان المغطاة. لتحديد موعد، ما عليك سوى الاتصال بمكتب PCD وتعريف نفسك بصفتك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan. يجب تحديد المواعيد الأولية في غضون أربعة أسابيع ما لم يتم طلب وقت محدد. يجب توجيه الاستفسارات المتعلقة بتوفر المواعيد وإمكانية الوصول إلى أطباء الأسنان إلى قسم خدمة العملاء في DPA على **الرقم [TTY: 711] 247-2486 (866)** ، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

ملحوظة: يجب على كل عضو الذهاب إلى PCD المخصص له للحصول على الخدمات المغطاة، باستثناء الخدمات التي يقدمها اختصاصي مفوض من جانب DPA كتابيًا بشكل مسبق. لا تتم تغطية أي علاج آخر ضمن Blue Shield TotalDual Plan.

يجب عليك الاتصال بـ PCD للحصول على جميع احتياجات رعاية الأسنان بما في ذلك الحصول على استشارة متخصصي الخطة. إن PCD هو مسؤول عن تقديم خدمات رعاية الأسنان العامة وتنسيق أو ترتيب الإحالة إلى متخصصي الخطة الضروريين الآخرين. يجب أن تسمح الخطة بمثل هذه الإحالات.

حصص المشاركة في الدفع للأعضاء

قبل البدء في علاجك، سيقوم طبيب أسنانك بوضع خطة علاجية لتلبية
احتياجاتك الفردية. من الأفضل مناقشة خطة العلاج والمسؤوليات المالية مع طبيب أسنانك قبل بدء العلاج.

يتم توفير خدمات طب الأسنان المغطاة دون أي تكلفة عليك من طبيب أسنان تابع للشبكة. إذا اخترت الذهاب إلى طبيب أسنان غير تابع للشبكة، فلن يتم توفير أي مزايا وستكون مسؤولاً عن دفع كامل المبلغ الذي أصدره طبيب الأسنان مباشرة إلى طبيب الأسنان.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في الحصول على معلومات حول خطة علاجك، يمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

اختيار طبيب أسنان الرعاية الأولية

في وقت الاشتراك، يجب عليك اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة ليكون طبيب أسنانك (PCD). إذا فشلت في اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة أو إذا أصبح طبيب الأسنان الذي اخترته التابع للشبكة غير متاح، فسوف يطلب DPA اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة أو

ستقوم بتعيين طبيب أسنان آخر تابع للشبكة. يمكنك تغيير طبيب أسنانك المعين التابع للشبكة عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **[711 :TTY] 247-2486 (866)**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. لضمان إخطار طبيب الأسنان التابع للشبكة وضمان التأكد من صحة قوائم الأهلية لدى DPA، يجب طلب التغييرات التي تتم بشأن أطباء الأسنان التابعين للشبكة قبل اليوم الحادي والعشرين (21) من الشهر حتى تصبح التغييرات سارية في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا لم يعد طبيب أسنانك متعاقدًا مع Blue Shield TotalDual Plan لدى DPA

إذا كان طبيب الأسنان التابع للشبكة الذي اخترته غير قادر على الاستمرار بموجب تعاقده مع DPA لأنه غير قادر على الأداء أو قام بخرق العقد، أو إذا قام DPA بإنهاء العقد، سيخطرك DPA قبل 30 يومًا تقويميًا على الأقل من تاريخ الإنهاء الفعلي لطبيب الأسنان حتى تتمكن من اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة.

إذا تم إخطارك من قبل DPA بالحاجة إلى اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة لهذا السبب، فسيتم إعفاؤك من رسوم نسخ ونقل الأشعة السينية أو السجلات الأخرى. سيقوم طبيب الأسنان التابع للشبكة أيضًا بإكمال (أ) طقم أسنان جزئي أو كامل تم أخذ الطبعات النهائية له، (ب) وجميع الأعمال على كل سنة من الأسنان التي بدأ العمل عليها (مثل تركيب التيجان عندما يتم تحضير الأسنان).

رعاية الأسنان الطارئة

لا تدفع هذه الخطة أي مزايا لخدمات رعاية الأسنان الطارئة.

الحصول على رأي آخر بشأن رعاية الأسنان

يمكنك طلب رأي آخر إذا كنت لا توافق و/أو تشكك في التشخيص و/أو قرار خطة العلاج الذي أقره طبيب أسنانك التابع للشبكة. قد يطلب DPA أيضًا الحصول على رأي آخر للتحقق من ضرورة وملاءمة علاج الأسنان أو تطبيق المزايا.

سيتم تقديم الآراء الأخرى من قبل طبيب أسنان معتمد في الوقت المناسب، بما يتناسب مع حالتك. سيتم تسريع الطلبات التي تتضمن حالات تهديد صحي وشيك وخطير (سيتم اعتماد أو رفض التصريح في غضون 72 ساعة من استلام الطلب، كلما أمكن ذلك).
للحصول على مساعدة أو معلومات إضافية بخصوص الإجراءات والأطر الزمنية للحصول على تصريحات بشأن رأي آخر، اتصل بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **[711 :TTY] 247-2486-866**، من 8 ص إلى 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر أو مراسلة DPA كتابيًا.

سيتم تقديم الآراء الأخرى في عيادة طبيب أسنان آخر تابع للشبكة، ما لم يصرح DPA بخلاف ذلك. سوف يصرح DPA برأي آخر من قبل موفر رعاية غير تابع للشبكة إذا لم يكن طبيب أسنان مؤهل بشكل مناسب تابع للشبكة متاحًا. لن يدفع DPA سوى نظير رأي آخر وافق عليه DPA أو صرح به. سيتم إخطارك كتابيًا إذا قرر DPA عدم التصريح بالرأي الآخر. إذا كنت لا توافق على هذا القرار، يمكنك تقديم طعن إلى Blue Shield TotalDual Plan. راجع قسم *التظلمات والطعون* للحصول على معلومات إضافية.

تنسيق المزايا

توفر هذه الخطة مزايا بغض النظر عن التغطية من قبل أي سياسة تأمين جماعي
أخرى أو أي برنامج مزايا صحية جماعية آخر إذا كانت تغطي السياسة أو البرنامج الآخر
الخدمات أو النفقات بالإضافة إلى رعاية الأسنان. وبخلاف ذلك، يتم تنسيق المزايا المقدمة بموجب هذه
الخطة من قبل المختصين أو أطباء الأسنان غير التابعين للشبكة مع
سياسات تأمين رعاية الأسنان الجماعية الأخرى أو برامج مزايا الأسنان الجماعية الأخرى. إن القرار بشأن
اعتبار أي سياسة أو برنامج أساسيًا يجب أن يخضع للقواعد المنصوص عليها في العقد.

إذا كانت هذه الخطة ثانوية، فستدفع أيهما الأقل من:
- المبلغ الذي كان مقررًا دفعه في حالة عدم وجود أي تغطية أخرى لمزايا الأسنان، أو؛
- إجمالي تكلفة النفقات النثرية مستحقة الدفع للأعضاء بموجب خطة مزايا الأسنان الأساسية طوال مدة تغطية تلك المزايا بموجب هذه الخطة.

يجب على العضو أن يقدم طلبًا إلى DPA ويجوز لـ DPA الإفصاح عن أي معلومات عن العضور أو الحصول عليها من أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى، على أن تكون لازمة لإدارة تنسيق المزايا. يجب على DPA، وفقًا لتقديرها الخاص، تحديد ما إذا كان أي تعويض أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى مضمونًا بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا، وإذا ما كان يعتبر أي تعويض مدفوع بمثابة مزايا بموجب هذا العقد. سيحق لـ DPA استرداد أي مبلغ من طبيب الأسنان أو العضو أو شركة التأمين أو أي مؤسسة أخرى، حسب اختيار DPA، مقابل أي مزايا دفعتها DPA تتجاوز التزاماتها بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا.

قسم التظلمات والطعون

التزامنا تجاهك لا يقتصر على ضمان جودة الرعاية فحسب، بل يتضمن أيضًا جودة العملية العلاجية. تمتد جودة العلاج هذه من الخدمات المهنية التي يقدمها أطباء الأسنان التابعين للشبكة إلى الكياسة التي يقدمها لك ممثلينا عبر الهاتف. إذا كان لديك أي سؤال أو شكوى بخصوص مدى أهليتك، أو رفض خدمات الأسنان أو المطالبات، أو السياسات أو إجراءات أو عمليات DPA أو جودة خدمات الأسنان التي يؤديها أطباء الأسنان التابعين للشبكة، فيحق لك تقديم تظلم أو طعن بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** (*ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والطعون والشكاوى)*) لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم تظلم أو طعن. إذا كانت لديك أسئلة، اتصل بـ DPA على الرقم **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 ص إلى 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

الاستثناءات العامة لخطة HMO للأسنان

1. أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد في *جدول إجراءات مزايا طب الأسنان*.

2. أي إجراء يعتبر ضمن الرأي المهني لطبيب الأسنان التابع للشبكة:

   أ. ينطوي على تشخيص سيئ للحصول على نتيجة ناجحة ومدة معقولة بناءً على حالة السنة أو الأسنان و/أو الهياكل المحيطة بها، أو
   ب. غير متوافق مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.

3. الخدمات التي تكون فقط لأغراض تجميلية أو لظروف ناتجة عن عيوب وراثية أو متعلقة بالنمو، مثل الحنك المشقوق وتشوهات الفك العلوي والسفلي والأسنان المفقودة خلقيًا والأسنان التي تغير لونها أو التي تفتقر إلى المينا.

4. الأجهزة المفقودة أو المسروقة مثل أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية والتيجان.

5. الإجراءات أو الأجهزة أو الترميم إذا كان الغرض تغيير البعد الرأسي أو لتشخيص أو علاج الحالات غير الطبيعية لاضطراب المفصل الفكي الصدغي (TMJ).

6. معدن ثمين للأجهزة القابلة للإزالة، والقواعد المعدنية أو الدائمة المرنة لأطقم الأسنان الكاملة، أو أسنان الأطقم البورسلين، أو الدعامات الدقيقة للأجزاء القابلة للإزالة أو أطقم الأسنان الجزئية الثابتة (التراكبات والغرسات المزروعة والأجهزة المرتبطة بها) وتخصيص وتوصيف أطقم الأسنان الكاملة والجزئية.

7. أجهزة وملحقات طب الأسنان المدعومة بزراعة الأسنان ووضع الزرعة والصيانة والإزالة وجميع الخدمات الأخرى المرتبطة بزراعة الأسنان.

8. استشارات بشأن المزايا غير المغطاة.

9. خدمات طب الأسنان التي يتم تلقيها من أي عيادة أسنان بخلاف طبيب الأسنان التابع للشبكة المعين أو أخصائي أسنان معتمد مسبقًا.

10. جميع الرسوم ذات الصلة بدخول المستشفى أو مركز الجراحة الخارجية أو منشأة رعاية ممتدة أو منشأة رعاية مماثلة أخرى
أو استخدامهم أو الإقامة فيهم.

11. الأدوية المقررة بوصفات طبية.

12. مصاريف طب الأسنان التي تنجم فيما يتعلق بأي إجراء لطب الأسنان بدأت قبل تأهيل العضو في Blue Shield TotalDual Plan. تشمل الأمثلة: الأسنان المعدة للتيجان وأطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية التي تم أخذ طبعة لها.

13. الأجهزة و/أو العلاجات الوظيفية العضلية وشبه الوظيفية.

F. الدعم المجتمعي

قد تحصل على الدعم بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. يُعد الدعم المجتمعي عبارة عن خدمات بديلة مناسبة طبيًا وفاعلة من حيث التكلفة أو ترتيبات لأولئك المشمولين بتغطية خطة Medi-Cal State Plan. تُعد هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلًا، قد تساعدك هذه الخدمات في الحياة بشكل أكثر استقلالية. لا تحل هذه الخدمات محل المزايا التي تحصل عليها بالفعل بموجب برنامج Medi-Cal.

تشمل أمثلة الدعم المجتمعي الذي نقدمه الأطعمة والوجبات الداعمة طبيًا أو الوجبات المصممة طبيًا، أو المساعدة لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك، أو قضبان الأمان ومنحدرات الاستحمام. يُعد الدعم المجتمعي خدمات اختيارية (ليست ضمن المزايا) تقدمها Blue Shield Promise Health Plan لأعضاء برنامج Medi-Cal المؤهلين. توفر هذه الخدمات الدعم للأعضاء بما يتجاوز الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) لتعزيز ودعم رعاية الأعضاء. ستختلف هذه الخدمات بناءً على احتياجات العضو ومعايير الأهلية الخاصة بخطة Blue Shield Promise Health Plan. يلزم الحصول على تصريح مسبق. تقدم خطة Blue Shield Promise Health Plan الدعم المجتمعي للأعضاء المؤهلين في مقاطعتي لوس أنجلوس وسان دييغو:

علاج مرض الربو	تغييرات مادية في البيئة المنزلية للفرد تضمن الصحة والرفاهية والسلامة، أو تمكن من العمل في المنزل إذا كانت نوبات مرض الربو الحادة قد تؤدي إلى العلاج بالمستشفى أو طلب خدمات الطوارئ.
خدمات الانتقال المجتمعي/انتقال مركز التمريض إلى المنزل	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب المزيد من الإيواء المؤسسي.
برامج التأهيل اليومي	وهذا يساعد أعضاء برنامج Medi-Cal في بيئة خارج المرافق على تطوير المساعدة الذاتية، والتنشئة الاجتماعية، ومهارات التكيف اللازمة للنجاح في بيئاتهم المنزلية.

وسائل تكييف الإمكانيات البيئية (التعديلات المنزلية)	التكيفات المادية للمنزل لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته والسماح للأعضاء الذين قد يحتاجون إلى الإقامة في مؤسسات بالبقاء في منازلهم.
ودائع الإسكان	يتلقى الأعضاء المساعدة في العثور على الخدمات لمرة واحدة اللازمة لإنشاء منزل أساسي أو تنسيقه أو تأمينه أو تمويله.
خدمات الإسكان والانتقال	يتلقى الأعضاء المساعدة في الحصول على السكن.
خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة	يحصل الأعضاء على المساعدة في الحفاظ على إيجار آمن ومستقر بعد العثور على السكن.
وجبات مصممة طبيًا/أغذية داعمة طبيًا	يعد الدعم الغذائي للأعضاء، وخاصة أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، عند تحقيق الأهداف الغذائية أمرًا بالغ الأهمية للحصول على صحة جيدة والبقاء في صحة جيدة.
انتقال/تحويل منشأة التمريض إلى مرافق المعيشة المدعومة	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب الإيواء المؤسسي إذا أمكن.
خدمات العناية الشخصية والمنزلية	يتلقى الأعضاء المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (ADLs) مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو استخدام المرحاض أو التمشي أو التغذية، وخدمات العناية الشخصية مثل إعداد الوجبات وتسوق البقالة وإدارة الأموال للأعضاء الذين لا يمكنهم البقاء في منازلهم بدون هذه الخدمات.
رعاية التعافي (الراحة الطبية)	رعاية سكنية قصيرة الأجل لأولئك الذين لم يعودوا بحاجة إلى العلاج بالمستشفى، ولكنهم ما زالوا بحاجة إلى الشفاء من إصابة أو مرض، بما في ذلك حالة الصحة العقلية التي قد تتفاقم في بيئة معيشية غير مستقرة.
الخدمات المؤقتة لمقدمي الرعاية لأعضاء برنامج Medi-Cal	إعفاء غير طبي قصير الأجل من واجبات تقديم الرعاية لأولئك الذين يعتنون بأعضاء برنامج Medi-Cal الذين يحتاجون إلى إشراف مؤقت متقطع.
الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى	مكان للأعضاء ذوي الاحتياجات الطبية أو السلوكية العالية الذين ليس لديهم مكان إقامة لمواصلة التعافي فورًا بعد خروج المرضى الداخليين من مستشفى أو مرفق رعاية سكني.
مراكز تحسين الوعي	أماكن آمنة وداعمة للأفراد ليصبحوا متيقظين بعد العثور عليهم في حالة سكر علنًا بسبب الكحول أو المخدرات ومساعدة الأفراد الذين يعانون من التشرد أو أوضاع معيشية غير مستقرة والذين سيتم إرسالهم إلى قسم الطوارئ أو السجن.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة المساعدات المجتمعية التي قد تتوفر لك، اتصل على الرقم، (800) 452-4413 (TTY 711) أو اتصل بموفر الرعاية الصحية الخاص بك.

معلومات للأعضاء

- الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Promise Health Plan في منطقتك خلال أيام الأسبوع بين الساعة 8 صباحًا و6 مساءً: لوس أنجلوس605-2556 (800) : / سان ديغو: 5557-699 (855)
- أو اتصل بخيارات الرعاية الصحية (HCO) على الرقم (7077-430 (800) TTY) 4263-430 (800)
- تفضل بزيارة قسم خدمات الرعاية الصحية لمزيد من المعلومات:
https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx

G. المزايا المغطاة خارج خطتنا

نحن لا نغطي الخدمات التالية، ولكنها متوفرة من خلال Original Medicare *أو خدمات برنامج* Medi-Cal مقابل رسوم.

G1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)

يستخدم برنامج الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT) المنظمات الرائدة المحلية لمساعدة المستفيدين المؤهلين في Medi-Cal، الذين عاشوا في منشأة للمرضى الذين يتلقون علاج داخل المستشفى لمدة 90 يومًا متتالية على الأقل، على العودة مرة أخرى إلى البيئة المجتمعية والبقاء فيها بأمان. يمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقالات خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة إلى البيئة المجتمعية.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقالات من أي منظمة رائدة في CCT تخدم المقاطعة التي تعيش فيها. يمكنك العثور على قائمة بمنظمات CCT الرائدة والمقاطعات التي تخدمها على الموقع الإلكتروني لوزارة خدمات الرعاية الصحية على: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

فيما يخص خدمات تنسيق الانتقالات CCT

يدفع برنامج Medi-Cal تكاليف خدمات تنسيق الانتقالات. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الخدمات غير المرتبطة بالانتقالات CCT الخاصة بك

يرسل موفر الرعاية الفواتير إلينا مقابل خدماتك. وتدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

أثناء حصولك على خدمات تنسيق الانتقالات CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا المُدرج في **القسم D**.

لا يوجد تغيير في مزايا التغطية الدوائية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. ستستمر في الحصول على مزايا الدواء المعتادة عبر خطتنا. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

ملحوظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية انتقالات غير تابعة لدى CCT، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. رعاية الانتقالات غير التابعة لدى CCT هي رعاية **لا** تتعلق بانتقالك من مؤسسة أو منشأة.

G2. برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يوجد مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- علاج قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين

لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org/ لمزيد من المعلومات.

في مقاطعة لوس أنجلوس، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من Medi-Cal من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان (DMC). إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول خطط برنامج Medi-Cal للأسنان أو ترغب في إجراء تغييرات، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م. وهذه المكالمة مجانية. جهات اتصال DMC متاحة أيضًا هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. http://www.hpsm.org/dental

ملاحظة: تقدم خطتنا خدمات الأسنان الإضافية. راجع مخطط المزايا في **القسم D** لمزيد من المعلومات.

G3. رعاية المرضى بالأمراض العضال

لديك الحق في اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية والمدير الطبي لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا نهائيًا. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك تلقي الرعاية من خلال أيٍّ من برامج مأوى الرعاية المخصصة للأمراض المزمنة والمعتمدة من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من Medicare. قد يكون الطبيب المعالج لك في مأوى الرعاية المخصص للأمراض المزمنة موفر رعاية تابعًا للشبكة أو موفر رعاية غير تابع لها.

راجع مخطط المزايا في **القسم** D لمزيد من المعلومات حول ما ندفع مقابله أثناء حصولك على خدمات رعاية الأمراض العضال.

بخصوص خدمات مأوى الرعاية المخصصة لذوي الأمراض غير القابلة للشفاء والخدمات التي يغطيها الجزء A أو B من Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال

- يقدم موفر رعاية الأمراض العضال الفاتورة إلى برنامج Medicare نظير الخدمات الخاصة بك. يدفع برنامج Medicare مقابل خدمات رعاية المرضى بالأمراض العضال المتعلقة بتشخيصك بمرض عضال في مرحلته النهائية. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الخدمات التي يغطيها الجزء A أو B من Medicare غير المرتبطة بتشخيصك بوجود مرض عضال

- سيقدم موفر الرعاية فاتورة إلى Medicare نظير الخدمات الخاصة بك. سيدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تتم تغطيتها من خلال Medicare في الجزء A أو B. ولن تتحمل أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا الجزء D من Medicare الخاصة بخطتنا

- لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من مأوى رعاية الأمراض العضال وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* الذي حصلت على نسخة منه.

ملاحظة: إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للآلام، والتي توفر رعاية تتمركز حول المريض والأسرة على أساس الفريق لتحسين جودة حياتك. يمكن أن تتلقى الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/المنتظمة. يُرجى الاطلاع على قسم الرعاية المخففة للآلام أعلاه لمزيد من المعلومات.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية الأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية غير التابعة لرعاية الأمراض العضال هي الرعاية غير المتعلقة بالأمراض العضال.

G4. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

- سيساعدك برنامج IHSS في دفع ثمن الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعتبر برنامج (IHSS) بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل مراكز التمريض أو وحدات الهيئة أو وحدات الرعاية.
- أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، والغسيل، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل الرعاية لقضاء الحاجة سواء التبرز أو التبول، والاستحمام، والاستمالة، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم المنزلية (IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب خدمات الدعم المنزلية (IHSS) في لوس أنجلوس على الرقم 4477-944 (888) ومكتب خدمات الدعم المنزلية (IHSS) في سان دييغو على الرقم 4661-339 (800) لتقديم الطلب.

G5. 1915(c) برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).

التنازل عن المساعدة على المعيشة (ALW)

- يوفر برنامج "التنازل عن المساعدة على المعيشة" (ALW) للمستفيدين المؤهلين في برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للعيش طويل الأجل في منشأة تمريض. الهدف من برنامج (ALW) هو تسهيل انتقال منشأة التمريض مرة أخرى إلى بيئة منزلية ومجتمعية أو منع قبول التمريض الماهر للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة إلى التنسيب في منشأة التمريض.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج ALW البقاء مسجلين في ALW بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة ALW لتنسيق الرعاية الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج ALW. يمكنك العثور على الوكالات المحلية التي يمكنها تنسيق رعايتك ضمن برنامج ALW هنا: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf.

إعفاء HCBS لسكان كاليفورنيا ذوي الإعاقات النمائية (HCBS-DD)

إعفاء برنامج تقرير المصير في كاليفورنيا (SDP) للأفراد ذوي الإعاقات النمائية

- هناك إعفاءان بموجب المادة 1915(c)، وهما إعفاء HCBS-DD وإعفاء SDP، اللذان يوفران الخدمات للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بإعاقة إنمائية تبدأ قبل عيد ميلاد الفرد الثامن عشر ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. كلا الإعفاءين وسيلتان لتمويل خدمات معينة تسمح للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية بالعيش في المنزل أو في المجتمع بدلاً من الإقامة في منشأة صحية مرخصة. يتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قِبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية كاليفورنيا. يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في توصيلك بخدمات إعفاء DD.

إعفاء البدائل المنزلية والمجتمعية (HCBA).

- يوفر إعفاء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر لدار التمريض أو التنسيب المؤسسي. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قِبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتكون من ممرضة وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات الإعفاء وخطة الولاية (مثل الصحة الطبية والسلوكية وخدمات الدعم المنزلية وخلافه)، ويرتب للخدمات الأخرى والدعم طويل الأجل المتاحة في المجتمع المحلي. يتم توفير خدمات إدارة الرعاية والإعفاء في السكن المجتمعي للمشارك. يمكن أن يكون هذا السكن مملوكًا للقطاع الخاص، أو مؤمنًا من خلال ترتيبات إيجار المستأجر، أو مسكن أحد أفراد عائلة المشارك.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج إعفاء HCBA البقاء مسجلين في إعفاء HCBA بينما يتلقون المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة الإعفاء HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج HCBA.

  - اعتمادًا على الرمز البريدي في مقاطعة لوس أنجلوس، إما Partners in Care أو Access TLC هي وكالة HCBA المحلية الخاصة بك. لمعرفة الوكالة التي تساعد منطقة الرمز البريدي الذي تعيش فيه، يُرجى زيارة: https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx
    - اتصل بـ Partners in Care على الرقم 6764-251 (800)
    - اتصل بـ Access TLC على الرقم 9887-852 (800)
  - San Ysidro Health هي وكالة HCBA المحلية في مقاطعة سان دييغو. اتصل بـ San Ysidro Health على الرقم 5910-503 (833)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة.

برنامج إعفاء Medi-Cal (MCWP)

- يوفر برنامج الإعفاء التابع لـ Medi-Cal (ويُسمى Medi-Cal Waiver Program (MCWP)) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) كبديل للرعاية في منشأة التمريض أو العلاج بالمستشفى. إدارة الحالة هي نهج جماعي يركز على المشاركين ويتكون من ممرضة مسجلة ومدير حالة للعمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالة مع المشارك وموفر (موفري) الرعاية الأولية، والأسرة،

ومقدم (مقدمي) الرعاية، وموفري الخدمات الآخرين، لتقييم احتياجات مرضى الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعه.

- أهداف MCWP هي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الذين قد يحتاجون إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين في إدارة صحة المُصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؛ (3) تحسين سبل الحصول على الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي (4) التنسيق بين مقدمي الخدمات والقضاء على إزدواجية الخدمات.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج الإعفاء MCWP Waiver البقاء كما هم في MCWP Waiver بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة أعفاء MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج MCWP. نظام المعلومات والتقييم الإقليمي لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (ARIES) مفتوح من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). للوصول إلى مكتب المساعدة:
  - اتصل برقم (2743) 1-866-411-ARIES أو
  - قدم طلبًا لمكتب مساعدة ARIES إلى aries@cdph.ca.gov وقم بتضمين اسمك والوكالة ورقم الهاتف والسؤال/المشكلة. لا تقم بتضمين أي معلومات عن العميل.

برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.

- في حين أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضًا خدمات دعم منزلية، فإن برنامج MSSP يوفر تنسيقًا مستمرًا للرعاية، ويربط المشاركين بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى المطلوبة، وينسق مع مقدمي الرعاية الصحية، ويشتري بعض الخدمات اللازمة التي لا تكون متاحة بطريقة أخرى للوقاية من المرض أو تأخير الاعتماد على المؤسسة. يجب أن يكون إجمالي التكلفة السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني.

- يقوم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية بتزويد كل مشارك في برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP) بتقييم صحي ونفسي اجتماعي كامل لتحديد الخدمات المطلوبة. يعمل الفريق بعد ذلك مع المشاركين في برنامج MSSP وطبيبهم وعائلتهم وغيرهم لتطوير خطة رعاية فردية. تشمل الخدمات ما يلي:
  - إدارة الرعاية
  - الرعاية اليومية للبالغين
  - إصلاح/صيانة منزلية بسيطة
  - الأعمال الروتينية الإضافية في المنزل، والرعاية الشخصية، وخدمات الإشراف الوقائي
  - خدمات الراحة
  - خدمات النقل

- الإرشاد والتوجيه والخدمات العلاجية
- خدمات الوجبات
- خدمات التواصل.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج MSSP Waiver البقاء كما هم في MSSP Waiver بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع موفر الرعاية لدى MSSP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج MSSP. يمكنك تحديد موقع موفر الرعاية لدى MSSP في منطقتك عن طريق الاتصال بإدارة الشيخوخة بكاليفورنيا على الرقم 1-800-510-2020 أو عن طريق تحديد مقاطعتك على صفحة البحث عن الخدمات في مقاطعتي على موقع إدارة الشيخوخة بكاليفورنيا: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G6. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة من برنامج Medi-Cal. لا توفر خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة أو خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من برنامج Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في المقاطعة.

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal عبر خطة الصحة العقلية (MHP) التابعة لمقاطعتك إذا استوفيت المعايير الطبية الضرورية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي تقدمها خطة MHP في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- إجراءات حل الأزمات
- التحكم في ضبط الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات الأمراض النفسية بالعيادات الداخلية
- إدارة الحالات المستهدفة

- الخدمات السلوكية العلاجية
- تنسيق الرعاية المركزة
- الخدمات المنزلية المكثفة

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات. تتضمن خدمات الأدوية من برنامج Medi-Cal التي تقدمها مقاطعتك ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)

تشمل خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal ما يلي:

- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية

إضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، يمكنك الوصول لخدمات علاج الإدمان لمرضى العيادات الداخلية الاختيارية إذا استوفيت المعايير.

توفر خدمات الصحة السلوكية

تتوفر لك مجموعة كبيرة من الخدمات. يمكنك الإحالة بنفسك إلى موفر رعاية متعاقد، ويمكن أيضًا إحالتك من قبل PCP الخاص بك أو أحد أفراد العائلة أو غير ذلك. "كل الطرق صحيحة" للحصول على الخدمات. يمكنك الاتصال بما يلي للحصول على مساعدة في الحصول على الخدمات:

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)

- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يرجى الاتصال بالرقم (711 :TTY) 888-742-7900 على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في الأسبوع)
- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يرجى الاتصال بالرقم (711 :TTY) 888-724-7240 على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في الأسبوع)
- خط الصحة السلوكية لدى Blue Shield TotalDual Plan (يُرجى مراجعة **القسم D** في **الفصل 2** من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- خدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة).

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية
يحدد موفر رعاية مُرخص له الضرورة من الناحية الطبية على نحو صحيح. يتم استخدام معايير الضرورة الطبية من قبل كل من Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قِبل خبراء الصحة السلوكية وأصحاب المصلحة الآخرين، وهي متوافقة مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة
إذا كنت تتلقى الخدمات من Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك لأي من الهيئتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تتم إحالتك من خلال Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة بالاتصال بالهيئة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قِبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.

عمليات تسوية المشكلات
إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield TotalDual Plan، فسوف تستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية، حتى تتم تسوية الخلاف أو النزاع. عملت Blue Shield TotalDual Plan مع المقاطعة لوضع عمليات التسوية التي تتسم بأنها ملائمة ولا تؤثر على الخدمات التي يحتاج العضو لاستلامها سلبيًا. يمكنك أيضًا استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الكيان الذي تتنازع معه.

H. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

يوضح هذا القسم المزايا المستثناة في خطتنا. ونعني بلفظ "مستثناة" أننا لا ندفع نظير تلك الميزات. كما لا يدفع برنامجا Medicare وMedi-Cal تكلفتها كذلك.

تسرد القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا نغطيها في أي ظروف، والبعض الآخر الذي نستثنيه في بعض المناطق فقط.

لا ندفع نظير الميزات الطبية المستثناة من الخطة والتي نوردها في هذا القسم (أو في أي موضع آخر من *كتيب الأعضاء* هذا) باستثناء الشروط المُحددة المُدرجة. حتى لو كنت تتلقى الخدمات في إحدى مرافق الطوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا اعتقدت أننا يجب أن ندفع نظير خدمة لم تخضع للتغطية، فيمكنك طلب الطعن. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء*.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في مخطط المزايا، لن تخضع العناصر والخدمات الآتية للتغطية بموجب خطتنا:

- الخدمات التي تعتبر "غير مناسبة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لبرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، ما لم تكن مدرجة على أنها خدمات خاضعة للتغطية

- العلاجات الطبية والجراحية التجريبية والأصناف والأدوية ما لم تكن خاضعة لتغطية برنامج Medicare أو جزءًا من دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare أو خاضعة للتغطية في خطتنا. ارجع إلى **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج التجريبي والعناصر هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.
- العلاج الجراحي للبدانة المرضية، إلا عند الضرورة الطبية ويدفع برنامج Medicare تكلفتها.
- الغرفة الخاصة في المستشفى، باستثناء الحالات التي تكون ضرورية من الناحية الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون
- رعاية تمريضية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرون أو أفراد أسرتك
- إجراءات أو خدمات تحسين الحالة سواء كانت اختيارية أو تطوعية (ومنها فقدان الوزن ونمو الشعر والقدرة الجنسية والنشاط البدني والأغراض التجميلية وعلاج أمراض الشيخوخة والقدرة العقلية)، إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- جراحة أو عمليات تجميل أخرى، إلا إذا كانت مطلوبة لأنها ناجمة عن إصابة عرضية أو بغرض تجميل جزء مشوه من الجسم. ومع ذلك، ندفع نظير استبناء ثدي بعد استئصاله، ومعالجة الثدي الآخر ليبدو متناسقًا معه.
- الرعاية التقويمية للعمود الفقري، بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري التي تتوافق مع إرشادات التغطية.
- العناية الروتينية بالقدم، باستثناء ما هو موضح في خدمات طب الأقدام في مخطط المزايا في **القسم D**
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءًا من دعامة الساق ومُدرجة في تكلفة الدعامة أو ما لم تكن الأحذية مخصصة لشخص يعاني من مرض القدم السكري
- أجهزة دعم للقدم، باستثناء أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري
- جراحة القرنية الشعاعية، وجراحة الليزك، ووسائل المساعدة في علاج ضعف الرؤية الأخرى
- إلغاء إجراءات التعقيم
- خدمات ممارس الطب الطبيعي (يستخدم وسائل علاج طبيعية أو بديلة)
- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA). ومع ذلك، عند تلقي أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في مستشفى تابع لإدارة شؤون قدامى المحاربين وعندما يكون مبلغ تقاسم التكاليف في مراكز شؤون قدامى المحاربين أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدد الفارق لقدامى المحاربين. لا تزال مسؤولاً عن دفع مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك.

الفصل 5: الحصول العقاقيرالمقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية

مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية. وهذه هي الأدوية التي يطلبها موفر الرعاية لك وتحصل عليها من الصيدلية أو بخدمة التوصيل إلى المنزل. وهي تتضمن الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D ببرنامجي Medicare وMedi-Cal. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

نغطي كذلك الأدوية التالية، برغم أننا لن نتطرق إليها في هذا الفصل:

- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب أدوية الجزء A من Medicare**، وتتضمن بشكل عام الأدوية التي تحصل عليها أثناء إقامتك بالمستشفى أو بمركز التمريض.
- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب الجزء B من Medicare**، وتتضمن بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض أنواع أدوية الحقن التي توصف لك خلال فترة زيارة عيادة طبيب أو موفر رعاية آخر، بالإضافة إلى الأدوية التي توصف لك في وحدات الغسيل الكلوي. لمعرفة المزيد عن أدوية الجزء B في Medicare، يرجى الرجوع إلى مخطط المزايا **بالفصل 4** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
- بالإضافة إلى القسم D في برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد تتم تغطية أدويتك بواسطة Original Medicare إذا كنت في دار رعاية الأمراض العضال لدى Medicare. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5**، القسم F "إذا كنت في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare."

قواعد خطتنا لتغطية أدوية مرضى العيادات الخارجية

نغطي الأدوية عادةً طالما تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

يجب أن يكتب موفر رعاية (الطبيب أو طبيب الأسنان أو أي مقدم وصفات طبية آخر) الوصفة الطبية الخاصة بك، والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية المعمول به. وهذا الشخص هو غالبًا موفر الرعاية الأولية (PCP). ويمكن أن يكون موفر رعاية آخر إذا أحالك موفر الرعاية الأولية (PCP) للحصول على الرعاية.

يجب **ألا** يكون مقدم الوصفات الطبية الخاص بك مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الاستثناء لدى Medicare أو أي قوائم مماثلة لبرنامج Medi-Cal.

يجب أن تستخدم بشكل عام إحدى الصيدليات التابعة للشبكة لصرف الوصفة الطبية. أو يمكنك صرف الوصفة الطبية الخاصة بك من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل التابعة للخطة.

يجب أن تكون الأدوية المقررة بوصفة طبية مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية بخطتنا. ونطلق عليها اسم "*قائمة الأدوية*" اختصارًا. (راجع **القسم B** من هذا الفصل.)

- إذا لم يكن الدواء مدرجًا في "*قائمة الأدوية*" ، فقد يكون بإمكاننا تغطيته بمنحك استثناءً.
- ارجع إلى **الفصل 9** للتعرف على طلب الحصول على استثناء.
- يرجى أيضًا ملاحظة أنه سيتم تقييم طلب تغطية الدواء الموصوف لك وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal.

يجب استخدام أدويتك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. يُقصد بهذا أن استخدام الدواء معتمد من إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) أو مدعوم بواسطة مراجع طبية معينة. قد يكون طبيبك قادرًا على المساعدة في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف. الأدوية المستخدمة في علاج حالات لا تدعمها هيئة الدواء والغذاء (FDA) أو كتب مرجعية تسمى ذات استعمال "غير معتمد". الأدوية المستخدمة ذات الاستعمال "غير المعتمد" ليست "لاستعمال مقبول طبيًا" ولذا لا تخضع لمزايا التغطية إلا إذا تمت الإشارة إلى هذا الاستعمال "غير المعتمد" في أحد الكتب المرجعية المعتمدة من CMS.

قد يتطلب الدواء الخاص بك موافقة قبل أن نقوم بتغطيته. راجع **القسم C** في هذا الفصل.

جدول المحتويات

A. صرف الوصفات الطبية المقررة 138

A1.- صرف الوصفة الطبية المقررة من صيدلية تابعة لشبكة التأمين 138

A2.- استخدام بطاقة مُعرِّف العضوية عند صرف وصفة طبية 138

A3. الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة 138

A4.- الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة 138

A5.- الاستعانة بصيدلية متخصصة 138

A6. استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل للحصول على الأدوية الخاصة بك 139

A7.- الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل 140

A8.– الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا 141

A9- استرداد تكلفة وصفة طبية لك 141

B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 141

B1. الأدوية المُدرجة في قائمة أدويتنا 142

B2. كيفية العثور على دواء في *قائمة الأدوية* لدينا 142

B3.- الأدوية غير المُدرجة في *قائمة الأدوية* لدينا 143

B4.- فئات تقاسم تكلفة *قائمة الأدوية* 144

C. القيود على بعض الأدوية 144

D. أسباب عدم تغطية دواءك 145

D1.- الحصول على صرفية مؤقتة 146

D2. طلب صرفية مؤقتة 147

D3.- طلب استثناء 147

E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك 147

F. تغطية الدواء في حالات خاصة 149

F1. في مستشفى أو مركز خدمات تمريض متخصصة لقضاء فترة إقامة تغطيها الخطة 149

F2. في مركز لرعاية طويلة الأجل 149

F3.- في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare 150

G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارة العلاج 150

G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان 150

G2. برامج تساعدك على إدارة أدويتك 150

G3.- برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية 151

A. صرف الوصفات الطبية المقررة

A1- صرف الوصفة الطبية المقررة من صيدلية تابعة لشبكة التأمين

في معظم الحالات، لا ندفع مقابل الوصفات الطبية المقررة إلا عند صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا التأمينية. الصيدلية التابعة للشبكة هي الصيدلية (متجر الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة للشبكة لدينا.

للعثور على *صيدلية تابعة للشبكة*، اطلع على *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* أو بادر بزيارة موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمة العملاء.

A2- استخدام بطاقة مُعرِّف العضوية عند صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، **أظهِر بطاقة مُعرِّف العضوية** في الصيدلية التابعة للشبكة الخاصة بك. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة بتقديم فاتورة بقيمة حصتنا من تكلفة الدواء المقرر بوصفة طبية الخاضع للتغطية.

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة برنامج Medi-Cal أو بطاقة تعريف مزايا برنامج Medi-Cal (BIC) للحصول على الأدوية الخاضعة لتغطية Medi-Cal Rx:

إذا لم تكن تحمل معك بطاقة مُعرّف العضوية أو بطاقة تعريف المزايا (BIC) عند صرف الوصفة الطبية الخاصة بك، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

ومع ذلك، إذا تعذر على الصيدلية الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملةً عند استلامها. ومن ثم يمكنك مطالبة خطتنا برد حصتك التي دفعتها. **إذا لم تستطع دفع تكلفة الدواء، فاتصل بخدمة العملاء على الفور.** وسنبذل كل شيء للمساعدة.

- لمطالبتنا برد ما دفعته، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء*.
- إذا احتجت إلى مساعدة لصرف وصفة طبية مقررة، تواصل مع خدمة العملاء.

A3. الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة

إذا غيّرت الصيدليات واحتجت إلى صرف وصفة طبية مقررة، يمكنك إما أن تطلب الحصول على وصفة طبية جديدة يكتبها موفر الرعاية أو أن تطلب من الصيدلية تحويل الوصفة الطبية لصيدلية جديدة إذا لم يتم إعادة صرف أي أدوية متبقية.

إذا احتجت إلى مساعدة لتغيير الصيدلية التابعة لشبكتك، تواصل مع خدمة العملاء.

A4- الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

إذا خرجت الصيدلية التي تتعامل معها من الشبكة التابعة لخطتنا، فستحتاج إلى العثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، اطلع على *دليل الصيدليات* أو بادر بـزيارة موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمة العملاء.

A5- الاستعانة بصيدلية متخصصة

في بعض الأحيان، يلزم صرف الوصفات الطبية من صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة:

- الصيدليات التي توفر أدوية العلاج بالحقن في المنزل.

- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مركز رعاية طبية طويلة الأجل، مثل مراكز التمريض.
  - عادةً ما تمتلك مراكز الرعاية الطبية طويلة الأجل صيدليات خاصة بها. إذا كنت مقيمًا في منشأة رعاية طويلة الأجل، فإننا نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المنشأة.
  - إذا لم تكن الصيدلية التابعة لمركز الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويتك في أحد منشآت الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بخدمة العملاء.
- الصيدليات التي تخدم موفر الرعاية الصحية الهندي (IHCP) وصيدليات المنظمة الهندية الحضرية (UIO) والخدمات الصحية الهندية/برنامج الصحة الهندي في المناطق القَبَلِيّة/الحضرية. باستثناء حالات الطوارئ، لا يحق إلا للأمريكيين من السكان الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين التعامل مع هذه الصيدليات.
- الصيدليات التي توزع الأدوية التي تحظرها إدارة الغذاء والدواء (FDA) على مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملاً خاصًا، أو تنسيقًا مع موفر الرعاية، أو توعية حول كيفية استخدامها. (ملاحظة: نادرًا ما يحدث هذا السيناريو.)

للعثور على *صيدلية متخصصة*، اطلع على *دليل الصيدليات وموفري الرعاية* أو بادر بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمة العملاء.

A6. استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل للحصول على الأدوية الخاصة بك

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل التابعة للشبكة في خطتنا. على وجه العموم، الأدوية المتاحة من خلال التوصيل إلى المنزل هي أدوية تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تمييز الأدوية **غير** المتوفرة من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا بالرمز NDS في قائمة الأدوية لدينا.

تتيح لك خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا طلب صرفية لمدة تصل إلى 100 يوم من الأدوية الخاضعة للتغطية من الفئات 1 إلى 4. الصرفية التي تغطي مدة 100 يومًا لها نفس مبلغ المشاركة في الدفع مثل الصرفية التي تغطي شهرًا واحدًا.

صرف الوصفات الطبية عن طريق التوصيل إلى المنزل

للحصول على معلومات حول صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عن طريق التوصيل إلى المنزل، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب. إذا كنت تستخدم صيدلية توفر خدمة التوصيل المنزلي غير تابعة لشبكة الخطة، فلن تتم تغطية الوصفة الطبية الخاصة بك.

عادة، تصل الوصفة الطبية من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل في غضون 5 أيام. ستتلقى إشعارًا إذا كان هناك تأخير في طلب الوصفة الطبية للتوصيل المنزلي الخاص بك. إذا كان لديك أسئلة حول هذا الأمر، يُرجى الاتصال Amazon Pharmacy على الرقم 208-4665 (856)، على مدار 24 ساعة في اليوم/7 أيام في الأسبوع. ولمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. إذا لزم الأمر، يمكن لخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan مساعدتك في الحصول على كمية كافية من الأدوية من صيدلية البيع بالتجزئة المحلية التابعة للشبكة، بحيث لا ينقصك أي دواء حتى يصل دواء من خلال خدمة التوصيل إلى منزلك. قد يتطلب ذلك الاتصال بطبيبك ليرسل وصفة طبية جديدة عبر هاتفه أو الفاكس إلى صيدلية البيع بالتجزئة التابعة للشبكة للحصول على كمية الأدوية اللازمة حتى تتلقى دواء التوصيل إلى المنزل.

إذا استغرق التأخير أكثر من 5 أيام من تاريخ طلب الوصفة الطبية من موفر خدمة التوصيل إلى المنزل وكان بسبب فقدان الدواء في نظام البريد، يمكن لخدمة عملاء Amazon Pharmacy تنسيق طلب بديل.

إجراءات التوصيل إلى المنزل

يكون لدى خدمة التوصيل إلى المنزل إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من مكتب موفر الرعاية الخاص بك، وإعادة صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عند التوصيل إلى المنزل.

1. **الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية منك**

تقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف وتسليم الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك.

2. **الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية من مكتب موفر الرعاية الخاص بك**

بعد أن تحصل الصيدلية على وصفة طبية من موفر الرعاية الصحية، سوف تتصل بك لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف الدواء فورًا أم لاحقًا.

- يمنحك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تقدم الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والكمية والشكل)، ويسمح لك، إذا لزم الأمر، بإيقاف الطلب أو تأخيره قبل أن تتم محاسبتك ويتم شحنه.
- قم بالرد في كل مرة تتصل فيها الصيدلية بك لإعلامها بما يجب فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

3. **إعادة صرف الأدوية من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل**

لإعادة صرف أدويتك، لديك خيار التسجيل للحصول على برنامج إعادة الصرف تلقائيًا. في إطار هذا البرنامج، سنبدأ في إجراءات إعادة صرف أدويتك التالية تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن أدويتك على وشك النفاد.

- تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل صرفية للتأكد من أنك بحاجة إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من أدويتك أو إذا تم تغيير أدويتك.
- في حالة اختيارك عدم استخدام برنامج إعادة صرف الأدوية التلقائي لدينا، فاتصل بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاد الوصفة الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد إعادة صرف الطلبات المنزلية، اتصل بنا عن طريق الاتصال بـ Amazon Pharmacy على الرقم 4665-208 (856)، على مدار 24 ساعة في اليوم / 7 أيام في الأسبوع. ولمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

أخبر الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك حتى يتمكنوا من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. يرجى التأكد من أن معلومات الاتصال الخاصة بك محدثة دائمًا مع Blue Shield TotalDual Plan. إذا كنت بحاجة إلى تحديث رقم هاتفك أو عنوانك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة).

A7. الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل

يمكنك الحصول على صرفية أدوية تكفي لفترة طويلة من الأدوية الدورية من "قائمة الأدوية" في خطتنا. أدوية "المداومة" هي التي تتناولها بصورة منتظمة لعلاج مرض مزمن أو حالة طبية طويلة الأجل.

تتيح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة التابعة لشبكتنا الحصول على صرفية تكفي لفترة طويلة من أدوية المداومة. الصرفية التي تغطي مدة 100 يومًا لها نفس مبلغ المشاركة في الدفع مثل الصرفية التي تغطي شهرًا واحدًا. يوضح لك دليل موفري الرعاية والصيدليات

الصيدليات التابعة لشبكتنا، والتي يمكنها تقديم صرفية تكفي لفترة طويلة من أدوية المداومة. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات التوصيل إلى المنازل التابعة للشبكة في خطتنا للحصول على صرفية أدوية دورية على المدى الطويل. راجع **القسم A6** لمعرفة خدمات التوصيل إلى المنزل.

A8. الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا

بصفة عامة، لا نغطي الأدوية التي تصرفها من صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين إلا عندما يتعذر عليك استخدام صيدلية تابعة لشبكة التأمين. لدينا صيدليات غير تابعة للشبكة خارج منطقة خدمتنا حيث صرف الوصفات الطبية الخاصة بك بصفتك عضوًا في خطتنا. في هذه الحالات، راجع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء أولاً لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

ندفع نظير الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة في الحالات التالية:

- إذا لم تتمكن من الحصول على دواء من الأدوية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب داخل منطقة خدمتنا نظرًا لعدم توفر صيدليات تابعة للشبكة ضمن مسافة قيادة معقولة توفر خدمة على مدار 24 ساعة.
- إذا كنت تحاول صرف دواء موصوف طبيًا خاضع للتغطية ولا يتم توافره بشكل منتظم في إحدى صيدليات البيع بالتجزئة أو خدمة البريد التابعة للشبكة المؤهلة (تشمل هذه الأدوية أدوية الأمراض النادرة، والأدوية عالية التكلفة والفريدة من نوعها، أو المستحضرات الصيدلانية المتخصصة الأخرى).
- بعض الأمصال التي يتم إعطاؤها في عيادة طبيبك والتي لا يغطيها القسم B من برنامج Medicare ولا يمكن الحصول عليها بشكل معقول من صيدلية تابعة للشبكة قد تتم تغطيتها من خلال صيدليات غير تابعة للشبكة لدينا.
- تقتصر الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات خارج الشبكة على صرفية لمدة 30 يومًا من الأدوية الخاضعة للتغطية.

A9. استرداد تكلفة وصفة طبية لك

إذا تعيّن عليك استخدام صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين، فيتعين عليك عادةً دفع التكاليف كاملة بدلاً من قيمة المبلغ العادي الذي تدفعه للمشاركة في التكاليف عند صرف الوصفة الطبية. ويمكنك مطالبتنا بدفع الجزء الذي نتحمله من التكلفة.

إذا قمت بدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية الخاصة بك والتي قد يغطيها Medi-Cal Rx، فقد تتمكن من تعويضك من الصيدلية بمجرد قيام Medi-Cal Rx بدفع تكلفة الوصفة الطبية. وبدلاً من ذلك، يمكنك أن تطلب أن يسدد Medi-Cal Rx المبلغ لك عن طريق تقديم مطالبة "تعويض مصروفات Medi-Cal النثرية (Conlan)". يمكن العثور على مزيد من المعلومات على موقع ويب Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

لمعرفة المزيد حول هذا، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

تتوفر لدينا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم "*قائمة الأدوية*" اختصارًا.

نختار الأدوية الواردة بقائمة الأدوية بفضل مساعدة فريق من الأطباء والصيدليين. كما تُخبرك "قائمة الأدوية" بالقواعد التي تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدويتك.

وبشكل عام، نوفر التغطية لكل الأدوية المدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بخطتنا ما دمت تلتزم بالقواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية المُدرجة في قائمة أدويتنا

تتضمن القائمة الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D ببرنامج Medicare.

معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل خطتك. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) عند الحصول على وصفاتك الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

تتضمن *قائمة الأدوية* تلك الأدوية ذات العلامات التجارية والأدوية المماثلة (البديلة) والمنتجات البيولوجية (التي قد تشمل البدائل الحيوية).

الدواء ذو العلامة التجارية هو الدواء المُقرر بوصفة طبية والذي يتم بيعه تحت اسم علامة تجارية تمتلكها شركة مصنعة للدواء. المنتجات البيولوجية هي أدوية تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية. في قائمة الأدوية لدينا، عندما نشير إلى "الأدوية"، فهذا قد يعني دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية المماثلة (البديلة) لديها نفس المكونات الفعالة في الأدوية ذات العلامة التجارية. المنتجات البيولوجية لها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية المماثلة (البديلة) والبدائل الحيوية الأصلية بنفس كفاءة الأدوية ذات العلامات التجارية أو المنتجات البيولوجية وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل للأدوية المماثلة المتاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية والبدائل الحيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض البدائل الحيوية هي البدائل الحيوية القابلة للتبادل، ووفقًا لقانون الولاية، قد يتم استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا مثل الأدوية المماثلة (البديلة) يمكن استبدالها بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع **الفصل 12** لمعرفة تعريفات أنواع الأدوية التي قد تكون مدرجة في *قائمة الأدوية*.

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

كي تتأكد من وجود دواء ما في "*قائمة الأدوية*" لدينا، يمكنك إجراء أي مما يلي:

- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على blueshieldca.com/medformulary2025. دائمًا ما يكون إصدار *"قائمة الأدوية"* الموجود على موقعنا الإلكتروني هو الإصدار الأحدث.
- اتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان هذا الدواء او ذاك متوفرًا ضمن *"قائمة الأدوية"* لدينا أم لا، أو لطلب نسخة من القائمة.
- الأدوية التي لا يغطيها القسم D قد تتم تغطيتها بواسطة Medi-Cal Rx. يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة Real Time Benefit" الخاصة بنا عن طريق تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك على blueshieldca.com/medicare أو اتصل بخدمة العملاء. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في

قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في *قائمة الأدوية* يمكنها علاج نفس الحالة.

- كيفية الوصول إلى أداة التحقق من أسعار الوصفات الطبية Rx:
  - أنشئ حساب العضو الخاص بك على الإنترنت أو يمكنك تسجيل الدخول إليه.
  - انتقل إلى myblueshield، ثم اضغط على Pharmacy (صيدلية) تحت العنوان Benefits (المزايا).
  - تحت أداة "Price check my Rx"(التحقق من سعر الوصفة الطبية)، انقر فوق "" Check current prescriptions"
    (التحقق من الوصفات الطبية الحالية).

B3. الأدوية غير المُدرجة في *قائمة الأدوية* لدينا

نحن لا نغطي جميع الأدوية المقررة بوصفة طبية. فبعض الأدوية غير مدرجة في "*قائمة الأدوية*" لدينا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية هذه الأدوية. وفي حالات أخرى، قررنا عدم تضمين دواء معين في "*قائمة الأدوية*" لدينا.

خطتنا لا تدفع تكاليف أنواع الأدوية الموضحة في هذا القسم. ويُطلق عليها اسم الأدوية المستبعدة. فإذا حصلت على وصفة لدواء مستبعد، قد تحتاج أن تدفع تكلفته بنفسك. وإذا اعتقدت أننا يجب أن ندفع مقابلاً لدواء مستبعد بسبب حالتك، يمكنك إجراء طعن. لمزيد من المعلومات حول الطعون، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

فيما يلي القواعد الثلاث العامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية العيادات الخارجية الخاصة بخطتنا (والتي تتضمن القسم D في برنامج Medicare) أن تدفع ثمن دواء يغطيه بالفعل القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. تغطي خطتنا الأدوية المغطاة بموجب القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare مجانًا، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءًا من مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية.
2. لا يمكن أن تغطي خطتنا دواء تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
3. يجب أن يكون استخدام الدواء إما معتمدًا من هيئة الدواء والغذاء (FDA)، أو أن يكون مدعومًا في مراجع طبية معينة باعتباره علاجًا لحالتك. قد يصف طبيبك أو موفر رعاية آخر دواءً ما لعلاج حالتك، حتى وإن لم يُعتمد ذلك الدواء لعلاج حالتك. ويُسمى هذا الاستعمال غير المعتمد. والخطة عادةً لا تغطي الأدوية الموصوفة لاستعمالات غير معتمدة.

كما أن أنواع الأدوية المدرجة أدناه لا تغطيها Medicare أو Medi-Cal وفقًا للقانون.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد*
- الأدوية المستخدمة في أغراض التجميل أو لزيادة كثافة الشعر
- الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة طبيًا، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة والفلورايد*
- الأدوية المستخدمة في علاج الخلل الجنسي أو ضعف الانتصاب

- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن*
- أدوية مرضى العيادات الخارجية التي تصنعها شركة تنص على أنه يجب إجراء اختبارات أو خدمات بواسطتها فقط

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

B4. فئات تقاسم تكلفة *قائمة الأدوية*

يندرج كل عقار دوائي موجود في "قائمة الأدوية" لدينا في فئة من الخمس الفئات. الفئة هي عبارة عن مجموعة من الأدوية من نفس النوع بشكل عام (مثل اسم العلامة التجارية، أو الأدوية المماثلة، أو الأدوية غير المقررة بوصفة طبية "OTC"). وبصفة عامة، كلما ارتفعت درجة تقاسم التكاليف، زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

- الفئة الثالثة من تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة (أقل فئة تقاسم التكاليف - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة).
- الفئة الثانية من تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) والبدائل الحيوية.
- الفئة الثالثة من تقاسم التكاليف: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية - بما في ذلك الاسم التجاري المفضل، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
- الفئة الرابعة من تقاسم التكاليف: الأدوية غير المفضلة - تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة والبدائل الحيوية وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
- الفئة الخامسة من تقاسم التكاليف: أدوية الفئة المتخصصة (أعلى فئة في تقاسم تكاليف) - تشمل اسم العلامة التجارية عالية التكلفة، والبدائل الحيوية، والأدوية المماثلة (البديلة) التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة.

لمعرفة درجة تقاسم التكاليف التي يقع فيها دواؤك، ابحث عنه في *"قائمة الأدوية"* الخاصة بالخطة.

يوضح **الفصل 6** من *دليل الأعضاء* الخاص بك المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل فئة.

C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية المقررة بوصفة طبية، يتم تطبيق قواعد خاصة تقيّد الأسلوب الذي تتبعه خطتنا لتغطيتها وموعد تغطيتها. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمنًا وفعالًا. عندما يعمل دواء آمن أقل تكلفة بفعالية طبية جيدة مثل الدواء الأعلى تكلفة، نتوقع من الموفّر الذي تتعامل معه استخدام ذلك الدواء الأقل تكلفة.

إذا كانت هناك قاعدة خاصة بالدواء الذي تحتاجه، فعادة ما يعني هذا أنه يتعين عليك أو على الموفر الذي تتعامل معه اتخاذ خطوات إضافية لكي تتم تغطية الدواء. فمثلاً، قد يجب على الموفّر إخبارنا بالتشخيص وتقديم نتائج اختبارات الدم الخاصين بك أولاً. وإذا اعتقدت أنت أو الموفّر أن القاعدة لا يجب أن تسري على حالتك، اطلب منا عمل استثناء. وقد نسمح - أو لا نسمح - لك باستخدام الدواء دون اتخاذ الخطوات الإضافية.

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

---

1. تقييد استخدام دواء ذي علامة تجارية أو منتجات حيوية أصلية عند توفر نسخة بديل حيوي مماثلة أو قابلة للتبادل

بشكل عام، يقوم الدواء المماثل (البديل) أو البديل الحيوي القابل للتبادل بنفس وظيفة الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادةً ما يكون أقل تكلفة. في معظم الحالات، إذا كان هناك إصدار حيوي مماثل (بديل) أو قابل للتبادل من دواء ذي علامة تجارية أو منتج حيوي أصيل متاح، فستمنحك صيدليات شبكتنا الإصدار الحيوي المماثل (البديل) أو القابل للتبادل.

- عادةً لا ندفع مقابل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي عندما يكون هناك إصدار مماثل (بديل) متاح.
- ومع ذلك، إذا أخبرنا موفر الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء المماثل (البديل) أو البديل الحيوي القابل للتبادل لن يقوم بوظيفته معك، فإننا نغطي الدواء ذا العلامة التجارية.

2. الحصول على موافقة الخطة مسبقًا

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو طبيبك المعالج على موافقة من خطتنا قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. في حالة عدم حصولك على الموافقة، فربما لا نقوم بتغطية الدواء.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بصفة عامة، سنطلب منك تجربة أدوية أقل تكلفة (تتسم بنفس الفعالية) قبل أن نتحمل تغطية أدوية أكثر تكلفة. على سبيل المثال، إذا كان كلٌّ من الدواء "أ" والدواء "ب" يعالجان نفس الحالة الطبية، والدواء "أ" أقل تكلفة من الدواء "ب"، فقد نطلب منك تجربة الدواء "أ" أولاً.

إذا **لم** يجد الدواء A معك نفعًا، فسنتحمل تغطية الدواء B، وهو ما يسمى بالعلاج المرحليّ.

4. حدود الكمية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، نضع قيودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. ويُسمى هذا بحد الكمية. على سبيل المثال، قد نضع حدًا لمقدار الدواء الذي يمكنك الحصول عليه في كل مرة يتم صرف الوصفة فيها.

لمعرفة ما إذا كانت هذه القيود سارية على دواء تأخذه أو ترغب في أخذه أم لا، راجع *"قائمة الأدوية"* لدينا. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمة العملاء، أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني على العنوان blueshieldca.com/medformulary2025. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب طعن. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

D. أسباب عدم تغطية دواءك

نجتهد في أن تصبح تغطية الأدوية فعّالة معك، غير أنه أحيانًا، قد لا تتم تغطية أحد الأدوية على النحو الذي يعجبك. على سبيل المثال:

- خطتنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* لدينا. قد نغطي إصدارًا دواء مماثل (بديل) ولكن ليس إصدار الدواء ذو العلامة التجارية الذي تريد تناوله. وقد يكون الدواء جديدًا ولم تتم مراجعته من حيث الأمان أو الفعالية.

- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو حدود خاصة للتغطية. كما هو موضح في القسم أعلاه، بعض الأدوية الخاضعة لتغطية الخطة لها قواعد إضافية لتقييد استخدامها. في بعض الأحيان، قد ترغب أنت أو مقدم الوصفات لك في طلب استثناء.

هناك أمور يمكنك القيام بها إذا لم نقم بتغطية الدواء بالطريقة التي تريدها منا.

D1- الحصول على صرفية مؤقتة

في بعض الحالات، يمكننا أن نعطيك صرفية مؤقتة من دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا أو عندما يفرض عليه قيد من نوع ما. ويتيح لك ذلك الوقت اللازم لمناقشة أمر الحصول على دواء مختلف مع موفر الرعاية أو أن تطلب منا تغطية الدواء.

للحصول على صرفية دواء مؤقتة، يجب أن تستوفي القاعدتين التاليتين:

1. أن الدواء الذي تناولته:

- لم يعد في *قائمة الأدوية*، **أو**
- لم يذكر في *قائمة الأدوية* من الأساس، **أو**
- عليه قيود بنحو ما.

2. يجب أن تنطبق أحد المواقف الموضحة أدناه عليك:

- لقد كنت في خطتنا العام الماضي.
  - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويتك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
  - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
  - إذا كانت وصفتك الطبية موصوفة لتكفي أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
  - (قد توفر صيدليات الرعاية الطويلة الأجل الدواء بكميات أقل لمنع الهدر).
- أنت الآن جديد في الخطة.
  - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويتك **خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.**
  - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
  - إذا كانت وصفتك الطبية موصوفة لتكفي أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
  - (قد توفر صيدليات الرعاية الطويلة الأجل الدواء بكميات أقل لمنع الهدر).

- كنت مشتركًا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا وكنت مقيمًا في مركز للرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى صرفية على الفور.
  - نوفر التغطية لصرفية واحدة تكفي لمدة 31 يومًا، أو أقل في حالة كتابة الوصفات الطبية الخاصة بك لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة المذكورة أعلاه.

D2. طلب صرفية مؤقتة

لطلب صرفية مؤقتة من دواء ما، اتصل بخدمة العملاء.

خلال فترة حصولك على صرفية مؤقتة من الأدوية، قم بمراجعة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في أسرع وقت ممكن لتحديد ما ينبغي فعله عند نفاد الصرفية المؤقتة. وإليك بعض الاختيارات:

- التغيير إلى دواء آخر.

قد تغطي خطتنا دواءً مختلفًا يناسبك. اتصل بخدمة العملاء للاستفسار عن قائمة الأدوية التي نغطيها والتي تعالج نفس الحالة الطبية. ويمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في العثور على دواء خاضع للتغطية قد يكون فعالاً معك.

أو

- اطلب استثناءً.

يمكنك أنت أو الموفّر مطالبتنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا أو أن تطلب منا تغطية الدواء بلا قيود. إذا أوضح موفر الرعاية أن لديك سببًا طبيًا معقولاً للاستثناء، أو يمكن أن يساعدك هو لطلب استثناء.

D3- طلب استثناء

إذا كان الدواء الذي تتناوله سيتم حذفه من قائمة الأدوية لدينا أو سيتم تقييده بطريقة ما في العام المقبل، فإننا نسمح لك بطلب استثناء قبل العام المقبل.

- نخبرك عن أي تغيير في تغطية الدواء الخاص بك للعام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية دواء للعام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- نقوم بالرد على طلبك للحصول على استثناء في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طلبك (أو البيان الداعم لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك).

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناء، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب استثناء، فاتصل بخدمة العملاء.

E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك

معظم التغييرات في تغطية الأدوية تحدث في 1 يناير، ولكن قد نضيف أو نزيل أدوية من قائمة الأدوية لدينا خلال العام. قد نغير أيضًا قواعدنا الخاصة بالأدوية. على سبيل المثال، يجوز لنا:

- أن نطلب أو لا نطلب موافقة مسبقة (PA) على الدواء (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها ("حدود الكمية").
- إضافة أو تغيير وضع قيود للعلاج المرحلي على الدواء (يجب عليك تجربة الدواء قبل أن نغطي دواءً آخر).

لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية، قم بالاطلاع على **القسم C**.

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لن نقوم بإلغاء أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال باقي العام إلا إذا:

- توفر دواء جديد وأرخص في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء الموجود حالياً في قائمة الأدوية، **أو**
- نعلم أن الدواء غير آمن، **أو**
- سحب الدواء من السوق.

ماذا يحدث إذا تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عندما تتغير قائمة الأدوية لدينا، يمكنك دائمًا:

- التحقق من *قائمة الأدوية* الحالية عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2025 **أو**
- اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من *قائمة الأدوية* الحالية لدينا.

التغييرات التي قد نجريها على *قائمة الأدوية* التي تؤثر عليك خلال عام الخطة الحالي

قد تحدث بعض التغييرات على الفور على *قائمة الأدوية*. على سبيل المثال:

- عندما يتوفر دواء مماثل (بديل) جديد. في بعض الأحيان، يظهر دواء مماثل (بديل) أو بديل حيوي جديد في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي في *قائمة الأدوية* الآن. وعند حدوث ذلك، يمكننا إلغاء الدواء ذي العلامة التجارية وإضافة الدواء المماثل (البديل) الجديد ولكن تظل تكلفة الدواء الجديد ثابتة أو أقل.

  وعند إضافة الدواء المكافئ الجديد، قد نقرر أيضًا الإبقاء على الدواء ذي العلامة التجارية في القائمة لكن مع تغيير قواعد تغطيته أو حدودها.

  - قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، لكننا سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
  - يمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك طلب "استثناء" من هذه التغييرات، وسوف نرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من هذا الكتيب.

سحب دواء من السوق. إذا صرحت هيئة الدواء والغذاء (FDA) أن الدواء الذي تتناوله غير آمن أو غير فعال أو قامت الشركة المُصنّعة للدواء بسحبه من السوق، فسنقوم بحذفه من *قائمة الأدوية* لدينا. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. سيعلم مقدم الوصفات الطبية الخاص بك أيضًا بهذا التغيير ويمكنه العمل معك للعثور على دواء آخر لحالتك.

إجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. نخبرك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على *قائمة الأدوية* لدينا. وقد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت FDA إرشادات جديدة أو كان هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد الأدوية.

عند إجراء هذه التغييرات، فإننا نقوم بما يلي:

- إخبارك قبل 30 يومًا من إجراء التغييرات على *قائمة الأدوية* **أو**
- إعلامك وتوفير صرفيات لمدة 30 يومًا من الدواء بعد طلبك لإعادة صرفه.

وهذا يتيح لك الفرصة لمناقشة الأمر مع طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. يمكنهم مساعدتك على اتخاذ قرار بشأن:

- إذا ما كان هناك دواء مماثل في *قائمة الأدوية* يمكنك تناوله بدلًا من ذلك **أو**
- إذا كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو نسخة الدواء الذي كنت تتناوله. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

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

قد نقوم بإجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لم يتم وصفها أعلاه ولا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في **بداية** العام، فإننا بشكل عام لن نقوم بإلغاء أو تغيير تغطية هذا الدواء **خلال باقي العام**.

على سبيل المثال، إذا قمنا بإزالة دواء تتناوله أو قمنا بالحد من استخدامه، فلن يؤثر التغيير على استخدامك للدواء أو ما تدفعه مقابل الدواء لبقية العام.

إذا حدث أي من هذه التغييرات لدواء تتناوله (باستثناء التغييرات المذكورة في القسم أعلاه)، فلن يؤثر التغيير على استخدامك حتى 1 يناير من العام التالي.

لن نخبرك بهذه الأنواع من التغييرات مباشرة خلال العام الحالي. ستحتاج إلى التحقق من *قائمة الأدوية* لعام الخطة التالية (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوحة) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات ستؤثر عليك خلال سنة الخطة التالية.

F. تغطية الدواء في حالات خاصة

F1. في مستشفى أو مركز خدمات تمريض متخصصة لقضاء فترة إقامة تغطيها الخطة

إذا تم احتجازك في مستشفى أو مركز خدمات تمريض متخصصة لقضاء فترة إقامة تغطيها الخطة، فسنوفر بصفة عامة تغطية تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية أثناء إقامتك. ولن ندفع حصص المشاركة في الدفع. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مركز خدمات التمريض المتخصصة، تتم تغطية الأدوية التي تحتاجها طالما أن الأدوية متوافقة مع جميع قواعد التغطية لدينا.

F2. في مركز لرعاية طويلة الأجل

عادةً ما تمتلك منشأة الرعاية الطبية طويلة الأجل، مثل مراكز التمريض، صيدلية خاصة بها، أو صيدلية تورّد الأدوية لكل المقيمين بها. فإذا كنت تعيش في مركز للرعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على أدويتك المقررة بوصفة طبية من صيدلية المنشأة إذا كانت تابعة لشبكتنا التأمينية.

راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مركز الرعاية طويلة الأجل تابعًا لشبكتنا التأمينية أم لا. وإذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، اتصل بخدمة العملاء.

F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare

لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من مأوى رعاية الأمراض العضال وخطتنا في نفس الوقت.

- قد تكون مسجلاً في رعاية الأمراض العضال ضمن برنامج Medicare وتحتاج إلى أدوية معينة (مثل الألم أو الأدوية المضادة للغثيان أو الأدوية الملينة أو المضادة للقلق) لا تغطيها خدمة رعاية الأمراض العضال الخاصة بك لأنها لا تتعلق بتشخيصك بمرض عضال في مرحلته النهائية. في هذه الحالة، يجب أن تحصل خطتنا على إشعار من مقدم الوصفات الطبية أو موفر الرعاية الخاص بك بأن الدواء دون صلة قبل أن نتمكن من تغطية الدواء.
- لمنع التأخير في الحصول على أي أدوية دون صلة والتي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من موفر رعاية الأمراض العضال أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء دون صلة قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

إذا غادرت مأوى رعاية الأمراض العضال، فإن خطتنا تغطي جميع أدويتك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية الأمراض العضال لدى برنامج Medicare، خذ المستندات إلى الصيدلية للتحقق من أنك غادرت مأوى رعاية الأمراض العضال.

ارجع إلى الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تتحدث عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. لمزيد من المعلومات حول مزايا رعاية الأمراض العضال، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء*.

G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارة العلاج

G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية، نبحث عن مشكلات محتملة، مثل الأخطاء الدوائية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون هناك حاجة إليها، لأنك تتناول دواء آخر يؤدي نفس الفاعلية
- قد تكون غير آمنة بسبب العمر أو الجنس
- قد تضر بصحتك إذا تناولتها في نفس الوقت
- تحتوي على مكونات لديك، أو قد تكون لديك، حساسية منها
- بها كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا اكتشفنا مشكلة محتملة عند استخدامك للأدوية المقررة بوصفة طبية، فإننا نتعاون مع الموفّر الذي تتعامل معه لحل المشكلة.

G2. برامج تساعدك على إدارة أدويتك

تحتوي خطتنا على برنامج لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات، دون أي تكلفة عليك، من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج وموفر الخدمة الخاص بك على التأكد من أن أدويتك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسوف يقدم لك الصيدلي أو أي متخصص صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدويتك ويتحدث معك حول:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الدواء والتفاعلات الدوائية
- أفضل طريقة لتناول الأدوية الخاصة بك
- أي أسئلة أو مشكلات لديك بشأن الوصفة الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية

ثم، سوف يعطونك:

- ملخص مكتوب لهذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل دوائية توصي بما يمكنك فعله لتحقيق أفضل استخدام لأدويتك.
- قائمة الأدوية الشخصية التي تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها، والكمية التي تتناولها، ووقت وسبب تناولها.
- معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية المقررة بوصفات طبية والتي تعتبر مواد خاضعة للرقابة.

من الجيد أن تتحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.

- خذ خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك معك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع الأطباء والصيادلة وموفري الرعاية الصحية الآخرين.
- خذ قائمة الأدوية الخاصة بك معك إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

والبرامج المخصصة لإدارة العلاج الدوائي (MTM) اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فيتم تسجيلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل لك المعلومات المتعلقة به. وإذا لم ترغب في الانضمام للبرنامج، أخبرنا بهذا، وسوف نخرجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بخدمة العملاء.

G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

تحتوي خطتنا على برنامج يمكنه مساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي يساء استخدامها بشكل متكرر بأمان. يُسمى هذا البرنامج برنامج إدارة الأدوية (DMP).

إذا كنت تستخدم الأدوية الأفيونية التي تحصل عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات أو إذا كنت قد تناولت جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، يمكنك التحدث مع أطبائك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. العمل مع مقدمي الوصفات الطبية، إذا قررنا أن استخدامك للمواد الأفيونية الموصوفة طبيًا أو أدوية البنزوديازيبين ليس آمنًا، قد نضع قيودًا على كيفية حصولك على هذه الأدوية. قد تشمل القيود ما يلي:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدليات معينة و/أو من مقدمي وصفات طبية معينين
- الحد من كمية تلك الأدوية التي نغطيها لك

إذا كنا نعتقد أنه يجب تطبيق قيد واحد أو أكثر عليك، فسنرسل إليك خطابًا مقدمًا. ستخبرك الرسالة ما إذا كنا سنضع قيودًا على تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا ما كان سيُطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من موفر الرعاية أو صيدلية معينة.

سيكون لديك فرصة لإخبارنا عن مقدمي الوصفات الطبية أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات تعتقد أنه من المهم أن نعرفها. إذا قررنا وضع قيود على تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن تتاح لك فرصة الرد، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو كنت لا توافق على كونك معرض لخطر إساءة استخدام العقاقير الطبية، أو كنت لا توافق على هذا القيد، فيمكنك أنت ومقدم الوصفات الطبية الخاص بك تقديم طعن. إذا قمت بتقديم طعن، فسنراجع حالتك ونعطيك قرارنا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طلب طعنك المتعلق بالقيود المفروضة على حصولك على هذه الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO). (لمعرفة المزيد حول التظلمات ومنظمة المراجعة المستقلة (IRO)، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.)

قد لا ينطبق برنامج DMP عليك إذا كنت:

- تعاني من حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي،
- تحصل على رعاية الأمراض العضال أو المعالجة الطبية المسكنة أو رعاية الاحتضار، **أو**
- تعيش في مركز رعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: ما تدفعه نظير أدوية برامج Medicare و Medi-Cal وMedicaid المقررة بوصفة طبية

مقدمة

يركز هذا الفصل على المبلغ الذي تدفعه للحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية. ونقصد بكلمة "أدوية":

- أدوية القسم D من Medicare المقررة بوصفة طبية،
- الأدوية والعناصر التي تخضع للتغطية بموجب Medi-Cal Rx.

نظرًا لأنك مؤهل للاشتراك في برنامج Medi-Cal، ستحصل على خدمات برنامج "المساعدات الإضافية" من برنامج Medicare للمساعدة في سداد تكاليف أدويتك المقررة بوصفة طبية من أدوية القسم D في برنامج Medicare.

> برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) هو أحد برامج Medicare التي تساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية الموصوفة من القسم D من برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات والمدفوعات المشتركة. ويطلق على هذا البرنامج أيضًا اسم "الدعم المالي لمحدودي الدخل" أو اختصارًا "LIS".

ترد المصطلحات الأساسية الأخرى وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء*.

لمعرفة المزيد عن الأدوية المقررة بوصفة طبية، يمكنك الاطلاع على هذه المواضع:

- قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بنا.
  - ونطلق عليها "*قائمة الأدوية*". وهي تعلمك بما يلي:
    - الأدوية التي ندفع نظيرًا لها
    - في أي من الفئات الخمسة يوجد كل دواء
    - إذا كانت هناك أي قيود أو حدود مفروضة على الأدوية
  - إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية لدينا، فاتصل بخدمة العملاء. يمكنك أيضًا العثور على أحدث نسخة من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2025.
  - معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل Blue Shield TotalDual Plan. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

- راجع **الفصل 5** من "كتيب الأعضاء" الخاص بك.
  - يركز الفصل على كيفية الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية.
  - ويتضمن القواعد التي يتعين عليك اتباعها. كما يوضح لك الفصل ما أنواع الأدوية المقررة بوصفة طبية التي لا تخضع للتغطية في برنامجنا.
  - عند استخدام "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (ارجع إلى الفصل 5، القسم B2)، يتم توفير التكلفة المعروضة في "الوقت الفعلي" مما يعني أن التكلفة المعروضة في الأداة تعكس لحظة زمنية لتوفيرها تقدير للتكاليف النثرية التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء لمزيد من المعلومات.
- دليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بنا.
  - في معظم الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة لشبكة التأمين للحصول على الأدوية الخاضعة للتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على التعاون معنا.
  - يسرد *دليل موفري الرعاية والصيدليات الصيدليات التابعة لشبكتنا*. لمزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة، ارجع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

A. شرح الاستحقاقات (EOB) 155

B. كيفية تتبع تكاليف أدويتك 156

C. لا تدفع شيئًا مقابل صرفية أدوية لمدة شهر أو صرفية أدوية طويلة الأجل 157

C1. **اختياراتك للصيدلية** 157

C2. **الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل** 157

D. التحصين باللقاحات 158

D1. **ما تحتاج معرفته قبل أن تتلقى التطعيم** 158

A. شرح الاستحقاقات (EOB)

تَتَبّع خطتنا تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. هناك نوعان من التكاليف التي نتتبعها:

- تكاليفك النثرية. هذا هو مبلغ المال الذي تدفعه، أو يدفعه لك الآخرون نيابة عنك، مقابل الوصفات الطبية. ويشمل ذلك ما دفعته عندما تحصل على دواء من القسم D خاضع للتغطية، وأي مدفوعات مقابل أدويتك تقوم بها الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات تتم مقابل أدويتك من خلال "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare أو خطط صاحب العمل أو الخطط الصحية النقابية أو خدمة الصحة الهندية أو برامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) والمؤسسات الخيرية.
- **إجمالي تكاليف الأدوية.** هذا هو إجمالي جميع الدفعات التي تتم مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية. ويتضمن ما دفعته الخطة، والبرامج أو المنظمات الأخرى مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية.

عند الحصول على الأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية من خلال خطتنا، نرسل لك تقريرًا يسمى شرح الاستحقاقات. ونطلق عليها EOB اختصارًا. EOB ليس فاتورة. يتضمن EOB مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. يتضمن "شرح الاستحقاقات" ما يلي:

- معلومات متعلقة بالشهر. يوضح لك الملخص الأدوية المقررة بوصفة طبية التي حصلت عليها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، إضافة إلى ما دفعته أنت أو دفعه آخرون عنك.
- **معلومات "من بداية العام حتى تاريخه".** يتعرض لك إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات نظير أدويتك منذ 1 يناير.
- **معلومات حول أسعار الأدوية.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء وأي نسبة تغير في سعر الدواء منذ عملية الصرف الأولى.
- **بدائل أقل تكلفة.** عندما تكون متاحة، فإنها تظهر في الملخص الموجود أسفل أدويتك الحالية. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك لمعرفة المزيد.

نوفر تغطية لأدوية لا تشملها التغطية ببرنامج Medicare.

- لا تحتسب مدفوعات هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف النثرية.
- معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل الخطة. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- لمعرفة المزيد عن الأدوية التي تغطيها الخطة، راجع "*قائمة الأدوية*".

B. كيفية تتبع تكاليف أدويتك

لنظل دائمًا على دراية بتكاليف أدويتك وما أديته من مدفوعات، نستخدم سجلات نحصل عليها من الصيدليات التي تتعامل معها. وإليك كيف يمكنك مساعدتنا:

1. **استخدام بطاقة مُعرِّف العضوية الخاصة بك.**

أظهِر بطاقة معرّف عضويتك عند صرف الوصفة الطبية. فهذا يساعدنا في أن نظل على علم بما تصرفه من وصفات طبية وما تدفعه.

2. **تأكد من تزويدنا بما نحتاج إليه من المعلومات.**

قدم إلينا نسخًا من الإيصالات للأدوية المغطاة التي سددت مقابلاً لها. يمكنك أن تطلب منا رد ثمن الدواء الذي دفعته.

فيما يلي بعض الأمثلة عن الحالات التي يجب عليك فيها تسليمنا نسخًا من الإيصالات فيها:

- عند شرائك دواءً يندرج تحت التغطية من أحد صيدليات شبكة التأمين بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مبلغًا للمشاركة في الدفع مقابل أدوية تحصل عليه بموجب برنامج مساعدة للمرضى المقدم من جهة تصنيع دواء
- عند شرائك دواءً من صيدليات غير تابعة لشبكة التأمين
- عندما تدفع السعر الكلي لدواء يخضع للتغطية

لمزيد من المعلومات حول مطالبتنا برد ما دفعته مقابل عقار دوائي، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء*.

3. **أرسل لنا معلومات المبالغ التي سددها آخرون نيابةً عنك.**

يتم احتساب الدفعات التي يسددها أفراد ومؤسسات أخرى معينة كذلك من التكاليف النثرية. على سبيل المثال، يتم احتساب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة في علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)، وخدمة الصحة الهندية، ومعظم المؤسسات الخيرية، ضمن التكاليف النثرية.

4. **تحقق من شرح الاستحقاقات (EOBs) التي نرسلها إليك.**

عندما تحصل على شرح الاستحقاقات (EOB) بالبريد، تأكد من أنه صحيح وكامل.

- **هل تعرف اسم كل صيدلية؟** تحقق من التواريخ. هل حصلت على الأدوية في ذلك اليوم؟
- **هل حصلت على قائمة الأدوية؟** هل تتطابق مع تلك المدرجة في إيصالاتك؟ هل تتطابق الأدوية مع ما تلك الموصوفة من طبيبك؟

لمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو قراءة *كتيب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan*. كما يمكنك العثور على الإجابات على العديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: blueshieldca.com/medicare.

ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء غير واضح أو يبدو غير صحيح في شرح الاستحقاقات (EOB) هذا، يُرجى الاتصال بنا على خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. كما يمكنك العثور على الإجابات على العديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: blueshieldca.com/medicare.

ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

إذا كان هذا الملخص يوضح الأدوية التي لا تتناولها أو إذا كان هناك أي شيء آخر يبدو مريبًا بالنسبة لك، يرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.
- أو اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- في حالة الشك أنّ موفر رعاية يحصل على برنامج Medi-Cal ارتكب احتيالاً أو تبديدًا أو إساءة استخدام، فمن حقك الإبلاغ عنه بالاتصال على الرقم المجاني السري 1-800-822-6222. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن الاحتيال في Medi-Cal على: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

إذا رأيت أن هناك ما هو خاطئ أو غير كامل، أو إذا كانت لديك أي استفسارات، اتصل بخدمة العملاء. احتفظ بشرح الاستحقاقات (EOB) هذا. فهو سجل مهم لنفقات الأدوية الخاصة بك.

C. لا تدفع شيئًا مقابل صرفية أدوية لمدة شهر أو صرفية أدوية طويلة الأجل

مع خطتنا، لن تدفع شيئًا مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية طالما كنت تتبع قواعدنا.

C1. اختياراتك للصيدلية

يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء على ما إذا كنت تحصل على الدواء من:

- صيدلية تابعة للشبكة، **أو**
- صيدلية غير تابعة للشبكة. في حالات محدودة، نغطي الأدوية المقررة بوصفه طبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة لشبكة التأمين. راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة متى نفعل ذلك.
- صيدلية توفر خدمة التوصيل إلى المنزل.

راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة كيفية تقديم الطعن إذا تم إخبارك بعدم تغطية الدواء. لمعرفة المزيد حول هذه الاختيارات من الصيدليات، راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء ودليل موفري الرعاية والصيدليات* الخاص بنا.

C2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على صرفية طويلة الأجل (وتسمى أيضًا "صرفية ممتدة") عند صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. الصرفية طويلة الأجل هي صرفية لمدة 100 يوم. لا توجد تكلفة عليك مقابل صرفية طويلة الأجل.

للاطلاع على تفاصيل حول مكان وكيفية الحصول على صرفية أدوية تكفي لفترة طويلة، ارجع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء أو دليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بخطتك.

D. التحصين باللقاحات

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل الأمصال: تعتبر بعض الأمصال من المزايا الطبية ويتم تغطيتها بموجب القسم B من برنامج Medicare. تعتبر الأمصال الأخرى من الأدوية في القسم D من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه الأمصال مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات). تغطي خطتنا معظم أمصال القسم (D) من برنامج Medicare للبالغين دون أي تكلفة عليك. ارجع إلى *قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات)* الخاصة بخطتك أو اتصل بخدمة العملاء للحصول على تفاصيل التغطية ومبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حول أمصال معينة.

تنقسم تغطيتنا للتطعيمات في القسم D في Medicare إلى جزأين:

1. الجزء الأول من التغطية خاص بتكلفة المصل نفسه. المصل هو دواء وصفة طبية.
2. الجزء الثاني من التغطية خاص بتكلفة **إعطائك المصل**. على سبيل المثال، أحيانًا قد تحصل على المصل كحقنة يعطيها لك طبيبك.

D1. ما تحتاج معرفته قبل أن تتلقى التطعيم

نوصي بالاتصال بخدمة العملاء إذا كنت تخطط لتلقي التطعيم.

- يمكننا أن نخبرك بكيفية تغطية خطتنا للتطعيم.

الفصل 7: مطالبتنا بدفع فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن كيفية ووقت إرسال الفاتورة لنا لطلب الدفع. وسيخبرك كذلك بكيفية إجراء الطعن إذا لم تكن راضيًا عن قرار بيان المزايا المغطاة. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويتك 160

B. إرسال طلب للدفع لنا 163

C. قرار بيان المزايا المغطاة 164

D. الطعون 164

A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويتك

لا يجب عليك الحصول على فاتورة مقابل الخدمات أو الأدوية ضمن الشبكة. يجب على موفري الرعاية ضمن شبكتنا إعداد فاتورة بالتكلفة التي تتحملها الخطة نظير خدماتك وأدويتك الخاضعة للتغطية بعد أن تتلقاها بالفعل. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية.

نحن لا نسمح لموفري الرعاية وفقًا لBlue Shield TotalDual Plan بإصدار فاتورة لك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. وذلك، حيث إننا ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحمي حقك في عدم دفع أي رسوم.

إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الإجمالية للرعاية الصحية أو الأدوية، لا تدفع الفاتورة وأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع **القسم "B" في الفصل 7**.

- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.
- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية ودفعت الفاتورة بالفعل، فمن حقك أن تسترد أموالك.
  - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسنقوم بسدادها لك.
- إذا قمت بالدفع مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض (استرداد) إذا كنت تستوفي جميع الشروط التالية:
  - الخدمة التي تلقيتها هي خدمة مغطاة من Medi-Cal ونحن مسؤولون عن دفعها. لن نقوم بتعويضك عن خدمة لا تغطيها Blue Shield TotalDual Plan.
  - تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية بعد أن أصبحت عضوًا مؤهلًا في Blue Shield TotalDual Plan.
  - طلبك برد المبلغ لك في غضون عام واحد من تاريخ تلقيك الخدمة المغطاة.
  - تقديمك لما يثبت أنك دفعت مقابل الخدمة الخاضعة للتغطية، مثل إيصال تفصيلي من موفر الرعاية.
  - تلقيك الخدمة الخاضعة للتغطية من موفر رعاية مسجل في برنامج Medi-Cal ضمن شبكة Blue Shield TotalDual Plan. لا يتعين عليك استيفاء هذا الشرط إذا تلقيت رعاية الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو خدمات أخرى يسمح برنامج Medi-Cal لموفري الرعاية غير تابع للشبكة بأدائها دون موافقة مسبقة (تصريح مسبق).
- في حال تطلبت الخدمة الخاضعة للتغطية موافقة مسبقة (تصريح مسبق) بشكل اعتيادي، فإنك تحتاج إلى توفير دليلًا من موفر الرعاية يثبت وجود ضرورة طبية للخدمة الخاضعة للتغطية.
- ستخبرك Blue Shield TotalDual Plan إذا كانت ستقوم بتعويضك في خطاب يسمى "إشعار بالإجراء". في حال استيفائك لجميع الشروط المذكورة أعلاه، يجب على موفر الرعاية المسجل في برنامج Medi-Cal أن يرد لك كامل المبلغ الذي دفعته. في حال رفض موفر الرعاية أن يرد لك المبلغ، سترد Blue Shield TotalDual Plan كامل المبلغ الذي دفعته. سنقوم بتعويضك خلال 45 يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة. إذا كان موفر الرعاية مسجلًا في برنامج Medi-Cal، ولكنه غير مسجل في شبكتنا ورفض رد المبلغ لك، سترد Blue Shield TotalDual Plan المبلغ لك، ولكن بما يصل إلى المبلغ الذي سيدفعه لخدمات Medi-Cal مقابل الرسوم (FFS). سوف تسدد Blue Shield TotalDual Plan مبلغ المصاريف النثرية بالكامل مقابل خدمات الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو أي خدمة أخرى تسمح Medi-

Cal بتقديمها من قبل موفري الرعاية غير التابعين للشبكة دون موافقة مسبقة. في حال عدم استيفائك لأي من الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد لك المبلغ.

- لن نرد لك المبلغ إذا:
  - طلبت وتلقيت خدمات غير مغطاة بموجب برنامج Medi-Cal، مثل خدمات التجميل.
  - كانت الخدمة غير مغطاة بموجب Blue Shield TotalDual Plan.
  - أنك ذهبت إلى طبيب ليس تابعًا لبرنامج Medi-Cal ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد زيارة أي موفر رعاية وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.
- إذا لم نقم بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك إذا كان لديك أي أسئلة. إذا لم تكن تعرف القيمة التي ينبغي عليك دفعها، أو تلقيت فاتورة ولا تعرف الإجراء المتخذ بشأنها، يمكننا مساعدتك. ويمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تريد أن تخبرنا بمعلومات تتعلق بطلب للدفع أرسلته إلينا من قبل.

فيما يلي أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد ما دفعته أو دفع التكلفة التي نتحملها بموجب فاتورة تلقيتها:

1. **عندما تتلقى رعاية طوارئ أو رعاية صحية عاجلة من موفر رعاية خارج الشبكة**

اطلب من الموفر أن يعد لنا فاتورة.

- في حال دفعت المبلغ كاملاً عند تلقيك الرعاية، فطالبنا برد حصتنا من التكلفة. أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.
- قد تتلقى فاتورة من موفر الرعاية تطلب منك دفع مبلغ تعتقد أنه لا يتوجب عليك دفعه. أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.
  - إذا كان موفر الرعاية يستحق أي مبالغ، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرةً.
  - إذا كنت قد دفعت أكثر من الجزء الذي تتحمله من تكلفة خدمة برنامج Medicare، فسنحدد المبلغ الذي دفعته، وسنرد لك نظير الجزء الذي نتحمله من التكلفة.

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

يجب على موفري الرعاية التابعين للشبكة أن يُعدّوا لنا فاتورة دائمًا. من المهم إظهار بطاقة مُعرِّف عضويتك عندما تتلقى أي خدمات أو وصفات طبية؛ ومع ذلك، يرتكب موفرو الرعاية التابعون للشبكة أحيانًا أخطاء، ويطلبون منك دفع مقابل خدماتك أو أكثر من حصتك من التكاليف. **اتصل بخدمة العملاء** أو منسق الرعاية الخاص بك على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة **إذا تلقيت أي فواتير.**

- نظرًا لأننا ندفع التكلفة الكاملة للخدمات الخاصة بك، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف. لا ينبغي لموفري الرعاية إصدار فاتورة لك بأي شيء مقابل هذه الخدمات.
- متى تلقيت فاتورة من موفر رعاية تابع للشبكة، فأرسل لنا هذه الفاتورة. سنتصل بموفر الرعاية مباشرةً ونتولى حل المشكلة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة من موفر تابع للشبكة مقابل الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare، فأرسل إلينا الفاتورة وأي مستندات بأي مبالغ تكون قد دفعتها. وسوف نرد إليك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ الذي يجب أن تدفعه طبقًا لخطتنا.

3. **إذا كنت مسجلاً في خطتنا بأثر رجعي**

أحيانًا، يمكن أن يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد فات. ربما كان ذلك في العام الماضي.)

- إذا قمت بالتسجيل بأثر رجعي ودفعت الفاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد المبلغ لك.
- أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.

4. **عند استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة لصرف وصفة طبية**

إذا استخدمت صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين، ستدفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا بالكامل.

- في حالات قليلة فقط، سوف نوفر التغطية للوصفات الطبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد ما دفعته.
- راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- قد لا نرد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والمبلغ الذي سندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. **عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D في برنامج Medicare لأنك لم تكن تحمل بطاقة مُعرِّف عضويتك معك**

إذا لم تكن تحمل معك بطاقة معرّف عضويتك معك، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل بنفسك أو العودة إلى الصيدلية باستخدام بطاقة مُعرِّف عضويتك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد ما دفعته.
- قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه للوصفة الطبية.

6. **عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D من برنامج Medicare لدواء غير مشمول بالتغطية**

يمكنك دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملة لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعرف عنها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. فإذا قررت الحصول على الدواء، فقد يتعين عليك دفع تكلفته كاملةً.

- إذا لم تدفع مقابل الدواء، لكنك تظن أنه خاضع للتغطية، يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة (ارجع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك).
- إذا كنت تعتقد أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، (في غضون 24 ساعة)، فيمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع (ارجع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك).

- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد ما دفعته. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على المزيد من المعلومات من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر لكي نرد إليك تكلفة الدواء. قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة الطبية.

عندما ترسل إلينا طلبًا للدفع، فإننا نراجعه ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء أم لا. وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايا المغطاة". إذا قررنا أنه ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء، فسندفع تكلفتها.

وإذا رفضنا مطالبتك لنا بالدفع، يمكنك الطعن على قرارنا. لمعرفة كيفية إجراء طعن، ارجع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء الخاص بك*.

B. إرسال طلب للدفع لنا

أرسل لنا فاتورتك وإثباتًا بأي مبلغ قمت بدفعه مقابل خدمات برنامج Medicare. يمكن أن يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي حررته أو إيصال من موفر الرعاية. **يستحسن الاحتفاظ بنسخة من الفواتير والإيصالات لتكون ضمن سجلاتك.** يمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك. يجب عليك إرسال معلوماتك الطبية إلينا خلال عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب عليك إرسال معلومات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في غضون ثلاث سنوات من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

للتأكد من تزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب الدفع.

- ليس مطلوبًا منك استخدام النموذج، ولكنه يساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك الحصول على النموذج من موقعنا الإلكتروني (blueshieldca.com)، أو يمكنك الاتصال بخدمة العملاء وطلب النموذج.

أرسل طلبك للدفع مع أي فواتير أو إيصالات إلى هذا العنوان:

المطالبات الطبية:
Blue Shield TotalDual Plan
Customer Service Program Medicare
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

مطالبات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D:
Claims Processing
Ponce de Leon .Ave 1606
San Juan, PR 00909-4830

يجب أن تقدم لنا مطالبتك الطبية في غضون عامًا واحدًا من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب أن تقدم لنا مطالبتك بالدواء المقرر بوصفة طبية من القسم D في غضون ثلاثة أعوام من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

C. قرار بيان المزايا المغطاة

عندما نتلقى منك طلبًا بالدفع، نتخذ قرارًا بالتغطية. وهذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء الخاص بك. وسوف نحدد أيضًا المبلغ الذي يجب عليك دفعه، إن وُجد.

- سوف نُعلمك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء واتبعت جميع القواعد للحصول عليها، فسندفع مقابلها. وإذا كنت قد دفعت تكلفة الخدمة أو الدواء، فسوف نرسل إليك شيكًا بقيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة عبر البريد. إذا دفعت التكلفة الكاملة لدواء ما، فقد لا يتم تعويضك بالمبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية غير تابعة للشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه لدينا). إذا لم تدفع، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرةً.

يشرح **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* قواعد تغطية خدماتك. يشرح **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك قواعد حصولك على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية بالقسم D من برنامج Medicare.

- إذا قررنا ألا ندفع مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك خطابًا به الأسباب. ويشرح لك الخطاب أيضًا حقوقك في الطعن.
- لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل** 9.

D. الطعون

إذا كنت تظن أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، يمكنك مطالبتنا بتغيير قرارنا. وهذا يسمى بالطعن. يمكنك أيضًا تقديم طعن إذا لم توافق على المبلغ الذي سندفعه.

تتضمن عملية الطعون الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء*:

- لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير خدمة رعاية صحية، ارجع إلى **القسم F**.
  - لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير دواء، ارجع إلى **القسم G**.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في خطتنا. يتعين علينا احترام حقوقك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك..... 166

B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة..... 167

C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)..... 168

C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)..... 168

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية..... 169

D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك 169

E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرةً..... 170

F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا 170

G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية 170

G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية واتخاذ القرارات..... 171

G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث في حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك 171

G3. ما الذي يمكنك فعله حيال عدم الالتزام بالتعليمات الخاصة بك..... 172

H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا..... 172

H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك 172

I. مسؤولياتك كعضو في الخطة..... 173

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم **جميع** الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. ويجب علينا أيضًا أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. تحتوي خطتنا على خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية أو الأرمنية أو الكمبودية أو الصينية المبسطة أو الصينية التقليدية أو الفارسية أو الهندية أو الهمونجية أو اليابانية أو الكورية أو اللاوسية أو المينية أو البنجابية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو التايلندية أو الأوكرانية أو الفيتنامية و بتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.

إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك، يرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762- 9007

الهاتف: (844) 831-4133 (TTY: 711)
الفاكس: (844) 696-6070
البريد الإلكتروني: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.
- ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield TotalDual باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.

يمكنك تحديث كيفية الاتصال بك، بالإضافة إلى معلومات حول العرق والإثنية واللغة والتوجه الجنسي والهوية الجنسية والضمائر الشخصية للمخاطبة من خلال زيارة بوابة الأعضاء. وتساعدنا هذه المعلومات على فهم احتياجاتك وتفضيلاتك المحددة ودعمها. نتفهم أهمية الحفاظ على خصوصية وسرية معلوماتك الشخصية، ونتحمل التزامنا بالقيام بذلك على محمل الجد. لدينا سياسات وإجراءات قائمة لإدارة الوصول لتحديد متى وكيف نستخدم هذه البيانات. لن يتم استخدام هذه المعلومات لتحديد تغطية المزايا و/أو الخدمات الخاصة بك. قد نشارك احتياجاتك اللغوية الفردية مع موفر (موفري) الرعاية الصحية المحددين للمساعدة في دعم احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة

لديك حقوق بصفتك عضوًا في خطتنا.

- يحق لك اختيار موفر الرعاية الأولية (PCP) في شبكتنا. موفر الرعاية التابع للشركة هو موفر رعاية يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع موفر الرعاية الذين قد يعملون كأطباء رعاية أولية (PCP) وكيفية اختيار طبيب الرعاية الأولية (PCP) في **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء الخاص بك*.
  - يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو الاطلاع على *دليل موفري الرعاية والصيدليات* لمعرفة الأطباء الذين يستقبلون مرضى جددًا.
- لديك الحق في الاستعانة بأخصائي صحة المرأة دون الحصول على إحالة. الإحالة هي موافقة من طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على استخدام موفر رعاية غير موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.
- يحق لك الحصول على خدمات خاضعة للتغطية من موفري الرعاية التابعين للشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.
  - يتضمن هذا الحق في الحصول على الخدمات من الأخصائيين في الوقت المناسب.
  - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة، فيجب علينا أن ندفع مقابل الرعاية المُقدمة خارج الشبكة.
- يحق لك الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية الطبية العاجلة دون موافقة مسبقة (PA).
- يحق لك الحصول على أدويتك المقررة بوصفة طبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير لفترات طويلة.
- يحق لك معرفة الحالات التي يمكنك فيها الاستعانة بخدمات موفر رعاية من خارج شبكتنا. المعرفة المزيد عن موفري الرعاية غير التابعين للشبكة، راجع **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء*.
- عندما تنضم لخطتنا لأول مرة، يكون لك الحق في الاحتفاظ بخدمات موفري الرعاية وتصريحات الخدمة الحالية لمدة تصل إلى 12 أشهر في حالة الالتزام بمعايير محددة. لمعرفة المزيد حول الاحتفاظ بموفري الرعاية وتصريحات الخدمات، راجع **الفصل** 1 من *كتيب الأعضاء الخاص بك*.
- يحق لك اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية المتابعين لحالتك.

يوضح **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* ما يمكنك فعله إذا ظننت أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويتك خلال فترة زمنية معقولة. كما يوضح ما يمكنك فعله في حال رفضنا تغطية خدماتك أو أدويتك ولكنك لا توافق على قرارنا.

C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)

نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) على النحو الذي تحدده القوانين الاتحادية وقوانين الولاية.

تتضمن معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) المعلومات التي أعطيتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطة. ويتضمن هذا أيضًا سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية والطبية الأخرى.

لديك حقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). نحن نقدم لك إشعارًا كتابيًا ينصحك بهذه الحقوق ويشرح لك كيفية حماية خصوصية PHI الخاصة بك. ويسمى هذا الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على إذن من أي عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة للحصول على خدمات حساسة. ستقوم Blue Shield TotalDual Plan بتوجيه المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل المعين للعضو، أو عنوان البريد الإلكتروني، أو رقم الهاتف، أو، في حالة عدم وجود تعيين، باسم العضو الموجود على العنوان أو رقم الهاتف الموجود في الملف. لن تفصح Blue Shield TotalDual Plan عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون الحصول على إذن كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. ستلبي Blue Shield TotalDual Plan طلبات المراسلات السرية بالشكل والتنسيق المطلوبين، إذا كان يسهل إنتاجها بالشكل والتنسيق المطلوبين، أو في مواقع بديلة. سيكون طلب العضو للمراسلات السرية المتعلقة بالخدمات الحساسة ساريًا حتى يلغي العضو الطلب أو يقدم طلبًا جديدًا بشأن المراسلات السرية. لطلب نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا أو طلب وضع مراسلة سرية في ملفك، يمكنك إما:

1- الانتقال إلى blueshieldca.com والنقر على الرابط Privacy (الخصوصية) الموجود أسفل الصفحة الرئيسية. هناك يمكنك العثور على إشعار ممارسات الخصوصية ونموذج المراسلات السرية.

2- اتصل برقم هاتف خدمة العملاء الموجود على بطاقة هوية عضو Blue Shield الخاصة بك.

3- اتصل بمكتب الخصوصية لدى Blue Shield of California على الرقم المجاني 8080-266 (888). ولمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

4- راسلنا عبر البريد الإلكتروني على: privacy@blueshieldca.com

C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحن نتأكد من عدم قيام أي أشخاص غير مصرح لهم بالاطلاع على سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نعطي معلوماتك الصحية الشخصية لأي شخص لا يقدم لك الرعاية أو يدفع مقابل رعايتك. وإذا فعلنا ذلك، فيجب علينا الحصول على تصريح مكتوب منك أولاً. يمكنك أنت أو أي شخص مخول قانونًا باتخاذ القرارات نيابةً عنك، منح تصريح كتابي.

أحيانًا لا تحتاج للحصول فيها على تصريح مكتوب منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا إصدار معلومات صحية شخصية (PHI) للوكالات الحكومية للتحقق من جودة الرعاية التي تقدمها خطتنا.
- يجوز لنا الإفصاح عن PHI طالما كان ذلك بموجب أمر من محكمة، ولكن يشترط أن يكون ذلك مسموحًا به في قانون كاليفورنيا.

- يجب علينا أن نعطي Medicare معلوماتك الصحية الشخصية (PHI). إذا أفصح برنامج Medicare عن معلوماتك الصحية الشخصية لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنه يفعل ذلك وفقًا للقوانين الفيدرالية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها.
- لك الحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فإننا نعمل مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.
- لك الحق في معرفة ما إذا كنا نشارك معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) مع الآخرين وكيفية ذلك.

إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، اتصل بخدمة العملاء.

D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك

بصفتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري الخدمات التابعين لشبكتنا وخدماتك المغطاة. لديك أيضًا الحق في تقديم توصيات بشأن حقوق ومسؤوليات أعضاء الخطة.

إذا لم تكن تتحدث اللغة الإنجليزية، نوفر لك خدمات ترجمة فورية للرد على الأسئلة التي لديك عن خطتنا. للحصول على مترجم، اتصل بخدمة العملاء. هذه خدمة مجانية لك. هذه خدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء وغيره من المواد المهمة بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يمكن أيضًا توفير المواد باللغات العربية والأرمنية والكمبودية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والهندية والهمونغية واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو صوتية. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.

إذا كنت تريد معلومات حول أيٍ مما يلي، فاتصل بخدمة العملاء:

- كيفية اختيار خططك أو تغييرها
- خطتنا، متضمنة:
  - المعلومات المالية
  - كيفية تقييم أعضاء الخطة لنا
  - عدد الطعون التي قدمها الأعضاء
  - كيفية إلغاء التسجيل في خطتنا
- موفري الرعاية التابعين لشبكتنا والصيدليات التابعة لشبكتنا أيضًا، متضمنة:
  - كيفية اختيار أو تغيير موفري الرعاية الأولية
  - مؤهلات موفري الرعاية والصيدليات في شبكتنا

- كيفية دفعنا التكاليف لموفري الرعاية في شبكتنا

- الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية، بما في ذلك:
  - الخدمات (راجع **الفصلين 3 و4** من *كتيب الأعضاء الخاص بك*) والأدوية (راجع **الفصلين 5 و6** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك) التي تغطيها خطتنا
  - الحدود المفروضة على التغطية والأدوية
  - القواعد التي يجب عليك اتباعها لتحصل على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية
- أسباب عدم خضوع عنصر ما للتغطية وما يمكنك فعله بشأن ذلك (راجع **الفصل 9** من "كتيب الأعضاء" الخاص بك)، متضمنة مطالبتنا بما يلي:
  - توضيح سبب عدم تغطيتنا لعنصر ما كتابةً
  - تغيير قرار اتخذناه
  - تسديد قيمة فاتورة تلقيتها

E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرةً

لا يُسمح للأطباء والمستشفيات وغيرهم من موفري الرعاية في شبكتنا بمطالبتك بدفع تكاليف الخدمات الخاضعة للتغطية. ولا يمكنهم أيضًا تحصيل فاتورة أو تكلفة إذا دفعنا أقل مما يطلب موفر الرعاية. لمعرفة الإجراءات التي يجب اتباعها إذا حاول موفر الرعاية فرض رسوم عليك مقابل خدمات خاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا

لا يمكن لأحد أن يجبرك على البقاء في خطتنا إذا لم تكن تريد ذلك.

- ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- ويمكنك الحصول على مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية بالقسم D في Medicare من خلال خطة للأدوية المقررة بوصفة طبية أو من خلال خطة MA أخرى.
- لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 10** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.
  - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى برنامج MA الجديد أو خطة مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية.
  - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا برنامج Medi-Cal إذا تركت خطتنا.

G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطبائك وموفري الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك.

G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية واتخاذ القرارات

ويجب على موفري الرعاية أن يشرحوا لك حالتك الطبية والخيارات العلاجية المتاحة لك بطريقة يسهل عليك فهمها. لك الحق في أن تُعامل باحترام في جميع جوانب رعايتك الصحية، مع مراعاة حقك في الكرامة وحقك في الخصوصية. لديك الحق في:

- **التعرف على خياراتك.** لك الحق في أن يتم إخبارك بجميع خيارات العلاج، بغض النظر عن تغطية التكاليف أو المزايا.
- **التعرف على المخاطر.** يحق لك إعلامك بأي مخاطر ينطوي عليها العلاج المقدم لك. فنحن ملزمون بإخبارك مسبقًا بما إذا كانت أي خدمة أو علاج يُعد جزءًا من تجربة بحثية أم لا. ولك الحق في رفض وسائل العلاج التجريبية.
- **الاستعانة برأي آخر.** لك الحق في استشارة طبيب آخر قبل تحديد العلاج.
- يمكنك **"الرفض"**. لك الحق في رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا كان طبيبك ينصحك بألا تفعل ذلك. ويحق لك التوقف عن تناول دواء موصوف لك طبيًا. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاج موصوف لك طبيًا، فلن يتم إلغاء تسجيلك في خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء ما، فأنت بذلك توافق على تحمل المسؤولية كاملةً عما يحدث لك.
- **اطلب مننا تفسير سبب رفض موفر ما لرعايتك.** لك الحق في الحصول على تفسير منا في حال رفض موفر تقديم رعاية لك ترى أنك تستحقها.
- **اطلب منا تغطية خدمة أو دواء رفضناه من قبل أو لا تغطيه عادةً.** وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايا المغطاة". يوضح **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* تطلب منا قرار بيان المزايا المغطاة.

G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث في حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك

أحيانًا يكون بعض الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك:

- تحرير نموذج مكتوب لمنح شخص ما الحق في اتخاذ قرارات رعاية صحية تخصك.
- **منح أطبائك تعليمات مكتوبة** عن كيفية التعامل مع أمر الرعاية الصحية التي تحصل عليها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي **لا** ترغب بها.

يسمى المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك "توجيه مُسبق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن الأمثلة على ذلك وصية الأحياء وتوكيل الرعاية الصحية.

ليس من الضروري أن يكون لديك توجيه مسبق، ولكن يمكنك الحصول عليه. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام التوجيه المسبق:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من الطبيب أو المحامي أو وكالة خدمات قانونية أو أخصائي اجتماعي. غالبًا ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب موفري الرعاية النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء لطلب النموذج.

- **ملء النموذج وتوقيعه.** يعد هذا النموذج مستندًا قانونيًا. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد العائلة أو موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك، لمساعدتك في إكمال ذلك.
- **أعطِ نسخًا للأشخاص الذين يحتاجون إلى المعرفة.** يجب أن تعطي نسخة من النموذج لطبيبك المعالج. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة منه للشخص الذي عينته ليتخذ القرارات التي تخصك نيابة عنك. قد ترغب في إعطاء نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا تم احتجازك في المستشفى وكنت قد وقّعت على نموذج توجيه مسبق، **فخذ معك نسخة منه للمستشفى**.
  - في المستشفى، سيتم سؤالك عمّا إذا كنت قد وقّعت على نموذج توجيه مسبق أم لا وما إذا كنت قد أحضرته معك أم لا.
  - إذا لم يكن لديك نموذج توجيه مسبق موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وسوف يسألك عما إذا كنت تريد التوقيع على واحد.

لديك الحق في:

- وضع توجيهاتك المسبقة في سجلاتك الطبية،
- تغيير أو إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت.
- معرفة التغييرات التي تطرأ على القوانين الخاصة بالتوجيهات المسبقة. ستخبرك Blue Shield TotalDual Plan بالتغييرات التي طرأت على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا من التغيير.

اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

G3. ما الذي يمكنك فعله حيال عدم الالتزام بالتعليمات الخاصة بك

إذا قمت بالتوقيع على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى Livanta (منظمة تحسين الجودة في كاليفورنيا) على الرقم :1123-588 (877) (يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو مراسلة: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا

يوضح **الفصل 9** من كتيب الأعضاء ما يمكنك فعله إذا واجهت أي مشكلات أو تخوفات بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو تقديم طعن لتغيير قرار تغطية اتخذناه أو تقديم شكوى.

يحق لك الحصول على معلومات حول الطعون والشكاوى التي تقدم بها أعضاء خطة آخرون ضدنا. اتصل بخدمة العملاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بطريقة غير عادلة - **ولا** يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المذكورة في **الفصل 11** من *كتيب الأعضاء* - أو إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول حقوقك ومسؤولياتك، يمكنك الاتصال على:

- خدمة العملاء على الرقم .(TTY: 711) 1-800-452-4413

- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم (TTY: 711) 1-800-434-0222.
لمزيد من المعلومات حول HICAP، راجع **القسم E** من **الفصل 2.**

- برنامج Ombuds على الرقم 1-888-452-8609. لمزيد من المعلومات حول هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء*.

- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" (حقوقك وسبل الحماية في Medicare) الموجودة على موقع Medicare الإلكتروني على الرابط:
www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf.

I. مسؤولياتك كعضو في الخطة

بصفتك عضوًا في الخطة، تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المذكورة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء.

- **اقرأ كتيب الأعضاء** لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد الواجب اتباعها للحصول على تغطية الخدمات والأدوية. لمزيد من التفاصيل حول:
  - الخدمات الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 3 و 4** من *كتيب الأعضاء*. في هذين الفصلين، سوف تتعرف على ما تتم تغطيته وما لا تتم تغطيته، إضافة إلى القواعد التي يتعين عليك اتباعها والتكلفة التي ستدفعها.
  - الأدوية الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 5 و6** من *كتيب الأعضاء*.
- **أخبرنا عن أي تغطية أخرى تشترك بها للرعاية الصحية أو الأدوية المقررة بوصفة طبية.** يجب علينا التأكد من استخدامك جميع خيارات التغطية المتوفرة لك عند تلقيك الرعاية الصحية. اتصل بخدمة العملاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- **أخبر طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين** أنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة مُعرّف عضويتك الخاصة بك عندما تحصل على الخدمات أو الأدوية.
- **ساعد أطباءك** وموفري الرعاية الصحية الآخرين وخطتك على تقديم أفضل رعاية لك.
  - وفّر لهم المعلومات التي يحتاجونها عنك وعن صحتك. تعرف على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن مشكلاتك الصحية. اتبع الخطط العلاجية والتعليمات ذات الصلة التي تتفق عليها مع موفري الرعاية.
  - تأكد من أن أطباءك وموفري الرعاية الآخرين على دراية بكل الأدوية التي تتناولها. وهذا يتضمن الأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية غير المقررة بوصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
  - اطرح أي أسئلة لديك. يجب على أطبائك وغيرهم من موفري الرعاية أن يشرحوا لك الأمور بطريقة يسهل عليك فهمها. فإذا سألت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- **العمل مع منسق الرعاية الخاص بك** بما في ذلك استكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.

- **احرص على التحلّي بخلق مراعاة مشاعر الآخرين.** نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. ونتوقع أيضًا أنك ستتصرف بطريقة نابعة عن الاحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقرات موفري الرعاية الآخرين.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
  - أقساط التأمين بالقسمين A وB في Medicare. بالنسبة لغالبية أعضاء Blue Shield TotalDual Plan، فإن برنامج Medi-Cal يدفع قسط التأمين المُدرج في القسم A في برنامج Medicare الخاص بك وقسط التأمين المُدرج في القسم B في برنامج Medicare الخاص بك.
  - **إذا كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية ليست خاضعة لتغطية الخطة، يجب عليك دفع كامل التكلفة.** (**ملاحظة:** إذا لم تكن موافقًا على قرارنا بعدم تغطية إحدى الخدمات أو أحد الأدوية، يمكنك الطعن عليه. ارجع إلى الفصل 9 لمعرفة المزيد حول كيفية إجراء طعن.)
- **أخبرنا إذا غيرت محل إقامتك.** إذا كنت تنوي تغيير محل إقامتك، أخبرنا بذلك على الفور. اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء.
  - **إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكن أن تبقى في هذه الخطة.** لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا. يوضح لك **الفصل 1** من *كتيب الأعضاء* منطقة خدمتنا.
  - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل خارج منطقة خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاص، يمكنك الانتقال إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط Medicare للرعاية الصحية أو الأدوية المقررة بوصفة طبية في موقعك الجديد. ويمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
  - أخبر مسؤولي برنامجي Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد إذا غيرت محل إقامتك. ارجع إلى **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء* للحصول على أرقام هواتف برنامجي Medicare و Medi-Cal.
  - **إذا غيرت محل إقامتك داخل منطقة خدمتنا، ستزال بحاجة إلى معرفة ذلك.** يجب علينا الإبقاء على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- **أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد** أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- **يتصل منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**

الفصل 9. الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والطعون والشكاوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن حقوقك. اقرأ هذا الفصل لتعرف ما الذي يجب عليك فعله إذا:

- واجهتك مشكلة أو كان لديك شكوى تتعلق بخطتك.
- كنت بحاجة إلى خدمة أو دواء أو شيء ما قررت الخطة عدم دفع تكلفته.
- لم توافق على قرار اتخذته الخطة التي تشترك بها بشأن رعايتك.
- كنت تعتقد أن خدماتك الخاضعة للتغطية تنتهي قبل أوانها.
- كانت لديك مشكلة أو شكوى تتعلق بالخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي تحصل عليها، والتي تتضمن الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) ومركز خدمات التمريض (NF).

ينقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة. **إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فاقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.**

يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية والأدوية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي حددها لك طبيبك المعالج وغيره من موفري الرعاية بأنها ضرورية لرعايتك بوصفها جزءًا من خطة الرعاية الخاصة بك. **وإذا واجهتك مشكلة بشأن رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة.** يشرح لك هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لديك لحلّ المشكلات والشكاوى المختلفة، ولكن يمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج Ombuds ليكون دليلاً إرشاديًا لك في التعامل مع مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف 178
A1.- حول المصطلحات القانونية 178
B. أماكن الحصول على المساعدة 178
B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة، 178
C. فهم شكاوى وطعون Medicare وMedi-Cal في خطتنا 179
D. المشكلات المتعلقة بالمزايا 180
E. قرارات التغطية والطعون المتعلقة بها 180
E1. قرارات بيان المزايا المغطاة 180

E2. الطعون 180

E3. مساعدة بشأن قرارات التغطية والطعون 181

E4. القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل 182

F. الرعاية الطبية 182

F1. استخدام هذا القسم 182

F2. طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة 183

F3. تقديم طعن من المستوى 1 185

F4. تقديم طعن من المستوى 2 187

F5. مشكلات الدفع 192

G. العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare 194

G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare 194

G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare 195

G3. أمور مهمة تجب معرفتها بشأن طلب استثناء 196

G4. طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء 196

G5. تقديم طعن من المستوى 1 199

G6. تقديم طعن من المستوى 2 201

H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى 202

H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare 203

H2. تقديم طعن من المستوى 1 204

H3. تقديم طعن من المستوى 2 205

I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة 206

I1. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك 206

I2. تقديم طعن من المستوى 1 207

I3. تقديم طعن من المستوى 2 208

J. تصعيد الطعن إلى ما بعد المستوى 2 209

J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare 209

J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية 210

J3. مستويات الطعون 3 و4 و5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare 211

K. كيفية تقديم شكوى 212

K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها 212

K2. الشكاوى الداخلية 214

K3. الشكاوى الخارجية 215

A. ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشاكل والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية واحدة **لقرارات بيان المزايا المغطاة والطعون** وأخرى لتقديم **الشكاوى**، ويُطلق عليها اسم التظلمات.

ولضمان تحقيق العدالة والسرعة، تحتوي كل عملية على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب علينا وعليكم اتباعها.

A1- حول المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. ويمكن أن يكون العديد من هذه المصطلحات صعب الفهم، لذا نستخدم كلمات أبسط بدلاً من استخدام مصطلحات قانونية معينة قدر استطاعتنا. كما استخدمنا القليل من الاختصارات بقدر الإمكان.

على سبيل المثال، نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار بيان المزايا المغطاة" بدلاً من "قرار المؤسسة" أو "قرار المزايا" أو "قرار المخاطر" أو "قرار التغطية"
- قرار بيان المزايا المغطاة السريع بدلاً من "القرار العاجل"
- "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) بدلاً من "مؤسسة المراجعة المستقلة" (IRE)

إن معرفة المصطلحات القانونية الملائمة قد تساعدك في التواصل بطريقة أكثر وضوحًا، لذا نقدم لك تلك المصطلحات أيضًا.

B. أماكن الحصول على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة

في بعض الأحيان يكون من المربك بدء أو متابعة عملية التعامل مع مشكلة ما. يمكن أن يكون هذا صحيحًا بشكل خاص إذا لم تكن على ما يرام أو كانت لديك طاقة محدودة. وفي أحيان أخرى، قد لا يكون لديك المعلومات التي تحتاجها لاتخاذ الخطوة التالية.

مساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. ويعتبر HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. ويتوفر في HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا. رقم هاتف برنامج (HICAP) هو 1-800-434-0222.

مساعدة من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds والتحدث مع أحد المحامين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. أنهم يوفرون المساعدة القانونية المجانية. إن برنامج Ombuds ليس مرتبطًا بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفهم هو 1-855-501-3077، وموقعهم الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

المساعدة ومعلومات عن برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك التواصل مع برنامج Medicare. وفيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- اتصل على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على العنوان (www.medicare.gov).

المساعدة ومعلومات عن برنامج Medi-Cal

مساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

يمكن أن يساعدك مكتب الشكاوى والتظلمات للرعاية المدارة من Medi-Cal التابع لـ DHCS، ويمكنهم المساعدة إذا واجهت مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو تركها. كما يمكنهم المساعدة إذا انتقلت إلى مكان آخر وواجهتك صعوبة في نقل خدمات برنامج Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بمكتب الشكاوى والتظلمات من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً على الرقم 1-888-452-8609.

المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. يساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TDD المجاني، **1-877-688-9891**. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني على **www.dmhc.ca.gov**. تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، يجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم **1-800-452-4413 (TTY: 711)** واستخدام عملية تقديم التظلم بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم تتخذ فيه خطتك الصحية قرارًا مرضيًا أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضًا للحصول على المراجعة الطبية المستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسيوفر إجراء IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها إحدى الخطط الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحيْن، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني **(1-888-466-2219)** وخط TDD **(1-877-688-9891)** للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني **www.dmhc.ca.gov** على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب إجراء IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

C. فهم شكاوى وطعون Medicare وMedi-Cal في خطتنا

متاح لديك برنامجي Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على **جميع** مزايا الرعاية المُدارة من قِبل برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. يُطلق على هذا أحيانًا اسم "العملية المتكاملة" لأنها تجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal وتدمج بينهم.

أحيانًا لا يمكن الجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal. في تلك الحالات، يمكنك استخدام عملية واحدة للحصول على ميزة برنامج Medicare وعملية أخرى للحصول على ميزة برنامج Medi-Cal. يشرح **القسم F4** هذه المواقف.

D. المشكلات المتعلقة بالمزايا

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فاقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. يساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو مخاوفك بشأن المزايا أم التغطية الخاصة بك؟ يتضمن هذا المشكلات المتعلقة بما إذا كانت رعاية طبية معينة (عناصر طبية و/أو خدمات و/أو أدوية مقررة بوصفة طبية من القسم B) خاضعة للتغطية أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم E**، "قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون".	**لا.** لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم K**، "كيفية تقديم شكوى".

E. قرارات التغطية والطعون المتعلقة بها

تعالج عملية طلب اتخاذ قرار تغطية وتقديم طعن المشكلات المتعلقة بالفوائد والتغطية المقدمتين لك للرعاية الطبية (الخدمات والعناصر والأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير بشكل عام إلى العناصر الطبية والخدمات والأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم B باعتبارها **رعاية طبية.**

E1. قرارات بيان المزايا المغطاة

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويتك وخدماتك الطبية. على سبيل المثال، يتخذ طبيبك التابع لشبكة خطتك قرار بيان المزايا المغطاة تغطية (مناسبًا) لك عندما تتلقى رعاية طبية منهم (راجع الفصل 4، القسم H من *كتيب الأعضاء*).

يمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار بيان المزايا المغطاة. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكدين مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. **إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل أن تحصل عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية نيابةً عنك.**

ونتخذ قرار بيان المزايا المغطاة عندما نحدد ما يخضع للتغطية بالنسبة لك والمبلغ الذي ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن إحدى الخدمات أو الأدوية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة هذا، فيمكنك تقديم طعن.

E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار بيان المزايا المغطاة ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، فيمكنك "الطعن" على القرار. الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه وتغييره.

عندما تطعن على قرار للمرة الأولى، يُسمى ذلك طعن من المستوى الأول. في هذا الطعن، نقوم بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتعامل المراجعون المختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المواتي مع طعنك.

في معظم الحالات، يجب عليك البدء في الطعن من الدرجة الأولى (1). إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك، أو إذا كنت تشعر بألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، فيمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من إدارة الرعاية الصحية المُدارة على www.dmhc.ca.gov. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

وعندما ننتهي من المراجعة، سنعطيك قرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في القسم F2 من هذا الفصل، يمكنك أن تطلب الحصول على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع عاجل" أو "سريع" أو "طعن سريع" لقرار بيان المزايا المغطاة.

إذا **رفضنا** جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، سنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية رعاية طبية من برنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) لإجراء طعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من القسم D من برنامج Medicare أو برنامج Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر يغطيه كل من Medicare وMedicaid، فسيزودك الخطاب بمعلومات بخصوص كلا النوعين من الطعون من المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الطعن من المستوى 2، فقد تتمكن من المرور إلى مستويات إضافية من الطعن.

E3. مساعدة بشأن قرارات التغطية والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- **خدمة العملاء** على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- **برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على 1-855-501-3077.**
- برنامج التأمين الصحي والإرشاد (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
- **مركز المساعدة بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC)** للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. يساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني على الرابط www.dmhc.ca.gov.
- **تحدث مع طبيبك أو موفر رعاية آخر.** يمكن لطبيبك أو موفر رعاية آخر مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو الطعن بالنيابة عنك.
- **صديق أو فرد من أفراد العائلة.** ويمكنك اختيار شخص آخر ليكون "ممثلاً" لك لطلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
- **محامٍ.** يحق لك الاستعانة بمحامٍ، ولكن **ليس من الضروري أن يكون لديك محامٍ** لطلب قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
  - اطلب محاميك الخاص، أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين في موقعك المحلي أو الاستعانة بخدمة أخرى للإحالة إلى محامٍ. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك.

- اطلب محاميًا للمساعدة القانونية من برنامج التظلمات في Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.

املأ نموذج تعيين ممثل إذا أردت توكيل محامٍ أو شخص آخر ليكون ممثلك. ويمنح النموذج شخصًا ما الإذن بالتصرف نيابةً عنك.

اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضًا الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. **يجب أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع.**

E4. القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل

توجد أربع حالات تتضمن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون. وكل حالة لها قواعدها ومواعيدها النهائية المختلفة. ونقدم تفاصيل كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق على حالتك:

- **القسم F**، "الرعاية الطبية"
- **القسم G**، "العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare"
- **القسم H**، "مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى"
- **القسم I**، "مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة" (ينطبق هذا القسم على الخدمات الآتية فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، وخدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF).)

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب الرجوع إليه، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة أو معلومات من المنظمات الحكومية مثل برنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية (SHIP). راجع **القسم C بالفصل 2** لمزيد من المعلومات.

F. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب عليك فعله إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية الرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن ندفع لك حصتنا من تكلفة رعايتك.

يوضح هذا القسم مزايا الرعاية الطبية الموضحة في **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء*. في بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare. وعندما تنطبق القواعد، نوضح كيف تختلف قواعد العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare عن القواعد الخاصة بالخدمات والعناصر الطبية.

F1. استخدام هذا القسم

يشرح هذا القسم ما يمكنك فعله في أي حالة من الحالات الآتية:

1. تعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها ولكنك لا تحصل عليها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة. راجع **القسم F2**.

2. لم نعتمد الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي موفر رعاية صحية آخر أن يقدمها إليك، وتعتقد أنه ينبغي لنا ذلك.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا. راجع **القسم F3**.

3. حصلت على رعاية طبية تعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفع تكلفتها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم F5**.

4. حصلت على رعاية طبية ودفعت مقابلها وكنت تعتقد أننا نغطيها، وتريد منا أن نرد إليك ما دفعته.

ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. راجع **القسم F5**.

5. قمنا بتقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، وتعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا بتقليل الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع **القسم F4**.

- إذا كانت التغطية خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية، فسيتم تطبيق قواعد خاصة. راجع **القسم H** أو **القسم I** لمعرفة المزيد.
- بالنسبة إلى جميع الحالات الأخرى التي تتضمن تقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، ارجع إلى هذا القسم (**القسم F**) لإرشادك.

6. تواجه تأخيرًا في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.

ما يمكنك القيام به: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K2**.

F2. طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة

عندما يتعلق قرار بيان المزايا المغطاة بالرعاية الطبية الخاصة بك، فإنه يسمى **"قرار المؤسسة المتكامل"**.

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك مطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة عن طريق:

- الاتصال: (800) 452-4413 (TTY: 711).
- الفاكس: (877) 251-6671.
- المراسلة: Blue Shield TotalDual Plan
  P.O. Box 927
  Woodland Hills, CA 91365-9856

قرار بيان المزايا المغطاة العادي

عندما نمنحك قرارنا، فإننا نتبع المواعيد النهائية "العادية" ما لم نوافق على اتباع المواعيد النهائية "السريعة". يعني قرار بيان المزايا المغطاة العادي أننا سنقدم إليك ردًا بشأن:

- خدمة أو عنصر طبي خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد حصولنا على طلبك. بالنسبة إلى خطط Knox-Keene، خلال 5 أيام عمل، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد حصولنا على طلبك.

- عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك.

قرار بيان المزايا المغطاة السريع

المصطلح القانوني "لقرار بيان المزايا المغطاة السريع" هو **"القرار العاجل"**.

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن رعايتك الطبية وتتطلب صحتك استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ "قرار بيان المزايا المغطاة السريع". ويعني قرار بيان المزايا المغطاة السريع أننا سنقدم إليك ردًا بشأن:

- خدمة أو عنصر طبي خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.
- عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare خلال 24 ساعة بعد حصولنا على طلبك.

للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع، يجب عليك تلبية شرطين:

- تطلب التغطية لعناصر طبية و/أو خدمات لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع بشأن دفع ثمن العناصر أو الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.
- أن اتباع المواعيد النهائية العادية **قد يسبب لك ضررًا صحيًا بالغًا** أو يؤثر بالسلب في قدرتك على أداء وظائفك.

نمنحك قرار بيان المزايا المغطاة السريع تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تستدعي ذلك. إذا طلبت من دون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار بيان المزايا المغطاة السريع أم لا.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
  - نمنحك قرار بيان المزايا المغطاة السريع تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
  - كيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك قرار بيان المزايا المغطاة العادي بدلاً من قرار بيان المزايا المغطاة السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم K**.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب.

- إذا **رفضنا** طلبك، فلديك الحق في تقديم طعن. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم طعن هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم طعن، فستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الطعون (راجع **القسم F3**).

في ظروف محدودة، قد نرفض طلبك للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، ما يعني أننا لن نراجع الطلب. وفي ما يأتي أمثلة على الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب:

- إذا كان الطلب غير مكتمل، **أو**
- إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابةً عنك ولكنه غير مخول قانونيًا للقيام بذلك، **أو**

- إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا طلبًا للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض. وتسمى هذه المراجعة طعنًا. وتتم مناقشة الطعون في القسم التالي.

F3. تقديم طعن من المستوى 1

لبدء إجراءات الطعن، يجب عليك أو على طبيبك أو مَن يمثلك الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413.

اطلب طعنًا عاديًا أو طعنًا سريعًا كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413.

- إذا طلب طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر مواصلة تقديم خدمة أو عنصر تحصل عليه بالفعل خلال الطعن، فقد تحتاج إلى تعيينه ليصبح ممثلك ويتصرف نيابةً عنك.
- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الطعن نيابةً عنك، فقم بتضمين نموذج تعيين ممثل لتفويض هذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- يمكننا قبول طلب الطعن من دون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. في حال لم نحصل على النموذج قبل بلوغ الموعد النهائي المحدد لاتخاذ قرار حيال الطعن الذي قدمته:
  - سنرفض طلبك،
  - سنرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا برفض طعنك.
- يجب عليك طلب الطعن خلال 65 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.
- إذا لم تتمكن من الالتزام بالموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فقد نمنحك وقتًا إضافيًا لتقديم الطعن. من أمثلة الأسباب الوجيهة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك حول الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عند تقديم الطعن.
- يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. ويمكنك أيضًا أنت وطبيبك تقديم معلومات إضافية لدعم طعنك.

اطلب إجراء "طعن سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

> المصطلح القانوني "للطعن السريع" هو **"إعادة النظر العاجلة".**

- إذا كنت ستقدم طعنًا في قرار اتخذناه بشأن تغطية رعاية لم تحصل عليها، فستقرر أنت و/أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.

نمنحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تستدعي ذلك. إذا طلبت من دون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على طعن سريع أم لا.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلبي متطلبات الطعن السريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:

- نمنحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
- كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك طعنًا عاديًا بدلاً من الطعن السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع **القسم K**.

إذا أخبرناك بأننا سنقوم بإيقاف الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل أو تقليلها، فقد تتمكن من مواصلة الحصول على هذه الخدمات أو العناصر خلال الطعن.

- إذا قررنا تغيير التغطية لخدمة أو عنصر تحصل عليه أو قررنا إيقافها، فسنرسل إليك إشعارًا قبل أن نتخذ أي إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 1.
- سنستمر في تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت طعنًا من المستوى 1 في غضون 10 أيام من أيام التقويم الميلادي من تاريخ خطابنا أو بحلول تاريخ السريان المقرر للإجراء، أيهما أبعد.
  - إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر من دون أي تغييرات في أثناء النظر في الطعن من المستوى 1.
  - ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (غير المتعلقة بطعنك) من دون أي تغييرات.
  - إذا لم تقدم الطعن قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر في أثناء انتظارك قرار الطعن.

ننظر في طعنك ونوافيك بالرد.

- عندما نراجع طعنك، فإننا نلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك لتغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما **رفضنا** طلبك.
- نجمع مزيدًا من المعلومات إذا كنا في حاجة إليها. قد نتواصل معك أو مع طبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

ثمة مواعيد نهائية للطعن السريع.

- عندما نتبع المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نوافيك بالرد **في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع**. سنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
  - إذا لم نوافِك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونشرح لك عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicaid، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية من المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية كاليفورنيا، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع بالولاية. لطلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع القسم F4، حسب الحاجة.
- **إذا وافقنا على طلبك كله أو جزء منه**، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- **إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه،** فسنرسل طعنك إلى منظمة المراجعة المستقلة لإجراء طعن من المستوى 2.

ثمة مواعيد نهائية للطعن العادي.

- عندما نتبع المواعيد النهائية العادية، يجب أن نوافيك بالرد **في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد حصولنا على طعنك الخاص بتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare ولم تحصل عليه، فسنوافيك بالرد **في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي** بعد حصولنا على طعنك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
  - إذا لم نوافِك بالرد بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. لاحقًا في هذا الفصل في القسم F4، سنخبرك عن هذه المنظمة ونشرح لك عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicaid، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية من المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية كاليفورنيا، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع بالولاية. لطلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع القسم F4.

إذا وافقنا على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تلقينا طلب الطعن، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي من تاريخ حصولنا على طعنك إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، **فلديك حقوق طعن إضافية:**

- إذا **رفضنا** جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة لإجراء طعن من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medi-Cal، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم طعن من المستوى 2

إذا **رفضنا** جزءًا من طعنك من المستوى 1 أو رفضناه بالكامل، فسنرسل إليك خطابًا. وسيخبرك هذا الخطاب بما إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal أو كلا البرنامجين يغطيان الخدمة أو العنصر عادةً.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج **Medicare** عادةً، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الطعون بمجرد اكتمال طعن المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج **Medi-Cal** عادةً، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. وسيخبرك الخطاب بكيفية إجراء ذلك. وسنذكر أيضًا مزيدًا من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر قد يغطيه **كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal**، فستحصل تلقائيًا على طعن من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. بالإضافة إلى الطعن التلقائي من المستوى 2،

يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع بالولاية ومراجعة طبية مستقلة في الولاية. ولكن لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.

إذا كنت مؤهلاً لمواصلة الحصول على المزايا عند تقديم الطعن من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو العقار الدوائي موضوع الطعن خلال المستوى 2. راجع **القسم F3** للحصول على معلومات بشأن استمرار مزاياك خلال طعون المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medicare فقط، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة خلال عملية الطعون من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medi-Cal فقط، فستستمر مزايا هذه الخدمة إذا قدمت طعنًا من المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية بعد تلقي الخطاب الذي يتضمن قرارنا.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً

تراجع منظمة المراجعة المستقلة طعنك. وهي منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو **"مؤسسة المراجعة المستقلة"**، واختصاره **"IRE".**

- هذه المنظمة ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار برنامج Medicare الشركة لتكون منظمة المراجعة المستقلة، ويشرف على عملها.
- نرسل معلومات حول طعنك ("ملف قضيتك") إلى هذه المنظمة. ولديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف قضيتك.
- لديك الحق في إعطاء منظمة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لدعم الطعن.
- يدرس المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة جميع المعلومات المتعلقة بالطعن بعناية.

إذا كان لديك طعن سريع من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن سريع من المستوى 2.

- إذا قدمت إلينا طعنًا سريعًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن سريع من المستوى 2. يجب على منظمة المراجعة المستقلة أن توافيك بالرد على طعن المستوى 2 **خلال 72 ساعة** من تلقي الطعن.

إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن عادي من المستوى 2.

- إذا قدمت إلينا طعنًا عاديًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن عادي من المستوى 2. إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن توافيك بالرد على طعن المستوى 2 **في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي** من تلقي الطعن.
- إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن توافيك بالرد على طعن المستوى 2 **في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي** من تلقي الطعن.

في حال منحتك منظمة المراجعة المستقلة (IRO) ردها كتابيًا مع توضيح الأسباب.

- **إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية كله أو جزء منه،** فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:

- التصريح بتغطية الرعاية الطبية **خلال 72 ساعة، أو**
- تقديم الخدمة خلال **5 أيام عمل** بعد حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة **للطلبات العادية، أو**
- تقديم الخدمة **خلال 72 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة **للطلبات العاجلة**.

- **إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على طلب الحصول على عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare، فيجب علينا التصريح بالعقار المقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare محل النزاع أو تقديمه:**
  - **خلال 72 ساعة** بعد حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة **للطلبات العادية، أو**
  - **خلال 24 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة **للطلبات العاجلة.**
- **إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة طعنك كله أو جزءًا منه،** فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".
  - إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الطعن أم لا.
  - ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعون بعد المستوى 2، أي ما مجموعه خمسة مستويات.
  - إذا تم رفض طعنك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعون، فيجب عليك أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم طعن ثالث. ترد التفاصيل بشأن كيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الطعن من المستوى 2.
  - يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري (ALJ) أو محامٍ محكِّم مع الطعن من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات حول الطعون من المستويات 3 و4 و5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medi-Cal عادةً

تتوفر طريقتان لإجراء طعن من المستوى 2 بالنسبة إلى الخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة استماع بالولاية.

(1) المراجعة الطبية المستقلة

يمكنك تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). من خلال تقديم شكوى، ستقوم إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بمراجعة قرارنا واتخاذ قرار. وتتوفر المراجعة الطبية المستقلة لأي خدمة أو عنصر طبي بطبيعته يغطيه برنامج Medi-Cal. وتتمثل المراجعة الطبية المستقلة (IMR) في قيام أطباء غير تابعين لخطتنا أو إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) بمراجعة حالتك. إذا تم اعتماد أن المراجعة الطبية المستقلة في صالحك، يجب علينا توفير الخدمة أو العنصر الذي طلبته. لن تتحمل أيّ تكاليف نظير المراجعة الطبية المستقلة.

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة إذا كانت خطتنا:

- ترفض خدمة أو علاجًا مقدمًا من برنامج Medi-Cal أو تغيره أو تؤخره لأن خطتنا ترى أنه ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاجًا تجريبيًا أو خاضعًا للدراسة من برنامج Medi-Cal لحالة طبية خطيرة.

- تجادل بشأن ما إذا كانت إحدى الخدمات أو الإجراءات الجراحية تجميلية أم ترميمية بطبيعتها.
- لن تدفع مقابل خدمات برنامج Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي تلقيتها بالفعل.
- لم تبت في طعنك من المستوى 1 الخاص بإحدى خدمات برنامج Medi-Cal في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بالنسبة إلى الطعن العادي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، بالنسبة إلى الطعن السريع.

ملحوظة: إذا قدم موفر الرعاية طعنًا نيابةً عنك، ولكننا لم نحصل على نموذج تعيين ممثل، فستحتاج إلى إعادة تقديم الطعن إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة من المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة، إلا إذا كان طعنك ينطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية.

يحق لك الحصول على IMR وجلسة استماع بالولاية، ولكن لا يحق لك الحصول على IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية بشأن القضية نفسها.

في معظم الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب مراجعة طبية مستقلة. راجع الصفحة 198 للحصول على معلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أو طلب مراجعة طبية مستقلة من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.

إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو خاضعًا للدراسة، فلست مضطرًا إلى المشاركة في عملية الطعن الخاصة بنا قبل التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة.

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تشعر بألم شديد، فيمكنك إبلاغ إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بمشكلتك على الفور من دون المرور أولاً بعملية الطعن الخاصة بنا.

يجب عليك **التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة في غضون 6 أشهر** بعد أن نرسل إليك قرارًا كتابيًا بخصوص طعنك. قد تقبل إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه، مثل إصابتك بحالة طبية منعتك من طلب IMR في غضون 6 أشهر أو عدم حصولك على إشعار مناسب منا بإجراءات IMR.

لطلب مراجعة طبية مستقلة:

- املأ نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى المتاح على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز المساعدة في DMHC على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسخًا من الخطابات أو المستندات الأخرى المتعلقة بالخدمة أو العنصر الذي رفضناه إذا كانت بحوزتك. فهذا الأمر يمكن أن يسرع من عملية المراجعة الطبية المستقلة. أرسل نسخًا من المستندات وليس الأصول. فلا يمكن لمركز الدعم إعادة أي مستندات.
- املأ نموذج المساعد المفوض إذا كان هناك شخص ما يساعدك في المراجعة الطبية المستقلة. يمكنك الحصول على النموذج من www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx

أو الاتصال بمركز المساعدة التابع للإدارة على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.

- أرسل النماذج وأي مرفقات عن طريق البريد أو الفاكس إلى:

Help Center
Managed Healthcare Management
Ninth Street, Suite 500 980
Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 916-255-5241

- يمكنك أيضًا تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)/نموذج الشكوى ونموذج المساعد المفوض عبر الإنترنت: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

إذا تأهلت لإجراء IMR، ستراجع DMHC حالتك وترسل لك خطابًا في غضون 7 أيام تقويمية تخبرك بأنك مؤهل لإجراء IMR. وبعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطتك، فإن قرار المراجعة الطبية المستقلة سيصدر في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. ويجب أن يصلك قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 45 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً لإجراء IMR، ستراجع DMHC حالتك وترسل لك خطابًا في غضون 48 ساعة من استلام طلب مكتمل تخبرك بأنك مؤهل لإجراء IMR. وبعد استلام طلبك ووثائقك الداعمة من خطتك، فإن قرار IMR سيصدر في غضون 3 أيام تقويمية. ويجب أن يصلك قرار IMR في غضون 7 أيام تقويمية من تقديم الطلب المكتمل. إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة المراجعة الطبية المستقلة، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع بالولاية.

قد تستغرق IMR وقتًا أطول إذا لم تستلم DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تستعين بطبيب من خارج شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها إلينا من ذلك الطبيب. وعلى خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا قررت إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أن حالتك غير مؤهلة للحصول على مراجعة طبية مستقلة، فستراجع إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا حالتك من خلال عملية شكاوى المستهلكين العادية. ينبغي حل شكواك في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكواك عاجلة، فسيتم حلها في وقت أقرب.

(2) جلسة الاستماع بالولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية للخدمات والعناصر الخاضعة لتغطية برنامج Medi-Cal. وإذا طلب طبيبك أو موفر رعاية آخر خدمة أو عنصرًا لن نعتمده، أو إذا كنا لن نستمر في دفع تكلفة الخدمة أو العنصر الذي حصلت عليه بالفعل ورفضنا طعنك من المستوى 1، فلديك الحق في طلب عقد جلسة استماع بالولاية.

في معظم الحالات، يكون **لديك 120 يومًا لطلب عقد جلسة استماع بالولاية** بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الطعن" إليك بالبريد.

ملحوظة: إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، **فسيتبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك** إذا أردت الاستمرار في تلقي هذه الخدمة في أثناء انتظار جلسة الاستماع بالولاية. اقرأ "هل ستستمر المزايا التي أحصل عليها خلال طعون المستوى 2" في الصفحة 201 لمزيد من المعلومات.

توجد طريقتان لطلب عقد جلسة استماع بالولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع بالولاية" الموجود في الجزء الخلفي من الإشعار بالإجراء. ويجب عليك توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم بالكامل والعنوان ورقم الهاتف، واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك، وبرنامج (برامج) المساعدات المعنية، إضافة إلى سبب مفصل عن رغبتك في عقد جلسة استماع. وبعد ذلك، يمكنك تقديم طلبك بإحدى هذه الطرق:

- إلى إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة على العنوان المبين في الإشعار.
- إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التابعة لولاية كاليفورنيا - California Department of Social Services:

  State Hearings Division
  P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433
  Sacramento, California 94244-2430

- إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على رقم الفاكس 916-309-3487 أو على الرقم المجاني 1-833-281-0903.

2. يمكنك الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-743-8525. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت أن تطلب جلسة استماع بالولاية عن طريق الهاتف، فيجب أن تدرك أن خطوط الهاتف تكون مشغولة جدًا.

يقدم إليك قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره كتابيًا ويشرح لك الأسباب.

- إذا **وافق** قسم جلسات الاستماع بالولاية على طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية كله أو جزء منه، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو العنصر أو تقديمهما **في غضون 72 ساعة** بعد حصولنا على قراره.
- إذا **رفض** قسم جلسات الاستماع بالولاية طعنك كله أو جزءًا منه، فهذا يعني أنه يوافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".

إذا قررت منظمة المراجعة المستقلة أو جلسة الاستماع بالولاية **رفض** طلبك بالكامل أو جزء منه، فلديك حقوق طعن إضافية.

إذا تم تحويل الطعن من المستوى 2 إلى **منظمة المراجعة المستقلة**، فلا يمكنك التقدم بطعن آخر إلا في حال كانت القيمة المالية بالدولار للخدمات أو العناصر التي تريدها تطابق مبلغًا معينًا بحد أدنى. ويتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم مع طعن المستوى 3. **سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من منظمة المراجعة المستقلة حقوقًا إضافية تتعلق بالطعن قد تتمتع بها.**

سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من قسم جلسات الاستماع بالولاية خيار الطعن التالي.

راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الطعن بعد المستوى 2.

F5. مشكلات الدفع

لا نسمح لموفري الرعاية التابعين لشبكتنا بتحرير فواتير لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا إلى موفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة أو العنصر الخاضع للتغطية. ولن يُطلب منك أبدًا دفع المبلغ المتبقي من أي فاتورة.

إذا حصلت على فاتورة تزيد قيمتها على حصة المشاركة في الدفع المقررة لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بموفر الرعاية مباشرةً ونتولى حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة، فيمكنك استرداد أموالك من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو العناصر.

لمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء*. وهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته أو دفع فاتورة حصلت عليها من موفر الرعاية. كما يوفر معلومات عن كيفية إرسال المستندات الورقية التي تطالبنا بموجبها بالدفع لك.

إذا طلبت استرداد المبلغ الذي دفعته، فإنك بذلك تطلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعًا للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعًا للتغطية واتبعت القواعد كلها، فسنرسل إليك حصتنا من تكلفة الخدمة أو العنصر في غضون 30 يومًا تقويميًا، ولن نتأخر عن 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل المبلغ إلى موفر الرعاية مباشرةً. وعندما نرسل المبلغ، يكون الأمر مماثلاً **للموافقة** على طلبك للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة.
- إذا كانت الخدمة أو العنصر غير خاضعين للتغطية، أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو العنصر ونوضح سبب ذلك.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، **فبإمكانك تقديم طعن**. اتبع عملية الطعون الموضحة في **القسم F3**. عند اتباع هذه التعليمات، لاحظ الآتي:

- إذا قدمت طعنًا إلينا لنرد إليك المبلغ الذي دفعته، فيتعين علينا موافاتك بالرد في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقينا الطعن.
- إذا طلبت منا أن نرد إليك تكلفة رعاية طبية قد حصلت عليها ودفعت تكلفتها بالفعل، فلا يمكنك طلب طعن سريع.

إذا **رفضنا** طعنك وكان برنامج **Medicare** يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فسنرسل حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة. وسنرسل إليك خطابًا إذا حدث ذلك.

- إذا ألغت منظمة المراجعة المستقلة قرارنا وقررت أننا يجب أن ندفع إليك، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى موفر الرعاية في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. إذا تمت **الموافقة** على الطعن في أي مرحلة من مراحل عملية الطعون بعد المستوى 2، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى موفر الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي.
- إذا **رفضت** منظمة المراجعة المستقلة طعنك، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن". وستتلقى خطابًا يشرح حقوق الطعن الإضافية التي قد تتمتع بها. راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات حول مستويات الطعن الإضافية.

إذا **رفضنا** طعنك وكان برنامج Medi-Cal يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

G. العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare

تشمل المزايا التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا تغطية كثير من العقاقير المقررة بوصفة طبية. ومعظمها من العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare. يوجد عدد قليل من العقاقير الدوائية التي لا يغطيها القسم D في برنامج Medicare ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. **لا ينطبق هذا القسم إلا على طعون العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare.** سنستخدم كلمة "عقار دوائي" في بقية هذا القسم بدلاً من "عقار دوائي من القسم D في برنامج Medicare" في كل مرة. بالنسبة إلى العقاقير الدوائية التي يغطيها برنامج Medi-Cal فقط، اتبع العملية الواردة في **القسم E**.

يجب استخدام العقار الدوائي لدواعي استعمال مقبولة طبيًا حتى تتم تغطيته. ويعني ذلك أن يكون العقار الدوائي معتمدًا من جانب هيئة الدواء والغذاء (FDA) أو مدعومًا بمرجعية طبية معينة. راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات بشأن دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.

G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.

في ما يأتي أمثلة على قرارات بيان المزايا المغطاة التي يمكنك مطالبتنا باتخاذها في ما يتعلق بالعقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare:

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يأتي:
  - تغطية عقار دوائي من القسم D في برنامج Medicare غير مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بخطتنا أو
  - إلغاء القيود المفروضة على تغطيتنا لعقار دوائي (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
- سؤالنا عما إذا كان العقار الدوائي خاضعًا للتغطية (على سبيل المثال عندما يكون العقار الدوائي مدرجًا في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بخطتنا ولكن يجب علينا اعتماده قبل أن نقوم بتغطيته لك)

ملحوظة: إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هي مكتوبة، فستقدم إليك إشعارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار بيان المزايا المغطاة.

> يُطلق على قرار بيان المزايا المغطاة الأولي بشأن العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare اسم **"البت في موقف دواء من التغطية".**

- يمكنك مطالبتنا بالدفع مقابل عقار دوائي اشتريته بالفعل. ويُعد ذلك مطالبة باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن الدفع.

إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه، فيمكنك الطعن فيه. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات بيان المزايا المغطاة وكيفية تقديم طعن. استخدم الجدول الوارد أدناه لمساعدتك.

أي من هذه الحالات يمثل حالتك؟			
تحتاج إلى عقار دوائي ليس مدرجًا في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا أو تريد منا إلغاء قاعدة أو قيد مفروض على عقار دوائي نغطيه.	تريد منا تغطية عقار دوائي مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا، وتعتقد أنك تستوفي قواعد الخطة أو قيودها (مثل الحصول على موافقة سابقة) الخاصة بالعقار الدوائي الذي تحتاج إليه.	تريد أن تطلب منا رد تكلفة عقار دوائي حصلت عليه ودفعت مقابله بالفعل.	أخبرناك بأننا لن نغطي عقارًا دوائيًا أو ندفع تكلفته بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة.)	**يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة.**	**يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته.** (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة.)	**يمكنك تقديم طعن.** (يعني ذلك أنك تطلب منا إعادة النظر.)
ابدأ **بالقسم G2**، ثم راجع **القسمين G3 وG4**.	راجع **القسم G4**.	راجع **القسم G4**.	راجع **القسم G5**.

G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare

إذا لم نكن نغطي عقارًا دوائيًا بالطريقة التي تريدها، فيمكنك مطالبتنا بإجراء "استثناء". وإذا رفضنا طلبك بإجراء استثناء، فيمكنك الطعن في قرارنا.

عندما تطلب إجراء استثناء، سيتعين على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر شرح الأسباب الطبية لحاجتك إلى الاستثناء.

> يُطلق أحيانًا على طلب تغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا أو إزالة قيد مفروض على عقار دوائي طلب **"استثناء كتيب الوصفات"**.

في ما يأتي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أن تطلب إجراءها أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر:

3. تغطية عقار دوائي غير مدرج في *قائمة الأدوية* لدينا

- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ حصة المشاركة في الدفع المطلوب مقابل العقار الدوائي.

4. إزالة قيد مفروض على دواء خاضع للتغطية

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض العقاقير الدوائية المدرجة في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا (راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية الخاصة ببعض العقاقير الدوائية ما يأتي:

- أن تكون ملزمًا باستخدام الدواء المماثل (البديل) لأحد الأدوية بدلاً من الدواء ذي العلامة التجارية.
- الحصول على موافقتنا السابقة قبل أن نوافق على تغطية العقار الدوائي لك. ويُطلق على هذا أحيانًا اسم "التصريح المسبق (PA)".
- أن تكون ملزمًا بتجربة عقار دوائي آخر أولاً قبل أن نوافق على تغطية العقار الدوائي الذي تطلبه. ويُطلق على هذا أحيانًا اسم "العلاج المرحلي".
- حدود الكمية: بالنسبة إلى بعض العقاقير الدوائية، ثمة قيود على كمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها.

- إذا وافقنا على استثناء لك وتجاهلنا قيدًا ما، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ حصة المشاركة في الدفع الذي يتعين عليك دفعه.

G3. أمور مهمة تجب معرفتها بشأن طلب استثناء

يجب على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إبلاغنا بالأسباب الطبية

يجب على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر أن يقدم إلينا بيانًا يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. للحصول على قرار أسرع، قم بإدراج هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر عند طلب الاستثناء.

تتضمن قائمة العقاقير الدوائية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة". إذا كان العقار الدوائي البديل بنفس فعالية العقار الدوائي الذي تطلبه ولا يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فإننا عادةً **لا** نعتمد طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا التجزئة الفئوية للاستثناء، فإننا عادةً **لا** نعتمد طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع العقاقير الدوائية البديلة في الفئة (الفئات) الأقل للمشاركة في تحمل التكاليف لن تناسبك أو من المحتمل أن تسبب تفاعلاً سلبيًا أو ضررًا آخر.

يمكن الموافقة على طلبك أو رفضه.

- إذا **وافقنا** على طلب الاستثناء الخاص بك، فإن الاستثناء عادةً ما يستمر حتى نهاية العام التقويمي. يسري ذلك طالما استمر طبيبك في وصف العقار الدوائي لك وظل هذا العقار الدوائي آمنًا وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا **رفضنا** طلب الاستثناء الخاص بك، فيمكنك تقديم طعن. راجع **القسم G5** للحصول على معلومات حول تقديم طعن إذا **رفضنا**.

يوضح القسم التالي كيفية طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء.

G4. طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء

- اطلب نوع قرار بيان المزايا المغطاة الذي تريده عن طريق الاتصال على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 أو إرسال خطاب إلينا أو مراسلتنا عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي مقدم وصفات طبية آخر) القيام بذلك. يرجى إدراج اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بالمطالبة.
- يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة بنفسك أو عن طريق الطبيب المتابع لحالتك (أو مقدم وصفات طبية آخر) أو شخص آخر يتصرف نيابةً عنك. يمكنك أيضًا تكليف محام للتصرف بالنيابة عنك.

- راجع **القسم E3** لمعرفة كيفية تعيين شخص ما كممثل لك.
- لست بحاجة إلى إعطاء طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إذنًا كتابيًا لمطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة نيابةً عنك.
- إذا كنت تريد مطالبتنا برد ما دفعته مقابل عقار دوائي، فراجع **الفصل 7** من *كتيب الأعضاء*.
- إذا طلبت استثناءً، فقدم إلينا "بيانًا داعمًا". يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية التي ذكرها طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر لطلب الاستثناء.
- يمكن لطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إرسال البيان الداعم إلينا عبر الفاكس أو البريد. ويمكنه أيضًا إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد.
- يمكنك تقديم طلبات البت في موقف دواء من التغطية إلكترونيًا من خلال بوابة الأعضاء الآمنة على: https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions
  - تحديد نماذج الأعضاء
  - بدء طلب البت في موقف دواء من التغطية عبر الإنترنت
  - يمكنك بدء عملية الحصول على تصريح مسبق أو استثناء.

إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب منا "قرار بيان المزايا المغطاة السريع".

نلتزم "بالمواعيد النهائية العادية" ما لم نوافق على الالتزام "بالمواعيد النهائية السريعة".

- يعني **قرار بيان المزايا المغطاة العادي** أننا سنوافيك برد في غضون 72 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.
- يعني **قرار بيان المزايا المغطاة السريع** أننا سنوافيك برد في غضون 24 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.

> يُطلق على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" اسم **"البت العاجل في موقف دواء من التغطية".**

يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع في الحالات الآتية:

- إذا كان من أجل عقار دوائي لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع إذا كنت تطالبنا برد ما دفعته مقابل عقار دوائي اشتريته بالفعل.
- إذا كانت حالتك الصحية أو قدرتك الوظيفية ستتضرر بشكل بالغ إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية.

إذا أخبرنا طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر بأن حالتك الصحية تتطلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فإننا نوافق على ذلك ونمنحك القرار. ونرسل إليك خطابًا لإبلاغك بذلك.

- إذا طلبت قرار بيان المزايا المغطاة السريع من دون دعم من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر، فسيرجع إلينا القرار بشأن ما إذا كنت ستحصل على قرار بيان المزايا المغطاة السريع أم لا.

- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
  - نرسل إليك خطابًا يخبرك بأننا سنستخدم الموعد النهائي القياسي. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا.
  - يمكنك تقديم "شكوى سريعة" والحصول على رد في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع **القسم K**.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة السريع

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نوافيك بالرد خلال 24 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسنوافيك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع **القسم G6** لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه، فسنقدم إليك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا **رفضنا** طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسنوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه، فسنقدم إليك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- إذا **رفضنا** طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي اشتريته بالفعل

- يتوجب علينا الرد عليك في غضون 14 يومًا بعد تلقينا الطلب المقدم منك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعه منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه، فسنرد إليك ما دفعته خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي.
- **إذا رفضنا** طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن.

G5. تقديم طعن من المستوى 1

يُطلق على الطعن المقدم إلى خطتنا بشأن قرار بيان المزايا المغطاة للعقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare اسم **"إعادة البت" في الخطة.**

- ابدأ **الطعن العادي** أو **السريع** عن طريق الاتصال على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع، أو إرسال خطاب إلينا أو مراسلتنا عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي مقدم وصفات طبية آخر) القيام بذلك. يرجى إدراج اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بالطعن الذي تقدمه.
- يجب عليك طلب الطعن **خلال 65 يومًا من أيام التقويم الميلادي** من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.
- إذا لم تتمكن من الالتزام بالموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فقد نمنحك وقتًا إضافيًا لتقديم الطعن. من أمثلة الأسباب الوجيهة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك حول الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عند تقديم الطعن.
- يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. ويمكنك أيضًا أنت وطبيبك تقديم معلومات إضافية لدعم طعنك.

اطلب إجراء "طعن سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

يُطلق على الطعن السريع أيضًا اسم **"إعادة البت العاجلة".**

- إذا قمت بالطعن في قرار اتخذناه بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه، فستقرر أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.
- متطلبات الطعن السريع هي نفسها متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع. راجع **القسم G4** لمزيد من المعلومات.

ننظر في طعنك ونوافيك بالرد.

- نراجع طعنك ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك للتغطية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما **رفضنا** طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو مقدم الوصفات الطبية الآخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 1

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نوافيك بالرد **خلال 72 ساعة** من تلقي طعنك.
  - وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا لم نوافِك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

- إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا عليها في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك.
- إذا **رفضنا** طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.

المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 1

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافيك بالرد **في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي** من تلقينا طعنك بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه.
- سنمنحك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على العقار الدوائي وكانت حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا كنت تعتقد أن حالتك الصحية تتطلب ذلك، فاطلب إجراء طعن سريع.

- إذا لم نمنحك قرارًا في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه:

- يجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا عليها في أقرب وقت تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في فترة **لا تتعدى 7 أيام من أيام التقويم الميلادي** بعد تلقي طعنك.
- يجب علينا **أن نرسل إليك دفعة** مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته **في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد تلقي طعنك.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه:

- فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.
- يجب علينا الرد عليك بشأن سداد المبلغ الذي دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته **في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد تلقي طعنك.

- إذا لم نمنحك قرارًا في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

- إذا **وافقنا** على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا رد ما دفعته في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طلبك.
- إذا **رفضنا** طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.

G6. تقديم طعن من المستوى 2

إذا **رفضنا** طعنك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم طعن آخر. إذا قررت تقديم طعن آخر، فستتبع عملية الطعون من المستوى 2. تراجع **منظمة المراجعة المستقلة** قرارنا **برفض** طعنك الأول. وتقرر هذه المنظمة ما إذا كان ينبغي لنا تغيير قرارنا.

> الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو **"مؤسسة المراجعة المستقلة"**، واختصاره **"IRE".**

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر التواصل مع منظمة المراجعة المستقلة **كتابيًا** وطلب مراجعة حالتك.

- إذا **رفضنا** طعنك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن **تعليمات حول كيفية تقديم طعن من المستوى 2** إلى منظمة المراجعة المستقلة. توضح التعليمات من يمكنه تقديم الطعن من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم طعنًا إلى منظمة المراجعة المستقلة، فإننا نرسل المعلومات التي لدينا حول طعنك إلى المنظمة. تسمى هذه المعلومات "ملف القضية" الخاص بك. **لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف قضيتك**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف حالتك، اتصل بالرقم 888-466-22191-.
- لديك الحق في إعطاء منظمة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لدعم الطعن.

تراجع منظمة المراجعة المستقلة طعنك من المستوى 2 بشأن القسم D في برنامج Medicare وتوافيك بالرد كتابيًا. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات حول منظمة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 2

اطلب إجراء طعن سريع من منظمة المراجعة المستقلة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا وافقَت على الطعن السريع، فيجب أن توافيك بالرد **في غضون 72 ساعة** من تلقي طلب الطعن الخاص بك.
- إذا وافقَت على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا تقديم تغطية العقاقير الدوائية المعتمدة **خلال 24 ساعة** من الحصول على قرار منظمة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 2

إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 2، فيجب أن توافيك منظمة المراجعة المستقلة بالرد:

- **في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي** بعد تلقيها طعنك بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه.
- **في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد تلقي طعنك بشأن سداد ثمن عقار دوائي اشتريته.

إذا **وافقت** منظمة المراجعة المستقلة على طلبك كله أو جزء منه:

- يجب علينا تقديم تغطية العقاقير الدوائية المعتمدة **خلال 72 ساعة** من حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة.
- يجب علينا أن نرد إليك ما دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة.

- إذا **رفضت** منظمة المراجعة المستقلة طعنك، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم اعتماد طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".

إذا **رفضت** IRO طعنك من المستوى 2، فيحق لك تقديم طعن من المستوى 3 إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها تستوفي الحد الأدنى من القيمة المالية بالدولار. إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. وفي هذه الحالة، يكون قرار الطعن من المستوى 2 نهائيًا. ترسل إليك IRO خطابًا يبلغك بالحد الأدنى للقيمة المالية بالدولار اللازم لمواصلة الطعن من المستوى 3.

إذا كانت القيمة المالية بالدولار لطلبك تفي بالمتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الطعن أم لا.

- ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعون بعد المستوى 2.
- إذا **رفضت** منظمة المراجعة المستقلة طعنك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعون:
  - فإنه يرجع إليك القرار في ما إذا كنت تريد تقديم طعن من المستوى 3.
  - راجع الخطاب الذي أرسلته إليك منظمة المراجعة المستقلة بعد طعنك من المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم طعن من المستوى 3.

يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم مع الطعون من المستوى 3. راجع **القسم J** لمزيد من المعلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى

عند دخولك إلى أحد المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة لتغطيتنا واللازمة لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. لمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفيات التابعة لخطتنا، راجع **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك.

في أثناء إقامتك الخاضعة للتغطية في المستشفى، يتعاون طبيبك والعاملون في المستشفى معك للتحضير لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. ويساعدون أيضًا على ترتيب إجراءات الرعاية التي قد تحتاج إليها بعد المغادرة.

- يُطلق على اليوم الذي ستغادر فيه المستشفى اسم "ميعاد الخروج من المستشفى".
- سيخبرك طبيبك أو العاملون في المستشفى بميعاد خروجك من المستشفى.

إذا كنت تعتقد أنه قد طُلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا أو كنت قلقًا بشأن رعايتك بعد مغادرة المستشفى، فيمكنك طلب الإقامة لفترة أطول في المستشفى. يوضح هذا القسم كيفية طلب ذلك.

بغض النظر عن الطعون التي تمت مناقشتها في هذا **القسم H**، يمكنك أيضًا تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare

في غضون يومين من دخولك إلى المستشفى، سيقدم لك أحد الأشخاص في المستشفى، مثل الممرض أو مسؤول الحالة، إشعارًا كتابيًا بعنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". يحصل كل شخص لديه برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار عند دخوله إلى المستشفى.

إذا لم تحصل على الإشعار، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

- **اقرأ الإشعار** بعناية، واطرح ما لديك من أسئلة إذا لم تفهمه. يبلغك الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:
  - الحصول على الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare في أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. ويحق لك معرفة طبيعة هذه الخدمات، ومَن سيدفع تكلفتها، وأين يمكنك الحصول عليها.
  - المشاركة في أي قرارات بشأن مدة إقامتك في المستشفى.
  - معرفة الجهة التي يمكنك إبلاغها بأي استفسارات لديك بشأن جودة الرعاية المقدمة إليك في المستشفى.
  - تقديم طعن إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جدًا.
- **قم بالتوقيع على الإشعار** لإثبات استلامك له وفهمك حقوقك.
  - يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
  - إن توقيع الإشعار يوضح **فقط** أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك. **لا** يعني التوقيع أنك موافق على ميعاد الخروج من المستشفى الذي ربما أخبرك به طبيبك أو العاملون في المستشفى.
- **احتفظ بنسخة** من الإشعار الذي وقعت عليه حتى تكون لديك المعلومات إذا احتجت إليها.

إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من اليوم الذي تغادر فيه المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مسبقًا إذا:

- اتصلت بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصل ببرنامج Medicare على (1800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- قمت بزيارة www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

H2. تقديم طعن من المستوى 1

إذا أردت أن نوفر لك التغطية لخدمات تلقي العلاج داخل المستشفى لفترة أطول، يجب عليك تقديم طعن. تراجع منظمة تحسين الجودة (QIO) الطعن من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسبًا من الناحية الطبية.

QIO هي مجموعة من الأطباء واختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بفحص جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة على تحسينها. وهم لا يشكلون جزءًا من خطتنا.

في كاليفورنيا، منظمة تحسين الجودة هي Livanta. يمكنك الاتصال بها على الرقم [TTY: (855) 887-6668] 1123-588 (877). معلومات الاتصال موجودة أيضًا في الإشعار، "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك"، وفي **الفصل 2**.

اتصل بمنظمة تحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى وفي موعد لا يتجاوز الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى.

- **إذا اتصلت قبل المغادرة،** فيمكنك البقاء في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك من دون دفع التكاليف في أثناء انتظار قرار منظمة تحسين الجودة بشأن طعنك.
- إذا لم تتصل لتقديم الطعن، وقررت مواصلة الإقامة في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها، فقد يتعين عليك دفع كل تكاليف الرعاية المقدمة إليك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها.
- نظرًا إلى أن الإقامة في المستشفى خاضعة للتغطية من خلال كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، فإنه إذا لم تنظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة الإقامة في المستشفى، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، وينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

اطلب المساعدة إذا كنت في حاجة إليها. إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 0222-434-800-1.

اطلب إجراء مراجعة سريعة. تصرف بسرعة واتصل بمنظمة تحسين الجودة لطلب إجراء مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

> المصطلح القانوني **"للمراجعة السريعة"** هو **"المراجعة الفورية"** أو **"المراجعة العاجلة".**

ما يحدث في أثناء المراجعة السريعة

- يوجه المراجعون في منظمة تحسين الجودة لك أو مَن ينوب عنك استفسارات عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر بعد الميعاد المقرر بخروجك من المستشفى. لستَ ملزمًا بكتابة بيان، لكن يمكنك ذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها إليهم المستشفى وخطتنا.

- بحلول ظهر اليوم التالي لقيام المراجعين بإبلاغ خطتنا بشأن طعنك، ستتلقى خطابًا يتضمن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى. ويوضح الخطاب أيضًا الأسباب التي تجعلنا نحن وطبيبك والمستشفى نعتقد أن هذا هو الميعاد الصحيح والمناسب طبيًا لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لهذا التفسير الكتابي هو **"الإشعار التفصيلي للخروج من المستشفى".** يمكنك الحصول على نموذج عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

توافيك منظمة تحسين الجودة بردها على طعنك في غضون يوم كامل من الحصول على جميع المعلومات التي تحتاج إليها.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها تعتقد أن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسب طبيًا.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاصة بك ظهرًا في اليوم التالي لقيام منظمة تحسين الجودة بالرد على طعنك.
- قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد الظهر في اليوم التالي لقيام منظمة تحسين الجودة بالرد على طعنك.
- يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 إذا رفضت منظمة تحسين الجودة طعنك من المستوى 1 **وكنت** قد واصلت إقامتك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منه.

H3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. يمكنك الاتصال بها على الرقم [TTY: (855) 887-6668] 1123-588 (877).

يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد اليوم الذي **رفضت** فيه منظمة تحسين الجودة طعنك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة **إلا** إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بالآتي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
- إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- يجب علينا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض منظمة تحسين الجودة طعنك من المستوى 1.
- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1 ولن تغيره.
- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى **القسم E4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم مع الطعون من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية المتخصصة في مركز خدمات تمريض مهني.
- رعاية إعادة التأهيل بوصفك أحد مرضى العيادات الخارجية في مركز CORF المعتمد من برنامج Medicare. يعني هذا عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.

بالنسبة إلى أي نوع من أنواع الرعاية الثلاثة هذه، يحق لك الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية طالما قرر الطبيب أنك في حاجة إليها.

عندما نقرر وقف تغطية أي من هذه الخدمات، يجب علينا أن نخبرك بذلك **قبل** انتهاء الخدمات. عندما تنتهي تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن دفع تكلفتها.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، **فيمكنك الطعن في قرارنا.** يوضح هذا القسم كيفية طلب الطعن.

I1. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا ستتلقاه قبل يومين على الأقل من توقفنا عن دفع تكاليف رعايتك. ويسمى ذلك "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare". يوضح الإشعار التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية الطعن في قرارنا.

يجب عليك أنت أو مَن يمثلك التوقيع على الإشعار لإثبات استلامك إياه. يثبت توقيع الإشعار حصولك على المعلومات **فقط**. **ولا** يعني التوقيع موافقتك على قرارنا.

I2. تقديم طعن من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الطعن في قرارنا. يوضح هذا القسم عملية الطعن من المستوى 1 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. لذلك احرص على فهم المواعيد النهائية التي تنطبق على الإجراءات التي يتعين عليك اتخاذها والالتزام بها. يجب أن تلتزم خطتنا بالمواعيد النهائية أيضًا. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K** لمزيد من المعلومات حول الشكاوى.
- **اطلب المساعدة إذا كنت في حاجة إليها.** إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:
  - اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - اتصل بـ HICAP على الرقم 1-800-434-0222.
- **اتصل بمنظمة تحسين الجودة.**
  - راجع **القسم H2** أو راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول منظمة تحسين الجودة وكيفية الاتصال بها.
  - اطلب منهم مراجعة طعنك وتحديد ما إذا كان سيتم تغيير قرار خطتنا أم لا.
- **تصرف بسرعة واطلب إجراء "طعن سريع".** اسأل منظمة تحسين الجودة عما إذا كان من الملائم من الناحية الطبية أن نقوم بإنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي للاتصال بهذه المنظمة

- يجب عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة لبدء طعنك بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ سريان "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare" الذي أرسلناه إليك.
- إذا لم تنظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، أو ينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو **"إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare".** للحصول على نموذج منه، اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

ما يحدث في أثناء الطعن السريع

- يوجه المراجعون في منظمة تحسين الجودة لك أو مَن ينوب عنك استفسارات عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر. لستَ ملزمًا بكتابة بيان، لكن يمكنك ذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها إليهم خطتنا.
- ترسل إليك خطتنا أيضًا إشعارًا كتابيًا يشرح أسباب إنهائنا تغطية خدماتك. يصلك الإشعار بحلول نهاية اليوم الذي يبلغنا فيه المراجعون بطعنك.

المصطلح القانوني لتفسير الإشعار هو **"الشرح التفصيلي لعدم التغطية".**

- يقدم المراجعون قرارهم خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- سنقدم إليك الخدمات الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:

- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- نتوقف عن دفع تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- ستدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت الاستمرار في تلقي الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك.
- يرجع إليك القرار في ما إذا كنت تريد الاستمرار في تلقي هذه الخدمات وتقديم طعن من المستوى 2.

I3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. يمكنك الاتصال بها على الرقم .[TTY: (855) 887-6668] (877) 588-1123

يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي** بعد اليوم الذي **رفضت** فيه منظمة تحسين الجودة طعنك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة **إلا** إذا واصلت تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بالآتي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
- إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- سنرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء التغطية.
- سنقدم التغطية للرعاية ما دامت هذه الرعاية ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد منظمة تحسين الجودة هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:

- يعني هذا أنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تغيره.
- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
- يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم مع الطعون من المستوى 3. راجع **القسم J** لمزيد من المعلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

J. تصعيد الطعن إلى ما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare

إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2 بشأن خدمات أو عناصر مقدمة من برنامج Medicare وتم رفض كليهما، فقد يحق لك الانتقال إلى مستويات أخرى من الطعون.

إذا كانت القيمة المالية بالدولار للخدمة أو العنصر المقدم من برنامج Medicare الذي قدمت طعنًا بشأنه لا تطابق مبلغًا معينًا بالدولار كحد أدنى، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. إذا كانت القيمة المالية بالدولار مرتفعة بقدر كافٍ، فيمكنك مواصلة عملية الطعون. يوضح الخطاب الذي تتلقاه من منظمة المراجعة المستقلة بشأن الطعن من المستوى 2 الجهة التي يتعين عليك الاتصال بها والإجراءات التي يجب اتخاذها لطلب طعن من المستوى 3.

الطعن من المستوى 3:

إن عملية تقديم طعون من المستوى 3 هي جلسة استماع يرأسها قاضٍ متخصص في القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكِّم هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به، يحق لنا الطعن على قرار من المستوى 3 في صالحك.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الطعن من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر قرار الطعن من المستوى 4 قبل التصريح بالخدمة محل النزاع أو تقديمها.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحصول على قرار القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكِّم.

- في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكِّم هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به، قد لا تنتهي عملية الطعون.

- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع مجلس الطعون في Medicare (المجلس) الطعن الذي تقدمت به ويوافيك بالرد. إن المجلس جزء من الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد المجلس هو **قبول** الطعن من المستوى 4 الذي تقدمت به أو رفض طلبنا بمراجعة قرار الطعن من المستوى 3 الذي في صالحك، يحق لنا الانتقال إلى الطعن من المستوى 5.

- إذا قررنا **الطعن** على القرار، فسنعلمك بذلك كتابيًا.
- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحصول على قرار المجلس.

في حال كان رد المجلس هو **رفض** الطعن أو رفض طلبنا بالمراجعة، قد لا تنتهي عملية الطعون.

- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الطعن من المستوى 5 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

الطعن من المستوى 5

- سيراجع أحد قضاة محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات ويقرر **قبوله** أو **رفضه**. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعون أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية

تتمتع أيضًا بحقوق طعن أخرى إذا كان طعنك يتعلق بالخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج Medi-Cal عادةً. سيحيطك الخطاب الذي ستتلقاه من قسم جلسات الاستماع بالولاية علمًا بالإجراءات التي يجب اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون. إذا لم توافق على قرار جلسة الاستماع بالولاية وتريد تحديد قاضٍ آخر لمراجعة القرار، فيجوز لك طلب إعادة جلسة الاستماع و/أو طلب مراجعة قضائية.

لطلب إعادة جلسة الاستماع، أرسل طلبًا كتابيًا (خطابًا) بالبريد إلى:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

يجب إرسال هذا الخطاب في غضون 30 يومًا من إخطارك بالقرار. يمكن تمديد هذا الموعد النهائي حتى 180 يومًا إذا كان لديك سبب وجيه للتأخير.

اذكر في طلبك لإعادة جلسة الاستماع تاريخ إخطارك بالقرار وأسباب طلبك إعادة هذه الجلسة. إذا كنت تريد تقديم أدلة إضافية، فوضّح تلك الأدلة الإضافية واشرح أسباب عدم تقديمها من قبل ومدى إمكانية تغييرها للقرار. يمكنك الاتصال بقسم الخدمات القانونية للحصول على المساعدة.

لطلب مراجعة قضائية، يجب أن تقدم التماسًا إلى المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية، القسم 1094.5) في غضون عام واحد من إخطارك بالقرار. قدّم الالتماس للمحكمة العليا ملتزمًا بالمقاطعة المذكورة في القرار. ويمكنك تقديم هذا الالتماس دون طلب إعادة جلسة استماع. ولا يتم فرض رسوم على تقديم الالتماس. قد يحق لك الحصول على تعويض مناسب لأتعاب المحاماة والتكاليف المتحملة إذا أصدرت المحكمة قرارها النهائي لصالحك. إذا تم عقد إعادة جلسة الاستماع ولم توافق على قرار إعادة جلسة الاستماع، يمكنك طلب مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب إعادة جلسة استماع أخرى.

J3. مستويات الطعون 3 و4 و5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2، وتم رفض كليهما.

إذا كانت قيمة العقار الدوائي الذي قدمت طعنًا بشأنه تطابق مبلغًا معينًا بالدولار، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الطعون. يوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الطعن من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها والإجراءات التي يجب اتخاذها لطلب طعن من المستوى 3.

الطعن من المستوى 3:

إن عملية تقديم طعون من المستوى 3 هي جلسة استماع يرأسها قاضٍ متخصص في القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكِّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكِّم هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- ستنتهي عملية الطعون.
- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.

في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكِّم هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به، قد لا تنتهي عملية الطعون.

- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع المجلس الطعن الذي تقدمت به ويوافيك بالرد. إن المجلس جزء من الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد المجلس هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- ستنتهي عملية الطعون.

- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.

في حال كان رد المجلس هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به، قد لا تنتهي عملية الطعون.

- إذا قررت **قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الطعن من المستوى 5 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

الطعن من المستوى 5

- سيراجع أحد قضاة محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات ويقرر **قبوله** أو **رفضه**. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعون أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

K. كيفية تقديم شكوى

K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها

لا تُستخدم عملية تقديم الشكوى إلا مع أنواع معينة من المشكلات، مثل المشكلات التي تتعلق بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. ترد أدناه أمثلة على أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكوى.

الشكوى:	مثال:
جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها	• لستَ راضيًا عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن شخصًا ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو أنه كشف معلومات سرية خاصة بك.
عدم الاحترام أو مستوى الجودة الضعيف في خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	• تعامل معك أحد موفري الرعاية الصحية أو الموظفين بطريقة غير مهذبة أو غير محترمة. • تعامل معك موظفونا بطريقة سيئة. • تعتقد أنه يتم إجبارك على الخروج من خطتنا.

الشكوى:	مثال:
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	• لا يمكنك الوصول فعليًا (بسبب إعاقة جسدية على سبيل المثال) إلى خدمات الرعاية الصحية والإمكانات المتاحة في عيادة الطبيب أو مقر موفر الرعاية. • لا يوفر الطبيب أو موفر الرعاية مترجمًا فوريًا للغة غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). • لا يقدم إليك موفر الرعاية وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	• تواجه مشكلة في تحديد موعد أو تنتظر وقتًا أطول من اللازم لتحديده. • يتركك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو موظفو خدمة العملاء أو غيرهم من الموظفين في الخطة منتظرًا لفترة أطول من اللازم.
مستوى النظافة	• تظن أن المركز الطبي أو عيادة الطبيب ليست نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها من قِبلنا	• تعتقد أننا فشلنا في إرسال أحد الإشعارات أو الخطابات التي يجب أن تتسلمها. • تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جدًا فهمها.
الالتزام بالمواعيد في ما يتعلق بقرارات بيان المزايا المغطاة أو الطعون	• تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الرد على طعن تقدمت به. • تعتقد أننا، بعد حصولك على قرار بيان المزايا المغطاة أو قرار متعلق بالطعن لصالحك، لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها لك أو رد المبلغ الذي تستحقه نظير خدمات طبية معينة. • لا تعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة في الوقت المناسب.

ثمة أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدَّم الشكوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها من قِبلها. بينما تُقدَّم الشكوى الخارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا وتتم مراجعتها من قِبلها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (711 :TTY) 1-800-452-4413.

المصطلح القانوني "للشكوى" هو **"التظلم"**.

المصطلح القانوني "لتقديم شكوى" هو **"تقديم تظلم"**.

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم يكن الأمر يتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare. إذا كانت الشكوى تتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare، فيجب عليك تقديمها **في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي** من مواجهة المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان الأمر يتطلب إجراء أي شيء آخر، فسيخبرك موظفو خدمات العملاء بذلك.
- كذلك، يمكنك تحرير الشكوى وإرسالها إلينا. وإذا أرسلت الشكوى كتابيًا، فسنوافيك بالرد عليها كتابيًا أيضًا.
- إليك كيف يسير الأمر:
  - الخطوة 1: تقديم تظلم
  - لبدء العملية، اتصل بممثل خدمة العملاء في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحدث واطلب تقديم تظلم. يمكنك أيضًا تقديم تظلم كتابيًا في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحدث عن طريق إرساله إلى:

    Blue Shield TotalDual Plan
    Appeals & Grievances Department
    P.O. Box 927
    Woodland Hills CA 91365-9856
    الفاكس: (916) 350-6510
  - في حال التواصل معنا عن طريق الفاكس أو البريد، يرجى الاتصال بنا لطلب نموذج الطعون والتظلم الخاص بـBlue Shield TotalDual Plan. سنرسل إليك خطابًا يُعلمك باستلامنا إشعار مشكلتك في غضون 5 أيام من أيام التقويم الميلادي وسنمنحك اسم الشخص الذي يعمل على حلها. سنحل المشكلة عادةً خلال 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي.
  - إذا طلبت "تظلمًا عاجلاً" لأننا قررنا عدم منحك "قرارًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا"، فسنرسل طلبك إلى مدير شؤون طبية لم يشارك في قرارنا الأصلي. قد نسألك عما إذا كانت لديك معلومات إضافية لم تكن متوفرة في الوقت الذي طلبت فيه "قرارًا أوليًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا". سيراجع مدير الشؤون الطبية طلبك ويحدد ما إذا كان قرارنا الأصلي مناسبًا. وسنرسل إليك خطابًا يتضمن قرارنا خلال 24 ساعة من طلبك "تظلمًا عاجلاً". يجب علينا النظر في تظلمك بالسرعة التي تتطلبها حالتك بناءً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تلقي شكواك.

الخطوة 2: جلسة استماع التظلم

- إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن التظلم المتعلق بمشكلة جودة الرعاية، فيمكنك تقديم طلب كتابي إلى قسم الطعون والتظلمات الخاص ببرنامج Blue Shield Medicare لعقد جلسة استماع للتظلم. سنشكل لجنة للاستماع إلى حالتك في غضون 31 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تقديم طلبك الكتابي. وستتم دعوتك لحضور جلسة الاستماع التي تضم طبيبًا معالجًا غير مشارك وممثلاً عن قسم قرارات الطعون والتظلمات. يمكنك الحضور شخصيًا أو عن بُعد. بعد جلسة الاستماع، سنرسل إليك خطابًا بالقرار النهائي.
- إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن التظلم الذي لا يتضمن جودة الرعاية، مثل أوقات الانتظار أو عدم الاحترام أو خدمة العملاء أو مستوى النظافة، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan لطلب إجراء مراجعة إضافية.

المصطلح القانوني "للشكوى السريعة" هو **"التظلم العاجل".**

سنرد عليك فورًا إن أمكن. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من الرد عليك في المكالمة الهاتفية نفسها. وإذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. إذا لم نتخذ قرارًا في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي لأننا بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنخطرك بذلك كتابيًا. نقدم إليك أيضًا تحديث الحالة والوقت المقدَّر لحصولك على الرد.
- إذا قدمت شكوى بسبب رفضنا طلبك بالحصول على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" أو "طعن سريع"، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك في غضون 24 ساعة.
- إذا قدمت شكوى لأننا استغرقنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك في غضون 24 ساعة.

إذا لم نوافق على جزء من شكواك أو شكواك بالكامل، فسنُعلمك بذلك ونوافيك بالأسباب. وسنوافيك بالرد سواء بالموافقة على شكواك أو عدم الموافقة عليها.

K3. الشكاوى الخارجية

برنامج Medicare

يمكنك إخطار برنامج Medicare بشكواك أو إرسالها إليه. يتوفر نموذج شكاوى Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. لا يلزم تقديم شكوى إلى Blue Shield TotalDual Plan قبل تقديم شكوى إلى برنامج Medicare.

يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكاوى باهتمام ويستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة خدمات برنامج Medicaree.

إذا كانت لديك أي تعليقات أو استفسارات أخرى، أو إذا كنت تشعر بأن الخطة الصحية لا توفر حلاً لمشكلتك، فيمكنك أيضًا الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS) عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711. ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). إن DMHC هي المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. يمكنك الاتصال بمركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا للحصول على مساعدة بخصوص شكواك في ما يتعلق بخدمات برنامج Medi-Cal. بالنسبة إلى المسائل غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا إذا كنت لا توافق على القرار المتخذ في الطعن من المستوى 1 أو إذا لم تحل الخطة شكواك بعد 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. ومع ذلك، يمكنك الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا من دون تقديم طعن من المستوى 1 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص شكوى تتعلق بمشكلة عاجلة أو مشكلة تنطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تحل خطتنا شكواك بعد 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي.

إليك طريقتين للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل برقم 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TTY للهاتف المجاني 1-877-688-9891. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (www.dmhc.ca.gov).

مكتب الحقوق المدنية (OCR)

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (HHS) إذا كنت تعتقد أنه لم يتم التعامل معك بصورة عادلة. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى بشأن عدم القدرة على الوصول إلى الخدمات بسبب إعاقة أو بشأن المساعدة اللغوية. رقم هاتف مكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. لمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr .

يمكنك أيضًا التواصل مع مكتب الحقوق المدنية المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مركز الاستجابة للعملاء: 1019-368 (800)
الفاكس: 3818-619 (202)
TTY: 7697-537 (800)
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

قد تتوفر لك أيضًا حقوق بموجب قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA) وبموجب تعديلات القانون لعام 2008 (القانون العام، 325-110). يمكنك الاتصال ببرنامج Medi-Cal Ombuds للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-888-452-8609.

QIO

إذا كانت الشكوى التي تقدمها بخصوص جودة الرعاية، فسيكون أمامك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة مباشرةً.
- يمكنك تقديم شكواك إلى منظمة تحسين الجودة وإلى خطتنا. إذا قدمت شكوى إلى منظمة تحسين الجودة، فسنتعاون معها لحل شكواك.

إن منظمة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية نظير قيامهم بفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى المسجلين في برنامج Medicare وتحسينها. لمعرفة مزيد من المعلومات عن منظمة تحسين الجودة، راجع **القسم H2** أو **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء*.

في كاليفورنيا، يُطلق على منظمة تحسين الجودة اسم Livanta. رقم هاتف Livanta هو (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية المتاحة لك بعد إلغاء تسجيلك في خطتنا. وفي حال إلغاء تسجيلك في خطتنا، ستظل مشتركًا في برنامجي Medicare وMedi-Cal ما دمت مؤهلاً. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء* لديك.

جدول المحتويات

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا 219

B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا 220

C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل 220

C1. **خدمات برنامج** Medicare **الخاصة بك** 220

C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك 224

D. العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا 224

E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا 225

F. قواعد عدم مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة 226

G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا 226

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة 226

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج Medi-Cal، تتوفر لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل السنوية** التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **Medicare Advantage (MA) فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس أيضًا للمستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في خطة، من شهر الاستحقاق للقسمين A وB حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، عندما:

- تنتقل إلى منطقة خارج نطاق منطقة خدمتنا،
- يتم تغيير أهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، **أو**
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق تمريض أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى حاليًا رعاية بها أو انتقلت للتو منه.

ستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فستنتهي التغطية التي تحصل عليها من خطتنا في 31 يناير. وستبدأ التغطية الجديدة الممنوحة لك في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير في هذا المثال).

إذا تركت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول في **القسم C1**.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في **القسم C2.**

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن كيفية إنهاء عضويتك عن طريق الاتصال بـ: خدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. رقم مستخدمي TTY مدرج أيضًا.

- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP. خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.

- مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م أو عبر البريد الإلكتروني MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملحوظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة العقاقير الدوائية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* للحصول على معلومات عن برامج إدارة العقاقير الدوائية.

B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك التسجيل في خطة أخرى لبرنامج Medicare أو التبديل إلى Original Medicare. ومع ذلك، إذا كنت تريد التبديل من خطتنا إلى Original Medicare ولكنك لم تحدد خطة منفصلة للعقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، فيجب عليك أن تطلب إلغاء الاشتراك من خطتنا. ثمة طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء الاشتراك:

- يمكنك تقديم طلب إلينا كتابيًا. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.
- يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. عندما تتصل بالرقم 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضًا الاشتراك في خطة أخرى من برنامج Medicare للخدمات الصحية أو العقاقير الدوائية. ويتوفر مزيد من المعلومات عن الحصول على خدمات برنامج Medicare عند إلغاء التسجيل في خطتنا في الجدول الموجود في الصفحة 242.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- يتضمن القسم C أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للاشتراك في خطة مختلفة، ما سيؤدي أيضًا إلى إنهاء عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل

تتوفر لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal إذا اخترت إلغاء التسجيل في خطتنا.

C1. خدمات برنامج Medicare الخاصة بك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare مدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل السنوية** و**فترة التسجيل المفتوحة ضمن Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في **القسم A**. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

1- يمكنك التغيير إلى: **Medicare Medi-Cal (Medi-Medi Plan) هي أحد أنواع خطط Medicare Advantage Plan. وهي مخصصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. Medi-Medi Plans تنسق جميع المزايا والخدمات عبر البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة للتغطية ضمن برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.** **ملحوظة:** مصطلح Medi-Medi Plan هو اسم خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP) في كاليفورنيا.	**إليك كيفية إجراء ذلك:** يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** الاشتراك في خطة Medi-Medi الجديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك لتتطابق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.

2- يمكنك التغيير إلى: **Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare**	**إليك كيفية إجراء ذلك:** يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة للعقاقير المقررة بوصفة طبية. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.

3- يمكنك التغيير إلى: **Original Medicare من دون خطة منفصلة للعقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare** **ملحوظة:** إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare، ولم تشترك في خطة منفصلة للعقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، فقد يجعلك برنامج Medicare تشترك في إحدى خطط العقاقير الدوائية ما لم تُطلع برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها. يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للعقاقير الدوائية، اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.	**إليك كيفية إجراء ذلك:** يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.

4. يمكنك التغيير إلى: **أي خطة صحية من برنامج Medicare** خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل السنوية** و**فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.	**إليك كيفية إجراء ذلك:** يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. يمكن أن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

للأسئلة عن كيفية الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal بعد إلغاء التسجيل في خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.

D. العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا

إذا ألغيت التسجيل في خطتنا، فقد يستغرق إنهاء عضويتك وبدء تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal الجديدة لك بعض الوقت. وفي أثناء هذه الفترة ستظل تحصل على العقاقير المقررة بوصفة طبية والرعاية الصحية الخاصة بك من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استعن بموفري الرعاية التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا، بما في ذلك من خلال خدمات صيدليات التوصيل إلى المنزل لصرف وصفاتك الطبية.
- إذا تم احتجازك في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في خطة Shield TotalDual Plan، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تخرج منه. سيحدث هذا حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- إذا حدث انقطاع في التغطية التي تحصل عليها بالقسمين A وB في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، يمكنك الاستمرار مؤقتًا في خطتنا مع مزايا برنامج Medicare، يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول تحديد الفترة.
  - يجب أن يكون المستفيدون من برنامج Medicare الذين يشتركون في Blue Shield TotalDual Plan مؤهلين لكل من القسمين A وB في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid). إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid)، فسنخطرك بفقدان حالة برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) وسنستمر في تغطية مزايا برنامج Medicare الخاصة بك حتى تتمكن من إعادة التأهل لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) خلال الـ 6 أشهر المقبلة بعد الإخطار بفقدان حالة ذوي الاحتياجات الخاصة. قد تلاحظ زيادة في التكاليف النثرية (قيمة المشاركة في التأمين أو حصة المشاركة في الدفع أو أقساط التأمين أو المبالغ المستقطعة) خلال الـ 6 أشهر التي لا تزال فيها مشتركًا في الخطة ولكن ليست لديك تغطية برنامج Medi-Cal.
  - نتيح الفرصة للتبديل إلى إحدى خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة. يتم تقديم خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة إلى المستفيدين الذين يحق لهم الحصول على كل من القسمين A وB في برنامج Medicare، ولكن ليست لديهم مزايا برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid). يسمح برنامج Medicare بفترة تسجيل خاصة (SEP) للمستفيدين من برنامج Medicare الذين لم يعودوا مؤهلين لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid).
  - إذا لم تتم إعادة تأهلك لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) أو إذا قبلت فرصة التبديل إلى خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة في غضون 6 أشهر من الإخطار بفقدان حالة ذوي الاحتياجات الخاصة، فسيتم إلغاء اشتراكك قسريًا في Blue Shield TotalDual Plan.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا.

- إذا انتقلت إلى منطقة خارج نطاق خدمتنا لمدة تزيد عن ستة أشهر.
  - إذا انتقلت إلى منطقة ما أو سافرت في رحلة تستغرق فترة طويلة، فاتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تتنقل فيه أو تسافر إليه يقع في منطقة خدمتنا أم لا.
- إذا كنت مسجونًا أو محبوسًا لارتكاب جريمة جنائية.
- إذا كذبت أو حجبت معلومات بشأن تأمين آخر تشترك به ويوفر لك تغطية للأدوية المقررة بوصفة طبية.
- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو لم تكن موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
  - يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة لتكون عضوًا في خطتنا.
  - تخطرنا مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضوًا على هذا الأساس.
  - يجب علينا إلغاء اشتراكك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

لا يمكننا إلغاء تسجيلك في خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على تصريح من برنامجيّ Medicare وMedi-Cal أولاً:

- إذا قدمت إلينا معلومات غير صحيحة عن عمد عند اشتراكك في خطتنا وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك لخطتنا.
- إذا واصلت التصرف بطريقة فوضوية، وتسببت هذه الطريقة في صعوبة توفير الرعاية الطبية لك ولأعضاء آخرين في خطتنا.
- إذا سمحت لأحدٍ غيرك باستخدام بطاقة معرف عضويتك لتلقي الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب).

F. قواعد عدم مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يمكننا مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك إلغاء التسجيل في خطتنا لسبب يتعلق بالصحة، **فاتصل ببرنامج Medicare** على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فإنه يتعين علينا إخطارك بأسباب ذلك كتابيًا. يجب علينا أيضًا أن نوضح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك أيضًا الرجوع إلى **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. ترد المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. إشعار بشأن القوانين 228

B. إشعار بشأن عدم التمييز 228

C. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع و برنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات 229

D. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من تركات الأعضاء 229

E. استخدام *كتيب الأعضاء* 229

F. تعاون الأعضاء 230

G. التنازل 230

H. مسؤولية صاحب العمل 230

I. مسؤولية الوكالة الحكومية 230

J. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية 230

K. مزايا تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل 230

L. استرداد المدفوعات الزائدة 230

M. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك 231

N. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية 231

O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام 232

A. إشعار بشأن القوانين

تُطبق العديد من القوانين على *كتيب الأعضاء* هذا. قد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى في حال عدم احتواء *كتيب الأعضاء* على نصوص القوانين أو شرحها. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة ببرنامجيْ Medicare وMedi-Cal. قد يتم أيضًا تطبيق قوانين أخرى من القوانين الاتحادية والقوانين الخاصة بالولاية.

B. إشعار بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز أو نعاملك بطريقة مختلفة بسبب عنصرك أو انتمائك العرقي أو أصلك القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو نوعك أو عمرك أو توجهك الجنسي أو إعاقتك العقلية أو الجسدية أو حالتك الصحية أو سِجل المطالبات الخاص بك أو تاريخك الطبي أو معلوماتك الجينية أو إثبات قابليتك للتأمين أو موقعك الجغرافي داخل منطقة الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، لا نمارس التمييز بشكل غير قانوني أو نستبعد أشخاصًا أو نفرق بينهم في المعاملة على أساس النسب أو تحديد المجموعة العرقية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

في حال كنت تريد الاطلاع على مزيد من المعلومات أو كانت لديك استفسارات تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية على الرقم 1019-368-800-1. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 7697-537-800-1. لمزيد من المعلومات، يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr.
- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 7370-440-916. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، اتصل بـ:
  - أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى: CivilRights@dhcs.ca.gov
  - املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
تتوفر نماذج الشكاوى على: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

إذا كان تظلمك يتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:

- عبر الهاتف: اتصل على الرقم 7370-440-916. إذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السماع جيدًا، يرجى الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- كتابيًا: املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج استمارات الشكاوى على الرابط
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونيًا: يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو موفر الرعاية، فاتصل بخدمة العملاء. وإذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق باستخدام كرسي متحرك، فبإمكان خدمة العملاء مساعدتك.

C. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع و برنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات

أحيانًا، يتعين على شخص آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها إليك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة أو إذا أُصِبت في أثناء العمل فيتعين على جهة التأمين أو جهة تعويض العمال الدفع أولاً.

لدينا الحق في جمع تكاليف خدمات برنامج Medicare الخاضعة للتغطية والتي لا يُعَد برنامج Medicare الجهة الأولى المسؤولة عن الدفع نظير توفيرها، ونتحمل المسؤولية عن ذلك.

نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية في ما يتعلق بالمسؤولية القانونية التي يتحملها الأطراف الخارجيون لتوفير خدمات الرعاية الصحية للأعضاء. ونتخذ كل الإجراءات المناسبة لضمان أن يكون برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات.

D. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من تركات الأعضاء

يجب أن يحصل برنامج Medi-Cal على مدفوعات من الممتلكات المثبتة لبعض الأعضاء المتوفين نظير مزايا برنامج Medi-Cal التي حصلوا عليها في سن 55 عامًا أو بعد ذلك. يشمل مبلغ السداد الرسوم مقابل الخدمات وأقساط الرعاية المُدارة/مدفوعات التعويض الفردي لخدمات مراكز التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات المستشفى والعقاقير المقررة بوصفة طبية ذات الصلة التي حصل عليها العضو عندما كان يتلقى العلاج داخل مركز خدمات تمريض أو يتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ السداد قيمة ممتلكات العضو المثبتة.

لمعرفة مزيد من المعلومات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني لاسترداد المستحقات من التركات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل بالرقم 916-650-0590.

E. استخدام *كتيب الأعضاء*

ربما نلجأ لاستخدام سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز الاستخدام المنظم والفعال *لكتيب الأعضاء* هذا.

F. تعاون الأعضاء

يجب عليك إكمال أي طلبات ونماذج وبيانات ونشرات وتصريحات ونماذج امتياز وأي مستندات أخرى نطلبها في سياق الأعمال الطبيعي أو كما هو محدد في *كتيب الأعضاء* هذا.

G. التنازل

لا يجوز لك التنازل *عن كتيب الأعضاء* هذا أو أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالأموال المستحقة أو المزايا أو الالتزامات الواردة في هذه الوثيقة من دون الحصول على موافقة كتابية مسبقة من جانبنا.

H. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة إلى أي خدمات يُلزم القانون صاحب العمل بتقديمها، لن ندفع إلى صاحب العمل نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من صاحب العمل.

I. مسؤولية الوكالة الحكومية

بالنسبة إلى أي خدمات يشترط القانون تقديمها من قِبل وكالة حكومية أو تلقيها منها فقط، لن ندفع إلى الوكالة الحكومية نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من الوكالة الحكومية.

J. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة إلى أي خدمات للحالات التي يُلزم القانون وزارة شؤون المحاربين القدامى بتقديمها، لن ندفع إلى وزارة شؤون المحاربين القدامى نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من وزارة شؤون المحاربين القدامى.

K. مزايا تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل

قد تكون مؤهلاً للحصول على مدفوعات أو مزايا أخرى بموجب قانون تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل. سنقدم أدوية القسم D الخاضعة للتغطية حتى لو لم يكن من الواضح ما إذا كان يحق لك الحصول على المزايا، ولكننا قد نقوم باسترداد قيمة أي من الخدمات الخاضعة للتغطية من المصادر الآتية:

1. من أي مصدر يقدم المزايا أو تستحق منه المزايا.

2. منك، إلى الحد الذي يتم به تقديم المزايا أو تكون به قابلة للدفع أو كان سيكون من المطلوب تقديمها أو دفعها إذا كنت قد سعيت بجد لإثبات حقوقك في المزايا بموجب أي قانون لتعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل.

L. استرداد المدفوعات الزائدة

يجوز لنا استرداد أي مدفوعات زائدة ندفعها مقابل الخدمات من أي شخص يتلقى مثل هذه المدفوعات الزائدة أو من أي شخص أو منظمة ملزمة بالدفع مقابل الخدمات.

M. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك

إذا أُصِبت أو أصبحت مريضًا بسبب فعل شخص آخر ("طرف ثالث / جهة خارجية") أو إغفال منه، فيجب على Blue Shield، في ما يتعلق بالخدمات المطلوبة نتيجة تلك الإصابة، توفير مزايا الخطة ويكون لها حق عادل في الاسترداد أو السداد أو وسيلة انتصاف أخرى متاحة لاسترداد المبالغ التي دفعتها Blue Shield مقابل الخدمات المقدمة إليك من أي استرداد (محدد أدناه) تم الحصول عليه بواسطتك أو بالنيابة عنك، من الجهة الخارجية المسؤولة عن الإصابة أو المرض أو بالنيابة عنها أو من تغطية سائق غير مؤمن عليه/مؤمن عليه بشكل غير كافٍ.

يتعلق هذا الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بأي استرداد تتلقاه نتيجة الإصابة أو المرض، بما في ذلك أي مبلغ يُمنح أو يتم الحصول عليه عن طريق حكم المحكمة أو قرار التحكيم أو التسوية أو أي ترتيب آخر، من أي جهة خارجية أو شركة التأمين على الجهة الخارجية، أو من تغطية سائق غير مؤمن عليه أو مؤمن عليه بشكل غير كافٍ، في ما يتعلق بالمرض أو الإصابة ("الاسترداد")، بغض النظر عما إذا كنت قد "شُفيت" من خلال الاسترداد. يتعلق الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بذلك الجزء من إجمالي مبلغ الاسترداد المستحق للمزايا المدفوعة في ما يتعلق بهذه الإصابة أو المرض، الذي يتم حسابه وفق المادة 3040 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا.

مطلوب منك:

1. إخطار Blue Shield كتابيًا بأي مطالبة أو إجراء قانوني فعلي أو محتمل تتوقع اتخاذه أو قد اتخذته ضد الجهة الخارجية نتيجة الأفعال أو الإغفالات المزعومة التي سببت الإصابة أو المرض، في موعد لا يتجاوز 30 يومًا بعد تقديم المطالبة أو الإجراء القانوني أو اتخاذهما ضد الجهة الخارجية؛

2. الموافقة على التعاون الكامل وتقديم أي نماذج أو مستندات مطلوبة لإنفاذ هذا الحق في الاسترداد أو التعويض أو غيرها من سبل الانتصاف المتاحة؛

3. الموافقة كتابيًا على تعويض Blue Shield عن المزايا التي دفعتها Blue Shield من أي استرداد عندما يتم الاسترداد من الجهة الخارجية أو من ينوب عنها أو شركة التأمين الخاصة بالجهة الخارجية، أو من تغطية السائق غير المؤمن عليه أو المؤمن عليه بشكل غير كافٍ؛

4. تقديم رهن محسوب وفق المادة 3040 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا. يجوز تقديم الرهن إلى الجهة الخارجية، أو وكيل الجهة الخارجية أو محاميها، أو إلى المحكمة، ما لم يحظر القانون ذلك؛

5. الرد بشكل دوري على طلبات المعلومات المتعلقة بالمطالبة المرفوعة ضد الجهة الخارجية، وإخطار Blue Shield كتابيًا، في غضون عشرة (10) أيام بعد الحصول على أي استرداد.

عدم التزامك بالبنود من 1 إلى 5 الواردة أعلاه لا يمثل بأي حال من الأحوال تنازلاً أو إعفاءً أو تخليًا عن حقوق Blue Shield.

N. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية

تشارك Blue Shield في برنامج Manifest MedEx لتبادل المعلومات الصحية ("HIE") ما يجعل المعلومات الصحية الخاصة بأعضائها متاحة لـ Manifest MedEx ليتمكن موفرو الرعاية الصحية المعتمدون من الوصول إليها. تُعَد Manifest MedEx منظمة مستقلة غير ربحية تحتفظ بقاعدة بيانات على مستوى الولاية لسجلات المرضى الإلكترونية التي تتضمن المعلومات الصحية التي يسهم بها الأطباء ومرافق الرعاية الصحية وخطط خدمات الرعاية الصحية وشركات التأمين الصحي. يمكن لموفري الرعاية الصحية

المعتمدين (بما في ذلك الأطباء والممرضات والمستشفيات) الوصول بشكل آمن إلى المعلومات الصحية لمرضاهم من خلال برنامج Manifest MedEx HIE لدعم توفير رعاية آمنة وعالية الجودة.

تحترم Manifest MedEx حق الأعضاء في الخصوصية وتتبع قوانين الخصوصية المعمول بها الفيدرالية والخاصة بالولاية. تستخدم Manifest MedEx أنظمة أمان متقدمة وأساليب حديثة لتشفير البيانات من أجل حماية خصوصية الأعضاء وأمن معلوماتهم الشخصية.

يحق لكل عضو في Blue Shield توجيه Manifest MedEx إلى عدم مشاركة معلوماته الصحية مع موفري الرعاية الصحية التابعين لها. على الرغم من أن إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx قد يحد من قدرة موفر الرعاية الصحية الخاص بك على الوصول بسرعة إلى معلومات الرعاية الصحية المهمة عنك، فإن تغطية التأمين الصحي أو ميزة الخطة الصحية للعضو لن يتأثرا باختيار إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx. لن يرفض أي طبيب أو مستشفى مشارك في Manifest MedEx الرعاية الطبية للمريض الذي يختار عدم المشاركة في برنامج Manifest MedEx HIE.

يجب على الأعضاء الذين لا يرغبون في عرض معلومات الرعاية الصحية الخاصة بهم في Manifest MedEx ملء النموذج عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني https://www.manifestmedex.org/opt-out أو الاتصال بـ Manifest MedEx على الرقم 7142-510 (888) من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ من الاثنين إلى الجمعة. TTY: 711 لضعاف السمع.

O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام

ما المقصود بالاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام (FWA)؟

- **الاحتيال** هو تحريف متعمد قد يؤدي إلى تكاليف غير مصرح بها لبرنامج رعاية صحية.
- **التبديد** هو الاستخدام غير المناسب لأموال الرعاية الصحية أو مواردها من دون حاجة مبررة إلى القيام بذلك.
- **إساءة الاستخدام** هي ممارسة لا تتفق مع الممارسات الطبية أو التجارية السليمة التي قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى تكاليف غير ضرورية لبرنامج الرعاية الصحية.

حماية نفسك والمزايا الخاصة بك

- لا تصرح أبدًا بأرقام الضمان الاجتماعي أو برنامج Medicare أو الخطة الصحية أو المعلومات المصرفية الخاصة بك إلى شخص لا تعرفه.
- لا توافق على إجراء أي فحوصات مخبرية من دون طلب من طبيبك.
- من غير القانوني قبول أي شيء ذي قيمة مقابل الخدمات الطبية.

احذر من الاحتيال بالاختبارات الجينية

يقترب المحتالون من المشتركين غير المتشككين في مهرجانات الصحة المحلية، ومرافق إسكان كبار السن والمراكز المجتمعية ووكالات الصحة المنزلية وغيرها من المواقع الموثوقة لتنفيذ عمليات احتيال بالاختبارات الجينية. ويعِدون كذبًا بأن برنامج Medicare سيدفع مقابل الاختبار، وتحتاج ببساطة إلى تقديم مسحة الخد وهويتك ومعلومات Medicare من أجل الحصول على نتائج الاختبار الخاصة بك.

لسوء الحظ، فقد أصبح لدى هؤلاء المحتالين الآن رقم خطتك الصحية أو رقم برنامج Medicare الخاص بك، ويمكنهم إرسال الفواتير إلى Medicare بآلاف الدولارات مقابل اختبارات أو حتى خدمات لم تتلقها أبدًا. ولديهم أيضًا معلوماتك الجينية الشخصية.

للإبلاغ عن حالات الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام المشتبه بها، يرجى الاتصال بـ:

- **الخط الساخن لمكافحة الاحتيال الخاص ببرنامج Medicare التابع لـ Blue Shield of California:**
  (855) 331-4894 (TTY: 711) أو عبر البريد الإلكتروني: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

- **Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE**، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال أيام الأسبوع (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048).

الفصل 12: تعريفات المفردات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الأساسية المستخدمة في *كتيب الأعضاء* الخاص بك مع تعريفاتها. ويتم سرد المصطلحات حسب الترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمة العملاء.

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأمور التي يقوم بها الأشخاص في الأيام العادية، مثل تناول الطعام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو غسل الأسنان.

قاضي القانون الإداري: القاضي الذي يراجع الطعن من المستوى 3.

برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS) على الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) المنقذة للحياة.

مركز جراحات اليوم الواحد: مرفق يقدم خدمات الجراحات بالعيادة الخارجية لمرضى ليسوا بحاجة إلى رعاية صحية داخل المستشفى ولا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية الصحية.

الطعن: وسيلة متاحة لك للطعن على الإجراءات التي نتخذها إذا اعتقدت أننا أخطأنا في قراراتنا. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* يشرح الطعون، بما في ذلك كيفية تقديم طعن.

الصحة السلوكية: مصطلح شامل يشير إلى خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات.

المنتج الحيوي: دواء مقرر بوصفة طبية مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات الحيوية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك يطلق على الأشكال البديلة مسمى البدائل الحيوية. (انظر أيضًا "المنتج الحيوي الأصلي" و"البديل الحيوي").

البديل الحيوي: دواء بيولوجي مماثل جدًا، ولكنه غير مطابق، للمنتج الحيوي الأصلي. تعتبر البدائل الحيوية آمنة وفعالة مثل المنتج الحيوي الأصلي. يمكن أن يتم استبدال بعض البدائل الحيوية للمنتج الحيوي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انظر "البدائل الحيوية القابلة للتبادل").

دواء ذو علامة تجارية: عقار مقرر بوصفة طبية يتم تصنيعه وبيعه بواسطة الشركة التي صنعت العقار الدوائي في الأساس. تحتوي الأدوية ذات العلامة التجارية على نفس مكونات الأنواع المماثلة (البديلة) من الأدوية. ويتم تصنيع الأدوية المماثلة (البديلة) وبيعها بواسطة شركات عقاقير دوائية أخرى في العادة.

منسق الرعاية: شخص واحد يُعد المسؤول الرئيسي ويتعامل معك ومع الخطة الصحية ومع موفري الرعاية لك للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (خدمات CPO): خدمات إضافية اختيارية في خطة الرعاية الفردية (ICP) الخاصة بك. ولا تُعد هذه الخدمات بديلة للخدمات وأشكال الدعم على المدى الطويل المصرح لك بتلقيها بموجب برنامج Medi-Cal.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (اختصارًا CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يشرح **الفصل** 2 من *كتيب الأعضاء* كيفية الاتصال بمراكز خدمات Medicare وMedicaid.

الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS): برنامج خدمات مقدّم من خلال منشأة لمرضى العيادات الخارجية لتقديم الرعاية التمريضية المتخصصة والخدمات الاجتماعية والعلاج المهني والتخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية وخدمات النقل وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الشكوى: بيان مكتوب أو منطوق يوضح أن لديك مشكلة أو تخوفًا بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. ويتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو الرعاية التي تتلقاها أو بشأن موفري الرعاية التابعين للشبكة أو الصيدليات التابعة للشبكة. الاسم الرسمي الذي يُطلق على "تقديم الشكوى" هو "تقديم التظلم".

مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF): مركز يوفر في المقام الأول خدمات إعادة التأهيل بعد التعرض لمرض أو حادث أو الخضوع لعملية جراحية غير بسيطة. ويوفر مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، وعلاج الجهاز التنفسي، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

حصة المشاركة في الدفع: مبلغ ثابت تدفعه بوصفه الجزء الذي تتحمله من التكاليف في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو عقاقير معينة مقررة بوصفة طبية. على سبيل المثال، ربما تدفع $2 أو $5 مقابل خدمة أو عقار مقرر بوصفة طبية.

مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مبالغ يتعين عليك دفعها عندما تحصل على خدمات أو عقاقير معينة مقررة بوصفة طبية. ويشمل مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حصص المشاركة في الدفع.

فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مجموعة من العقاقير الدوائية التي لها حصة المشاركة في الدفع نفسها. كل عقار دوائي مدرج في *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (المعروفة أيضًا باسم قائمة الأدوية) يقع ضمن فئة من خمس فئات لمبالغ المشاركة في تحمل التكاليف. وبصفة عامة، كلما ارتفعت درجة تقاسم التكاليف، زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

قرار بيان المزايا المغطاة: قرار يتعلق بتحديد المزايا التي نوفر التغطية لها. ويتضمن هذا القرار أيضًا قرارات بشأن الأدوية والخدمات الخاضعة للتغطية أو المبلغ الذي ندفعه للخدمات الصحية المتوفرة لك. يشرح **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

الأدوية الخاضعة للتغطية: مصطلح نستخدمه للإشارة إلى جميع العقاقير الدوائية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي تخضع لتغطية خطتنا.

الخدمات الخاضعة للتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات الرعاية الصحية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والأجهزة وغير ذلك من الخدمات الخاضعة لتغطية خطتنا.

التدريب على الكفاءة الثقافية: تدريب يوفر تعليمات إضافية لموفري الرعاية الصحية لدينا تساعدهم على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

خدمة العملاء: قسم تابع لخطتنا يتولى مسؤولية الرد على استفساراتك المتعلقة بالعضوية والمزايا والتظلمات والطعون. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء* لمزيد من المعلومات عن خدمة العملاء.

خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS): القسم الذي يدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal) في ولاية كاليفورنيا.

إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC): الإدارة المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية في ولاية كاليفورنيا. تساعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا الأشخاص على تقديم الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. وتجري إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أيضًا مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إلغاء الاشتراك: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء الاشتراك طوعيًا (باختيارك) أو إلزاميًا (ليس باختيارك).

برنامج إدارة العقاقير الدوائية (DMP): برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بشكل آمن المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي تتكرر إساءة استخدامها.

فئات العقاقير الدوائية: مجموعات من العقاقير الدوائية الموجودة في قائمة الأدوية الخاصة بنا. وتُعَد الأدوية المماثلة (البديلة) أو ذات العلامات التجارية أو الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) أمثلة على فئات العقاقير الدوائية. كل دواء في قائمة العقاقير الدوائية يقع في فئة من خمس فئات.

خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare وMedicaid. وخطتنا هي خطة أهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP).

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لتستخدمها في منزلك. ومن أمثلة هذه العناصر الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرضى السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين ومستلزماته وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

حالة الطوارئ: الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر غير متخصص ولديه قدر متوسط من المعرفة بالرعاية الصحية والطبية أنك تعاني أعراضًا طبية تتطلب التدخل الطبي الفوري لتفادي حدوث الوفاة أو فقدان لأحد أعضاء الجسم أو فقدان لوظيفة أحد أعضاء الجسم (وفقدان الجنين إن كنتِ سيدة حاملاً). وقد تكون الأعراض الطبية في صورة مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة.

رعاية الطوارئ: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها موفر رعاية مدرَّب على تقديم خدمات الطوارئ، المطلوبة لعلاج حالة صحية بدنية أو سلوكية طارئة.

الاستثناء: عبارة عن إذن للحصول على التغطية لعقار دوائي لا تتم تغطيته عادة أو لاستخدام الدواء من دون فرض حدود وقواعد معينة.

الخدمات المستبعدة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help): برنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف العقاقير المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D من برنامج Medicare، مثل أقساط التأمين والمبالغ المستقطعة وحصص المشاركة في الدفع. ويطلق على هذا البرنامج أيضًا اسم "برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض" أو "LIS" اختصارًا.

الدواء المماثل (البديل): دواء مقرر بوصفة طبية معتمد من الحكومة الفيدرالية للاستخدام بدلاً من دواء ذي علامة تجارية. ويحتوي الدواء المماثل (البديل) على المكونات نفسها التي توجد في الأدوية ذات العلامة التجارية. وعادة ما تكون أقل تكلفة وتتمتع بالفعالية نفسها تمامًا التي تتمتع بها الأدوية ذات العلامة التجارية.

التظلم: شكوى تقدمها بشأننا أو بشأن أحد موفري الرعاية أو الصيدليات التابعة للشبكة. ويتضمن ذلك شكوى بشأن جودة رعايتك أو جودة الخدمة التي تقدمها خطتك الصحية.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يقدم المعلومات والإرشاد والتوجيه المجاني والموضوعي بشأن برنامج Medicare. ويشرح **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك كيفية الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم.

الخطة الصحية: مؤسسة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيدليات وموفري خدمات طويلة الأجل وغيرهم من موفري الرعاية. كما أن بها منسقي رعاية لمساعدتك على إدارة جميع موفري الرعاية والخدمات. وجميعهم يتعاونون لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الراهنة. ويُستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

موفر خدمة التوصيل إلى المنزل: قد تقدم بعض الخطط برنامج التوصيل إلى المنزل الذي يسمح لك بالحصول على صرفية ما يصل إلى 3 أشهر من الأدوية المقررة بوصفة طبية الخاضعة للتغطية عن طريق إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة ومريحة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

المساعد الصحي المنزلي: شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص لهما، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو ممارسة التمارين الموصوفة). ولا يحمل مسعفو المساعدة الصحية في المنزل رخصة تمريض ولا يقدمون علاجًا.

رعاية الأمراض العضال: برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص المشخصين بمرض عضال على العيش بشكل مريح. ويعني التشخيص بمرض عضال أن الشخص جرى توثيق حالته من الناحية الطبية بأنه مريض عضال في مرحلته النهائية، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو 6 أشهر أو أقل.

- يحق للعضو المشترك الذي لديه تشخيص بمرض عضال أن يختار دارًا لرعاية الأمراض العضال.
- يقدم فريق مدرب خصوصًا من الاختصاصيين ومقدمي الرعاية رعاية كاملة للشخص، بما في ذلك الاحتياجات البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- نحن مطالبون بتزويدك بقائمة بموفري رعاية الأمراض العضال في منطقتك الجغرافية.

إعداد الفواتير غير الصحيح/غير المناسب: موقف يقوم موفر الرعاية فيه (مثل الطبيب أو المستشفى) بإعداد فاتورة لك بمبلغ أكبر من مبلغ تقاسم تكاليف الخدمات. اتصل بخدمة العملاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

نظرًا لأننا ندفع التكلفة الكاملة للخدمات الخاصة بك، **لست** مدينًا بأي مشاركة في التكاليف. لا ينبغي لموفري الرعاية إصدار فاتورة لك بأي شيء مقابل هذه الخدمات.

خدمات الدعم المنزلية (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في دفع تكلفة الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعَد برنامج خدمات الدعم المنزلية بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل دور التمريض أو مرافق الضيافة والرعاية. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، والغسيل، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل الرعاية لقضاء الحاجة سواء التبرز أو التبول، والاستحمام، والاستمالة، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة خدمات الدعم المنزلية (IHSS).

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، يمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات الأجهزة الطبية المُعمّرة والعقاقير الدوائية، فيمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا إجراء مراجعة طبية مستقلة. المراجعة الطبية المستقلة تتمثل في قيام أطباء غير تابعين لخطتنا بمراجعة حالتك. إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة في صالحك، فيتعين علينا أن نقدم إليك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أيّ تكاليف نظير IMR.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare وتقوم بمراجعة الطعن من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم أنه ينبغي تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها. والاسم الرسمي الذي يُطلق عليها هو **كيان المراجعة المستقلة.**

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستتلقاها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن الخطة الخاصة بك خدمات طبية، وخدمات للصحة السلوكية، وخدمات ومساعدات طويلة الأجل.

تلقي العلاج داخل المستشفى: مصطلح يُستخدم عند دخولك رسميًا في المستشفى لتلقي خدمات طبية متخصصة. إذا لم يتم حجزك رسميًا، فربما يتم التعامل معك بوصفك مريض عيادات خارجية بدلاً من تلقي العلاج داخل المستشفى حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل.

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): ربما يتضمن فريق الرعاية الأطباء أو الممرضات أو الاستشاريين أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الموجودين لمساعدتك على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. يساعدك فريق الرعاية أيضًا في وضع خطة الرعاية.

برنامج D-SNP المتكامل: خطة احتياجات خاصة مزدوجة الأهلية تغطي برنامج Medicare ومعظم أو كل خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid. ويُعرف هؤلاء الأفراد باسم الأفراد المؤهلين للحصول على مزايا مزدوجة كاملة.

البدائل الحيوية القابلة للتبادل: البديل الحيوي الذي قد يتم استبداله في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية استبدال تلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية *(قائمة الأدوية)*: قائمة بالأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. نختارُ العقاقير الدوائية الواردة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتوضح لك "قائمة الأدوية" ما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدويتك أم لا. وتُسمى قائمة الأدوية في بعض الأحيان باسم "كتيب الوصفات".

الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS): تساعد الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل على تحسين حالة طبية طويلة الأجل. وتساعدك أغلب هذه الخدمات على البقاء في منزلك بحيث لا تضطر إلى الذهاب إلى مرفق تمريض أو مستشفى. تشمل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التي تغطيها خطتنا الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، والمعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية اليومية للكبار، ومركز خدمات التمريض (NF)، والدعم المجتمعي. تُعَد برامج الإعفاء من خدمات الدعم المنزلية والمتعلقة بالقسم 1915(c) من الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التابعة لبرنامج Medi-Cal التي تُقدَّم خارج خطتنا.

برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض (LIS): راجع "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"

برنامج Medi-Cal: هذا اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

- ويساعد هذا البرنامج الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكلفة الخدمات والمساعدات طويلة الأجل والتكاليف الطبية.
- ويغطي الخدمات والعقاقير الدوائية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية أغلب تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare وMedi-Cal.

خطط برنامج Medi-Cal: خطط توفر تغطية مزايا برنامج Medi-Cal فقط، مثل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والأجهزة الطبية والنقل. تُعد مزايا برنامج Medicare مزايا منفصلة.

برنامج Medicaid (أو المساعدة الطبية): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد الأشخاص محدودي الدخل والموارد على دفع تكلفة الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية. برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid الخاص بولاية كاليفورنيا.

ضرورية من الناحية الطبية: يصف ذلك الخدمات أو الصرفيات أو العقاقير الدوائية التي تحتاج إليها لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى مستشفى أو مركز تمريض. كما تعني أيضًا الخدمات والصرفيات والعقاقير الدوائية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المقبولة.

برنامج Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عامًا ممَّن يعانون من إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (بصفة عامة الأشخاص المصابون بفشل كلوي مزمن يتطلب الغسيل الكلوي أو عملية زرع كُلى). يمكن للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة رعاية مُدارة (راجع "الخطة الصحية").

Medicare Advantage: أحد برامج Medicare ويُعرف أيضًا باسم "القسم C في برنامج Medicare" أو "MA" ويقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

مجلس الطعون التابع لبرنامج Medicare (المجلس): مجلس يراجع الطعون من المستوى 4. ويُعَد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare: الخدمات التي يغطيها القسمان A وB في برنامج Medicare. يجب أن تغطي كل الخطط الصحية في برنامج Medicare -بما فيها خطتنا- كل الخدمات التي تخضع لتغطية القسمين A وB في برنامج Medicare.

برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare (MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني وإستراتيجيات التغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

المشترك في برنامج Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية برنامجَي Medicare و Medicaid. يُطلق على المشترك في برنامج Medicare-Medicaid أيضًا اسم "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".

القسم A في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في المستشفيات ومراكز خدمات التمريض المهنية والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المرضى بالأمراض العضال.

القسم B في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطى الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والجراحات وزيارات الأطباء) والصرفيات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تُعَد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة مرضية معينة. كما أن القسم B في برنامج Medicare يغطي العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

القسم C في برنامج Medicare: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA"، الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال خطة MA.

القسم D في برنامج Medicare: برنامج Medicare لمزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية. (ونطلق على هذا البرنامج "القسم D" اختصارًا). يغطى القسم D في برنامج Medicare العقاقير المقررة بوصفة طبية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية والأمصال وبعض الصرفيات غير الخاضعة لتغطية القسمين A أو B في برنامج Medicare، أو تغطية برنامج Medi-Cal. وتتضمن خطتنا القسم D في برنامج Medicare.

العقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare: العقاقير الدوائية الخاضعة للتغطية بموجب القسم D في برنامج Medicare. يستبعد الكونجرس على وجه التحديد فئات معينة من العقاقير الدوائية من التغطية بموجب القسم D في برنامج Medicare. وقد يغطي برنامج Medicaid بعضًا من هذه العقاقير الدوائية.

إدارة العلاج الدوائي (MTM): مجموعة متميزة من الخدمات أو مجموعة الخدمات التي يقدمها موفرو الرعاية الصحية بما في ذلك الصيادلة لضمان تحقيق أفضل النتائج العلاجية للمرضى. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء*.

خطة Medi-Medi: خطة Medicare Medi-Cal (وتسمى خطة Medi-Medi) هي أحد أنواع خطط Medicare Advantage Plan. وهي مخصصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة): شخص مشترك في برنامجَي Medicare وMedi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية الذي اشترك في خطتنا وتم تأكيد اشتراكه بواسطة مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) وبواسطة الولاية.

***كتيب الأعضاء* ومعلومات الإفصاح:** هذا المستند واستمارة الاشتراك وأي مرفقات أو ملحقات أخرى توضح التغطية التي تتمتع بها والإجراءات التي يجب علينا تنفيذها وحقوقك والخطوات التي يجب عليك اتخاذها بوصفك عضوًا في خطتنا.

الصيدلية التابعة للشبكة: صيدلية وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في أغلب الحالات، نقوم بتغطية الوصفات الطبية الخاصة بك عند صرفها في إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا فقط.

موفر الرعاية التابع للشبكة: يُعد مصطلح "موفر الرعاية" مصطلحًا عامًا نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والممرضات والأشخاص الآخرين الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويتضمن هذا المصطلح أيضًا المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات والأماكن الأخرى التي تُقدم خدمات الرعاية الصحية والأجهزة الطبية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل إليك.

- وهى مراكز مرخصة أو معتمدة من برنامج Medicare ومن الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- ونُطلق عليها اسم "موفرو الرعاية التابعون للشبكة" عندما يوافقون على العمل مع الخطة الصحية ويقبلون طريقتنا في الدفع ولا يفرضون على أعضاء خطتنا مبالغ إضافية.
- أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك التعامل مع موفري الرعاية التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. ويطلَق أيضًا على موفري الرعاية التابعين للشبكة اسم "موفرو الرعاية وفقًا للخطة".

دار التمريض أو مركز خدمات التمريض: مرفق يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على رعايتهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.

مكتب الشكاوى والتظلمات: مكتب في ولايتك يعمل كمحامٍ نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. خدمات مكتب الشكاوى والتظلمات مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلَين 2 و9** من *كتيب الأعضاء*.

قرار المؤسسة: تتخذ خطتنا قرار المؤسسة عندما نقرر نحن أو أحد موفري الرعاية لدينا ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية أو المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وتُسمى قرارات المؤسسة "قرارات بيان المزايا المغطاة". ويشرح **الفصل 9** من *كتيب الأعضاء* الخاص بك قرارات بيان المزايا المغطاة.

المنتج الحيوي الأصلي: منتج حيوي معتمد من هيئة الدواء والغذاء (FDA) ويستخدم بمثابة مرجع للشركات المصنعة التي تقوم بإنتاج نسخة بديلًا حيويًا. ويسمى أيضًا منتج مرجعي.

برنامج Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو برنامج Medicare الرسوم مقابل الخدمات): تقدم الحكومة برنامج Original Medicare. وضمن برنامج Original Medicare، تتم تغطية الخدمات من خلال الدفع إلى الأطباء والمستشفيات وموفري الرعاية الصحية الآخرين مبالغ يحددها الكونجرس.

- ويمكنك التعامل مع أي طبيب أو مستشفى أو موفر رعاية صحية آخر يقبل التعامل مع Medicare. ويتكون برنامج Original Medicare من جزأين: القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والقسم B في برنامج Medicare (التأمين الصحي).
- يُعد برنامج Original Medicare متاحًا لأي شخص داخل الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطتنا، فيمكنك اختيار برنامج Original Medicare.

الصيدلية غير التابعة للشبكة: صيدلية لم توافق على العمل وفق خطتنا لتنسيق الأدوية الخاضعة للتغطية أو تقديمها إلى أعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا أغلب العقاقير الدوائية التي تحصل عليها من الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تنطبق شروط معينة.

موفر رعاية غير تابع للشبكة أو **مرفق غير تابع للشبكة:** موفر رعاية أو مِرفق غير موظف أو مملوك أو يخضع لإدارة خطتنا ولا يرتبط بعقد لتوفير الخدمات الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. يوضح **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* موفري الرعاية أو المرافق غير التابعة للشبكة.

التكاليف النثرية: متطلبات مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي يجب على الأعضاء دفعها مقابل جزء من الخدمات أو العقاقير الدوائية التي يحصلون عليها تُسمى أيضًا متطلبات التكاليف "النثرية". راجع تعريف "مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف" الوارد أعلاه.

الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC): الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية هي عقاقير دوائية أو أدوية يمكن لأي شخص شراؤها دون وصفة طبية من اختصاصي الرعاية الصحية.

القسم A: راجع "القسم A في برنامج Medicare".

القسم B: راجع "القسم B في برنامج Medicare".

القسم C: راجع "القسم C في برنامج Medicare".

القسم D: راجع "القسم D في برنامج Medicare".

العقاقير الدوائية ضمن القسم D: راجع "العقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare".

المعلومات الصحية الشخصية (وتسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ زيارات الطبيب والتاريخ الطبي. راجع إشعار ممارسات الخصوصية للحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية حماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI) واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية (PHI).

موفر الرعاية الأولية (PCP): الطبيب أو موفر رعاية آخر تستعين به أولاً في أغلب المشكلات الصحية. ويعمل على التأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للحفاظ على صحتك.

- وقد يتحدث أيضًا إلى الأطباء وموفري الرعاية الصحية الآخرين عن رعايتك ويحيلك إليهم.
- في العديد من خطط برنامج Medicare الصحية، يجب عليك الاستعانة بموفر الرعاية الأولية قبل التعامل مع أي موفر رعاية صحية آخر.
- راجع **الفصل 3** من *كتيب الأعضاء* للتعرف على معلومات عن الحصول على الرعاية من موفري الرعاية الأولية.

التصريح المسبق (PA): موافقة يجب عليك الحصول عليها منَّا قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو عقار دوائي معين أو الاستعانة بموفر رعاية غير تابع للشبكة. وقد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء في حال لم تحصل على موافقة أولاً.

لا تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية داخل الشبكة إلا إذا حصل طبيبك أو موفر رعاية تابع للشبكة آخر على تصريح مسبق منا.

- يتم وضع علامة على الخدمات الخاضعة للتغطية التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خطتنا في **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء*.

لا تغطي خطتنا بعض العقاقير الدوائية إلا إذا حصلت على تصريح مسبق منا.

- يتم وضع علامة على الأدوية الخاضعة للتغطية التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خطتنا في *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* وتم نشر القواعد على موقعنا الإلكتروني.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE): برنامج يغطى مزايا برنامجَيّ Medicare وMedicaid معًا للأشخاص البالغة سنهم 55 عامًا فأكثر ويحتاجون إلى مستوى عالٍ من الرعاية للإقامة بالمنزل.

الأطراف الصناعية والتقويم: الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو موفر رعاية صحية آخر التي تشتمل، على سبيل المثال لا الحصر، على دعامات الذراع والظهر والرقبة والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك مستلزمات حالات الفغر والعلاج بالتغذية المعوية والوريدية.

منظمة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى منظمة تحسين الجودة لفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى وتحسينها. راجع **الفصل 2** من *كتيب الأعضاء* للحصول على معلومات عن منظمة تحسين الجودة.

حدود الكمية: حد لكمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها. ويجوز لنا تحديد كمية العقار الدوائي التي نغطيها لكل وصفة طبية.

أداة Real Time Benefit Tool: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمشتركين البحث فيه عن الأدوية الخاضعة للتغطية ومعلومات المزايا الخاصة بالمشترك الكاملة والدقيقة والمناسبة سريريًا وفي الوقت المناسب. ويشمل ذلك مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، والعقاقير الدوائية البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها مثل عقار دوائي معين، وقيود التغطية (التصريح المسبق، والعلاج المرحلي، وحدود الكمية) التي تنطبق على العقاقير الدوائية البديلة.

الإحالة: الإحالة هي موافقة موفر الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على الاستعانة بموفر رعاية آخر غير PCP الخاص بك. وفي حال عدم حصولك على الموافقة أولاً، فقد لا نقوم بتغطية الخدمات. لا تتطلب الاستعانة ببعض الاختصاصيين إحالة، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن الإحالات في **الفصلين 3 و4** من *كتيب الأعضاء*.

خدمات إعادة التأهيل: علاج يمكنك الحصول عليه لمساعدتك على الشفاء من مرض أو حادث أو عملية جراحية غير بسيطة. راجع **الفصل 4** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد عن خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المعدية المنقولة جنسيًا (STI)، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS)، وعمليات الاعتداء الجنسي والإجهاض، واضطراب إدمان المخدرات، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، وعنف الشريك الحميم.

منطقة الخدمة: النطاق الجغرافي الذي تقبل فيه الخطة الصحية الأعضاء إذا كانت حدود العضوية معتمدة على أماكن إقامة الأشخاص. بالنسبة إلى الخطط التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها، عادةً ما تكون المنطقة التي يمكنك أن تحصل فيها على خدمات روتينية (غير طارئة). ولا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

حصة (من) التكلفة: ذلك الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك الذي قد يتعين عليك تحمله شهريًا قبل تفعيل المزايا الخاصة بك. ومقدار حصتك من التكلفة يتغير وفق دخلك ومواردك.

مركز خدمات التمريض المهني (SNF): مركز خدمات تمريض مجهز بطاقم ومعدات ليوفر الرعاية التمريضية المتخصصة، وفي أغلب الأحيان، خدمات إعادة التأهيل المتخصصة وخدمات صحية أخرى.

الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): خدمات رعاية تمريضية وخدمات إعادة تأهيل متخصصة متوفرة على نحو مستمر ويومي في مركز خدمات التمريض المهني. من بين أمثلة الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني ما تقدمه ممرضة مسجلة أو طبيب من علاج بدني أو حقن بالوريد.

الاختصاصي: طبيب يوفر الرعاية الصحية لمرض معين أو عضو معين من أعضاء الجسم.

الصيدليات المختصة: راجع **الفصل 5** من *كتيب الأعضاء* لمعرفة المزيد عن الصيدليات المختصة.

جلسة الاستماع بالولاية: إذا كان طبيبك أو موفر رعاية آخر يطلب الحصول على خدمة من برنامج Medi-Cal لن نوافق عليها، أو لن نستمر في تحمل نفقات خدمة من برنامج Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية. وإذا تم الحكم في جلسة الاستماع بالولاية لصالحك، فيجب علينا توفير الخدمة التي طلبتها.

العلاج المرحلي: إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك تجربة عقار دوائي آخر قبل أن نبدأ بتغطية العقار الدوائي الذي طلبته.

دخل الضمان التكميلي (SSI): ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى محدودي الدخل والموارد من ذوي الإعاقة أو المصابين بالعمى أو الذين تبلغ سنهم 65 عامًا أو أكبر. ومزايا دخل الضمان التكميلي (SSI) ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية اللازمة بشكل عاجل: رعاية تحصل عليها بسبب مرض أو إصابة أو حالة غير متوقعة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إليهم لأنه نظرًا للوقت أو المكان أو الظروف الخاصة بك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول الحصول على خدمات من موفري رعاية تابعين للشبكة (على سبيل المثال عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية من الناحية الطبية لحالة غير متوقعة ولكنها ليست حالة طبية طارئة).

خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan

اتصال هاتفي	1-800-452-4413 المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، على مدار الأسبوع. تقدم خدمة العملاء أيضًا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
الفاكس	(877) 251-6671
مراسلة كتابية	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

blue
california

blueshieldca.com/medicare
Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555