

دليل التغطية:

المزايا والخدمات الصحية التي يوفرها لك برنامج Medicare وتغطية الأدوية الموصوفة كعضو في خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

يقدم إليك هذا المستند تفاصيل حول الرعاية الصحية المقدمة إليك من Medicare وتغطية الأدوية الموصوفة من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2024. يُعد هذا المستند مستنداً قانونياً مهماً. يرجى الاحتفاظ به في مكان آمن.

لنطرح أسئلة بشأن هذا المستند، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007. (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل: تكون ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. هذه المكالمات مجانية.

هذه الخطة، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)، مقدمة من شركة Health Net Community Solutions, Inc. (عندما يرد في دليل التغطية هذه كلمات "نحن" أو "الضمير نا" أو "الخاص بنا"، فهذا يعني Health Net Community Solutions, Inc. وعندما ترد كلمة "خطة" أو "خطتنا"، فهذا يعني Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)).

يتوفر هذا المستند مجاناً باللغات الإسبانية والصينية والكورية والفيتنامية والعربية والفارسية. يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك (بطريقة صوتية أو بطريقة برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك). يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى معلومات الخطة بتنسيق آخر.

قد تتغير الاستحقاقات و/أو عمليات التسديد المشترك/التأمين المشترك في 1 يناير 2025.

قد يتغير كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات في أي وقت. سنتلقى إشعاراً عند الضرورة. سنخطر المسجلين المتأثرين بالتغيرات قبل 30 يوماً على الأقل.

يشرح هذا المستند استحقاقاتك وحقوقك. استخدم هذا المستند لفهم الآتي:

- قسط الخطة ومشاركة التكلفة؛
- الاستحقاقات الطبية والأدوية الموصوفة؛
- كيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضياً عن خدمة أو علاج؛
- كيفية الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة؛
- تدابير الحماية الأخرى المطلوبة بموجب قانون Medicare.

استنادًا إلى مراجعة نموذج الرعاية، تم اعتماد Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) من قبل اللجنة الوطنية لضمان الجودة (NCQA) لتعمل بوصفها خطة Special Needs Plan (SNP) خلال عام 2024.

إخطار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع شركة Wellcare By Health Net قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والمعمول بها في الولايات. لا تمارس شركة Wellcare By Health Net التمييز غير المشروع ضد الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الهوية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

وتوفر Wellcare By Health Net ما يأتي:

. مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل توفير:

○ مترجمي لغة إشارة مؤهلين

○ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة كبيرة أو تسجيلات صوتية أو تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها بسهولة أو غيرها من التنسيقات)

. خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية كلغتهم الأساسية، مثل:

○ مترجمين فوريين مؤهلين

○ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Wellcare By Health Net على الرقم **1-800-431-9007**. بين 1 أكتوبر

و31 مارس، يمكنك الاتصال بنا 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وبدءًا من 1 إبريل حتى

30 سبتمبر، يمكنك الاتصال بنا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. يُستخدم نظام مراسلة بعد انتهاء

ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات الفيدرالية. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ **TTY**

على الرقم 711. عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو بطباعة كبيرة أو على شكل شريط صوتي أو بتنسيق إلكتروني.

للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare By Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007 (TTY: 711)

كيفية تقديم تظلم

في حال ظننت أن Wellcare By Health Net عجزت عن تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز غير المشروع بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الهوية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم تظلم لدى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك تقديم تظلم عبر الهاتف أو خطيًا أو شخصيًا أو إلكترونيًا:

. **عبر الهاتف:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية لدى Wellcare By Health Net على الرقم **1-866-458-2208**. بين الساعة 8

صباحًا والساعة 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. أو إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى

الاتصال بـ **TTY** على الرقم 711.

. خطيًا: املاً نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

. **شخصيًا:** قم بزيارة عيادة الطبيب أو Wellcare By Health Net واذكر أنك تريد تقديم تظلم.

. **إلكترونيًا:** قم بزيارة موقع Wellcare By Health Net الإلكتروني على **wellcare.com/healthnetCA**.

Office of Civil Rights – California Department of Health Care Services

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى إدارة خدمات Office of Civil Rights في California Department of Health Care Services عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

. عبر الهاتف: اتصل على الرقم **1-916-440-7370**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال

ب TTY على الرقم **711 (خدمة ترحيل الاتصالات)**.

. خطيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights

Department of Health Care Services

Office of Civil Rights

P.O. Box 997413, MS 0009

Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكوى على الموقع الإلكتروني على

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

. إلكترونيًا: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Office of Civil Rights – U.S. Department of Health and Human Services

إذا ظننت أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى Office of Civil Rights في Department of Health and Human Services عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

. عبر الهاتف: اتصل على الرقم **1-800-368-1019**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال على

TTY/TDD على الرقم **1-800-537-7697**.

. خطيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW

Room 509F, HHH Building

Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكوى على الموقع الإلكتروني <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

. إلكترونيًا: قم بزيارة بوابة شكاوى Office for Civil Rights على

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

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

Arabic (العربية): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-800-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Armenian (Հայերեն): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք **1-800-431-9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

Cambodian (ភាសាខ្មែរ): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការដូចជាឯកសារជាអក្សរធុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅកាន់លេខ **1-800-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Chinese Mandarin (普通话): 注意：如果您需要语言支持，请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。这些服务均免费提供。

Chinese Cantonese (廣東話): 注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-800-431-9007** (TTY： **711**)。這些服務為免費服務。

Farsi (فارسی): توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید با **1-800-431-9007** تماس بگیرید (رایگان: **711**). پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با **1-800-431-9007** (رایگان: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

Hindi (हिंदी): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-800-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Hmong (Lus Hmoob): THOV PAUB TXOG: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus thov hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no tsis muaj nqi dab tsi ntxiv lawm.

Japanese (日本語): 注意：言語のヘルプが必要な場合は**1-800-431-9007**

(TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-800-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

Korean (한국어): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-800-431-9007**

(TTY:**711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-800-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

Laotian (ພາສາລາວ): ສໍາຄັນ: ຖ້າທ່ານກວ່າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY:**711**). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການ ສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ການພິມຂະໜາດໃຫຍ່. ໂທຫາ **1-800-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ.

Mien (Mienh): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

Punjabi (ਪੰਜਾਬੀ): ਧਿਆਨ ਦਿਉ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY:**711**)। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵੱਲੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-800-431-9007** ‘ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਲਿਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Russian (Русский): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Spanish (Español): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY:**711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

Thai (ภาษาไทย): โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โทร **1-800-431-9007** (TTY: **711**) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian (Українська): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Vietnamese (Tiếng Việt): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số **1-800-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.

دليل التغطية لعام 2024

جدول المحتويات

الفصل 1	البـدء كعضو	13
القسم 1	المقدمة	13
القسم 2	ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضوًا في الخطـة؟	14
القسم 3	المواد المهمة الخاصة العضوية التي سنتلقاها	16
القسم 4	التكاليف الشهرية لخطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)	18
القسم 5	مزيد من المعلومات حول القسط الشهري الذي تدفعه	21
القسم 6	الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطـة	21
القسم 7	كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا	22
الفصل 2	أرقام هاتفية وموارد مهمة	25
القسم 1	جهات اتصال الخطـة (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى قسم خدمات الأعضاء)	25
القسم 2	Medicare (كيفية الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare الفيدرالي مباشرة)	30
القسم 3	برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (مساعدة ومعلومات وإجابات عن أسئلتك مجانًا عن Medicare)	32
القسم 4	مؤسسة تحسين الجودة	33
القسم 5	الضمان الاجتماعي	34
القسم 6	Medicaid	34
القسم 7	معلومات حول برامج مساعدة الناس على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة	36
القسم 8	كيفية الاتصال بمجلس تقاعد السكك الحديدية	40
القسم 9	هل لديك خطة تأمين جماعية أو تأمين صحي آخر من صاحب عمل؟	40
الفصل 3	استخدام الخطـة للخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية	42
القسم 1	أشياء يجب معرفتها حول الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى كعضو في خطتنا	42
القسم 2	الاستعانة بمقدمي الرعاية في شبكة الخطـة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى الخاصة بك	44
القسم 3	كيفية الحصول على الخدمات عندما تكون لديك حاجة طارئة أو عاجلة إلى الرعاية أو عند حدوث كارثة	48
القسم 4	ماذا لو تم إصدار فاتورة لك بشكل مباشر مقابل التكلفة الكاملة لخدماتك؟	51
القسم 5	كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تكون في دراسة بحثية سريرية؟	51
القسم 6	قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية	53
القسم 7	قواعد ملكية المعدات الطبية القوية	54

الفصل 4	جدول الاستحقاقات الطبية (الأمر الخاضعة للتغطية)	57
القسم 1	فهم الخدمات الخاضعة للتغطية	57
القسم 2	استخدام جدول الاستحقاقات الطبية لمعرفة الأمور التي تتم تغطيتها	57
القسم 3	ما الخدمات الخاضعة للتغطية خارج الخطة؟	108
القسم 4	ما الخدمات التي لا تغطيها الخطة؟	108
الفصل 5	استخدام تغطية الخطة للأدوية الموصوفة بموجب Part D	113
القسم 1	المقدمة	113
القسم 2	صرف الوصفات الطبية في صيدلية الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد للخطة	114
القسم 3	يجب أن تكون الأدوية مدرجة في "قائمة الأدوية" للخطة	118
القسم 4	هناك قيود على تغطية بعض الأدوية	120
القسم 5	ماذا لو لم تتم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي ترغب فيها؟	121
القسم 6	ماذا لو تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟	123
القسم 7	ما أنواع الأدوية التي لا تغطيها الخطة؟	126
القسم 8	صرف الوصفة الطبية	127
القسم 9	تغطية أدوية Part D في حالات خاصة	127
القسم 10	برامج سلامة الأدوية وإدارتها	129
القسم 11	نرسل إليك التقارير التي توضح مدفوعات أدويةك ومرحلة الدفع التي تم تسجيلك فيها	131
الفصل 6	ما تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D	134
الفصل 7	مطالبتنا بدفع فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية	136
القسم 1	الحالات التي يجب أن تطلب منا دفع ثمن الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية	136
القسم 2	كيف تطلب منا السداد لك أو دفع فاتورة تلقيتها	139
القسم 3	سننظر في طلبك للدفع ونرد عليك بالموافقة أو الرفض	140
الفصل 8	حقوقك ومسؤولياتك	142
القسم 1	يجب أن نحترم خطتنا حقوقك والحساسيات الثقافية كعضو في الخطة	142
القسم 2	تتحمل بعض المسؤوليات كعضو في الخطة	152

الفصل 9	ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى) 155
القسم 1	المقدمة 155
القسم 2	الأماكن التي يمكنك الحصول منها على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية 156
القسم 3	لحل مشكلتك، ما العملية التي ينبغي لك استخدامها؟ 157
القسم 4	حل المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare 158
القسم 5	دليل أساسيات قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات 158
القسم 6	الرعاية الطبية التي تتلقاها: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف على قرار التغطية 162
القسم 7	الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف 170
القسم 8	كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة داخلية أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أنك ستخرج مبكرًا للغاية 178
القسم 9	كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية إذا كنت تعتقد أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي في وقت مبكر للغاية 185
القسم 10	الانتقال بالاستئناف الذي قدمته إلى المستوى 3 وما بعده 191
القسم 11	كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء وغيرها من المخاوف 194
القسم 12	معالجة المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid المقدمة إليك 198
الفصل 10	إنهاء عضويتك في الخطة 200
القسم 1	مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا 200
القسم 2	متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟ 200
القسم 3	كيف تُنتهي عضويتك في خطتنا؟ 204
القسم 4	حتى تنتهي عضويتك، يجب أن تستمر في الحصول على الخدمات والعناصر الطبية والأدوية من خلال خطتنا 205
القسم 5	يجب أن ننهي عضويتك في الخطة في حالات معينة 205
الفصل 11	الإشعارات القانونية 208
القسم 1	إشعار حول القانون المعمول به 208
القسم 2	إشعار بعدم التمييز 208
القسم 3	إشعار حول حقوق الحلول البديلة من مسدد Medicare الثانوي 208
القسم 4	استرداد الاستحقاقات المدفوعة من قبل خطتنا بموجب خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) 209
القسم 5	بطاقة العضوية 211

211	المتعاقدون المستقلون.....	القسم 6
211	الاحتيايل في خطة الرعاية الصحية.....	القسم 7
212	الظروف الخارجة عن سيطرة الخطة.....	القسم 8
214	تعريفات المصطلحات المهمة.....	الفصل 12

الفصل 1:

البدء كعضو

القسم 1 المقدمة

القسم 1.1 أنت مسجل في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)، وهي خطة Medicare Advantage متخصصة (Special Needs Plan)

تتم تغطيتك بواسطة كل من Medicare و Medicaid:

• **Medicare** هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا الذين يعانون من إعاقات معينة والأشخاص المصابين بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي).

• **Medicaid** هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من أصحاب مصادر الدخل والموارد المحدودة. تختلف تغطية Medicaid بناءً على الولاية ونوع Medicaid لديك. يحصل بعض الأشخاص التابعين لبرنامج Medicaid على المساعدة في ما يتعلق بدفع أقساط Medicare التأمينية والتكاليف الأخرى. يحصل الأشخاص الآخرون كذلك على تغطية للخدمات الإضافية والأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

لقد اخترت الحصول على رعايتك الصحية التي يوفرها برنامج Medicare وتغطية الأدوية الموصوفة لك من خلال خطتنا، Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). نحن مطالبون بتغطية جميع خدمات Part A و Part B. ومع ذلك، فإن مشاركة التكلفة وإمكانية الوصول إلى مقدم الرعاية في هذه الخطة تختلفان عن برنامج Original Medicare.

خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Advantage متخصصة (Medicare Special Needs Plan)، ما يعني أن استحقاقاتها مخصصة للأشخاص ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. تم وضع خطتنا للأشخاص التابعين لبرنامج Medicare والمخولين كذلك بالحصول على مساعدة من California Medi-Cal (Medicaid).

نظرًا إلى حصولك على مساعدة من Medicaid بشأن مشاركة تكلفة Medicare Part A و Medicare Part B (المبالغ القابلة للاستقطاع وعمليات التسديد المشترك والتأمين المشترك) قد لا تدفع شيئًا مقابل خدمات الرعاية الصحية التي يقدمها Medicare. قد يقدم إليك California Medi-Cal (Medicaid) كذلك مزايا أخرى من خلال تغطية خدمات الرعاية الصحية التي لا يغطيها برنامج Medicare عادةً. ستتلقى كذلك "Extra Help" (مساعدة إضافية) من Medicare لدفع تكاليف أدوية Medicare الموصوفة. ستساعد خطتنا على إدارة كل هذه المزايا من أجلك، حتى تحصل على خدمات الرعاية الصحية والمساعدة على الدفع التي يحق لك الحصول عليها.

يتم تشغيل خطتنا بواسطة شركة خاصة. مثل جميع خطط Medicare Advantage، وافق Medicare على Medicare Special Needs Plan هذه. كما أن الخطة متعاقدة مع برنامج California Medicaid لتنسيق استحقاقات California Medi-Cal (Medicaid). يسعدنا أن نقدم تغطية رعايتك الصحية من Medicare، بما في ذلك تغطية الأدوية الموصوفة لك.

توَهّل التغطية بموجب هذه الخطة بوصفها تغطية صحية مؤهلة (QHC) وتفي بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية المنصوص عليها في قانون حماية المريض والرعاية الميسرة (ACA). يرجى زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 1.2 ما محتوى مستند دليل التغطية؟

يخبرك مستند دليل التغطية هذا بكيفية الحصول على رعايتك الطبية والأدوية الموصوفة من Medicare. كما يوضح حقوقك ومسؤولياتك، وما تتم تغطيته، وما تدفعه بصفقتك عضوًا في الخطـة، وكيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن قرار أو علاج.

يشير المصطلحان تغطية والخدمات الخاضعة للتغطية إلى الرعاية الطبية والخدمات والأدوية الموصوفة المتاحة لك بصفقتك عضوًا في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

من المهم بالنسبة إليك معرفة قواعد الخطـة والخدمات المتاحة لك. ونشجعك على تخصيص بعض الوقت للاطلاع على مستند دليل التغطية هذا.

إذا كنت مرتبًا أو قلقًا أو حتى كان لديك سؤال، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.3 المعلومات القانونية حول دليل التغطية

يعد دليل التغطية هذا جزءًا من تعاقدا معك بشأن كيفية تغطية خطتنا لرعايتك. تتضمن الأجزاء الأخرى من هذا العقد نموذج التسجيل الخاص بك وقائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات) وأي إشعارات تتلقاها منا بشأن التغييرات التي تطرأ على تغطيتك أو الشروط التي تؤثر في تغطيتك. يُطلق على هذه الإشعارات أحيانًا اسم الملحقات أو التعديلات.

العقد سارٍ للأشهر التي سجلت فيها في خطتنا ما بين 1 يناير 2024 و 31 ديسمبر 2024.

وفي كل سنة تقويمية، يسمح لنا برنامج Medicare بإجراء تغييرات على الخطط التي نقدمها. هذا يعني أنه يمكننا تغيير تكاليف خطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) واستحقاقاتها بعد 31 ديسمبر 2024. يمكننا كذلك اختيار التوقف عن تقديم الخطـة في منطقة الخدمة لديك أو تقديمها في منطقة خدمة مختلفة، بعد 31 ديسمبر 2024.

يجب أن يوافق برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) على Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) كل عام. يمكنك متابعة الحصول على تغطية Medicare كل عام بصفقتك عضوًا في خطتنا ما دما نختار الاستمرار في تقديم الخطـة ويجدد برنامج Medicare موافقته على الخطـة.

القسم 2 ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضوًا في الخطـة؟

القسم 2.1 متطلبات أهليتك

تعد مؤهلاً للعضوية في خطتنا ما دام:

- لديك كل من Medicare Part A و Medicare Part B
- -- و -- تعيش في منطقة خدمتنا الجغرافية (يصف القسم 2.3 أدناه منطقة خدمتنا). الأفراد المحتجزون لا يُعدون من مقيمي منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا.

• -- و -- مواطن أمريكي أو مقيم شرعي في الولايات المتحدة

• -- و -- تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه.

متطلبات الأهلية الخاصة لخطتنا

خطتنا مصممة لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يتلقون مزايا معينة من برنامج Medicaid. Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من أصحاب مصادر الدخل والموارد المحدودة). لكي تكون مؤهلاً لخطتنا يجب أن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة مشاركة التكلفة التي يقدمها كل من Medicare واستحقاقات Medicaid الكاملة ضمن برنامج Medicaid.

ترجى ملاحظة الآتي: إذا خسرت أهليتك لكن من المتوقع بشكل منطقي أن تستعيدها في غضون 6 أشهر، فلا تزال مؤهلاً للعضوية في الخطه الخاصة بنا (يعلمك الفصل 4، القسم 2.1 بشأن التغطية ومشاركة التكلفة خلال فترة الأهلية التي تُعد مستمرة).

القسم 2.2 ما المقصود ببرنامج Medicaid؟

يعد Medicaid برنامجًا مشتركًا بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص ممن لديهم مصادر دخل وموارد محدودة. تقرر كل ولاية ما يُعد دخلاً وموارد الأشخاص المؤهلين والخدمات المشمولة بالتغطية وتكلفة الخدمات. كما يمكن للولايات أن تقرر كيفية إدارة برنامجها ما دامت تتبع الإرشادات الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، توجد برامج مقدمة من خلال Medicaid تساعد الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare. تساعد "برامج المدخرات من Medicare" محدودي الدخل والموارد على توفير المال كل عام:

- **المستفيد من برنامج Medicare المؤهل مع ميزات إضافية (QMB+):** يساعد على دفع أقساط Medicare Part B و A ومشاركة التكلفة الأخرى (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك وعمليات التسديد المشترك). كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.
- **المستفيد المحدد من برنامج Medicare من ذوي الدخل المنخفض مع ميزات إضافية (SLMB+):** يساعد على دفع أقساط Part B. كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.
- **المزايا الكاملة للأفراد المؤهلين المزدوجين (FBDE):** يساعد على دفع أقساط Medicare Part A و B ومشاركة التكلفة الأخرى (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك وعمليات التسديد المشترك). كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.

القسم 2.3 في ما يأتي منطقة الخدمة لخطه Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

تتوفر خطه Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) فقط للأفراد الذين يعيشون في منطقة خدمة الخطه الخاصة بنا. لكي تظل عضوًا في خطتنا، يجب أن تظل مقيمًا في منطقة خدمة الخطه. تم وصف منطقة الخدمة أدناه.

تشمل منطقة الخدمة الخاصة بنا هذه المقاطعات في ولاية California: Orange و Riverside و San Bernardino و San Diego.

الفصل 1 البدء كعضو

إذا كنت تخطط للانتقال خارج منطقة الخدمة، فلا يمكنك الاستمرار كعضو في هذه الخطـة. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت لدينا خطـة في منطقتك الجديدة أم لا. عندما تنتقل، ستكون لديك فترة تسجيل خاصة تتيح لك التبديل إلى برنامج Original Medicare الأصلي أو التسجيل في خطـة Medicare الصحية أو الدوائية المتاحة في موقعك الجديد.

كما أنه من الضروري أن تتصل بالضمان الاجتماعي إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره. يمكنك العثور على أرقام الهواتف وبيانات الاتصال الخاصة بالضمان الاجتماعي في الفصل 2، القسم 5.

القسم 2.4 مواطن أمريكي أو مقيم شرعي في الولايات المتحدة

لا بد من أن يكون عضو أي خطـة من خطط Medicare الصحية مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا شرعيًا في الولايات المتحدة. سيقوم برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) بإخطار Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ما إذا كنت غير مؤهل للاستمرار كعضو على هذا الأساس. يجب أن تلغي Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) تسجيلك إذا لم تستوف هذا الشرط.

القسم 3 المواد المهمة الخاصة بالعضوية التي ستلتقها

القسم 3.1 بطاقة عضوية الخطـة الخاصة بك

بينما تُعد عضوًا في خطتنا، لا بد من أن تستخدم بطاقة عضويتك كلما حصلت على أي خدمات تشملها هذه الخطـة بالتغطية وكذلك للأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من صيدليات الشبكة. كما يجب عليك إظهار بطاقة California Medi-Cal (Medicaid) لمزود الخدمة. فيما يأتي نموذج لبطاقة العضوية لترى الشكل الذي ستبدو عليه بطاقتك:

[Health Plan Logo] [Wellcare By Health Plan Name] [Plan_Contract_PBP] CMS#: [XXXX-XXX-XXX] Effective Date: [MM/DD/YYYY]		[www.wellcare.com/HP URL]	
MEMBER INFORMATION Name: [First MI Last Name] Member ID#: [XXXXXXXX-XXX] Issuer ID: [(80840)] [9151014609]		FOR MEMBERS [Member Services] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Mental Health Benefits] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Nurse Advice Line] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Transportation] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Involve Dental (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX) [[Involve Vision (For Members and Providers)] X-XXX-XXX-XXXX (TTY: XXXX)	
PROVIDER INFORMATION [[PPG Name:]] [[Provider Group Name]] [[PPG Phone:]] [[X-XXX-XXX-XXXX]] [PCP Name:] [Last, First Name] [PCP Phone:] [X-XXX-XXX-XXXX] [[PCP Office Visit:]] [[X]]		FOR PROVIDERS [For Member eligibility and Medical prior auth/referrals: X-XXX-XXX-XXXX] [Medical Claims:] [Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Claims] [Payor ID: 68069] [P.O. Box XXXX Farmington, MO 63640-9030]	
PHARMACY INFORMATION Rx Claims Processor: [Express Scripts®] RXBIN: [XXXXXX] RXPCN: [XXXXXX] RXGRP: [XXXXXX]		[Pharmacy prior auth: X-XXX-XXX-XXXX] [For help: (PHARMACY USE ONLY) X-XXX-XXX-XXXX] Submit Part D Drug Claims to: [Wellcare By Health Plan Name] [Attn: Member Reimbursement Dept] [P.O. Box 31577, Tampa, FL 33631-3577]	
FOR EMERGENCIES: Dial 911 or go to the nearest Emergency Room (ER)			

لا تستخدم بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق للخدمات الطبية الخاضعة للتغطية في أثناء عضويتك في هذه الخطـة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة عضوية Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الخدمات الطبية كاملة بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهارها إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات مأوى رعاية المحتضرين أو المشاركة في دراسات بحثية سريرية معتمدة من Medicare التي يطلق عليها كذلك اسم التجارب السريرية.

إذا تعرضت بطاقة عضوية الخطـة الخاصة بك إلى التلف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الفور وسنرسل إليك بطاقة جديدة.

القسم 3.2 دليل الموفرين والصيديات

يسرد دليل الموفرين والصيديات موفري الشبكة الحاليين وصيديات الشبكة التابعة لنا. موفرو الشبكة هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي أبرمت اتفاقية معنا لقبول مدفوعاتنا وأي مشاركة تكلفة خطة كعملية دفع كاملة.

المجموعة الطبية هي جمعية للأطباء، بمن في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، تتعاقد مع الخطة لتقديم الخدمات إلى المسجلين.

يجب عليك استخدام موفري الشبكة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات.

قد تضطر كذلك إلى الاستعانة بالموفرين الموجودين ضمن المجموعة الطبية/IPA لمقدم الرعاية الأولية (PCP). إذا كنت ترغب في زيارة مقدم رعاية ليس ضمن المجموعة الطبية/رابطة الممارسة المستقلة (IPA) لمقدم الرعاية الأولية (PCP)، فقد تضطر إلى تغيير مقدم الرعاية الأولية. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون مقيداً بمقدمي الرعاية ضمن شبكة مقدمي الرعاية الأولية (PCP) و/أو شبكة المجموعة الطبية. هذا يعني أن PCP و/أو المجموعة الطبية التي تختارها قد تحدد الاختصاصيين والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها. تُعد رابطة الممارسة المستقلة (IPA) جمعية للأطباء، بمن في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، تتعاقد مع الخطة لتقديم الخدمات إلى الأعضاء. إذا انتقلت إلى مكان آخر من دون الحصول على إذن مناسب، فستعين عليك الدفع بالكامل. والاستثناءات الوحيدة هي حالات الطوارئ، والخدمات المطلوبة بشكل عاجل عندما لا تكون الشبكة متاحة (أي في الحالات التي يكون فيها من غير المعقول أو الممكن الحصول على الخدمات داخل الشبكة)، وخدمات غسيل الكلى خارج المنطقة، والحالات التي تآذن فيها Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) باستخدام موفرين خارج الشبكة.

تتوفر أحدث قائمة للموفرين على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.

إذا لم تكن لديك نسختك من دليل الموفرين والصيديات، فيمكنك طلب نسخة (إلكترونية أو في شكل نسخة مطبوعة) من قسم خدمات الأعضاء. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخة مطبوعة من دلائل الموفرين والصيديات إليك عبر البريد في غضون ثلاثة أيام عمل. يمكنك أن تطلب من قسم خدمات الأعضاء الحصول على مزيد من المعلومات حول موفري الشبكة لدينا، بما في ذلك مؤهلاتهم، والكلية الطبية التي التحقوا بها، وتخصص الامتياز الذي اجتازوه، وإجازة الزمالة. يمكن لخدمات الأعضاء والموقع الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات التي تطرأ على مقدمي الخدمات في الشبكة لدينا.

يسرد دليل الموفرين والصيديات صيديات الشبكة التابعة لنا. صيديات الشبكة هي جميع الصيديات التي وافقت على توفير الوصفات الطبية المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام دليل الموفرين والصيديات للعثور على صيدلية الشبكة التي تريد التعامل معها. راجع الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على معلومات عن الوقت الذي يمكنك فيه استخدام الصيديات غير الموجودة في شبكة الخطة.

إذا لم يكن لديك دليل الموفرين والصيديات، فيمكنك الحصول على نسخة من قسم خدمات الأعضاء. كما يمكنك العثور

على هذه المعلومات على موقعنا الإلكتروني على العنوان www.wellcare.com/healthnetCA.

القسم 3.3 قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بالخطـة (كتيب الوصفات)

تتضمن الخطـة قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات). ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصاراً. تعلمنا بالأدوية الموصوفة بموجب Part D الخاضعة للتغطية بموجب ميزة Part D المضمن في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). يتم اختيار الأدوية المدرجة على هذه القائمة بواسطة الخطـة وبمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. يجب أن تفي القائمة بالمتطلبات التي يحددها برنامج Medicare. وافق برنامج Medicare على "قائمة الأدوية" الخاصة بخطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP).

ستطلعك قائمة الأدوية كذلك على ما إذا كانت هناك أي قواعد تقيد تغطية الأدوية الخاصة بك.

سنقدم إليك نسخة من "قائمة الأدوية". للحصول على أحدث المعلومات وأكثرها اكتمالاً حول الأدوية التي تتم تغطيتها، يمكنك زيارة موقع الخطـة الإلكتروني (www.wellcare.com/healthnetCA) أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 4 التكاليف الشهرية لخطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

قد تشمل تكاليفك ما يأتي:

- قسط الخطـة (القسم 4.1)
- قسط Medicare Part B الشهري (القسم 4.2)
- عقوبة التسجيل المتأخر في Part D (القسم 4.3)
- مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (القسم 4.4)

القسم 4.1 قسط الخطـة

لا تدفع قسط خطـة شهرياً منفصلاً مقابل خطـتنا.

القسم 4.2 قسط Medicare Part B الشهري

يُطلب من العديد من الأعضاء دفع أقساط أخرى لبرنامج Medicare

يطلب من بعض الأعضاء دفع أقساط أخرى لبرنامج Medicare. كما هو موضح في القسم 2 أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لخطـتنا، يجب أن تحافظ على أهليتك لبرنامج California Medi-Cal (Medicaid) وكذلك Medicare Part A و Medicare Part B. وبالنسبة إلى معظم أعضاء Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)، يدفع برنامج California Medi-Cal (Medicaid) قسط Part A الخاص بك (إذا لم تكن مؤهلاً لذلك تلقائياً) وقسط Part B الخاص بك.

إذا لم يتم برنامج Medicaid بدفع أقساط Medicare الخاصة بك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare لتبقى عضواً في الخطـة. وهذا يشمل قسطك لـ Part B. وقد يشمل قسطاً لـ Part A يؤثر في الأعضاء غير المؤهلين للحصول على قسط Part A مجاني.

القسم 4.3 عقوبة التسجيل المتأخر في Part D

نظرًا إلى أنك مزدوج الأهلية، فلا تنطبق عقوبة التسجيل المتأخر (LEP) عليك طالما أنك تحافظ على حالة الأهلية المزدوجة، لكن إذا فقدت حالة الأهلية المزدوجة، فقد تتكبد عقوبة التسجيل المتأخر (LEP). عقوبة التسجيل المتأخر في Part D هي قسط إضافي يجب دفعه مقابل تغطية Part D إذا لم تكن مسجلًا في Part D أو أي تغطية دواء موصوف موثوقة أخرى لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية. تغطية الدواء الموصوف الموثوقة هي تغطية تلبي الحد الأدنى من معايير Medicare حيث من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما يعادل تغطية Medicare القياسية للأدوية الموصوفة على الأقل. تعتمد تكلفة عقوبة التسجيل المتأخر على المدة التي قضيتها من دون Part D أو أي تغطية دواء موصوف موثوقة أخرى. سيتعين عليك الدفع مقابل هذه العقوبة ما دام لديك تغطية Part D.

لا يتعين عليك الدفع مقابلها إذا:

- تلقيت "Extra Help" (مساعدة إضافية) من Medicare للدفع مقابل الأدوية الموصوفة.
 - أمضيت أقل من 63 يومًا على التوالي من دون تغطية موثوقة.
 - كانت لديك تغطية دواء موثوقة من خلال مصدر آخر مثل صاحب العمل السابق أو النقابة أو برنامج TRICARE أو وزارة شؤون المحاربين القدامى. ستبلغك شركة التأمين أو قسم الموارد البشرية لديك كل عام ما إذا كانت تغطية الدواء الخاصة بك موثوقة أم لا. قد يتم إرسال هذه المعلومات إليك في خطاب أو يتم تضمينها في رسالة إخبارية من الخطـة. احتفظ بهذه المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها إذا انضمت إلى خطة دواء Medicare لاحقًا.
 - **ملاحظة:** يجب أن تنص كل الإشعارات على أن لديك تغطية دواء موصوف موثوقة، التي من المتوقع أن يتم الدفع مقابلها بما يعادل ما يتم دفعه مقابل خطة الأدوية الموصوفة القياسية من Medicare.
 - **ملاحظة:** في ما يأتي تغطية الدواء الموصوف غير الموثوقة: بطاقات خصم الأدوية الموصوفة والعيادات المجانية ومواقع خصم الأدوية.
- يحدد برنامج Medicare مبلغ العقوبة. إليك كيفية حساب ذلك:

- أولاً، احسب عدد الأشهر الكاملة التي تأخرت فيها عن التسجيل في خطة دواء Medicare بعد أن أصبحت مؤهلاً للتسجيل. أو احسب عدد الأشهر الكاملة التي لم يكن لديك فيها تغطية دواء موصوف موثوقة، إذا كانت فترة انقطاع التغطية 63 يومًا أو أكثر. يبلغ مقدار العقوبة 1% عن كل شهر لم تكن لديك فيه تغطية موثوقة. على سبيل المثال، إذا أمضيت 14 شهرًا من دون تغطية، فسيبلغ مقدار العقوبة 14%.
- يحدد برنامج Medicare بعد ذلك مبلغ متوسط القسط الشهري لخطط أدوية Medicare في الدولة من العام السابق. كان متوسط مبلغ هذا القسط \$32.74 في عام 2023. وقد يتغير هذا المبلغ في عام 2024.
- لحساب العقوبة الشهرية، اضرب نسبة العقوبة ومتوسط القسط الشهري وقم بتقريب الناتج إلى أقرب 10 سنتات. في المثال هنا، سيكون 14% مضروبًا في \$32.74، أي ما يعادل \$4.58. يتم تقريب هذا الناتج إلى \$4.60. سيضاف هذا المبلغ إلى القسط الشهري لشخص يخضع لعقوبة التسجيل المتأخر في Part D.

ثمة ثلاثة أشياء مهمة تجب ملاحظتها حول عقوبة التسجيل المتأخر في Part D الشهرية:

- أولاً، قد تتغير العقوبة كل عام، لأن متوسط القسط الشهري يمكن أن يتغير كل عام.
- ثانياً، ستستمر في دفع عقوبة كل شهر ما دمت مسجلاً في خطة تتضمن مزايا أدوية Medicare Part D، حتى لو غيرت الخطط.
- ثالثاً، إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً وتحصل حالياً على مزايا Medicare، فستتم إعادة تقييم عقوبة التسجيل المتأخر في Part D عندما تبلغ 65 عاماً. بعد سن الـ 65، ستعتمد عقوبة التسجيل المتأخر في Part D فقط على الأشهر التي لم تكن مشمولاً فيها بتغطية بعد فترة التسجيل الأولية للشيخوخة في Medicare.

إذا كنت لا توافق على عقوبة التسجيل المتأخر في Part D، فيمكنك أنت أو ممثلك طلب مراجعة. بشكل عام، يجب عليك طلب هذه المراجعة في غضون 60 يوماً من تاريخ أول خطاب تتلقاه يفيد بأنه يتعين عليك دفع عقوبة التسجيل المتأخر. ومع ذلك، إذا كنت تدفع عقوبة قبل الانضمام إلى خطتنا، فقد لا تكون لديك فرصة أخرى لطلب مراجعة عقوبة التسجيل المتأخر هذه.

القسم 4.4 مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل

قد يُطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية، المعروفة باسم مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل لـ Part D، ويشار إليها اختصاراً أيضاً بـ IRMAA. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام إجمالي الدخل المعدل كما ورد في الإقرار الضريبي لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) منذ عامين. إذا كان هذا المبلغ أعلى من مبلغ معين، فستدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (IRMAA) الإضافي. للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه استناداً إلى دخلك، تفضل بزيارة <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

إذا كان يجب عليك دفع مبلغ إضافي، فسيُرسَل إليك الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare، خطاباً يخبرك بقيمة ذلك المبلغ الإضافي. سيُقتطع المبلغ الإضافي من صكّ استحقاق الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية أو مكتب إدارة شؤون الموظفين، بصرف النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادةً قسط خطتك، ما لم يكن استحقاقك الشهري غير كافٍ لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. إذا لم يكن صكّ الاستحقاق الخاص بك كافياً لتغطية المبلغ الإضافي، فستحصل على فاتورة من Medicare. يجب عليك دفع المبلغ الإضافي إلى الحكومة. ولا يمكن دفعه من خلال قسط خطتك الشهرية. إذا لم تدفع المبلغ الإضافي، فسيتم إلغاء تسجيلك في الخطة وستفقد تغطية الأدوية الموصوفة.

إذا كنت لا توافق على دفع مبلغ إضافي، فيمكنك أن تطلب من الضمان الاجتماعي مراجعة القرار. لمعرفة المزيد حول كيفية القيام بذلك، اتصل بالضمان الاجتماعي على 1-800-772-1213 (TTY على الرقم 1-800-325-0778).

القسم 5 مزيد من المعلومات حول القسط الشهري الذي تدفعه

القسم 5.1 هل يمكننا تغيير القسط الشهري للخطه خلال العام؟

لا. لا يجوز لنا تغيير مبلغ قسط الخطه الشهري الذي نفرضه خلال العام. إذا تغير قسط الخطه الشهري للعام المقبل، فسنخبرك في سبتمبر وسيسري التغيير في 1 يناير.

ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تكون قادرًا على التوقف عن دفع عقوبة التسجيل المتأخر، إذا كان ذلك مستحقًا. أو يتعين عليك البدء في دفع عقوبة التسجيل المتأخر. قد يحدث هذا إذا أصبحت مؤهلاً لبرنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) أو إذا فقدت أهليتك لبرنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) خلال العام:

- إذا كنت تدفع حاليًا عقوبة التسجيل المتأخر في Part D وأصبحت مؤهلاً لبرنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) خلال العام، فستتمكن من التوقف عن دفع العقوبة.
 - إذا فقدت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فقد تتعرض لعقوبة التسجيل المتأخر إذا مضى 63 يومًا أو أكثر على التوالي من دون تغطية Part D أو غيرها من تغطية الدواء الموصوف الموثوقة.
- يمكنك معرفة المزيد عن برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) في الفصل 2، القسم 7.

القسم 6 الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطه

يحتوي سجل عضويتك على معلومات من استمارة التسجيل الخاصة بك، بما في ذلك عنوانك ورقم هاتفك. يوضح السجل تغطية خطتك المحددة بما في ذلك مقدم الرعاية الأولية/المجموعة الطبية/رابطة الممارسة المستقلة (IPA). تُعد جمعية الممارسة المستقلة (IPA) جمعية للأطباء، بما في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، تتعاقد مع الخطه لتقديم الخدمات إلى الأعضاء.

يحتاج الأطباء والمستشفيات والصيدلة وغيرهم من مقدمي الخدمات في شبكة الخطه إلى الحصول على معلومات صحيحة عنك. يستخدم موفرو الشبكة سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية ومبالغ مشاركة التكلفة بالنسبة إليك. لذا، من المهم أن تقدم لنا العون في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

أخبرنا بهذه التغييرات:

- التغييرات التي تطرأ على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- التغييرات التي تطرأ على أي تغطية تأمين صحي أخرى لديك (على سبيل المثال، من صاحب العمل أو صاحب عمل الزوج/الزوجة أو تعويض العمال أو (California Medi-Cal (Medicaid)
- إذا كانت لديك أي مطالبات بالتعويض، مثل مطالبات حوادث السيارات
- إذا تم إدخالك دار ترميز

- إذا تلقيت الرعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ خارج المنطقة أو خارج الشبكة
 - إذا تغير الطرف المسؤول المعين من طرفك (مثل مقدم الرعاية)
 - إذا كنت تشارك في دراسة بحثية سريرية (ملحوظة: لا يتعين عليك إخبار خطتك عن الدراسات البحثية السريرية التي تنوي المشاركة فيها، لكننا نشجعك على ذلك)
- إذا تغيرت أي من هذه المعلومات، فيرجى إعلامنا عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- من المهم كذلك الاتصال بالضمان الاجتماعي إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي. يمكنك العثور على أرقام الهواتف وبيانات الاتصال الخاصة بالضمان الاجتماعي في الفصل 2، القسم 5.

القسم 7 كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا

التأمين الآخر

يتطلب برنامج Medicare أن نجمع معلومات منك حول أي تغطية تأمين طبي أو تأمين دوائي أخرى لديك. وذلك لأنه يجب علينا تنسيق أي تغطية أخرى لديك مع المزايا التي تحصل عليها بموجب خطتنا. ويُطلق على ذلك اسم تنسيق المزايا.

سنرسل إليك خطابًا، مرة واحدة سنويًا، يسرد أي تغطية تأمين طبي أو دوائي أخرى نعرفها. يرجى قراءة هذه المعلومات بعناية. وإذا كانت صحيحة، فلن تحتاج إلى فعل أي شيء. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. قد تحتاج إلى منح رقم تعريف عضوية الخطة الخاص بك إلى شركات التأمين الأخرى (بمجرد تأكيد هويتهم) بحيث يتم دفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المحدد.

عندما يكون لديك تأمين آخر (مثل التغطية الصحية الجماعية لصاحب العمل)، ثمة قواعد وضعها برنامج Medicare تقرر ما إذا كانت خطتنا أو تأمينك الآخر يدفع أولاً. التأمين الذي يدفع أولاً يُسمى "المسدد الأساسي" ويدفع حتى حدود تغطيته. والتأمين الذي يدفع ثانيًا، يسمى "المسدد الثانوي"، يدفع فقط إذا كانت هناك تكاليف لم تشملها التغطية الأساسية. قد لا يدفع المسدد الثانوي جميع التكاليف غير المشمولة بالتغطية. إذا كان لديك تأمين آخر، فأخبر طبيبك والمستشفى والصيدلة.

تسري هذه القواعد على تغطية الخطة الصحية الجماعية لصاحب العمل أو النقابة:

- إذا كانت لديك تغطية للمتقاعدين، فإن برنامج Medicare يدفع أولاً.
- إذا كانت تغطية خطتك الصحية الجماعية تعتمد على العمل الحالي الخاص بك أو بأحد أفراد أسرتك، فإن من يدفع أولاً يعتمد على عمرك وعدد الأشخاص الذين وظفهم صاحب العمل وما إذا كان لديك برنامج Medicare يعتمد على العمر أو الإعاقة أو الاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD):

- إذا كان عمرك أقل من 65 عامًا وكنت معاقًا ولا تزال أنت أو أحد أفراد أسرتك تعمل، فإن خطتك الصحية الجماعية تدفع أولاً إذا كان لدى صاحب العمل 100 موظف أو أكثر أو صاحب عمل واحد على الأقل في خطة أصحاب عمل متعددة تتضمن أكثر من 100 موظف.

○ إذا كان عمرك يزيد على 65 عامًا ولا تزال أنت/أنتِ أو زوجتك/زوجك تعملان، فإن خطتك الصحية الجماعية تدفع أولاً إذا كان لدى صاحب العمل 20 موظفًا أو أكثر أو صاحب عمل واحد على الأقل في خطة أصحاب عمل متعددة تتضمن أكثر من 20 موظفًا.

● إذا كان لديك برنامج Medicare بسبب أمراض الكلى في المرحلة الأخيرة (ESRD)، فإن خطتك الصحية الجماعية ستدفع أولاً لأول 30 شهرًا بعد أن تصبح مؤهلاً لبرنامج Medicare.

عادةً ما تدفع أنواع التغطية هذه أولاً مقابل الخدمات المتعلقة بكل نوع:

● التأمين الشامل (بما في ذلك التأمين على السيارات)

● المسؤولية (بما في ذلك التأمين على السيارات)

● مزايا تأمين عمال مناجم الفحم

● تعويض العمال

لا يدفع برنامج Medicaid و TRICARE أولاً مقابل الخدمات التي يغطيها Medicare. حيث لا يدفعون إلا بعد أن تدفع الخدمات الصحية الجماعية لبرنامج Medicare و/أو صاحب العمل.

الفصل 2:

أرقام هاتفية وموارد مهمة

القسم 1 جهات اتصال الخطـة (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى قسم خدمات الأعضاء)

كيفية الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطتنا

للحصول على المساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو أسئلة بطاقة العضو، يرجى الاتصال أو إرسال خطاب إلى قسم خدمات الأعضاء التابع لخطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). سنكون سعداء لمساعدتك.

الطريقة	خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ومع ذلك، تُرجى ملاحظة أنه خلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات بدءًا من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، قد يرد نظام الهاتف الآلي على مكالمتك. يرجى ترك اسمك ورقم هاتفك وسنعاود الاتصال بك في غضون يوم عمل واحد (1). يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
الموقع الإلكتروني	www.wellcare.com/healthnetCA

كيفية الاتصال بنا عند طلب قرار تغطية أو استئناف بشأن رعايتك الطبية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن استحقاقاتك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل خدماتك الطبية أو الأدوية الموصوفة بموجب Part D. والاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. للحصول على مزيد من المعلومات حول قرارات التغطية أو الاستئناف بشأن رعايتك الطبية أو الأدوية الموصوفة بموجب Part D، راجع الفصل 9 (ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)).

الطريقة	قرارات التغطية للرعاية الطبية – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Medical Management 4191 E. Commerce Way Sacramento, CA 95834

الطريقة	قرارات التغطية للأدوية الموصوفة بموجب Part D – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-866-226-1093
مراسلة	Attn: Medicare Part D Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
الموقع الإلكتروني	www.wellcare.com/healthnetCA

الطريقة	استئنافات الرعاية الطبية – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450

الطريقة	استئنافات الأدوية الموصوفة بموجب Part D – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-866-388-1766
مراسلة	Medicare Part D Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
الموقع الإلكتروني	www.wellcare.com/healthnetCA

كيفية الاتصال بنا عند تقديم شكوى بشأن رعايتك الطبية

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي من موفري الشبكة أو الصيدليات التابعة لنا، مثل تقديم شكوى ضد جودة الرعاية التي نقدمها إليك. لا يتضمن هذا النوع من الشكاوى نزاعات التغطية أو الدفع. للحصول على مزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بشأن رعايتك الطبية، راجع الفصل 9 (ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)).

الطريقة	شكاوى الرعاية الطبية – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-844-273-2671
مراسلة	Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450
موقع Medicare الإلكتروني	يمكنك تقديم شكوى بشأن خطه (HMO D-SNP) Wellcare Dual Liberty مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

الطريقة	الشكاوى حول الأدوية الموصوفة بموجب Part D – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.

711	TTY
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.	
1-844-273-2671	الفاكس
Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10450 Van Nuys, CA 91410-0450	مراسلة
يمكنك تقديم شكوى بشأن خطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .	موقع Medicare الإلكتروني

أين ترسل طلبات مطالبتنا بدفع تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي تلقينته

إذا تلقيت فاتورة أو دفعت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم رعاية) تعتقد أننا يجب أن ندفع مقابلها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بالسداد أو دفع فاتورة مقدم الخدمة. راجع الفصل 7 (مطالبتنا بدفع فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للتغطية).

ترجى ملاحظة ما يأتي: إذا أرسلت إلينا طلب دفع ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. راجع الفصل 9 (ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)) للحصول على مزيد من المعلومات.

الطريقة	طلبات الدفع – معلومات الاتصال
مراسلة	طلبات مدفوعات الخدمات الطبية: Member Reimbursement Dept P.O. Box 9030 Farmington, MO 63640 طلبات مدفوعات Part D: Member Reimbursement Dept P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
الموقع الإلكتروني	www.wellcare.com/healthnetCA

القسم 2 Medicare (كيفية الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare الفيدرالي مباشرة)

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا الذين يعانون من إعاقات والأشخاص الذين يعانون من الاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكلى أو زرع الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid (يشار إليها أحيانًا بالاختصار CMS). تتعاقد هذه الوكالة مع مؤسسات Medicare Advantage بما فيها نحن.

الطريقة	Medicare – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-MEDICARE، أو 1-800-633-4227 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.

الطريقة	Medicare – معلومات الاتصال
الموقع الإلكتروني	www.Medicare.gov هذا هو الموقع الحكومي الرسمي لبرنامج Medicare. يوفر لك معلومات محدثة حول Medicare ومشكلات Medicare الحالية. كما أنه يتضمن معلومات عن المستشفيات ودور التمريض والأطباء ووكالات الرعاية الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى. ويحوي المستندات التي يمكنك طباعتها بشكل مباشر من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. يمكنك كذلك العثور على جهات اتصال Medicare في ولايتك. يحوي موقع Medicare الإلكتروني كذلك معلومات تفصيلية حول أهلية Medicare وخيارات التسجيل باستخدام الأدوات الآتية: • أداة أهلية Medicare: توفر معلومات حول حالة أهلية Medicare. • أداة البحث عن خطة Medicare: توفر معلومات شخصية حول خطط Medicare للأدوية الموصوفة، وخطط Medicare الصحية، وسياسات Medigap (تأمين Medicare الإضافي) في منطقتك. توفر هذه الأدوات تقديرًا لما قد تكون عليه التكاليف التي يتحملها المريض في خطط Medicare المختلفة. يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني لإبلاغ Medicare بأي شكاوى لديك حول خطتنا: • أبلغ Medicare بشكاواك: يمكنك تقديم شكاوى بشأن خطتنا إلى Medicare بشكل مباشر. لتقديم شكاوى إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يأخذ برنامج Medicare الشكاوى على محمل الجد وسيستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة برنامج Medicare. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فيمكنك طلب المساعدة من المكتبة أو مركز رعاية المسنين في منطقتك لزيارة هذا الموقع الإلكتروني باستخدام جهاز الكمبيوتر. أو يمكنك الاتصال بـ Medicare وإخبارهم بالمعلومات التي تبحث عنها. وسوف يعثرون على المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعونها معك. (يمكنك الاتصال بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).

القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (مساعدة ومعلومات وإجابات عن أسئلتك مجاناً عن Medicare)

برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) هو برنامج حكومي مع مستشارين مدربين في كل ولاية. في ولاية California، يُطلق على برنامج SHIP اسم برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP).

برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) هو برنامج مستقل تابع للدولة (لا علاقة له بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على التمويل من الحكومة الفيدرالية لتقديم المشورة بشأن التأمين الصحي المحلي مجاناً إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

يمكن لمستشاري برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) مساعدتك على فهم حقوقك في برنامج Medicare ومساعدتك على تقديم شكاوى بشأن رعايتك الطبية أو علاجك، ومساعدتك على تسوية المشكلات المتعلقة بفواتير Medicare الخاصة بك. كما يمكن لمستشاري برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) مساعدتك على الإجابة عن الأسئلة أو حل المشكلات المتعلقة بـ Medicare، ومساعدتك على فهم خيارات خطة Medicare والإجابة عن الأسئلة حول تبديل الخطط.

طريقة الوصول إلى برنامج SHIP والموارد الأخرى:

- قم بزيارة <https://www.shiphelp.org> (انقر فوق SHIP LOCATOR (محدد موقع SHIP) في منتصف الصفحة)
- حدد ولايتك من القائمة. سينقلك هذا الخيار إلى صفحة تحتوي على أرقام الهواتف والموارد الخاصة بولايتك.

الطريقة	برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-434-0222
TTY	711
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/hicap/

القسم 4 مؤسسة تحسين الجودة

ثمة مؤسسة معينة لتحسين الجودة لخدمة المستفيدين من Medicare في كل ولاية. بالنسبة إلى California، يُطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta - مؤسسة تحسين الجودة في California.

Livanta - تتمتع مؤسسة تحسين الجودة في California بمجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين يتقاضون رواتبهم من Medicare للتحقق من جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة على تحسينها. Livanta - مؤسسة تحسين الجودة في California هي مؤسسة مستقلة. ولا علاقة لها بخططنا.

يجب عليك الاتصال ب Livanta - مؤسسة تحسين الجودة في California في أي من هذه الحالات:

- كانت لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها.
- كنت تتوقع أن تغطية إقامتك في المستشفى ستنتهي قريباً جداً.
- كنت تتوقع أن تغطية الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قريباً جداً.

الطريقة	Livanta - مؤسسة تحسين الجودة في California - معلومات الاتصال
اتصال	1-877-588-1123 من الساعة 9 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً بالتوقيت المحلي، من الاثنين إلى الجمعة؛ من الساعة 11 صباحاً إلى الساعة 3 مساءً بالتوقيت المحلي، من السبت إلى الأحد
TTY	1-855-887-6668 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث.
مراسلة	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701-1105
الموقع الإلكتروني	https://www.livantaqio.com

القسم 5 الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي هو المسؤول عن تحديد الأهلية والتعامل مع التسجيل في برنامج Medicare. مواطنو الولايات المتحدة والمقيمون الدائمون الشرعيون الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين لديهم إعاقة أو الذين يعانون من الاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية ويستوفون شروطًا معينة، مؤهلون للاشتراك في برنامج Medicare. إذا كنت تحصل بالفعل على شيكات الضمان الاجتماعي، يكون التسجيل في Medicare تلقائيًا. إذا كنت لا تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، فيجب عليك التسجيل في Medicare. لتقديم طلب للانضمام إلى Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي.

الضمان الاجتماعي مسؤول أيضًا عن تحديد من عليه دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية Part D لأن لديه دخلاً أعلى. إذا تلقيت خطابًا من الضمان الاجتماعي يبلغك بأنه يتعين عليك دفع المبلغ الإضافي وكانت لديك أسئلة حول المبلغ، أو إذا انخفض دخلك بسبب حدوث تغيير في الحالة الاجتماعية، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي، فمن الضروري أن تتصل بالضمان الاجتماعي لإبلاغهم بذلك.

الطريقة	الضمان الاجتماعي – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-772-1213 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلي للضمان الاجتماعي للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار الساعة.
TTY	1-800-325-0778 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

القسم 6 Medicaid

بصفتك عضوًا في خطتنا، فأنت مؤهل لكل من Medicare و Medicaid. Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من أصحاب مصادر الدخل والموارد المحدودة.

بالإضافة إلى ذلك، توجد برامج مقدمة من خلال California Medi-Cal (Medicaid) تساعد الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare. تساعد برامج المدخرات من Medicare محدودي الدخل والموارد على توفير المال كل عام:

• **المستفيد من برنامج Medicare المؤهل مع ميزات إضافية (QMB+):** يساعد على دفع أقساط Medicare Part B و A ومشاركة التكلفة الأخرى (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك وعمليات التسديد المشترك). كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.

• **المستفيد المحدد من برنامج Medicare من ذوي الدخل المنخفض مع ميزات إضافية (SLMB+):** يساعد على دفع أقساط Part B. كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.

• **المزايا الكاملة للأفراد المؤهلين المزدوجين (FBDE):** يساعد على دفع أقساط Medicare Part A و B ومشاركة التكلفة الأخرى (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك وعمليات التسديد المشترك). كما يحصل المستفيدون المؤهلون على استحقاقات برنامج Medicaid الكاملة.

لكي تكون عضوًا في هذه الخطّة، يجب أن تكون مسجلًا في كل من Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) معًا وأن تستوفي جميع متطلبات الأهلية الأخرى للخطّة في وقت التسجيل. إذا كانت لديك أسئلة بشأن المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فاتصل بـ California Medi-Cal (Medicaid).

الطريقة	California Medi-Cal (Medicaid) – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت PT، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	1-800-430-7077 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث.
مراسلة	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
الموقع الإلكتروني	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

يساعد برنامج أمين المظالم للرعاية طويلة الأجل في California الأشخاص المسجلين في Medicaid الذين لديهم مشكلات في الخدمة أو الفوترة. كما يمكنه مساعدتك على تقديم تظلم أو استئناف بخصوص خطتنا.

يساعد برنامج أمين المضالم للرعاية طويلة الأجل الناس على الحصول على معلومات حول دور التمريض وحل المشكلات بين دور التمريض والمقيمين أو أسرهم.

القسم 7 معلومات حول برامج مساعدة الناس على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة

يوفر موقع Medicare.gov الإلكتروني (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs>) معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية الموصوفة. وفي ما يتعلق بالأشخاص ذوي الدخل المحدود، ثمة برامج أخرى يمكنها تقديم المساعدة موضحة أدناه.

برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare

نظرًا إلى كونك مؤهلاً لخطة Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. لست بحاجة إلى القيام بأي شيء آخر للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) هذه.

إذا كانت لديك أسئلة حول "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فاتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 (الطلبات)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع
- مكتب الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213، ما بين الساعة 8 صباحًا والساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو
- مكتب Medicaid في ولايتك (الطلبات) (راجع القسم 6 من هذا الفصل للحصول على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح مقابل مشاركة التكلفة عند الحصول على وصفة طبية في صيدلية، فإن خطتنا تتضمن عملية تتيح لك إما طلب المساعدة على الحصول على دليل لمستوى التسديد المشترك المناسب لك، أو تقديم هذا الدليل إلينا إذا كان لديك بالفعل.

- اتصل بقسم خدمات الأعضاء وأبلغ الممثل بأنك تظن أنك مؤهل للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية). قد يُطلب منك تقديم أحد أنواع المستندات الآتية (أفضل الأدلة المتاحة):

- نسخة من بطاقة California Medi-Cal (Medicaid) للمستفيد تشمل اسم المستفيد وتاريخ الأهلية خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة
- نسخة من مستند صادر عن الولاية يؤكد حالة California Medi-Cal (Medicaid) النشطة خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة
- نسخة مطبوعة من ملف تسجيل إلكتروني صادر عن الولاية تُظهر حالة California Medi-Cal (Medicaid) خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة
- نسخة مطبوعة للقطعة شاشة من أنظمة California Medi-Cal (Medicaid) التابعة للولاية تُظهر حالة Medicaid خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة
- مستندات أخرى مقدمة من الولاية تُظهر حالة California Medi-Cal (Medicaid) خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة
- خطاب من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) يُظهر أن الفرد يتلقى الدخل الأمني الإضافي (SSI)
- طلب تقدم به شخص مُقرر أهليته يؤكد أن المستفيد "...مؤهل تلقائيًا للحصول على مساعدة إضافية..." (منشور SSA (إدارة الضمان الاجتماعي) (HI 03094.605)

إذا كنت تتلقى الرعاية المؤسسية وتعتقد أنك مؤهل لمشاركة التكلفة الصفرية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء وأخبر الممثل أنك تعتقد أنك مؤهل للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية). قد يُطلب منك تقديم أحد أنواع المستندات الآتية:

- حوالة من المرفق تُظهر مدفوعات Medicaid باسمك لمدة شهر تقويمي كامل خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة؛
- نسخة من مستند صادر عن الولاية يؤكد مدفوعات Medicaid باسمك إلى المرفق لمدة شهر تقويمي كامل بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة؛
- نسخة مطبوعة للقطعة شاشة من أنظمة Medicaid التابعة للولاية تُظهر حالتك المؤسسية بناءً على فترة إقامة لمدة شهر تقويمي كامل على الأقل لأغراض مدفوعات Medicaid خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.

● إذا لم تتمكن من تقديم المستندات الموضحة أعلاه وتعتقد أنك قد تكون مؤهلاً للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء وسيقوم أحد الممثلين بمساعدتك.

● عندما نتلقى الدليل الذي يُظهر مستوى التسديد المشترك الخاص بك، سنقوم بتحديث نظامنا بحيث يمكنك دفع مبلغ التسديد المشترك الصحيح عند الحصول على الوصفة الطبية التالية في الصيدلية. وإذا تبين أنك دفعت مبلغًا زائدًا عن مبلغ التسديد المشترك، فسنقوم بتعويضك. فإما أن نرسل إليك شيكًا بالمبلغ الزائد الذي دفعته أو سنقوم بتعويضك في عمليات التسديد المشترك في المستقبل. إذا لم تحصل الصيدلية على مبلغ التسديد المشترك منك وحملت إياه كدين مستحق عليك، فقد نقوم بالدفع إلى الصيدلية بشكل مباشر. وإذا دفعت الولاية نيابةً عنك، فقد نقوم بالدفع إلى الولاية بشكل مباشر. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أسئلة.

ماذا لو كانت لديك تغطية من برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة (SPAP)؟

تقدم العديد من الولايات وجزر فيرجن الأمريكية المساعدة على دفع تكاليف الوصفات الطبية و/أو أقساط خطة الأدوية و/أو تكاليف الأدوية الأخرى. إذا كنت مسجلًا في برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة (SPAP)، أو أي برنامج آخر يوفر تغطية لأدوية Part D (بخلاف "Extra Help" (المساعدة الإضافية))، فلا يزال بإمكانك الحصول على خصم 70% على الأدوية الخاضعة للتغطية التي تحمل اسم علامة تجارية. تدفع الخطة كذلك 5% من تكاليف الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية في فجوة التغطية. يُطبق الخصم بنسبة 70% ونسبة 5% التي تدفعها الخطة على سعر الدواء قبل أي تغطية لبرنامج SPAP أو أي تغطية أخرى.

ماذا لو كانت لديك تغطية من برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP)؟ ما الهدف من برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP)؟

يساعد برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) الأفراد المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بـ HIV/AIDS على الوصول إلى أدوية HIV لإنقاذ حياتهم. كما أن الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part D الموجودة كذلك في كتيب وصفات برنامج ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة في مشاركة تكلفة الوصفة الطبية من خلال برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California.

برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California هو برنامج ADAP الموجود في ولايتك.

برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California الموجود في ولايتك مُدرج أدناه.

الطريقة	برنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California — معلومات الاتصال
اتصال	1-916-558-1784 1-844-421-7050 من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بالتوقيت المحلي، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	711
مراسلة	Office of AIDS, Center for Infectious Diseases, California Department of Public Health MS 7700 P.O. Box 997426 Sacramento, CA 95899-7377
الموقع الإلكتروني	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OAadap.aspx

ملاحظة: يجب على الأفراد استيفاء معايير معينة حتى يكونوا مؤهلين لبرنامج ADAP المستخدم في ولاياتهم، مثل إثبات الإقامة في الولاية وحالة HIV (فيروس نقص المناعة البشرية)، والدخل المنخفض على النحو الذي تحدده الولاية، وحالة عدم التأمين/التأمين الجزئي. إذا غيرت الخطط، فيرجى إخطار موظف التسجيل في برنامج ADAP المحلي؛ حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات عن معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال ببرنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) في California.

برامج المساعدة الصيدلانية التابعة للدولة

لدى العديد من الولايات برامج مساعدة صيدلانية تابعة للدولة تساعد بعض الأشخاص على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة بناءً على الحاجة المالية أو العمر أو الحالة الطبية أو الإعاقة. كل ولاية لها قواعد مختلفة لتوفير تغطية الأدوية لأعضائها.

في California، برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة هو مركز خدمة عملاء MediCal Rx.

الطريقة	مركز خدمة عملاء California MediCal Rx — معلومات الاتصال
اتصال	1-800-977-2273 1-916-518-3100 711 على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، بما في ذلك الإجازات
TTY	711
مراسلة	MediCal Rx Customer Service Center P.O. Box 730 Rancho Cordova, CA 95741
الموقع الإلكتروني	www.medi-calrx.dhcs.ca.gov

القسم 8 كيفية الاتصال بمجلس تقاعد السكك الحديدية

مجلس تقاعد السكك الحديدية هو وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج استحقاقات شاملة لعمال السكك الحديدية في الدولة وأسرهم. إذا كنت تتلقى الرعاية الصحية من Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية، فمن المهم أن تخبرهم إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي. إذا كانت لديك أسئلة حول استحقاقاتك من مجلس تقاعد السكك الحديدية، فاتصل بالوكالة.

الطريقة	مجلس تقاعد السكك الحديدية – معلومات الاتصال
اتصال	1-877-772-5772 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. إذا ضغطت على "0"، فستتمكن من التحدث إلى أحد ممثلي RRB (مجلس تقاعد السكك الحديدية) في أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا إلى الساعة 3:30 مساءً، وفي أيام الأربعاء من الساعة 9:00 صباحًا إلى الساعة 12:00 مساءً. إذا ضغطت على "1"، فستتمكن من الوصول إلى خط المساعدة الآلي لـ RRB (مجلس تقاعد السكك الحديدية) والمعلومات المسجلة على مدار الساعة، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والإجازات.
TTY	1-312-751-4701 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم ليست مجانية.
الموقع الإلكتروني	rrb.gov/

القسم 9 هل لديك خطة تأمين جماعية أو تأمين صحي آخر من صاحب عمل؟

إذا كنت (أو زوجتك) تحصل على استحقاقات من صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين كجزء من هذه الخطة، فيمكنك الاتصال بمسؤول المزايا لصاحب العمل/النقابة أو قسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك (أو زوجتك) أن تسأل عن المزايا الصحية لصاحب العمل أو المتقاعد أو الأقساط أو فترة التسجيل. (تتم طباعة أرقام هواتف قسم خدمات الأعضاء على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)؛ TTY: 1-877-486-2048 لطرح الأسئلة المتعلقة بتغطية Medicare الخاصة بك بموجب هذه الخطة.

إذا كانت لديك تغطية أدوية موصوفة أخرى من خلال صاحب العمل (أو زوجتك) أو مجموعة المتقاعدين، فيُرجى الاتصال بمسؤول مزايا المجموعة. يمكن لمسؤول المزايا مساعدتك على تحديد كيفية عمل تغطية الأدوية الموصوفة الحالية مع خطتنا.

الفصل 3:

استخدام الخطة للحصول على
خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات
الأخرى الخاضعة للتغطية

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

القسم 1 أشياء يجب معرفتها حول الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى كعضو في خطتنا

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته حول استخدام الخطة للحصول على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية. ويقدم تعريفات للمصطلحات ويشرح القواعد التي ستحتاج إلى اتباعها للحصول على العلاجات الطبية والخدمات والمعدات والأدوية الموصوفة وخدمات الرعاية الطبية الأخرى التي تغطيها الخطة.

للاطلاع على تفاصيل حول الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا، استخدم جدول الاستحقاقات في الفصل التالي، الفصل 4 (جدول الاستحقاقات الطبية، الأمور التي تتم تغطيتها).

القسم 1.1 ما المقصود بموفري الشبكة والخدمات الخاضعة للتغطية؟

- **الموفرون** هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين منحتهم الولاية رخصة لتقديم الخدمات والرعاية الطبية. ويشمل مصطلح الموفرين أيضًا المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- **موفرو الشبكة** هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي أبرمت اتفاقية معنا لقبول مدفوعاتنا كعملية دفع كاملة. أجرينا ترتيبات مع مقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم خدمات خاضعة للتغطية للأعضاء المشتركين في خطتنا. يرسل الموفرون في شبكتنا فاتورة إلينا مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها إليك. عندما تزور موفر شبكة، لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.
- **تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية** جميع خدمات الرعاية الطبية والرعاية الصحية والمستلزمات والأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا. ترد خدمات الرعاية الطبية الخاضعة للتغطية المتاحة لك في جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4. كما ترد مناقشة الخدمات الخاضعة للتغطية للأدوية الموصوفة في الفصل 5.

القسم 1.2 القواعد الأساسية للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها الخطة

- مثل خطة Medicare الصحية، يجب أن تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare، وقد تقدم خدمات أخرى إلى جانب الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب Original Medicare. يرجى الرجوع إلى الفصل 4 جدول الاستحقاقات الطبية (الأمور التي تتم تغطيتها)، لمعرفة الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الخطة.
- ستغطي خطتنا بشكل عام رعايتك الطبية ما دامت:
- **الرعاية التي تتلقاها مشمولة في جدول الاستحقاقات الطبية للخطة** (هذا الجدول موجود في الفصل 4 من هذا المستند).
 - **الرعاية التي تتلقاها ضرورية من الناحية الطبية.** والمقصود بالضرورة من الناحية الطبية أن الخدمات أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية التي تتلقاها ضرورية للوقاية من الحالة الطبية التي لديك أو لتشخيصها أو لعلاجها ولتلبية المعايير المقبولة للممارسة الطبية.

الفصل 3 استخدام الخطّة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

- لديك مقدم رعاية أولية (PCP) في الشبكة يوفر الرعاية ويشرف عليها. بصفتك عضوًا في خطتنا، يجب عليك اختيار PCP في الشبكة (للحصول على مزيد من المعلومات بشأن ذلك، راجع القسم 2.1 في هذا الفصل).
- في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP في الشبكة موافقة سابقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدمي الرعاية الآخرين في شبكة الخطّة، مثل الاختصاصيين أو المستشفيات أو مرافق التمريض المتخصصة أو وكالات الرعاية الصحية المنزلية. وهذا ما يُسمى بإعطائك إحالة. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن ذلك، راجع القسم 2.3 من هذا الفصل.
- الإحالات من PCP الخاص بك ليست مطلوبة للرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. هناك أيضًا أنواع أخرى من الرعاية يمكنك الحصول عليها من دون الحصول على موافقة سابقة من PCP الخاص بك (للحصول على مزيد من المعلومات بشأن ذلك، راجع القسم 2.2 من هذا الفصل).
- يجب أن تتلقى رعايتك من موفر شبكة (للحصول على مزيد من المعلومات بشأن ذلك، راجع القسم 2 في هذا الفصل). في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من موفر خارج الشبكة (موفر ليس جزءًا من شبكة خطتنا). وهذا يعني أنه سيتعين عليك الدفع إلى الموفر بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. في ما يأتي ثلاثة استثناءات:
- تغطي الخطّة الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من موفر خارج الشبكة. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن ذلك، ولمعرفة ما تعنيه خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، راجع القسم 3 في هذا الفصل.
- إذا كنت بحاجة إلى نوع رعاية طبية تجب على خطتنا تغطيته بموجب Medicare ولكن لا يوجد مختصون في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من موفر خارج الشبكة (يلزم الحصول على تفويض سابق) بمشاركة التكلفة نفسها التي تدفعها عادةً داخل الشبكة. يرجى الاتصال بنا لمعرفة قواعد التفويض التي قد تحتاج إلى اتباعها قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، سنغطي هذه الخدمات كما لو كنت قد حصلت على الرعاية من موفر الشبكة. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لرؤية طبيب خارج الشبكة، راجع القسم 2.4 في هذا الفصل.
- تغطي الخطّة خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطّة مؤقتًا أو عندما يكون مقدم الخدمة الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. ولا يمكن لمشاركة التكلفة التي تدفعها مقابل خطة غسيل الكلى أن تتجاوز مطلقًا مشاركة التكلفة في برنامج Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطّة وتحصل على خدمات غسيل الكلى من موفر خارج شبكة الخطّة، فلا يمكن لمشاركة التكلفة الخاصة بك أن تتجاوز مشاركة التكلفة التي تدفعها داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان موفر غسيل الكلى المعتاد داخل الشبكة غير متاح مؤقتًا وقررت الحصول على الخدمات داخل منطقة الخدمة من موفر خارج شبكة الخطّة، فقد تكون مشاركة التكلفة لغسيل الكلى أعلى.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

القسم 2 الاستعانة بمقدمي الرعاية في شبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى الخاصة بك

القسم 2.1 يتعين عليك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) لتوفير الرعاية والإشراف عليها

من هو PCP وما الذي يقدمه إليك؟

عندما تصبح عضواً في خطتنا، يتعين عليك أولاً اختيار مقدم خطة ليكون PCP الخاص بك. PCP الخاص بك هو شريكك الصحي الذي يوفر لك الرعاية أو ينسقها لك. PCP الخاص بك هو اختصاصي رعاية صحية يفي بمتطلبات الولاية ومدرب على توفير الرعاية الطبية الأساسية لك. يشمل ذلك الأطباء المختصين في ممارسة طب الأسرة، والممارسة العامة، والطب الباطني.

ستحصل على أغلب الرعاية الروتينية أو الأساسية من PCP الخاص بك. سيساعدك PCP الخاص بك كذلك على ترتيب بقية الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها بصفقتك عضواً في خطتنا أو تنسيقها. ويشمل ذلك ما يأتي:

- الصحة السلوكية،
- الأشعة السينية،
- الاختبارات المعملية،
- العلاجات،
- الرعاية من الأطباء الاختصاصيين،
- دخول المستشفى، و
- رعاية المتابعة.

يتضمن "تنسيق" الخدمات الخاضعة للتغطية التحقق مع موفري الخطة الآخرين واستشارتهم حول رعايتك وكيفية سيرها. وبالنسبة إلى أنواع معينة من الخدمات أو المستلزمات، سيحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على تفويض سابق (موافقة سابقة). إذا كانت الخدمة التي تحتاج إليها تتطلب تفويضاً سابقاً، فسيطلب PCP الخاص بك التفويض من خطتنا. نظراً إلى أن PCP الخاص بك سيوفر رعايتك الطبية وينسقها، يجب أن ترسل جميع سجلاتك الطبية السابقة إلى مكتب PCP الخاص بك. عادةً ما تزور PCP أولاً لمعرفة معظم احتياجات الرعاية الصحية الروتينية. لذا نوصيك بأن تطلب من PCP تنسيق جميع خدمات رعايتك. يرجى الرجوع إلى القسم 2.3 في هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

في بعض الحالات، سيحتاج PCP أو المختص أو أي مقدم رعاية تزوره إلى الحصول على تفويض سابق (موافقة سابقة) من أجل أنواع معينة من الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية. راجع الفصل 4 من هذا المستند لمعرفة الخدمات والعناصر التي تتطلب تفويضًا سابقًا.

إذا كنت بحاجة إلى التحدث إلى طبيبك بعد ساعات العمل العادية، فاتصل بمكتب الطبيب وسيتم توجيهك إلى طبيبك، أو جهاز الرد على المكالمات الذي يوجهك لأماكن الحصول على الخدمة، أو طبيب آخر يوفر التغطية. إذا كنت تواجه حالة طوارئ، فاتصل على الفور بالرقم 911.

كيف تختار PCP الخاص بك؟

عند التسجيل في خطتنا، سنعين لك مجموعة طبية مشاركة من شبكة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP). كما ستقوم باختيار PCP من هذه المجموعة الطبية المشاركة. لاختيار PCP الخاص بك، قم بزيارة موقعنا الإلكتروني على www.wellcare.com/healthnetCA وحدد PCP من شبكة خطتنا. يمكن أن تساعدك خدمات الأعضاء أيضًا على اختيار PCP. بمجرد اختيارك لـ PCP، اتصل بقسم خدمات الأعضاء لتخبرهم باختيارك. يجب أن يكون PCP الخاص بك في شبكتنا.

قد تقوم كل مجموعة طبية و PCP بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطة والاستعانة بمستشفيات معينة داخل شبكتنا. إذا كان هناك مستشفى أو مختص معين في الخطة تريد الاستعانة به، فتأكد أولاً للتأكد من أن المختصين و/أو المستشفيات مدرجون في شبكة PCP والمجموعة الطبية.

إذا لم تختار مجموعة طبية أو PCP أو إذا اخترت مجموعة طبية أو PCP غير متوفر مع هذه الخطة، فسنقوم بتعيينك تلقائيًا إلى مجموعة طبية و PCP.

تغيير PCP

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. من الممكن أيضًا أن يغادر PCP شبكة موفري خطتنا، وحينها سيتعين عليك العثور على PCP جديد. في أحوال معينة، يلتزم مقدمو الرعاية لدينا بمواصلة الرعاية بعد مغادرة شبكتنا. للحصول على تفاصيل محددة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

إذا كنت ترغب في تغيير مجموعتك الطبية أو PCP، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. قد تقوم كل مجموعة طبية و PCP في الخطة بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطة والاستعانة بمستشفيات معينة داخل شبكتنا. هذا يعني أن المجموعة الطبية و PCP التابعين للخطة اللذين تختارهما قد يحددان الاختصاصيين والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها. إذا كان هناك مختصون أو مستشفيات محددة ترغب في الاستعانة بها، فتأكد مما إذا كانت مجموعتك الطبية و PCP التابعان للخطة يستعيان بهؤلاء المختصين أو هذه المستشفيات أم لا.

لتغيير PCP، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. سيكون التغيير ساريًا من اليوم الأول في الشهر التالي. يرجى ملاحظة الآتي: إذا كنت تستعين بـ PCP غير الذي تم تعيينه لك، فقد تتكبد نسبة أعلى من مشاركة التكلفة أو قد يتم رفض مطالباتك.

القسم 2.2 ما أنواع الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها من دون إحالة من PCP الخاص بك؟

يمكنك الحصول على الخدمات الواردة أدناه من دون الحصول على موافقة سابقة من PCP.

- الرعاية الصحية الروتينية للمرأة، التي تشمل فحوصات الثدي وفحص تصوير الثدي بالأشعة السينية (الأشعة السينية على الثدي) واختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض ما دمت تحصلين عليها من موفر الشبكة.
- اللقاحات المضادة للإنفلونزا ولقاحات COVID-19 ولقاحات التهاب الرئوي ما دمت تحصل عليها من موفر الشبكة.
- خدمات الطوارئ من موفري الشبكة أو من الموفرين خارج الشبكة.
- الخدمات المطلوبة بشكل عاجل هي خدمات خاضعة للتغطية وليست خدمات طوارئ، يتم توفيرها عندما يكون موفر الشبكة غير متاحين مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليهم، أو عندما يكون الفرد المسجل خارج منطقة الخدمة. على سبيل المثال، إذا كنت بحاجة إلى رعاية فورية خلال عطلة نهاية الأسبوع. فيجب أن تكون الخدمات المطلوبة بصورة عاجلة وضرورية من الناحية الطبية.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتاً. إذا كان ذلك ممكناً، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى تتمكن من المساعدة على ترتيب حصولك على رعاية غسيل الكلى خلال غيابك.

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من المختصين وموفري الشبكة الآخرين

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض محدد أو جزء معين من الجسم. وهناك أنواع عديدة من الاختصاصيين. فيما يأتي بعض الأمثلة:

- أطباء الأورام وهم من يقدمون الرعاية لمرضى السرطان
- أطباء القلب وهم من يقدمون الرعاية لمرضى القلب
- أطباء العظام وهم من يقدمون الرعاية لمن يعانون من أمراض العظام أو المفاصل أو العضلات

لكي تتمكن من الاستعانة باختصاصي، تحتاج عادة إلى الحصول على موافقة PCP الخاص بك أولاً. ويسمى ذلك بالحصول على "إحالة" إلى اختصاصي. ومن المهم جداً الحصول على إحالة من PCP الخاص بك قبل زيارة اختصاصي تابع للخطة أو موفرين معينين آخرين. وتوجد بعض الاستثناءات، بما في ذلك الرعاية الصحية الروتينية للمرأة، كما هو موضح في القسم 2.2. وإذا لم تكن لديك إحالة قبل الحصول على خدمات من اختصاصي أو موفرين معينين آخرين، فقد تضطر إلى دفع مقابل هذه الخدمات بنفسك.

إذا كان الاختصاصي يريد منك العودة للحصول على رعاية إضافية، فتتحقق أولاً للتأكد من أن الإحالة التي حصلت عليها من PCP الخاص بك للزيارة الأولى تغطي زيارات إضافية للاختصاصي أو موفرين معينين آخرين. وفي بعض الحالات، قد تحتاج أنت أو ممثلك أو PCP/الموفر إلى الحصول على تفويض سابق من الخطة. يرجى الرجوع إلى الفصل 4، القسم 2.1 للحصول على معلومات حول الخدمات التي تتطلب تفويضاً سابقاً.

الفصل 3 استخدام الخطـة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

قد تقوم كل مجموعة طبية وPCP بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطـة والاستعانة بمستشفيات معينة داخل شبكتها. هذا يعني أن المجموعة الطبية وPCP اللذين تختارهما قد يحددان الاختصاصيين والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها. وإذا كان ثمة اختصاصيون محددون أو مستشفيات محددة ترغب في التعامل معها، فتأكد مما إذا كانت المجموعة الطبية أو PCP يتعاملان مع هؤلاء الاختصاصيين أو تلك المستشفيات. ويمكنك عمومًا تغيير PCP الخاص بك في أي وقت إذا كنت ترغب في الاستعانة باختصاصي تابع للخطـة أو الذهاب إلى مستشفى لا يمكن أن يحيلك إليه PCP الحالي الخاص بك. في القسم 2.1 تحت عنوان "تغيير PCP"، ستتعرف على كيفية تغيير PCP الخاص بك.

ملاحظة: قد لا تحتاج دائمًا إلى إحالة لزيارة مختصين أو مقدمي رعاية آخرين إذا كانوا ينتمون إلى رابطة الممارسة المستقلة (IPA) نفسها التي ينتمي إليها PCP الخاص بك. تُعد جمعية الممارسة المستقلة (IPA) جمعية للأطباء، بما في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، تتعاقد مع الخطـة لتقديم الخدمات إلى الأعضاء. اسأل PCP الخاص بك إذا كان ينتمي إلى IPA (رابطة الممارسة المستقلة) وما إذا كنت بحاجة إلى إحالة لزيارة المختصين أو مقدمي الرعاية الآخرين في IPA نفسها أم لا.

ماذا لو غادر مختص أو موفر شبكة آخر خطتنا؟

قد نقوم بإجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والمختصين (مقدمي الرعاية) التي تشكل جزءًا من خطتك خلال العام. إذا غادر الطبيب أو المختص الخاص بك خطتك، فلديك بعض الحقوق وتدابير الحماية ملخصة أدناه:

- على الرغم من أن شبكة الموفرين لدينا قد تتغير خلال العام، تتطلب Medicare أن توفر لك إمكانية الوصول من دون انقطاع إلى الأطباء والمختصين المؤهلين.
- سنخبرك بأن الموفر الخاص بك سيغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر جديد.
 - إذا غادر مقدم الرعاية الأولية أو موفر خدمات الصحة السلوكية خطتنا، فسنخبرك إذا كنت قد زرت هذا الموفر خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا غادر أي من الموفرين الآخرين خطتنا، فسنخبرك إذا تم تعيينك إلى الموفر، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو قد زرتة خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك على اختيار موفر جديد مؤهل داخل الشبكة يمكنك الوصول إليه للحصول على رعاية مستمرة.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو إعادة تأهيل مع الموفر الحالي الخاص بك، فيحق لك طلب مواصلة إعادة التأهيل أو تلقي العلاجات الضرورية من الناحية الطبية، وستعاون معك لضمان استمرارها.
- سنقدم إليك معلومات عن فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تتوفر لك لتغيير الخطـة.
- إذا كانت هناك مزايا أو موفر داخل الشبكة غير متاح أو غير مناسب لتلبية احتياجاتك الطبية، فسنقوم بالترتيب لضمان حصولك على أي مزايا ضرورية من الناحية الطبية وخاضعة للتغطية خارج شبكة الموفرين الخاصة بنا، لكن بقيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة نفسها. كما يجب أن تؤكد خطتنا على عدم وجود موفر شبكة متاح، ويجب على الموفر خارج الشبكة التواصل مع الخطـة لطلب تفويض لك للحصول على الخدمات. وفي حالة الموافقة، سيتم إصدار تصريح للموفر خارج الشبكة لتقديم الخدمة (الخدمات). يحق لك الحصول على الخدمات من الموفرين خارج الشبكة في حالات الطوارئ أو كانت هناك خدمات مطلوبة بشكل عاجل خارج المنطقة.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

- إذا عرفت أن الطبيب أو المختص الخاص بك قرر مغادرة خطتك، فيرجى الاتصال بنا حتى نتمكن من مساعدتك على العثور على مقدم رعاية جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نقدم لك موفرًا مؤهلاً ليحل محل الموفر السابق أو أن رعايتك لا تُدار بشكل مناسب، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى QIO (مؤسسة تحسين الجودة)، أو تظلم بشأن جودة الرعاية إلى الخطة، أو كليهما. يرجى الرجوع إلى الفصل 9.

القسم 2.4 كيفية الحصول على الرعاية من الموفرين خارج الشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية خاضعة لتغطية Medicare وكان موفر الشبكة غير قادر على تقديم هذه الرعاية، فيحق لك الحصول على الرعاية من موفر خارج الشبكة. كما يجب أن تؤكد خطتنا على عدم وجود موفر شبكة متاح، ويجب على الموفر خارج الشبكة التواصل مع الخطة لطلب تفويض لك للحصول على الخدمات. وفي حالة الموافقة، سيتم إصدار تصريح للموفر خارج الشبكة لتقديم الخدمة (الخدمات).

يحق لك الحصول على الخدمات من الموفرين خارج الشبكة في حالات الطوارئ أو كانت هناك خدمات مطلوبة بشكل عاجل خارج المنطقة. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تغطي خطتنا خدمات غسيل الكلى للأعضاء الذين يعانون من الاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD) الذين سافروا خارج منطقة خدمة الخطة، وغير القادرين على الوصول إلى موفري الشبكة. كما يتعين تلقي خدمات ESRD في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare.

القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات عندما تكون لديك حاجة طارئة أو عاجلة إلى الرعاية أو عند حدوث كارثة

القسم 3.1 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حالة طوارئ طبية

ما المقصود بحالة الطوارئ الطبية وماذا يجب أن تفعل إذا واجهتها؟

حالة الطوارئ الطبية هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي حكيماً لديه معرفة معقولة بالصحة والطب أن لديك أعراضاً طبية تتطلب عناية طبية فورية لإنقاذ حياتك (أو إنقاذ حياة طفل لم يولد بعد إذا كنتِ امرأة حاملاً)، ونفاذي فقدان أحد الأطراف أو وظيفته، أو فقدان وظيفة جسدية أو تدهورها بشكل حاد. قد تكون الأعراض الطبية مرضاً أو إصابة أو ألماً شديداً أو حالة طبية تزداد سوءاً بسرعة.

إذا تعرضت لحالة طوارئ طبية، فعليك:

- **الحصول على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل بالرقم 911 للحصول على المساعدة أو اذهب إلى أقرب مستشفى أو غرفة طوارئ. واتصل بسيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. لست بحاجة إلى الحصول على موافقة أو إحالة أولاً من PCP الخاص بك. ولست بحاجة إلى الاستعانة بطبيب في الشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة الخاضعة للتغطية كلما احتجت إليها، وفي أي مكان داخل الولايات المتحدة أو أقاليمها، ومن أي موفر لديه ترخيص حكومي مناسب حتى لو لم يكن جزءاً من شبكتنا. كما تشمل خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) تغطية طوارئ/رعاية عاجلة في جميع أنحاء العالم.

الفصل 3 استخدام الخطّة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

- **الحرص على إبلاغ خطتنا بحالة الطوارئ التي تمر بها في أقرب وقت ممكن.** فنحن بحاجة إلى متابعة الرعاية التي تتلقاها في حالات الطوارئ. ويجب عليك أو على أي شخص آخر الاتصال لإخبارنا بشأن الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك، ويكون هذا عادةً في غضون 48 ساعة. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو الرقم الموجود على الجهة الخلفية من بطاقة العضوية الخاصة بك.

ما الأمور التي تتم تغطيتها إذا تعرضت لحالة طوارئ طبية؟

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. كما نغطي الخدمات الطبية في أثناء الطوارئ.

سيقرر الأطباء الذين يقدمون إليك الرعاية في حالات الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة ومتى تنتهي حالة الطوارئ الطبية.

بعد انتهاء حالة الطوارئ، يحق لك الحصول على رعاية المتابعة للتأكد من أن حالتك لا تزال مستقرة. ومن المهم أن تتابع مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك في غضون 5 إلى 7 أيام من تلقي الرعاية في حالات الطوارئ. ستتلقى مكاملة من فريق الرعاية لدينا لمساعدتك على حجز مواعيد المتابعة اللازمة والحصول على مزايا التعافي المفيدة الأخرى. سيستمر أطباؤك في علاجك حتى يتصل بنا أطباؤك ويضعوا خططاً لتوفير رعاية إضافية. ستغطي خطتنا رعاية المتابعة الخاصة بك. إذا وُفّر مقدمو رعاية خارج الشبكة الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك، فسنحاول الترتيب لمقدمي الرعاية ضمن الشبكة لتولي رعايتك بمجرد أن تسمح حالتك الطبية والظروف بذلك.

ماذا لو لم تكن حالة طوارئ طبية؟

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كانت لديك حالة طوارئ طبية أم لا. على سبيل المثال، قد تذهب لتلقي رعاية في حالات الطوارئ – معتقداً أن صحتك معرضة لخطر جسيم – وبعد ذلك يقول الطبيب إنها لم تكن حالة طوارئ طبية. إذا اتضح أنها لم تكن حالة طارئة، فسنغطي رعايتك ما دمت تعتقد بشكل معقول أن صحتك كانت معرضة لخطر جسيم.

ومع ذلك، إذا قال الطبيب إنها ليست حالة طارئة، فسنقوم بتغطية الرعاية الإضافية فقط إذا كنت قد حصلت عليها بإحدى هاتين الطريقتين:

- استعنت بموفر الشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.
- – أو – كانت الرعاية الإضافية التي حصلت عليها من الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، وتبعت القواعد للحصول على هذه الرعاية العاجلة (للحصول على مزيد من المعلومات حول هذا، راجع القسم 3.2 أدناه).

القسم 3.2 الحصول على الرعاية عندما تكون لديك حاجة عاجلة إلى الخدمات

ما المقصود بالخدمات المطلوبة بشكل عاجل؟

الخدمة المطلوبة بشكل عاجل هي حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، لكن نظرًا إلى حالتك، لم يكن من الممكن أو المعقول الحصول على هذه الخدمات من موفر الشبكة. يجب أن تغطي الخطّة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي يتم توفيرها خارج الشبكة. بعض الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل هي (i) التهاب الحلق الحاد الذي يحدث خلال عطلة نهاية الأسبوع أو (ii) الإصابة بنوبة مفاجئة لحالة معروفة عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

يرجى الاتصال بمكتب PCP الخاص بك في أي وقت على مدار اليوم إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة. قد يتم توجيهك للحصول على رعاية عاجلة في مركز الرعاية العاجلة التابع للشبكة. يمكن العثور على قائمة بمراكز الرعاية العاجلة التابعة للشبكة في دليل الموفرين والصيديات أو على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA. في حال تلقي خدمات الرعاية العاجلة في عيادة الطبيب، ستدفع مبلغ التسديد المشترك لزيارة العيادة؛ أما في حال تلقي خدمات الرعاية العاجلة في مركز الرعاية العاجلة التابع للشبكة أو عيادة عامة، فستدفع مبلغ التسديد المشترك لمركز الرعاية العاجلة، الذي قد يكون مختلفاً. راجع الفصل 4، جدول الاستحقاقات الطبية (الأمر التي تتم تغطيتها) لمعرفة مبلغ التسديد المشترك الذي ينطبق على الخدمات المقدمة في عيادة الطبيب أو مركز الرعاية العاجلة التابع للشبكة أو العيادة المتنقلة.

كما يمكنك الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض في أي وقت. حيث يتوفر اختصاصي تمريض مستعد لتقديم إجابات عن أسئلتك على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. للحصول على مزيد من المعلومات حول خط استشارات طاقم التمريض، راجع فئة استحقاق البرامج التعليمية للصحة والعافية في الفصل 4 (جدول الاستحقاقات الطبية (الأمر التي تتم تغطيتها))، أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

تغطي خطتنا خدمات الرعاية في حالات الطوارئ والرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة في ظل الظروف الآتية. ومع ذلك، لا يغطي Medicare الرعاية في حالات الطوارئ خارج الولايات المتحدة.

- تتم تغطيتك بمبلغ يصل إلى \$50,000 عند السفر خارج الولايات المتحدة بموجب تغطية الطوارئ والرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم. ولن تتم تغطية التكاليف التي تتجاوز هذا المبلغ.
- لا تتم تغطية خدمات النقل إلى الولايات المتحدة من بلد آخر والأدوية التي يتم شراؤها خلال وجودك خارج الولايات المتحدة. بالإضافة إلى ذلك، لا يتم التنازل عن مبالغ مشاركة التكلفة لغرفة الطوارئ إذا تم قبولك للحصول على رعاية المرضى الداخليين في المستشفى.
- يرجى الاتصال بنا في غضون 48 ساعة، إن أمكن، لإبلاغنا بزيارتك غرفة الطوارئ.

للحصول على مزيد من المعلومات، راجع "الرعاية في حالات الطوارئ" و"الخدمات المطلوبة بشكل عاجل" في جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4 من هذا المستند أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية عند حدوث كارثة

إذا أعلن حاكم ولايتك أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة كارثة أو حالة طوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطتك.

ترجى زيارة الموقع الإلكتروني الآتي: www.wellcare.com/healthnetCA للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة عند حدوث كارثة.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

إذا لم تتمكن من الاستعانة بموفر شبكة عند حدوث كارثة، فستسمح لك خطتك بالحصول على الرعاية من موفري الخدمات خارج الشبكة بقيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة نفسها. إذا لم تتمكن من الاستعانة بصيدلية الشبكة عند حدوث كارثة، فيمكنك صرف الأدوية الموصوفة في صيدلية خارج الشبكة. ويرجى الرجوع إلى الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 4 ماذا لو تم إصدار فاتورة لك بشكل مباشر مقابل التكلفة الكاملة لخدماتك؟

القسم 4.1 يمكنك أن تطلب منا الدفع مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية

في حال دفعت مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، أو تلقيت فاتورة مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، فانقل إلى الفصل 7 (مطالبتنا بدفع فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للتغطية) للحصول على معلومات حول ما يجب القيام به.

القسم 4.2 ماذا يجب أن تفعل إذا لم تكن الخدمات مشمولة في خطتنا؟

تغطي خطتنا جميع الخدمات الضرورية من الناحية الطبية على النحو المبين في جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4 من هذا المستند. وإذا تلقيت خدمات لا تغطيها خطتنا أو خدمات من خارج الشبكة لم نصرح بها، فأنت مسؤول عن دفع التكلفة الكاملة للخدمات. قبل دفع تكلفة الخدمات، يتعين عليك التحقق لمعرفة ما إذا كانت الخدمة تخضع لتغطية California Medi-Cal (Medicaid) أم لا.

بالنسبة إلى الخدمات الخاضعة للتغطية التي لها حد من الاستحقاقات، فإنك تدفع كذلك التكلفة الكاملة مقابل أي خدمات تحصل عليها بعد أن ينتهي استحقاقك لهذا النوع من الخدمة الخاضعة للتغطية. لن يتم احتساب المبلغ الذي تدفعه مقابل التكاليف بمجرد الوصول إلى حد الاستحقاق ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. على سبيل المثال، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة مقابل أي رعاية في مرفق ترميز متخصص تحصل عليها بعد أن تصل مدفوعات خطتنا إلى حد الاستحقاق. بمجرد انتهاء حد الاستحقاق الخاص بك، لا يتم احتساب المدفوعات الإضافية التي تدفعها مقابل الخدمة ضمن الحد الأقصى للمبلغ السنوي الذي يتحمله المريض.

القسم 5 كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تكون في دراسة بحثية سريرية؟

القسم 5.1 ما المقصود بدراسة بحثية سريرية؟

الدراسة البحثية السريرية (وتسمى كذلك تجربة سريرية) هي طريقة يختبر بها الأطباء والعلماء أنواعًا جديدة من الرعاية الطبية، مثل مدى فعالية دواء سرطان جديد. وقد تمت الموافقة على بعض الدراسات البحثية السريرية من قبل Medicare. عادة ما تطلب الدراسات البحثية السريرية التي اعتمدها Medicare من المتطوعين المشاركة في الدراسة.

الفصل 3 استخدام الخطـة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

بمجرد موافقة Medicare على الدراسة، وأعربت عن اهتمامك، سيتصل بك شخص يعمل في الدراسة لشرح المزيد عن الدراسة ومعرفة ما إذا كنت تفي بالمتطلبات التي حددها الباحثون الذين يديرون الدراسة أم لا. يمكنك المشاركة في الدراسة طالما أنك تلبي متطلبات الدراسة ولديك فهم كامل لما ينطوي عليه الأمر إذا شاركت في الدراسة وتقبل ذلك بالكامل.

إذا كنت تشارك في دراسة معتمدة من Medicare، فإن برنامج Original Medicare يدفع معظم تكاليف الخدمات الخاضعة للتغطية التي تتلقاها كجزء من الدراسة. إذا أخبرتنا أنك في تجربة سريرية مؤهلة، فأنت مسؤول فقط عن مشاركة تكلفة الخدمات في الشبكة في تلك التجربة. إذا دفعت أكثر، على سبيل المثال، إذا كنت قد دفعت بالفعل مبلغ مشاركة تكلفة Original Medicare، فسنقوم بتعويضك مقابل الفرق بين ما دفعته ومشاركة التكلفة داخل الشبكة. ومع ذلك، ستحتاج إلى تقديم مستندات تثبت لنا المبلغ الذي دفعته. عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، يمكنك البقاء مسجلاً في خطتنا والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية التي لا تتعلق بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا أردت المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فست بحاجة إلى إبلاغنا أو الحصول على موافقة منا أو من PCP (مقدم الرعاية الأولية) الخاص بك. لا يلزم أن يكون مقدمو الرعاية -الذين يقدمون رعايتك كجزء من دراسة بحثية سريرية- جزءاً من شبكة موفري الرعاية في خطتنا. ويرجى ملاحظة أن ذلك لا يشمل المزايا التي تكون خطتنا مسؤولة عنها وتشمل من مكوناتها، تجربة سريرية أو سجلاً لتقييم الفائدة. ويشمل ذلك بعض المزايا المحددة بموجب تحديثات التغطية الوطنية (NCD) وتجارب الأجهزة التجريبية (IDE) وقد يخضع للتفويض السابق وقواعد الخطـة الأخرى.

على الرغم من أنك لا تحتاج إلى الحصول على إذن من خطتنا للمشاركة في دراسة بحثية سريرية خاضعة للتغطية للمسجلين في برنامج Medicare Advantage بواسطة Original Medicare، فإننا نشجعك على إخطارنا سابقاً عندما تقرر المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة لبرنامج Medicare.

إذا شاركت في دراسة لم توافق عليها Medicare، فستكون مسؤولاً عن دفع جميع تكاليف مشاركتك في الدراسة.

القسم 5.2 عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، من يدفع لك مقابل ماذا؟

بمجرد الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، يغطي برنامج Original Medicare العناصر والخدمات الروتينية التي تتلقاها كجزء من الدراسة، بما في ذلك:

- الغرفة والطعام ضمن الإقامة في المستشفى التي ستدفع Medicare مقابلها حتى لو لم تكن في دراسة
- العمليات أو الإجراءات الطبية الأخرى إذا كانت جزءاً من الدراسة البحثية
- علاج الآثار الجانبية ومضاعفات الرعاية الجديدة

بعد أن تدفع Medicare حصتها من تكلفة هذه الخدمات، ستدفع خطتنا الباقي. وكما هو الحال بالنسبة إلى جميع الخدمات الخاضعة للتغطية، لن تدفع شيئاً مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها في الدراسة البحثية السريرية.

الفصل 3 استخدام الخطـة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، لن تدفع Medicare ولا خطتنا مقابل أي مما يأتي:

- بشكل عام، لن تدفع Medicare مقابل العناصر أو الخدمات الجديدة التي تختبرها الدراسة ما لم تكن مغطاة من قبل Medicare حتى لو لم تكن مشاركًا في الدراسة.
- العناصر أو الخدمات المقدمة فقط لأغراض جمع البيانات، ولا تستخدم في رعايتك الصحية المباشرة. على سبيل المثال، لن تدفع Medicare مقابل رسوم فحوصات CT (التصوير المقطعي المحوسب) الشهرية التي تتم كجزء من الدراسة إذا كانت حالتك الطبية تتطلب عادةً فحص CT واحدًا فقط.

هل تريد معرفة المزيد؟

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة المنشور *Medicare and Clinical Research Studies* أو تنزيله. (يمكن الاطلاع على المنشور على الموقع الآتي: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). يمكنك كذلك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 6 قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية

القسم 6.1 ما المقصود بمؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية؟

المؤسسة الدينية غير الطبية للرعاية الصحية هي مرفق يوفر الرعاية للحالات التي يمكن علاجها عادة في مستشفى أو مرفق ترميز متخصص. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مرفق ترميز متخصص يتعارض مع المعتقدات الدينية للعضو، فسندفع بدلاً من ذلك تغطية للرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية. يتم تقديم هذا الاستحقاق فقط لخدمات المرضى الداخليين في Part A (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

القسم 6.2 تلقي الرعاية من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية

للحصول على الرعاية من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية، يتعين عليك التوقيع على مستند قانوني ينص على أنك تعارض بشكل واضح الحصول على علاج طبي غير مستثنى.

- الرعاية أو العلاج الطبي غير المستثنى هو أي رعاية طبية أو علاج طوعي وغير مطلوب بموجب أي قانون فيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- العلاج الطبي المستثنى هو الرعاية أو العلاج الطبي الذي تحصل عليه ويكون غير طوعي أو مطلوبًا بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

الفصل 3 استخدام الخطّة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

لتخضع لتغطية خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية الشروط الآتية:

- أن يكون المرفق الذي يقدم الرعاية معتمدًا من Medicare.
 - أن تقتصر تغطية خطتنا للخدمات التي تتلقاها على الجوانب غير الدينية للرعاية.
 - إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة تم توفيرها لك في منشأة، فسيتم تطبيق الشروط الآتية:
 - يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بتلقي خدمات خاضعة للتغطية لرعاية المرضى المقيمين في المستشفى أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص.
 - كذلك – يجب عليك الحصول على موافقة سابقة من خطتنا قبل قبولك في المرفق وإلا فلن تتم تغطية إقامتك.
- لا تغطي خطتنا إقامتك في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية ما لم تحصل على تفويض (موافقة) سابق من خطتنا، كما أنها ستخضع لقيود التغطية نفسها مثل رعاية المرضى الداخليين أو في مرفق التمريض المتخصص التي كنت ستحصل عليها بخلاف ذلك. يرجى الرجوع إلى جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4 لمعرفة قواعد التغطية ومعلومات إضافية حول مشاركة التكلفة والقيود المفروضة على المرضى الداخليين في المستشفى وتغطية التمريض المختصة.

القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية القوية

القسم 7.1 هل ستمتلك معدات طبية قوية بعد إجراء عدد معين من عمليات الدفع بموجب خطتنا؟

تشمل المعدات الطبية القوية (DME) عناصر مثل معدات ومستلزمات الأكسجين، والكراسي المتحركة، والمشايات، وأنظمة المراتب الكهربائية، والعكازات، ومستلزمات مرضى السكري، وأجهزة توليد الكلام، ومضخات الحقن الوريدي، والبخاخات، وأسرّة المستشفى التي يطلبها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل. يمتلك العضو دائماً عناصر معينة، مثل الأطراف الصناعية. في هذا القسم، نناقش أنواعاً أخرى من DME (المعدات الطبية القوية) التي يجب عليك استئجارها.

وفي Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعاً معينة من DME المعدات بعد دفع تسديد مشترك للغرض لمدة 13 شهراً. بصفتك عضواً في خطتنا، ثمة أنواع معينة كذلك من DME التي ستملكها بعد دفع مبالغ التسديد المشترك للعنصر لعدد محدد من الأشهر. لا تنطبق مدفوعاتك السابقة التي تم سدادها في أثناء التسجيل في برنامج Original Medicare مقابل عنصر DME على المدفوعات التي تدفعها في أثناء اشتراكك في خطتنا. إذا حصلت على ملكية عنصر DME خلال عضويتك في خطتنا، وكانت المعدة تتطلب الصيانة، فيمكن لمقدم الرعاية إرسال فاتورة إلى الخطّة بتكلفة الإصلاح. ثمة أنواع معينة كذلك من DME لن تحصل على ملكيتها بصرف النظر عن عدد عمليات الدفع التي تدفعها مقابل هذا العنصر خلال عضويتك في خطتنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة متطلبات الإيجار أو الملكية لـ DME والمستندات التي تحتاج إلى تقديمها.

الفصل 3 استخدام الخطة للحصول على خدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

ماذا يحدث لعمليات الدفع التي قمت بها مقابل المعدات الطبية القوية إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare؟

إذا لم تحصل على ملكية عنصر من DME خلال عضويتك في خطتنا، فسيتعين عليك إجراء 13 عملية دفع متتالية جديدة بعد التبديل إلى Original Medicare من أجل امتلاك العنصر. لا تُحتسب عمليات الدفع التي تم إجراؤها خلال التسجيل في خطتك.

مثال 1: إذا أجريت 12 عملية دفع متتالية أو أقل مقابل العنصر في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا، فلن يتم احتساب عمليات الدفع التي قمت بها في Original Medicare. وسيتعين عليك إجراء 13 عملية دفع لخطتنا قبل امتلاك العنصر.

مثال 2: إذا أجريت 12 عملية دفع متتالية أو أقل مقابل العنصر في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا، وكنت في خطتنا ولكنك لم تحصل على الملكية خلال عضويتك فيها. فحينها ستعود إلى Original Medicare. وسيتعين عليك إجراء 13 عملية دفع جديدة متتالية لامتلاك العنصر بمجرد الانضمام إلى Original Medicare مرة أخرى. جميع عمليات الدفع السابقة (سواء لخطتنا أو لـ Original Medicare) لا تحتسب.

القسم 7.2 قواعد المعدات والمستلزمات والصيانة الخاصة بالأكسجين

ما استحقاقات الأكسجين التي يحق لك الحصول عليها؟

إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية معدات الأكسجين من Medicare، فسغطي Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ما يأتي:

- استئجار معدات الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- الأنابيب وملحقات الأكسجين ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- صيانة معدات الأكسجين وإصلاحها

إذا تركت Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة إلى معدات الأكسجين من الناحية الطبية، فتجب إعادة معدات الأكسجين.

ماذا يحدث إذا تركت خطتك و عدت إلى Original Medicare؟

يتطلب برنامج Original Medicare مورد أكسجين لتقديم خدمات إليك لمدة خمس سنوات. خلال الأشهر الـ 36 الأولى، يمكنك استئجار المعدات. في الأشهر الـ 24 المتبقية، يوفر المورد المعدات والصيانة (لا تزال مسؤولاً عن التسديد المشترك مقابل الأكسجين). بعد خمس سنوات، يمكنك اختيار البقاء مع الشركة نفسها أو الانتقال إلى شركة أخرى. في هذه المرحلة، تبدأ دورة الخمس سنوات مرة أخرى، حتى لو بقيت مع الشركة نفسها، ما يتطلب منك دفع مبالغ التسديد المشترك لأول 36 شهرًا. إذا انضمت إلى خطتنا أو تركتها، تبدأ دورة الخمس سنوات من جديد.

الفصل 4:

جدول الاستحقاقات الطبية
(الأمور التي تتم تغطيتها)

القسم 1 فهم الخدمات الخاضعة للتغطية

يقدم هذا الفصل جدول الاستحقاقات الطبية الذي يسرد الخدمات الخاضعة للتغطية كعضو في خطتنا. لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك العثور على معلومات حول الخدمات الطبية التي لم تتم تغطيتها. كما يوضح القيود المفروضة على بعض الخدمات.

القسم 1.1 أنت لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية

نظرًا إلى أنك تحصل على مساعدة من California Medi-Cal (Medicaid)، أنت لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية ما دمت تتابع قواعد الخطط للحصول على رعايتك. (راجع الفصل 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول قواعد الخطط للحصول على رعايتك).

القسم 1.2 ما أكبر مبلغ ستدفعه مقابل الخدمات الطبية الخاضعة لتغطية Medicare Part A و Medicare Part B؟

ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون كذلك على مساعدة من Medicaid، عدد قليل جدًا من الأعضاء يصلون إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف من مالك الخاص مقابل الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض لخدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية.

نظرًا إلى أنك مسجل في خطة Medicare Advantage، هناك حد للمبلغ الذي يتعين عليك دفعه من مالك الخاص كل عام مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part A و Medicare Part B. ويُطلق على هذا الحد اسم الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض (MOOP) للخدمات الطبية. بالنسبة إلى السنة التقويمية 2024، يبلغ هذا المبلغ \$8,850.

تحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل عمليات التسديد المشترك والتأمين المشترك للخدمات الخاضعة للتغطية ضمن هذا الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. لا تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل الأدوية الموصوفة في Part D ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. بالإضافة إلى ذلك، لا تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل بعض الخدمات ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. هذه الخدمات مميزة بعلامة النجمة (*) في جدول الاستحقاقات الطبية. إذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض البالغ \$8,850، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف من مالك الخاص لبقية العام مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية في Part A و Part B. ومع ذلك، يجب عليك الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B (ما لم تدفع California Medi-Cal (Medicaid) أو جهة خارجية أخرى قسط Part B نيابة عنك).

القسم 2 استخدام جدول الاستحقاقات الطبية لمعرفة الأمور التي تتم تغطيتها

القسم 2.1 الاستحقاقات الطبية الخاصة بك كعضو في الخطة

يسرد جدول الاستحقاقات الطبية في الصفحات الآتية الخدمات التي تغطيها خطتنا. وترد تغطية الأدوية الموصوفة بموجب Part D في الفصل 5. لا تتم تغطية الخدمات المدرجة في جدول الاستحقاقات الطبية إلا عند تلبية متطلبات التغطية الآتية:

- يجب توفير الخدمات الخاضعة للتغطية من Medicare وفق توجيهات التغطية التي وضعتها Medicare.
 - يجب أن تكون خدماتك (بما في ذلك الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات والمعدات والأدوية الموصوفة بموجب Part B) ضرورية من الناحية الطبية. والمقصود بالضرورة من الناحية الطبية أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تتلقاها ضرورية للوقاية من الحالة الطبية لديك أو لتشخيصها أو لعلاجها ولتلبية المعايير المقبولة للممارسة الطبية.
 - أن تتلقى رعايتك من موفر شبكة. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من موفر خارج الشبكة إلا إذا كانت رعاية في حالات الطوارئ أو رعاية عاجلة أو إذا لم تقدم لك خطتك أو موفر الشبكة إحالة. وهذا يعني أنه سيتعين عليك الدفع إلى الموفر بالكامل مقابل الخدمات المقدمة.
 - أن يكون لديك مقدم رعاية أولية (PCP) يوفر لك الرعاية ويشرف عليها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP (مقدم الرعاية الأولية) موافقة سابقة قبل أن تتمكن من زيارة مقدمي الرعاية الآخرين في شبكة الخطة. وهذا ما يُسمى بإعطائك إحالة.
 - لا تتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في جدول الاستحقاقات الطبية إلا إذا حصل طبيبك أو موفر الشبكة الآخر على موافقة سابقة (تسمى أحياناً التفويض السابق) مثلاً. يتم تمييز الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى موافقة سابقة في جدول الاستحقاقات الطبية بخط مائل.
- أشياء مهمة أخرى تجب معرفتها عن تغطيتنا:
- تتم تغطيتك بواسطة كل من Medicare و California Medi-Cal (Medicaid). وتخضع الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة لتغطية Medicare. يغطي برنامج Medicaid مشاركتك في التكاليف مقابل خدمات Medicare، بما في ذلك المبالغ القابلة للاستقطاع ومبالغ التسديد المشترك أو التأمين المشترك في Medicare مقابل خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين والخارجيين وزيارات عيادة الطبيب. كما يغطي California Medi-Cal (Medicaid) الخدمات التي لا يغطيها Medicare، مثل الرعاية طويلة الأجل، وبعض الأدوية من دون وصفات، والخدمات المنزلية والمجتمعية.
 - كما هو الحال في جميع خطط Medicare الصحية، نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (إذا أردت معرفة المزيد عن تغطية برنامج Original Medicare ونكاليته، فراجع كتيب Medicare وأنت لعام 2024. يمكنك الاطلاع عليه عبر الإنترنت من خلال www.medicare.gov أو طلب نسخة عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).
 - بالنسبة إلى جميع الخدمات الوقائية التي تتم تغطيتها من دون أي تكلفة بموجب برنامج Original Medicare، فإننا نغطي كذلك الخدمة من دون أي تكلفة عليك.
 - إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2024، فسيغطي برنامج Medicare أو خطتنا هذه الخدمات.
 - للحصول على خدمات Medicaid الخاضعة للتغطية، يرجى الرجوع إلى ملخص مزايا الخطة للحصول على قائمة كاملة بالمزايا التي تشملها تغطية Medicaid. إذا لم تتلق ملخص المزايا، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب إرسال نسخة إليك. تعتمد مشاركة التكلفة لخدمات Medicaid الخاضعة للتغطية، إن وجدت، على مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid.

- إذا كنت ضمن فترة الـ 6 أشهر لخطتنا ذات الأهلية المستمرة المقررة، فسنستمر في تقديم جميع استحقاقات Medicare الخاضعة لتغطية خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، لا تكون خطة Medicare Advantage مسؤولة عن تغطية أي من استحقاقات California Medi-Cal (Medicaid) المضمنة في خطة Medicaid State Plan الخاصة بك. ولا تتغير مبالغ مشاركة تكلفة Medicare للاستحقاقات الأساسية والتكميلية لـ Medicare خلال هذه الفترة. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على مستوى استحقاقات Medicaid لديك.

أنت لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول الاستحقاقات، ما دمت تفي بمتطلبات التغطية الموضحة أعلاه.

معلومات مهمة عن المزايا لجميع المسجلين المشاركين في خدمات تخطيط العافية والرعاية الصحية (WHP)

- نظرًا إلى أن خطتنا تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة، ستكون مؤهلاً للحصول على خدمات WHP (تخطيط الرعاية الصحية والعافية)، بما في ذلك خدمات التخطيط السابق للرعاية (ACP)، الآتية:
 - إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك في المستقبل بشأن رعايتك الصحية، فيمكن للاختصاصيين الطبيين التأكد من تلبية رغباتك. يعني التخطيط السابق للرعاية إجراء محادثات واتخاذ قرارات بشأن الرعاية التي ترغب في تلقيها في المستقبل.
 - سنساعدك على إكمال النماذج اللازمة التي تحتاج إليها لمنح شخص ما السلطة القانونية لاتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذها بنفسك.
- يمكنك الحصول على مساعدة التخطيط السابق للرعاية في أي وقت عن طريق التواصل مع خطتنا.
- خدمات WHP (تخطيط الرعاية الصحية والعافية) وACP (التخطيط السابق للرعاية) اختيارية ولك الحق في رفض تلقيها
- معلومات مهمة عن الاستحقاقات للمسجلين المؤهلين للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية):
 - إذا تلقيت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) لدفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة ضمن Medicare، مثل الأقساط والمبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية موجهة أخرى و/أو مشاركة التكلفة المخفضة الموجهة.
 - يرجى الانتقال إلى جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4 لمزيد من التفاصيل.
 - الأعضاء مؤهلون لإلغاء مشاركة التكلفة لأدوية Part D. راجع الفصل 6 لمزيد من التفاصيل.
- وافق Medicare على أن تقدم Health Net Community Solutions, Inc. هذه المزايا بوصف ذلك جزءًا من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة. ويسمح هذا البرنامج لـ Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.

سترى رمز التفاحة هذا بجانب الخدمات الوقائية في جدول الاستحقاقات.



جدول الاستحقاقات الطبية

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
للحصول على خدمات Medicaid الخاضعة للتغطية، يرجى الرجوع إلى ملخص مزايـا الخطـة للحصول على قائمة كاملة بالمزايا التي تشملها تغطية Medicaid. إذا لم تتلق ملخص المزايا، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب إرسال نسخة إليك. تعتمد مشاركة التكلفة لخدمات Medicaid الخاضعة للتغطية، إن وجدت، على مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid. يرجى الاتصال بوكالة Medicaid التابعة للولاية لتحديد مستوى مشاركة التكلفة.	
 فحص تمدد الشريان الأورطي البطني فحص بالموجات الصوتية لمرة واحدة للأفراد المعرضين للخطر. لا تغطي الخطـة هذا الفحص إلا إذا كانت لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك أو الطبيب المساعد أو ممرض ممارس أو اختصاصي تـمريض سريري.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.
الوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: تتم تغطية ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يومًا للمستفيدين من برنامج Medicare PCP في ظل الظروف الآتية: لتحقيق الغرض من هذه الميزة، يتم تعريف آلام أسفل الظهر المزمنة على النحو الآتي: - تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ - غير محددة، حيث لا يوجد لها سبب جهازي محدد (أي غير مرتبطة بمرض قلبي أو التهابي أو مُعدٍ وما إلى ذلك)؛ - غير مرتبطة بالجراحة؛ و - غير مرتبطة بالحمل.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة PCP. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة الاختصاصي. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة المعالج اليدوي. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
التسديد المشترك لمبلغ \$0 لكل زيارة تكميلية (لا يغطيها Medicare) للعلاج بالوخز الإبري.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	ستتم تغطية ثماني جلسات إضافية لأولئك المرضى الذين يظهرون تحسناً. لا يجوز إعطاء أكثر من 20 علاجاً للوخز بالإبر سنوياً. يجب وقف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو تتدهور حالته. متطلبات مقدم الخدمة: يجوز للأطباء (كما هو محدد في (1)(r) 1861 من قانون الضمان الاجتماعي (القانون)) تقديم الوخز بالإبر وفق متطلبات الولاية المعمول بها. يمكن لمساعد طبي (PAs) والممرضين الممارسين (NPs)/اختصاصيي التمريض السريري (CNSs) (كما هو محدد في (5) (aa) 1861 من القانون) والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا كانوا يلبون جميع متطلبات الولاية المعمول بها ولديهم: • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من كلية معتمدة من هيئة الاعتماد في الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ و • رخصة سارية وكاملة وفعالة وغير مقيدة لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو كومنولث (مثل Puerto Rico) بالولايات المتحدة أو District of Columbia. يجب أن يخضع الموظفون المساعدون الذين يؤدون الوخز بالإبر للمستوى المناسب من إشراف طبيب أو مساعد طبيب (PA) أو ممرض ممارس (NP)/اختصاصي تمريض سريري (CNS) الذي تقتضيه اللوائح في §§ 42 CFR 410.26 و 410.27. كما تغطي خطتنا الخدمات التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) للعلاج بالوخز الإبري، بما يصل إلى إجمالي 24 زيارة سنوياً. في معظم الحالات، يجب عليك الاستعانة بموفر متعاقد للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. يرجى الاتصال بخطتنا إذا كانت لديك أسئلة عن كيفية استخدام هذه الميزة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
تشمل خدمات العلاج بالوخز الإبري الخاضعة للتغطية ما يأتي: • فحص مريض جديد أو فحص مريض منتظم للتقييم الأول لمريض يعاني من مشكلة صحية جديدة أو نوبة احتدام جديدة • فحوصات المريض المنتظم (في غضون 3 أعوام من الفحص الجديد) • زيارات المتابعة في العيادة—قد تتضمن خدمات الوخز بالإبر أو إعادة الفحص • رأي ثانٍ مع موفر مختلف في الشبكة • الخدمات العاجلة والطارئة للحصول على نموذج مطالبة أو معلومات إضافية أو مساعدة على العثور على موفر شبكة، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف الخاضعة للتغطية، سواء في الحالات الطارئة أو غير الطارئة، خدمات طائرة الإسعاف ثابتة الجناحين وطائرة الإسعاف المروحية والإسعاف الأرضي إلى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية، فقط في حال تقديمها إلى عضو في حالة طبية تسمح لوسائل النقل الأخرى بتعريض صحته للخطر، أو إذا أذنت الخطة بذلك. إذا لم تكن خدمات الإسعاف الخاضعة للتغطية مخصصة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن العضو في حالة تسمح لوسائل النقل الأخرى بتعريض صحته للخطر، وأن النقل بسيارة الإسعاف ضروري من الناحية الطبية.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل رحلة ذهاب فقط لخدمات الإسعاف الأرضي التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق للنقل بطائرات ثابتة الجناحين والنقل غير الطارئ. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل رحلة ذهاب فقط لخدمات الإسعاف الجوي التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق للنقل بطائرات ثابتة الجناحين والنقل غير الطارئ. لا يتم التنازل عن مبلغ مشاركة التكلفة إذا تم قبولك لتلقي رعاية المرضى الداخليين في المستشفى.	الفحص البدني الروتيني السنوي يشمل الفحص البدني السنوي فحص القلب والرئة والبطن والجهاز العصبي، فضلاً عن الفحص العملي للجسم (مثل الرأس والرقبة والأطراف) والتاريخ الطبي/العائلي المفصل، بالإضافة إلى الخدمات المتضمنة في زيارة العافية السنوية.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الفحص الطبي الدوري السنوي.*	

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات المشمولة بالتغطية
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل زيارة العافية السنوية.	 زيارة العافية السنوية إذا كان لديك Part B لأكثر من 12 شهرًا، فيمكنك الحصول على زيارة العافية السنوية لوضع خطة وقاية مخصصة أو تحديثها استنادًا إلى حالتك الصحية الحالية وعوامل الخطر. يخضع هذا للتغطية مرة واحدة كل 12 شهرًا. ملحوظة: لا يمكنك إجراء زيارة العافية السنوية الأولى في غضون 12 شهرًا من زيارتك الوقائية "مرحبًا بك في Medicare". ومع ذلك، لا تحتاج إلى إجراء زيارة مرحبًا بك في Medicare لتغطية زيارات العافية السنوية بعد حصولك على Part B لمدة 12 شهرًا.
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل قياس كتلة العظام التي يغطيها Medicare.	 قياس كتلة العظام بالنسبة إلى الأشخاص المؤهلين (بشكل عام، هم الأشخاص المعرضون لخطر فقدان كتلة العظام أو خطر الإصابة بهشاشة العظام)، تتم تغطية الخدمات الآتية كل 24 شهرًا أو أقل إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية: إجراءات تحديد كتلة العظام أو الكشف عن فقدان كثافة العظام أو تحديد جودة العظام بما في ذلك تفسير الطبيب للنتائج.
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل تصوير الثدي بالأشعة السينية الخاضع للتغطية.	 فحص سرطان الثدي (تصوير الثدي بالأشعة السينية) تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • التصوير الأولي للثدي بالأشعة لمرة واحدة بين سن 35 و39 عامًا • تصوير الثدي بالأشعة السينية لمرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء بعمر 40 عامًا فأكثر • فحوصات سريرية للثدي مرة واحدة كل 24 شهرًا • التصوير التشخيصي للثدي لمرة واحدة حسب الضرورة من الناحية الطبية التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل التصوير التشخيصي للثدي لمرة واحدة حسب الضرورة من الناحية الطبية. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب التي يغطيها Medicare.	خدمات إعادة تأهيل القلب تتم تغطية البرامج الشاملة لخدمات إعادة تأهيل القلب التي تشمل التمارين الرياضية والتوعية والمشورة للأعضاء الذين يستوفون شروطًا معينة بطلب من الطبيب.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
تغطي الخطة أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة التي عادةً ما تكون أكثر دقة أو كثافة من برامج إعادة تأهيل القلب.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب المكثفة التي يغطيها Medicare.
 زيارة الحد من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب والأوعية الدموية) نحن نغطي زيارة واحدة سنويًا مع طبيب الرعاية الأولية الخاص بك للمساعدة على الحد من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. خلال هذه الزيارة، قد يناقش طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان ذلك مناسبًا)، إلى جانب فحص ضغط الدم وتقديم نصائح للتأكد من تناولك طعامًا صحيًا.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل الحصول على ميزات وقائية للعلاج السلوكي المكثف من أمراض القلب والأوعية الدموية.
 فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية فحوصات دم للكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية (أو الاضطرابات ذات الصلة بزيادة خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) مرة واحدة كل 5 سنوات (60 شهرًا).	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية الخاضعة للتغطية مرة واحدة كل 5 سنوات.
 فحص سرطان عنق الرحم والمهبل تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • لجميع النساء: تتم تغطية اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • إذا كنتِ معرضة بشكل كبير لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل أو كنتِ في سن الإنجاب وحصلتِ على نتائج غير طبيعية في اختبار عنق الرحم خلال السنوات الـ 3 الماضية: يتم إجراء فحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية التي يغطيها Medicare.
خدمات المعالجة اليدوية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات المعالجة اليدوية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
التسديد المشترك لمبلغ \$0 لكل زيارة تكملية (لا يغطيها Medicare) للمعالج اليدوي.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	تغطي خططنا أيضاً زيارات المعالجة اليدوية التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) بما يصل إلى إجمالي 24 زيارة سنوياً. خدمات المعالجة اليدوية التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) لدعم الظهر أو الرقبة أو مفاصل الذراعين والساقين مشروطة بالضرورة الطبية. تشمل خدمات المعالجة اليدوية الخاضعة للتغطية ما يأتي: • الفحص الأولي (فحص مريض جديد أو فحص مريض منتظم لإجراء التقييم الأول لمريض يعاني من مشكلة صحية جديدة أو نوبة احتدام جديدة). • إعادة الفحوصات (فحوصات المريض المنتظم عند الضرورة لتقييم التقدم أو تعديل العلاج) والمعالجة اليدوية للعمود الفقري أو المفاصل و/أو غير ذلك من الخدمات (قد يتم تقديم هذه الخدمات في الزيارة نفسها كفحص). • خدمات الأشعة السينية والخدمات المعملية عندما يتم توفيرها أو إحالتها من جانب المعالج اليدوي المتعاقد. سيتم تقييم المشاركة الفردية بناءً على خدمات الأشعة السينية والمختبرية التي يتم إجراؤها خارج زيارة المريض الجديد أو المنتظم. للحصول على نموذج مطالبة أو معلومات إضافية أو مساعدة على العثور على موفر شبكة، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA. ملحوظة: تغطية خدمات المعالج اليدوي الدورية هي ميزة تكملية تقدمها الخطّة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصة من تكلفة هذه الخدمات.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحص سرطان القولون والمستقيم الذي يغطيه Medicare، باستثناء حقنة الباريوم الشرجية ينطبق عليها التأمين المشترك. إذا وجد الطبيب زوائد أو أنسجة أخرى وأزالها في أثناء تنظير القولون أو التنظير السيني المرن، فسيتم عد الفحص الأولي فحصاً تشخيصياً وستدفع مبلغ التسديد المشترك بقيمة \$0 مقابل الحصول على خدمات الأطباء. في العيادات الخارجية في المستشفى، ستدفع أيضاً تسديداً مشتركاً بقيمة \$0 إلى المستشفى. لا ينطبق مبلغ Part B القابل للاستقطاع. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات حقنة الباريوم الشرجية التي يغطيها Medicare.	فحص سرطان القولون والمستقيم  تتم تغطية الفحوصات الآتية: - لا يخضع تنظير القولون لحد أدنى أو أقصى من العمر، وتتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهراً (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو بعد مرور 48 شهراً من إجراء آخر تنظير سيني مرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهراً للمرضى المعرضين لخطر كبير بعد الخضوع لفحص تنظير القولون أو تلقي حقنة الباريوم الشرجية. - التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عاماً فأكثر. مرة واحدة كل 120 شهراً للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد خضوع المريض لفحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهراً للمرضى المعرضين لخطر كبير من إجراء آخر تنظير سيني مرن أو تلقي حقنة الباريوم الشرجية. - فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عاماً فأكثر. مرة واحدة كل 12 شهراً. - الاختبار متعدد الأهداف للحمض النووي DNA في البراز للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عاماً ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 أعوام. - فحوصات المؤشرات الحيوية المستندة إلى الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عاماً ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. - حقنة الباريوم بوصفها بديلاً لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير وبعد مرور 24 شهراً منذ فحص حقنة الباريوم الأخير أو فحص تنظير القولون الأخير. - حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمريض غير المعرض لخطر كبير ويبلغ من العمر 45 عاماً أو أكثر. مرة واحدة كل 48 شهراً على الأقل بعد إجراء آخر فحص بحقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. - تشمل فحوصات سرطان القولون والمستقيم فحص متابعة لتنظير القولون إذا أظهر فحص سرطان القولون والمستقيم غير الجراحي القائم على البراز والخاضع لتغطية Medicare نتيجة إيجابية.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات طب الأسنان بشكل عام، لا يغطي Original Medicare خدمات طب الأسنان الوقائية (مثل التنظيف وفحوصات الأسنان الدورية وتصوير الأسنان بالأشعة السينية). ومع ذلك، يدفع Medicare حاليًا تكاليف خدمات طب الأسنان في بعض الحالات، وبالأخص عندما تكون هذه الخدمة جزءًا أساسيًا من العلاج المحدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة ترميم الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو عمليات خلع الأسنان التي تتم استعدادًا للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق عملية زرع الكلى. بالإضافة إلى ذلك، نغطي الآتي: الخدمات الإضافية ● الرعاية الشاملة للأسنان (تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي. ○ الخدمات التصحيحية - تتم تغطية ميزة التيجان على السن نفسها مرة واحدة كل خمس سنوات تقويمية.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة من خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. الخدمات الإضافية الرعاية الشاملة للأسنان التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة تصحيحية.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	○ تركيبات الأسنان- تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية استبدال قاعدة طقم الأسنان مرة واحدة لكل قوس كل سنتين تقويميتين. تتم تغطية ميزة الجسرات على السن نفسها مرة واحدة كل خمسة أعوام تقويمية. تُطبق الحدود والاستثناءات. قبل الحصول على الخدمات، يُنصح الأعضاء بمناقشة خيارات العلاج مع مقدم رعاية مشارك في خدمات طب الأسنان الدورية. يجب أن يبدأ العلاج ويكتمل في أثناء تغطيته بالخطّة خلال سنة الخطّة. يتحمل العضو مسؤولية تكلفة خدمات طب الأسنان التي لا تغطيها الخطّة. يتعين الحصول على خدمات طب الأسنان التكميلية (مثل الفحوصات الدورية التي لا يغطيها Medicare) من مقدم رعاية مشارك لتتم تغطيتها بالخطّة. للاستفسار عن كيفية العثور على مقدم رعاية أو لتقديم مطالبة أو للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتوفر أيضاً معلومات إضافية عن تغطية خدمات طب الأسنان، بما في ذلك قائمة مفصّلة بالإجراءات الخاضعة للتغطية والاستثناءات والقيود على موقعنا الإلكتروني. تفضل بزيارة www.wellcare.com/healthnetCA، وانقر فوق Shop for Plans (استعراض الخطط) أعلى صفحة الويب، ثم اختر Plan Evidence of Coverage Benefit Materials (مواد مزايا الخطط). اختر Evidence of Coverage (EOC) (دليل التغطية). حدد خطة (HMO) Wellcare Dual Liberty (D-SNP) من القائمة للوصول إلى Dental Benefit Details (تفاصيل عن المزايا المتعلقة بالأسنان) لهذه الخطّة. ملحوظة: تغطية خدمات طب الأسنان الدورية هي ميزة تكميلية تقدمها الخطّة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصتك من تكلفة هذه الخدمات. قد يكون الأعضاء المسجلون في Medicaid أيضاً مؤهلين للحصول على تغطية ثانوية لخدمات طب الأسنان التكميلية هذه من الولاية. قبل الحصول على خدمات طب الأسنان، اسأل مقدم الرعاية عما إذا كان بوسعه إصدار فاتورة إلى Medicaid كمسدد ثانوي. احرص على تقديم بطاقة هوية Medicaid الخاصة بك إلى مقدم الرعاية.
فحص الاكتئاب	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل زيارة فحص الاكتئاب السنوية.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات المشمولة بالتغطية
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحوصات السكري التي يغطيها Medicare.	فحص السكري  نغطي هذا الفحص (بما في ذلك فحوصات الجلوكوز الصائم) إذا كان لديك أي من عوامل الخطر الآتية: ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم)، أو وجود تاريخ مرضي من مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية غير الطبيعية (فرط شحيمات الدم)، أو السمنة، أو وجود تاريخ من ارتفاع نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم. كما يمكن تغطية الفحوصات إذا كنت تستوفي بعض المتطلبات الأخرى، مثل زيادة الوزن ووجود تاريخ مرضي من الإصابة بالسكري. بناءً على نتائج هذه الفحوصات، قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين للسكري كل 12 شهرًا.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل مستلزمات مراقبة السكري التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الأذنية أو البطانات العلاجية التي يغطيها Medicare للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري الذي يغطيها Medicare.	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، ومستلزمات مرض السكري وخدماته  لجميع المصابين بمرض السكري (من مستخدمي الأنسولين وغير مستخدمي الأنسولين). تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • مستلزمات مراقبة الجلوكوز في دمك: جهاز قياس جلوكوز الدم، وأشرطة فحص جلوكوز الدم، وأجهزة الوخز وأدوات الوخز، ومحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الفحص وجهاز القياس. • بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد: لكل سنة تقويمية، يتم صرف زوج واحد من الأذنية العلاجية المصممة حسب الطلب (بما في ذلك البطانات المتوفرة مع هذه الأذنية)، وزوجين إضافيين من البطانات، أو زوج واحد من الأذنية العميقة وثلاثة أزواج من البطانات (لا تشمل البطانات غير المخصصة والقابلة للإزالة المتوفرة مع هذه الأذنية). التغطية تشمل أخذ المقاسات. • تتم تغطية التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري في ظروف معينة. منتجات OneTouch™ من Lifescan هي لوازم فحص السكري المفضلة لدينا (أجهزة قياس الجلوكوز وأشرطة الفحص). للحصول على مزيد من المعلومات حول العناصر المدرجة في قائمة مستلزمات فحص السكري المفضلة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إذا كنت تستخدم مستلزمات فحص السكري التي لا تفضلها الخطة، فتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على وصفة طبية جديدة أو طلب تفويض سابق للحصول على أجهزة قياس جلوكوز الدم وأشرطة الفحص غير المفضلة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة (للاطلاع على تعريف المعدات الطبية القوية، انظر الفصل 12 وكذلك الفصل 3، القسم 7 من هذا المستند). تشمل العناصر الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر: الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، ومستلزمات مرضى السكري، وأسرة المستشفى التي يطلبها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل، ومضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، وأجهزة الأكسجين، والبخاخات، والمشايات. تغطي جميع المعدات الطبية القوية (DME) الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Original Medicare. إذا كان المورد في منطقتك لا يحمل اسم علامة تجارية أو جهة تصنيع معينة، فيمكنك سؤاله عما إذا كان بإمكانه أن يطلبها لك بشكل خاص. تتوفر أحدث قائمة للموردين على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل المعدات الطبية القوية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل المستلزمات الطبية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. مبلغ مشاركة التكلفة مقابل تغطية أجهزة الأكسجين من Medicare هو \$0 لكل 36 شهرًا بنظام التسديد المشترك. ولن تتغير مشاركة التكلفة إذا سجلت لمدة 36 شهرًا. إذا سددت 36 شهرًا من دفع الإيجار لتغطية معدات الأكسجين قبل التسجيل في خطتنا، فسيكون مبلغ مشاركة التكلفة في خطتنا \$0 بنظام التسديد المشترك.
الرعاية في حالات الطوارئ تشير الرعاية في حالات الطوارئ إلى الخدمات: • المقدمة من قبل مقدم رعاية مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ، • اللازمة لتقييم حالة طبية طارئة أو استقرارها. حالة الطوارئ الطبية هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي حكيم لديه معرفة معقولة بالصحة والطب أن لديك أعراضًا طبية تتطلب عناية طبية فورية لإنقاذ حياتك (أو إنقاذ حياة طفل لم يولد بعد إذا كنت امرأة حاملًا)، أو تفادي فقدان أحد الأطراف أو وظيفته. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة. مشاركة التكلفة مقابل خدمات الطوارئ الضرورية عند تقديمها خارج الشبكة هي مشاركة التكلفة نفسها لهذه الخدمات عند تقديمها داخل الشبكة.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل زيارات غرفة الطوارئ التي يغطيها Medicare. إذا كنت تتلقى رعاية في حالات الطوارئ في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى تلقي رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى المستشفى التابعة للشبكة لمتابعة تغطية رعايتك، أو يتعين أن تكون لديك رعاية داخلية داخل مستشفى خارج الشبكة مصرح بها من قبل الخطة، وستكون التكلفة التي تتحملها هي مبلغ مشاركة التكلفة الذي ستدفعه في المستشفى التابع للشبكة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
تتم تغطية خدمات الطوارئ خارج الولايات المتحدة. التسديد المشترك لمبلغ \$100 مقابل خدمات الطوارئ خارج الولايات المتحدة.* أنت تدفع هذا المبلغ حتى إذا تم إدخالك المستشفى في غضون 24 ساعة بسبب الحالة نفسها. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تتم تغطية خدمات الطوارئ خارج الولايات المتحدة.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خط استشارات طاقم التمريض.* التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل ميزة اللياقة البدنية.*	 البرامج التعليمية للصحة والعافية خط استشارات طاقم التمريض تدريب هاتفي مجاني واستشارات تمريضية من أطباء مدربين. خط استشارات طاقم التمريض متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع للرد على الاستفسارات المتعلقة بالصحة. يمكنك الوصول إلى خط استشارات طاقم التمريض عبر رقم الهاتف المدرج على بطاقة تعريف العضوية لديك، أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لتحويلك إلى خط استشارات طاقم التمريض. ميزة اللياقة البدنية توفر خطتنا عضوية في برنامج مرن للياقة البدنية، مع أرصدة شهرية لاستخدامها في مجموعة متنوعة من صالات الألعاب الرياضية الكبيرة أو أستوديوهات اللياقة البدنية المحلية. ستحصل على 32 نقطة كل شهر للاستفادة منها. يمكن استخدام النقاط لتغطية عضوية صالة الألعاب الرياضية الشهرية، إلى جانب الحصول على زيارات و/أو دروس غير محدودة في أستوديوهات اللياقة البدنية وصناديق أدوات اللياقة البدنية المنزلية ومقاطع فيديو حول اللياقة البدنية. لا يتم ترحيل أي نقاط غير مستخدمة من المخصصات الشهرية إلى الشهر التالي. لمزيد من المعلومات حول عضوية اللياقة البدنية، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
نظام الاستجابة الشخصية في حالات الطوارئ (PERS) تغطية لجهاز واحد من أجهزة الاستجابة الشخصية في حالات الطوارئ الطبية مدى الحياة مع الرسوم الشهرية. يوفر جهاز الاستجابة الشخصية الشخصي لحالات الطوارئ راحة البال واستجابة على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لتلبية احتياجاتك الطارئة وغير الطارئة. يمكن للأعضاء اختيار نظام استجابة شخصي في حالات الطوارئ تقليدي "سلبي" متصل عبر خط أرضي، أو اختيار نظام لاسلكي. بالنسبة إلى الأنظمة السلوكية، يلزم وجود هاتف أرضي. لمعرفة مزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل نظام الاستجابة الشخصية في حالات الطوارئ (PERS) – نظام التنبيه الطبي.*
خدمات السمع تتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يقدمها مقدم الرعاية الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تلقي علاج طبي خاضع للتغطية كـ رعاية للمرضى الخارجيين عند التقديم من قبل طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم رعاية آخر مؤهل. تغطي خطتنا أيضاً خدمات السمع التكميلية (أي الدورية) الآتية: ● فحص سمع روتيني واحد كل عام. ● تركيب وسيلة مساعدة على السمع وتقييمها مرة واحدة كل عام.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص السمع الذي يغطيه Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. خدمات السمع التكميلية (أي الدورية): التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص سمع دوري واحد كل عام.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل تركيب وسائل المساعدة على السمع وتقييمها مرة واحدة كل عام.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
• وسيلة مساعدة على السمع واحدة غير قابلة للزرع بتكلفة تصل إلى \$1,000 لكل أذن كل عام. أي الاقتصار على وسيلتي مساعدة على السمع غير قابلتين للزرع كل عام. تشمل المزايا ضماناً قياسيًّا لمدة عام واحد وعبوة واحدة من البطاريات. أنت تتحمل أي تكاليف أخرى لوسائل المساعدة على السمع تتجاوز الحد الأقصى للمزايا الموضحة أعلاه. لا تتم تغطية وسائل المساعدة على السمع الإضافية. يتعين الحصول على خدمات السمع الدورية من مقدم رعاية مشارك لتتم تغطيتها بالخطـة. لمزيد من المعلومات حول بيانات الاتصال ببائع وسائل المساعدة على السمع والمزايا، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو زيارتنا على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA ملحوظة: تغطية خدمات السمع الدورية هي ميزة تكميلية تقدمها الخطـة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصتك من تكلفة هذه الخدمات.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الحصول على 2 من وسائل المساعدة على السمع كل عام.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
فحص فيروس HIV  بالنسبة إلى الأشخاص الذين يطلبون إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) أو المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، فإننا نغطي: • فحصًا واحدًا كل 12 شهرًا • بالنسبة إلى النساء الحوامل، نغطي: • ما يصل إلى ثلاثة فحوصات في أثناء الحمل	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للأعضاء المؤهلين للفحص الوقائي لفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الذي يغطيه Medicare.
رعاية الوكالة الصحية المنزلية قبل تلقي الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يقر الطبيب أنك بحاجة إلى خدمات صحية منزلية وأن يطلب تقديم الخدمات الصحية المنزلية من وكالة الرعاية الصحية المنزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، ما يعني أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • خدمات التمريض المختصة أو المساعدة في مجال الصحة المنزلية بدوام جزئي أو متقطع (لتمت تغطية خدمات التمريض المختصة والمساعدة في مجال الصحة المنزلية بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يستغرق أداء هذه الخدمات مجتمعة أقل من 8 ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع) • العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة رعاية تقدمها وكالة الرعاية الصحية المنزلية يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
العلاج بالتسريب في المنزل (HIT) يتضمن العلاج بالحقن في المنزل إعطاء الأدوية أو المستحضرات البيولوجية عن طريق الوريد أو تحت الجلد لشخص في المنزل. تشمل الأدوات اللازمة لإجراء الحقن في المنزل: الدواء (مثل مضادات الفيروسات والجلوبيولين المناعي)، والمعدات (مثل المحقنة)، والمستلزمات (مثل الأنابيب والقسطرات). تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • الخدمات المهنية، مثل خدمات التمريض، التي يتم تقديمها وفق خطة الرعاية • التدريب والتوعية المقدم إلى المرضى الذي لا تغطيه مزايا المعدات الطبية القوية • المراقبة عن بُعد • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن المنزلي المقدمة من مقدم مؤهل للعلاج بالحقن في المنزل	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الخدمات المهنية المقدمة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)، بما في ذلك خدمات التمريض والتدريب والتوعية، وخدمات المراقبة والمراقبة عن بُعد. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الخدمات المهنية المقدمة من مختص، بما في ذلك خدمات التمريض والتدريب والتوعية، وخدمات المراقبة والمراقبة عن بُعد. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. تتم تغطية معدات الحقن في المنزل ومستلزماته بموجب ميزة المعدات الطبية القوية (DME). يرجى الاطلاع على قسم "المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة" للحصول على معلومات حول مشاركة التكلفة. تتم تغطية أدوية الحقن المنزلي بموجب ميزة الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B. يرجى الاطلاع على قسم "الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B" للحصول على معلومات حول مشاركة التكلفة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين أنت مؤهل للحصول على مزايا مأوى رعاية المحتضرين عندما يعطيك طبيبك والمدير الطبي لمأوى رعاية المحتضرين تشخيصًا نهائيًا يفيد بأنك مصاب بمرض ميؤوس من شفائه وأنك ستعيش 6 أشهر أو أقل إذا استمر مرضك في مساره الطبيعي. قد تتلقى الرعاية من أي برنامج مقدم من مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين. خطتك ملزمة بمساعدتك على العثور على برامج لمأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين في منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك تلك التي تمتلكها مؤسسة MA أو تتحكم فيها أو لديها مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب مأوى رعاية المحتضرين الخاص بك موفر شبكة أو موفرًا خارج الشبكة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم • رعاية مؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية بالنسبة إلى الخدمات المقدمة من مأوى رعاية المحتضرين والخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B والمتعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك: سيدفع Original Medicare (بدلاً من خطتنا) إلى مقدم الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين مقابل حصولك على خدمات مأوى رعاية المحتضرين ذات الصلة بالتشخيص النهائي لحالتك. في أثناء وجودك ببرنامج مأوى رعاية المحتضرين، سيقوم مقدم الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين بحاسبة Original Medicare على الخدمات التي يدفع Original Medicare مقابل حصولك عليها. وستتم محاسبتك على مشاركة التكلفة مع Original Medicare. بالنسبة إلى الخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B وغير المتعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك: إذا كنت بحاجة إلى خدمات غير طارئة وغير مطلوبة بشكل عاجل وتتم تغطيتها بموجب Medicare Part A أو B وغير متعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك، فإن تكلفة هذه الخدمات تعتمد على استعانتك بموفر داخل شبكة خطتنا وتتبع قواعد الخطة من عدمه (مثل ما إذا كانت ثمة شروط للحصول على تفويض سابق). • إذا حصلت على الخدمات الخاضعة للتغطية من موفر شبكة واتبعت قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فستدفع فقط مبلغ مشاركة تكلفة الخطة مقابل الحصول على الخدمات داخل الشبكة	عند تسجيلك في برنامج لمأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين، يدفع Original Medicare، وليس خطتنا، تكاليف خدمات مأوى رعاية المحتضرين وخدمات Part A و Part B المتعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك. قد يتم تطبيق مبلغ مشاركة التكلفة مقابل خدمة الطبيب للحصول على خدمات الاستشارات من مأوى رعاية المحتضرين. راجع قسم "خدمات الطبيب/الممارس" بهذا الجدول للحصول على معلومات عن مشاركة التكلفة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
	- إذا حصلت على خدمات خاضعة للتغطية من موفر خارج الشبكة، فستدفع قيمة مشاركة التكلفة بموجب برنامج Medicare للخدمات مقابل الرسوم (Original Medicare) - بالنسبة إلى الخدمات التي تغطيها خططنا ولا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B: ستستمر خططنا في تغطية الخدمات التي تغطيها الخطة ولا يغطيها Part A أو B سواء كانت متعلقة بالتشخيص النهائي أم لا. وأنت تدفع مبلغ مشاركة التكلفة للخطة مقابل الحصول على هذه الخدمات. - بالنسبة إلى الأدوية التي قد تغطيها ميزة Part D من الخطة: إذا كانت هذه الأدوية غير متصلة بحالتك النهائية داخل مأوى رعاية المحتضرين، فستدفع قيمة مشاركة التكلفة. وإذا كانت ذات صلة بحالتك النهائية داخل مأوى رعاية المحتضرين، فستدفع مبلغ مشاركة تكلفة مع Original Medicare. لا تتم تغطية الأدوية من قبل كل من مأوى رعاية المحتضرين وخططنا في الوقت نفسه. لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الفصل 5، القسم 9.4 (ماذا لو كنت في مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين؟) ملحوظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية أخرى بخلاف مأوى رعاية المحتضرين (رعاية غير متعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك)، فيتعين عليك الاتصال بنا لتنظيم الخدمات. - تغطي خططنا خدمات الاستشارات المقدمة من مأوى رعاية المحتضرين (مرة واحدة فقط) لشخص مصاب بمرض ميؤوس من شفائه ولم يختَر ميزة مأوى رعاية المحتضرين.
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل لقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والالتهاب الكبدي B و COVID-19. بالنسبة إلى اللقاحات الأخرى التي يغطيها Medicare (إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة واستوفت اللقاحات قواعد تغطية Medicare Part B)، يرجى الرجوع إلى قسم الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B من هذا الجدول لمعرفة مبلغ مشاركة التكلفة المنطبق. تتطلب بعض أدوية Part B الحصول على تفويض سابق لتغطيتها.	 التطعيمات تشمل الخدمات التي يغطيها Medicare Part B ما يأتي: - لقاح الالتهاب الرئوي - لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة لكل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات إنفلونزا إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية - لقاح الالتهاب الكبدي الوبائي B إذا كان ثمة احتمال كبير أو متوسط لتعرضك للإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي B - لقاح COVID-19 - لقاحات الأمراض الأخرى إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة بها وكانت تستوفي قواعد تغطية Medicare Part B كما نغطي بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة Part D. تغطي خططنا معظم لقاحات Part D للبالغين بلا مقابل للأعضاء بعمر 19 عامًا فما فوق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات الدعم في المنزل إذا كنت تستوفي معايير سريرية معينة، فنحن نوفر إمكانية الوصول إلى خدمات الدعم في المنزل، بما في ذلك التنظيف والمهام المنزلية وإعداد الوجبات، فضلاً عن تقديم المساعدة في أنشطة الحياة اليومية. يجب أن تكون الخدمات موصى بها أو مطلوبة من قبل طبيب سريري مرخص أو موفر مرخص تابع للخطة. وقد تشارك في إدارة الرعاية أو يتم تقييمك من قبل مدير رعاية. يلزم توفر مستندات لإحدى الحالات الآتية للحصول على الخدمات: - تشخيص الزهايمر/نوع آخر من الخرف - جراحة استبدال المفاصل - التعافي من السقوط - بتر الأطراف - جراحة المياه البيضاء/الشبكية/جراحات العين الأخرى - مرض القلب والرئتين المتقدم - السكتة الدماغية - المشي باستخدام جهاز مساعد - ضعف الرؤية - دخول المستشفى المتكرر - زيارات ER المتكررة - فترة ما بعد الجراحة للمصابين بأمراض مزمنة، بما في ذلك أحد الأمراض الآتية: السكري أو COPD أو فشل القلب الاحتقاني (CHF) أو عدوى المسالك البولية (UTI) أو أمراض الكلى أو السرطان أو التشخيص المتعلق بالصحة السلوكية. وسيتم توفير الخدمات بزيادات مدتها 4 ساعات لتصل إلى ما مجموعه 12 زيارة كل عام. لمعرفة مزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة لتلقي خدمات الدعم في المنزل.*

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى تشمل رعاية الحالات الخطيرة من المرضى الداخليين وإعادة تأهيلهم، ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد، وأنواعاً أخرى من خدمات المستشفى التي يتم تقديمها إلى المرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى المقيمين في المستشفيات في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسمياً إلى المستشفى بطلب من الطبيب. واليوم الذي يسبق يوم خروجك هو آخر يوم لك كمريض داخلي. تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها لمدة 90 يوماً وذلك بالنسبة إلى أيام إقامتك في المستشفى التي يغطيها Medicare. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية على سبيل المثال لا الحصر: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية) • الوجبات بما في ذلك وجبات النظام الغذائي الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة (مثل وحدة العناية المركزة أو وحدات العناية التاجية) • الأدوية والعلاجات • الفحوصات المعملية • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى • المستلزمات الجراحية والطبية الضرورية • استخدام الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • تكاليف غرفة العمليات والإنعاش • العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج أمراض النطق واللغة	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: تسديد مشترك لمبلغ \$0 مقابل كل إقامة في المستشفى. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل يوم من الأيام الاحتياطية الإضافية مدى الحياة. الأيام الاحتياطية الإضافية مدى الحياة هي أيام إضافية ستدفع الخطة مقابلها في حال إقامة الأعضاء في المستشفى لعدد أيام يفوق العدد الذي تغطيه الخطة. لدى الأعضاء ما مجموعه 60 يوماً احتياطياً يمكن استهلاكها مدى الحياة. إذا حصلت على رعاية مرضى داخليين مصرح بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فستكون التكلفة التي تتحملها هي مبلغ مشاركة التكلفة نفسه الذي كنت ستدفعه في المستشفى التابعة للشبكة. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
يتم تطبيق مشاركة التكلفة بدءًا من اليوم الأول للدخول، ولا تشمل تاريخ الخروج.	• خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى المقيمين • في ظل ظروف معينة، تتم تغطية الأنواع الآتية من عمليات زرع الأعضاء: القرنية، الكلى، البنكرياس والكلى، القلب، الكبد، الرئة، القلب/الرئة، نخاع العظام، الخلايا الجذعية، والأمعاء/أعضاء متعددة في البطن. إذا كنت بحاجة إلى عملية زراعة أعضاء، فسنترب لمراجعة حالتك من قبل مركز زراعة معتمد من Medicare ليقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية زراعة الأعضاء أم لا. قد يكون موفرو عمليات الزرع محليين أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل الشبكة تجري خارج نمط الرعاية المجتمعية، فيمكنك اختيار الخضوع لها محليًا ما دام مقدمو خدمات الزرع المحليون على استعداد لقبول معدل Original Medicare. إذا كانت خططنا توفر خدمات زراعة الأعضاء في موقع خارج نمط الرعاية لعمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك، واخترت الحصول على عمليات زراعة أعضاء في هذا الموقع البعيد، فسوف نرتب لذلك أو ندفع تكاليف السكن والنقل المناسبة لك وللمرافق. • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكثفة بالباينت الأول من الدم الذي تحتاج إليه. تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول المستخدم. • خدمات الطبيب ملحوظة: لكي تكون مريضًا مقيمًا، يجب على الموفر كتابة طلب لإدخالك المستشفى رسميًا بصفقتك مريضًا مقيمًا. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا ما إذا كان يتم عدك مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فيجب أن تسأل طاقم المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في ورقة حقائق Medicare تحت اسم هل أنت من المرضى المقيمين في المستشفى أم مرضى العيادات الخارجية؟ إذا كان لديك Medicare - فاسأل! تتوفر ورقة الحقائق هذه على الويب على العنوان https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو يمكن طلبها بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات المرضى المقيمين في مستشفى الأمراض النفسية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب الإقامة في المستشفى. تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها لمدة 90 يومًا لكل دخول، وذلك بالنسبة إلى فترات الإقامة التي يغطيها Medicare. هناك حد أقصى يبلغ 190 يومًا طوال العمر لتلقي خدمات الصحة العقلية للمرضى الداخليين والتي يتم تقديمها في مستشفى الأمراض النفسية. لا ينطبق الحد الذي يبلغ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية للمرضى المقيمين المقدمة في وحدة الطب النفسي في مستشفى عام. إذا كنت قد استخدمت جزءًا من ميزة Medicare التي مدتها 190 يومًا لطول العمر قبل التسجيل في خطتنا، فلا يحق لك سوى الحصول على بقية الأيام الصالحة طوال العمر.	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل فترة إقامة لتلقي خدمات رعاية الصحة العقلية. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل يوم من الأيام الاحتياطية الإضافية مدى الحياة. الأيام الاحتياطية الإضافية مدى الحياة هي أيام إضافية ستدفع الخطة مقابلها في حال إقامة الأعضاء في المستشفى لعدد أيام يفوق العدد الذي تغطيه الخطة. لدى الأعضاء ما مجموعه 60 يومًا احتياطيًا يمكن استهلاكها مدى الحياة. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. إذا حصلت على رعاية مرضى داخليين مصرح بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فستكون التكلفة التي تتحملها هي مبلغ مشاركة التكلفة نفسه الذي كنت ستدفعه في المستشفى التابعة للشبكة.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
ستستمر تغطية الخدمات المدرجة بمبالغ مشاركة التكلفة الموضحة في جدول الاستحقاقات للخدمة المحددة.	إقامة المريض الداخلي: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يتم تلقيها في المستشفى أو مرفق ترميز مختص (SNF) في أثناء إقامة المريض غير الخاضعة للتغطية في المستشفى إذا استنفدت مزايا المرضى الداخليين أو كانت الإقامة في المستشفى غير معقولة أو ضرورية، فلن نغطي إقامتك في المستشفى. ومع ذلك، وفي بعض الحالات، نغطي بعض الخدمات التي تتلقاها في أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق الترميز المتخصص (SNF). تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات الطبيب • الفحوصات التشخيصية (مثل الفحوصات المعملية) • الأشعة السينية والراديو والعلاج بالنظائر بما في ذلك المواد والخدمات المخصصة • الضمادات الجراحية • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة للحد من حالات الكسر والخلع • الأطراف الصناعية وعلم التركيبات التقييمية (بخلاف الأسنان) التي تحل محل أحد أعضاء الجسم الداخلية بشكل كلي أو جزئي (مثل الأنسجة المتلاصقة)، أو وظيفة أحد أعضاء الجسم الداخلية التي تعاني من خلل أو قصور دائم بشكل كلي أو جزئي، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها • دعائم الساق والذراع والظهر والعنق، والسيقان والأذرع والعيون الاصطناعية، بما في ذلك حالات التعديل والإصلاح والاستبدال المطلوبة بسبب التعرض لكسر أو تلف أو فقدان؛ أو تغيير الحالة البدنية للمريض • العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج المهني

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
الوجبات وجبات ما بعد الإصابات الشديدة بالنسبة إلى الأعضاء الذين غادروا مرفق المرضى المقيمين (المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص أو مرفق إعادة تأهيل المرضى المقيمين)، ستوفر الخطة 3 وجبات بحد أقصى يوميًا لمدة 14 يومًا بمجموع 42 وجبة بلا أي مقابل. يمكنك اختيار تلقي وجبات مجمدة طازجة أو وجبات معلبة ممتدة الصلاحية أو علبة من المشروبات الغذائية. يمكنك اختيار تلقي مجموعة من الوجبات والمشروبات ضمن الحدود الإجمالية للميزة، بحد أقصى علبة واحدة من المشروبات لكل حالة.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل وجبة أو عبوة مخفوق -من وجبات ما بعد الإصابات الشديدة- تغطيها الخطة وتعد ضرورية من الناحية الطبية.* قد تكون الإحالة مطلوبة.
العلاج بالتغذية الطبية  هذه الميزة موجهة للأشخاص المصابين بمرض السكري، أو مرض كلوي (متعلق بالكلية) (بخلاف غسيل الكلية)، أو بعد عملية زراعة الكلية عند طلب ذلك من قبل الطبيب. نحن نغطي مدة 3 ساعات لخدمات المشورة الفردية خلال السنة الأولى التي تتلقى فيها خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب Medicare (وهذا يشمل خططنا أو أي خطة أخرى من خطط Medicare Advantage أو Original Medicare)، وساعتين كل عام بعد ذلك. إذا تغيرت حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فقد تتمكن من تلقي المزيد من ساعات العلاج بطلب من الطبيب. يتعين على الطبيب وصف هذه الخدمات وتجديد طلبها سنويًا عند الحاجة إلى تلقي العلاج في السنة التقويمية التالية.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للأعضاء المؤهلين لخدمات العلاج بالتغذية الطبية التي يغطيها Medicare.
برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP)  ستتم تغطية خدمات MDPP للمستفيدين المؤهلين من Medicare بموجب جميع خطط Medicare الصحية. برنامج MDPP هو تدخل صحي منظم لتغيير السلوك يوفر تدريبًا عمليًا على تغيير النمط الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، وإستراتيجيات لحل المشكلات من أجل التغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن والاستمتاع بنمط حياة صحي.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل الحصول على ميزة MDPP.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B تتم تغطية هذه الأدوية بموجب Part B من Original Medicare. يتلقى أعضاء خطتنا تغطية لهذه الأدوية من خلال خطتنا. تتضمن الأدوية الخاضعة للتغطية ما يأتي: • الأدوية التي لا يتم تناولها ذاتيًا عادةً من قبل المريض ويتم حقنها أو ضخها عند حصولك على خدمات الطبيب أو العيادات الخارجية في المستشفى أو المركز الجراحي الجوال • الإنسولين الذي يتم إعطاؤه من خلال معدات طبية قوية (مثل مضخة الإنسولين الضرورية من الناحية الطبية) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام المعدات الطبية القوية (مثل البخاخات) التي تم تفويضها بموجب الخطة • عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • الأدوية المثبطة للمناعة، إذا كنت مسجلًا في Medicare Part A في وقت الخضوع لعملية زراعة الأعضاء • أدوية هشاشة العظام القابلة للحقن، إذا كنت مقعدة وتعانين من كسر في العظام وأفاد الطبيب أن هذا مرتبط بهشاشة العظام ذات الصلة بمرحلة انقطاع الطمث، ولا يمكنك إعطاء الدواء لنفسك • المستضدات • بعض الأدوية المضادة للسرطان والغثيان التي تؤخذ عن طريق الفم • بعض الأدوية المستخدمة لإجراء غسيل الكلى المنزلي، بما في ذلك الهيبارين وثرثريك الهيبارين عندما يكون ضروريًا من الناحية الطبية، والتخدير الموضعي والعوامل المحفزة لتكوين كريات الدم الحمراء (مثل® Epogen، أو® Procrit، أو Epoetin Alfa، أو® Aranesp، أو® Darbepoetin Alfa) • الجلوبيولين المناعي الذي يُعطى عن طريق الوريد لعلاج أمراض نقص المناعة الأولية في المنزل	قد تخضع بعض الأدوية للعلاج التدريجي. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل أدوية الإنسولين من Medicare Part B. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل أدوية Part B التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. تخضع مشاركة تكلفة الإنسولين لحد تسديد مشترك قدره \$35 لإمداد لمدة شهر واحد من الإنسولين. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل أدوية العلاج الكيماوي ضمن Part B التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
	سينقلك الرابط الآتي إلى قائمة بأدوية Part B التي قد تخضع للعلاج التدريجي: https://wellcare.healthnetcalifornia.com/plan-benefit-materials.html كما نغطي بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة Part B و Part D. الفصل 5 يشرح ميزة الأدوية الموصوفة Part D، بما فيها القواعد التي يتعين عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية. ستجد في الفصل 6 شرحاً لما تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة لك في Part D من خلال خطتنا.
ميزة الاستشارة الغذائية نغطي جلسات الاستشارة بالاستعانة باختصاصي تغذية أو اختصاصي تغذية مسجل، بطلب من طبيبك، لمعالجة التغييرات التي تطرأ على سلوكك والتي يمكن أن تحسن حالتك الطبية. الاستشارة الغذائية هي عملية داعمة لتحديد الأولويات ووضع الأهداف وابتكار خطط عمل فردية تقدر مسؤولية الرعاية الذاتية وتعززها. يمكنك الوصول إلى هذه الخدمات الإضافية عبر الهاتف وعبر الإنترنت باستخدام Teladoc، موفر الزيارات الافتراضية في خطتنا. لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موعد، اتصل بـ Teladoc على الرقم 1-800-835-2362 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة فردية للحصول على المشورة الغذائية.*
فحص السمنة وعلاجها لتعزيز فقدان الوزن المستدام إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك 30 أو أكثر، فنحن نغطي الاستشارة المكثفة لمساعدتك على فقدان الوزن. تتم تغطية هذه الاستشارة إذا حصلت عليها في عيادة رعاية أولية، حيث يمكن تنسيقها مع خطة الوقاية الشاملة الخاصة بك. تحدث إلى طبيب الرعاية الأولية أو الممارس لمعرفة المزيد.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحص السمنة الوقائي وعلاجها.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية يمكن لأعضاء خطتنا المصابين باضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) تلقي تغطية للخدمات المقدمة لعلاج OUD من خلال برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية (OTP) الذي يتضمن الخدمات الآتية: • مستحضرات العلاج المدعوم بالأدوية (MAT) من ناهضات ومضادات مستقبلات المواد الأفيونية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) الأمريكية • صرف مستحضرات العلاج المدعوم بالأدوية (MAT) وإعطائه (إن وجدت) • الاستشارات المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة جمع المعلومات • التقييمات الدورية	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة علاج لتعاطي المواد الأفيونية يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديو والنظائر) بما في ذلك المواد والمستلزمات المخصصة • المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة للحد من حالات الكسر والخلع	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الأشعة السينية الخاضعة لتغطية Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات الأشعة العلاجية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل المستلزمات الطبية التي يغطيها Medicare، بما فيها القوالب والجبائر. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
• الاختبارات المعملية • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكثفة بالباينت الأول من الدم الذي تحتاج إليه. تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول المستخدم. • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين - خدمات التشخيص غير الإشعاعي (على سبيل المثال، اختبار الحساسية أو تخطيط كهربائية القلب (EKG)) • الفحوصات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين (بما في ذلك الفحوصات المعقدة مثل CT وMRI وMRA وSPECT) - خدمات التشخيص الإشعاعي، غير متضمنة الأشعة السينية على فيلم مسطح	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة معملية يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات الدم التي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الإجراءات والفحوصات التشخيصية التي يغطيها Medicare (على سبيل المثال، اختبار الحساسية أو تخطيط كهربائية القلب (EKG)). قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات الأشعة التشخيصية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. إذا كنت تتلقى خدمات متعددة من فئة الخدمات نفسها في اليوم نفسه وفي المرفق نفسه، فستكون مسؤولاً عن دفع الحد الأقصى لمبلغ التسديد المشترك لفئة الخدمات هذه في ذلك الموقع. ومع ذلك، إذا كانت مزايا إحدى الخدمات تتبع التسديد المشترك (مبلغ ثابت بالدولار) وكانت مزايا خدمة أخرى تتبع التأمين المشترك (نسبة مئوية من التكلفة المسموح بها)، فقد يُطلب منك دفع كل من التسديد المشترك والتأمين المشترك.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
ملاحظة المستشفى للمرضى الخارجيين خدمات الملاحظة هي خدمات مقدمة من المستشفى للمرضى الخارجيين لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى قبولك كمريض داخلي أم يمكنك الخروج من المستشفى. للحصول على تغطية لخدمات ملاحظة المستشفى للمرضى الخارجيين، يجب أن تستوفي معايير Medicare وأن تكون الخدمات معقولة وضرورية. تتم تغطية خدمات الملاحظة فقط عند تقديمها بطلب من الطبيب أو فرد آخر مخول له بموجب قانون الترخيص المعمول به في الولاية ولوائح موظفي المستشفى بقبول المرضى بالمستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين. ملحوظة: إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك كمريض داخلي، فسيتم عدك مريضًا خارجيًا وستدفع مبالغ مشاركة التكلفة مقابل الحصول على خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا ما إذا كان يتم عدك مريضًا خارجيًا أم لا، فيجب أن تسأل طاقم المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في ورقة حقائق Medicare تحت اسم هل أنت من المرضى المقيمين في المستشفى أم مرضى العيادات الخارجية؟ إذا كان لديك Medicare – فاسأل! تتوفر ورقة الحقائق هذه على الويب على العنوان https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو يمكن طلبها بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على خدمات الملاحظة يغطيها Medicare. سيتم تطبيق تكاليف إضافية على الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
ستدفع مبالغ مشاركة التكلفة المطبقة والموضحة في جدول الاستحقاقات الطبية مقابل الحصول على هذه الخدمة المحددة. إذا كنت تتلقى خدمات متعددة من فئة الخدمات نفسها في اليوم نفسه وفي المرفق نفسه، فستكون مسؤولاً عن دفع الحد الأقصى لمبلغ التسديد المشترك لفئة الخدمات هذه في ذلك الموقع. ومع ذلك، إذا كانت مزايا إحدى الخدمات تتبع التسديد المشترك (مبلغ ثابت بالدولار) وكانت مزايا خدمة أخرى تتبع التأمين المشترك (نسبة مئوية من التكلفة المسموح بها)، فقد يُطلب منك دفع كل من التسديد المشترك والتأمين المشترك.	خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية تغطي الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • خدمات قسم الطوارئ أو العيادة الخارجية، مثل خدمات الملاحظة أو الجراحة للمرضى الخارجيين • الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تتلقى مدفوعات المستشفى • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك رعاية برنامج الحجز الجزئي في المستشفى، إذا أقر الطبيب أن علاج المريض الداخلي سيكون مطلوباً من دونها • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي يُصدر بها المستشفى فواتير محاسبة • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والقوالب • بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك ملحوظة: إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلباً خطياً لقبولك كمريض داخلي، فسيتم عدك مريضاً خارجياً وستدفع مبالغ مشاركة التكلفة مقابل الحصول على خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضاً خارجياً. إذا لم تكن متأكداً ما إذا كان يتم عدك مريضاً خارجياً أم لا، فيجب أن تسأل طاقم المستشفى. يمكنك أيضاً العثور على مزيد من المعلومات في ورقة حقائق Medicare تحت اسم هل أنت من المرضى المقيمين في المستشفى أم مرضى العيادات الخارجية؟ إذا كان لديك Medicare – فاسأل! تتوفر ورقة الحقائق هذه على الويب على العنوان https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو يمكن طلبها بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجاناً، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: خدمات الصحة العقلية التي يقدمها طبيب أو طبيب نفسي مرخص من الولاية، أو طبيب نفسي سريري، أو اختصاصي اجتماعي سريري، أو اختصاصي تمرير سريري، أو استشاري مهني مرخص (LPC)، أو طبيب نفسي مرخص لأمر الزواج والأسرة (LMFT)، أو ممارس تمرير (NP)، أو مساعد طبيب (PA)، أو أي اختصاصي في رعاية الصحة العقلية مؤهل من Medicare على النحو المسموح به بموجب القوانين المعمول بها في الولاية. • الخدمات التي يقدمها الطبيب النفسي التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى الطبيب النفسي للحصول على العلاج الفردي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى الطبيب النفسي للحصول على العلاج الجماعي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى مقدمي رعاية الصحة العقلية الآخرين للحصول على علاج فردي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى مقدمي رعاية الصحة العقلية الآخرين للحصول على علاج جماعي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	• الخدمات التي يقدمها مقدمو رعاية الصحة العقلية الآخرون
	خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج أمراض النطق واللغة. يتم توفير خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية في مختلف العيادات الخارجية، مثل أقسام العيادات الخارجية في المستشفيات، وعيادات العلاج النفسي المستقلة، والمرافق الشاملة لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF).

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
- الخدمات التي يقدمها اختصاصي العلاج الطبيعي - الخدمات التي يقدمها اختصاصي العلاج الوظيفي - الخدمات التي يقدمها اختصاصي أمراض النطق واللغة	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على خدمات العلاج الطبيعي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على خدمات العلاج المهني يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على خدمات أمراض النطق واللغة يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
خدمات علاج تعاطي المخدرات لمرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة، مثل جلسات العلاج النفسي الفردية والجماعية التي يقدمها طبيب، أو طبيب نفسي سريري، أو اختصاصي اجتماعي سريري، أو اختصاصي تمرير سريري، أو ممارس تمرير، أو مساعد طبيب، أو أي برنامج أو اختصاصي في رعاية الصحة العقلية مؤهل من Medicare على النحو المسموح به بموجب القوانين المعمول بها في الولاية.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على علاج فردي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على علاج جماعي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
جراحة العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات والمراكز الجراحية الجواله ملحوظة: إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في مستشفى، فيتعين عليك التحقق مع مقدم الرعاية لمعرفة ما إذا كان سيتم عدك كمريض داخلي أم خارجي. ملحوظة: إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك كمريض داخلي، فسيتم عدك مريضًا خارجيًا وستدفع مبالغ مشاركة التكلفة مقابل الحصول على خدمات جراحة العيادات الخارجية. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. الخدمات المقدمة في مستشفى العيادات الخارجية	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى مستشفى العيادات الخارجية يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات المشمولة بالتغطية
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى مركز جراحي جوال يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	الخدمات المقدمة في مركز جراحي جوال
	العناصر المتاحة من دون وصفات (OTC) يرجى الاطلاع على القسم Wellcare Spendables™ من هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات حول ميزة الأدوية التي من دون وصفات (OTC).
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل يوم من الحجز الجزئي في المستشفى أو الخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية، التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	خدمات الحجز الجزئي في المستشفى والخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية الحجز الجزئي في المستشفى هو برنامج منظم للعلاج النفسي النشط المقدم كخدمة لمرضى العيادات الخارجية في المستشفى أو من قبل مركز الصحة العقلية المجتمعي، وهو أكثر كثافة مقارنةً بالرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو اختصاصي العلاج الخاص بك، كما أنه بديل عن الإقامة في المستشفى. الخدمة المكثفة لمرضى العيادات الخارجية هي برنامج منظم من العلاج الفعال للصحة السلوكية (العقلية) المقدم في قسم العيادات الخارجية في مستشفى أو مركز صحة عقلية مجتمعي أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا أو عيادة صحية ريفية، يكون أكثر كثافة مقارنةً بالرعاية التي تلقيتها في عيادة طبيبك أو المعالج الخاص بك لكنه أقل كثافة من الحجز الجزئي في المستشفى.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى عيادة PCP يغطيها Medicare. اطلع على قسم "جراحة العيادات الخارجية" المذكور سابقًا في هذا الجدول لمعرفة أي مبالغ قابلة للتطبيق للمشاركة في التكاليف مقابل زيارات المراكز الجراحية الجوال أو العيادات الخارجية في المستشفى. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى الاختصاصي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: - خدمات الرعاية الطبية أو الخدمات الجراحية الضرورية من الناحية الطبية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية في عيادة الطبيب - خدمات الرعاية الطبية أو الخدمات الجراحية الضرورية من الناحية الطبية التي يتم تقديمها في مركز جراحي جوال معتمد أو قسم العيادات الخارجية بالمستشفى أو أي مكان آخر - الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل اختصاصي

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
• اختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون • فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يقدمها مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو الاختصاصي، في حال طلبها الطبيب لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى تلقي علاج طبي • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد، بما في ذلك: الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، وخدمات الرعاية الصحية المنزلية، وخدمات طبيب الرعاية الأولية، والعلاج الوظيفي، وخدمات الاختصاصي، والجلسات الفردية للصحة العقلية، وخدمات طب الأقدام، وخدمات اختصاصي الرعاية الصحية الآخرين، والجلسات الفردية للطب النفسي، وخدمات العلاج الطبيعي وعلم أمراض لغة الكلام، والجلسات الفردية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري. ○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال الزيارات الشخصية أو الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على واحدة من هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد، فيتعين عليك استخدام موفر الشبكة الذي يقدم الخدمة عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. • تقدم خطتنا إمكانية الوصول إلى الزيارات الافتراضية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لزيارة الأطباء المعتمدين عبر Teladoc؛ وذلك للمساعدة على معالجة مجموعة واسعة من المخاوف والرد على الأسئلة المتعلقة بالصحة. وتشمل الخدمات الخاضعة للتغطية: الخدمات الطبية العامة وخدمات الصحة السلوكية وخدمات الأمراض الجلدية وغير ذلك الكثير. - الزيارة الافتراضية (تُعرف أيضًا باستشارة الرعاية الصحية عن بُعد) هي زيارة تُجرى مع الطبيب إما عبر الهاتف أو الإنترنت باستخدام هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو كمبيوتر. قد يتطلب إجراء بعض أنواع الزيارات الاتصال بالإنترنت واستخدام جهاز مزود بكاميرا. - لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موعد، اتصل بـ Teladoc على الرقم 1-800-835-2362 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. • تُقدم بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما فيها خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل طبيب أو ممارس، للمرضى في بعض المناطق الريفية أو غيرها من الأماكن المعتمدة من Medicare	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة إلى اختصاصي الرعاية الصحية الآخرين. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات السمع التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات الزيارة الافتراضية التي تتم عبر Teladoc. يرجى ملاحظة أن: مبلغ التسديد المشترك البالغ \$0 الموضح أعلاه لا ينطبق إلا عند تلقي الخدمات من Teladoc. إذا كنت تتلقى خدمات طبية واقعية أو عن بُعد من موفر شبكة وليس من بائع الزيارة الافتراضية، فسوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة المدرجة لمقدمي الرعاية هؤلاء على النحو الموضح في جدول الاستحقاق هذا (على سبيل المثال، إذا تلقيت خدمات رعاية صحية عن بُعد من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك (PCP)، فسوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة إلى PCP). قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه). سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه).	• تُقدم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية ذات الصلة بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية لأعضاء غسيل الكلى المنزلي في مركز لغسيل الكلى بالمستشفى أو مركز لغسيل الكلى بمستشفى وصول حرج أو مرفق لغسيل الكلى أو منزل العضو • تُستخدم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها، بصرف النظر عن موقعك • تُقدم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة أو اضطراب الصحة العقلية المصاحب، بصرف النظر عن موقعهم • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات الآتية: ○ كانت لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل إجراء أول زيارة للرعاية الصحية عن بُعد ○ إذا كانت لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا في أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد ○ يمكن إجراء استثناءات لما سبق في ظروف معينة • تتوفر خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا • الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عن طريق الهاتف أو دردشة الفيديو) مع طبيبك لمدة من 5 إلى 10 دقائق إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا ○ لم يكن الدخول متعلقًا بزيارة العيادة في آخر 7 أيام ○ كان الدخول لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك والشرح والمتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا ○ لم يكن التقييم متعلقًا بزيارة العيادة في آخر 7 أيام و ○ كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
• استشارة طبيبك لأطباء آخرين عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني • الحصول على رأي ثانٍ من موفر شبكة آخر قبل الخضوع للجراحة • رعاية الأسنان غير الدورية (تقتصر الخدمات الخاضعة للتغطية على جراحة الفك أو الهياكل ذات الصلة، أو معالجة كسور الفك أو عظام الوجه، أو خلع الأسنان لإعداد الفك لتلقي العلاج الإشعاعي لمرض السرطان الورمي، أو الخدمات التي ستتم تغطيتها عندما يقدمها الطبيب) سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه). سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه). التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة من خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. بالإضافة إلى مشاركة التكاليف المذكورة أعلاه، سيكون هناك تسديد مشترك و/أو تأمين مشترك للخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Medicare للمعدات الطبية القوية ومستلزماتها، والأطراف الصناعية ومستلزماتها، والفحوصات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات العلاجية، والنظارات الطبية والعدسات اللاصقة بعد جراحة إعتام عدسة العين، والأدوية الموصوفة بموجب Part D والأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B، كما هو موضح في جدول الاستحقاق هذا.	سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه). سوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة التي تنطبق على مقدم الرعاية (كما هو موضح تحت قسم "الخدمات المقدمة من الطبيب/الممارس، وتشمل زيارات عيادة الطبيب" أعلاه). التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل خدمة من خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. بالإضافة إلى مشاركة التكاليف المذكورة أعلاه، سيكون هناك تسديد مشترك و/أو تأمين مشترك للخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Medicare للمعدات الطبية القوية ومستلزماتها، والأطراف الصناعية ومستلزماتها، والفحوصات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات العلاجية، والنظارات الطبية والعدسات اللاصقة بعد جراحة إعتام عدسة العين، والأدوية الموصوفة بموجب Part D والأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B، كما هو موضح في جدول الاستحقاق هذا.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات المشمولة بالتغطية
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات طب الأقدام التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة تكميلية (لا يغطيها Medicare) لخدمات طب الأقدام.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	خدمات طب الأقدام تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو نتوءات الكعب العظمية) • العناية الروتينية بالقدم للأعضاء المصابين بحالات طبية معينة تؤثر في الأطراف السفلية تتضمن الخدمات الإضافية الخاضعة للتغطية ما يأتي: • تقتصر رعاية العناية بالقدم التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) على إجمالي 12 زيارة كل عام تقويمي. ملحوظة: تغطية خدمات طب الأقدام التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) هي ميزة تكميلية تقدمها الخطة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصتك من تكلفة هذه الخدمات.
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص المستقيم الرقمي السنوي الذي يغطيه Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل إجراء فحص مستئذ البروستاتا النوعي (PSA) السنوي.	 فحوصات سرطان البروستاتا بالنسبة إلى الرجال الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر، تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي - مرة واحدة كل 12 شهرًا: • الفحص الرقمي للمستقيم • فحص مستئذ البروستاتا النوعي (PSA)
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الحصول على الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل المستلزمات الطبية التي يغطيها Medicare ذات الصلة بالأطراف الصناعية. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.	الأطراف الصناعية والمستلزمات ذات الصلة الأجهزة (بخلاف أجهزة الأسنان) التي تحل محل أحد أعضاء الجسم أو وظيفته بشكل كلي أو جزئي. وتشمل هذه الأجهزة، على سبيل المثال لا الحصر: أكياس فغر القولون والمستلزمات ذات الصلة المباشرة برعاية فغر القولون، وأجهزة تنظيم ضربات القلب، والدعامات، والأحذية التعويضية، والأطراف الاصطناعية، والثدي الصناعي (بما في ذلك حمالات الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي). هذا يشمل بعض المستلزمات المتعلقة بالأطراف الصناعية وإصلاح و/أو استبدال الأطراف الصناعية. كما يشمل بعض التغطية بعد إزالة إعتام عدسة العين أو جراحة إعتام عدسة العين - اطلع على "رعاية البصر" لاحقًا في هذا القسم لمزيد من التفاصيل.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات إعادة التأهيل الرئوي تتم تغطية برامج شاملة لإعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) المعتدل إلى الحاد، ولديهم طلب بإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب الذي يعالج المرض التنفسي المزمن.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على خدمات إعادة التأهيل الرئوي يغطيها Medicare.
الفحص والاستشارة للحد من الإفراط في تناول المشروبات الكحولية نغطي فحصًا واحدًا لإساءة استعمال المشروبات الكحولية للبالغين مع Medicare (بما في ذلك النساء الحوامل) الذين يفرطون في تناول المشروبات الكحولية، لكنهم ليسوا من مدمني المشروبات الكحولية. إذا حصلت على نتيجة فحص إيجابية لإساءة استعمال المشروبات الكحولية، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى 4 جلسات مشورة موجزة وجهًا لوجه في السنة، (إذا كنت تتسم بالكفاءة والانتباه في أثناء المشورة) مقدمة من طبيب رعاية أولية أو ممارس مؤهل في عيادة الرعاية الأولية.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل ميزة الفحص والاستشارة الوقائية التي يغطيها Medicare للحد من الإفراط في تناول المشروبات الكحولية.
فحص سرطان الرئة بالتصوير المقطعي المحوسب بالجرعة المنخفضة (LDCT) بالنسبة إلى الأشخاص المؤهلين، تتم تغطية LDCT كل 12 شهرًا. الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 – 77 عامًا ولا تظهر عليهم علامات أو أعراض للإصابة بسرطان الرئة، لكن لديهم تاريخ من تدخين التبغ بما لا يقل عن علبة يوميًا لمدة 20 سنة، ويدخنون حاليًا أو أقلعوا عن التدخين خلال السنوات الـ 15 الماضية، وحصلوا على طلب كتابي لإجراء LDCT خلال استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة صنع القرار المشتركة التي تلبي معايير Medicare الموضوعية لمثل هذه الزيارات والمقدمة من قبل طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. بالنسبة إلى فحوصات سرطان الرئة باستخدام LDCT بعد إجراء فحص LDCT الأولي: يجب أن يتلقى العضو طلبًا كتابيًا لإجراء LDCT للكشف عن سرطان الرئة، والذي قد يتم توفيره خلال أي زيارة مناسبة مع طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. إذا اختار الطبيب أو الممارس المؤهل غير الطبيب تقديم مشورة حول فحص سرطان الرئة والقيام بزيارة مشتركة لصنع القرار من أجل إجراء فحوصات سرطان الرئة اللاحقة باستخدام LDCT، فيجب أن تستوفي الزيارة معايير Medicare الموضوعية لمثل هذه الزيارات.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل تقديم المشورة وزيارة صنع القرار المشتركة التي يغطيها Medicare لإجراء LDCT.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
فحص العدوى المنقولة جنسياً (STI) واستشارات الوقاية منها تغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) لكشف عن مرض الكلاميديا والسيلان والزهري والتهاب الكبد B. تتم تغطية هذه الفحوصات للنساء الحوامل وللبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى STI، وذلك عند طلب إجراء هذه الفحوصات من قبل مقدم الرعاية الأولية. تغطي هذه الفحوصات مرة واحدة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل. كما نغطي ما يصل إلى جلستين فرديتين مكثفتين مدتهما من 20 إلى 30 دقيقة وجهاً لوجه لتقديم المشورة السلوكية كل عام للبالغين النشطين جنسياً والمعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى STI. سنقوم بتغطية جلسات المشورة هذه كخدمة وقائية فقط إذا تم توفيرها من قبل مقدم الرعاية الأولية وتمت في عيادة الطبيب الأولية، مثل عيادة الطبيب.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل ميزة الفحص الوقائية التي يغطيها Medicare لكشف عن عدوى STI وتقديم المشورة.
خدمات علاج أمراض الكلى تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • خدمات التوعية بأمراض الكلى للتنقيف برعاية الكلى ومساعدة الأعضاء على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم. بالنسبة إلى الأعضاء المصابين بمرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة عند إحالتهم من قبل طبيبهم، فإننا نغطي ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى مدى الحياة. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين (بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج المؤقت من منطقة الخدمة، كما هو موضح في الفصل 3، أو عندما يكون مقدم الرعاية الخاص بك غير متاح مؤقتاً أو يتعذر الوصول إليه) • علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين (إذا تم إدخالك إلى المستشفى كمريض داخلي للحصول على رعاية خاصة) • التدريب على غسيل الكلى الذاتي (يشمل تدريبك وتدريب أي شخص يساعدك على تلقي علاجات غسيل الكلى في المنزل)	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات التوعية بأمراض الكلى التي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل علاجات غسيل الكلى لمرضى العيادات الخارجية التي يغطيها Medicare. انظر "رعاية المرضى الداخليين في المستشفى" لمعرفة حصص مشاركة التكلفة المنطبقة على علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل التدريب على غسيل الكلى الذاتي الذي يغطيه Medicare.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
- المعدات والمستلزمات الخاصة بغسيل الكلى في المنزل - بعض خدمات الدعم المنزلي (على سبيل المثال، زيارات اختصاصي غسيل الكلى المدربين، عند الضرورة، للتحقق من عمليات غسيل الكلى في المنزل، وللمساعدة في حالات الطوارئ، وللتحقق من معدات غسيل الكلى وإمداد المياه لديك) - تتم تغطية بعض الأدوية المخصصة لغسيل الكلى بموجب ميزة أدوية Medicare Part B. للحصول على معلومات حول تغطية أدوية Part B، يرجى الانتقال إلى القسم، الأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل معدات غسيل الكلى في المنزل التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل مستلزمات غسيل الكلى التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل خدمات الدعم في المنزل التي يغطيها Medicare.
الرعاية في مرفق تمرير متخصص (SNF) (للاطلاع على تعريف الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، راجع الفصل 12 من هذا المستند. يُطلق أحياناً على مرافق التمريض المتخصصة اسم SNFs).	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل إقامة في مرفق تمرير متخصص يغطيها Medicare. أنت تدفع جميع التكاليف مقابل كل يوم بعد مرور 100 يوم.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها لمدة 100 يوم لكل دخول/إقامة. لا تلزم الإقامة في المستشفى قبل ذلك. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية على سبيل المثال لا الحصر: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المتخصصة • العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب • الأدوية التي أخذتها كجزء من خطة رعايتك (وهذا يشمل المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكثفة بالبلازما الأولى من الدم الذي تحتاج إليه. تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءاً من البلازما الأولى المستخدم. • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNFs) • الفحوصات المعملية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNFs) • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNFs) • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNFs) • خدمات الطبيب/الممارس بشكل عام، ستحصل على رعاية مرفق التمريض المتخصص (SNF) من مرافق الشبكة. ومع ذلك، وبموجب شروط معينة مدرجة أدناه، قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق ليس من موفري الشبكة، إذا قبل المرفق سداد مبالغ خطتنا. • دار تمريض أو مجتمع رعاية مستمرة للمتقاعدين، حيث كنت تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (ما دام يوفر الرعاية في مرفق التمريض المتخصص) • مرفق التمريض المتخصص (SNF) حيث يعيش زوجك/زوجتك أو شريكك المحلي في وقت مغادرتك للمستشفى	قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
 التوقف عن التدخين واستخدام التبغ (استشارات التوقف عن التدخين أو استخدام التبغ) إذا كنت تستخدم التبغ ولا تظهر عليك علامات أو أعراض المرض المرتبط باستخدام التبغ: فإننا نغطي استشارتين لمحاولة الإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية من دون أي تكلفة عليك. تشمل كل استشارة لمحاولة التوقف ما يصل إلى أربع زيارات شخصية. إذا كنت تستخدم التبغ وتم تشخيصك بمرض مرتبط باستخدام التبغ أو تتناول أدوية قد تتأثر بالتبغ: فإننا نغطي خدمات الاستشارة للإقلاع. نغطي استشارتين لمحاولة التوقف خلال فترة 12 شهرًا؛ ومع ذلك، سوف تدفع نسبة مشاركة التكلفة المنطبقة. تشمل كل استشارة لمحاولة التوقف ما يصل إلى أربع زيارات شخصية. خدمات التوقف عن التدخين الإضافية: كما تغطي خطتنا ما يصل إلى 5 زيارات إضافية عبر الإنترنت والهاتف لتقديم المشورة بشأن التوقف عن التدخين. تتوفر الزيارات مع أطباء مدربين، وتشمل التوجيه بشأن خطوات التغيير والتخطيط والمشورة والتوعية. تتوفر هذه الميزة فقط من خلال موفر الزيارات الافتراضية لدينا، Teladoc. لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موعد، اتصل بـ Teladoc على الرقم 1-800-835-2362 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني على www.wellcare.com/healthnetCA	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل المزايا الوقائية التي يغطيها Medicare للتوقف عن استخدام التبغ والتدخين. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل الجلسات الإضافية للتوقف عن التدخين.*

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل زيارة للحصول على العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف يغطيها Medicare.	العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET) تتم تغطية العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET) للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض. تتم تغطية ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء متطلبات برنامج العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET). برنامج العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET) يجب أن: • يكون مكونًا من جلسات مدتها 30-60 دقيقة، تتضمن برنامجًا علاجيًا للتدريب على ممارسة التمارين للمرضى الذين يعانون من مرض PAD المصحوب بالعرج • يتم إجراؤه في عيادة خارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب • يتم تقديمه من قبل أشخاص مساعدين مؤهلين تم تدريبهم لعلاج مرض PAD، وذلك لضمان تغلب المنافع على الأضرار • يكون تحت الإشراف المباشر من طبيب أو مساعد طبيب أو ممارس تمرير/اختصاصي تمرير سريري مدرب على كل من تقنيات الإنعاش الأساسية والمتقدمة قد تتم تغطية العلاج بالتمارين الخاضع للإشراف (SET) لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا للحصول على 36 جلسة إضافية خلال فترة زمنية طويلة، إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية حسب مقدم الرعاية الصحية.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
خدمات النقل (روتين إضافي) تغطي خطتنا إجمالي 24 رحلة نقل برية ذهاب فقط في غير حالات الطوارئ داخل منطقة خدمتنا كل عام. هذه الميزة تساعدك على الحصول على الرعاية والخدمات اللازمة. يمكنك الحصول على وسيلة نقل إلى مواقع الرعاية الصحية، مثل الأطباء والاختصاصيين وأطباء الأسنان. تقتصر الرحلات (وتُسمى أيضًا "التنقلات") على مسافة 75 ميلًا، ذهابًا فقط، وما يصل إلى أربع رحلات ذهاب فقط في اليوم، إلا إذا تم تفويضها سابقًا من قبل الخطـة. لحجز رحلتك، اتصل برقم النقل الموجود على الجهة الخلفية من بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك. للحصول على الرعاية الروتينية، اتصل قبل مدة تصل إلى شهر واحد ولا تقل عن 3 أيام. تخضع الرحلات في اليوم نفسه لمدى توفرها. تشمل الرحلات خدمات سيارات الأجرة وسيارات الركاب والشاحنات ذات الكراسي المتحركة وخدمات تشارك الركوب (مثل Uber أو Lyft) لتلبية احتياجاتك الصحية. لتخضع الخدمات المقدمة إليك لتغطية الخطـة، يجب عليك استخدام المزايا للذهاب إلى مواقع الرعاية الصحية. قد تنقل الرحلات عدة أعضاء في الوقت نفسه، وقد تتوقف في مواقع أخرى بخلاف وجهتك خلال الرحلة. تأكد من توضيح أي احتياجات إضافية مثل استخدام الكراسي المتحركة أو التفضيلات مثل الحاجة إلى وقت إضافي للوصول إلى رحلتك عند الحجز.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل كل رحلة.* تُعد الرحلة وسيلة نقل للذهاب فقط بعربة نقل أو خدمات تشارك الركوب أو سيارة أجرة إلى موقع رعاية صحية.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
الخدمات المطلوبة بشكل عاجل يتم توفير الخدمات المطلوبة بشكل عاجل لعلاج مرض أو إصابة أو حالة طبية غير طارئة أو غير متوقعة تتطلب رعاية طبية فورية، لكن نظرًا إلى ظروفك، فمن غير المحتمل أو من غير المعقول الحصول على خدمات من موفري الشبكة. إذا كان من غير المعقول، بالنظر إلى ظروفك، الحصول على الرعاية الطبية الفورية من موفر الشبكة، فستغطي خطتنا الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من موفر خارج الشبكة. فيجب أن تكون الخدمات مطلوبة بصورة عاجلة وضرورية من الناحية الطبية. من الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل ويجب أن توفرها الخطـة خارج الشبكة عندما تكون خارج منطقة الخدمة التابعة للخطـة مؤقتًا وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية من الناحية الطبية لحالة غير متوقعة ولكنها ليست حالة طوارئ طبية؛ أو يكون من غير المعقول، بالنظر إلى ظروفك، الحصول على الرعاية الطبية الفورية من موفر الشبكة. مشاركة التكلفة مقابل الخدمات المطلوبة بشكل عاجل عند تقديمها خارج الشبكة هي مشاركة التكلفة نفسها لهذه الخدمات عند تقديمها داخل الشبكة.	التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل زيارات خدمة مطلوبة بشكل عاجل يغطيها Medicare.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
تتم تغطية الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	التسديد المشترك لمبلغ \$100 مقابل الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.* أنت تدفع هذا المبلغ حتى إذا تم إدخالك المستشفى في غضون 24 ساعة بسبب الحالة نفسها. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.
 رعاية البصر تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • خدمات الأطباء لمرضى العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتهما، بما في ذلك علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي Original Medicare فحوصات العين الدورية (فحوصات كشف النظر) لارتداء النظارات/العدسات اللاصقة • بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالجلوكوما، سنقوم بتغطية فحص الجلوكوما مرة واحدة كل عام. الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالجلوكوما يشملون: الأشخاص الذين لديهم تاريخ مرضي من الإصابة بالجلوكوما، والأشخاص المصابين بمرض السكري، والأمريكيين من أصول إفريقية بعمر 50 عامًا أو أكثر، والأمريكيين من أصول إسبانية بعمر 65 عامًا أو أكثر • بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بمرض السكري، تتم تغطية فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في العام • زوج واحد من النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة لإعتماد عدسة العين تتضمن إدخال عدسة داخل العين (إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لمعالجة إعتماد عدسة العين، فلا يمكنك حجز هذه الميزة بعد الجراحة الأولى وشراء نظارتين طبييتين بعد الجراحة الثانية).	التسديد المشترك لمبلغ \$0 لجميع فحوصات العين الأخرى لتشخيص أمراض العين وعلاجها. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص الجلوكوما الذي يغطيه Medicare. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص الشبكية الذي يغطيه Medicare للأعضاء المصابين بالسكري. قد يلزم الحصول على تفويض سابق. التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل العدسات اللاصقة التي يغطيها Medicare. قد يلزم الحصول على تفويض سابق.
بالإضافة إلى ذلك، تغطي خطتنا خدمات الرؤية التكميلية (أي الدورية) الآتية: • فحص روتيني واحد للعين كل عام. يتضمن فحص العين الروتيني اختبار الجلوكوما للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة به وفحص الشبكية لمرضى السكري.	تشمل خدمات الرؤية التكميلية (أي الدورية) ما يأتي: التسديد المشترك لمبلغ \$0 مقابل فحص روتيني واحد للعين كل عام.* قد يلزم الحصول على تفويض سابق.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
● عدد غير محدود من المستلزمات البصرية الموصوفة كل عام بحد أقصى للميزة يصل إلى \$300 سنوياً. تشمل المستلزمات البصرية الخاضعة للتغطية أيًا من الآتي: ○ النظارات (الإطار والعصيات) أو ○ عدسات النظارات فقط أو ○ إطارات النظارات فقط أو ○ العدسات اللاصقة بدلاً من النظارات أو ○ تحسينات في أجهزة الرؤية ملاحظة: تغطي الخطـة رسوم تركيب العدسات اللاصقة. يُطبق الحد الأقصى لمبلغ تغطية ميزة الخطـة البالغ \$300 كل عام على تكلفة البيع بالتجزئة للإطارات و/أو العدسات (بما في ذلك أي خيارات للعدسات مثل الصبغات والطلاء). وتتحمل أنت مسؤولية أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للميزة من النظارات الطبية التكميلية (أي الدورية).* لا يتم تضمين المستلزمات البصرية التي يغطيها Medicare في الحد الأقصى للمزايا الإضافية (أي الروتينية). لا يمكن للأعضاء استخدام ميزة النظارات الطبية التكميلية لزيادة تغطية النظارات التي يغطيها Medicare. ملحوظة: تغطية خدمات الرؤية التكميلية هي ميزة تكميلية تقدمها الخطـة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصتك من تكلفة هذه الخدمات. يجب الحصول على خدمات الرؤية من خلال شبكة الرؤية التابعة للخطـة. لطرح أسئلة حول كيفية العثور على مقدم رعاية أو لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.	● عدد غير محدود من المستلزمات البصرية الموصوفة كل عام بحد أقصى للميزة يصل إلى \$300 سنوياً. تشمل المستلزمات البصرية الخاضعة للتغطية أيًا من الآتي: ○ النظارات (الإطار والعصيات) أو ○ عدسات النظارات فقط أو ○ إطارات النظارات فقط أو ○ العدسات اللاصقة بدلاً من النظارات أو ○ تحسينات في أجهزة الرؤية ملاحظة: تغطي الخطـة رسوم تركيب العدسات اللاصقة. يُطبق الحد الأقصى لمبلغ تغطية ميزة الخطـة البالغ \$300 كل عام على تكلفة البيع بالتجزئة للإطارات و/أو العدسات (بما في ذلك أي خيارات للعدسات مثل الصبغات والطلاء). وتتحمل أنت مسؤولية أي تكاليف تتجاوز الحد الأقصى للميزة من النظارات الطبية التكميلية (أي الدورية).* لا يتم تضمين المستلزمات البصرية التي يغطيها Medicare في الحد الأقصى للمزايا الإضافية (أي الروتينية). لا يمكن للأعضاء استخدام ميزة النظارات الطبية التكميلية لزيادة تغطية النظارات التي يغطيها Medicare. ملحوظة: تغطية خدمات الرؤية التكميلية هي ميزة تكميلية تقدمها الخطـة. لن يدفع أي من Medicare أو Medicaid حصتك من تكلفة هذه الخدمات. يجب الحصول على خدمات الرؤية من خلال شبكة الرؤية التابعة للخطـة. لطرح أسئلة حول كيفية العثور على مقدم رعاية أو لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.
لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للزيارة الوقائية مرحباً بك في Medicare. ● EKG الذي يغطيه Medicare بعد الحصول على خدمات زيارة مرحباً بك في Medicare الوقائية.	 الزيارة الوقائية مرحباً بك في Medicare تغطي الخطـة زيارة مرحباً بك في Medicare الوقائية لمرة واحدة. تتضمن الزيارة مراجعة لحالتك الصحية، بالإضافة إلى تقديم التوعية والمشورة بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك بعض الفحوصات واللقاحات)، والإحالات للحصول على رعاية أخرى إذا لزم الأمر. مهم: نحن نغطي الزيارة الوقائية مرحباً بك في Medicare فقط خلال الأشهر الـ 12 الأولى التي تحصل فيها على Medicare Part B. لذا عندما تحدّد موعدك، أخبر عيادة طبيبك برغبتك في تحديد موعد لزيارتك الوقائية مرحباً بك في Medicare. ● EKG الذي يغطيه Medicare بعد الحصول على خدمات زيارة مرحباً بك في Medicare الوقائية.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
لا يوجد أي تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع لبطاقة Wellcare Spendables™. يمكن استخدام مبلغ البديل لتغطية المزايا الآتية: - عناصر الأدوية التي من دون وصفات (OTC) - الطعام الصحي - دفع ثمن الغاز عند مضخة الوقود - المساعدة في المرافق - المساعدة في الإيجار - الشحن مجاني بحد أدنى \$35. - لا يوجد حد أدنى لمتطلبات الشراء داخل المتجر.	Wellcare Spendables™ سنتلقى \$75 شهرياً مسبقاً الدفع على بطاقة Wellcare Spendables™. ويبلغ الحد الأقصى لمبلغ الميزة \$900 كل عام. • يتم ترحيل البديل الشهري الخاص بك إلى الشهر التالي إذا لم يُستخدم وتنتهي صلاحيته في نهاية عام الخطـة. <u>يمكن استخدام بديل بطاقتك في ما يأتي:</u> عناصر الأدوية التي من دون وصفات (OTC) يمكن استخدام بطاقتك في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة، أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة، أو تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء لتقديم طلب توصيل إلى المنزل. تتضمن العناصر الخاضعة للتغطية ما يأتي: • العناصر التي تحمل اسم العلامة التجارية والعناصر المكافئة التي من دون وصفات • الفيتامينات ومسكنات الألم وعناصر علاج البرد والحساسية ومواد علاج مرض السكري • استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة، أو سجل الدخول إلى بوابة العضو، أو راجع الكتالوج لديك. ملحوظة: في ظروف معينة، تتم تغطية المعدات التشخيصية ووسائل المساعدة على التوقف عن التدخين بموجب المزايا الطبية للخطـة. ويتعين عليك (عند الإمكان) استخدام المزايا الطبية لخطتنا قبل إنفاق بديل OTC للحصول على هذه العناصر.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات	الخدمات المشمولة بالتغطية
	نظرًا إلى أن خطتك تشارك في برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة، يمكنك أيضًا استخدام بدل Wellcare Spendables™ لتغطية أي من المزايا أدناه: الأطعمة الصحية يمكنك استخدام بطاقتك لدفع ثمن الأطعمة والمنتجات الصحية لدى بائعي التجزئة المشاركين. الوجبات الجاهزة متاحة للطلب عبر البوابة الإلكترونية. ولا يمكن استخدام البطاقة لشراء التبغ أو الكحول. تتضمن العناصر المعتمدة: • اللحوم والدواجن • الفاكهة والخضراوات • المشروبات الغذائية • استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة أو سجل الدخول إلى بوابة العضو أو راجع الكتالوج لديك. دفع ثمن الغاز عند مضخة الوقود يمكنك استخدام بطاقتك لدفع ثمن الغاز عند مضخة الوقود مباشرة. لا يمكن استخدام البطاقة للدفع شخصيًا في ماكينة تسجيل المدفوعات النقدية. يمكن استخدام بطاقتك فقط لضخ الغاز بما يصل إلى مبلغ البذل المتاح. المساعدة في المرافق يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة على دفع تكاليف المرافق في منزلك. سجّل الدخول إلى بوابة الأعضاء أو ادفع إلى موفري المرافق مباشرة حيث تُقبل المدفوعات. لا يمكن استخدام البطاقة لإعداد المدفوعات المتكررة التلقائية. تشمل النفقات المعتمدة لهذه الميزة ما يأتي: • خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه • خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول • خدمة الإنترنت • التلفزيون الكبلي (باستثناء خدمات البث) • بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود مثل زيت التدفئة المنزلية مساعدة الإيجار يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة على دفع تكلفة إيجار منزلك. سجّل الدخول إلى بوابة الأعضاء للدفع إلى الموفرين أو ادفع إلى الموفرين مباشرة حيث تُقبل المدفوعات.

الخدمات المشمولة بالتغطية	ما يجب عليك دفعه عند الحصول على هذه الخدمات
	كيفية استخدام بطاقتك: 1. قم بتفعيل البطاقة قبل استخدامها. التعليمات مذكورة في الخطاب المستلم مع بطاقتك. 2. قم بزيارة موقع بائع تجزئة مشارك، أو سجل الدخول إلى رابط البوابة أدناه، أو قم بتنزيل تطبيق الأجهزة المحمولة. 3. حدّد العناصر/الخدمات المعتمدة. 4. تابع الشراء من بائع التجزئة وادفع باستخدام بطاقة Wellcare Spendables™ بالنسبة إلى الطلبات عبر الإنترنت أو تطبيق الأجهزة المحمولة، أدخل رقم بطاقتك عند متابعة الشراء. 5. بطاقتك ليست بطاقة ائتمان ولكن يمكن إدخالها على أنها "بطاقة ائتمان" للدفع. إذا تمت مطالبتك بإدخال رقم PIN، فهو آخر 4 أرقام من رقم بطاقتك. ملحوظة: • بمجرد استخدام بدل الإنفاق، ستكون مسؤولاً عن التكلفة المتبقية لمشترياتك. • يمكن إرجاع العناصر التي تم شراؤها في المتجر وفق سياسات الإرجاع والاستبدال لبائعي التجزئة. • إذا كانت بطاقتك لا تعمل بشكل صحيح أو في حال وجود مشكلة فنية، فيرجى الاتصال بنا على الرقم أدناه. • لا تتحمل Wellcare المسؤولية عن البطاقات المفقودة أو المسروقة. • بطاقة Wellcare Spendables™ مخصصة لاستخدامك الشخصي فقط ولا يمكن بيعها أو نقل ملكيتها وليست لها قيمة نقدية. • قد تُطبق الحدود والقيود. • هذه ليست ميزة من Medicaid. للحصول على مزيد من المعلومات عن بطاقة Wellcare Spendables™ أو لطلب كتالوج، يرجى الاتصال على الرقم: 1-855-744-8550، TTY: 711. ساعات العمل هي كما يأتي: في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً حتى الساعة 8 مساءً. يمكنك أيضاً زيارة الموقع الإلكتروني: member.membersecurelogin.com

القسم 3 ما الخدمات الخاضعة للتغطية خارج الخطة؟

القسم 3.1 الخدمات التي لا تغطيها الخطة

هناك خدمات لا تغطيها Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) ولكنها متوفرة من خلال California Medi-Cal (Medicaid). إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من California Medi-Cal (Medicaid)، فاتصل بـ California Medi-Cal (Medicaid) على الرقم 1-800-541-5555، و TTY على الرقم 1-800-430-7077 من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت PT، من الاثنين إلى الجمعة.

برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

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

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية وتنظيف الأسنان وعلاجات الفلوريد

- عمليات التصحيح والتيجان

- علاج القناة الجذرية

- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة وعمليات الضبط والإصلاح وإعادة التثبيت

تتوفر مزايا طب الأسنان في برنامج خدمات طب الأسنان مقابل الرسوم من Medi-Cal. لمزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على إيجاد طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، فاتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). المكالمات مجانية. يكون ممثلو برنامج خدمات طب الأسنان من Medi-Cal متاحين لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني www.dental.dhcs.ca.gov لمزيد من المعلومات.

بالإضافة إلى برنامج خدمات طب الأسنان مقابل الرسوم من Medi-Cal، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية الأسنان المدارة. تتوفر خطط رعاية الأسنان المدارة في مقاطعتي Sacramento و Los Angeles. إذا أردت معرفة مزيد من المعلومات عن خطط رعاية الأسنان أو كنت ترغب في تغييرها، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 مساءً. المكالمات مجانية.

القسم 4 ما الخدمات التي لا تغطيها الخطة؟

القسم 4.1 الخدمات التي لا تغطيها الخطة (الاستثناءات)

يوضح هذا القسم الخدمات التي يتم استبعادها.

يوضح الجدول أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا تغطيها الخطة تحت أي ظروف، أو تغطيها في ظروف محددة فقط.

الفصل 4 جدول الاستحقاقات الطبية (الأمور التي تتم تغطيتها)

إذا حصلت على خدمات مستثناة (غير خاضعة للتغطية)، فيتعين عليك الدفع بنفسك مقابل الحصول عليها، إلا في الظروف المحددة المذكورة أدناه. تظل الخدمات المستثناة غير خاضعة للتغطية حتى وإن تلقيتها في مرفق طوارئ، ولن تدفع خطتنا مقابل حصولك عليها. الاستثناء الوحيد هو إذا تم تقديم استئناف بشأن الخدمة وتقرر أنها خدمة طبية يجب أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك الخاصة. (للحصول على معلومات حول استئناف قرار اتخذناه بعدم تغطية خدمة طبية، انتقل إلى الفصل 9، القسم 6.3 في هذا المستند).

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
الجراحة أو الإجراءات التجميلية		- تتم تغطيتها في حالات الإصابات العرضية أو لتحسين وظيفة أحد أعضاء الجسم المشوهة. - تتم تغطيتها لجميع مراحل ترميم الثدي بعد استئصال الثدي، وكذلك للثدي غير المتأثر للحصول على مظهر متناسق.
الرعاية الوصائية الرعاية الوصائية هي رعاية شخصية لا تتطلب اهتمامًا مستمرًا من الاختصاصيين أو المساعدين الطبيين المدربين، مثل الرعاية التي تساعدك على ممارسة أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
رعاية الأسنان، مثل: - الخدمات التشخيصية - خدمات لب الأسنان - خدمات دواعم الأسنان - خدمات خلع الأسنان	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
الإجراءات والمعدات والأدوية الطبية والجراحية التجريبية. الإجراءات والعناصر التجريبية هي تلك العناصر والإجراءات التي يحددها Original Medicare والتي لا يتم قبولها بشكل عام في المجتمع الطبي.		قد يغطيها Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، أو من خلال خططنا. (اطلع على الفصل 3، القسم 5 لمزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية).
الرسوم التي يتقاضاها أقاربك أو أفراد أسرته مقابل الرعاية.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزل.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
توصيل الوجبات إلى المنزل		✓
خدمات التدبير المنزلي التي تشمل المساعدات المنزلية الأساسية، مثل الأعمال المنزلية البسيطة أو تحضير الوجبات الخفيفة.		✓
خدمات المعالجة بالطب الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة).	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
رعاية الأسنان غير الدورية		قد تتم تغطية رعاية الأسنان الضرورية لعلاج مرض أو إصابة على أنها رعاية للمرضى الداخليين أو الخارجيين.
أحذية تقويم العظام أو الأجهزة الداعمة للقدم		الأحذية التي هي جزء من دعامة الساق ويتم تضمينها في تكلفة الدعامة. أو كانت أحذية تقويم عظام أو أحذية علاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري.

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
الأغراض الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق التمريض المتخصص، مثل الهاتف أو التلفزيون.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
غرفة خاصة في المستشفى.		• تتم تغطيتها إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية فقط.
بضع القرنية التشععي، وجراحة الليزك (LASIK)، وغيرها من وسائل المساعدة المستخدمة لعلاج ضعف النظر.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
عكس إجراءات التعقيم و/أو مستلزمات منع الحمل غير الموصوفة.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
رعاية الأسنان الدورية، مثل التنظيف.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	
الخدمات التي تُعد غير معقولة أو ضرورية، وفق معايير Original Medicare	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف	

الفصل 5:

استخدام تغطية الخطة للأدوية

الموصوفة بموجب *Part D*

❓ كيف يمكنك الحصول على معلومات عن تكاليف الأدوية؟

نظرًا إلى كونك مؤهلاً لخطـة Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف خطـة الأدوية الموصوفة. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا عن تكاليف أدوية Part D الموصوفة. أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً، يُسمى دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على Extra Help (المساعدة الإضافية) لدفع ثمن الأدوية الموصوفة (المعروف أيضًا باسم ملحق إعانة الدخل المنخفض أو LIS Rider) الذي يخبرك عن تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء واطلب LIS Rider. (تتم طباعة أرقام هواتف خدمات الأعضاء على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

القسم 1 المقدمة

هذا الفصل يشرح قواعد استخدام التغطية الخاصة بك للحصول على أدوية Part D. يرجى الاطلاع على الفصل 4 لمعرفة مزايا أدوية Medicare Part B ومزايا أدوية ماوى رعاية المحتضرين.

بالإضافة إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة لك بموجب مزايا California Medi-Cal (Medicaid). يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للتعرف على تغطية California Medi-Cal (Medicaid) للأدوية.

القسم 1.1 القواعد الأساسية لتغطية الخطـة لأدوية Part D

ستغطي الخطـة بشكل عام الأدوية الخاصة بك ما دمت تتبع هذه القواعد الأساسية:

- يجب أن يكون لديك مقدم رعاية (طبيب أو طبيب أسنان أو أي أمر بالوصفة آخر) يكتب لك وصفة طبية تكون صالحة بموجب القانون المعمول به في الولاية.
- يجب ألا يكون الأمر بالوصفة مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الإقصاء لدى Medicare.
- يتعين عليك بصفة عامة استخدام صيدلية الشبكة لصرف الأدوية الموصوفة. (راجع القسم 2، صرف الوصفات الطبية في صيدلية الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد للخطـة).
- يجب أن يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات) (نطلق عليها اختصارًا "قائمة الأدوية"). (راجع القسم 3، يجب أن تكون الأدوية مدرجة في "قائمة الأدوية" للخطـة).
- يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا. المقصود بعبارة "مؤشر مقبول طبيًا" هو استخدام دواء تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء أو مدعوم بمراجع معينة. (راجع القسم 3 لمزيد من المعلومات حول المؤشر المقبول طبيًا).

القسم 2 صرف الوصفات الطبية في صيدلية الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد للخطـة

القسم 2.1 استخدام صيدلية الشبكة

في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك فقط إذا تم صرفها من صيدليات الشبكة التابعة للخطـة. (راجع القسم 2.5 للحصول على معلومات عن وقت تغطيتنا الوصفات الطبية التي يتم صرفها من الصيدليات خارج الشبكة). صيدلية الشبكة هي صيدلية متعاقدـة مع الخطـة لتوفير الأدوية الموصوفة لك والخاضعة للتغطية. المقصود بمصطلح "الأدوية الخاضعة للتغطية" هو جميع الأدوية الموصوفة بموجب Part D المدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطـة.

القسم 2.2 صيدليات الشبكة

كيف تعثر على صيدليات الشبكة في منطقتك؟

للعثور على صيدليات الشبكة، يمكنك الرجوع إلى دليل الموفرين والصيدليات، أو زيارة موقعنا الإلكتروني عبر الرابط (www.wellcare.com/healthnetCA)، و/أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

يمكنك الذهاب إلى أي صيدلية داخل شبكتنا.

ماذا لو أنهت الصيدلية التي تتعامل معها تعاقدـها مع الشبكة؟

إذا أنهت الصيدلية التي تتعامل معها تعاقدـها مع شبكة الخطـة، فسيتم عليك العثور على صيدلية جديدة داخل الشبكة. للعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، يمكنك الحصول على مساعدة من قسم خدمات الأعضاء أو استخدام دليل الموفرين والصيدليات. كما يمكنك العثور على معلومات على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA.

ماذا لو كنت بحاجة إلى صيدلية متخصصة؟

يجب صرف بعض الوصفات الطبية من صيدلية متخصصة. الصيدليات المتخصصة تشمل:

- الصيدليات التي توفر أدوية للعلاج بالحقن في المنزل.
- الصيدليات التي توفر أدوية للمقيمين في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC). عادةً ما يكون لمرافق LTC (مثل دار التمريض) صيدلية خاصة. إذا واجهت أي صعوبة في الوصول إلى مزايـا Part D داخل مرفق LTC، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- الصيدليات التي تقدم خدمة الصحة الهندية/برنامج الصحة الهندية القبلية/الحضرية (غير متوفرة في بورتوريكو). باستثناء حالات الطوارئ، يمكن فقط للأمريكيين الأصليين أو سكان Alaska الأصليين الوصول إلى هذه الصيدليات في شبكتنا.
- الصيدليات التي توزع أدوية محظورة من قبل FDA في أماكن معينة أو التي تتطلب معاملة خاصة أو يتطلب استخدامها التنسيق مع الموفر أو التنقيف. (ملحوظة: نادرًا ما يحدث هذا السيناريو).

للعثور على صيدلية متخصصة، يمكنك البحث في دليل الموفرين والصيديات، أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 2.3 استخدام خدمة الطلب عبر البريد للخطـة

بالنسبة إلى بعض أنواع الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد في الشبكة الخاصة بالخطـة. بشكل عام، الأدوية المقدمة من خلال خدمة الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد. تتم الإشارة إلى الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة الطلب عبر البريد بالخطـة، بالرمز "NM" في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد بخططنا طلب إمداد يكفي مدة 100 بحد أقصى.

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات حول صرف وصفاتك الطبية عن طريق البريد، اتصل بقسم خدمات الأعضاء لقسم خدمة الطلب عبر البريد على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

إذا كنت تستخدم صيدلية تعمل بخدمة الطلب عبر البريد غير مدرجة في شبكة الخطـة، فلن تتم تغطية وصفاتك الطبية.

عادةً ما يتم تسليم طلبات الصيدليات التي تعمل بخدمة الطلب عبر البريد في مدة لا تزيد على 14 يومًا. ومع ذلك، قد تتأخر الوصفات التي تطلبها عبر البريد في بعض الأحيان. بالنسبة إلى الأدوية طويلة الأمد التي تحتاج إليها بشكل فوري، يمكنك أن تسأل طبيبك عن وصفتين: واحدة كإمداد لمدة 30 يومًا يمكن صرفها من صيدلية مشاركة للبيع بالتجزئة، والأخرى كإمداد طويل الأمد يمكن صرفها عن طريق البريد. إذا واجهت أي مشكلة في صرف الإمداد لمدة 30 يومًا من صيدلية البيع بالتجزئة المشاركة، وتأخرت وصفاتك التي طلبتها عبر البريد، فاطلب من صيدلية البيع بالتجزئة لديك الاتصال بمركز خدمة مقدمي الرعاية على الرقم 1-866-800-6111 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-888-816-5252) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، للحصول على المساعدة. يمكن للأعضاء الاتصال بخدمة الأعضاء الخاصة بالطلب عبر البريد على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو سجل الدخول إلى express-scripts.com/rx

الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية مباشرةً من عيادة طبيبك.

ستقوم الصيدلية تلقائيًا بتقديم الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية وصرفها، من دون التحقق منك أولاً، في حال كنت:

- استخدمت خدمات الطلب عبر البريد بهذه الخطـة سابقًا
- اشتركت في خدمة التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة التي يتم تلقيها مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية. يمكنك طلب التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة في أي وقت عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء الخاصة بالطلب عبر البريد على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

إذا تلقيت وصفة طبية تلقائيًا عن طريق البريد وكنت لا ترغب فيها، ولم يتم الاتصال بك لمعرفة رغبتك قبل شحن الوصفة، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد ثمنها.

إذا كنت قد استخدمت خدمة الطلب عبر البريد سابقًا ولا تريد أن تصرف الصيدلية كل وصفة جديدة وتشحنها تلقائيًا، فيرجى التواصل معنا عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء الخاصة بالطلب عبر البريد على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

إذا لم تستخدم مطلقاً خدمة توصيل الطلبات عبر البريد و/أو قررت إيقاف الصرف التلقائي للوصفات الجديدة، فستتصل بك الصيدلية في كل مرة تصل إليها وصفة طبية جديدة من مقدم الرعاية الصحية لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف الدواء وشحنه على الفور أم لا. من الضروري أن تجيب في كل مرة تتصل بك الصيدلية، لإبلاغهم إما بشحن الوصفة الطبية الجديدة أو تأخيرها أو إلغائها.

إعادة صرف الوصفات الطبية من خلال خدمة الطلب عبر البريد. لإعادة صرف أدويةك، لديك خيار التسجيل في برنامج إعادة الصرف التلقائي. في إطار هذا البرنامج، سنبدأ بمعالجة إعادة الصرف التالي لأدويةك تلقائياً عندما تُظهر سجلاتنا أن دواءك على وشك النفاد. ستتصل بك الصيدلية قبل شحن كل عملية إعادة صرف للتأكد من احتياجك إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المقررة إذا كان لديك ما يكفي من الدواء أو إذا تغير الدواء.

إذا قرّرت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي لدينا، وكنت ترغب في مواصلة تلقي وصفاتك الطبية من صيدلية تعمل بـخدمة الطلب عبر البريد، فيرجى الاتصال بالصيدلية التي تتعامل معها قبل 21 يوماً من نفاد وصفاتك الطبية الحالية. سيضمن ذلك شحن طلبك إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم بتجهيز عمليات إعادة الصرف لخدمة الطلب عبر البريد تلقائياً، يرجى التواصل معنا عن طريق الاتصال بالصيدلية التي تعمل بـخدمة الطلب عبر البريد التي تتعامل معها:

- صيدلية Express Scripts® على الرقم: 1-833-750-0201 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

إذا تلقيت عملية إعادة صرف تلقائياً عن طريق البريد وكنت لا ترغب فيها، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد ثمنها.

القسم 2.4 كيف يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية؟

توفر الخطـة طريقتين للحصول على إمداد طويل الأمد (ويسمى أيضاً "الإمداد الموسّع") من أدوية المداومة المدرجة في "قائمة الأدوية" لخطتنا. (وأدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد).

1. تسمح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة في شبكتنا بالحصول على إمداد طويل الأمد من أدوية المداومة. ويطلعك دليل الموفرين والصيدليات على الصيدليات التي يمكن أن تقدم إليك إمداداً طويل الأمد من أدوية المداومة في شبكتنا. يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
2. قد تتلقى أيضاً أدوية المداومة من خلال برنامج الطلب عبر البريد لدينا. يرجى الرجوع إلى القسم 2.3 للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 2.5 متى يمكنك استخدام صيدلية غير مدرجة في شبكة الخطـة؟

قد تتم تغطية وصفاتك الطبية في حالات معينة

بشكل عام، نغطي الأدوية التي يتم صرفها في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما يتعذر عليك استخدام صيدلية الشبكة. ولمساعدتك، لدينا صيدليات شبكة خارج منطقة الخدمة الخاصة بنا حيث يمكنك صرف الوصفات الطبية كعضو في خطتنا. **يرجى التحقق أولاً مع قسم خدمات الأعضاء** لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية شبكة قريبة منك أم لا. من المحتمل أن يُطلب منك دفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الحصول على الدواء من صيدلية خارج الشبكة والتكلفة التي سنغطيها في صيدلية داخل الشبكة.

في ما يأتي الحالات التي سنغطي فيها الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة:

السفر: ستحصل على تغطية في حال سفرك أو ابتعادك عن منطقة الخدمة التابعة للخطة.

- إذا كنت تتناول دواءً بوصفة طبية بشكل منتظم وكنت على وشك السفر، فاحرص على التحقق من إمداد الدواء لديك قبل المغادرة. اصطحب معك كل الأدوية التي ستحتاج إليها، إذا كان ذلك ممكناً. قد تكون قادراً على طلب الأدوية الموصوفة في وقت مبكر من صيدلية تعمل بخدمة الطلب عبر البريد.
- إذا كنت مسافراً داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها وأصبحت بالمرض أو فقدت الأدوية الموصوفة أو نفدت منك، فسوف نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة. في هذه الحالة، سيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة (بدلاً من دفع مبلغ التسديد المشترك أو التأمين المشترك فقط) عند صرف الوصفة الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة عن طريق إرسال نموذج تعويض. إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد تكون مسؤولاً عن دفع الفرق بين ما سندفعه مقابل وصفة طبية تم صرفها من صيدلية داخل الشبكة وما تطلبه الصيدلية خارج الشبكة مقابل وصفتك الطبية. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة بالتعويض، يرجى الرجوع إلى الفصل 7، القسم 2، كيف تطلب منا السداد لك أو دفع فاتورة تلقيتها.
- كما يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية شبكة في المنطقة التي تسافر إليها أم لا.
- لا يمكننا الدفع مقابل أي وصفات طبية يتم صرفها من الصيدليات خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها، حتى في حالات الطوارئ الطبية.

حالات الطوارئ الطبية: ماذا لو كنت بحاجة إلى وصفة طبية بسبب حالة طبية طارئة أو حاجتي إلى تلقي رعاية عاجلة؟

- سنقوم بتغطية الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة إذا كانت الوصفات الطبية تتعلق بالرعاية في حالات الطوارئ الطبية أو الرعاية العاجلة. في هذه الحالة، سيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة (بدلاً من دفع مبلغ التسديد المشترك أو التأمين المشترك فقط) عند صرف الوصفة الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة عن طريق إرسال نموذج تعويض. إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد تكون مسؤولاً عن دفع الفرق بين ما سندفعه مقابل وصفة طبية تم صرفها من صيدلية داخل الشبكة وما تطلبه الصيدلية خارج الشبكة مقابل وصفتك الطبية. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة بالتعويض، يرجى الرجوع إلى الفصل 7، القسم 2، كيف تطلب منا السداد لك أو دفع فاتورة تلقيتها.

حالات إضافية: الحالات الأخرى التي يمكنك الحصول فيها على تغطية لوصفاتك الطبية عند صرفها من صيدلية خارج الشبكة.

- سنقوم بتغطية وصفاتك الطبية التي تصرفها من صيدلية خارج الشبكة إذا انطبقت حالة واحدة على الأقل مما يأتي:
 - إذا لم تتمكن من الحصول على دواء خاضع للتغطية في الوقت المناسب داخل منطقة الخدمة الخاصة بنا نظرًا إلى عدم توفر صيدلية شبكة توفر خدمة على مدار الساعة وعلى بعد مسافة معقولة بالسيارة.
 - إذا كنت تحاول صرف دواء موصوف لا يتم تخزينه بانتظام في صيدلية بيع بالتجزئة أو صيدلية تعمل بخدمة الطلب عبر البريد تابعة للشبكة ويمكن الوصول إليها (بما في ذلك الأدوية عالية التكلفة والنادرة).
 - إذا كنت تحصل على لقاح ضروري من الناحية الطبية ولا يخضع لتغطية Medicare Part B، بالإضافة إلى بعض الأدوية الخاضعة للتغطية التي تُعطى في عيادة الطبيب.
- بالنسبة إلى جميع الحالات المذكورة أعلاه، قد تتلقى إمدادًا من الأدوية الموصوفة لمدة تصل إلى 30 يومًا. بالإضافة إلى ذلك، قد تضطر إلى دفع رسوم إلى صيدلية خارج الشبكة مقابل الحصول على الدواء وتقديم وثيقة لتلقي التعويض من خطتنا. يرجى التأكد من تضمين شرح للموقف بشأن سبب استخدامك لصيدلية خارج شبكتنا. سيساعد ذلك على معالجة طلب التعويض الخاص بك.

كيف تطلب تعويضًا عن الخطـة؟

إذا تحتم عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فسيتم عليك بشكل عام دفع التكلفة الكاملة في وقت صرف الوصفة الطبية. ويمكنك بعد ذلك أن تطلب منا تعويضًا لك. (الفصل 7، القسم 2 يشرح كيفية مطالبة الخطـة بالدفع إليك).

القسم 3 يجب أن تكون الأدوية مدرجة في "قائمة الأدوية" للخطـة

القسم 3.1 توضح "قائمة الأدوية" أي من أدوية Part D خاضعة للتغطية

تتضمن الخطـة قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات). في دليل التغطية هذا، نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.

يتم اختيار الأدوية المدرجة على هذه القائمة بواسطة الخطـة وبمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. تلي القائمة متطلبات Medicare، وتمت الموافقة عليها من قبل Medicare.

تتضمن "قائمة الأدوية" الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part D. بالإضافة إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة لك بموجب مزايـا (California Medi-Cal (Medicaid. لمعرفة المزيد عن تغطية الأدوية في Medicaid، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

سنغطي بشكل عام أحد الأدوية المدرجة في "قائمة الأدوية" للخطـة ما دمت تتبع قواعد التغطية الأخرى الموضحة في هذا الفصل، وتستخدم دواءً ذا مؤشر مقبول طبيًا. المقصود "بعبارة مؤشر مقبول طبيًا" هو استخدام دواء يكون إما:

- معتمدًا من قبل إدارة الغذاء والدواء للتشخيص أو لعلاج الحالة الموصوف لها.
- أو -- مدعومًا بمراجع معينة مثل، American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات DRUGDEX.

وتشمل "قائمة الأدوية" الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة والبدائل الحيوية.

الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية هو دواء موصوف يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة المصنّعة للدواء. يُطلق على الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية والتي تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية (مثل الأدوية التي تعتمد على البروتين) اسم المنتجات البيولوجية. في "قائمة الأدوية"، عندما نشير إلى "الأدوية"، فقد يعني هذا أن المنتج دواء أو منتج بيولوجي.

الدواء المكافئ هو دواء موصوف يحتوي على المكونات النشطة نفسها الموجودة في الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية. ونظرًا إلى أن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية، فبدلاً من أن يكون لها شكل مكافئ، فإن لها بدائل تسمى البدائل الحيوية. تعمل الأدوية المكافئة والبدائل الحيوية بشكل عام تمامًا مثل الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي، وتكون منخفضة التكلفة عادةً. وثمة بدائل دوائية مكافئة متوفرة للكثير من الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية. كما توجد بدائل حيوية لبعض المنتجات البيولوجية.

ما الذي لا تشمله "قائمة الأدوية"؟

لا تغطي الخطـة جميع الأدوية الموصوفة.

- في بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطـة من خطط Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية (لمزيد من المعلومات حول هذا الموضوع، راجع القسم 7.1 من هذا الفصل).
- في حالات أخرى، نقرر عدم إدراج دواء معين في "قائمة الأدوية". في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في "قائمة الأدوية". لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 9.
- الأدوية الموصوفة الخاضعة لتغطية California Medi-Cal (Medicaid) ليست مدرجة في قائمة الأدوية. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على معلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية من Medicaid.

القسم 3.2 كيف يمكنك معرفة ما إذا كان دواء معين مدرجًا في "قائمة الأدوية"؟

لديك أربع طرق لمعرفة ذلك:

1. تحقق من "قائمة الأدوية" الأحدث التي نقدمها إلكترونياً.
2. قم بزيارة الموقع الإلكتروني للخطـة (www.wellcare.com/healthnetCA). دائماً ما تكون "قائمة الأدوية" الموجودة على الموقع الإلكتروني هي الأحدث.

3. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان دواء معين مدرجاً في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة أو لطلب نسخة من القائمة.

4. استخدم "أداة المزايا في الوقت الحقيقي" الخاصة بالخطة (www.wellcare.com/healthnetCA) أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء). باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في "قائمة الأدوية" لمعرفة ما ستدفعه بالتقريب وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في "قائمة الأدوية" يمكنها معالجة الحالة نفسها.

القسم 4 هناك قيود على تغطية بعض الأدوية

القسم 4.1 لماذا توجد قيود على بعض الأدوية؟

تحدد قواعد خاصة متى وكيف يمكن للخطة أن تغطي بعض الأدوية الموصوفة. وضع فريق من الأطباء والصيادلة هذه القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الرعاية الخاص بك على استخدام الأدوية بالطرق الأكثر فعالية. لمعرفة ما إذا كان أي من هذه القيود ينطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله، يرجى التحقق من "قائمة الأدوية".

إذا كان هناك دواء آمن بتكلفة أقل يعمل بالفاعلية الطبية نفسها لدواء أعلى تكلفة، فقد تم تصميم قواعد الخطة لتشجيعك أنت ومقدم الرعاية على استخدام الخيار الأقل تكلفة.

ترجى ملاحظة أنه في بعض الأحيان قد يظهر الدواء أكثر من مرة في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا، وهذا يرجع إلى احتمالية تنوع الأدوية نفسها بناءً على التركيز أو المقدار أو شكل الدواء الموصوف من قبل مقدم الرعاية الصحية، وقد تنطبق قيود أو مبالغ مشاركة تكلفة مختلفة على الإصدارات المختلفة من الدواء (على سبيل المثال، 10 مجم يختلف عن 100 مجم؛ والأدوية لمرة واحدة في اليوم تختلف عن مرتين في اليوم؛ والأقراص تختلف عن السائل).

القسم 4.2 ما أنواع القيود؟

توضح الأقسام أدناه المزيد عن أنواع القيود التي نستخدمها لبعض الأدوية.

إذا كانت هناك قيود على الدواء الخاص بك، فهذا يعني عادةً أنك سوف تضطر أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك إلى اتخاذ خطوات إضافية حتى تتمكن من تغطية الدواء. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما ستحتاج أنت أو مقدم الرعاية إلى القيام به للحصول على تغطية للدواء. إذا كنت تريد منا أن نتنازل عن القيود على دوائك، فستحتاج إلى استخدام عملية قرار التغطية ومطالبتنا بإجراء استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على التنازل عن القيود على دوائك. (راجع الفصل 9)

تقييد الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية عندما يتوفر إصدار مكافئ أو بديل حيوي قابل للتبديل

بشكل عام، يعمل الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبديل بالطريقة نفسها التي يعمل بها الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي ويكون عادةً أقل في التكلفة. في معظم الحالات، عندما يتوفر إصدار مكافئ أو بديل حيوي قابل للتبديل لدواء يحمل اسم علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي، فستوفر لك صيدليات الشبكة الإصدار المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبديل بدلاً من الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي. ومع ذلك، إذا أبلغنا مقدم الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي وراء عدم جدوى استخدامك للدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبديل أو الأدوية الأخرى الخاضعة للتغطية التي تعالج الحالة نفسها، فسوف نقوم بتغطية الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي. (قد تكون حصتك من التكلفة أكبر عند الحصول على الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي مقارنةً بالحصول على الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبديل).

الحصول على الموافقة السابقة من الخطـة

بالنسبة إلى بعض الأدوية، تحتاج أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك إلى الحصول على موافقة الخطـة قبل أن نوافق على تغطية الدواء لك. يُطلق على هذه الحالة اسم **التفويض السابق**. يتم تطبيق هذا لضمان سلامة الدواء والمساعدة على توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. إذا لم تحصل على هذه الموافقة، فقد لا تتم تغطية الدواء بالخطـة.

تجربة دواء مختلف أولاً

يشجعك هذا الشرط على تجربة أدوية أقل تكلفة وعلى القدر نفسه من الفعالية في الغالب، قبل أن تغطي الخطـة دواءً آخر. على سبيل المثال، إذا كان بإمكان الدواء A والدواء B علاج الحالة الطبية نفسها وكان الدواء A أقل تكلفة، فقد تتطلب منك الخطـة تجربة الدواء A أولاً. وإذا لم ينجح العقار A في علاج حالتك، فستغطي الخطـة العقار B. يُطلق على هذا الشرط الخاص بتجربة دواء مختلف أولاً اسم **العلاج التدريجي**.

حدود الكمية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، نحد من مقدار الدواء الذي يمكنك الحصول عليه في كل مرة تصرف فيها وصفتك الطبية. على سبيل المثال، إذا كان من الأمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يومياً من دواء معين، فقد نحد من تغطية وصفتك الطبية بما لا يزيد على حبة واحدة في اليوم.

القسم 5 ماذا لو لم تتم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي ترغب فيها؟

القسم 5.1 يمكنك القيام ببعض الأمور إذا لم تتم تغطية الدواء بالطريقة التي ترغب فيها

- هناك حالات نتناول فيها دواء موصوف، أو دواء تعتقد أنت ومقدم الرعاية الخاص بك أنه يتعين عليك تناوله، وهو غير متوفر في كتيب الوصفات أو مدرج في كتيب الوصفات لدينا مع بعض القيود. على سبيل المثال:
- ربما لم تتم تغطية هذا الدواء على الإطلاق. أو ربما تتم تغطية إصدار مكافئ من الدواء، ولا تتم تغطية إصدار الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية الذي تريد تناوله.
 - تتم تغطية الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود إضافية على تغطية هذا الدواء، كما هو موضح في القسم 4.
 - هناك أمور يمكنك القيام بها إذا لم تتم تغطية الدواء بالطريقة التي ترغب فيها.
 - إذا لم يكن الدواء مدرجاً في "قائمة الأدوية" أو إذا كان الدواء مقيداً، فانتقل إلى القسم 5.2 لمعرفة ما يمكنك القيام به.

القسم 5.2 ما الذي يمكنك فعله إذا لم يكن الدواء مدرجًا في "قائمة الأدوية" أو إذا كان الدواء مقيدًا بإحدى الطرق؟

إذا لم يكن الدواء مدرجًا في "قائمة الأدوية" أو كان مقيدًا، فإليك بعض الخيارات:

- قد تكون قادرًا على الحصول على إمداد مؤقت من الدواء.
- يمكنك تغيير الدواء بدواء آخر.
- يمكنك طلب استثناء ومطالبة الخطـة بتغطية الدواء أو إزالة القيود من عليه.

قد تكون قادرًا على الحصول على إمداد مؤقت

في ظروف معينة، يجب أن توفر الخطـة إمدادًا مؤقتًا من الدواء الذي تتناوله بالفعل. يمنحك هذا الإمداد المؤقت وقتًا للتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك حول التغييرات التي طرأت على التغطية وتحديد ما يمكن القيام به.

لكي تكون مؤهلًا للحصول على إمداد مؤقت، يجب أن يكون الدواء الذي تتناوله غير مدرج في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطـة، أو يكون مقيدًا الآن بإحدى الطرق.

- إذا كنت عضوًا جديدًا، فسنقوم بتغطية الإمداد المؤقت من الدواء خلال مدة الـ 90 يومًا الأولى من عضويتك في الخطـة.
- إذا كنت مشتركًا في الخطـة في العام الماضي، فسنقوم بتغطية إمداد مؤقت من الدواء الخاص بك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
- سيستمر هذا الإمداد المؤقت كإمداد لمدة 30 يومًا كحد أقصى في صيدلية البيع بالتجزئة، أو كإمداد لمدة 31 يومًا في صيدلية الرعاية طويلة الأمد. إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام أقل، فسنسمح بصرف الأدوية مرات عديدة تصل إلى إمداد لمدة 30 يومًا بحد أقصى في صيدلية البيع بالتجزئة، أو إمداد لمدة 31 يومًا في صيدلية الرعاية طويلة الأمد. يجب صرف الوصفة الطبية من صيدلية الشبكة. (ترجى ملاحظة أن الصيدلية التي تقدم خدمة الرعاية طويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات صغيرة في كل مرة لمنع إهداره).
- بالنسبة إلى الأعضاء الذين كانوا مشتركين في الخطـة لمدة تزيد على 90 يومًا ويقعون في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد ويحتاجون إلى إمداد على الفور:

سنقوم بتغطية إمداد واحد طارئ من دواء معين لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت المذكور أعلاه.
- بالنسبة إلى الأعضاء الحاليين في الخطـة الذين ينتقلون من مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) أو من الإقامة في المستشفى إلى المنزل ويحتاجون إلى إمداد مؤقت على الفور:

سنقوم بتغطية إمداد واحد لمدة 30 يومًا، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة، سنسمح بعمليات صرف متعددة لتوفير إجمالي إمدادات دواء لمدة تصل إلى 30 يومًا).

- بالنسبة إلى الأعضاء الحاليين في الخطة الذين ينتقلون من المنزل أو الإقامة في المستشفى إلى مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) ويحتاجون إلى إمداد مؤقت على الفور:

سنقوم بتغطية إمداد واحد لمدة 30 يومًا، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة، سنسمح بعمليات صرف متعددة لتوفير إجمالي إمدادات دواء لمدة تصل إلى 30 يومًا).

لنطرح أسئلة بشأن الإمداد المؤقت، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

في الوقت الذي تستخدم فيه الإمداد المؤقت من الدواء، يتعين عليك التحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك لتحديد ما يمكن القيام به عند نفاذ الإمداد المؤقت. لديك خياران:

1) يمكنك تغيير الدواء بدواء آخر

تحدث إلى مقدم الرعاية حول ما إذا كان هناك دواء مختلف تغطيه الخطة قد يكون جيدًا بالنسبة إليك. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج الحالة الطبية نفسها. يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الرعاية على العثور على دواء خاضع للتغطية يكون جيدًا بالنسبة إليك.

2) يمكنك طلب استثناء

يمكنك أنت ومقدم الرعاية مطالبة الخطة بإجراء استثناء لتغطية الدواء بالطريقة التي ترغب فيها. إذا قال مقدم الرعاية إن هناك أسبابًا طبية تبرر مطالبتنا بإجراء استثناء، فيمكن لمقدم الرعاية مساعدتك على طلب استثناء. على سبيل المثال، يمكنك مطالبة الخطة بتغطية دواء على الرغم من عدم إدراجه في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة. أو يمكنك مطالبة الخطة بإجراء استثناء لتغطية الدواء من دون قيود.

إذا كنت عضوًا حاليًا وكان من المقرر إزالة دواء تتناوله من كتيب الوصفات أو تقييده بإحدى الطرق في العام المقبل، فسنبلغك بأي تغيير قبل حلول العام الجديد. يمكنك طلب استثناء قبل حلول العام المقبل، وسنمنحك ردًا في غضون 72 ساعة من تلقينا طلبك (أو البيان الداعم المقدم من الأمر بالوصفة). إذا وافقنا على طلبك، فسنقوم بتفويض التغطية قبل أن يدخل التغيير حيز التنفيذ.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الرعاية في طلب استثناء، فستجد في الفصل 9، القسم 7.4 ما يمكن القيام به. يشرح هذا القسم الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها Medicare للتأكد من معالجة طلبك بشكل فوري وعادل.

القسم 6 ماذا لو تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟

القسم 6.1 قد تتغير "قائمة الأدوية" خلال العام

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في بداية كل عام (1 يناير). ومع ذلك، يمكن للخطة إجراء بعض التغييرات على "قائمة الأدوية" خلال العام. على سبيل المثال، قد تقوم الخطة بالآتي:

- إضافة بعض الأدوية إلى "قائمة الأدوية" أو إزالتها منها.
 - إضافة بعض القيود على تغطية دواء أو إزالتها عنه.
 - استبدال إصدار مكافئ من الدواء بدواء يحمل اسم علامة تجارية.
 - استبدال إصدار بديل حيوي قابل للتبديل من المنتج البيولوجي بالمنتج البيولوجي الأصلي.
- يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.

القسم 6.2 ماذا يحدث إذا تغيرت تغطية دواء تتناوله؟

معلومات عن التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية

عندما تطرأ تغييرات على "قائمة الأدوية"، فإننا ننشر معلومات على موقعنا الإلكتروني بشأن هذه التغييرات. كما نقوم بتحديث "قائمة الأدوية" على الإنترنت على أساس منتظم. نوضح أدناه الأوقات التي ستحصل فيها على إشعار مباشر إذا تم إجراء تغييرات على دواء تتناوله.

التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية الموصوفة لك والتي تؤثر فيك خلال خطة العام الحالي

- يحل دواء مكافئ جديد محل دواء يحمل اسم علامة تجارية في "قائمة الأدوية" (أو غير مستوى مشاركة التكلفة أو نضيف قيودًا جديدة على الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو كليهما)

○ قد نقوم على الفور بإزالة دواء يحمل اسم علامة تجارية على "قائمة الأدوية" لدينا إذا كنا نستبدله بنسخة مكافئة معتمدة حديثًا من الدواء نفسه. سيظهر الدواء المكافئ على نفس مستوى مشاركة التكلفة أو أقل ومع نفس القيود أو أقل. قد نقرر الاحتفاظ بدواء يحمل اسم علامة تجارية على "قائمة الأدوية" لدينا، ولكن ننقله على الفور إلى مستوى مشاركة أعلى في التكاليف أو إضافة قيود جديدة أو كليهما عند إضافة دواء مكافئ جديد.

○ قد لا نخبرك سابقًا قبل إجراء هذا التغيير، حتى لو كنت تتناول حاليًا دواءً يحمل اسم علامة تجارية. إذا كنت تتناول دواءً يحمل اسم علامة تجارية في الوقت الذي نجري فيه التغيير، فسندرك بمعلومات حول التغيير (التغييرات) المحددة. سيتضمن ذلك أيضًا معلومات عن الخطوات التي قد تتخذها لطلب استثناء لتغطية دواء يحمل اسم علامة تجارية. قد لا تتلقى هذا الإشعار قبل قيامنا بإجراء التغيير.

○ يمكن أن تطلب منا أنت أو الأمر بالوصفة إجراء استثناء ومواصلة تغطية الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية لك. للحصول على معلومات حول كيفية طلب استثناء، انظر الفصل 9.

- الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى المدرجة في "قائمة الأدوية" التي يتم سحبها من السوق

○ قد يُعد الدواء غير آمن في بعض الأحيان أو يُسحب من السوق لسبب آخر. إذا حدث هذا، فقد نزيل الدواء على الفور من "قائمة الأدوية". وإذا كنت تتناول هذا الدواء، فسندرك على الفور.

○ سوف يعلم الأمر بالوصفة أيضًا بهذا التغيير، ويمكن أن يساعدك على العثور على دواء آخر لحالتك.

• التغييرات الأخرى التي تطرأ على الأدوية في "قائمة الأدوية"

- قد تجري تغييرات أخرى بمجرد بدء العام تؤثر في الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، قد نضيف دواءً مكافئاً ليس جديداً في السوق ليحل محل دواء يحمل اسم علامة تجارية في "قائمة الأدوية" أو نغير مستوى مشاركة التكلفة أو إضافة قيود جديدة على الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو كليهما. قد نقوم أيضاً بإجراء تغييرات بناءً على تحذيرات إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو إرشادات سريرية جديدة معترف بها من قبل Medicare.
- بالنسبة إلى هذه التغييرات، يجب أن نقدم لك إشعاراً سابقاً بالتغيير قبل 30 يوماً على الأقل أو نرسل إليك إشعاراً بالتغيير والتوريد لصيدلية البيع بالتجزئة لمدة 30 يوماً، أو التوريد لصيدلية الرعاية طويلة الأمد لإعادة صرف الدواء الذي تتناوله في صيدلية الشبكة لمدة 31 يوماً.
- بعد تلقي إشعار بالتغيير، يجب عليك العمل مع الأمر بالوصفة للتبديل إلى دواء مختلف نغطيه أو تلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله.
- يمكنك أن تطلب منا أنت أو الأمر بالوصفة إجراء استثناء ومواصلة تغطية الدواء لك. للحصول على معلومات حول كيفية طلب استثناء، انظر الفصل 9.

التغييرات التي تطرأ على "قائمة الأدوية" التي لا تؤثر فيك خلال خطة العام الحالي هذه

قد نقوم بإجراء بعض التغييرات على "قائمة الأدوية" التي لم يتم توضيحها أعلاه. في هذه الحالات، لن ينطبق التغيير عليك إذا كنت تتناول الدواء عند إجراء التغيير؛ ومع ذلك، من المحتمل أن تؤثر هذه التغييرات فيك بدءاً من 1 يناير من خطة العام القادم إذا التزمت بالخطة نفسها.

بشكل عام، التغييرات التي لن تؤثر فيك خلال خطة العام الحالي هي:

• وضعنا قيوداً جديدة على استخدام الدواء لديك.

• نزيل دواءك من "قائمة الأدوية".

إذا حدثت أي من هذه التغييرات لدواء تتناوله (ما عدا السحب من السوق، أو دواء مكافئ يحل محل دواء يحمل اسم علامة تجارية، أو تغيير آخر مشار إليه في الأقسام أعلاه)، فمن ثم لن يؤثر التغيير في استخدامك أو ما تدفعه كحصة من التكلفة حتى 1 يناير من العام القادم. حتى ذلك التاريخ، ربما لن تجد أي زيادة في مدفوعاتك أو أي قيود إضافية على استخدامك الدواء.

لن نخبرك عن هذه الأنواع من التغييرات مباشرةً خلال خطة العام الحالي. ستحتاج إلى التحقق من "قائمة الأدوية" بخطة العام القادم (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوحة) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي ستؤثر فيك خلال خطة العام القادم.

القسم 7 ما أنواع الأدوية التي لا تغطيها الخطـة؟

القسم 7.1 أنواع الأدوية التي لا تغطيها

يخبرك هذا القسم ما أنواع الأدوية التي يتم استبعادها. وهذا يعني أن Medicare لا تدفع ثمن هذه الأدوية.

إذا قمت بالاستئناف ووجدت أن الدواء المطلوب غير مستبعد بموجب Part D، فسوف تدفع ثمنه أو تغطيه. (لمزيد من المعلومات حول استئناف القرار، انتقل إلى الفصل 9.) إذا تم استبعاد الدواء المستبعد من خطتنا أيضاً من قبل California Medi-Cal (Medicaid)، فيجب عليك دفع ثمنه بنفسك.

ترد في ما يأتي ثلاث قواعد عامة حول الأدوية التي لن تغطيها خطط الأدوية من Medicare بموجب Part D:

- لا يمكن أن تغطي خطة أدوية Part D الدواء الذي سيتم تغطيته بموجب Medicare Part A أو Medicare Part B.
- لا يمكن أن تغطي خطتنا دواءً تم شراؤه خارج الولايات المتحدة أو خارج أراضيها.
- لا يمكن أن تغطي خطتنا عادةً الاستخدام دون تصريح. الاستخدام دون تصريح هو أي استخدام للدواء بخلاف ذلك الاستخدام المشار إليه على ملصق الدواء على النحو المعتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء.
 - لا يُسمح بالتغطية للاستخدام دون تصريح فقط إلا عندما يكون الاستخدام مدعوماً بمراجع معينة مثل، American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات DRUGDEX.
- بالإضافة إلى ذلك، لا تتم تغطية الفئات الآتية من الأدوية المدرجة أدناه من قبل Medicare بموجب القانون. ومع ذلك، قد تتم تغطية بعض هذه الأدوية لك تحت تغطية الأدوية من Medicaid. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على معلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية من Medicaid.
- الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (وتسمى أيضاً أدوية من دون وصفات)
- الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد
- الأدوية المستخدمة للأغراض التجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- الفيتامينات والمنتجات المعدنية، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلوريد
- الأدوية المستخدمة لعلاج الضعف الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن
- أدوية مرضى العيادات الخارجية التي تسعى الشركة المصنعة إلى طلب إجراء الاختبارات أو خدمات المراقبة المرتبطة بها حصرياً من الشركة المصنعة كشرط للبيع

إذا كنت تتلقى "Extra Help" (المساعدة الإضافية) لدفع ثمن الوصفات الطبية لديك، فإن برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) لن يدفع ثمن الأدوية التي لا تغطيها عادةً. ومع ذلك، إذا كانت لديك تغطية للعقاقير من خلال Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid الخاص بالولاية التي تقيم فيها بعض الأدوية الموصوفة التي لا تغطيها عادةً خطة الأدوية من Medicare. يُرجى الاتصال ببرنامج Medicaid الخاص بالولاية التي تقيم فيها لتحديد تغطية الأدوية التي

قد تكون متاحة لك. (يُمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة بـ Medicaid في الفصل 2، القسم 6.)

القسم 8 صرف الوصفة الطبية

القسم 8.1 تقديم معلومات العضوية الخاصة بك

لصرف وصفة طبية، قدم معلومات العضوية الخاصة بخططك التي يمكن العثور عليها على بطاقة العضوية لديك في صيدلية الشبكة التي تختارها. ستُصدر صيدلية الشبكة تلقائيًا فاتورة بخطة الدواء لديك.

القسم 8.2 ماذا لو لم تتوفر معلومات العضوية لديك؟

إذا لم تتوفر معلومات العضوية الخاصة بالخطـة لديك عند صرف الوصفة الطبية، فيمكنك أنت أو الصيدلية طلب الخطـة للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيل خطتك.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. (يمكنك بعد ذلك أن تطلب منا تعويضك. انظر الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية طلب خطة التعويض.)

القسم 9 تغطية أدوية Part D في حالات خاصة

القسم 9.1 ماذا لو كنت في مستشفى أو مرفق تـمريض متخصص للإقامة الخاضعة لتغطية الخطـة؟

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو إلى مرفق تـمريض متخصص للإقامة الخاضعة لتغطية الخطـة، فسوف نغطي تكلفة الأدوية الموصوفة لك في أثناء إقامتك بشكل عام. بمجرد مغادرة المستشفى أو مرفق التـمريض المتخصص، ستغطي الخطـة الأدوية الموصوفة لك طالما أن الأدوية تتوافق مع جميع قواعدنا للتغطية الموضحة في هذا الفصل.

القسم 9.2 ماذا لو كنت مقيمًا في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC)؟

عادةً ما يكون لدى المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) (مثل دار التـمريض) صيدلية خاصة به أو يستعين بصيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين فيه. إذا كنت مقيمًا في المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC)، فيمكنك الحصول على الأدوية الموصوفة من خلال صيدلية المرفق أو الصيدلية التي تستخدمها، طالما أنها جزء من شبكتنا.

تحقق من دليل الموفرين والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت الصيدلية التابعة للمرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) أو الصيدلية التي تستخدمها جزءًا من شبكتنا. إذا لم يكن الأمر كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إذا كنت في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC)، فيجب علينا التأكد من أنك قادر على تلقي مزايا Part D بشكل روتيني من خلال شبكة صيدليات الرعاية طويلة الأمد (LTC) لدينا.

ماذا لو كنت مقيماً في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) وتحتاج إلى دواء غير مدرج في "قائمة الأدوية" أو مفيد بطريقة ما؟

يُرجى الرجوع إلى القسم 5.2 حول الإمدادات المؤقتة أو الطارئة.

القسم 9.3 ماذا لو كنت تحصل أيضاً على تغطية الأدوية من الخطة الجماعية لصاحب العمل أو المتقاعدين؟

إذا كانت لديك حالياً تغطية أخرى للأدوية الموصوفة من خلال صاحب العمل الخاص بك (أو بزوجك أو بزوجتك) أو مجموعة المتقاعدين الخاصة بأي منكما، فيُرجى الاتصال بمسؤول مزايا تلك المجموعة. يمكنه/ يمكنها مساعدتك على تحديد كيفية عمل تغطية الأدوية الموصوفة الحالية مع خطتنا.

بشكل عام، إذا كانت لديك تغطية جماعية لصاحب العمل أو المتقاعدين، فإن تغطية الأدوية التي تحصل عليها منا ستكون ثانوية لتغطية مجموعتك. هذا يعني أن تغطية مجموعتك ستدفع أولاً.

ملاحظة خاصة حول التغطية الموثوقة:

يجب على صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين إرسال إشعار إليك كل عام يخبرك ما إذا كانت تغطية الأدوية الموصوفة للسنة التقويمية القادمة موثوقة.

إذا كانت التغطية من الخطة الجماعية موثوقة، فهذا يعني أن الخطة تشتمل على تغطية للأدوية من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، المبلغ نفسه على الأقل الذي تدفعه تغطية Medicare القياسية للأدوية الموصوفة.

احتفظ بهذا الإشعار حول التغطية الموثوقة، لأنك قد تحتاج إليها لاحقاً. إذا قمت بالتسجيل في خطة Medicare التي تتضمن تغطية أدوية Part D، فقد تحتاج إلى هذا الإشعار لإظهار أنك حافظت على تغطية موثوقة. إذا لم تحصل على إشعار التغطية الموثوقة، فاطلب نسخة من صاحب العمل أو مسؤول مزايا خطة المتقاعدين أو صاحب العمل أو النقابة.

القسم 9.4 ماذا لو كنت في مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين؟

لا يغطي مأوى رعاية المحتضرين والخطة الدواء نفسه في آنٍ واحد. إذا كنت مسجلاً في مأوى Medicare لرعاية المحتضرين وتحتاج إلى أدوية معينة (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للغثيان أو ملينات الأمعاء أو مسكنات الألم أو الأدوية المضادة للقلق) التي لا يغطيها مأوى رعاية المحتضرين لأنها لا علاقة لها بمرضك العضال والظروف المعنية، فيجب أن تتلقى خطتنا إشعاراً من الأمر بالوصفة أو مقدم الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين لديك بأن الدواء لا صلة له قبل أن تغطي خطتنا الدواء. اطلب من مقدم الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين أو الأمر بالوصفة تقديم إشعار قبل صرف الوصفة الطبية، لمنع التأخيرات في تلقي هذه الأدوية التي يجب أن تغطيها خطتنا.

في حال قمت بإلغاء اختيار مأوى رعاية المحتضرين أو تم إخراجك من مأوى رعاية المحتضرين، فيجب أن تغطي خطتنا أدويةك كما هو موضح في هذا المستند. لمنع أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء ميزة مأوى رعاية المحتضرين المقدمة إليك من Medicare، أحضر المستندات إلى الصيدلية للتحقق من الإلغاء أو الخروج.

القسم 10 برامج سلامة الأدوية وإدارتها

القسم 10.1 برامج لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان

نقوم بإجراء مراجعات حول تناول الأدوية لأعضائنا للمساعدة على التأكد من حصولهم على رعاية آمنة ومناسبة. نُجري مراجعة في كل مرة نقوم بصرف وصفة طبية. كما نقوم بمراجعة سجلاتنا بشكل منتظم. نبحث عن مشكلات محتملة خلال هذه المراجعات، مثل:

- الأخطاء الطبية المحتملة
- لا يلزم تناول الأدوية لأنك تتناول دواءً آخر لعلاج الحالة نفسها
- قد تكون الأدوية غير آمنة أو مناسبة لعمرِكَ أو جنسِكَ
- قد تضرك بعض الأدوية المحددة إذا تناولتها في آنٍ واحد
- وصفات طبية للأدوية التي تحتوي على مكونات لديك حساسية منها
- الأخطاء المحتملة في كمية (جرعة) الدواء الذي تتناوله
- كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا رأينا مشكلة محتملة في استخدامك الأدوية، فسوف نعمل مع مقدم الرعاية لمعالجة المشكلة.

القسم 10.2 برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

لدينا برنامج يساعد على التحقق من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية والأدوية الأخرى الموصوفة التي يُساء استخدامها كثيرًا. ويُطلق على هذا البرنامج برنامج إدارة الأدوية (DMP). إذا كنت تستخدم الأدوية الأفيونية التي تحصل عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات، أو إذا كانت لديك جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، فقد نتحدث إلى الأطباء المعالجين لك للتحقق من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. العمل مع الأطباء المعالجين لك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية الموصوفة أو أدوية البنزوديازيبين قد يكون آمنًا، فقد نحد من طريقة الحصول على هذه الأدوية. إذا وضعناك في برنامج إدارة الأدوية (DMP) لدينا، فقد تتطلب منك القيود:

- الحصول على جميع الوصفات الطبية للأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين من صيدلية (صيدليات) معينة
- تتطلب منك الحصول على جميع الوصفات الطبية للأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين من طبيب (أطباء) معين
- الحد من كمية الأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين التي سنغطيها لك

إذا كنا نخطط للحد من طريقة الحصول على هذه الأدوية أو المقدار الذي يمكنك الحصول عليه، فسنرسل إليك خطابًا سابقًا. سيخبرك الخطاب ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا كان سيطلب منك الحصول على وصفات طبية لهذه الأدوية فقط من طبيب أو صيدلية محددة. ستتاح لك الفرصة لإخبارنا عن الأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها، وعن أي معلومات أخرى تعتقد أنها مهمة بالنسبة إلينا لمعرفة ما. بعد أن نتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا الحد من تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود المفروضة. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً أو أنك لا توافق على قرارنا أو القيود التي وضعناها، فيحق لك وللأمر بالوصفة الاستئناف. إذا قمت بالاستئناف، فسراجع مشكلتك وخذ قرارًا جديدًا. إذا وصلنا رفض أي جزء من طلبك يتعلق بالقيود التي تنطبق على وصولك إلى الأدوية، فسوف نرسل مشكلتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج نطاق خطتنا. انظر الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية طلب استئناف.

لن يتم وضعك في برنامج إدارة الأدوية (DMP) لدينا إذا كانت لديك حالات طبية معينة مثل، الألم النشط الناجم عن السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي، أو كنت تتلقى رعاية مسكنة أو في مرحلة الاحتضار أو في مأوى رعاية المحتضرين، أو تعيش في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد.

القسم 10.3 برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم

لدينا برنامج يمكن أن يساعد أعضائنا ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. يسمى برنامجنا برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM). هذا البرنامج تطوعي ومجاني. قام فريق من الصيادلة والأطباء بتطوير البرنامج لنا للمساعدة على التحقق من أن أعضائنا يحصلون على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يتناولون أدوية لحالات طبية مختلفة ولديهم تكاليف مرتفعة للأدوية، أو المشتركين في DMP لمساعدة الأعضاء على استخدام المواد الأفيونية بأمان من الحصول على الخدمات من خلال MTM. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسيقدم لك الصيدلي أو اختصاصي صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدوية. يمكنك التحدث عن أدوية والتكاليف التي تتحملها وأي مشكلات أو أسئلة لديك حول الوصفة الطبية والأدوية من دون وصفات في أثناء المراجعة. ستحصل على ملخص مكتوب يحتوي على قائمة مهام موصى بها تتضمن الخطوات التي يجب اتخاذها للحصول على أفضل النتائج من أدوية. ستحصل أيضًا على قائمة الأدوية التي ستشتمل على جميع الأدوية التي تتناولها ومقدار ما تتناوله ووقت تناولها وسبب تناولها. وبالإضافة إلى ذلك، سيتلقى الأعضاء في برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) معلومات عن التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة طبيًا التي تُعد مواد خاضعة للرقابة.

من الجيد التحدث إلى طبيبك حول قائمة المهام الموصى بها وقائمة الأدوية. أحضر الملخص معك عند القيام بالزيارة أو في أي وقت تتحدث فيه إلى الأطباء والصيادلة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المعالجين لك. حافظ أيضًا على قائمة الأدوية محدثة معك (على سبيل المثال، مع بطاقة الهوية) في حال ذهابك إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسوف نقوم بتسجيلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل إليك المعلومات. إذا قررت عدم المشاركة، فيرجى إعلامنا وسنقوم بسحبك من البرنامج. إذا كان لديك أي أسئلة حول هذا البرنامج، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 11 نرسل إليك التقارير التي توضح مدفوعات أدويةك ومرحلة الدفع التي تم تسجيلك فيها

القسم 11.1 نرسل إليك ملخصًا شهريًا يُسمى Part D توضيح المزايا (Part D EOB)

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والمدفوعات التي سددتها عند حصولك على الوصفات الطبية أو إعادة صرفها في الصيدلية. بهذه الطريقة، يمكننا إخبارك عندما تنتقل من مرحلة دفع الدواء إلى المرحلة التالية. هناك نوعان من التكاليف التي نتبعها بالتحديد:

- نحن نتتبع المبلغ الذي دفعته. وهذا ما يسمى التكاليف التي يتحملها المريض.
 - نحن نتتبع إجمالي تكاليف أدويةك. هذا هو المبلغ الذي تتحمله أو يدفعه الآخرون نيابةً عنك بالإضافة إلى المبلغ المدفوع من قبل الخطـة.
- إذا صرفت وصفة طبية أو أكثر من خلال الخطـة خلال الشهر السابق، فسنرسل إليك Part D توضيح المزايا (Part D EOB). يتضمن Part D EOB:
- معلومات عن هذا الشهر. يقدم هذا التقرير تفاصيل الدفع حول الوصفات الطبية التي صرفتها خلال الشهر السابق. وهو يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وما دفعته الخطـة وما دفعته أنت ودفعه الآخرون نيابةً عنك.
 - التكاليف الإجمالية للسنة منذ 1 يناير. وهذا ما يسمى المعلومات من بداية العام حتى الآن. يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات للأدوية منذ بداية العام.
 - معلومات عن أسعار الأدوية. ستعرض هذه المعلومات إجمالي سعر الأدوية ومعلومات حول الزيادات في السعر في كل عملية صرف لكل مطالبة بالوصفة الطبية بالكمية نفسها.
 - وصفات طبية بديلة متاحة أقل تكلفة. وسيشمل ذلك معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة مع مشاركة أقل تكلفة لكل مطالبة بالوصفة الطبية.

يساعدنا القسم 11.2 على الاحتفاظ بمعلوماتنا حول مدفوعات الأدوية محدثة

نستخدم السجلات التي نحصل عليها من الصيدليات لتتبع تكاليف الأدوية والمدفوعات التي تسدها للأدوية. إليك كيف يمكنك مساعدتنا على الاحتفاظ بمعلوماتك صحيحة ومحدثة:

- أظهر بطاقة عضويتك في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية تم صرفها. هذا يساعدنا على التحقق من أننا نعرف الوصفات الطبية التي تقوم بصرفها والمبلغ الذي تدفعه.
- تأكد من منحنا المعلومات التي نحتاج إليها. هناك أوقات قد تدفع فيها التكلفة الكاملة للدواء الموصوف. في هذه الحالات، لن نحصل تلقائيًا على المعلومات التي نحتاج إليها لتتبع التكاليف التي تتحملها. أعطنا نسخًا من الإيصالات لمساعدتنا على تتبع التكاليف التي تتحملها. ترد في ما يأتي أمثلة على الموعد الذي يجب أن تعطينا فيه نسخًا من إيصالات الأدوية:

- عند شراء دواء خاضع للتغطية من صيدلية الشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايـا خطتنا
- عندما قمت بتسديد مشترك للأدوية التي يتم توفيرها في إطار برنامج مساعدة المرضى من شركة تصنيع الأدوية
- في كل مرة اشتريت فيها الأدوية الخاضعة للتغطية من الصيدليات خارج الشبكة أو في المرات الأخرى التي دفعت فيها السعر الكامل للدواء الخاضع للتغطية في ظل ظروف خاصة
- إذا تمت محاسبتك على دواء خاضع للتغطية، فيمكنك أن تطلب من خطتنا دفع حصتنا من التكلفة. للحصول على تعليمات حول كيفية القيام بذلك، انتقل إلى الفصل 7، القسم 2.
- أرسل إلينا معلومات حول المدفوعات التي قام الآخرون بسدادها لك. تحتسب أيضًا المدفوعات التي يقوم بها بعض الأفراد والمؤسسات الأخرى في التكاليف التي تتحملها. على سبيل المثال، تحسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة وبرنامج المساعدة على علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) (ADAP) والخدمة الصحية الهندية ومعظم الجمعيات الخيرية ضمن التكاليف التي تتحملها. الاحتفاظ بسجل لهذه المدفوعات وإرسالها إلينا حتى تتمكن من تتبع التكاليف التي تتحملها.
- تحقق من التقرير المكتوب الذي نرسله لك. عندما تتلقى Part D EOB، ابحث عنه للتحقق من أن المعلومات كاملة وصحيحة. إذا كنت تعتقد أن هناك شيئًا مفقودًا أو لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بنا في قسم خدمات الأعضاء. بدلاً من تلقي ورقة Part D توضيح المزايا (Part D EOB) عبر البريد، لديك الآن خيار تلقي نسخة إلكترونية من Part D EOB الخاص بك. يُمكنك طلب ذلك من خلال زيارة موقع <https://www.express-scripts.com/>. إذا اخترت الاشتراك، فستتلقى رسالة بريد إلكتروني عندما يكون Part D eEOB جاهزًا للعرض أو الطباعة أو التنزيل. يشار إلى Part D EOBs أيضًا باسم Part D EOBs غير الورقية. Part D EOB غير الورقية هي نسخ دقيقة (صور) من Part D EOB المطبوعة. تأكد من الاحتفاظ بهذه التقارير.

الفصل 6:

ما تدفعه مقابل الأدوية

الموصوفة لك بموجب *Part D*

❓ كيف يمكنك الحصول على معلومات عن تكاليف الأدوية؟

نظرًا إلى كونك مؤهلاً لخطـة Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف خطـة الأدوية الموصوفة. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا عن تكاليف أدوية Part D الموصوفة. أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً، يُسمى دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على Extra Help (المساعدة الإضافية) لدفع ثمن الأدوية الموصوفة (المعروف أيضًا باسم ملحق إعانة الدخل المنخفض أو LIS Rider) الذي يخبرك عن تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء، واطلب LIS Rider.

الفصل 7:

مطالبتنا بدفع حصتنا من فاتورة تلقيتها مقابل
الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للتغطية

القسم 1 الحالات التي يجب أن تطلب منا دفع ثمن الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية

يدفع موفرو الشبكة لدينا فاتورة الخطـة مباشرةً للخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية ويجب ألا تتلقى فاتورة للخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية. إذا حصلت على فاتورة للرعاية الطبية أو الأدوية التي تلقيتها، فيجب عليك إرسال هذه الفاتورة إلينا حتى نتمكن من دفعها. عندما ترسل إلينا الفاتورة، سنلقي نظرة عليها ونقرر ما إذا كانت تجب تغطية الخدمات أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسندفع لمقدم الرعاية مباشرةً.

إذا سبق لك الدفع مقابل خدمة **Medicaid** أو **عنصر خاضع لتغطية الخطـة**، فيمكنك أن تطلب من خطتنا السداد لك (غالبًا ما يُطلق على عملية السداد لك مصطلح **تعويضك**). من حقك أن تسدد لك خطتنا كلما دفعت مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا. عندما ترسل إلينا فاتورة سبق لك دفعها، سوف نلقي نظرة على الفاتورة ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمات أو الأدوية أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسندد لك مقابل الخدمات أو الأدوية.

إذا سبق لك الدفع مقابل خدمة **Medicare** أو **عنصر خاضع لتغطية الخطـة**، فيمكنك أن تطلب من خطتنا السداد لك (غالبًا ما يُطلق على عملية السداد لك مصطلح **تعويضك**). من حقك أن تسدد لك خطتنا كلما دفعت مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا. قد تكون هناك مواعيد نهائية يجب أن تلتزم بها لاسترداد الأموال. يُرجى الاطلاع على القسم 2 من هذا الفصل. عندما ترسل إلينا فاتورة سبق لك دفعها، سوف نلقي نظرة على الفاتورة ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمات أو الأدوية أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسندد لك مقابل الخدمات أو الأدوية.

قد تكون هناك أوقات تحصل فيها على فاتورة من مقدم الرعاية بشأن التكلفة الكاملة للرعاية الطبية التي تلقيتها أو ربما لأكثر من حصتك في مشاركة التكلفة كما هو موضح في المستند. حاول أولاً دفع الفاتورة لمقدم الرعاية. إذا لم ينجح ذلك، فأرسل الفاتورة إلينا بدلاً من دفعها. سنلقي نظرة على الفاتورة ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمات أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسندفع لمقدم الرعاية مباشرةً. إذا قررنا عدم دفعها، فسنقوم بإخطار مقدم الرعاية. يجب ألا تدفع أبداً أكثر من مشاركة التكلفة المسموح بها في الخطـة. إذا تم التعاقد مع مقدم الرعاية هذا، فلا يزال لديك الحق في العلاج.

ترد في ما يأتي أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى أن تطلب من خطتنا السداد لك أو دفع الفاتورة التي تلقيتها.

1. عندما تكون قد تلقيت رعاية طبية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل من موفر غير موجود في شبكة خطتنا

يُمكنك تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من أي مقدم رعاية، سواء كان المزود جزءاً من شبكتنا أم لا. في هذه الحالات، اطلب من مقدم الرعاية فاتورة الخطـة.

- في حال دفعت المبلغ الكامل بنفسك في الوقت الذي تلقيت به الرعاية، فاطلب منا السداد لك. أرسل إلينا الفاتورة إلى جانب مستندات أي مدفوعات قمت بسدادها.

• قد تحصل على فاتورة من مقدم الرعاية تطلب الدفع الذي تعتقد أنك لا تدين به. أرسل إلينا الفاتورة إلى جانب مستندات أي مدفوعات سبق لك سدادها.

○ إذا كان مقدم الرعاية مدينًا بأي شيء، فسوف ندفع لمقدم الرعاية مباشرةً.

○ إذا سبق لك الدفع مقابل الخدمة، فسوف ندفع لك.

2. عندما يرسل إليك موفر الشبكة فاتورة تعتقد أنه لا يجب عليك دفعها

يجب على موفري الشبكة دائمًا إصدار فاتورة الخطـة مباشرةً. ولكن في بعض الأحيان يرتكبون أخطاءً، ويطلبون منك دفع ثمن خدماتك.

• كلما حصلت على فاتورة من موفر شبكة، فأرسلها إلينا. سنقوم بالاتصال بالموفر مباشرةً وحل مشكلة الفاتورة.

• إذا سبق لك دفع الفاتورة إلى موفر الشبكة، فأرسل إلينا الفاتورة مع مستندات أي مدفوعات قمت بسدادها. يجب أن تطلب منا السداد لك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.

3. إذا كنت مسجلًا بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان، يكون تسجيل الشخص في الخطـة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلهم قد مضى بالفعل). قد يكون تاريخ التسجيل قد حدث العام الماضي).

إذا كنت مسجلًا بأثر رجعي في خطتنا وتحملت تكاليف أي من الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا السداد لك مرة أخرى. ستحتاج إلى تقديم الأوراق، مثل الإيصالات والفواتير، إلينا من أجل تولى إجراءات التعويض.

4. عند استخدام صيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد لا تتمكن الصيدلية من إرسال طلبك إلينا مباشرةً. عندما يحدث ذلك، سينبغي لك دفع التكلفة الكاملة لوصفـتك الطبية.

احتفظ بالإيصال وأرسل نسخة إلينا لمطالبتنا بالسداد لك. تذكر أننا لا نغطي سوى الصيدليات خارج الشبكة إلا في ظروف محددة. راجع الفصل 5، القسم 2.5 لمناقشة هذه الظروف.

5. عندما تدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية لأنك لا تملك بطاقة العضوية الخاصة بالخطـة معك

إذا لم يكن لديك بطاقة العضوية الخاصة بخطـتك معك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية طلب الخطـة أو البحث عن معلومات تسجيل خطـتك. ومع ذلك، إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على معلومات التسجيل التي تحتاج إليها على الفور، فقد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بنفسك. احتفظ بالإيصال وأرسل نسخة إلينا لمطالبتنا بالسداد لك.

6. عندما تدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية في حالات أخرى

قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية لأنك تجد أن الدواء غير خاضع للتغطية لسبب ما.

- على سبيل المثال، قد لا يكون الدواء مدرجاً على "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطه أو قد يكون له شرط أو قيد لم تكن تعرفه أو لا تعتقد أنه يجب أن ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء على الفور، فقد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة لذلك.
- احتفظ بالإيصال وأرسل نسخة إلينا لمطالبتنا بالسداد لك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك لسداد ثمن الدواء لك.

7. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا لأنك كنت مؤهلاً لبرنامج Medicaid.

- يُعد Medicaid برنامجاً مشتركاً بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي مصادر الدخل والموارد المحدودة. يتم تسجيل بعض الأشخاص المشاركين في برنامج Medicaid تلقائياً في خطتنا للحصول على تغطية الأدوية الموصوفة. في بعض الأحيان، يكون تسجيل الشخص في الخطه بأثر رجعي. (بأثر رجعي يعني أن اليوم الأول من تسجيلهم قد مضى بالفعل. قد يكون تاريخ التسجيل قد حدث العام الماضي.)
- إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا وتحملت تكاليف أي من الأدوية بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد التكاليف لك. ستحتاج إلى تقديم الأوراق، مثل الإيصالات والفواتير، إلينا من أجل تولي إجراءات التعويض.
- أرسل إلينا نسخة من إيصالاتك عندما تطلب منا السداد لك.
 - يجب عليك طلب دفع النفقات التي تتحملها من مالك الخاص (وليس أي نفقات مدفوعة من قبل التأمين الآخر).

○ قد لا تدفع الخطه ثمن الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. جميع الأمثلة المذكورة أعلاه هي أنواع من قرارات التغطية. وهذا يعني أنه إذا رفضنا طلب الدفع الذي قدمته، فيمكنك استئناف قرارنا. يحتوي الفصل 9 من هذا المستند (ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)) على معلومات حول كيفية تقديم الاستئناف.

عندما ترسل إلينا طلباً للدفع، سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كانت تجب تغطية الخدمة أو الدواء أم لا. وهذا ما يُسمى باتخاذ قرار بشأن التغطية. إذا قررنا أنه تجب تغطيته، فسوف ندفع مقابل الخدمة أو الدواء. إذا رفضنا طلب الدفع الذي قدمته، فيمكنك استئناف قرارنا. يحتوي الفصل 9 من هذا المستند على معلومات حول كيفية تقديم استئناف.

القسم 2 كيف تطلب منا السداد لك أو دفع فاتورة تلقيتها

يمكنك أن تطلب منا السداد لك مرة أخرى من خلال إرسال طلب إلينا كتابيًا. إذا أرسلت طلبًا كتابيًا، فأرسل فاتورتك ومستند أي مدفوعات قمت بسدادها. يُفضّل أن تحتفظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك في سجلاتك. **يجب عليك تقديم طلبك إلينا في غضون 365 يومًا (للمطالبات الطبية) وفي غضون ثلاث سنوات (للمطالبات الأدوية) من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.**

يمكنك ملء نموذج المطالبة لتقديم طلبك للدفع للتأكد من أنك تقدم إلينا كل المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار.

- ليس عليك استخدام النموذج، لكنه سيساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع. بالنسبة إلى تعويضات الأعضاء، لدينا نماذج مطالبات متاحة عبر بوابة الويب. في حين أننا نوصي بشدة بأن يستخدم أعضاؤنا النموذج، لضمان تقديم جميع المستندات، فإنه ليس أمرًا ضروريًا. يمكنهم أيضًا تقديم نسخة من الفاتورة من دون النموذج. وفي كلتا الحالتين يجب أن تشمل معلومات الموفر وتواريخ الخدمة والمصطلحات الإجرائية الحالية (CPT) إن وجدت ورموز التشخيص أو الأوصاف ومبالغ الفواتير مع أي سجلات طبية متاحة لهم، وإذا لزم الأمر، وصفًا موجزًا عن سبب حاجتهم إلى الرعاية. يجب على العضو أيضًا تقديم إثبات الدفع في الوقت نفسه الذي يقدم فيه المطالبة. إثبات الدفع ساري المفعول هو بيانات البنك أو بطاقة الائتمان أو نسخة من الشيك الملغى.

- يمكنك تنزيل نسخة من النموذج من موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب النموذج.

بالنسبة إلى الخدمات الطبية، أرسل طلبك للدفع مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلينا على هذا العنوان:

عنوان طلب الدفع

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640

بالنسبة إلى الأدوية الموصوفة بموجب Part D، أرسل طلبك للدفع مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلينا على هذا العنوان:

عنوان طلب الدفع بموجب Part D

Member Reimbursement Dept
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

القسم 3 سننظر في طلبك للدفع ونرد عليك بالموافقة أو الرفض

القسم 3.1 نتحقق لمعرفة ما إذا كانت تجب علينا تغطية الخدمة أو الدواء

عندما نتلقى طلبك للدفع، سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى أي معلومات إضافية منك. وإلا فسننظر في طلبك ونتخذ قرار التغطية.

- إذا قررنا تغطية الرعاية الطبية أو الدواء واتبعت جميع القواعد، فسنُدفع ثمن الخدمة. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك التعويض. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء بعد، فسنرسل المدفوعات مباشرةً إلى مقدم الرعاية.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير خاضعين للتغطية، أو إذا لم تتبـع جميع القواعد، فلن ندفع ثمن الرعاية أو الدواء. سنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب عدم إرسال المدفوعات وحقوقك في استئناف هذا القرار.

القسم 3.2 إذا أخبرناك أننا لن ندفع مقابل الرعاية الطبية أو الدواء، فيمكنك تقديم استئناف

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً في رفض طلبك للدفع أو المبلغ الذي ندفعه، فيمكنك تقديم استئناف. إذا قمت بتقديم استئناف، فهذا يعني أنك تطلب منا تغيير القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلبك للدفع. عملية الاستئناف هي عملية رسمية ذات إجراءات مفصلة ومواعيد نهائية مهمة. للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم هذا الاستئناف، انتقل إلى الفصل 9 من هذا المستند.

الفصل 8:

حقوقك ومسؤولياتك

القسم 1 يجب أن نحترم خطتنا حقوقك والحساسيات الثقافية كعضو في الخطة

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بالصوت أو بطريقة برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك).

Your plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how a plan may meet these accessibility requirements include, but are not limited to provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We also have materials available in languages other than English that are spoken in the plan's service area. We can also give you information in audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We are required to give you information about the plan's benefits in a format that is accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, please call Member Services.

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in the plan's network for a specialty are not available, it is the plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you will only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in the plan's network that cover a service you need, call the plan for information on where to go to obtain this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that is accessible and appropriate for you, please call to file a grievance with Member Services. You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se proporcionen de manera competente desde el punto de vista cultural y sean accesibles para todos los afiliados, incluidos los que tienen un nivel de inglés o una capacidad de lectura limitados, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son, entre otros, proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. A parte del inglés, también disponemos de contenido para usted en otros idiomas comúnmente hablados en el área de servicio del plan. De ser necesario, también podemos brindarle información en audio, braille, en letra grande u otros formatos alternativos sin costo alguno. Estamos obligados a ofrecerle información acerca de los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información de parte de nosotros en un formato que le sea conveniente, llame a Servicios para los miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de tener acceso directamente a un especialista en salud femenina dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventiva para mujeres.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llame para presentar una queja ante Servicios para los miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

您的計劃必須確保所有臨床和非臨床服務均以文化適合的方式提供，並且所有投保人皆能取得，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力不全，或具有不同文化和種族背景的人士。計劃符合這些協助工具要求的範例包括但不限於：提供翻譯服務、口譯服務、電傳打字機或 TTY (文字電話或電傳打字機電話) 連線。

本項計劃有免費口譯員服務，可回答不會講英文的會員提出的問題。我們還為計劃服務區域內英語不是母語者提供英語以外的其他語言的資料。]如果需要，我們也可以免費為您提供點字版、大字體印刷或替代格式的資訊。我們需要以可得取性和適合您的格式向您提供有關計劃給付的資訊。若要向我們取得適合您使用的資訊，請致電會員服務部。

我們的計劃均需讓女性投保人可以選擇直接與網絡內的女性專科醫師聯絡，以取得女性例行性和預防性健康照護服務。

如果計劃網絡內的專科醫師無法提供服務，計劃有責任在網絡外尋找能提供您必要照護的專科醫師。在這種情況下，您只需支付網絡內分攤費用。如果您發現計劃的網絡中沒有您所需承保服務的專科醫師，請致電本計劃，瞭解如何透過網絡內分攤費用獲得此服務。

如果您無法從我們的計劃獲取適合您便於使用的格式之資訊，請致電會員服務部提出申訴。您也可以致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投訴，或直接致電民權辦公室，電話是 1-800-368-1019，或 TTY 1-800-537-7697。

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상적 서비스가 문화적으로 적절한 방식을 통해 제공되고, 제한된 영어 구사 능력 및 독해 능력, 청각 장애 또는 다양한 문화적 및 민족적 배경을 가진 가입자를 포함하여 모든 가입자의 이용을 보장하기 위해 필요합니다. 하나의 플랜이 이러한 접근성 요구

사항을 충족할 수 있는 방법의 예로는 번역 및 통역 서비스 제공 전신타자기 또는 TTY(문자 전화 또는 전신타자기 전화) 연결을 포함하되 이에 국한되지 않습니다.

당사 플랜은 비 영어권 가입자들의 질문에 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다. 또한 플랜 서비스 지역에서 통용되는 영어 이외의 언어로 작성된 자료도 제공합니다. 그리고 필요시 오디오, 점자, 큰 활자 인쇄 또는 기타 대체 형식으로 된 정보를 무료로 제공할 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 맞는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

여성의 정기적 예방 의료 서비스를 위해 네트워크 소속 여성 의료 전문의에게 직접 접근할 수 있는 옵션을 여성 등록자에게 제공해야 합니다.

전문 분야에 대한 제공자를 플랜의 네트워크에서 찾을 수 없을 경우 필요한 관리를 제공할 네트워크 외부의 전문 제공업체를 찾는 것은 플랜의 책임입니다. 이 경우 네트워크 내 비용 부담만 납부하게 됩니다. 플랜 네트워크에 귀하가 필요로 하는 서비스를 제공하는 전문가가 없는 경우 당사 플랜에 이 서비스를 받을 수 있는 위치에 대한 정보를 문의하십시오.

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 민권 담당국 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Chương trình của quý vị được yêu cầu đảm bảo tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp một cách có hiểu biết về văn hóa và dễ tiếp cận đối với tất cả những người đăng ký, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng việc dễ tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản).

Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp thắc mắc của các thành viên không sử dụng tiếng Anh. Chúng tôi cũng có sẵn tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh được sử dụng ở khu vực dịch vụ của chương trình. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin ở dạng âm thanh, chữ nổi braille, bản in khổ chữ lớn hoặc các định dạng khác thay thế miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các phúc lợi của chương trình theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị. Để lấy thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch Vụ Thành Viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp chuyên gia sức khỏe phụ nữ trong mạng lưới đối với dịch vụ chăm sóc sức khỏe phòng ngừa và định kỳ của phụ nữ.

Nếu không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, chương trình phải có trách nhiệm tìm bác sĩ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí dịch vụ trong mạng lưới. Nếu quý vị cho rằng mình đang trong tình huống là không có bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình đó để biết thông tin về nơi nhận dịch vụ này mà quý vị chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp rắc rối trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ truy cập và thích hợp cho quý vị, vui lòng gọi để gửi đơn khiếu nại tới Dịch Vụ Thành Viên. Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc gọi trực tiếp với Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

يلزم على خطتك الحرص على تقديم كل الخدمات، سواء أكانت سريرية أم غير سريرية، بطريقة تتسم بالكفاءة الثقافية والتأكد من أن كل المنتسبين يستطيعون الوصول إلى هذه الخدمات، بما في ذلك أولئك الذين لا يتقنون اللغة الإنجليزية جيداً أو الذين لديهم قدرات قراءة محدودة أو إعاقة في السمع أو المنحدرين من خلفيات ثقافية وعرقية مختلفة. وتشمل الأمثلة التي تعكس كيف يمكن لخطه ما تلبية متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقات الكاتبة أو الاتصال بأجهزة TTY (هواتف الرسائل النصية أو المبرقات الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة التي يطرحها الأعضاء الذين لا يتكلمون اللغة الإنجليزية ولدينا أيضاً مواد متوفرة بلغات أخرى غير الإنجليزية متداولة في منطقة الخدمة الخاصة بالخطه. ويمكننا أيضاً تزويدك بالمعلومات بتنسيق صوتي أو بطريقة برايل أو بالطباعة الكبيرة أو بأي تنسيقات بديلة أخرى إذا كنت بحاجة إليها من دون أن تتحمل أي تكلفة. نحن مطالبون بتزويدك بالمعلومات المتعلقة بمزايا الخطه بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يلزم على خطتنا منح المنتسبات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي بصحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية النسائية والروتينية والوقائية.

في حال عدم توافر مقدمي خدمات لاختصاص معين ضمن شبكة الخطه، تتولى الخطه مسؤولية العثور على مقدمي خدمات اختصاصيين من خارج نطاق الشبكة قادرين على تقديم الرعاية اللازمة لك. في هذه الحال، ستدفع فقط مشاركة التكلفة ضمن الشبكة. في حال لم تجد اختصاصيين يمكنهم تغطية الخدمة التي تحتاج إليها ضمن شبكة الخطه، فاتصل بالخطه للحصول على معلومات حول المكان الذي يمكنك أن تقصده للحصول على هذه الخدمة مع مشاركة التكلفة ضمن الشبكة.

إذا واجهت أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا بتنسيق يناسبك وتستطيع الوصول إليه بسهولة، فيرجى الاتصال لتقديم نظم إلى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرة إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو على رقم TTY: 1-800-537-7697.

طرح شما موظف است اطمینان حاصل کند که همه خدمات، اعم از بالینی و غیر بالینی، به شیوه‌ای مناسب به لحاظ فرهنگی ارائه می‌شوند و برای همه ثبت‌نام‌شدگان، از جمله افرادی با مهارت انگلیسی محدود، مهارت‌های خواندن محدود، مشکل شنوایی، یا افراد با پیش‌زمینه فرهنگی و قومی متنوع قابل دسترسی است. نمونه‌هایی از اینکه چگونه یک طرح ممکن است این الزامات دسترسی را برآورده کند، شامل اما نه محدود به ارائه خدمات مترجم کتبی، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا تماس TTY (تلفن متنی یا تلفن تله‌تایپ) می‌شود.

در طرح ما مترجم شفاهی رایگان در دسترس است تا به سؤالات اعضای غیرانگلیسی‌زبان پاسخ دهد. ما همچنین محتوایی به زبان‌هایی به غیر از انگلیسی داریم که در محدوده ارائه خدمات طرح به آن زبان‌ها صحبت می‌شوند. همچنین می‌توانیم در صورت نیاز شما و به رایگان اطلاعات را در قالب های صوتی، بریل، چاپ درشت، یا سایر قالب‌های جایگزین ارائه دهیم. ما موظفیم اطلاعات مربوط به مزایای طرح را در قالبی که برای شما مناسب و قابل دسترسی است ارائه دهیم. برای کسب اطلاعات از ما به شیوه‌ای که برای شما مناسب است، لطفاً با "خدمات اعضا" تماس بگیرید.

طرح ما موظف است به ثبت‌نام‌شدگان خانم گزینه دسترسی مستقیم به متخصص سلامت بانوان در داخل شبکه و برای خدمات مراقبت سلامت پیشگیرانه و روتین بانوان را بدهد.

اگر برای تخصصی، ارائه دهنده‌ای در شبکه طرح موجود نباشند، این مسئولیت طرح است تا ارائه‌دهندگان متخصص خارج از شبکه‌ای را بیابد که خدمات لازم را به شما می‌دهند. در اینصورت، شما فقط تسهیم هزینه درون-شبکه را خواهید پرداخت. اگر وضعیتی برایتان پیش بیاید که هیچ متخصصی در شبکه وجود نداشته باشد تا خدمات مورد نیاز شما را ارائه دهد، با طرح تماس بگیرید تا اطلاعات مربوط به جایی را به شما بدهد که باید برای دریافت این خدمات با تسهیم هزینه درون-شبکه به آن مراجعه کنید.

اگر در کسب اطلاعات از طرح خود در قالبی که برای شما در دسترس و مناسب است با مشکل مواجهید، لطفاً برای طرح شکایت با "خدمات اعضا" تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Right به شماره 1-800-368-1019 یا TTY به شماره 1-800-537-7697 شکایتی را نزد Medicare مطرح کنید.

القسم 1.2 يجب أن نضمن حصولك على إمكانية الوصول إلى الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب

لديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) في شبكة الخطة لتقديم خدماتك الخاضعة للتغطية وإجراءات الترتيبات اللازمة لها. لديك أيضًا الحق في الذهاب إلى اختصاصي صحة المرأة (مثل، طبيب أمراض النساء) دون إحالة.

لديك الحق في الحصول على المواعيد والخدمات الخاضعة للتغطية من شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بالخطة خلال فترة زمنية معقولة. وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من المتخصصين عندما كنت في حاجة إلى تلك الرعاية. لديك أيضًا الحق في صرف الوصفات الطبية أو إعادة صرفها من أي من صيدليات الشبكة لدينا دون عمليات تأخير طويلة.

إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على الرعاية الطبية أو أدوية Part D خلال فترة زمنية معقولة، يوضح لك الفصل 9 ما يمكنك القيام به.

القسم 1.3 يجب حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية بموجب هذه القوانين.

- تتضمن معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات الشخصية التي قدمتها إلينا عند التسجيل في هذه الخطة بالإضافة إلى سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الطبية والصحية.
- لديك حقوق متعلقة بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية. نقدم إليك إشعارًا كتابيًا، يسمى إشعار ممارسة الخصوصية الذي يخبرك بهذه الحقوق ويوضح كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية.

كيف يمكننا حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية؟

- نتأكد من أن الأشخاص غير المصرح لهم لا يرون سجلاتك أو يقومون بتغييرها.
- باستثناء الظروف المذكورة أدناه، إذا كنا نرغب في تقديم معلوماتك الصحية إلى أي شخص لا يقدم الرعاية لك أو يدفع مقابل الرعاية التي تتلقاها، فنحن مطالبون بالحصول على إذن كتابي منك أو من شخص منحت السلطة القانونية لاتخاذ القرارات نيابةً عنك أولاً.
- هناك بعض الاستثناءات التي لا تتطلب منا الحصول على إذن كتابي أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.
 - نحن مطالبون بنشر المعلومات الصحية للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية.
 - نظرًا إلى أنك عضو في خطتنا من خلال برنامج Medicare، فنحن مطالبون بإعطاء Medicare معلوماتك الصحية بما في ذلك، معلومات حول الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D. إذا أصدر برنامج Medicare معلوماتك للبحث أو لاستخدامات أخرى، فسيتم ذلك وفقًا للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ ويتطلب ذلك عادةً عدم مشاركة المعلومات التي تحدد هويتك على وجه التحديد.

يمكنك رؤية المعلومات في سجلاتك ومعرفة كيفية مشاركتها مع الآخرين

لديك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية المحفوظة في الخطـة والحصول على نسخة من سجلاتك. يُسمح لنا بتحصيل رسوم مقابل عمل نسخ. لديك أيضًا الحق في أن تطلب منا إجراء إضافات أو تصحيحات على سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فسوف نعمل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان يجب إجراء التغييرات أم لا.

لديك الحق في معرفة كيفية مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي أغراض غير روتينية.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.4 يجب أن نقدم إليك معلومات حول الخطـة وشبكة مقدمي الرعاية الخاصة بها والخدمات الخاضعة للتغطية

لديك الحق في الحصول على العديد من أنواع المعلومات منا بصفتك عضوًا في خطتنا.

إذا كنت تريد الحصول على أي من أنواع المعلومات الآتية، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء:

- **معلومات عن خطتنا.** وهذا يشمل، على سبيل المثال، معلومات عن الوضع المالي للخطـة.
- **معلومات حول موفري الشبكات والصيدليات لدينا.** لديك الحق في الحصول على معلومات حول مؤهلات مقدمي الرعاية والصيدليات في شبكتنا وكيف ندفع لمقدمي الرعاية في شبكتنا.
- **معلومات حول التغطية الخاصة بك والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند استخدام التغطية الخاصة بك.** ويقدم الفصلان 3 و4 معلومات حول الخدمات الطبية. يقدم الفصلان 5 و6 معلومات حول تغطية الأدوية الموصوفة بموجب Part D.

○ **ملاحظة:** لا تكافئ خطتنا الممارسين أو مقدمي الرعاية أو الموظفين الذين يقومون بإجراء مراجعات الاستخدام، بما في ذلك المراجعات الخاصة بالمؤسسات المنتدبة. تعتمد عملية اتخاذ القرار المتعلقة بقسم إدارة الاستخدام (UM) فقط على مدى ملاءمة الرعاية والخدمة ووجود التغطية. بالإضافة إلى ذلك، لا تكافئ الخطـة الممارسين أو الأفراد الآخرين على وجه التحديد لإصدارهم رفض التغطية. الحوافز المالية لصناع القرار في قسم إدارة الاستخدام (UM) لا تشجع القرارات التي تؤدي إلى قصور في الاستخدام.

- **معلومات حول سبب عدم تغطية شيء ما وما يمكنك القيام به حيال ذلك.** يقدم الفصل 9 معلومات حول طلب تفسير كتابي حول سبب عدم تغطية الخدمة الطبية أو أدوية Part D أو إذا كانت تغطيتك مقيدة. كما يقدم الفصل 9 معلومات حول مطالبتنا بتغيير القرار، ويُسمى ذلك أيضًا بالاستئناف.

القسم 1.5 يجب أن ندعم حقك في اتخاذ القرارات بشأن الرعاية التي تتلقاها

لديك الحق في معرفة الخيارات العلاجية المتاحة لك والمشاركة في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها

لديك الحق في الحصول على معلومات كاملة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المعالجين لك. يجب على مقدمي الرعاية توضيح حالتك الطبية والخيارات العلاجية المتاحة لك بطريقة يمكنك استيعابها.

لديك الحق أيضاً في المشاركة الكاملة في القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي تتلقاها. تشمل حقوقك ما يأتي لمساعدتك على اتخاذ قرارات مع الطبيب المعالج لك حول أفضل علاج من أجلك:

- **لمعرفة كل الخيارات المتاحة لك.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بكل الخيارات العلاجية الموصى بها لحالتك، بصرف النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت خاضعة لتغطية خطتنا أم لا. ويشمل ذلك أيضاً إخبارك بالبرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم واستخدام الأدوية بأمان.
- **لمعرفة المخاطر.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بأي مخاطر متعلقة بالرعاية التي تتلقاها. يجب أن يتم إخبارك سابقاً إذا كانت أي رعاية طبية أو علاج مقترح جزءاً من تجربة بحثية. لديك دائماً الخيار لرفض أي علاجات تجريبية.
- **الحق في قول "لا".** لديك الحق في رفض أي علاج موصى به. ويشمل ذلك الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا نصحك طبيبك بعدم المغادرة. لديك أيضاً الحق في التوقف عن تناول دوائك. بالطبع، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فأنت تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لجسمك نتيجة لذلك.

لديك الحق في إعطاء تعليمات حول ما يجب القيام به إذا كنت عاجزاً عن اتخاذ القرارات الطبية لنفسك

في بعض الأحيان، يصبح الأشخاص عاجزين عن اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. لديك الحق في قول ما تريد أن يحدث إذا كنت في هذا الموقف. وهذا يعني أنه، إذا أردت ذلك، فيمكنك:

- ملء نموذج كتابي لمنح شخص ما السلطة القانونية لاتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك إذا أصبحت عاجزاً عن اتخاذ القرارات بنفسك.
- **منح الأطباء المعالجين لك تعليمات مكتوبة حول الطريقة التي تريدهم أن يتعاملوا بها مع الرعاية الطبية التي تتلقاها** إذا أصبحت عاجزاً عن اتخاذ القرارات بنفسك.

المستندات القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهاتك سابقاً في هذه الحالات تُسمى التوجيهات السابقة. هناك أنواع مختلفة من التوجيهات السابقة وأسماء مختلفة لها. تُعد المستندات التي تسمى وصية الحياة والوكالة القانونية للرعاية الصحية أمثلة على التوجيهات السابقة.

إذا أردت استخدام توجيه سابق لإعطاء تعليماتك، فإليك ما ينبغي القيام به:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج توجيه سابق من محاميك أو من أحد الاختصاصيين الاجتماعيين أو من بعض متاجر المستلزمات المكتبية. يمكنك أحياناً الحصول على نماذج التوجيه السابق من المؤسسات التي تقدم معلومات إلى الأشخاص حول Medicare.
- **ملء النموذج والتوقيع عليه.** ضع في حسابك أنه مستند قانوني، بصرف النظر عن المكان الذي تحصل منه على هذا النموذج. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحامٍ لمساعدتك على إعداده.
- **إرسال نسخ إلى الأشخاص المناسبين.** يجب عليك إعطاء نسخة من النموذج إلى طبيبك والشخص الذي تذكره في النموذج الذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابةً عنك في حال لم تتمكن من ذلك. قد ترغب في تقديم نسخ إلى أصدقائك المقربين أو أفراد أسرته. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا كنت تعلم سابقاً أنك ذاهب إلى المستشفى، وكنت قد وقعت على توجيه سابق، فخذ نسخة معك إلى المستشفى.
- في حال دخولك إلى المستشفى، سيسألك عما إذا قمت بتوقيع نموذج توجيه سابق وإذا كان بحوزتك أم لا.
- إذا لم تكن قد وقعت على نموذج توجيه سابق، توجد لدى المستشفى نماذج متوفرة وستُسأل عما إذا كنت تريد توقيع نموذج منها.
- **يرجى العلم أن الخيار يعود لك في ملء توجيه سابق أم لا،** (وهذا يشمل ما إذا كنت تريد التوقيع على أحد هذه التوجيهات إذا كنت في المستشفى أم لا). بموجب القانون، لا يمكن لأحد أن يحرمك من الرعاية أو يمارس التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه سابق أم لا.

ماذا لو لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك؟

في حال توقيعك على توجيه سابق وكنت تعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب المدعي العام في California.

القسم 1.6 لديك الحق في تقديم الشكاوى والطلب منا بإعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف أو شكاوى وتحتاج إلى طلب تغطية أو تقديم استئناف، فإن الفصل 9 من هذا المستند يوضح لك ما يمكنك القيام به. أيًا كان ما تفعله - اطلب قرار تغطية أو تقديم استئناف أو تقديم شكوى - فنحن ملزمون بمعاملتك بإنصاف.

القسم 1.7 لديك الحق في تقديم توصيات حول حقوق الأعضاء لدينا وسياسة المسؤولية

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف بشأن الحقوق والمسؤوليات أو إذا كانت لديك اقتراحات لتحسين سياسة حقوق الأعضاء لدينا، فشارك أفكارك معنا من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.8 تقييم التقنيات الجديدة

تشمل التقنيات الجديدة الإجراءات أو الأدوية أو المنتجات البيولوجية أو الأجهزة التي تم تطويرها مؤخرًا لعلاج أمراض أو حالات معينة، أو تمثل تطبيقات جديدة للإجراءات والأدوية والمنتجات البيولوجية والأجهزة الحالية. تتبع خطتنا تحديد التغطية المحلية والوطنية التابعة لـ Medicare إذا لزم الأمر.

في ظل غياب تحديد التغطية التابع لـ Medicare، تُقِم خطتنا التقنيات الجديدة أو التطبيقات الجديدة للتقنيات الحالية لإدراجها في خطط المزايا المعمول بها لضمان تلقي الأعضاء رعاية آمنة وفعالة من خلال إجراء تقييم نقدي للأدبيات الطبية المنشورة الحالية للمنشورات الخاضعة لمراجعة الأقران بما في ذلك، المراجعات المنهجية والتجارب العشوائية المضبوطة والدراسات الحشدية ودراسات مراقبة الحالات ودراسات الاختبارات التشخيصية مع نتائج ذات دلالة إحصائية تثبت السلامة والفعالية ومراجعة المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة التي وضعتها المؤسسات الوطنية والسلطات المعترف بها. ننظر خطتنا أيضًا في الآراء والتوصيات والتقييمات من قبل الأطباء الممارسين والجمعيات الطبية المعترف بها وطنيًا بما في ذلك، جمعيات الأطباء المتخصصين أو هيئات الإجماع أو غيرها من مؤسسات تقييم البحوث أو التقنيات المعترف بها وطنيًا وتقارير ومنشورات الوكالات الحكومية (على سبيل المثال، إدارة الغذاء والدواء (FDA) ومراكز مكافحة الأمراض (CDC) والمعاهد الوطنية للصحة (NIH)).

القسم 1.9 ماذا يمكنك أن تفعل إذا كنت تعتقد أنك تعامل بشكل غير منصف أو أن حقوقك لا تُحترم؟

إذا كان الأمر يتعلق بالتمييز، فاتصل بـ Office for Civil Rights

إذا كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بشكل غير منصف أو أن حقوقك لم تُحترم بسبب العرق أو الإعاقة أو الدين أو الجنس أو الصحة أو العقيدة (المعتقدات) أو العمر أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي، فيجب عليك الاتصال بـ Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على 1-800-537-7697، أو الاتصال بمكتب الحقوق المدنية المحلي. لديك الحق في أن تتم معاملتك باحترام ويتم الإقرار بكرامتك.

هل يتعلق الأمر بشيء آخر؟

إذا كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بشكل غير منصف أو أن حقوقك لم تُحترم، ولا يتعلق الأمر بالتمييز، فيمكنك الحصول على المساعدة لحل المشكلة التي تواجهها من خلال ما يأتي:

- يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- يمكنك الاتصال ببرنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP). للحصول على مزيد من التفاصيل، انتقل إلى الفصل 2، القسم 3.
- أو يمكنك الاتصال بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (TTY 1-877-486-2048).

القسم 1.10 كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

هناك العديد من الأماكن التي يمكنك الحصول منها على مزيد من المعلومات حول حقوقك:

- يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- يمكنك الاتصال ببرنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP). للحصول على مزيد من التفاصيل، انتقل إلى الفصل 2، القسم 3.
- يمكنك الاتصال بـ Medicare.
- يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة حقوق Medicare وحساباتها أو تنزيل المنشور الخاص بها. (يمكن الاطلاع على المنشور على الموقع الآتي: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
- أو يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (TTY 1-877-486-2048).

القسم 2 تتحمل بعض المسؤوليات كعضو في الخطـة

الأمر الذي تحتاج إلى القيام به كعضو في الخطـة مدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

- تعرّف على الخدمات الخاضعة للتغطية والقواعد التي ينبغي لك اتباعها للحصول عليها. استخدم دليل التغطية هذا لمعرفة الأمور الخاضعة للتغطية من أجلك والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك.
- يُقدّم الفصلان 3 و4 تفاصيل حول الخدمات الطبية.
- يُقدّم الفصلان 5 و6 تفاصيل حول تغطية الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D.
- إذا كانت لديك أي تغطية تأمين صحي أخرى أو تغطية الأدوية الموصوفة بالإضافة إلى خطتنا، فيجب عليك إخبارنا. يوضح الفصل 1 لك كيفية تنسيق هذه المزايا.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين أنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة العضوية الخاصة بخططك وبطاقة California Medi-Cal (Medicaid) كلما حصلت على رعاية طبية أو أدوية موصوفة لك بموجب Part D.
- ساعد الأطباء المعالجين لك ومقدمي الرعاية الآخرين الذين يساعدونك من خلال منحهم المعلومات وطرح الأسئلة ومتابعة الرعاية التي تتلقاها.
- أخبر الطبيب ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المعالجين لك بمشكلاتك الصحية لمساعدتك على الحصول على أفضل رعاية. اتبع الخطط العلاجية والتعليمات التي تتفق عليها مع الأطباء المعالجين لك.
- تأكد من أن الأطباء المعالجين لك يعرفون كل الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية التي تم صرفها من دون وصفات والفيتامينات والمكملات الغذائية.

- إذا كانت لديك أي أسئلة، فتأكد من طرحها والحصول على إجابة يمكنك استيعابها. تقع على عاتقك مسؤولية فهم مشكلاتك الصحية والمساعدة على تحديد الأهداف العلاجية التي تتفق عليها مع الطبيب المعالج لك.
- **كن متفهمًا.** نتوقع من جميع أعضائنا احترام حقوق المرضى الآخرين. نتوقع منك أيضًا التصرف بطريقة تساعد على إدارة مكتب الطبيب المعالج لك والمستشفيات والمكاتب الأخرى بسلاسة.
- **ادفع ما تدين به.** بصفتك عضوًا في الخطّة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare لتظل عضوًا في الخطّة.
 - إذا كان مطلوبًا منك دفع المبلغ الإضافي لـ Part D بسبب دخولك المرتفع (كما هو مذكور في الإقرار الضريبي الأخير)، فيجب عليك الاستمرار في دفع المبلغ الإضافي مباشرةً إلى الحكومة لتظل عضوًا في الخطّة.
- **إذا انتقلت داخل منطقة الخدمة التابعة للخطّة، فنحن بحاجة إلى معرفة ذلك حتى نتمكن من تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.**
- **إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة التابعة للخطّة، فلا يمكنك البقاء عضوًا في خطتنا.**
- **إذا انتقلت، فمن المهم أيضًا إخطار الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).**

الفصل 9:

ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى
(قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

القسم 1 المقدمة

القسم 1.1 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو تخوف ما

يوضح هذا الفصل عمليات معالجة المشكلات والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها لحل مشكلتك على أمرين:

1. ما إذا كانت مشكلتك متعلقة بالمزايا التي تغطيها Medicare أو Medicaid. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة على تحديد ما إذا كنت ستستخدم عملية Medicare أم عملية Medicaid، أم كليهما، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

2. نوع المشكلة التي تواجهها:

- بالنسبة إلى بعض المشكلات، تحتاج إلى استخدام عملية قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات.
 - بالنسبة إلى المشكلات الأخرى، تحتاج إلى استخدام عملية تقديم الشكاوى؛ وتُسمى أيضاً بالتظلمات.
- وقد تمت الموافقة على هذه العمليات من قبل Medicare. تتضمن كل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب عليك وعلينا اتباعها.
- سيساعدك الدليل في القسم 3 على تحديد العملية الصحيحة لاستخدامها وما يجب عليك القيام به.

القسم 1.2 ماذا عن المصطلحات القانونية؟

هناك مصطلحات قانونية لبعض القواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية الموضحة في هذا الفصل. العديد من هذه المصطلحات غير مألوفة لمعظم الأشخاص ويمكن أن يكون من الصعب استيعابها. لتسهيل الأمور، هذا الفصل:

- يستخدم كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة. على سبيل المثال، ينص هذا الفصل بشكل عام على تقديم شكوى بدلاً من تقديم تظلم، وقرار تغطية بدلاً من تحديد المؤسسة أو تحديد التغطية أو تحديد المخاطر المحتملة ومؤسسة المراجعة المستقلة بدلاً من كيان المراجعة المستقل.
- كما يستخدم الاختصارات بأقل قدر ممكن.

ومع ذلك، قد يكون من المفيد، ومن المهم جداً في بعض الأحيان، معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة. سوف تساعدك معرفة المصطلحات التي ينبغي استخدامها على التواصل بشكل أكثر دقة للحصول على المساعدة أو المعلومات المناسبة لحالتك. ونقوم بتضمين المصطلحات القانونية عند تقديم تفاصيل التعامل مع أنواع معينة من الحالات لمساعدتك على معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

القسم 2 الأماكن التي يمكنك الحصول منها على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية

نحن على استعداد دائم لمساعدتك. فنحن ملزمون باحترام حقك في تقديم شكوى حتى إذا كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك. لذا، ينبغي لك دائماً الاتصال بخدمة العملاء للحصول على المساعدة. ولكن في بعض الحالات، قد تحتاج أيضاً إلى المساعدة أو التوجيه من شخص غير مرتبط بنا. يرد في ما يأتي كيانان يمكنهما مساعدتك.

برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP).

كل ولاية لديها برنامج حكومي مع المستشارين المدربين. البرنامج غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية. يمكن للمستشارين في هذا البرنامج مساعدتك على فهم العملية التي ينبغي استخدامها لحل المشكلة التي تواجهها. يمكنهم أيضاً الإجابة عن أسئلتك، وتقديم مزيد من المعلومات إليك، وتقديم توجيهات حول ما ينبغي القيام به.

خدمات مستشاري برنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP) مجانية. ستجد أرقام الهواتف وعناوين URL للمواقع الإلكترونية في القسم 3 من الفصل 2 في هذا المستند.

Medicare

يمكنك أيضاً الاتصال بـ Medicare للحصول على المساعدة. للاتصال بـ Medicare:

- يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- يمكنك أيضاً زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من California Medi-Cal (Medicaid).

الطريقة	California Medi-Cal (Medicaid) (برنامج California's Medicaid) - معلومات الاتصال
اتصال	1-800-541-5555 1-916-552-9200 1-916-449-5000 من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت PT، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	1-800-430-7077 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث.
مراسلة	Medi-Cal P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
الموقع الإلكتروني	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/default.aspx

القسم 3 لحل مشكلتك، ما العملية التي ينبغي لك استخدامها؟

نظرًا إلى أنك ضمن برنامج Medicare وتحصل على مساعدة من California Medi-Cal (Medicaid)، لديك عمليات مختلفة يمكنك استخدامها لحل مشكلتك أو التعامل مع الشكوى. تعتمد العملية التي تستخدمها على ما إذا كانت المشكلة متعلقة بمزايا Medicare أم مزايا California Medi-Cal (Medicaid). إذا كانت مشكلتك متعلقة بميزة خاضعة لتغطية Medicare، فينبغي لك عندئذ استخدام عملية Medicare. إذا كانت مشكلتك متعلقة بميزة خاضعة لتغطية California Medi-Cal (Medicaid)، فينبغي لك عندئذ استخدام عملية California Medi-Cal (Medicaid). إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة لتحديد ما إذا كان ينبغي لك استخدام عملية Medicare أم عملية California Medi-Cal (Medicaid)، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يتم توضيح عملية Medicare وعملية California Medi-Cal (Medicaid) في أجزاء مختلفة من هذا الفصل. استخدم الجدول أدناه لمعرفة أي جزء ينبغي لك قراءته.

هل لديك مشكلة متعلقة بمزايا Medicare أم مزايا Medicaid؟

إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة لتحديد ما إذا كانت مشكلتك متعلقة بمزايا Medicare أم مزايا Medicaid، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مشكلتي متعلقة بمزايا Medicare.

انتقل إلى القسم التالي من هذا الفصل، القسم 4، حل المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare.

مشكلتي متعلقة بتغطية Medicaid.

انتقل إلى القسم 12 من هذا الفصل، حل المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid.

المشكلات المتعلقة بمزايا MEDICARE

القسم 4 حل المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare

القسم 4.1 هل ينبغي لك استخدام عملية قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات؟ أم هل ينبغي لك استخدام عملية تقديم الشكاوى؟

إذا كانت لديك مشكلة أو خوف ما، فما عليك سوى قراءة أجزاء من هذا الفصل تنطبق على حالتك. سيساعدك الجدول الوارد أدناه على العثور على القسم المناسب من هذا الفصل للمشكلات أو الشكاوى المتعلقة بالمزايا الخاضعة لتغطية Medicare.

لمعرفة أي جزء من هذا الفصل سيساعدك على حل مشكلتك أو التعامل مع تخوفك في ما يتعلق بمزايا Medicare، استخدم هذا الجدول:

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟

يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (العناصر الطبية و/أو الخدمات و/أو الأدوية الموصوفة بموجب Part B) خاضعة للتغطية أم لا، والطريقة التي تخضع بها للتغطية، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.

نعم.

انتقل إلى القسم التالي من هذا الفصل، القسم 5، دليل أساسيات قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات.

لا.

انتقل إلى القسم 11 في نهاية هذا الفصل: كيفية تقديم شكوى حول جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف.

القسم 5 دليل أساسيات قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات

القسم 5.1 طلب قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات: الصورة الكاملة

تتعامل قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات مع المشكلات المتعلقة بالمزايا وتغطية الرعاية الطبية التي تتلقاها (الخدمات والعناصر والأدوية الموصوفة بموجب Part B، بما في ذلك المدفوعات). نشير بشكل عام إلى الخدمات والعناصر الطبية والأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B بمصطلح الرعاية الطبية لتبسيط الأمور. يمكنك استخدام عملية تقديم الاستئنافات وقرارات التغطية لحل مشكلات مثل ما إذا كان هناك أمر خاضع للتغطية أم لا والطريقة التي يخضع بها أمر ما للتغطية.

طلب قرارات التغطية قبل الحصول على المزايا

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية التي نتلقاها أو المبلغ الذي سندفعه مقابل الرعاية الطبية التي نتلقاها. على سبيل المثال، إذا قام الطبيب المعالج لك داخل الشبكة الخاصة بالخطه بإحالتك إلى اختصاصي طبي غير موجود داخل الشبكة، فنُعد هذه الإحالة قرارًا مؤاتٍ بالتغطية ما لم يتمكن الطبيب داخل الشبكة من إظهار أنك تلقيت إشعار رفض قياسيًا لهذا الاختصاصي الطبي، أو ما لم يوضح دليل التغطية أن الخدمة المشار إليها لا تخضع أبدًا للتغطية تحت أي ظرف من الظروف. يمكنك أنت أو الطبيب المعالج لك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار التغطية إذا كان الطبيب المعالج لك غير متأكد مما إذا كنا سنغطي خدمة طبية معينة أم سنرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. وبعبارة أخرى، إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي الرعاية الطبية قبل أن نتلقاها أم لا، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية من أجلك. سيتم رفض طلب قرار التغطية في ظروف محددة، ما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة على الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير كامل، أو إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابةً عنك ولكن غير مصرح له قانونيًا بذلك، أو في حال طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلب قرار التغطية، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

نحن نتخذ قرارًا بالتغطية من أجلك كلما اتخذنا قرارًا بشأن الأمور التي ستخضع للتغطية من أجلك والمبلغ الذي ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير خاضعة للتغطية أو لم تعد خاضعة للتغطية من Medicare من أجلك. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم استئناف.

تقديم استئناف

إذا اتخذنا قرارًا بالتغطية ولم تكن راضيًا عنه، سواء قبل الحصول على إحدى المزايا أو بعده، فيمكنك استئناف القرار. والاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. في ظل ظروف معينة، سنناقشها لاحقًا، يُمكنك طلب استئناف عاجل أو سريع على قرار التغطية. تتم معالجة الاستئناف من قِبل مراجعين مختلفين عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي.

عند استئناف قرار لأول مرة، فهذا يُسمى استئنافًا من المستوى 1. في هذا الاستئناف، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع القواعد بشكل صحيح أم لا. بعد الانتهاء من المراجعة، نمحك القرار الذي اتخذناه.

سيتم رفض طلب الاستئناف من المستوى 1 في ظروف محددة، ما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة على الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير كامل، أو إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابةً عنك ولكن غير مصرح له قانونيًا بذلك، أو في حال طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلب استئناف من المستوى 1، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

إذا رفضنا الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه، للحصول على الرعاية الطبية، فسينتقل الاستئناف تلقائيًا إلى الاستئناف من المستوى 2 الذي تكون مؤسسة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا مسؤولة عنه.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- لا تحتاج إلى القيام بأي شيء لبدء استئناف من المستوى 2. تتطلب قواعد Medicare أن نرسل تلقائيًا الاستئناف الذي قدمته للحصول على الرعاية الطبية إلى المستوى 2 إذا كنا لا نتفق تمامًا مع الاستئناف من المستوى 1.
 - انظر القسم 6.4 من هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستئنافات من المستوى 2.
 - بالنسبة إلى الاستئنافات المتعلقة بأدوية Part D، إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه، فستحتاج إلى طلب استئناف من المستوى 2. وتتم مناقشة الاستئنافات المتعلقة بـ Part D بصورة أكثر تفصيلًا في القسم 7 من هذا الفصل.
- إذا لم تكن راضيًا عن القرار الذي تم اتخاذه في الاستئناف من المستوى 2، فقد تتمكن من الاستمرار عبر مستويات إضافية من الاستئناف (يوضح القسم 10 في هذا الفصل عمليات الاستئناف من المستوى 3 و4 و5).

القسم 5.2 كيفية الحصول على المساعدة عندما تطلب قرارًا بالتغطية أو تُقدِّم استئنافًا

- ترد في ما يأتي الموارد المتاحة إذا قررت طلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف قرار:
- يمكنك الاتصال بنا في قسم خدمات الأعضاء.
 - يمكنك الحصول على مساعدة مجانية من برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية.
 - يمكن للطبيب المعالج لك تقديم طلب من أجلك. إذا كان الطبيب المعالج لك يساعد على تقديم استئناف من مستوى بعد المستوى 2، فيجب عليك تعيينه ممثلًا لك. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب نموذج تعيين ممثل (النموذج متاح أيضًا على موقع Medicare الإلكتروني عبر الرابط www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA).
- يمكن للطبيب المعالج لك طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف من المستوى 1 نيابةً عنك للحصول على الرعاية الطبية. إذا تم رفض الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1، فستتم إعادة توجيهه تلقائيًا إلى المستوى 2.
 - بالنسبة إلى الأدوية الموصوفة بموجب Part D، يمكن للطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف من المستوى 1 نيابةً عنك. إذا تم رفض الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1، فيمكن للطبيب المعالج لك أو الأمر بالوصفة طلب استئناف من المستوى 2.
 - يمكنك أن تطلب من شخص ما أن يتصرف نيابةً عنك. إذا كنت ترغب في ذكر اسم شخص آخر للتصرف نيابةً عنك بصفته ممثلًا لك لطلب قرار تغطية أو تقديم استئناف، فيمكنك ذلك.
 - إذا كنت تريد أن يكون أحد أصدقائك أو أقاربك أو شخص آخر ممثلًا لك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب نموذج تعيين ممثل. (النموذج متاح أيضًا على موقع Medicare الإلكتروني عبر الرابط www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط www.wellcare.com/healthnetCA). ويمنح النموذج هذا الشخص الإذن بالتصرف نيابةً عنك. يجب أن يتم التوقيع على النموذج من قبلك ومن قبل الشخص الذي ترغب في أن يتصرف نيابةً عنك. يجب أن تعطينا نسخة من النموذج الذي تم التوقيع عليه.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

○ في حين أنه يمكننا قبول طلب الاستئناف من دون النموذج، فإنه لا يمكننا بدء المراجعة أو الانتهاء منها حتى نتسلمه. إذا لم نتسلم النموذج في غضون 44 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلب الاستئناف الخاص بك (موعدنا النهائي لاتخاذ قرار بشأن الاستئناف الذي قدمته)، فسيتم رفض طلب الاستئناف. إذا حدث ذلك، فسنرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في الطلب من مؤسسة المراجعة المستقلة مراجعة قرارنا برفض الاستئناف الذي قدمته.

● **لديك الحق أيضًا في توكيل محام.** يمكنك الاتصال بالمحامي الخاص بك، أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمات الإحالة الأخرى. هناك مجموعات أيضًا ستمنحك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً. ولكن، لا يُطلب منك توكيل محامٍ لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف قرار.

القسم 5.3 أي قسم من هذا الفصل يقدم تفاصيل بشأن حالتك؟

هناك أربع حالات مختلفة تشتمل على قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات. نظرًا إلى أن كل حالة لها قواعد ومواعيد نهائية مختلفة، فنحن نقدم تفاصيل كل حالة في قسم منفصل:

- **القسم 6 من هذا الفصل:** الرعاية الطبية التي تتلقاها: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 7 من هذا الفصل:** الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 8 من هذا الفصل:** كيف تطلب منا تغطية إقامة المريض في المستشفى لمدة أطول إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيُخرجك في وقت مبكر للغاية
- **القسم 9 من هذا الفصل:** كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي في وقت مبكر للغاية (ينطبق هذا فقط على هذه الخدمات: الرعاية الصحية المنزلية والرعاية في مرفق التمريض المتخصص وخدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية ((CORF))

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب استخدامه، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة أو معلومات من المؤسسات الحكومية مثل، برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية.

القسم 6 الرعاية الطبية التي تتلقاها: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف على قرار التغطية

القسم 6.1 يوضح هذا القسم ما يجب عليك القيام به إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف رعايتك

يوضح هذا القسم استحقاقات الرعاية الطبية. يتم توضيح هذه الاستحقاقات في الفصل 4 من هذا المستند: جدول الاستحقاقات الطبية (الأمور الخاضعة للتغطية). في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب الأدوية الموصوفة بموجب Part B. في هذه الحالات، سنشرح كيف تختلف قواعد الأدوية الموصوفة بموجب Part B عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

يوضح هذا القسم ما يمكنك القيام به إذا كنت في أي من الحالات الخمس الآتية:

1. لا يمكنك الحصول على رعاية طبية معينة تريدها، وتعتقد أن هذه الرعاية خاضعة لتغطية خطتنا. **اطلب قرار تغطية. القسم 6.2.**
 2. لا توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يرغب الطبيب المعالج لك أو موفر طبي آخر في تقديمها إليك، وأنت تعتقد أن هذه الرعاية خاضعة لتغطية الخطـة. **اطلب قرار تغطية. القسم 6.2.**
 3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنها يجب أن تكون خاضعة لتغطية الخطـة، لكننا أعلننا أننا لن ندفع مقابل هذه الرعاية. **قَدِّم استئناف. القسم 6.3.**
 4. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنها يجب أن تكون خاضعة لتغطية الخطـة ودفعت مقابل الحصول عليها، وتريد أن تطلب من خطتنا تعويضك عن هذه الرعاية. **أرسل الفاتورة إلينا. القسم 6.5.**
 5. يتم إخبارك بأن تغطية الرعاية الطبية المحددة التي حصلت عليها التي تمت الموافقة عليها سابقاً سيتم الحد منها أو إيقافها، وتعتقد أن الحد من هذه الرعاية أو إيقافها يمكن أن يضر بصحتك. **قَدِّم استئناف. القسم 6.3.**
- ملاحظة:** إذا كانت التغطية التي سيتم إيقافها مخصصة للرعاية في المستشفيات أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF)، فأنت بحاجة إلى قراءة الأقسام 8 و9 من هذا الفصل. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2 خطوة بخطوة: كيفية طلب قرار تغطية

المصطلحات القانونية

عندما يتضمن قرار التغطية الرعاية الطبية التي تتلقاها، يُطلق عليه مصطلح تحديد المؤسسة. ويُسمى قرار التغطية السريع حكمًا عاجلاً.

الخطوة 1: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى قرار تغطية قياسي أم قرار تغطية سريع.

عادةً ما يتم اتخاذ قرار التغطية القياسي في غضون 14 يومًا أو 72 ساعة لأدوية Part B. يتم اتخاذ قرار التغطية السريع بشكل عام في غضون 72 ساعة، للخدمات الطبية، أو خلال 24 ساعة لأدوية Part B. للحصول على قرار تغطية سريع، يجب عليك تحقيق متطلبين:

- لا يمكنك سوى طلب تغطية الخدمات و/أو العناصر الطبية (وليس طلبات الدفع مقابل العناصر و/أو الخدمات التي تم تلقيها بالفعل).
- لا يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع إلا في حال كان استخدام المواعيد النهائية القياسية يمكن أن يسبب ضررًا خطيرًا لصحتك أو يلحق ضررًا بقدرتك على العمل.
- إذا أخبرنا الطبيب المعالج لك أن صحتك تتطلب الحصول على قرار تغطية سريع، فسوف نوافق تلقائيًا على منحك القرار.
- إذا طلبت قرار التغطية السريع بنفسك، دون دعم الطبيب المعالج لك، فسنقرر ما إذا كانت صحتك تتطلب منحك القرار أم لا. إذا لم نوافق على منحك قرار التغطية السريع، فسنرسل إليك خطابًا يوضح:
 - أننا سنستخدم المواعيد النهائية القياسية.
 - أنه إذا طلب الطبيب المعالج لك قرار التغطية السريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.
 - أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة حول قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسي بدلاً من قرار التغطية السريع الذي طلبته.

الخطوة 2: اطلب من خطتنا اتخاذ قرار تغطية أو قرار تغطية سريع.

- ابدأ بالاتصال أو إرسال خطاب أو إرسال فاكس إلى خطتنا لتقديم طلبك إلينا للحصول على تصريح بتغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو توفيرها. يمكنك أنت أو الطبيب المعالج لك أو ممثلك القيام بذلك. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 3: ننظر في طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية ونمنحك ردنا.

بالنسبة إلى قرارات التغطية القياسية، نستخدم المواعيد النهائية القياسية.

هذا يعني أننا سنمنحك ردًا في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك للحصول على خدمات أو عناصر طبية. إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B، فسنمنحك ردًا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا طلبك.

- ولكن، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمات أو عناصر طبية. إذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسوف نخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.

- إذا كنت تعتقد أننا لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. سنمنحك ردًا على شكواك بمجرد اتخاذ القرار. (تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات. انظر القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.)

بالنسبة إلى قرارات التغطية السريعة، نستخدم إطارًا زمنيًا عاجلاً

ويعني قرار التغطية السريع أننا سنرد في غضون 72 ساعة إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية. إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B، فسنرد في غضون 24 ساعة.

- ولكن، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافيًا. إذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسوف نخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.
- إذا كنت تعتقد أننا لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. (انظر القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.) سنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزئ منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية، فيمكنك تقديم استئناف.

- إذا رفضنا، فلديك الحق في أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم استئناف. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على تغطية الرعاية الطبية التي تريد أن تتلقاها. إذا قدمت استئنافًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئناف.

القسم 6.3 خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 1

المصطلحات القانونية

يُطلق على تقديم استئناف على الخطوة بشأن قرار تغطية الرعاية الطبية مصطلح إعادة النظر في الخطوة. ويُسمى الاستئناف السريع أيضًا إعادة النظر العاجلة.

الخطوة 1: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف قياسي أم استئناف سريع.

عادةً ما يتم تقديم الاستئناف القياسي في غضون 30 يومًا أو 7 أيام لأدوية Part B. يتم تقديم استئناف سريع عمومًا في غضون 72 ساعة.

- إذا كنت تستأنف قرارًا اتخذناه بشأن تغطية الرعاية التي لم تتلقها بعد، فستحتاج أنت و/أو الطبيب المعالج لك إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم استئناف سريع أم لا. إذا أخبرنا الطبيب المعالج لك بأن صحتك تتطلب استئنافًا سريعًا، فسنمنحك استئنافًا سريعًا.

- متطلبات الحصول على استئناف سريع مماثلة للمتطلبات الخاصة بالحصول على قرار تغطية سريع الواردة في القسم 6.2 من هذا الفصل.

الخطوة 2: اطلب من خطتنا تقديم استئناف أو استئناف سريع

- إذا كنت تطلب استئنافًا قياسيًّا، فقدمه كتابيًّا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- إذا كنت تطلب استئنافًا سريعًا، فقدمه كتابيًّا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 60 يومًا تقويميًّا من تاريخ الإشعار الكتابي الذي أرسلناه لإخبارك بردنا على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فوضح سبب تأخر الاستئناف عند تقديمه. قد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. قد تشمل الأمثلة على الأسباب الوجيها الإصابة بمرض خطر منك من الاتصال بنا أو إذا قدمنا إليك معلومات غير صحيحة أو غير كاملة حول الموعد النهائي لطلب الاستئناف.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات المتعلقة بالقرار الطبي الخاص بك. قد تضيف أنت والطبيب المعالج لك مزيدًا من المعلومات لدعم الاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 3: ننظر في الاستئناف الذي قدمته ونمنحك ردنا.

- عندما نراجع الاستئناف الذي قدمته، نلقي نظرة فاحصة على كل المعلومات. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك.
- سنجمع مزيدًا من المعلومات إذا لزم الأمر، وربما نتصل بك أو الطبيب المعالج لك.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة، يجب أن نمحك ردنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
- إذا طلبت مزيداً من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يوماً تقويمياً إضافياً إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمات أو عناصر طبية. إذا استغرقنا أياماً إضافية، فسوف نخبرك كتابياً. لا يمكننا أن نستغرق وقتاً إضافياً إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.
- إذا لم نمحك ردًا في غضون 72 ساعة (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة إذا استغرقنا أياماً إضافية)، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث سترأجه مؤسسة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا على تقديمها أو توفيرها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك قراراً كتابياً ونعيد توجيه الاستئناف الذي قدمته تلقائياً إلى مؤسسة المراجعة المستقلة للحصول على استئناف من المستوى 2. سنُخطر مؤسسة المراجعة المستقلة كتابياً عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب أن نمحك ردنا في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B لم تتلقه بعد، فسنمنحك ردنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك قراراً عاجلاً إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
- ولكن، إذا طلبت مزيداً من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يوماً تقويمياً إضافياً إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمات أو عناصر طبية. إذا استغرقنا أياماً إضافية، فسوف نخبرك كتابياً. لا يمكننا أن نستغرق وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.
- إذا كنت تعتقد أننا لا ينبغي أن نستغرق أياماً إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. عند تقديم شكوى سريعة، سنرد على الشكوى التي قدمتها في غضون 24 ساعة. (انظر القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.)
- إذا لم نمحك ردًا بحلول الموعد النهائي (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى الاستئناف من المستوى 2، حيث سترأجه مؤسسة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا التصريح بالتغطية أو توفيرها في غضون 30 يوماً تقويمياً إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية، أو في غضون 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك يتعلق بدواء موصوف بموجب Medicare Part B.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

إذا رفضت خطتنا الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءاً منه، فسنرسله تلقائياً إلى مؤسسة المراجعة المستقلة للحصول على استئناف من المستوى 2.

القسم 6.4 خطوة بخطوة: كيف يتم تقديم الاستئناف من المستوى 2

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويُعرف أحياناً باختصار **IRE**.

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها Medicare. وهي ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة تقرر ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحاً أم ما إذا كان ينبغي تغييره. يُشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته.

- سنرسل المعلومات حول الاستئناف الذي قدمته إلى هذه المؤسسة. هذه المعلومات تُسمى **ملف قضيتك**. لديك الحق في أن تطلب منا نسخة من ملف قضيتك.
 - لديك الحق في منح مؤسسة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لدعم الاستئناف الذي قدمته.
 - سيُلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته.
- إذا كان لديك استئناف سريع من المستوى 1، فسيكون لديك أيضاً استئناف سريع من المستوى 2**
- بالنسبة إلى الاستئناف السريع، يجب على مؤسسة المراجعة الرد على الاستئناف من المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقي الاستئناف الذي قدمته.
 - إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية وتحتاج مؤسسة المراجعة المستقلة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يوماً تقويمياً إضافياً. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.
- إذا كان لديك استئناف قياسي من المستوى 1، فسيكون لديك أيضاً استئناف قياسي من المستوى 2**
- بالنسبة إلى الاستئناف القياسي، إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية، فيجب على مؤسسة المراجعة أن تمنحك رداً على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 في غضون 30 يوماً تقويمياً من تاريخ تلقي الاستئناف الذي قدمته.
 - إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B، فيجب على مؤسسة المراجعة أن تمنحك رداً على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ تلقي الاستئناف الذي قدمته.
 - إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية وتحتاج مؤسسة المراجعة المستقلة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يوماً تقويمياً إضافياً. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 2: تمنحك مؤسسة المراجعة المستقلة ردها.

ستُخطر مؤسسة المراجعة المستقلة بقرارها كتابيًا وتوضح أسبابه.

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب، بالكامل أو جزء منه، للحصول على خدمة أو عنصر طبي، فيجب علينا التصريح بتغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو تقديم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات القياسية أو تقديم الخدمة في غضون 72 ساعة من التاريخ الذي تلقت فيه الخطأ قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب، بالكامل أو جزء منه، للحصول على دواء موصوف بموجب Medicare Part B، فيجب علينا التصريح بالدواء الموصوف بموجب Medicare Part B أو توفيره في غضون 72 ساعة بعد تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات القياسية أو في غضون 24 ساعة من تاريخ تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.

- إذا رفضت هذه المؤسسة الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بأنه لا ينبغي الموافقة على طلبك (أو جزء منه) للحصول على تغطية الرعاية الطبية. (وهذا يُسمى تأييد القرار أو رفض الاستئناف الذي قدمته). في هذه الحالة، سترسل إليك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:

○ لتوضيح قرارها.

- إخطارك بالحق في تقديم الاستئناف من المستوى 3 إذا كانت قيمة الدولار لتغطية الرعاية الطبية التي تطلبها تستوفي القيمة المحددة للحد الأدنى. سيخبرك الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة بالمبلغ الذي يجب عليك دفعه لمواصلة عملية الاستئناف بالدولار.

○ ويوضح لك كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.

الخطوة 3: إذا كانت مشكلتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات). إذا كنت ترغب في الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك ترد في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2.
- ينظر قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 6.5 ماذا لو طلبت منا السداد لك مقابل فاتورة تلقيتها للرعاية الطبية؟

إذا سبق لك الدفع مقابل خدمة Medicaid أو عنصر خاضع لتغطية الخطّة، فيُمكنك أن تطلب من خطتنا السداد لك (غالبًا ما يُطلق على عملية السداد لك مصطلح تعويضك). من حقك أن تسدد لك خطتنا كلما دفعت مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا. عندما ترسل إلينا فاتورة سبق لك دفعها، سوف نلقي نظرة على الفاتورة ونقرر ما إذا كانت تنبغي تغطية الخدمات أو الأدوية أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسنسدد لك مقابل الخدمات أو الأدوية.

طلب الحصول على تعويض هو طلب الحصول على قرار تغطية منا

إذا أرسلت إلينا الأوراق المتعلقة بطلب الحصول على تعويض، فأنت تطلب الحصول على قرار تغطية. من أجل اتخاذ هذا القرار، سنتحقق لمعرفة ما إذا كانت الرعاية الطبية التي دفعت مقابلها هي خدمة خاضعة للتغطية أم لا. سنتحقق أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت كل القواعد لاستخدام التغطية التي تتلقاها للرعاية الطبية أم لا.

- **إذا وافقنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية خاضعة للتغطية وإذا كنت قد اتبعت كل القواعد، فسنرسل إليك المدفوعات لتغطية التكلفة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الرعاية الطبية، فسنرسل المدفوعات مباشرة إلى مقدم الرعاية.
- **إذا رفضنا طلبك:** إذا لم تكن الرعاية الطبية خاضعة للتغطية، أو إذا كنت لم تتبعت كل القواعد، فلن نرسل المدفوعات. بدلاً من ذلك، سنرسل إليك خطابًا يوضح أننا لن ندفع مقابل الرعاية الطبية ونذكر الأسباب وراء ذلك.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا برفض طلبك، فيمكنك تقديم استئناف. إذا قمت بتقديم استئناف، فهذا يعني أنك تطلب منا تغيير قرار التغطية الذي اتخذناه عندما رفضنا طلبك للدفع.

لتقديم هذا الاستئناف، اتبع عملية تقديم الاستئنافات التي وضعناها في القسم 6.3. بالنسبة إلى الاستئنافات المتعلقة بالتعويض، تُرجى ملاحظة ما يأتي:

- يجب أن نمحك ردنا في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. إذا كنت تطلب منا أن ندفع إليك مقابل الرعاية الطبية التي سبق لك أن تلقيتها ودفعت مقابلها، فلا يُسمح لك بطلب استئناف سريع.
- إذا قررت مؤسسة المراجعة المستقلة أنه ينبغي لنا الدفع، فيجب علينا أن نرسل إليك أو إلى مقدم الرعاية المدفوعات في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان الرد على الاستئناف الذي قدمته بالموافقة في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف بعد المستوى 2، فيجب علينا أن نرسل إليك أو إلى مقدم الرعاية المدفوعات التي طلبتها في غضون 60 يومًا تقويميًا.

القسم 7 الأدوية الموصوفة لك بموجب Part D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف

القسم 7.1 يوضح لك هذا القسم ما يجب عليك القيام به إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على أحد أدوية Part D أو كنت تريد منا السداد لك مقابل أحد أدوية Part D

تشمل المزايا الخاصة بك تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا كي تتم تغطيته. (انظر الفصل 5 للحصول على مزيد من المعلومات حول المؤشر المقبول طبيًا.) للحصول على تفاصيل حول أدوية Part D والقواعد والقيود والتكاليف، يُرجى الاطلاع على الفصل 5. يتناول هذا القسم أدوية Part D فقط. نستخدم عمومًا مصطلح دواء في باقي القسم لتبسيط الأمور، بدلاً من تكرار مصطلح الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية أو أدوية Part D الخاضعة للتغطية في كل مرة. كما نستخدم مصطلح "قائمة الأدوية" بدلاً من قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية أو كتيب الوصفات.

- إذا كنت لا تعرف ما إذا كان الدواء خاضع للتغطية أم لا أو ما إذا كنت تستوفي القواعد، فيمكنك أن تسألنا. تتطلب بعض الأدوية الحصول على موافقة منا قبل أن نغطيها.
- إذا أخبرتك الصيدلية أن الدواء الموصوف لا يمكن صرفه كما هو مكتوب، فستقدم إليك الصيدلية إشعارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.

قرارات التغطية والاستئناف المتعلقة بـ Part D

المصطلح القانوني

يُطلق على قرار التغطية الأولي بشأن أدوية Part D مصطلح تحديد التغطية.

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية التي تتلقاها أو المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويةك. يوضح هذا القسم ما يمكنك القيام به إذا كنت في أي من الحالات الآتية:

- طلب تغطية أحد أدوية Part D غير المدرج في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بالخطه. **اطلب استثناء.**

القسم 7.2

- طلب التنازل عن القيد المفروض على تغطية الخطه لأحد الأدوية (مثل القيود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها). **اطلب استثناء.** **القسم 7.2**

- طلب الحصول على موافقة سابقة على أحد الأدوية. **اطلب قرار تغطية.** **القسم 7.4**

- الدفع مقابل الدواء الموصوف الذي سبق لك أن اشتريته. **اطلب منا السداد لك مرة أخرى.** **القسم 7.4**

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، فيمكنك استئناف قرارنا.

يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية طلب استئناف.

القسم 7.2 ما المقصود بالاستثناء؟

المصطلحات القانونية

يُطلق على طلب تغطية دواء غير مدرج في "قائمة الأدوية" أحياناً مصطلح طلب استثناء كتيب الوصفات. يُطلق على طلب إزالة أحد القيود المفروضة على تغطية أحد الأدوية أحياناً مصطلح طلب استثناء كتيب الوصفات. يُطلق على طلب دفع سعر أقل لأحد الأدوية الخاضع للتغطية وغير المفضل أحياناً طلب تحديد مستوى الاستثناء.

إذا لم تتم تغطية الدواء بالطريقة التي تريد أن تتم تغطيته بها، فيمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. الاستثناء هو أحد أنواع قرارات التغطية.

بالنسبة إلى نظرنا في طلب الاستثناء الذي قدمته، سيحتاج الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر إلى توضيح الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى الموافقة على الاستثناء. يرد في ما يأتي مثالان على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر أن يطلب منا إجراءها:

1. تغطية أحد أدوية Part D غير المدرج في "قائمة الأدوية" لدينا من أجلك. لا يمكنك طلب استثناء لمبلغ مشاركة التكلفة الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء.

2. إزالة أحد القيود المفروضة على دواء خاضع للتغطية. يوضح الفصل 5 القواعد أو القيود الإضافية التي تنطبق على بعض الأدوية المدرجة في "قائمة الأدوية" لدينا.

القسم 7.3 أمور مهمة يجب معرفتها حول طلب الاستثناءات

يجب أن يخبرنا الطبيب المعالج لك بالأسباب الطبية

يجب أن يقدم إلينا الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر بياناً يشرح الأسباب الطبية لطلب الاستثناء. لاتخاذ قرار أسرع، قم بتضمين هذه المعلومات الطبية من الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر عندما تطلب الاستثناء.

تتضمن "قائمة الأدوية" لدينا عادةً أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. ويُطلق على هذه الاحتمالات المختلفة مصطلح الأدوية البديلة. إذا كان الدواء البديل يتمتع بالفعالية نفسها للدواء الذي تطلبه ولن يسبب مزيداً من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فلن نوافق عمومًا على الطلب الذي قدمته للحصول على استثناء.

يمكننا الموافقة على طلبك أو رفضه

- إذا وافقنا على طلبك للحصول على استثناء، فعادةً ما تكون موافقتنا صالحة حتى نهاية عام الخطّة. وينطبق ذلك ما دام طبيبك يستمر في وصف الدواء لك وما دام الدواء آمناً وفعالاً في علاج حالتك.
- إذا رفضنا طلبك، فيمكنك طلب إجراء مراجعة أخرى لقرارنا من خلال تقديم استئناف.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

القسم 7.4 خطوة بخطوة: كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك طلب استثناء
المصطلح القانوني يُسمى قرار التغطية السريع تحديد التغطية العاجل.

الخطوة 1: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى قرار تغطية قياسي أم قرار تغطية سريع.

يتم اتخاذ قرارات التغطية القياسية في غضون 72 ساعة بعد تلقينا بيان الطبيب المعالج لك. يتم اتخاذ قرارات التغطية السريعة في غضون 24 ساعة بعد تلقينا بيان الطبيب المعالج لك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا أن نمنحك قرار تغطية سريعًا. للحصول على قرار تغطية سريع، يجب عليك تحقيق متطلبين:

- يجب أن تطلب دواءً لم تتلقه بعد. (لا يمكنك طلب قرار التغطية السريع لاسترداد مبلغ دفعته مقابل دواء سبق لك أن اشتريته).
- قد يؤدي استخدام المواعيد النهائية العادية إلى إلحاق ضرر بالغ بصحتك أو التأثير سلبًا في قدرتك الوظيفية.
- إذا أخبرنا الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر أن صحتك تتطلب الحصول على قرار تغطية سريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.
- إذا طلبت قرار التغطية السريع بنفسك، دون دعم الطبيب المعالج لك أو الأمر بالوصفة، فسنقرر ما إذا كانت صحتك تتطلب منحك القرار أم لا. إذا لم نوافق على منحك قرار التغطية السريع، فسنرسل إليك خطابًا يوضح:
 - أننا سنستخدم المواعيد النهائية القياسية.
 - أنه إذا كان الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر يطلب قرار التغطية السريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.
 - أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة حول قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسي بدلاً من قرار التغطية السريع الذي طلبته. سنرد على شكواك في غضون 24 ساعة من تلقيها.

الخطوة 2: اطلب قرار تغطية قياسي أو قرار تغطية سريعًا.

ابدأ بالاتصال أو إرسال خطاب أو إرسال فاكس إلى خطتنا لتقديم طلبك إلينا للحصول على تصريح بتغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو توفيرها. يمكنك أيضًا الوصول إلى عملية قرار التغطية من خلال موقعنا الإلكتروني. يجب علينا قبول أي طلب كتابي، بما في ذلك الطلب المقدم في نموذج طلب تحديد التغطية الخاص بنموذج CMS المتوفر على موقعنا الإلكتروني. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال. لمساعدتنا على معالجة طلبك، يُرجى التأكد من ذكر اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات التي تحدد المطالبة المرفوضة التي يتم استئنافها.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئناف والشكاوى)

يمكنك أنت أو الطبيب المعالج لك (أو أي أمر بالوصفة آخر) أو ممثلك القيام بذلك. يمكنك أيضًا تعيين محامٍ للتصرف نيابةً عنك. يوضح القسم 5 من هذا الفصل كيف يمكنك منح إذن كتابي لشخص آخر للتصرف بصفته ممثلًا لك.

- إذا كنت تطلب استثناءً، فقدم البيان الداعم، وهو الأسباب الطبية للحصول على الاستثناء. يمكن للطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر إرسال البيان إلينا بالفاكس أو البريد. أو يمكن للطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر إخبارنا عبر الهاتف والمتابعة من خلال إرسال بيان كتابي عبر الفاكس أو البريد إذا لزم الأمر.

الخطوة 3: ننظر في طلبك ونمنحك ردنا.

المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع

- يجب علينا عمومًا أن نمنحك ردنا في غضون 24 ساعة بعد تلقينا طلبك.
 - بالنسبة إلى الاستثناءات، سنمنحك ردنا في غضون 24 ساعة بعد تلقينا البيان الداعم من الطبيب المعالج لك. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 24 ساعة بعد تلقينا طلبك أو البيان الداعم من الطبيب المعالج لك.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. سنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار تغطية قياسي بشأن دواء لم تتلقه بعد

- يجب علينا عمومًا أن نمنحك ردنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا طلبك.
 - بالنسبة إلى الاستثناءات، سنمنحك ردنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا البيان الداعم من الطبيب المعالج لك. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا طلبك أو البيان الداعم من الطبيب المعالج لك.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. سنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

المواعيد النهائية لقرار تغطية قياسي بشأن الدفع مقابل دواء سبق لك أن اشتريته

- يجب أن نمحك ردنا في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث سترأجه مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فنحن مطالبون أيضًا بسداد المبلغ لك في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. سنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلب التغطية الذي قدمته، فيمكنك تقديم استئناف.

- إذا رفضنا، فلديك الحق في أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم استئناف. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على تغطية الأدوية التي تريدها. إذا قدمت استئنافًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئناف.

القسم 7.5	خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 1
المصطلحات القانونية	
يُطلق على تقديم استئناف على الخطـة بشأن قرار تغطية أحد أدوية Part D مصطلح إعادة الحكم في الخطـة. ويُسمى الاستئناف السريع أيضًا إعادة الحكم العاجلة.	

الخطوة 1: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف قياسي أم استئناف سريع.

عادةً ما يتم تقديم الاستئناف القياسي في غضون 7 أيام. يتم تقديم استئناف سريع عمومًا في غضون 72 ساعة. إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.

- إذا كنت تستأنف قرارًا اتخذناه بشأن دواء لم تتلقه بعد، فستحتاج أنت والطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تقديم استئناف سريع أم لا.
- متطلبات الحصول على استئناف سريع مماثلة للمتطلبات الخاصة بالحصول على قرار تغطية سريع الواردة في القسم 7.4 من هذا الفصل.

الخطوة 2: يجب عليك أنت أو ممثلك أو الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر الاتصال بنا وتقديم استئناف من المستوى 1. إذا كانت صحتك تتطلب استجابة سريعة، فيجب عليك طلب استئناف سريع.

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، أرسل طلبًا كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- للحصول على استئناف سريع ينبغي لك تقديم الاستئناف كتابيًا أو الاتصال بنا على 1-800-431-9007 (TTY: 711). يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- يجب علينا قبول أي طلب كتابي، بما في ذلك الطلب المقدم في نموذج طلب تحديد التغطية الخاص بنموذج CMS المتوفر على موقعنا الإلكتروني. يُرجى التأكد من ذكر اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لمساعدتنا على معالجة طلبك.
- يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الإشعار الكتابي الذي أرسلناه لإخبارك بردنا على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتفويته، فوضح سبب تأخر الاستئناف عند تقديمه. قد نمحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. قد تشمل الأمثلة على الأسباب الجبهة الإصابة بمرض خطر منعك من الاتصال بنا أو إذا قدمنا إليك معلومات غير صحيحة أو غير كاملة حول الموعد النهائي لطلب الاستئناف.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات في الاستئناف الذي قدمته وإضافة مزيد من المعلومات. قد تضيف أنت والطبيب المعالج لك مزيدًا من المعلومات لدعم الاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 3: ننظر في الاستئناف الذي قدمته ونمنحك ردنا.

- عندما نراجع الاستئناف الذي قدمته، نلقي نظرة فاحصة أخرى على كل المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك. قد نتصل بك أو بالطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة، يجب أن نمحك ردنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
 - إذا لم نمحك ردًا في غضون 72 ساعة، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا وكيف يمكنك استئناف قرارنا.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي لدواء لم تتلقاه بعد

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب أن نمحك ردنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك قرارنا عاجلاً إذا لم تكن قد تلقيت الدواء بعد وتتطلب حالتك الصحية القيام بذلك.
 - إذا لم نمحك قرارًا في غضون 7 أيام تقويمية، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فيجب علينا توفير التغطية في أسرع وقت تتطلبه صحتك، ولكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا وكيف يمكنك استئناف قرارنا.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي حول الدفع مقابل دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نمحك ردنا في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فنحن مطالبون أيضًا بسداد المبلغ لك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزء منه، فسنرسل إليك كتابيًا يشرح سبب رفضنا. سنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته، فسيتم عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية الاستئناف وتقديم استئناف آخر أم لا.

- إذا قررت تقديم استئناف آخر، فهذا يعني أن الاستئناف الذي قدمته سينتقل إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف.

القسم 7.6	خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 2
المصطلح القانوني	
الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو كيان المراجعة المستقل. ويُعرف أحيانًا باختصار IRE.	

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها Medicare. وهي ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة تقرر ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم ما إذا كان ينبغي تغييره. يُشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: يجب عليك (أو ممثلك أو الطبيب المعالج لك أو أي أمر بالوصفة آخر) الاتصال بمؤسسة المراجعة المستقلة وطلب مراجعة مشكلتك.

- إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1، فإن الإشعار الكتابي الذي نرسله إليك سيتضمن تعليمات حول كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة. ستوضح هذه التعليمات من يمكنه تقديم هذا الاستئناف من المستوى 2، وما المواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها، وكيفية الوصول إلى مؤسسة المراجعة. ومع ذلك، إذا لم نكمل مراجعتنا ضمن الإطار الزمني المعمول به، أو إذا اتخذنا قرارًا غير مؤاتٍ في ما يتعلق بتحديد المخاطر في إطار برنامج إدارة الأدوية لدينا، فسنقوم تلقائيًا بإعادة توجيه مطالبتك إلى IRE.
- سنرسل المعلومات حول الاستئناف الذي قدمته إلى هذه المؤسسة. هذه المعلومات تُسمى ملف قضيتك. لديك الحق في أن تطلب منا نسخة من ملف قضيتك.
- لديك الحق في منح مؤسسة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لدعم الاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 2: تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئناف والشكاوى)

سيُلقى المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب من مؤسسة المراجعة المستقلة تقديم استئناف سريع.
- إذا وافقت المؤسسة على أن تقوم بتقديم استئناف سريع، فيجب عليها أن تمنحك ردًا على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 في غضون 72 ساعة بعد تلقي طلب الاستئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب على مؤسسة المراجعة أن تمنحك ردًا على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية بعد تلقي الاستئناف إذا كان لدواء لم تتلقه بعد. إذا كنت تطلب أن ندفع إليك مقابل دواء اشتريته بالفعل، فيجب على مؤسسة المراجعة أن تمنحك ردًا على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقي طلبك.

الخطوة 3: تمنحك مؤسسة المراجعة المستقلة ردها.

بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة:

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على ما طلبته، بالكامل أو جزءًا منه، فيجب علينا تقديم تغطية الدواء التي تمت الموافقة عليها في غضون 24 ساعة بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة.

بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية:

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلبك للتغطية، بالكامل أو جزءًا منه، فيجب علينا تقديم تغطية الدواء التي تمت الموافقة عليها من قبل مؤسسة المراجعة في غضون 72 ساعة بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة.

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلبك، بالكامل أو جزءًا منه، لسداد قيمة دواء اشتريته بالفعل، فنحن مطالبون بإرسال المبلغ إليك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة.

ماذا لو رفضت مؤسسة المراجعة الاستئناف الذي قدمته؟

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

إذا رفضت هذه المؤسسة الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءاً منه، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (وهذا ما يُسمى تأييد القرار. وهو ما يُسمى أيضاً رفض الاستئناف الذي قدمه). في هذه الحالة، سترسل إليك مؤسسة المراجعة المستقلة خطاباً:

- لتوضيح قرارها.
- إخطارك بالحق في الاستئناف من المستوى 3 إذا كانت قيمة الدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها تلبي حدًا أدنى معينًا. إذا كانت قيمة الدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر والقرار في المستوى 2 نهائي.
- إخطارك بقيمة الدولار التي يجب أن تكون محل مُنازعة لمواصلة عملية الاستئناف.

الخطوة 4: إذا كانت مشكلتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات).
- إذا كنت ترغب في الانتقال إلى استئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- ينظر قاض في القانون الإداري أو محامٍ مُرخّص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة داخلية أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أنك ستخرج مبكرًا للغاية

عندما يتم إدخالك إلى المستشفى، لديك الحق في الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة للتغطية اللازمة لتشخيص مرضك وعلاجه أو علاج الإصابات.

في أثناء إقامتك الخاضعة للتغطية في المستشفى، سيعمل الطبيب المعالج لك وموظفو المستشفى معك للتخضير لليوم الذي ستغادر فيه المستشفى. سوف يساعدونك على ترتيب الرعاية التي قد تحتاج إليها بعد المغادرة.

- اليوم الذي تغادر فيه المستشفى يُسمى تاريخ الخروج.
- عندما يتم تحديد تاريخ الخروج، سيخبرك الطبيب المعالج لك أو موظفو المستشفى.
- إذا كنت تعتقد أنه يُطلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر للغاية، فيمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى وسيتم النظر في طلبك.

القسم 8.1 في أثناء إقامتك في المستشفى، ستحصل على إشعار كتابي من Medicare يخبرك بحقوقك

في غضون يومين من إدخالك إلى المستشفى، سيتم إعطاؤك إشعارًا كتابيًا يُسمى رسالة مهمة من Medicare حول حقوقك. يحصل كل شخص مسجل في برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار. إذا لم تحصل على إشعار من شخص في المستشفى (على سبيل المثال، اختصاصي الحالة أو الممرضة)، فاسأل أي موظف في المستشفى عن ذلك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. (TTY 1-877-486-2048).

1. اقرأ هذا الإشعار بعناية واطرح الأسئلة في حال عدم فهمك. يعرض لك:

- حقك في الحصول على الخدمات التي يغطيها Medicare في أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها، كما أمر الطبيب المعالج لك. وهذا يشمل الحق في معرفة ما هذه الخدمات، ومن سيدفع ثمنها، وأين يمكنك الحصول عليها.
- حقك في المشاركة في أي قرارات بشأن إقامتك في المستشفى.
- أين يمكنك الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
- حقك في طلب مراجعة فورية لقرار خروجك إذا كنت تعتقد أنك تخرج من المستشفى أبكر من اللازم. هذه طريقة رسمية وقانونية لطلب تأخير موعد خروجك حتى تتمكن من تغطية الرعاية التي تتلقاها في المستشفى لفترة أطول.

2. سيُطلب منك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك تلقيته وفهمت حقوقك.

- سيُطلب منك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
- يوضح التوقيع على الإشعار فقط أنك قد تلقيت معلومات حول حقوقك. الإشعار لا يحدد تاريخ خروجك. التوقيع على الإشعار لا يعني أنك توافق على تاريخ الخروج.

3. احتفظ بنسخة من الإشعار في متناول يدك حتى تحصل على معلومات عن تقديم استئناف (أو الإبلاغ بأي مخاوف بشأن جودة الرعاية) إذا كنت بحاجة إلى ذلك.

- إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من تاريخ خروجك، فستحصل على نسخة أخرى قبل الموعد المقرر لخروجك.
- للاطلاع على نسخة من هذا الإشعار سابقًا، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك أيضًا الاطلاع على الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

القسم 8.2 خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 لتغيير تاريخ الخروج من المستشفى

إذا كنت ترغب في طلب تغطية خدمات الرعاية للمرضى داخل المستشفيات لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام عملية الاستئناف لتقديم هذا الطلب. قبل أن تبدأ، عليك فهم ما تحتاج إلى القيام به وما هي المواعيد النهائية.

- اتبع العملية.
 - التزم بالمواعيد النهائية.
 - اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. أو اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية، وهو مؤسسة حكومية تقدم مساعدة مخصصة.
- في أثناء الاستئناف من المستوى 1، تراجع مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته. وهي تتحقق لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد ملائمًا طبيًا لحالتك أم لا.
- مؤسسة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية للتحقق والمساعدة على تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وهذا يشمل مراجعة تواريخ الخروج من المستشفى للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. هؤلاء الخبراء ليسوا جزءًا من خطتنا.
- الخطوة 1:** اتصل بمؤسسة تحسين الجودة التابعة للولاية التي تقيم فيها واطلب مراجعة فورية بخصوص الخروج من المستشفى. عليك أن تتصرف بسرعة.

كيف يمكنك التواصل مع هذه المؤسسة؟

- يوضح الإشعار الكتابي الذي تلقيته (رسالة مهمة من Medicare حول حقوقك) كيفية الوصول إلى هذه المؤسسة. أو ابحث عن اسم مؤسسة تحسين الجودة التابعة للولاية التي تقيم فيها وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

تصرف بسرعة:

- لتقديم الاستئناف، يجب عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى وفي موعد لا يتجاوز منتصف الليل في يوم خروجك.
 - إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فيمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج دون أن تتحمل تكاليف ذلك في أثناء انتظارك للحصول على القرار من مؤسسة تحسين الجودة.
 - إذا لم تلتزم بهذا الموعد النهائي، وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، فقد تضطر إلى تحمل جميع تكاليف الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة، وما زلت ترغب في الاستئناف، فيجب عليك تقديم الاستئناف مباشرة إلى خطتنا بدلاً من ذلك. للحصول على تفاصيل حول هذه الطريقة الأخرى لتقديم الاستئناف، راجع القسم 8.4 من هذا الفصل.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

بمجرد طلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، ستتصل بنا مؤسسة تحسين الجودة. عند ظهر اليوم التالي للاتصال بنا، سنقدم إليك إشعاراً مفصلاً بموعد الخروج. يوضح هذا الإشعار تاريخ الخروج المحدد ويشرح بالتفصيل الأسباب التي تجعل كلاً من الطبيب المعالج لك والمستشفى ونحن نعتقد أنه من الصواب (الملائم طبيًا) أن تخرج في ذلك التاريخ.

يمكنك الحصول على نموذج من إشعار الخروج المفصل عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 (على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع). (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048). أو يمكنك الاطلاع على نموذج الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

الخطوة 2: تجري مؤسسة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لمشكلتك.

- سيسألك اختصاصيو الرعاية الصحية في مؤسسة تحسين الجودة (المراجعون) (أو سيسألون ممثلك) عن الأسباب وراء اعتقادك بأن تغطية الخدمات يجب أن تستمر. لا ينبغي لك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب.
 - سيطلع المراجعون أيضًا على معلوماتك الطبية، والتحدث إلى الطبيب المعالج لك، ومراجعة المعلومات التي قمنا نحن والمستشفى بتقديمها إليهم.
 - عند ظهر اليوم التالي لقيام المراجعين بإخبارنا حول الاستئناف الذي قدمته، سنتلقى إشعارًا كتابيًا منّا يوضح تاريخ الخروج المحدد. يشرح هذا الإشعار أيضًا بالتفصيل الأسباب التي تجعل كلاً من الطبيب المعالج لك والمستشفى ونحن نعتقد أنه من الصواب (الملائم طبيًا) أن تخرج في ذلك التاريخ.
- الخطوة 3: ستمنحك مؤسسة تحسين الجودة ردها على الاستئناف الذي قدمته، في غضون يوم كامل بعد حصولها على كل المعلومات المطلوبة.**

ماذا يحدث إذا كان الرد بالموافقة؟

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة، فيجب أن نستمر في تقديم خدمات الرعاية للمرضى داخل المستشفيات الخاضعة للتغطية ما دامت هذه الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- سيتعين عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع أو عمليات التسديد المشترك، إذا تم تطبيقها). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود على خدمات المستشفى الخاضعة للتغطية.

ماذا يحدث إذا كان الرد بالرفض؟

- إذا رفضت مؤسسة المراجعة، فإنهم يوضحون إن تاريخ الخروج المحدد ملائم طبيًا. إذا حدث ذلك، فستنتهي تغطيتنا لخدمات رعاية المرضى داخل المستشفى عند ظهر اليوم التالي لتقديم مؤسسة تحسين الجودة ردها حول الاستئناف الذي قدمته.
- إذا رفضت مؤسسة المراجعة الاستئناف الذي قدمته وقررت البقاء في المستشفى، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهر اليوم التالي الذي تمنحك فيه مؤسسة تحسين الجودة ردها على الاستئناف الذي قدمته.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 4: إذا كان الرد على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1 بالرفض، فسيتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم استئناف آخر أم لا.

- إذا رفضت مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته وبقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، فيمكنك تقديم استئناف آخر. تعني عملية تقديم استئناف آخر أنك تنتقل إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف.

القسم 8.3 خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لتغيير تاريخ الخروج من المستشفى

في أثناء الاستئناف من المستوى 2، تطلب من مؤسسة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على قرارها بشأن الاستئناف الأول. إذا رفضت مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لإقامتك بعد تاريخ الخروج المحدد.

الخطوة 1: اتصل بمؤسسة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب مراجعة أخرى.

- يجب عليك طلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي رفضت فيه مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1. ولا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا أقمت في المستشفى بعد موعد انتهاء تغطية رعايتك.

الخطوة 2: تُجري مؤسسة تحسين الجودة مراجعة ثانية لحالتك.

- سيُلقى المراجعون في مؤسسة تحسين الجودة نظرة فاحصة أخرى على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلبك للاستئناف من المستوى 2، سيقدر المراجعون بخصوص الاستئناف الذي قدمته ويخبرونك بقرارهم.

إذا قبلت مؤسسة المراجعة:

- يجب علينا تعويضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الأول الذي قدمته. يجب أن نستمر في توفير التغطية لرعاية المرضى داخل المستشفى ما دام الأمر ضروريًا من الناحية الطبية.

- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق قيود على التغطية.

إذا رفضت مؤسسة المراجعة:

- فهذا يعني أنها توافق على القرار الذي اتخذته في الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1.
- سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه كتابيًا ما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فسوف تحتاج إلى أن تقرر ما إذا كنت تريد المضي قدماً في الاستئناف الذي قدمته بالانتقال إلى المستوى 3 أم لا.

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات). إذا كنت ترغب في الانتقال إلى استئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- ينظر قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 8.4 ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم استئناف من المستوى 1 لتغيير تاريخ الخروج من المستشفى؟

المصطلح القانوني

تُسمى المراجعة السريعة (أو الاستئناف السريع) أيضاً بالاستئناف العاجل.

يمكنك تقديم الاستئناف لنا بدلاً من ذلك

كما هو موضح أعلاه، يجب عليك التصرف بسرعة لبدء استئناف من المستوى 1 من تاريخ الخروج من المستشفى. إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة، فهناك طريقة أخرى لتقديم الاستئناف.

إذا استخدمت هذه الطريقة الأخرى لتقديم الاستئناف، فسيكون أول مستويين من الاستئناف مختلفين.

خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف بديل من المستوى 1

الخطوة 1: اتصل بنا واطلب مراجعة سريعة.

- اطلب مراجعة سريعة. هذا يعني أنك تطلب منا أن نمحك ردًا باستخدام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

الخطوة 2: نُجري مراجعة سريعة لتاريخ الخروج المحدد، ونتحقق لمعرفة ما إذا كان ملائمًا طبيًا أم لا.

- في أثناء هذه المراجعة، تُلقى نظرة على كل المعلومات حول إقامتك في المستشفى. ونتحقق لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد ملائمًا طبيًا أم لا. كما أننا نبحث في ما إذا كان القرار بشأن موعد مغادرة المستشفى عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.

الخطوة 3: نمحك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد أن تطلب مراجعة سريعة.

- إذا وافقنا على الاستئناف الذي قدمته، فهذا يعني أننا اتفقنا معك على أنك لا تزال بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج. سوف نستمر في تقديم خدمات الرعاية الطبية الخاضعة للتغطية للمرضى داخل المستشفى ما دامت ضرورية من الناحية الطبية. وهذا يعني أيضاً أننا اتفقنا على تعويضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تلقاها ستنتهي. (يجب عليك دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق قيود على التغطية.)

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته، فنحن نوضح أن تاريخ الخروج المحدد كان ملائمًا طبيًا. تنتهي تغطيتنا لخدمات الرعاية الطبية للمرضى داخل المستشفى بدءًا من اليوم الذي قررنا فيه أن التغطية ستنتهي.
 - إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.
- الخطوة 4: إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته، فسيتم إرسال مشكلتك تلقائيًا إلى المستوى التالي من عملية الاستئناف.**
- خطوة بخطوة: عملية تقديم الاستئناف البديل من المستوى 2**

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو كيان المراجعة المستقل. ويُعرف أحيانًا باختصار IRE.

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها Medicare. وهي ليست مرتبطة بخططنا وليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة تقرر ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم ما إذا كان ينبغي تغييره. يُشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: سنقوم تلقائيًا بإعادة توجيه مشكلتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.

- نحن مطالبون بإرسال المعلومات الخاصة بالاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من إخبارك بأننا نرفض الاستئناف الأول الذي قدمته. (إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بهذا الموعد النهائي أو المواعيد النهائية الأخرى، فيمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم 11 من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى.)

الخطوة 2: تُجري مؤسسة المراجعة المستقلة مراجعة سريعة للاستئناف الذي قدمته. يمنحك المراجعون ردًا في غضون 72 ساعة.

- سيقلي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته حول الخروج من المستشفى.
- إذا وافقت هذه المؤسسة على الاستئناف الذي قدمته، فيجب علينا أن ندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ تاريخ خروجك المحدد. يجب علينا أيضًا مواصلة تغطية الخطة لخدمات رعاية المرضى داخل المستشفى ما دام الأمر ضروريًا من الناحية الطبية. يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف. إذا كانت هناك قيود على التغطية، فقد يحد ذلك من المبلغ الذي سنقوم بتعويضه أو المدة التي سنواصل خلالها تغطية خدماتك.
- إذا رفضت هذه المؤسسة الاستئناف الذي قدمته، فهذا يعني أنها توافق على أن تاريخ الخروج المحدد من المستشفى كان ملائمًا طبيًا.
- سيوضح الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة كيفية بدء عملية مراجعة الاستئناف من المستوى 3، والتي يتم التعامل معها من قبل قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 3: إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا فيه أم لا.

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات). إذا رفض المراجعون الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2، فسيتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت ستوافق على قرارهم أم ستنتقل إلى الاستئناف من المستوى 3.
- يوضح القسم 10 من هذا الفصل مزيدًا من المعلومات عن عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 9 كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية إذا كنت تعتقد أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي في وقت مبكر للغاية

القسم 9.1 هذا القسم عبارة عن ثلاث خدمات فقط:
الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق التمريض المتخصص، وخدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF)

عندما تحصل على تغطية خدمات الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية التمريضية المتخصصة، أو رعاية إعادة التأهيل (مرفق شامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية)، لديك الحق في الاستمرار في الحصول على خدماتك لهذا النوع من الرعاية ما دامت هناك حاجة إلى الرعاية لتشخيص مرضك وعلاجه أو علاج الإصابة.

عندما نقرر أن الوقت قد حان للتوقف عن تغطية أي من أنواع الرعاية الثلاثة لك، نحن مطالبون بإخبارك سابقًا. عندما تنتهي تغطية هذه الرعاية، سنتوقف عن دفع تكاليفها.

إذا كنت تعتقد أننا ننهي تغطية الرعاية التي تتلقاها في وقت مبكر للغاية، فيمكنك استئناف قرارنا. يوضح هذا القسم كيفية طلب استئناف.

القسم 9.2 سنخبرك سابقًا متى ستنتهي التغطية التي تتلقاها

المصطلح القانوني

إشعار عدم تغطية Medicare. يوضح كيف يمكنك طلب استئناف عاجل. يعد تقديم استئناف عاجل طريقة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار التغطية الذي اتخذناه حول موعد إيقاف الرعاية التي تتلقاها.

1. تتلقى إشعارًا كتابيًا قبل يومين على الأقل من توقف خطتنا عن تغطية الرعاية التي تتلقاها. يوضح الإشعار:

- التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية لك.
- كيفية تقديم استئناف عاجل لتطلب منا الاستمرار في تغطية الرعاية التي تتلقاها لفترة أطول من الوقت.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

2 سيُطلب منك أنت أو أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك تلقينته. يوضح التوقيع على الإشعار فقط أنك تلقيت معلومات حول وقت توقف التغطية التي تتلقاها. التوقيع عليه لا يعني أنك توافق على قرار الخطأ بإيقاف الرعاية.

القسم 9.3 خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 للطلب من خطتنا تغطية الرعاية التي تتلقاها لفترة أطول

إذا كنت ترغب في أن تطلب منا تغطية الرعاية التي تتلقاها لفترة أطول من الوقت، فستحتاج إلى استخدام عملية الاستئناف لتقديم هذا الطلب. قبل أن تبدأ، عليك فهم ما تحتاج إلى القيام به وما هي المواعيد النهائية.

- اتبع العملية.
- التزم بالمواعيد النهائية.
- اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. أو اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية، وهو مؤسسة حكومية تقدم مساعدة مخصصة.

في أثناء الاستئناف من المستوى 1، تراجع مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته. وتقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء الرعاية التي تتلقاها ملائماً طبيًا أم لا.

الخطوة 1: تقديم الاستئناف من المستوى 1: الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة وطلب تقديم استئناف عاجل. عليك أن تتصرف بسرعة.

كيف يمكنك التواصل مع هذه المؤسسة؟

- يوضح الإشعار الكتابي الذي تلقينته (إشعار عدم تغطية Medicare) كيفية الوصول إلى هذه المؤسسة. (أو ابحث عن اسم مؤسسة تحسين الجودة التابعة للولاية التي تقيم فيها وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.)

تصرف بسرعة:

- يجب عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لبدء الاستئناف عند ظهر اليوم السابق لتاريخ السريان الوارد في إشعار عدم تغطية Medicare.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة، وما زلت ترغب في تقديم استئناف، فيجب عليك تقديم الاستئناف مباشرة إلينا بدلاً من ذلك. للحصول على تفاصيل حول هذه الطريقة الأخرى لتقديم الاستئناف، راجع القسم 9.5 من هذا الفصل.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 2: تُجري مؤسسة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لمشكلتك.

المصطلح القانوني

شرح مفصل عن عدم التغطية. إشعار يوفر تفاصيل حول أسباب إنهاء التغطية.

ماذا يحدث خلال هذه المراجعة؟

- سيسألك اختصاصيو الرعاية الصحية في مؤسسة تحسين الجودة (المراجعون) (أو سيسألون ممثلك) عن الأسباب وراء اعتقادك بأن تغطية الخدمات يجب أن تستمر. لا ينبغي لك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب.
 - ستطلع مؤسسة المراجعة أيضًا على معلوماتك الطبية والتحدث إلى الطبيب المعالج لك وتراجع المعلومات التي قدمتها خطتنا إليهم.
 - بحلول نهاية اليوم الذي نخبرنا فيه المراجعون بالاستئناف الذي قدمته، ستحصل على شرح مفصل بخصوص عدم التغطية من قبلنا يشرح بالتفصيل أسباب إنهاء تغطيتنا لخدماتك.
- الخطوة 3: في غضون يوم كامل بعد حصول المراجعين على كل المعلومات التي يحتاجون إليها، سيخبرونك بقرارهم.**

ماذا يحدث إذا ردَّ المراجعون بالموافقة؟

- إذا وافق المراجعون على الاستئناف الذي قدمته، فيجب علينا الاستمرار في تقديم خدماتك الخاضعة للتغطية ما دام الأمر ضروريًا من الناحية الطبية.
- سيتعين عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع أو عمليات التسديد المشترك، إذا تم تطبيقها). قد تكون هناك قيود على خدماتك الخاضعة للتغطية.

ماذا يحدث إذا ردَّ المراجعون بالرفض؟

- إذا رفض المراجعون، فستنتهي التغطية التي تتلقاها في التاريخ الذي أخبرناك به.
- إذا قررت الاستمرار في الحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد هذا التاريخ عندما تنتهي التغطية التي تتلقاها، فسيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك.

الخطوة 4: إذا كان الرد على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1 بالرفض، فسيتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم استئناف آخر أم لا.

- إذا رفض المراجعون الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1 - واخترت الاستمرار في الحصول على الرعاية بعد انتهاء تغطية الرعاية التي تتلقاها - فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2.

القسم 9.4 خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 للطلب من خطتنا تغطية الرعاية التي تتلقاها لفترة أطول

في أثناء الاستئناف من المستوى 2، تطلب من مؤسسة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار المتعلق بالاستئناف الأول الذي قدمته. إذا رفضت مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة مقابل الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي.

الخطوة 1: اتصل بمؤسسة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب مراجعة أخرى.

- يجب عليك طلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا بعد اليوم الذي رفضت فيه مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا واصلت الحصول على الرعاية بعد انتهاء تاريخ تغطية الرعاية.

الخطوة 2: تجري مؤسسة تحسين الجودة مراجعة ثانية لحالتك.

- سيُلقي المراجعون في مؤسسة تحسين الجودة نظرة فاحصة أخرى على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا من تلقي طلب الاستئناف الذي قدمته، سيقدر المراجعون بخصوص الاستئناف ويخبرونك بقرارهم.

ماذا يحدث إذا ردت مؤسسة المراجعة بالموافقة؟

- يجب أن نعوضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي. يجب أن نستمر في توفير تغطية الرعاية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق قيود على التغطية.

ماذا يحدث إذا ردت مؤسسة المراجعة بالرفض؟

- هذا يعني أنها توافق على القرار الذي تم اتخاذه في الاستئناف من المستوى 1.
- سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه كتابيًا ما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة. وسيوفر لك تفاصيل حول كيفية الانتقال إلى المستوى التالي من الاستئناف، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مخصص.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فسيتمتع عليك أن تقرر ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية للاستئناف بعد المستوى 2، ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات. إذا كنت ترغب في الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك ترد في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- ينظر قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخّص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 9.5 ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم الاستئناف من المستوى 1؟

يمكنك تقديم الاستئناف لنا بدلاً من ذلك

كما هو موضح أعلاه، يجب عليك التصرف بسرعة للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لبدء الاستئناف الأول (في غضون يوم أو يومين، على الأكثر). إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة، فهناك طريقة أخرى لتقديم الاستئناف. إذا استخدمت هذه الطريقة الأخرى لتقديم الاستئناف، فسيكون أول مستويين من الاستئناف مختلفين.

خطوة بخطوة: كيفية تقديم استئناف بديل من المستوى 1

المصطلح القانوني

تُسمى المراجعة السريعة (أو الاستئناف السريع) أيضاً بالاستئناف العاجل.

الخطوة 1: اتصل بنا واطلب مراجعة سريعة.

- **اطلب مراجعة سريعة.** هذا يعني أنك تطلب منا أن نمنحك ردًا باستخدام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

الخطوة 2: نُجري مراجعة سريعة للقرار الذي اتخذناه حول موعد إنهاء التغطية لخدماتك.

- في أثناء هذه المراجعة، نلقي نظرة أخرى على كل المعلومات المتعلقة بمشكلتك. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نُنَبِّع جميع القواعد عندما نحدد تاريخ إنهاء تغطية الخطة للخدمات التي كنت تتلقاها أم لا.

الخطوة 3: نمنحك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد أن تطلب مراجعة سريعة.

- **إذا وافقنا على الاستئناف الذي قدمته،** فهذا يعني أننا اتفقنا معك على أنك تحتاج إلى خدمات لفترة أطول، وسوف نستمر في تقديم خدماتك الخاضعة للتغطية ما دام الأمر ضروريًا من الناحية الطبية. وهذا يعني أيضاً أننا اتفقنا على تعويضك عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي. (يجب عليك دفع حصتنا من التكاليف وقد تنطبق قيود على التغطية.)
- **إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته،** فستنتهي التغطية التي تتلقاها في التاريخ الذي أخبرناك به ولن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- إذا واصلت الحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية في مرفق التمريض المتخصص، أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي، فسيتمتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 4: إذا رفضنا الاستئناف السريع الذي قدمته، فستنتقل مشكلتك تلقائيًا إلى المستوى التالي من عملية الاستئناف.

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويُعرف أحيانًا باختصار **IRE**.

خطوة بخطوة: عملية تقديم الاستئناف البديل من المستوى 2

في أثناء الاستئناف من المستوى 2، تُراجع مؤسسة المراجعة المستقلة القرار الذي اتخذناه بخصوص الاستئناف السريع الذي قدمته. تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان ينبغي تغيير القرار أم لا. **مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يتم توظيفها من قبل Medicare.** هذه المؤسسة ليست مرتبطة بخططنا وليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة هي شركة تم اختيارها من قبل Medicare للتعامل مع مهمة كونها مؤسسة مراجعة مستقلة. يُشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: نقوم تلقائيًا بإحالة مشكلتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.

- نحن مطالبون بإرسال المعلومات الخاصة بالاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من إخبارك بأننا نرفض الاستئناف الأول الذي قدمته. (إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بهذا الموعد النهائي أو المواعيد النهائية الأخرى، فيمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم 11 من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى.)

الخطوة 2: تُجري مؤسسة المراجعة المستقلة مراجعة سريعة للاستئناف الذي قدمته. يمنحك المراجعون ردًا في غضون 72 ساعة.

- سيُلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كل المعلومات المتعلقة بالاستئناف الذي قدمته.
- **إذا وافقت هذه المؤسسة على الاستئناف الذي قدمته،** فيجب علينا أن ندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية التي تلقاها ستنتهي. كما يجب أن نستمر في توفير تغطية الرعاية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية. يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف. إذا كانت هناك قيود على التغطية، فقد يحد ذلك من المبلغ الذي سنقوم بتعويضه أو المدة التي سواصل خلالها تغطية الخدمات.
- **إذا رفضت هذه المؤسسة الاستئناف الذي قدمته،** فهذا يعني أنها توافق على القرار الذي اتخذته خطتنا في الاستئناف الأول ولن تغيره.
- سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه كتابيًا من مؤسسة المراجعة المستقلة ما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الانتقال إلى استئناف من المستوى 3.

الخطوة 3: إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- وتوجد ثلاثة مستويات إضافية للاستئناف بعد المستوى 2، ليصبح مجموع مستويات الاستئناف خمسة مستويات. إذا كنت ترغب في الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 3، فإن التفاصيل حول كيفية القيام بذلك ترد في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- تتم مراجعة الاستئناف من المستوى 3 من قبل قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخّص. يوضح القسم 10 من هذا الفصل عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 10 الانتقال بالاستئناف الذي قدمته إلى المستوى 3 وما بعده

القسم 10.1 مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات الخدمات الطبية

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا كنت قد قدمت استئنافاً من المستوى 1 واستئنافاً من المستوى 2، وقد تم رفض كلا الاستئنافين.

إذا كانت قيمة الدولار للعنصر أو الخدمة الطبية التي قمت بالاستئناف بشأنها تلي حدًا أدنى معينًا، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الاستئناف. إذا كانت قيمة الدولار أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك الاستئناف أكثر من ذلك. سوف يشرح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الاستئناف من المستوى 2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.

وبالنسبة إلى معظم الحالات التي تنطوي على استئنافات، تعمل المستويات الثلاثة الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها تقريبًا. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الذي تقدمه لكل من هذه المستويات.

الاستئناف من المستوى 3 سيراجع قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخّص يعمل لدى الحكومة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته ويمنحك الرد.

- إذا وافق القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخّص على الاستئناف الذي قدمته، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي. على عكس القرار في الاستئناف من المستوى 2، لدينا الحق في استئناف القرار المؤاتي من المستوى 3. وإذا قررنا الاستئناف، فسيتم الانتقال إلى استئناف من المستوى 4.
 - إذا قررنا عدم الاستئناف، فيجب أن نُصرح بالرعاية الطبية أو نوفرها لك في غضون 60 يومًا تقويمياً بعد تلقي قرار القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخّص.
 - إذا قررنا استئناف القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف من المستوى 4 مع أي مستندات مصاحبة. قد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى 4 قبل التصريح بالرعاية الطبية المتنازع عليها أو تقديمها.
- إذا رفض القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخّص الاستئناف الذي قدمته، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- إذا كنت لا ترغب في الموافقة على القرار، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه ما يجب القيام به لتقديم استئناف من المستوى 4.

الاستئناف من المستوى 4 سيراجع مجلس الاستئناف التابع لـ Medicare (المجلس) الاستئناف الذي قدمته ويمنحك الرد. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- إذا كان الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا لإعادة النظر في قرار الاستئناف المؤاتي من المستوى 3، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي. على عكس القرار في المستوى 2، لدينا الحق في استئناف القرار المؤاتي من المستوى 4. وسنقرر ما إذا كنا سنستأنف هذا القرار إلى المستوى 5 أم لا.
- إذا قررنا عدم استئناف القرار، فيجب أن نُصرح لك بالرعاية الطبية أو نوفرها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد تلقي قرار المجلس.
- إذا قررنا استئناف القرار، فسنبلغك بذلك كتابيًا.
- وإذا كان الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب إعادة النظر، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
 - إذا كنت لا ترغب في الموافقة على القرار، فقد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس الاستئناف الذي قدمته، فسيوضح لك الإشعار الذي تحصل عليه ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 أم لا وكيفية الاستمرار في الاستئناف من المستوى 5.

الاستئناف من المستوى 5 سيراجع قاضٍ في محكمة المقاطعة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته.

- سيراجع قاضٍ كل المعلومات ويقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. وهذا رد نهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم 10.2 الاستئناف من المستويات 3 و4 و5 لطلبات أدوية Part D

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا كنت قد قدمت استئنافًا من المستوى 1 واستئنافًا من المستوى 2، وقد تم رفض كلا الاستئنافين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي قمت بالاستئناف بشأنه تستوفي مبلغًا معينًا من الدولارات، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الاستئناف. إذا كانت قيمة الدولار أقل، فلا يمكنك الاستئناف أكثر من ذلك. سيوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الاستئناف الذي قدمته من المستوى 2 الجهات التي يجب عليك الاتصال بها والأمور التي يتعين عليك القيام بها لطلب استئناف من المستوى 3.

وبالنسبة إلى معظم الحالات التي تنطوي على استئنافات، تعمل المستويات الثلاثة الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها تقريبًا. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الذي تقدمه لكل من هذه المستويات.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الاستئناف من المستوى 3 سيراجع قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخّص يعمل لدى الحكومة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته ويمنحك الرد.

- إذا كان الرد بالموافقة، فستنتهي عملية الاستئناف. يجب أن نُصرّح بتغطية الدواء التي تمت الموافقة عليها من قبل القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخّص أو نوفرها في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو إجراء الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا القرار.
- إذا كان الرد بالرفض، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
 - إذا كنت لا ترغب في الموافقة على القرار، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه بما يجب القيام به للاستئناف من المستوى 4.

الاستئناف من المستوى 4 سيراجع مجلس الاستئناف التابع لـ Medicare (المجلس) الاستئناف الذي قدمته ويمنحك الرد. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- إذا كان الرد بالموافقة، فستنتهي عملية الاستئناف. يجب أن نُصرّح بتغطية الدواء التي وافق عليها المجلس أو نقدمها في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو ندفع مقابلها في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا القرار.
- إذا كان الرد بالرفض، فقد تنتهي عملية الاستئناف أو قد لا تنتهي.
 - إذا قررت الموافقة على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
 - إذا كنت لا ترغب في الموافقة على القرار، فقد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس الاستئناف الذي قدمته أو رفض طلبك لمراجعة الاستئناف، فسيوضح الإشعار ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 أم لا. وسيوضح أيضًا الجهات التي يجب عليك الاتصال بها والأمور التي يتعين عليك القيام بها بعد ذلك إذا اخترت الاستمرار في الاستئناف الذي قدمته.

الاستئناف من المستوى 5 سيراجع قاضٍ في محكمة المقاطعة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته.

- سيراجع قاضٍ كل المعلومات ويقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. وهذا رد نهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم 11 كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء وغيرها من المخاوف

القسم 11.1 ما أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال عملية تقديم الشكوى؟

تُستخدم إجراءات تقديم الشكوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. ويشمل ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. في ما يأتي أمثلة على أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال إجراءات تقديم الشكوى.

شكوى	مثال
جودة الرعاية الطبية الخاصة بك	هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية في المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	هل تعدّى شخص ما على حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية؟
عدم الاحترام أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	- هل كان شخص ما غير مهذب أو غير محترم تجاهك؟ - هل أنت غير راضٍ عن قسم خدمات الأعضاء لدينا؟ - هل تشعر أنه يتم دفعك لترك الخطـة؟
أوقات الانتظار	- هل تواجه مشكلة في الحصول على موعد، أو تنتظر وقتًا طويلاً للحصول عليه؟ - هل أبقاك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المهنين الصحيين تنتظر طويلاً؟ أو هل أبقاك قسم خدمات الأعضاء لدينا أو موظفين آخرين في الخطـة تنتظر طويلاً؟ - من الأمثلة على ذلك الانتظار لفترة طويلة للغاية على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الفحص، أو للحصول على وصفة طبية.
النظافة	هل أنت غير راضٍ عن نظافة أو حالة العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب؟
المعلومات التي تحصل عليها منا	- هل فشلنا في إعطائك إشعارًا مطلوبًا؟ - هل معلوماتنا المكتوبة صعبة الفهم؟

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستثناءات والشكاوى)

شكوى	مثال
دقة التوقيت (ترتبط جميع هذه الأنواع من الشكاوى بدقة توقيت إجراءاتنا المتعلقة بقرارات التغطية والاستثناءات)	إذا كنت قد طلبت قرارًا بالتغطية أو قدمت استثناءً، وكنت تعتقد أننا لا نستجيب بسرعة كافية، فيمكنك تقديم شكوى بشأن بطننا. وفي ما يأتي أمثلة على ذلك: • إذا طلبت منا قرار تغطية سريعاً أو استثناءً سريعاً، ورفضنا ذلك؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لقرارات التغطية أو الاستثناءات؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للتغطية أو تعويضك مقابل تكاليف بعض الخدمات أو العناصر الطبية أو الأدوية التي تمت الموافقة عليها؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا فشلنا في الوفاء بالمواعيد النهائية المطلوبة لإحالة مشكلتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة؛ فيمكنك تقديم شكوى.

القسم 11.2 كيفية تقديم شكوى

المصطلحات القانونية
• تُسمى الشكوى أيضاً تظلمًا. • يُسمى تقديم شكوى أيضاً تقديم تظلم. • يُسمى استخدام إجراءات تقديم الشكاوى أيضاً استخدام عملية تقديم التظلم. • تُسمى الشكوى السريعة أيضاً التظلم العاجل.

القسم 11.3 خطوة بخطوة: تقديم شكوى

الخطوة 1: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابيًا.

- عادة ما يكون الاتصال بقسم خدمات الأعضاء هو الخطوة الأولى. إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فسوف يُعلمك قسم خدمات الأعضاء.
- إذا كنت لا ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضيًا)، فيمكنك تقديم شكواك كتابيًا وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابيًا، فسندرد عليها كتابيًا.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

- إذا لم تتمكن من حل شكواك عبر الهاتف، فلدينا إجراء رسمي لمراجعة شكواك. ونسمى هذا إجراء التظلم. لتقديم شكوى، أو إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإجراء، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. أو يمكنك إرسال طلب كتابي إلينا على عنوان البريد الإلكتروني المدرج تحت بند الشكاوى حول الرعاية الطبية أو الشكاوى حول الأدوية الموصوفة بموجب *Part D* في الفصل 2 من هذا المستند.
- إذا طلبت ردًا كتابيًا، أو إذا قدمت شكوى كتابية (تظلم)، أو إذا كانت شكواك تتعلق بجودة الرعاية، فسندرد عليك كتابيًا.
- يجب عليك تقديم شكواك في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد الحدث. يمكنك تقديم شكواك، رسميًا، كتابيًا على العنوان المدرج تحت بند الشكاوى حول الرعاية الطبية أو الشكاوى حول الأدوية الموصوفة بموجب *Part D* في الفصل 2 من هذا المستند.
- يصبح لزامًا علينا إخطارك بقرارنا بشأن شكواك في أسرع وقت تقتضيه حالتك استنادًا إلى حالتك الصحية، ولكن دون أن يتجاوز ذلك 30 يومًا تقويميًا من استلام الشكوى. يجوز لنا تمديد الإطار الزمني لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إذا طلبت التمديد، أو إذا بررنا الحاجة إلى معلومات إضافية وكان التأخير في مصلحتك.
- في بعض الحالات، لديك الحق في طلب مراجعة سريعة لشكواك. وهذا ما يُسمى إجراء التظلم العاجل. يحق لك طلب إجراء مراجعة سريعة لشكواك إذا كنت لا توافق على قرارنا في الحالات الآتية:
 - رفضنا طلبك لإجراء مراجعة سريعة لطلب الرعاية الطبية أو أدوية *Part D*.
 - رفضنا طلبك لإجراء مراجعة سريعة للاستئناف بشأن الخدمات المرفوضة أو أدوية *Part D*.
 - قررنا أن هناك حاجة إلى وقت إضافي لمراجعة طلبك للحصول على الرعاية الطبية.
 - قررنا أن هناك حاجة إلى وقت إضافي لمراجعة الاستئناف الذي قدمته بشأن رفض الرعاية الطبية.
- يُمكنك تقديم هذا النوع من الشكاوى عبر الهاتف عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. يُمكنك أيضًا تقديم الشكوى إلينا كتابيًا على العنوان المدرج تحت بند الشكاوى حول الرعاية الطبية أو الشكاوى حول الأدوية الموصوفة بموجب *Part D* في الفصل 2 من هذا المستند. بمجرد تلقينا التظلم العاجل، سيراجع الممارس السريري المشكلة لتحديد أسباب رفض طلبك للمراجعة السريعة أو إذا كان تمديد فترة مراجعة المشكلة مناسبًا. سوف نخطر بقرار المشكلة العاجلة شفهيًا وكتابيًا في غضون 24 ساعة من تلقي شكواك.
- الموعد النهائي لتقديم شكوى هو 60 يومًا تقويميًا من الوقت الذي واجهت فيه المشكلة التي تريد الشكوى منها.

الفصل 9 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

الخطوة 2: ننظر في شكواك ونمنحك ردنا.

- إذا كان ذلك ممكناً، فسوف نرد عليك على الفور. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من منحك ردًا في المكالمة الهاتفية نفسها.
- يتم الرد على معظم الشكاوى في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات وكان التأخير في مصلحتك أو إذا طلبت المزيد من الوقت، فيمكن أن يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا (إجمالي 44 يومًا تقويميًا) للرد على شكواك. إذا تطلب الأمر أيامًا إضافية، فسنخبرك كتابيًا.
- إذا قدمت شكوى لأننا رفضنا طلبك للحصول على قرار تغطية سريع أو استئناف سريع، فسنمنحك تلقائيًا شكوى سريعة. إذا كانت لديك شكوى سريعة، فهذا يعني أننا سنمنحك ردًا في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نتفق مع شكواك، بالكامل أو جزء منها، أو لم نتحمل مسؤولية المشكلة التي تشكو منها، فسنُدِرِج أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 11.4 يمكنك أيضًا تقديم شكوى حول جودة الرعاية لمؤسسة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك حول جودة الرعاية، لديك أيضًا خياران إضافيان:

- يمكنك تقديم شكواك مباشرة إلى مؤسسة تحسين الجودة. مؤسسة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية لفحص الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

أو

- يمكنك تقديم شكواك إلى كل من مؤسسة تحسين الجودة ولنا في الوقت نفسه.

القسم 11.5 يمكنك أيضًا إخبار Medicare عن شكواك

يمكنك تقديم شكوى حول خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يمكنك أيضًا الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY/TDD الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

مشكلات حول مزايا **MEDICAID** المقدمة إليك

القسم 12 معالجة المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid المقدمة إليك

إذا كنت تعتقد أنك قد حُرمت على نحو غير مُلائم من خدمة أو الدفع مقابل خدمة تغطيها Medicaid، فلديك الحق في استئناف قرارنا لـ Medicaid. لتقديم تظلم (شكوى) أو استئناف حول خدمة Medicaid، يرجى الاتصال بـ Medicaid. يمكن العثور على معلومات الاتصال في الفصل 2، القسم 6.

الفصل 10:

إنهاء عضويتك في الخطة

القسم 1 مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون إنهاء عضويتك في خطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) طوعياً (اختياريًا) أو إلزامياً (ليس اختياريًا):

- قد تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يقدم القسمان 2 و 3 معلومات حول إنهاء عضويتك طوعياً.
- هناك أيضًا حالات محدودة حيث لا تختار المغادرة، ولكن يتعين علينا إنهاء عضويتك. يوضح القسم 5 الحالات التي يجب أن ننهي فيها عضويتك.
- إذا كنت تغادر خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا في توفير الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة وستستمر في دفع حصة التكلفة الخاصة بك حتى تنتهي عضويتك.

القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

القسم 2.1 قد تكون قادرًا على إنهاء عضويتك لأنك مُشترك في برنامجي Medicaid و Medicare

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم فقط خلال أوقات معينة من السنة. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج Medicaid، فقد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التحويل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة الآتية:

- من يناير إلى مارس
- من أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

إذا انضمت إلى خطتنا خلال إحدى هذه الفترات، فسيُتعين عليك الانتظار للفترة التالية لإنهاء عضويتك أو التحويل إلى خطة مختلفة. لا يمكنك استخدام فترة التسجيل الخاصة هذه لإنهاء عضويتك في خطتنا بين شهري أكتوبر وديسمبر. ومع ذلك، يمكن لجميع الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إجراء تغييرات من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر خلال فترة التسجيل السنوية. يوضح القسم 2.2 المزيد عن فترة التسجيل السنوية.

- اختر أيًا من الأنواع الآتية من خطط Medicare:

- خطة Medicare صحية أخرى، مع تغطية الأدوية الموصوفة أو من دونها
- برنامج Original Medicare مع خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة
- برنامج Original Medicare من دون خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة
- إذا اخترت هذا الخيار، فقد يُسجّلك برنامج Medicare في خطة الدواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية الموصوفة وبقيت دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لفترة مستمرة تبلغ 63 يوماً أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في Part D إذا انضمت لاحقاً إلى خطة دواء Medicare. اتصل بمكتب Medicaid التابع للولاية التي تقيم فيها لمعرفة المزيد عن خيارات خطة Medicaid الخاصة بك (ترد أرقام الهاتف في الفصل 2، القسم 6 من هذا المستند).

- متى تنتهي عضويتك؟ تنتهي عضويتك عادة في اليوم الأول من الشهر بعد أن نتلقى طلبك لتغيير خطتك. سوف يبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة أيضاً في هذا اليوم.

القسم 2.2 يُمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية

يُمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية (المعروفة أيضاً باسم فترة التسجيل المفتوح السنوية). خلال هذا الوقت، راجع تغطية الأدوية والرعاية الصحية التي تتلقاها وقرر التغطية التي تريدها للعام المقبل.

- تمتد فترة التسجيل السنوية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر.
- اختر الاحتفاظ بالتغطية الحالية التي تتلقاها أو إجراء تغييرات على التغطية التي ستتلقاها للسنة القادمة. إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، فيمكنك اختيار أي من أنواع الخطط الآتية:
 - خطة Medicare صحية أخرى، مع تغطية الأدوية الموصوفة أو من دونها.
 - برنامج Original Medicare مع خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة

أو

- برنامج Original Medicare من دون خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة.

- ستنتهي عضويتك في خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة في 1 يناير.

إذا تلقت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع ثمن الأدوية الموصوفة: إذا قمت بالتحويل إلى برنامج Original Medicare ولم تسجل في خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة، فقد يُسجّلك برنامج Medicare في خطة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية الموصوفة وبقيت دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يوماً أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في Part D إذا انضمت لاحقاً إلى خطة دواء Medicare.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage

لديك الفرصة لإجراء تغيير واحد على التغطية الصحية الخاصة بك خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage.

- تمتد فترة التسجيل المفتوح السنوية في Medicare Advantage من 1 يناير إلى 31 مارس.
- خلال فترة التسجيل المفتوح السنوية في Medicare Advantage، يمكنك:
 - التحويل إلى خطـة أخرى تابعة لخطـة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية الموصوفة أو من دونها.
 - إلغاء التسجيل من خطتنا والحصول على تغطية من خلال برنامج Original Medicare. إذا اخترت التحويل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضاً الانضمام إلى خطـة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة في ذلك الوقت.
- ستنتهي عضويتك في اليوم الأول من الشهر بعد التسجيل في خطـة مختلفة تابعة لخطـة Medicare Advantage أو حصولنا على طلبك للتحويل إلى برنامج Original Medicare. إذا اخترت أيضاً التسجيل في خطـة Medicare للأدوية الموصوفة، فستبدأ عضويتك في خطـة الدواء في اليوم الأول من الشهر بعد أن تحصل خطـة الدواء على طلب التسجيل الخاص بك.

القسم 2.4 في حالات معينة، يُمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة

في حالات معينة، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من السنة. وهذا ما يُسمى فترة التسجيل الخاصة. قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة إذا كانت أي من الحالات الآتية تنطبق عليك. هذه مجرد أمثلة، للحصول على القائمة الكاملة، يمكنك الاتصال بالخطـة أو الاتصال بـ Medicare أو زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov):

- عادة عندما تنتقل.
- إذا كنت مُشتركاً في برنامج (California Medi-Cal (Medicaid).
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) مع دفع ثمن وصفات Medicare الطبية الخاصة بك.
- إذا خرقتنا عقدنا معك.
- إذا كنت تحصل على الرعاية في مؤسسة، مثل دار التمريض أو مستشفى يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC).
- إذا كنت مسجلاً في برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).
- ملاحظة: إذا كنت في برنامج إدارة الأدوية، فقد لا تكون قادراً على تغيير الخطـة. يوضح الفصل 5، القسم 10 المزيد عن برامج إدارة الأدوية.
- ملاحظة: يوضح القسم 2.1 المزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicaid.

تختلف الفترات الزمنية للتسجيل حسب وضعك.

لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لفترة التسجيل الخاصة أم لا، يُرجى الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير كل من تغطية رعاية Medicare الصحية وتغطية الأدوية الموصوفة. يمكنك اختيار:

- خطـة Medicare صحية أخرى مع تغطية الأدوية الموصوفة أو من دونها.
 - برنامج Original Medicare مع خطـة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة
 - أو- برنامج Original Medicare من دون خطـة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة.
- ملاحظة:** إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية الموصوفة وبقيت دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في Part D إذا انضمت لاحقًا إلى خطـة دواء Medicare.

إذا تلقيت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع ثمن الأدوية الموصوفة: إذا قمت بالتحويل إلى برنامج Original Medicare ولم تسجل في خطـة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة، فقد يُسجلك برنامج Medicare في خطـة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

تنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر بعد تلقي طلبك لتغيير خطـتك.

ملاحظة: يوضح القسمان 2.1 و 2.2 المزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشاركين في برنامجي Medicaid و Extra Help (المساعدة الإضافية).

القسم 2.5 أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول الوقت الذي يمكنك إنهاء عضويتك فيه؟

إذا كان لديك أي أسئلة حول إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- البحث عن المعلومات في كتيب Medicare وأنت لعام 2024.
- الاتصال بخطـة Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. (1-877-486-2048 TTY).

القسم 3 كيف تُنتهي عضويتك في خطتنا؟

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

إذا كنت ترغب في التحويل من خطتنا إلى:	هذا ما يجب عليك فعله:
• خطة Medicare صحية أخرى	• سجّل في خطة Medicare صحية أخرى. ستبدأ التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
• برنامج Original Medicare مع خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة	• التسجيل في خطة Medicare الجديدة للأدوية الموصوفة. ستبدأ التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
• برنامج Original Medicare من دون خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة ○ إذا قمت بالتحويل إلى برنامج Original Medicare ولم تسجل في خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة، فقد يُسجّل برنامج Medicare في خطة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي. ○ إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية الموصوفة وبقيت دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر إذا انضمت لاحقًا إلى خطة دواء Medicare.	• أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل. اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. • يمكنك أيضًا الاتصال بـ Medicare، على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، وطلب إلغاء التسجيل. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. • سيتم إلغاء تسجيلك من خطة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ التغطية التي تتلقاها في برنامج Original Medicare.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية الموصوفة وبقيت دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في Part D إذا انضمت لاحقًا إلى خطة دواء Medicare.

ل طرح أسئلة حول مزايا California Medi-Cal (Medicaid)، اتصل بـ California Medi-Cal (Medicaid) على 1-008-145-5555، و TTY على 1-008-034-7707، الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بتوقيت PT، من الاثنين إلى الجمعة. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Original Medicare في كيفية حصولك على تغطية California Medi-Cal (Medicaid).

القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يجب أن تستمر في الحصول على الخدمات والعناصر الطبية والأدوية من خلال خطتنا

حتى تنتهي عضويتك، وتبدأ تغطية Medicare و Medicaid الجديدة، يجب عليك الاستمرار في الحصول على الخدمات والعناصر الطبية والأدوية الموصوفة من خلال خطتنا.

- استمر في استخدام موفري الشبكة التابعين لنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استمر في الاستعانة بالصيدليات التابعة لشبكتنا أو الطلب عبر البريد الإلكتروني لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.
- إذا كنت محجورًا في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى موعد خروجك (حتى إذا خرجت بعد بدء التغطية الصحية الجديدة).

القسم 5 يجب أن ننهي عضويتك في الخطـة في حالات معينة

القسم 5.1 متى يجب أن ننهي عضويتك في الخطـة؟

يجب أن ننهي عضويتك في الخطـة إذا حدث أي مما يأتي:

- إذا لم تعد مُشاركًا في Medicare Part A و Medicare Part B.
- إذا لم تعد مؤهلاً لخطـة Medicaid. كما هو مذكور في الفصل 1، القسم 2.1، خطتنا للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid. إذا لم تعد تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة بخطتنا، فستنتهي عضويتك في هذه الخطـة بعد ستة أشهر. سوف تتلقى إشعارًا منا لإعلامك بنهاية عضويتك والخيارات المتاحة أمامك. إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- فترة الأهلية للخطـة التي تُعد مستمرة هي ستة أشهر. تبدأ فترة الأهلية التي تُعد مستمرة في أول الشهر التالي للشهر الذي تخرج فيه حالك من ضمن حالات الاحتياجات الخاصة.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
- إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل إليه أو تسافر إليه تابعًا لمنطقة خطتنا أم لا.
- إذا كنت معتقلًا (ذهبت إلى السجن).
- إذا لم تعد مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا شرعيًا في الولايات المتحدة.
- إذا كذبت أو حجبت معلومات حول تأمين آخر تتمتع به والذي يوفر تغطية الأدوية الموصوفة

- إذا كان مطلوباً منك دفع مبلغ Part D الإضافي بسبب دخلك ولم تدفعه، فسوف يلغي برنامج Medicare تسجيلك في خطتنا.

أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات؟

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول متى يمكننا إنهاء عضويتك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 5.2 لا يمكننا أن نطلب منك مغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يُسمح لـ Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) بالطلب منك مغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.

ماذا يجب أن تفعل إذا حدث هذا؟

إذا كنت تشعر أنه يُطلب منك مغادرة خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (TTY على 1-778-684-8402).

القسم 5.3 لديك الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فيجب علينا إبلاغك كتابةً بالأسباب التي استندنا إليها عند إنهاء عضويتك. يجب علينا أيضاً أن نشرح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك.

الفصل 11:

الإشعارات القانونية

القسم 1 إشعار حول القانون المعمول به

القانون الرئيسي الذي ينطبق على مستند دليل التغطية هو الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي واللوائح التي تم إنشاؤها بموجب قانون الضمان الاجتماعي من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid، أو نظام CMS. بالإضافة إلى ذلك، قد تنطبق قوانين فيدرالية أخرى وقوانين الولاية التي تعيش فيها، في ظل ظروف معينة. قد يؤثر ذلك في حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين القوانين أو شرحها في هذا المستند.

القسم 2 إشعار بعدم التمييز

تتوافق خطتنا الصحية مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية. نحن لا نميز على أساس العرق أو السلالة أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو الهوية أو العمر أو التوجه الجنسي أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو مجال المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الوراثية أو إثبات القابلية للتأمين أو الموقع الجغرافي ضمن منطقة الخدمة. يجب على جميع المؤسسات التي تقدم خطط Medicare Advantage، مثل خطتنا، أن تمتثل للقوانين الفيدرالية ضد التمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس العمر لعام 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والمادة 1557 من قانون الرعاية بأسعار معقولة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المؤسسات التي تحصل على التمويل الفيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد مزيد من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة، فيرجى الاتصال بـ Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (TTY على 1-800-537-7697) أو المكتب المحلي للحقوق المدنية. يمكنك أيضًا مراجعة المعلومات من مكتب Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على <http://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة على الوصول إلى الرعاية، فيرجى الاتصال بنا في قسم خدمات الأعضاء. يمكن لقسم خدمات الأعضاء تقديم المساعدة، إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق بالوصول إلى الكراسي المتحركة.

القسم 3 إشعار حول حقوق الحلول البديلة من مسدد Medicare الثاني

لدينا الحق والمسؤولية للحصول مقابل خدمات Medicare الخاضعة للتغطية والتي لا يُعد Medicare هو المسدد الأساسي لها. وفقًا للوائح CMS في CFR 42 أقسام 422.108 و 423.462، ستمارس خطتنا، بصفتنا مؤسسة Medicare Advantage، حقوق الاسترداد نفسها التي يمارسها الموظف بموجب لوائح CMS في الأجزاء الفرعية من B إلى D من الجزء 411 من CFR 42 والقواعد المنصوص عليها في هذا القسم تحل محل أي قوانين معمول بها من قبل الولاية.

القسم 4 استرداد الاستحقاقات المدفوعة من قبل خطتنا بموجب خطـة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

عندما تكون مصاباً

إذا تعرضت في أي وقت للإصابة أو المرض أو تطور الحالة المرضية بسبب أفعال شخص آخر أو شركة أو نفسك ("طرف مسؤول")، فسوف تقدم خطتنا استحقاقات للخدمات الخاضعة للتغطية التي تتلقاها.

ومع ذلك، إذا كنت تتلقى المال أو يحق لك الحصول على المال بسبب الإصابة أو المرض أو الحالة، سواء من خلال تسوية، أو حكم، أو أي مدفوعات أخرى مرتبطة بإصابتك أو مرضك أو حالتك، فتحتفظ خطتنا و/أو مقدمو العلاج بالحق في استرداد قيمة أي خدمات مقدمة إليك من خلال هذه الخطـة وفقاً لقانون الولاية المعمول به.

على النحو المستخدم في هذا البند، فإن مصطلح "الطرف المسؤول" يعني أي شخص أو كيان مسؤول بالفعل أو يحتمل أن يكون مسؤولاً عن الإصابة أو المرض أو الحالة. ويشمل مصطلح الطرف المسؤول مسؤولية الشخص أو الكيان المسؤول أو أي جهة تأمين أخرى.

بعض الأمثلة حول كيفية إصابتك أو مرضك أو تطور الحالة المرضية بسبب تصرفات الطرف المسؤول تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:

- تعرضت لحادث سيارة؛
 - انزلقت وسقطت في متجر؛
 - أو تعرضت لمادة كيميائية خطيرة في العمل.
- ينطبق حق الاسترداد في خطتنا على أي وجميع المبالغ التي تتلقاها من الطرف المسؤول، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:

- المدفوعات التي يدفعها طرف ثالث أو أي شركة تأمين نيابة عن الطرف الثالث؛
- تغطية سائق سيارة غير مؤمن عليه أو يفتقر إلى تغطية تأمينية كافية؛
- الحماية من الإصابة الشخصية، أو عدم وجود خطأ أو أي تغطية أخرى للطرف الأول؛
- تعويض العمال أو التعويض عن العجز أو التسوية؛
- تغطية المدفوعات الطبية بموجب أي بوليصة تأمين سيارات أو التغطية التأمينية لأصحاب المباني أو المنازل أو التغطية الشاملة؛
- أي تسوية أو حكم صادر عن دعوى قضائية أو إجراء قانوني آخر؛
- تلقي أي مدفوعات أخرى من أي مصدر آخر كتعويض عن أفعال الطرف المسؤول أو إهماله.

عند الموافقة على الاستحقاقات بموجب هذه الخطـة، فأنت توافق على أن خطتنا لها حق الأولوية الأولى في الحلول والتعويض الذي يتم إرفاقه عندما تدفع هذه الخطـة الاستحقاقات للخدمات الخاضعة للتغطية التي تلقيتها بسبب أفعال الطرف المسؤول أو إهماله، وتسترد أنت أو ممثلك، أو يحق لك استرداد، أي مبالغ من الطرف المسؤول.

عند الموافقة على الاستحقاقات بموجب هذه الخطـة، فأنت أيضاً (i) تتنازل لخطتنا عن حقك في استرداد النفقات الطبية من أي تغطية متاحة وحتى ما يصل إلى التكلفة الكاملة لجميع الخدمات الخاضعة للتغطية التي تقدمها الخطـة في ما يتعلق بإصابتك أو مرضك أو حالتك، و(ii) توافق على توجيه الطرف المسؤول على وجه التحديد لتعويض الخطـة مباشرة نيابةً عنك.

عند الموافقة على الاستحقاقات بموجب هذه الخطـة، فأنت تمنح خطتنا أيضاً امتيازاً ذا أولوية أولى على أي استرداد أو تسوية أو حكم، أو أي مصدر آخر للتعويض وعلى جميع التعويضات عن التكلفة الكاملة لمزايا الخدمات الخاضعة للتغطية المدفوعة بموجب الخطـة المرتبطة بإصابتك أو مرضك أو حالتك بسبب أفعال الطرف المسؤول أو إهماله. تنطبق هذه الأولوية بغض النظر عما إذا كانت المبالغ محددة خصوصاً على أنها استرداد للنفقات الطبية أم لا وبغض النظر عما إذا كان قد تم تعويضك بالكامل أو تماماً عن خسارتك أم لا. قد تسترد خطتنا التكلفة الكاملة لجميع المزايا التي توفرها هذه الخطـة دون النظر إلى أي مطالبة بالخطأ من جانبك، سواء عن طريق الإهمال المقارن أو غير ذلك. لا يجوز خصم أي أتعاب محاماة من المبلغ الذي تسترده خطتنا، ولا يُطلب من خطتنا دفع أو الإسهام في دفع تكاليف المحكمة أو أتعاب المحامي المعين لمتابعة المطالبة أو الدعوى القضائية ضد أي طرف مسؤول.

الخطوات التي يجب عليك اتخاذها

إذا كنت مصاباً أو مريضاً أو تطورت حالتك المرضية بسبب طرف مسؤول، فيجب عليك التعاون مع خطتنا و/أو جهود مقدم العلاج لاسترداد نفقاته، بما في ذلك:

- إخبار خطتنا أو مقدم العلاج، حسب الاقتضاء، باسم الطرف المسؤول وعنوانه و/أو محاميه، إذا كنت تعرف ذلك؛ واسم محاميك وعنوانه، إذا كنت تستعين بمحامٍ، واسم أي شركة تأمين معنية وعنوانها؛ وتزويدنا بوصف كيفية حدوث الإصابة أو المرض أو الحالة.
- إكمال أي معاملات ورقية قد تتطلبها خطتنا أو مقدم العلاج بشكل معقول للمساعدة على فرض الامتياز أو حق الاسترداد.
- الرد الفوري على الاستفسارات من خطتنا أو مقدم العلاج حول حالة المشكلة أو المطالبة وأي مناقشات تسوية.
- إخطار خطتنا على الفور عندما تتلقى أنت أو محاميك أي أموال من الطرف المسؤول (الأطراف) أو أي مصدر آخر.
- دفع امتياز الرعاية الصحية أو مبلغ استرداد الخطـة من أي استرداد أو تسوية أو حكم، أو أي مصدر آخر للتعويض، بما في ذلك دفع جميع التعويضات المستحقة لخطتنا عن التكلفة الكاملة للمزايا المدفوعة بموجب الخطـة المرتبطة بإصابتك، أو المرض أو الحالة بسبب طرف مسؤول بغض النظر عما إذا كان محدداً خصوصاً على أنه استرداد للنفقات الطبية أم لا وبغض النظر عما إذا كان قد تم تعويضك بالكامل أو تماماً عن خسارتك أم لا؛
- عدم القيام بأي شيء يمس حقوق خطتنا على النحو المبين أعلاه. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الامتناع عن أي محاولات لخفض أو الاستبعاد من التسوية أو استرداد التكلفة الكاملة لجميع المزايا التي تدفعها الخطـة أو أي محاولات لحرمان خطتنا من حقها ذي الأولوية الأولى في الاسترداد أو الامتياز.
- حيازة أي أموال تتلقاها أنت أو محاميك من الطرف المسؤول (الأطراف)، أو من أي مصدر آخر، على سبيل الائتمان، وتعويض خطتنا أو مقدم العلاج، حسب الاقتضاء، عن مبلغ الاسترداد المستحق للخطـة بمجرد قيامك بالدفع وقبل دفع أي من أصحاب الامتياز المحتملين الآخرين أو الأطراف الثالثة التي تدعي الحق في الاسترداد.
- أنت مطالب بالتعاون معنا في متابعة مثل هذه المبالغ المستردة أو المدفوعات الزائدة.

القسم 5 بطاقة العضوية

بطاقة العضوية الصادرة عن خطتنا بموجب دليل التغطية هذا هي لأغراض تحديد الهوية فقط. لا يمنح امتلاك بطاقة العضوية أي حق في الخدمات أو المزايا الأخرى بموجب دليل التغطية. للحصول على الخدمات أو المزايا بموجب دليل التغطية هذا، يجب أن يكون حامل البطاقة مؤهلاً للتغطية وأن يكون مسجلاً كعضو بموجب دليل التغطية. أي شخص يتلقى خدمات لا يحق له الحصول عليها بموجب دليل التغطية هذا سيكون مسؤولاً عن الدفع مقابل هذه الخدمات. يجب على العضو تقديم بطاقة عضوية الخطـة، وليس بطاقة Medicare، في وقت الخدمة. إذا كنت بحاجة إلى استبدال بطاقة العضوية الخاصة بك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY على 711).

ملاحظة: قد يتم إلغاء تسجيل أي عضو يسمح عن قصد بإساءة استخدام بطاقة العضوية أو انتهاكها لسبب ما. مطلوب من خطتنا إبلاغ مكتب المفتش العام بأي إلغاء تسجيل ينتج عن إساءة استخدام بطاقة العضوية أو انتهاكها، ما قد يؤدي إلى مقاضاة جنائية.

القسم 6 المتعاقدون المستقلون

العلاقة بين خطتنا وكل مقدم رعاية مشارك هي علاقة متعاقد مستقل. مقدمو الرعاية المشاركون ليسوا موظفين أو وكلاء لخطتنا، ولا تُعد خطتنا، ولا أي موظف في خطتنا، بمنزلة موظف أو وكيل لمقدم الرعاية المشارك. لن تكون خطتنا بأي حال من الأحوال مسؤولة عن الإهمال أو الفعل غير المشروع أو الإغفال من قبل أي مشارك أو مقدم رعاية صحية آخر. يحافظ الأطباء المشاركون، وليس خطتنا، على العلاقة بين الطبيب والمريض مع العضو. لا تُعد خطتنا مُقَدِّمًا للرعاية الصحية.

القسم 7 الاحتيال في خطة الرعاية الصحية

يتم تعريف الاحتيال في خطة الرعاية الصحية على أنه خداع أو تضليل للخطة من قبل مقدم الرعاية أو العضو أو صاحب العمل أو أي شخص يتصرف نيابة عنهم. إنها جنائية يمكن مقاضاة مرتكبيها. يمكن أن يكون أي شخص يشارك عمدًا وعن علم في نشاط يهدف إلى الاحتيال على خطة الرعاية الصحية من خلال، على سبيل المثال، تقديم مطالبة تتضمن بيانًا كاذبًا أو خادعًا، مذنبًا بارتكاب احتيال على خطة الرعاية الصحية.

إذا كنت تشعر بالقلق بشأن أي من الرسوم التي تظهر على فاتورة أو نموذج توضيح المزايا، أو إذا كنت تعرف أو تشك في أي نشاط غير قانوني، فاتصل على الخط الساخن المجاني لمكافحة الاحتيال التابع لخطتنا على 1-866-685-8664 (TTY على 711). يعمل الخط الساخن لمكافحة الاحتيال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. جميع المكالمات سرية للغاية.

القسم 8 الظروف الخارجة عن سيطرة الخطـة

يؤدي حدوث كارثة طبيعية، أو حرب، أو شغب، أو تمرد مدني، أو وباء، أو التدمير الكامل أو الجزئي للمرافق، أو الانفجار الذري أو أي إطلاق آخر للطاقة النووية، أو الإعاقة التي يعاني منها موظفو المجموعة الطبية، أو حالة الطوارئ أو غيرها من الأحداث المماثلة التي لا تقع تحت سيطرة خطتنا، إلى عدم توفر مرافق أو موظفي خطتنا لتقديم أو ترتيب الخدمات أو المزايا بموجب دليل التغطية، ويقتصر التزام الخطـة بتقديم مثل هذه الخدمات أو المزايا على شرط أن تبذل خطتنا جهدًا بحسن نية لتوفير أو الترتيب لتوفير هذه الخدمات أو المزايا ضمن التوافر الحالي لمرافقها أو موظفيها.

الفصل 12:

تعريفات المصطلحات المهمة

المركز الجراحي الجوال - المركز الجراحي الجوال هو كيان يعمل حصرياً لغرض تقديم الخدمات الجراحية للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى دخول المستشفى والذين لا تتجاوز مدة إقامتهم المتوقعة في المركز 24 ساعة.

الاستثناء - الاستثناء هو شيء تفعله إذا كنت لا توافق على قرارنا برفض طلب تغطية خدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة أو الدفع مقابل الخدمات أو الأدوية التي تلقيتها بالفعل. يُمكنك أيضاً تقديم استثناء إذا كنت لا توافق على قرارنا بوقف الخدمات التي تتلقاها.

المنتج الحيوي - هو دواء موصوف يُصنع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. وتُعد المنتجات البيولوجية أكثر تعقيداً من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها بالضبط، لذلك تسمى الأشكال البديلة بدائل حيوية. وتعمل البدائل الحيوية بالكفاءة نفسها، وهي آمنة بالقدر نفسه مثل المنتجات البيولوجية الأصلية.

البديل الحيوي - هو دواء موصوف يعد مشابهاً للغاية، ولكن ليس مطابقاً، للمنتج الحيوي الأصلي. عادة ما تعمل البدائل الحيوية بالقدر نفسه من الأمان مثل المنتج الحيوي الأصلي؛ ومع ذلك، تتطلب البدائل الحيوية عموماً وصفة طبية جديدة لتحل محل المنتج الحيوي الأصلي. وقد استوفت البدائل الحيوية المتطلبات الإضافية التي تسمح باستبدال المنتج الحيوي الأصلي بها في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة، وفقاً لقوانين الولاية.

دواء يحمل اسم علامة تجارية - دواء موصوف يتم تصنيعه وبيعه من قبل شركة الأدوية التي قامت في الأصل بالأبحاث وطورت الدواء. تحتوي الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية على تركيبة المكون النشط نفسها مثل الإصدار المكافئ من الدواء. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية المكافئة وبيعها من قبل شركات تصنيع الأدوية الأخرى ولا تتوفر بشكل عام إلا بعد انتهاء صلاحية براءة اختراع الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.

مرحلة التغطية الكارثية - هي المرحلة في عملية استحقاق أدوية Part D التي تبدأ عندما تنفق أنت (أو أطراف مؤهلة أخرى نيابةً عنك) \$8,000 على أدوية Part D الخاضعة للتغطية خلال السنة الخاضعة للتغطية. خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة لأدوية Part D الخاضعة للتغطية. أنت لا تدفع شيئاً.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) - الوكالة الفيدرالية التي تُدير Medicare.

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

الشكوى - الاسم الرسمي لتقديم شكوى هو **تقديم تظلم**. تُستخدم عملية تقديم الشكاوى لأنواع معينة من المشكلات فقط. ويشمل ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء التي تتلقاها. ويشمل أيضاً الشكاوى في حال كانت خطتك لا تتبع الفترات الزمنية في عملية الاستئناف.

مرفق شامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) - هو مرفق يوفر بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد المرض أو الإصابة، بما في ذلك العلاج الطبيعي والخدمات الاجتماعية أو النفسية وعلاج أمراض الجهاز التنفسي والعلاج الوظيفي وخدمات علم أمراض النطق والكلام، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

التسديد المشترك (أو التسديد التشاركي) - هو مبلغ قد يُطلب منك دفعه كحصة من تكلفة الإمدادات أو الخدمة الطبية، مثل زيارة الطبيب أو زيارة العيادات الخارجية في المستشفى أو الدواء الموصوف. التسديد المشترك هو مبلغ محدد (على سبيل المثال \$10)، بدلاً من نسبة مئوية.

مشاركة التكلفة - يشير مصطلح مشاركة التكلفة إلى المبالغ التي يتعين على العضو دفعها عند تلقي الخدمات أو الأدوية. وتتضمن مشاركة التكلفة أي مزيج من الأنواع الثلاثة الآتية من المدفوعات: (1) أي مبلغ قابل للاستقطاع قد تفرضه الخطة قبل تغطية الخدمات أو الأدوية؛ (2) أي مبلغ تسديد مشترك ثابت تطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين؛ أو (3) أي مبلغ تأمين مشترك، نسبة مئوية من المبلغ الإجمالي المدفوع مقابل خدمة أو دواء، الذي تتطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

تحديد التغطية - هو قرار حول ما إذا كان الدواء الموصوف لك خاضعاً للتغطية من الخطة أم لا والمبلغ المطلوب منك دفعه مقابل الوصفة الطبية، إن وجد. بشكل عام، إذا أحضرت وصفتك الطبية إلى صيدلية وأخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية غير خاضعة للتغطية في خطتك، فهذا ليس تحديد التغطية. تحتاج إلى الاتصال بخطتك أو إرسال خطاب إليها لطلب قرار رسمي حول التغطية. تُسمى قرارات تحديد التغطية بقرارات التغطية في هذا المستند.

الأدوية الخاضعة للتغطية - هو المصطلح الذي نستخدمه للتعبير عن جميع الأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا.

الخدمات الخاضعة للتغطية - هو المصطلح الذي نستخدمه للتعبير عن جميع خدمات الرعاية الصحية والمستلزمات التي تغطيها خطتنا.

تغطية الدواء الموصوف الموثوقة - تغطية الأدوية الموصوفة (على سبيل المثال، من صاحب العمل أو النقابة) التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، على الأقل بقدر تغطية الأدوية الموصوفة القياسية في Medicare. يمكن للأشخاص الذين لديهم هذا النوع من التغطية عندما يصبحون مؤهلين لبرنامج Medicare الاحتفاظ بهذه التغطية بشكل عام دون دفع غرامة، إذا قرروا التسجيل لاحقاً في تغطية Medicare للأدوية الموصوفة.

الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية المقدمة في دار التمريض أو مأوى رعاية المحتضرين أو أي مرفق آخر عندما لا تحتاج إلى رعاية طبية متخصصة أو رعاية تمييزية. تشمل الرعاية الوصائية، التي يقدمها أشخاص لا يتمتعون بمهارات مهنية أو فترة تدريب، تقديم المساعدة للقيام بأنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس والأكل والذهاب إلى السرير أو الكرسي أو النهوض والتنقل واستخدام الحمام. قد تشمل أيضاً نوع الرعاية الصحية التي يقوم بها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا يدفع برنامج Medicare مقابل الرعاية الوصائية.

المعدل اليومي لمشاركة التكلفة - قد يتم تطبيق معدل يومي لمشاركة التكلفة عندما يصف الطبيب المعالج لك أقل من شهر كامل من إمداد بعض الأدوية ويُطلب منك دفع مبلغ التسديد المشترك. المعدل اليومي لمشاركة التكلفة هو التسديد المشترك مقسوماً على عدد الأيام في الإمداد الشهري. في ما يأتي مثال: إذا كان التسديد المشترك الخاص بك لمدة شهر واحد من إمداد الدواء هو \$30، وكان الإمداد لمدة شهر واحد في خطتك هو 30 يوماً، فإن "المعدل اليومي لمشاركة التكلفة" هو \$1 في اليوم.

المبلغ القابل للاستقطاع - المبلغ الذي يجب أن تدفعه مقابل الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تسدده خطتنا.

إلغاء التسجيل - عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسم صرف الأدوية - رسوم يتم فرضها في كل مرة يتم فيها الاستغناء عن دواء خاضع للتغطية لدفع تكلفة صرف وصفة طبية، مثل الوقت الذي يستغرقه الصيدلي لإعداد الوصفة الطبية وتعبئتها.

الفرد المؤهل المزدوج - الشخص المؤهل للحصول على تغطية Medicare و Medicaid.

خطط Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) - تُسجل D-SNPs الأفراد الذين يحق لهم التمتع بكل من Medicare (الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الولاية بموجب Medicaid (الباب التاسع عشر). تُغطي الولايات بعض تكاليف Medicare، وذلك اعتمادًا على الولاية وأهلية الفرد.

المعدات الطبية القوية (DME) - بعض المعدات الطبية التي يطلبها الطبيب المعالج لك لأسباب طبية. ومن الأمثلة على ذلك المشايات، والكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب الكهربائية، ومستلزمات مرض السكري، ومضخات الحقن الوريدي، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات الأكسجين، والبخاخات، أو أسرة المستشفى التي طلبها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل.

الطوارئ - حالة الطوارئ الطبية هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي آخر مُتَزَن لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان الحياة (وإذا كنتِ امرأة حاملًا، ومعرضة لفقدان طفل لم يولد بعد)، أو في حالة فقدان أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو إصابته بإعاقة خطيرة. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

الرعاية في حالات الطوارئ - الخدمات الخاضعة للتغطية هي تلك: (1) المقدمة من قبل مقدم رعاية مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و(2) اللازمة لعلاج حالة طبية طارئة وتقييمها أو استقرارها.

دليل التغطية (EOC) ومعلومات الإفصاح - هذا المستند، إلى جانب نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أخرى أو ملحقات أو تغطية اختيارية أخرى محددة، التي تشرح التغطية التي تتلقاها، وما يجب علينا فعله، وحقوقك، وما عليك القيام به كعضو في خطتنا.

الاستثناء - نوع من أنواع قرارات التغطية الذي، إذا تمت الموافقة عليه، يسمح لك بالحصول على دواء غير مدرج في كتيب الوصفات الخاص بنا (استثناء كتيب الوصفات)، أو الحصول على دواء غير مفضل بمستوى مشاركة أقل في التكلفة (استثناء الفئات). يُمكنك أيضًا طلب استثناء إذا كانت خطتنا تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل تلقي الدواء الذي تطلبه، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء الذي تطلبه (استثناء كتيب الوصفات).

Extra Help (المساعدة الإضافية) - برنامج Medicare أو برنامج حكومي لمساعدة الأشخاص من محدودي الدخل والموارد على دفع تكاليف برنامج Medicare للأدوية الموصوفة، مثل الأقساط والمبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك.

الدواء المكافئ - دواء موصوف تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) على أنه يحتوي على المكون النشط (المكونات النشطة) نفسه كدواء يحمل اسم علامة تجارية. بشكل عام، يعمل الدواء المكافئ بالطريقة نفسها للدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية وعادة ما يكلف أقل.

التظلم – نوع من الشكاوى التي تقدمها بشأن خطتنا أو مقدمي الرعاية أو الصيدليات، بما في ذلك شكاوى تتعلق بجودة الرعاية التي تتلقاها. هذا لا يتضمن تغطية أو نزاعات الدفع.

مساعد في مجال الصحة المنزلية - الشخص الذي يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرضة أو معالج مرخص، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام، أو استخدام المراحيض، أو ارتداء الملابس، أو القيام بالتمارين المحددة).

مأوى رعاية المحتضرين - ميزة توفر معاملة خاصة للعضو الذي حصل على شهادة طبية بأنه مصاب بمرض عضال، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع يبلغ 6 أشهر أو أقل. يجب أن نقوم نحن، خطتك، بتوفير قائمة بمأوى رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت مأوى رعاية المحتضرين واستمرت في دفع الأقساط، فأنت لا تزال عضوًا في خطتنا. ولا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات الضرورية من الناحية الطبية بالإضافة إلى المزايا الإضافية التي نقدمها.

إقامة المريض في المستشفى - الإقامة في المستشفى عندما يتم إدخالك رسميًا إلى المستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا.

مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (IRMAA) – إذا كان إجمالي الدخل المعدل الخاص بك كما ورد في الإقرار الضريبي لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) منذ عامين أعلى من مبلغ معين، فستدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل، المعروف كذلك بـ IRMAA. مبلغ IRMAA هو رسوم إضافية تضاف إلى قسطك. يتأثر أقل من 5% من الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare، لذلك لن يدفع معظم الأشخاص قسطاً أعلى.

رابطة الممارسة المستقلة (IPA) – هي رابطة للأطباء، بما في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، التي تتعاقد مع الخطـة لتقديم الخدمات إلى الأعضاء. انظر .

حد التغطية الأولي - الحد الأقصى للتغطية في مرحلة التغطية الأولية.

مرحلة التغطية الأولية - هذه هي المرحلة التي تسبق وصول إجمالي تكاليف الأدوية بما في ذلك المبالغ التي دفعتها وما دفعته خطتك نيابة عنك لهذا العام إلى \$5,030.

فترة التسجيل الأولية - الفترة الزمنية التي يمكنك التسجيل خلالها في Medicare Part A و Medicare Part B، عندما تكون مؤهلاً لأول مرة للاشتراك في Medicare. إذا كنت مؤهلاً للاشتراك في Medicare عندما تبلغ 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية هي فترة 7 أشهر تبدأ قبل 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، وتشمل الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، وتنتهي بعد 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات أو "قائمة الأدوية") - قائمة الأدوية الموصوفة التي تغطيها الخطـة.

إعانة الدخل المنخفض (LIS) - انظر "Extra Help" (المساعدة الإضافية).

الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض – الحد الأقصى للتكاليف التي تتحملها خلال السنة التقويمية للحصول على خدمات Part A و Part B الخاضعة للتغطية ضمن الشبكة. لا تُحتسب المبالغ التي تدفعها لأقساط Medicare Part A و Medicare Part B والأدوية الموصوفة، ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. (ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون كذلك على مساعدة من Medicaid، عدد قليل جدًا من الأعضاء يصلون إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض).

Medicaid (أو المساعدة الطبية) – يُعد Medicaid برنامجًا مشتركًا بين الحكومة الفيدرالية والولاية والذي يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من محدودى الدخل والموارد. تختلف برامج Medicaid التابعة للولاية، ولكن يتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicaid و Medicare.

المجموعة الطبية – هي رابطة للأطباء، بما في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCPs) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، التي تتعاقد مع الخطـة لتقديم الخدمات إلى المسجلين. انظر الفصل 1، القسم 3.2.

المؤشر المقبول طبيًا – هو استخدام دواء معتمد من قِبل إدارة الغذاء والدواء أو مدعوم من قِبل بعض الكتب المرجعية.

ضروري من الناحية الطبية – الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية اللازمة للوقاية من حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها وتلبية المعايير المقبولة للممارسة الطبية.

Medicare – هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغ عمرهم 65 عامًا أو أكثر وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا الذين يعانون من إعاقات معينة والأشخاص المصابين بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (بشكل عام أولئك الذين يعانون من فشل كلوي دائم ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو زرع الكلى).

فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage – الفترة الزمنية من 1 يناير حتى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء في خطـة Medicare Advantage إلغاء تسجيلهم في الخطـة والتحويل إلى خطـة Medicare Advantage أخرى، أو الحصول على تغطية من خلال برنامج Original Medicare. إذا اخترت التحويل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطـة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة في ذلك الوقت. كما تتوفر فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage لفترة 3 أشهر بعد أن يكون الفرد مؤهلاً لأول مرة للاشتراك في Medicare.

خطـة Medicare Advantage (MA) Plan – تُسمى أحيانًا Medicare Part C. وهي خطـة مُقدمة من قبل شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتزويدك بجميع مزايا Medicare Part A و Medicare Part B. يمكن أن تكون خطـة Medicare Advantage كالاتي، (i) خطـة HMO، أو (ii) خطـة PPO، أو (iii) خطـة Private Fee-for-Service (PFFS)، أو (iv) خطـة Medicare Medical Savings Account (MSA). إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أيضًا أن تكون خطـة Medicare Advantage HMO أو خطـة PPO ضمن خطـة Special Needs Plan (SNP)). في معظم الحالات، تقدم خطط Medicare Advantage أيضًا Medicare Part D (تغطية الأدوية الموصوفة). وتُسمى هذه الخطط **خطط Medicare Advantage مع تغطية الأدوية الموصوفة**.

برنامج الخصم على فجوة تغطية Medicare – برنامج يوفر خصومات على معظم الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية في Part D الخاضع للتغطية لأعضاء Part D الذين وصلوا إلى مرحلة فجوة التغطية والذين لا يتلقون بالفعل "Extra Help" (المساعدة الإضافية). وتستند الخصومات على الاتفاقات بين الحكومة الفيدرالية وبعض الشركات المصنعة للأدوية.

الخدمات التي يغطيها Medicare – الخدمات التي تغطيها Medicare Part A و Medicare Part B. يجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية جميع الخدمات التي تغطيها Medicare Part A و Medicare Part B. لا يشمل مصطلح الخدمات التي يغطيها Medicare المزايا الإضافية، مثل الإبصار أو الأسنان أو السمع، التي قد تقدمها خطـة Medicare Advantage.

خطـة Medicare الصحية - يتم تقديم خطـة Medicare الصحية من قبل شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتوفير مزايا Part A و Part B للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والذين يسجلون في الخطـة. يشمل هذا المصطلح جميع خطط Medicare Advantage، وخطط تكلفة Medicare، وخطط Special Needs Plans، والبرامج التوضيحية/التجريبية، وبرامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).

تغطية Medicare للأدوية الموصوفة (Medicare Part D) - تأمين للمساعدة على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية واللقاحات والمنتجات الحيوية وبعض الإمدادات التي لا تغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B.

سياسة Medigap (تأمين Medicare الإضافي) - تأمين Medicare الإضافي الذي تبيعه شركات التأمين الخاصة لملء "الفجوات" في برنامج Original Medicare. تعمل سياسات Medigap فقط مع برنامج Original Medicare. (لا تمثل خطـة Medicare Advantage سياسة Medigap).

العضو (عضو في خطتنا، أو عضو الخطـة) - شخص مُشارك في برنامج Medicare ومؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية، والذي سجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS).

قسم خدمات الأعضاء - قسم ضمن خطتنا مسؤول عن الإجابة عن أسئلتك حول العضوية والمزايا والتظلم والاستئنافات.

صيدلية الشبكة - صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة من قبلهم. في معظم الحالات، يتم تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك فقط إذا تم صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا.

موفر الشبكة - مقدم الرعاية هو المصطلح العام للأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية المرخصة أو المعتمدة من قبل Medicare والولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. عقد موفرو الشبكة اتفاقاً مع خطتنا للموافقة على مدفوعاتنا كدفعة كاملة، وفي بعض الحالات لتنسيق الخدمات الخاضعة للتغطية وتقديمها لأعضاء خطتنا. ويُسمى موفرو الشبكة أيضاً "مقدمي الرعاية التابعين للخطـة".

تحديد المؤسسة - قرار تتخذه خطتنا بشأن ما إذا كانت العناصر أو الخدمات خاضعة للتغطية أم لا أو حول المبلغ الذي يتعين عليك دفعه مقابل الحصول على العناصر أو الخدمات الخاضعة للتغطية. وتُسمى قرارات تحديد المؤسسة بقرارات التغطية في هذا المستند.

برنامج Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو برنامج Medicare الذي يقدم الخدمات مقابل رسوم) - يتم تقديم برنامج Original Medicare من قبل الحكومة، ولا يُعد خطـة صحية خاصة مثل خطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة. بموجب Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال الدفع إلى الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المبالغ التي حددتها الهيئة التشريعية. يمكنك الذهاب إلى أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. ويجب عليك دفع المبلغ القابل للاستقطاع. تدفع Medicare حصتها من المبلغ المعتمد من Medicare، وتدفع أنت حصتك. يتضمن برنامج Original Medicare جزأين: Part A (تأمين المستشفيات) و Part B (التأمين الطبي) وهو متاح في كل مكان في الولايات المتحدة.

صيدلية خارج الشبكة - صيدلية ليس لديها عقد مع خطتنا لتنسيق الأدوية الخاضعة للتغطية وتوفيرها لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات خارج الشبكة لا تغطيها خطتنا ما لم تنطبق شروط معينة.

موفر خارج الشبكة أو مرفق خارج الشبكة - مقدم رعاية أو مرفق ليس لديه عقد مع خطتنا لتنسيق الخدمات الخاضعة للتغطية وتقديمها إلى أعضاء خطتنا. موفر خارج الشبكة هو مقدم رعاية لا يتم توظيفه أو تشغيله من قبل خطتنا ولا يكون تابعاً لنا.

التكاليف التي يتحملها المريض - انظر تعريف مشاركة التكلفة أعلاه. ويُشار أيضاً إلى متطلبات مشاركة التكلفة للعضو من أجل دفع جزء من الخدمات أو الأدوية المستلمة على أنها متطلبات التكلفة التي يتحملها العضو.

خطة PACE - تجمع خطة PACE (برنامج رعاية المسنين الشامل لجميع الخدمات) بين الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS) الطبية والاجتماعية للأشخاص الضعفاء لمساعدة الأشخاص على البقاء مستقلين والعيش في مجتمعهم (بدلاً من الانتقال إلى دار التمريض) لأطول فترة ممكنة. يحصل الأشخاص المسجلون في خطط PACE على كل من مزايا Medicare و Medicaid من خلال الخطة.

Part C - انظر خطة Medicare Advantage (MA).

Part D - برنامج مزايا Medicare الطوعي للأدوية الموصوفة.

أدوية Part D - الأدوية التي يمكن تغطيتها بموجب Part D. قد نقدم أو لا نقدم جميع أدوية Part D. تم استبعاد فئات معينة من الأدوية من تغطية Part D من قبل الهيئة التشريعية. يجب تغطية فئات معينة من أدوية Part D من قبل كل خطة.

عقوبة التسجيل المتأخر في Part D - مبلغ يضاف إلى القسط الشهري الخاص بك لتغطية Medicare للأدوية الموصوفة إذا بقيت دون تغطية موثوقة (التغطية التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، المبلغ نفسه على الأقل الذي تدفعه تغطية Medicare القياسية للأدوية الموصوفة) لفترة متواصلة تمتد إلى 63 يوماً أو أكثر بعد أن تكون مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة Part D. إذا فقدت Extra Help (المساعدة الإضافية)، فقد تتعرض لعقوبة التسجيل المتأخر إذا مضى 63 يوماً أو أكثر على التوالي من دون تغطية Part D أو غيرها من تغطية الدواء الموصوف الموثوقة.

القسط - الدفع الدوري إلى Medicare، أو شركة تأمين، أو خطة الرعاية الصحية للتغطية الصحية أو الأدوية الموصوفة.

مقدم الرعاية الأولية (PCP) - الطبيب أو مقدم رعاية آخر والذي تذهب إليه أولاً لمعظم المشكلات الصحية. في العديد من خطط Medicare الصحية، يجب أن تذهب إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل أن تذهب إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.

التفويض السابق - الموافقة السابقة للحصول على خدمات أو أدوية معينة. يتم وضع علامة على الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى الحصول على تفويض سابق في جدول الاستحقاقات الطبية في الفصل 4. يتم وضع علامة على الأدوية الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى الحصول على تفويض سابق في كتيب الوصفات.

الأطراف الصناعية وعلم التركيبات التقويمية - الأجهزة الطبية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والعنق؛ والأطراف الاصطناعية؛ والعيون الاصطناعية؛ والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك لوازم الفغر والعلاج الغذائي المعوي والحقن.

مؤسسة تحسين الجودة (QIO) - مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية لفحص الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها.

حدود الكمية - أداة إدارة مصممة للحد من استخدام أدوية مختارة لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو الانتفاع. قد تكون الحدود على كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية أو لفترة زمنية محددة.

أداة المزايا في الوقت الحقيقي - بوابة أو تطبيق الكمبيوتر الذي يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وملائمة، ومناسبة سريريًا، وكتيب الوصفات الخاص بالمسجل ومعلومات المزايا. ويشمل ذلك مبالغ مشاركة التكلفة، وأدوية كتيب الوصفات البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها كدواء معين، وقيود التغطية (التفويض السابق)، والعلاج التدريجي، وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

خدمات إعادة التأهيل - تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي وعلاج النطق والكلام والعلاج الوظيفي.

منطقة الخدمة - هي منطقة جغرافية يجب أن تعيش فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة إلى الخطط التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي يمكن أن تستخدمها، فهي أيضًا المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على خدمات روتينية (غير طارئة). يجب أن تلغي الخطة تسجيلك إذا خرجت بشكل دائم من منطقة خدمة الخطة.

رعاية مرفق التمريض المتخصص (SNF) - خدمات رعاية التمريض المتخصصة وإعادة التأهيل التي تُقدم على أساس مستمر، يوميًا، في مرفق تمريض متخصص. وتشمل أمثلة الرعاية العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي التي لا يمكن تقديمها إلا من قبل ممرضة مسجلة أو طبيب.

خطة Special Needs Plan - نوع خاص من خطط Medicare Advantage التي توفر رعاية صحية أكثر تركيزًا لمجموعات محددة من الأشخاص، مثل أولئك المشاركين في برنامجي Medicare وMedicaid، أو الذين يقيمون في دار التمريض، أو الذين يعانون من بعض الحالات الطبية المزمنة.

العلاج التدريجي - أداة انتفاع تتطلب منك أولاً تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي الدواء الذي وصفه لك الطبيب المعالج لك في البداية.

الدخل الأمني الإضافي (SSI) - إعانة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص محدودي الدخل والموارد الذين يعانون من الإعاقة أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر. مزايا الدخل الأمني الإضافي (SSI) ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات المطلوبة بشكل عاجل - الخدمات الخاضعة للتغطية والتي لا تُعد من خدمات الطوارئ، وتُقدم عندما يكون موفرو الشبكة غير متاحين مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليهم أو عندما يكون المسجلون خارج منطقة الخدمة. على سبيل المثال، إذا كنت بحاجة إلى رعاية فورية خلال عطلة نهاية الأسبوع. فيجب أن تكون الخدمات مطلوبة بصورة عاجلة وضرورية من الناحية الطبية.

بطاقة Wellcare Spendables™ - بطاقة خصم، محملة سابقًا بالخطة التي يمكن استخدامها للمساعدة على دفع ثمن العناصر كما هو موضح في جدول الاستحقاقات الطبية.

تُركت هذه الصفحة فارغة عمدًا.

تُركت هذه الصفحة فارغة عمدًا.

قسم خدمات الأعضاء لخدمة Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP)

الطريقة	خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ومع ذلك، نرجى ملاحظة أنه خلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات بدءًا من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، قد يرد نظام الهاتف الآلي على مكالمتك. يرجى ترك اسمك ورقم هاتفك وسنعاود الاتصال بك في غضون يوم عمل واحد (1). يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Wellcare by Health Net 7700 Forsyth Boulevard Clayton, MO 63105
الموقع الإلكتروني	www.wellcare.com/healthnetCA

برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)

برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) هو برنامج الولاية التي تحصل على المال من الحكومة الفيدرالية لتقديم مشورة التأمين الصحي المحلي مجانًا إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

الطريقة	معلومات الاتصال
اتصال	1-800-434-0222
TTY	711
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/hicap/

بيان الإفصاح PRA وفق قانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يطلب من أي شخص الاستجابة لأي عملية جمع معلومات ما لم تعرض رقم تحكم OMB صالحًا. رقم التحكم OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 1051-0938. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى إرسال خطاب إلى:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850