من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2027

دليل التغطية لعام 2027:

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

يقدم هذا المستند تفاصيل حول التغطية الصحية وتغطية الأدوية المقدمة إليك من Medicare من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2027. **يُعَد هذا المستند مستندًا قانونيًا مهمًا. احتفظ به في مكان آمن.**

يشرح هذا المستند مزاياك وحقوقك. استخدم هذا المستند لفهم:

- قسط الخطة ومشاركة التكلفة
- المزايا الطبية ومزايا الأدوية
- كيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن خدمة أو علاج
- كيفية الاتصال بنا
- تدابير الحماية الأخرى المطلوبة بموجب قانون Medicare

لطرح أسئلة بشأن هذا المستند، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007. (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل: الممثلون متاحون في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. هذه المكالمة مجانية.

هذه الخطة، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)، مقدَّمة من HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. (عندما يرد في *دليل التغطية* هذا الضمير "نحن" أو ما ينوب عنه، فإنه يشير إلى شركة HEALTH NET COMMUNITY SOLUTIONS, INC. وعندما ترد كلمة "خطة" أو "خطتنا"، فإنها تشير إلى خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).)

يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات بالإسبانية والعربية والكورية والروسية والتاجالوجية والفيتنامية والفارسية والصينية. يمكننا إرسال المواد إليك بلغة أخرى غير الإنجليزية (بالإضافة إلى اللغة (اللغات) المذكورة أعلاه) أو بتنسيق بديل (مثل الطباعة بخط كبير أو بطريقة برايل أو ملف صوتي). يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى معلومات الخطة بتنسيق آخر.

قد تتغير المزايا و/أو المبالغ القابلة للاستقطاع و/أو مبالغ التسديد المشترك/التأمين المشترك في 1 يناير 2028.

قد يتغير كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الرعاية الخاصة بنا في أي وقت. ستتلقى إشعارًا بأي تغييرات قد تؤثر فيك قبل 30 يومًا على الأقل.

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)
7108172_CA7CNCEOCARA_M_0009
H3561009000

بناءً على مراجعة نموذج الرعاية، تمت الموافقة على Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) من قِبل اللجنة الوطنية لضمان الجودة (NCQA) لتشغيل خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) خلال عام 2027.

جدول المحتويات

الفصل 1: البدء كعضو 5

القسم 1 أنت عضو في Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 5

القسم 2 متطلبات الأهلية للخطة 6

القسم 3 ما يمكن توقعه عند الانضمام إلى خطتنا لأول مرة 7

القسم 4 المواد المهمة الخاصة بالعضوية 8

القسم 5 ملخص التكاليف المهمة لعام 2027 10

القسم 6 مزيد من المعلومات حول قسط الخطة الشهري الخاص بك 14

القسم 7 الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطة 14

القسم 8 كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا 15

الفصل 2: أرقام هاتفية وموارد 16

القسم 1 جهات الاتصال الخاصة بخطتنا 16

القسم 2 الحصول على المساعدة من Medicare 21

القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) 22

القسم 4 مؤسسة تحسين الجودة (QIO) 23

القسم 5 الضمان الاجتماعي 24

القسم 6 Medicaid 24

القسم 7 برامج مساعدة الناس على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة 26

القسم 8 مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) 29

القسم 9 إذا كانت لديك خطة تأمين جماعية أو تأمين صحي آخر من صاحب عمل 29

الفصل 3: استخدام خطتنا للخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية 31

القسم 1 كيفية الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى بصفتك عضوًا في خطتنا 31

القسم 2 الاستعانة بمقدمي الرعاية داخل شبكة خطتنا للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى 32

القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات في حالات الطوارئ أو الكوارث أو الحاجة المُلحة للرعاية 36

القسم 4 ماذا لو تم إصدار فاتورة لك بشكل مباشر بدفع التكلفة الكاملة للخدمات الخاضعة للتغطية؟ 38

القسم 5 الخدمات الطبية في دراسة بحثية سريرية 39

القسم 6 قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية 40

القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية القوية 41

جدول المحتويات

الفصل 4: جدول المزايا الطبية (الأمور التي تتم تغطيتها) 43

القسم 1 فهم الخدمات الخاضعة للتغطية 43

القسم 2 جدول المزايا الطبية يوضح المزايا والتكاليف الطبية الخاصة بك 44

القسم 3 الخدمات الخاضعة للتغطية خارج الخطة 88

القسم 4 الخدمات التي لا تغطيها خطتنا (الاستثناءات) 88

الفصل 5: استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء D 91

القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية الخطة لأدوية الجزء D 91

القسم 2 صرف الوصفة الطبية الخاصة بك من صيدلية الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا 92

القسم 3 يجب أن تكون الأدوية الخاصة بك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 95

القسم 4 الأدوية التي تخضع لقيود على التغطية 97

القسم 5 ما يمكنك فعله في حال لم تتم تغطية أحد أدويتك بالطريقة التي تريدها 98

القسم 6 قد تتغير قائمة الأدوية الخاص بنا خلال العام 100

القسم 7 أنواع الأدوية التي لا نغطيها 102

القسم 8 كيفية صرف الوصفة الطبية 103

القسم 9 تغطية أدوية الجزء D في حالات خاصة 103

القسم 01 برامج سلامة الأدوية وإدارتها 104

الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدوية الجزء D 107

القسم 1 ما تدفعه مقابل أدوية الجزء D 107

القسم 2 مراحل دفع تكلفة الدواء لأعضاء خطتنا 109

القسم 3 يوضح *توضيح المزايا الخاص بالجزء* D مرحلة الدفع التي أنت فيها 109

القسم 4 مرحلة الخصم 111

القسم 5 مرحلة التغطية الأولية 111

القسم 6 مرحلة التغطية الكارثية 117

القسم 7 ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D 117

الفصل7: مطالبتنا بدفع حصتنا من أي فاتورة مقابل خدمات أو أدوية خاضعة للتغطية 119

القسم 1 الحالات التي يجب أن تطلب منا دفع حصتنا من الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية 119

القسم 2 كيف تطلب منا السداد لك أو دفع فاتورة تلقيتها 121
القسم 3 سننظر في طلبك بالدفع ونرد عليك بالموافقة أو الرفض 122

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك 123

القسم 1 يجب أن تحترم خطتنا حقوقك والحساسيات الثقافية 123
القسم 2 مسؤولياتك كعضو في خطتنا 133

الفصل 9: إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى) 135

القسم 1 ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو تخوف ما 135
القسم 2 الأماكن التي يمكنك الحصول منها على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية 135
القسم 3 العملية التي ستستخدمها لحل مشكلتك 137
القسم 4 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare 137
القسم 5 دليل قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات 138
القسم 6 الرعاية الطبية التي تتلقاها: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف 140
القسم 7 أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف 146
القسم 8 كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة مريض أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أنك ستخرج مبكرًا للغاية 154
القسم 9 كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية إذا كنت تعتقد أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي في وقت مبكر للغاية 157
القسم 10 الانتقال بالاستئناف الذي قدمته إلى المستوى 3 و4 و5 161
القسم 11 كيفية تقديم شكوى حول جودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء وغيرها من المخاوف 163
القسم 12 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا California Medi-Cal (Medicaid) 166

الفصل 10: إنهاء العضوية في خطتنا 167

القسم 1 إنهاء عضويتك في خطتنا 167
القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟ 167
القسم 3 كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا 170
القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يجب أن تستمر في الحصول على الخدمات والعناصر الطبية والأدوية من خلال خطتنا 171
القسم 5 يجب أن تنهي Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عضويتك في الخطة في حالات معينة 171

جدول المحتويات

الفصل 11: الإشعارات القانونية 173

القسم 1 إشعار حول القانون المعمول به 173

القسم 2 إشعار بعدم التمييز 173

القسم 3 إشعار حول حقوق الحلول البديلة من Medicare كدافع ثانوي 173

القسم 4 استرداد المزايا المدفوعة من قِبل خطتنا بموجب خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) 174

القسم 5 بطاقة العضوية 175

القسم 6 المتعاقدون المستقلون 175

القسم 7 الاحتيال في خطة الرعاية الصحية 176

القسم 8 الظروف الخارجة عن سيطرة الخطة 176

الفصل 12: التعريفات 177

الفصل 1:
البدء كعضو

القسم 1 أنت عضو في Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

القسم 1.1 أنت مسجل في Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)، وهي خطة احتياجات خاصة من Medicare

تتم تغطيتك بواسطة كل من Medicare وCalifornia Medi-Cal (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 من خلال خطتنا، Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). تغطي خطتنا جميع خدمات الجزء A والجزء B. ومع ذلك، فإن مشاركة التكلفة وإمكانية الوصول إلى مقدم الرعاية في خطتنا تختلفان عن برنامج Original Medicare.

خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Advantage متخصصة (خطة احتياجات خاصة من Medicare)، ما يعني أن مزاياها مخصصة للأشخاص ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. تم تصميم خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) للأشخاص المشتركين في Medicare ويحق لهم الحصول على المساعدة من California Medi-Cal (Medicaid).

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

يتم تشغيل خطتنا بواسطة شركة خاصة. ومثل كل خطط Medicare Advantage، وافقت خطة Medicare على خطة Medicare للاحتياجات الخاصة. تحتوي خطتنا كذلك على عقد مع برنامج California Medicaid لتنسيق مزايا California Medi-Cal (Medicaid) الخاصة بك. يسعدنا أن نقدم إليك تغطية Medicare، بما في ذلك تغطية الأدوية.

القسم 1.2 المعلومات القانونية حول *دليل التغطية*

يعد *دليل التغطية* هذا جزءًا من تعاقدنا معك بشأن كيفية تغطية خطتنا لرعايتك. تتضمن الأجزاء الأخرى من هذا العقد نموذج التسجيل الخاص بك و*قائمة 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*.

يسري هذا العقد خلال الأشهر التي سجلت فيها في خطتنا ما بين 1 يناير 2027 و31 ديسمبر 2027.

يسمح لنا برنامج Medicare بإجراء تغييرات على خططنا التي نقدمها كل عام تقويمي. وهذا يعني أنه يمكننا تغيير تكاليف خطتنا ومزاياها بعد 31 ديسمبر 2027. يمكننا أيضًا اختيار التوقف عن تقديم خطتنا في منطقة الخدمة التي تقيم فيها، بعد 31 ديسمبر 2027.

يجب أن يوافق برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare وMedicaid) و California Medi-Cal (Medicaid) على خطتنا. يمكنك متابعة الحصول على تغطية Medicare كل عام بصفتك عضوًا في خطتنا ما دمنا نختار الاستمرار في تقديم خطتنا ويجدد برنامج Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) موافقته على خطتنا.

القسم 2 متطلبات الأهلية للخطة

القسم 2.1 متطلبات الأهلية

أنت مؤهل للعضوية في خطتنا طالما أنك تستوفي جميع الشروط التالية:

- أن تكون مشتركًا في كلٍّ من Medicare Part A وMedicare Part B.
- أن تكون مقيمًا في منطقة خدمتنا الجغرافية (الموضحة في القسم 2.3). لا يُعَد الأشخاص المسجونون مقيمين في منطقة خدمتنا الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا.
- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو غير مواطن مؤهل.
- أن 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 ومزايا Medicaid الكاملة ضمن برنامج California Medi-Cal (Medicaid).

ملاحظة: إذا فقدت أهليتك لبرنامج California Medi-Cal (Medicaid) ولكن من المتوقع بشكل معقول أن تستعيد أهليتك في غضون 3 أشهر، فعندئذٍ أنت لا تزال مؤهلاً للعضوية. يوضح لك الفصل 4، القسم 2 التغطية ومشاركة التكلفة خلال هذه الفترة.

القسم 2.2 Medicaid

يُعد Medicaid برنامجًا مشتركًا بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من أصحاب مصادر الدخل والموارد المحدودة. تقرر كل ولاية ما يُعد دخلاً وموارد والأشخاص المؤهلين والخدمات الخاضعة للتغطية وتكلفة الخدمات. كما يمكن للولايات أن تقرر كيفية إدارة برنامجها ما دامت تتبع الإرشادات الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، يقدم Medicaid برامج لمساعدة الأشخاص على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare. تساعد برامج مدخرات Medicare محدودي الدخل والموارد على توفير المال كل عام:

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

- **برنامج المستفيد المحدد من برنامج Medicare لذوي الدخل المنخفض المتميز (+SLMB):** يساعد على دفع أقساط الجزء B. كما يحصل المستفيدون المؤهلون على مزايا برنامج Medicaid الكاملة.
- **المزايا الكاملة للأفراد المؤهلين المزدوجين (FBDE):** قد يدفع Medicaid أقساط Medicare Part A وMedicare Part B ومشاركة التكلفة الأخرى (مثل المبالغ القابلة للاستقطاع والتأمين المشترك وعمليات التسديد المشترك). كما يحصل المستفيدون المؤهلون على مزايا برنامج Medicaid الكاملة.

القسم 2.3 منطقة الخدمة لخطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

تتوفر خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) فقط للأفراد الذين يعيشون في منطقة خدمة الخطة الخاصة بنا. لكي تبقى عضوًا في خطتنا، يجب عليك الاستمرار في الإقامة ضمن منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا. تم وصف منطقة الخدمة أدناه.

تشمل منطقة الخدمة الخاصة بنا هذه المقاطعات في ولاية California: Imperial وKern وOrange وPlacer وRiverside وSan Bernardino وSan Diego وSan Francisco.

إذا كنت تخطط للانتقال إلى ولاية جديدة، فيجب عليك أيضًا التواصل مع مكتب Medicaid في ولايتك والاستفسار عن كيفية تأثير هذا الانتقال في مزايا Medicaid الخاصة بك. أرقام هواتف Medicaid موجودة في الفصل 2، القسم 6 من هذا المستند.

إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا، فلن تتمكن من البقاء عضوًا في هذه الخطة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لمعرفة ما إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة. عندما تنتقل، ستكون لديك فترة تسجيل خاصة إما للتبديل إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو الدوائية في موقعك الجديد.

إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي، فمن المهم أيضًا الاتصال بالضمان الاجتماعي. اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-325-0778).

القسم 2.4 مواطن أمريكي أو من رعايا الولايات المتحدة أو أجنبي مؤهل

يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو غير مواطن مؤهل، لتكون عضوًا في خطة Medicare الصحية. سيقوم برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare وMedicaid) بإخطار خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ما إذا كنت غير مؤهل للاستمرار كعضو في خطتنا على هذا الأساس. يجب أن تلغي Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) تسجيلك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

القسم 3 ما يمكن توقعه عند الانضمام إلى خطتنا لأول مرة

القسم 3.1 تقييم المخاطر الصحية

عند الانضمام إلى خطتنا لأول مرة، ستخضع لتقييم للمخاطر الصحية (HRA) في غضون 90 يومًا قبل تاريخ تسجيلك الفعلي أو بعده.

يجب علينا إتمام تقييم HRA لك. يُعَد HRA أساسًا لوضع خطة الرعاية الخاصة بك. يشمل تقييم HRA أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية واحتياجاتك المتعلقة بالصحة السلوكية واحتياجاتك الوظيفية.

سنتواصل معك لإتمام تقييم HRA. يمكننا إكمال تقييم HRA من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو البريد أو البريد الإلكتروني أو رسالة نصية أو بوابة أعضاء آمنة. سوف نرسل إليك مزيدًا من المعلومات حول تقييم HRA هذا. سنتصل بك بعد ذلك سنويًا للحصول على أي تحديثات لتحديد ما إذا كانت احتياجاتك قد تغيرت.

القسم 3.2 فريق الرعاية وخطة الرعاية

بإمكان فريق الرعاية مساعدتك على مواصلة الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. قد يشمل فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو الاختصاصيين الذين تتابع معهم أو أي اختصاصي صحي آخر تختاره.

ستتعاون مع فريق رعاية لوضع خطة رعاية بناءً على تفضيلاتك. وستطلعك خطة الرعاية وأطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. ويشمل ذلك خدماتك الطبية وخدمات الصحة السلوكية وغيرها من الخدمات.

تتضمن خطة رعايتك:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك على حسب ما تضعه على قائمة أولوياتك، و
- جدولاً زمنيًا للحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

يجتمع فريق الرعاية معك بعد تقييم HRA الخاص بك. ويسألون عن الخدمات التي تحتاج إليها. كما يخبرونك بالخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يعمل فريق الرعاية معك لتحديث خطة رعايتك سنويًا على الأقل. أو حسب الحاجة إذا طرأت أي تغييرات على حالتك الصحية.

القسم 4 المواد المهمة الخاصة بالعضوية

القسم 4.1 بطاقة عضوية خطتنا

استخدم بطاقة عضويتك كلما حصلت على أي خدمات خاضعة لتغطية خطتنا وكذلك للأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من صيدليات الشبكة. كما يجب عليك إظهار بطاقة California Medi-Cal (Medicaid) لمزود الخدمة. نموذج لبطاقة العضوية:

لا تستخدم بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق للخدمات الطبية الخاضعة للتغطية في أثناء عضويتك في هذه الخطة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة عضوية Wellcare Health Net 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 (يُطلق عليها كذلك اسم التجارب السريرية).

إذا تعرضت بطاقة عضوية الخطة الخاصة بك للتلف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) على الفور وسنرسل إليك بطاقة جديدة.

القسم 4.2 دليل المقدمين والصيدليات

يسرد *دليل المقدمين والصيدليات* go.wellcare.com/2027providerdirectories مقدمي الشبكة الحاليين التابعين لنا. **مقدمو 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 (PCP) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، تتعاقد مع الخطة لتقديم الخدمات إلى المسجلين.

يجب عليك استخدام مقدمي الشبكة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات. قد تُضطَر كذلك إلى الاستعانة بمقدمي الرعاية ضمن المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP). إذا كنت تريد الذهاب إلى مقدم رعاية ليس ضمن المجموعة الطبية لـ PCP الخاصة بك، فقد تضطر إلى تغييره. بالإضافة إلى ذلك، قد تكون مقيدًا 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. إذا انتقلت إلى مكان آخر من دون الحصول على إذن مناسب، فسيتعين عليك دفع التكلفة 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 تأذن فيها Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) بالاستعانة بمقدمي رعاية خارج الشبكة.

تتوفر أحدث قائمة لمقدمي الرعاية على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.

إذا لم يكن لديك *دليل المقدمين والصيدليات*، فيمكنك طلب نسخة (إلكترونية أو ورقية) من قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). سيتم إرسال النسخة الورقية المطلوبة من *دلائل المقدمين والصيدليات* إليك عبر البريد في غضون 3 أيام عمل.

يسرد *دليل المقدمين والصيدليات* go.wellcare.com/2027providerdirectories صيدليات الشبكة التابعة لنا. **صيدليات الشبكة** هي الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. استخدم *دليل المقدمين والصيدليات* للعثور على صيدلية الشبكة التي تريد التعامل معها. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 للحصول على معلومات حول متى يمكنك التعامل مع الصيدليات غير الموجودة في شبكة خطتنا.

يوضح *دليل المقدمين والصيدليات* أيضًا الصيدليات ضمن شبكتنا التي تتبع نظام مشاركة التكلفة المفضلة، التي قد تكون أقل من مشاركة التكلفة القياسية التي تقدمها غيرها من صيدليات الشبكة بخصوص بعض الأدوية.

إذا لم يكن لديك *دليل المقدمين والصيدليات*، فيمكنك طلب نسخة من قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). كما يمكنك العثور على هذه المعلومات على موقعنا الإلكتروني من خلال الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.

قسم 4.3 قائمة أدوية (كتيب الوصفات)

تحتوي خطتنا على *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (تُسمى أيضًا قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات). تُعلِمنا بالأدوية الموصوفة الخاضعة للتغطية بموجب ميزة الجزء D المضمنة في Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). وتحدد خطتنا الأدوية المدرجة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتستوفي قائمة الأدوية كافة متطلبات Medicare. سيتم تضمين الأدوية المدرجة في برنامج Medicare للتفاوض على أسعار الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بك ما لم تتم إزالتها أو استبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم 6. وافق برنامج Medicare على قائمة الأدوية الخاصة بخطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP).

توضح قائمة الأدوية أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد تقيد تغطية دواء معين.

سنزودك بنسخة من قائمة الأدوية. للحصول على أحدث المعلومات وأكثرها اكتمالاً عن الأدوية الخاضعة للتغطية، تفضل بزيارة go.wellcare.com/druglist-53 أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

القسم 5 ملخص التكاليف المهمة لعام 2027

	تكاليفك في عام 2027
القسط الشهري للخطة* * قد يكون قسطك أكبر من هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 5.1 لمزيد من التفاصيل.	**$0**
الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض هذا أقصى مبلغ ستتحمله مقابل الحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية. (انتقل إلى الفصل 4 القسم 1 لمزيد من التفاصيل.)	**$9,850** **أنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف من مالك الخاص مقابل الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض لخدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية.**
زيارات مكتب الرعاية الأولية	**تسديد مشترك بقيمة $0 لكل زيارة**
زيارات عيادة الاختصاصي	**تسديد مشترك بقيمة $0 لكل زيارة**
إقامات المريض في المستشفى تشمل أنواعًا مختلفة من إقامات المريض في المستشفى، مثل الرعاية الحادة وإعادة التأهيل والرعاية طويلة الأمد. تبدأ إقامة المريض في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه إدخاله إلى المستشفى رسميًا بطلب من الطبيب وتنتهي في اليوم السابق ليوم الخروج.	**بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى:** **تسديد مشترك لمبلغ $0 مقابل كل إقامة في المستشفى.**
تغطية أدوية الجزء D (انتقل إلى الفصل 6 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك المبلغ القابل للاستقطاع السنوي والتغطية الأولية ومراحل التغطية الكارثية.)	**المبلغ القابل للاستقطاع لتغطية أدوية الجزء D** **$700 باستثناء منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات الجزء D للبالغين.** **التسديد المشترك/التأمين المشترك خلال مرحلة التغطية الأولية:** **مستوى الدواء 1:** **مشاركة التكلفة القياسية: تسديد مشترك بقيمة $15** **مشاركة التكلفة المفضلة: تسديد مشترك بقيمة $0**

	تكاليفك في عام 2027
	مستوى الدواء 2: **مشاركة التكلفة القياسية: تأمين مشترك بنسبة 25%** **لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.** **مشاركة التكلفة المفضلة: تأمين مشترك بنسبة 20%** **لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.** **مستوى الدواء 3:** **مشاركة التكلفة القياسية: تأمين مشترك بنسبة 41%** **لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.** **مشاركة التكلفة المفضلة: تأمين مشترك بنسبة 41%** **لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.** **مستوى الدواء 4:** **مشاركة التكلفة القياسية: تأمين مشترك بنسبة 15%** **مشاركة التكلفة المفضلة: تأمين مشترك بنسبة 0%** **مستوى الدواء 5:** **مشاركة التكلفة القياسية: تأمين مشترك بنسبة 25%** **مشاركة التكلفة المفضلة: تأمين مشترك بنسبة 25%** **مستوى الدواء 6:** **مشاركة التكلفة القياسية: تسديد مشترك لمبلغ 0$** **مشاركة التكلفة المفضلة: تسديد مشترك بقيمة 0$**
	مرحلة التغطية الكارثية: **خلال مرحلة الدفع، لا تدفع شيئًا مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية والأدوية المستبعدة التي تغطيها المزايا المحسنة لدينا.**

قد تشمل تكاليفك ما يأتي:
- قسط الخطة (القسم 5.1)
- قسط Medicare Part B الشهري (القسم 5.2)
- عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D (القسم 5.3)
- مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (القسم 5.4)
- مبلغ خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة (القسم 5.5)

القسم 5.1 قسط الخطة

لأن برنامج المساعدة الإضافية يدفع القسط نيابة عنك، فإنك لا تدفع قسط خطة شهريًا منفصلاً لخطتنا.

القسم 5.2 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 لخطتنا، يجب أن تحافظ على أهليتك في برنامج California Medi-Cal (Medicaid) وكذلك أن تكون مشتركًا في كلٍ من Medicare Part A وMedicare Part B. وبالنسبة إلى معظم أعضاء خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)، يدفع برنامج California Medi-Cal (Medicaid) قسط الجزء A (إذا لم تكن مؤهلاً لذلك تلقائيًا) وقسط الجزء B.

إذا لم يقم برنامج California Medi-Cal (Medicaid) بدفع أقساط Medicare الخاصة بك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare لتبقى عضوًا في خطتنا. ويشمل ذلك قسط الجزء B الخاص بك. كما قد تدفع قسطًا للجزء A في حال لم تكن مؤهلاً للحصول على الجزء A من دون قسط.

القسم 5.3 عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D

نظرًا إلى أنك مزدوج الأهلية، لا تنطبق عقوبة التسجيل المتأخر (LEP) عليك طالما أنك تحافظ على حالة الأهلية المزدوجة، لكن إذا فقدت حالة الأهلية المزدوجة، فقد تتكبد عقوبة LEP. عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D هي قسط إضافي يجب دفعه مقابل تغطية الجزء D إذا لم تكن مسجلاً في الجزء D أو أي تغطية دواء 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، على الأقل ما يعادل تغطية Medicare القياسية للأدوية على الأقل. تعتمد تكلفة عقوبة التسجيل المتأخر على المدة التي قضيتها من دون الجزء D أو أي تغطية دواء موصوف موثوقة أخرى. سيتعين عليك عمومًا الدفع مقابل هذه العقوبة ما دامت لديك تغطية الجزء D.

لا يتعين عليك دفع عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D في حال:

- كنت تتلقى مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة على دفع تكاليف الأدوية الخاصة بك.
- لم تكن مشتركًا في الجزء D من Medicare أو أي تغطية موثوقة أخرى لمدة تقل عن 63 يومًا على التوالي.
- كانت لديك تغطية دواء موثوقة من خلال مصدر آخر (مثل صاحب عمل سابق أو النقابة أو برنامج TRICARE أو الإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VA)). ستبلغك شركة التأمين أو قسم الموارد البشرية لديك كل عام بما إذا كانت تغطية الدواء الخاصة بك تغطية موثوقة أم لا. قد تحصل على هذه المعلومات في خطاب أو رسالة إخبارية من تلك الخطة. احتفظ بهذه المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها إذا انضممت إلى خطة دواء Medicare لاحقًا.
  - **ملاحظة:** يجب أن تنص كل الخطابات أو الإشعارات على أن لديك تغطية دواء موصوف موثوقة، التي من المتوقع أن يتم الدفع مقابلها بما يعادل ما يتم دفعه مقابل خطة الأدوية القياسية من Medicare.

- **ملاحظة:** بطاقات خصم الأدوية الموصوفة والعيادات المجانية ومواقع خصم الأدوية ليست تغطية دواء موصوف موثوقة.

يحدد برنامج Medicare مبلغ عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D. 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 تكن لديك فيها تغطية دواء موثوقة، إذا كانت فترة انقطاع التغطية 63 يومًا أو أكثر.
- يحدد برنامج Medicare بعد ذلك مبلغ متوسط قسط الخطة الشهري لخطط أدوية Medicare في الدولة من العام السابق (قسط المستفيدين على المستوى الوطني). يبلغ متوسط مبلغ هذا القسط 41.33$ في عام 2027.
- لحساب العقوبة الشهرية الخاصة بك، يضرب Medicare عدد الأشهر غير الخاضعة للتغطية (نسبة العقوبة) في 1% من قسط المستفيدين على المستوى الوطني، ثم يقرّب هذا المبلغ إلى أقرب 10 سنتات. على سبيل المثال، إذا أمضيت 14 شهرًا من دون الاشتراك في الجزء D أو أي تغطية موثوقة أخرى، فستكون العقوبة 14% مضروبة في 41.33$، أي ما يعادل 5.79$. ويتم تقريب هذا الناتج إلى 5.80$. سيضاف هذا المبلغ **إلى قسط الخطة الشهري لشخص لديه عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D.**

ثلاثة أشياء مهمة يجب معرفتها حول عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D الشهرية:

- **قد تتغير العقوبة كل عام،** لأن قسط المستفيدين على المستوى الوطني يمكن أن يتغير كل عام.
- **ستستمر في دفع عقوبة بشكل عام** كل شهر ما دمت مسجلاً في خطة تتضمن مزايا أدوية Medicare Part D، حتى لو غيرت الخطط.
- إذا كان عمرك *أقل من* 65 عامًا ومسجلاً في Medicare، فستتم إعادة تقييم عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D عندما تبلغ 65 عامًا. بعد سن الـ 65، ستعتمد عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء 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 الجزء D، فيمكنك أنت أو ممثلك طلب إعادة نظر عاجلة (الاستئناف) في العقوبة. تُجرى عملية إعادة النظر من قِبل مؤسسة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا. بشكل عام، يجب عليك طلب إعادة النظر هذه **في غضون 60 يومًا** من تاريخ أول خطاب تتلقاه يفيد بأنه يتعين عليك دفع عقوبة التسجيل المتأخر. ومع ذلك، إذا كنت تدفع عقوبة قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تتاح لك عمومًا فرصة أخرى لطلب إعادة النظر في عقوبة التسجيل المتأخر هذه.

القسم 5.4 مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل

إذا فقدت الأهلية لهذه الخطة بسبب حدوث تغييرات في دخلك، فقد يُطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية لخطة Medicare الخاصة بهم، المعروفة باسم مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (IRMAA) للجزء D. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام إجمالي الدخل المُعدل كما ورد في الإقرار الضريبي لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) منذ عامين (2). 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 استنادًا إلى دخلك، تفضل بزيارة Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

إذا كان من الواجب عليك دفع مبلغ IRMAA إضافي، فسيرسل إليك الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare، خطابًا يخبرك بقيمة ذلك المبلغ الإضافي. سيُقتطع المبلغ الإضافي من صكّ مزايا الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية أو مكتب إدارة شؤون الموظفين، بصرف النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادةً قسط خطتك، ما لم تكن ميزتك الشهرية غير كافية لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. إذا لم يكن صكّ المزايا الخاص بك كافيًا لتغطية المبلغ الإضافي، فستحصل على فاتورة من Medicare. **يجب عليك دفع مبلغ IRMAA الإضافي إلى الحكومة. ولا يمكن دفعه من خلال قسط الخطة الشهري الخاص بك. إذا لم تدفع مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (IRMAA) الإضافي، فسيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا وستفقد تغطية الأدوية الموصوفة.**

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

القسم 5.5 مبلغ خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة

إذا كنت مشاركًا في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة، فستدفع كل شهر قسط الخطة (إذا كان عليك واحد) وستحصل على فاتورة من خطة الصحة أو الدواء للأدوية الموصوفة لك (بدلاً من الدفع إلى الصيدلية). تستند فاتورتك الشهرية إلى ما المبلغ المستحق عليك مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، إضافةً إلى رصيد الشهر السابق، مقسومًا على عدد الأشهر المتبقية من العام.

يقدم القسم 7 بالفصل 2 مزيدًا من المعلومات عن خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة. إذا لم توافق على مبلغ الفاتورة بوصفه جزءًا من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات الواردة في الفصل 9 لتقديم شكوى أو استئناف.

القسم 6 مزيد من المعلومات حول قسط الخطة الشهري الخاص بك

القسم 6.1 لن يتغير قسط خطتك الشهرية خلال العام

لا يجوز لنا تغيير مبلغ قسط الخطة الشهري الخاص بخطتنا خلال العام. إذا تغير قسط الخطة الشهري للعام المقبل، فسنخبرك في سبتمبر وسيسري القسط الجديد في 1 يناير.

ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تتمكن من التوقف عن دفع عقوبة التسجيل المتأخر، إذا كنت مدينًا بها، أو قد تحتاج إلى البدء في دفع عقوبة التسجيل المتأخر.

- إذا فقدت المساعدة الإضافية، فقد تتعرض لعقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا قمت بإلغاء التسجيل من خطتك وقضيت 63 يومًا أو أكثر على التوالي من دون الاشتراك في الجزء D أو أي تغطية دواء موثوقة أخرى.

تعرف على المزيد حول المساعدة الإضافية في الفصل 2، القسم 7.

القسم 7 الحفاظ على تحديث سجل عضويتك في الخطة

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.

يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيادلة وغيرهم من مقدمي الخدمات في شبكة **خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية ومبالغ مشاركة التكلفة**. لذا، من المهم أن تقدم لنا العون في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

إذا طرأت عليك أي من هذه التغييرات، فأخبرنا:

- التغييرات التي تطرأ على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- التغييرات التي تطرأ على أي تغطية صحية أخرى لديك (على سبيل المثال، من صاحب العمل أو صاحب عمل الزوج/الزوجة أو تعويض العمال أو California Medi-Cal (Medicaid))
- أي مطالبات بالتعويض، مثل مطالبات حوادث السيارات
- في حال تم إدخالك دار تمريض
- في حال تلقيت الرعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ خارج المنطقة أو خارج الشبكة
- إذا تغير الطرف المسؤول المعين من طرفك (مثل مقدم الرعاية)
- في حال شاركت في دراسة بحثية سريرية (**ملاحظة:** لا يتعين عليك إبلاغ خطتنا عن الدراسات البحثية السريرية التي تنوي المشاركة فيها، لكننا نشجعك على ذلك.)

إذا تغيرت أي من هذه المعلومات، فأخبرنا عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

من المهم كذلك التواصل مع الضمان الاجتماعي إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي. اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-325-0778).

القسم 8 كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا

يطلب منا برنامج Medicare جمع معلومات حول أي تغطية طبية أو دوائية أخرى لديك حتى نتمكن من تنسيق أي تغطية أخرى مع المزايا التي تحصل عليها بموجب خطتنا. ويُطلق على ذلك اسم **تنسيق المزايا**.

سنرسل إليك خطابًا، مرة واحدة سنويًا، يسرد أي تغطية طبية أو دوائية أخرى نعرفها. اقرأ هذه المعلومات بعناية. وإذا كانت صحيحة، فلن تحتاج إلى فعل أي شيء. إذا لم تكن المعلومات صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). قد تحتاج إلى منح رقم ID عضوية خطتنا لشركات التأمين الأخرى (بمجرد تأكيد هوياتها) بحيث يتم دفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المحدد.

عندما يكون لديك تأمين آخر (مثل التغطية الصحية الجماعية لصاحب العمل)، تحدد قواعد برنامج Medicare ما إذا كانت خطتنا أو تأمينك الآخر هو الذي سيدفع أولاً. التأمين الذي يدفع أولاً ("المسدد الأساسي") ويدفع حتى حدود تغطيته. والتأمين الذي يدفع ثانيًا، ("المسدد الثانوي") يدفع فقط إذا كانت هناك تكاليف لم تشملها التغطية الأساسية. كما قد لا يدفع المسدد الثانوي جميع التكاليف غير الخاضعة للتغطية. 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 (أو زوجتك) تعمل، 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 وTRICARE 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

القسم 1 جهات الاتصال الخاصة بخطتنا

للحصول على المساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو الأسئلة الخاصة ببطاقة العضوية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) أو اكتب إليه. سنكون سعداء لمساعدتك.

قسم خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. يرجى ملاحظة أنه بعد انتهاء ساعات العمل وخلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات الفيدرالية بدءًا من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، قد يرد نظام الهاتف الآلي على مكالمتك. إذا تركت رسالة بريد صوتي، فيرجى ذكر اسمك ورقم هاتفك وسيعاود عضو الفريق الاتصال بك في غضون يوم عمل واحد (1). تتوفر أيضًا لدى قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

كيفية طلب قرار التغطية أو تقديم استئناف بشأن رعايتك الطبية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدوية الجزء D الخاصة بك. والاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية وتغييره. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرارات التغطية أو تقديم الاستئنافات المتعلقة بالرعاية الطبية أو أدوية الجزء D الخاصة بك، انتقل إلى الفصل 9.

قرارات التغطية للرعاية الطبية – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Medical Management PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420

قرارات التغطية لأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-866-226-1093
مراسلة	Medicare Pharmacy Prior Authorization Department P.O. Box 31397 Tampa, FL 33631-3397
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations

استئنافات الرعاية الطبية – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-844-273-2671
مراسلة	MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations Appeals Department - Medical P.O. Box 10052 Van Nuys, CA 91410-0052

الاستئنافات المتعلقة بأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-866-388-1766

الاستئنافات المتعلقة بأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
مراسلة	Medicare Part D Appeals Attn: Medicare Pharmacy Appeals P.O. Box 31383 Tampa, FL 33631-3383
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

كيفية تقديم شكوى بشأن رعايتك الطبية

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي من مقدمي 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 كيفية تقديم شكوى بشأن رعايتك الطبية، انتقل إلى الفصل 9.

شكاوى الرعاية الطبية – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-844-273-2671
مراسلة	Appeals & Grievances Medicare Operations Grievance Department P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
موقع Medicare الإلكتروني	لتقديم شكوى بشأن خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) مباشرةً إلى Medicare، انتقل إلى Medicare.gov/my/medicare-complaint.

الشكاوى المتعلقة بأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
الفاكس	1-844-273-2671
مراسلة	Wellcare By Health Net Appeals & Grievances Medicare Operations P.O. Box 10344 Van Nuys, CA 91410-0344
موقع Medicare الإلكتروني	لتقديم شكوى بشأن خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) مباشرةً إلى Medicare، انتقل إلى Medicare.gov/my/medicare-complaint.

كيفية مطالبتنا بدفع تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي حصلت عليه

إذا تلقيت فاتورة أو دفعت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم رعاية) تعتقد أننا يجب أن ندفع مقابلها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بتعويضك أو دفع فاتورة مقدم الرعاية. انتقل إلى الفصل 7 للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا أرسلت إلينا طلب دفع ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. انتقل إلى الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات.

طلبات الدفع – معلومات الاتصال	
مراسلة	طلبات مدفوعات الخدمات الطبية: Member Reimbursement Dept Medical Reimbursement Department PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420 طلبات مدفوعات الجزء D: Wellcare Medicare Part D Claims Attn: Member Reimbursement Department P.O. Box 31577 Tampa, FL 33631-3577
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

القسم 2 الحصول على المساعدة من Medicare

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 وCMS) Medicaid). وتتعاقد هذه الوكالة مع مؤسسات Medicare Advantage بما فيها خطتنا.

Medicare – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-MEDICARE (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.
الدردشة المباشرة	تحدث مباشرةً عبر الدردشة على Medicare.gov/talk-to-someone.
مراسلة	راسل Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

Medicare – معلومات الاتصال	
الموقع الإلكتروني	Medicare.gov • احصل على معلومات عن خطط Medicare الصحية وخططها الخاصة بالأدوية في منطقتك، بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها. • اعثر على الأطباء المشاركين في Medicare أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية والموردين. • تعرف على ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات، والجرعات أو اللقاحات، وزيارات "العافية" السنوية). • احصل على معلومات الاستئنافات في Medicare ونماذجها. • احصل على معلومات عن جودة الرعاية التي توفرها الخطط ودور التمريض والمستشفيات والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومراكز رعاية المحتضرين ومرافق إعادة تأهيل المرضى المقيمين في المستشفى ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد. • ابحث عن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني Medicare.gov لإبلاغ Medicare بأي شكاوى لديك حول خطتنا. **لتقديم شكوى إلى Medicare**، انتقل إلى Medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ برنامج Medicare الشكاوى على محمل الجد وسيستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة برنامج Medicare.

القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP)

إن برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية، ويقدم المساعدة والمعلومات والإجابات عن أسئلتك المتعلقة ببرنامج Medicare مجانًا. في ولاية California، يُطلق على برنامج SHIP اسم برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي في California (HICAP)

برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) هو برنامج مستقل تابع للولاية (لا علاقة له بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على المال من الحكومة الفيدرالية لتقديم مشورة التأمين الصحي المحلي مجانًا إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

يمكن لمستشاري برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) مساعدتك على فهم حقوقك في برنامج Medicare وتقديم 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.

برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) – معلومات التواصل	
اتصال	1-800-434-0222 1-916- 419-7500
TTY	1-800-735-2929 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث.
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

القسم 4 مؤسسة تحسين الجودة (QIO)

تتولى مؤسسة تحسين الجودة (QIO) المعينة خدمة الأشخاص المشتركين في Medicare في كل ولاية. بالنسبة إلى California، يُطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم "بدء الرعاية الصحية" (مؤسسة تحسين الجودة في California).

تتمتع مؤسسة بدء الرعاية الصحية (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 Medicare والمساعدة على تحسينها. بدء الرعاية الصحية (مؤسسة تحسين الجودة في California) هي مؤسسة مستقلة. ولا علاقة لها بخطتنا.

تواصل مع مؤسسة بدء الرعاية الصحية (مؤسسة تحسين الجودة في California) في أي من هذه الحالات:

- كانت لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها. تشمل أمثلة الشكاوى المتعلقة بجودة الرعاية الحصول على الدواء الخاطئ، أو إجراء فحوصات أو عمليات غير ضرورية، أو التشخيص الخاطئ.
- كنت تتوقع أن تغطية إقامتك في المستشفى ستنتهي قريبًا جدًا.
- كنت تتوقع أن تغطية الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قريبًا جدًا.

بدء الرعاية الصحية (مؤسسة تحسين الجودة في California) – معلومات التواصل	
اتصال	1-877-588-1123 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً بالتوقيت المحلي، والسبت والأحد من الساعة 10:00 صباحًا إلى الساعة 4:00 مساءً بالتوقيت المحلي
TTY	711

بدء الرعاية الصحية (مؤسسة تحسين الجودة في California) – معلومات التواصل	
مراسلة	BFCC-QIO Program Commence Health PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23454
الموقع الإلكتروني	https://www.commencehealthqio.cms.gov/en

القسم 5 الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية لبرنامج Medicare ويتولى مهمة التسجيل فيه. الضمان الاجتماعي مسؤول أيضًا عن تحديد مَن عليه دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية الجزء 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 تغير في الحالة الاجتماعية، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي، فتواصل مع الضمان الاجتماعي لإبلاغهم بذلك.

الضمان الاجتماعي— معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-772-1213 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. استخدم 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 صباحًا إلى الساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	SSA.gov

القسم 6 Medicaid

بصفتك عضوًا في خطتنا، فأنت مؤهل لكل من Medicare وMedicaid. California Medi-Cal (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 مدخرات Medicare محدودي الدخل والموارد على توفير المال كل عام:

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

لكي تكون عضوًا في هذه الخطة، يجب أن تكون مسجلاً في كل من Medicare و California Medi-Cal (Medicaid) معًا وأن تستوفي جميع متطلبات الأهلية الأخرى للخطة في وقت التسجيل. إذا كان لديك أسئلة بشأن المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فتواصل مع California Medi-Cal (Medicaid).

California Medi-Cal (Medicaid) – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً 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-resources/

يساعد برنامج أمين المظالم للرعاية طويلة الأمد في California الأشخاص المسجلين في California Medi-Cal (Medicaid) الذين لديهم مشكلات في الخدمة أو الفوترة. كما يمكنه مساعدتك على تقديم تظلم أو استئناف بخصوص خطتنا.

برنامج أمين المظالم للرعاية طويلة الأمد في California - معلومات الاتصال	
اتصال	1-916-419-7510 من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 4:00 مساءً بالتوقيت المحلي، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	711

مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/

يساعد برنامج أمين المظالم للرعاية طويلة الأمد في California الأشخاص على الحصول على معلومات حول دور التمريض وحل المشكلات بين دور التمريض والمقيمين أو أسرهم.

برنامج أمين المظالم للرعاية طويلة الأمد في California – معلومات التواصل	
اتصال	1-916-419-7510 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً بالتوقيت المحلي
TTY	711
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Long-Term_Care_Ombudsman/

القسم 7 برامج مساعدة الناس على الدفع مقابل الأدوية الموصوفة

يتضمن موقع Medicare الإلكتروني (Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) معلومات حول طرق خفض تكاليف الأدوية الموصوفة. يمكن أن تساعد البرامج المذكورة أدناه الأشخاص محدودي الدخل.

المساعدة الإضافية من Medicare

نظرًا إلى أنك مؤهل للتسجيل في California Medi-Cal (Medicaid)، فأنت مؤهل للاستفادة من المساعدة الإضافية من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. ولا تحتاج إلى القيام بأي شيء للحصول على المساعدة الإضافية.

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة الإضافية، فاتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048،
- 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 بالرقم 1-800-325-0778؛ أو
- مكتب Medicaid في ولايتك على الرقم 1-800-541-5555، ويمكن لمستخدمي TTY على الرقم 1-800-430-7077.

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح مقابل الوصفة الطبية الخاصة بك في إحدى الصيدليات، فإن خطتنا تتضمن عملية لمساعدتك على الحصول على دليل على مبلغ التسديد المشترك الصحيح الخاص بك. وإذا كان لديك بالفعل دليل على المبلغ الصحيح، فيمكننا مساعدتك على مشاركة هذا الدليل معنا.

- اتصل بقسم خدمات الأعضاء وأخبر الممثل بأنك تعتقد أنك مؤهل للحصول على 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 للقطة 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 تقدَّم به شخص مُقررة أهليته يؤكد أن المستفيد "...مؤهل تلقائيًا للحصول على المساعدة الإضافية..." (منشور SSA 03094.605 HI)

إذا كنت تتلقى الرعاية المؤسسية وتعتقد أنك مؤهل لمشاركة التكلفة الصفرية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء وأخبر الممثل بأنك تعتقد أنك مؤهل للحصول على 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 للقطة 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 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. إذا دفعت مبلغ تسديد مشترك أكبر مما ينبغي، فسنرده إليك إما عن طريق شيك أو عن طريق رصيد تسديد مشترك تستخدمه في المستقبل. وإذا لم تتسلم الصيدلية تسديدك المشترك وكنت مدينًا لها، فقد نسدد المبلغ مباشرةً للصيدلية. وإذا دفعت الولاية نيابةً عنك، فقد نقوم بالدفع إلى الولاية بشكل مباشر. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) إذا كان لديك أسئلة.

ماذا لو كنت مشتركًا في المساعدة الإضافية ولديك تغطية من برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP)؟

يساعد برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) الأشخاص المتعايشين مع HIV/AIDS على الحصول على أدوية فيروس HIV المنقذة للحياة. كما أن أدوية 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 AIDS (ADAP) في California.

برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) في California هو برنامج ADAP الموجود في ولايتك.

برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) التابع لولاية California الموجود في ولايتك مُدرج أدناه.

برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) التابع لولاية California — معلومات الاتصال	
اتصال	1-844-421-7050 من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً بالتوقيت المحلي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات)
TTY	711
مراسلة	California Department of Public Health Center for Infectious Diseases, Office of AIDS MS 0500, P.O. Box 997377 Sacramento, CA 95899-7377
الموقع الإلكتروني	https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

ملاحظة: يجب على الأشخاص استيفاء معايير معينة حتى يكونوا مؤهلين لبرنامج ADAP المستخدَم في ولاياتهم، مثل إثبات الإقامة في الولاية، وحالة HIV، والدخل المنخفض (على النحو الذي تحدده الولاية)، وحالة عدم التأمين/التأمين الجزئي. إذا غيرت الخطط، فأبلغ موظف التسجيل في برنامج ADAP المحلي حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على المساعدة. للحصول على معلومات عن معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل ببرنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) في California.

خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة

خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة خيار دفع يتعاون مع تغطية أدويتك الحالية لمساعدتك على إدارة التكلفة التي تتحملها للأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا من خلال توزيعها على مدار **العام التقويمي** (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية Medicare أو خطة Medicare الصحية مع تغطية أدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية أدوية) استخدام خيار الدفع هذا. **قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، ولكنه لا يوفر لك المال أو يخفض تكاليف الأدوية. إذا كنت مشاركًا في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة وبقيت مشتركًا في خطة الجزء D نفسها، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2027 ولن تحتاج إلى تقديم طلب اختيار جديد لمواصلة المشاركة في عام 2027.** تُعد المساعدة الإضافية المقدمة من Medicare والمساعدة المقدمة من SPAP وADAP، إلى الأشخاص المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة. لمعرفة المزيد حول خيار الدفع هذا، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو زيارة Medicare.gov.

خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة – معلومات الاتصال	
اتصال	1-833-750-9969 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. تتوفر أيضًا لدى قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.

TTY	1-800-716-3231 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في الاستماع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
مراسلة	Express Scripts Medicare Prescription Payment Plan PO Box 2 Saint Louis, MO 63166
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/CA-MPPP

القسم 8 مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

مجلس تقاعد السكك الحديدية هو وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة لعمال السكك الحديدية في الدولة وأسرهم. إذا كنت تستفيد من برنامج Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية، فأبلغهم إذا انتقلتَ أو غيرت عنوانك البريدي. للاستفسار عن مزاياك من مجلس تقاعد السكك الحديدية، تواصل مع الوكالة.

مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) – معلومات الاتصال	
اتصال	1-877-772-5772 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. اضغط على الرقم "0" للتحدث إلى أحد ممثلي RRB من الساعة 9 صباحًا إلى الساعة 3:30 مساءً، يوم الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحًا إلى الساعة 12 ظهرًا يوم الأربعاء. اضغط على الرقم "1" للوصول إلى خط المساعدة الآلي الخاص بـ RRB والحصول على المعلومات 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	https://RRB.gov

القسم 9 إذا كانت لديك خطة تأمين جماعية أو تأمين صحي آخر من صاحب عمل

إذا كنت (أو زوجتك) تحصل على مزايا من صاحب العمل (أو صاحب عمل الزوجة) أو مجموعة المتقاعدين كجزء من هذه الخطة، فاتصل بمسؤول المزايا لصاحب العمل/النقابة أو قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) إذا كان 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 الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطرح أسئلة حول تغطية Medicare الخاصة بك بموجب هذه الخطة. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كانت لديك تغطية أدوية أخرى من خلال صاحب العمل (أو زوجتك) أو مجموعة المتقاعدين، فتواصل مع **مسؤول المزايا التابع لهذه المجموعة**. يمكن لمسؤول المزايا مساعدتك على فهم كيفية عمل تغطية الأدوية الحالية مع خطتنا.

الفصل 3:
استخدام خطتنا للخدمات الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية

القسم 1 كيفية الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى بصفتك عضوًا في خطتنا

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته حول استخدام خطتنا للحصول على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية. للحصول على تفاصيل حول الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا، انتقل إلى جدول المزايا الطبية في الفصل 4.

القسم 1.1 مقدمو الشبكة والخدمات الخاضعة للتغطية

- **مقدمو الرعاية** هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين منحتهم الولاية رخصة لتقديم الخدمات والرعاية الطبية. يشمل مصطلح "مقدمي الرعاية" أيضًا المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- **مقدمو 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 الرعاية هؤلاء لتقديم الخدمات الخاضعة للتغطية للأعضاء المشتركين في خطتنا. يرسل مقدمو الرعاية في شبكتنا فاتورة إلينا مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها إليك. عندما تزور مقدم شبكة، لا تدفعُ أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.
- **الخدمات الخاضعة للتغطية** تشمل جميع خدمات الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية والمستلزمات والمعدات والأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا. ترد خدمات الرعاية الطبية الخاضعة للتغطية المتاحة لك في جدول المزايا الطبية في الفصل 4. كما ترد مناقشة الخدمات الخاضعة للتغطية للأدوية الموصوفة في الفصل 5.

القسم 1.2 القواعد الأساسية لتغطية خطتنا للرعاية الطبية والخدمات الأخرى الخاصة بك

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 لمعرفة الخدمات الخاضعة للتغطية بموجب الخطة.

ستغطي خطتنا بشكل عام رعايتك الطبية ما دامت:

- **الرعاية التي تتلقاها مدرجة في جدول المزايا الطبية لخطتنا** في الفصل 4.
- **الرعاية التي تتلقاها تُعد 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.
- **لديك مقدم رعاية أولية (PCP) تابع للشبكة يوفر لك الرعاية لك ويشرف عليها.** بصفتك عضوًا في خطتنا، يجب عليك اختيار PCP في الشبكة (انتقل إلى القسم 2.1 لمزيد من المعلومات).

- في معظم الحالات، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الأولية (PCP) في الشبكة موافقة سابقة (إحالة) قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدمي الرعاية الآخرين في شبكة خطتنا، مثل الاختصاصيين أو المستشفيات أو مرافق التمريض المتخصصة أو وكالات الرعاية الصحية المنزلية. لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 2.3.
- لا تحتاج إلى إحالات من PCP الخاص بك للرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. للتعرف على أنواع الرعاية الأخرى التي يمكنك الحصول عليها من دون الحصول على موافقة سابقة من PCP الخاص بك، انتقل إلى القسم 2.2.

- **يجب أن تتلقى رعايتك من مقدم شبكة** (راجع القسم 2). في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خارج الشبكة (مقدم ليس جزءًا من شبكة خطتنا). ويعني ذلك أنه سيتعين عليك دفع تكاليف المقدم بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها. *في ما يأتي 3 استثناءات:*

- تغطي خطتنا الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خارج الشبكة. للحصول على مزيد من المعلومات، وللاطلاع على خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، انتقل إلى القسم 3.
- إذا كنت بحاجة إلى نوع رعاية طبية يجب على خطتنا تغطيته بموجب Medicare أو California Medi-Cal (Medicaid) لكن لا يوجد اختصاصيون في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم رعاية خارج الشبكة بمشاركة التكلفة نفسها التي تدفعها عادةً داخل الشبكة (يلزم الحصول على تفويض سابق). 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 مقدم الشبكة. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لزيارة طبيب خارج الشبكة، انتقل إلى القسم 2.4.
- تغطي خطتنا خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا مؤقتًا أو عندما يكون المقدم الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. ولا يمكن لمشاركة التكلفة التي تدفعها إلى خطتنا مقابل غسيل الكلى أن تتجاوز مطلقًا مشاركة التكلفة في برنامج Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا وتتلقى خدمة غسيل الكلى من مقدم خارج شبكة خطتنا، فلن تتجاوز مشاركة التكلفة الخاصة بك مشاركة التكلفة التي تدفعها داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم غسيل الكلى المعتاد داخل الشبكة غير متاح مؤقتًا واخترت تلقي الخدمات داخل منطقة الخدمة الخاصة بنا من مقدم خارج شبكة خطتنا، فقد تكون مشاركة التكلفة لغسيل الكلى الخاصة بك أعلى.

القسم 2 الاستعانة بمقدمي الرعاية داخل شبكة خطتنا للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى

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

من هو PCP وما الذي يقدمه إليك؟

عندما تصبح عضوًا 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 ومدرَّب 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 بصفتك عضوًا في خطتنا أو تنسيقها. ويشمل ذلك ما يأتي:

- الأشعة السينية،
- والاختبارات المعملية،
- والعلاج الطبيعي و/أو المهني و/أو علاج مشكلات النطق،

- والرعاية من الأطباء الاختصاصيين،
- ودخول المستشفى،
- ورعاية المتابعة

يتضمن "تنسيق" الخدمات الخاضعة للتغطية التحقق مع مقدمي 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 تفويضًا سابقًا، فسيطلب PCP الخاص بك التفويض من خطتنا. نظرًا 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.

في بعض الحالات، سيحتاج PCP أو المختص أو أي مقدم رعاية تزوره إلى الحصول على تفويض سابق (موافقة سابقة) منَّا لأنواع 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.

كيفية اختيار PCP

عند التسجيل في خطتنا، ستختار مجموعة طبية مشاركة من شبكة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP). كما ستقوم باختيار PCP من هذه المجموعة الطبية المشاركة. لاختيار PCP الخاص بك، انتقل إلى موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/2027providerdirectories وحدد PCP من شبكة خطتنا. يمكن أن يساعدك قسم 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 وPCP بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطة والاستعانة بمستشفيات معينة داخل شبكتها. إذا كان هناك مستشفى أو مختص معين في الخطة تريد الاستعانة به، فتحقق أولاً للتأكد من أن المختصين و/أو المستشفيات مدرجون في شبكة PCP والمجموعة الطبية.

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

كيفية تغيير PCP الخاص بك

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. من الممكن أيضًا أن يغادر PCP الخاص بك شبكة مقدمي الرعاية التابعة لخطتنا، وحينها ستحتاج إلى اختيار 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 وPCP في الخطة بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطة والاستعانة بمستشفيات معينة داخل شبكتها. نظرًا إلى أن بعض PCP يشاركون في شبكات إحالة محدودة أو معينة، فقد تحدد المجموعة الطبية وPCP التابعين للخطة اللذين تختارهما الاختصاصيين والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها. إذا كان هناك مختصون أو مستشفيات محددة ترغب في الاستعانة بها، فتأكد مما إذا كانت مجموعتك الطبية وPCP التابعان للخطة يستعينان بهؤلاء المختصين أو هذه المستشفيات أم لا.

لتغيير PCP، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. وسيكون 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 الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها من دون إحالة من PCP

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

- الرعاية الصحية الروتينية للمرأة، بما في ذلك فحوصات الثدي وفحص تصوير الثدي بالأشعة (الأشعة السينية على الثدي) واختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض ما دمتِ تحصلين عليها من مقدم الشبكة
- اللقاحات المضادة للإنفلونزا ولقاحات COVID-19 ولقاحات الالتهاب الرئوي ما دمت تحصل عليها من مقدم الشبكة
- خدمات الطوارئ من مقدمي الشبكة أو من مقدمي الرعاية خارج الشبكة
- الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الخاضعة لتغطية الخطة هي الخدمات التي تتطلب اهتمامًا طبيًا فوريًا (لكنها ليست طارئة) إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من غير المعقول أن تحصل على هذه الخدمة من مقدمي الشبكة بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو نوبات التفاقم المفاجئة للحالات المُصاب بها بالفعل. لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية (مثل الفحوصات السنوية) مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو إذا كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من مرفق غسيل كلى معتمد من Medicare عندما تكون مؤقتًا خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا. إذا كان ذلك ممكنًا، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى نتمكن من المساعدة على ترتيب حصولك على رعاية غسيل الكلى خلال غيابك.

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من المختصين ومقدمي الشبكة الآخرين

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض محدد أو جزء معين من الجسم. وهناك أنواع عديدة من الاختصاصيين. على سبيل المثال:

- 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 جدًا الحصول على إحالة من PCP الخاص بك قبل زيارة اختصاصي تابع للخطة أو مقدمي رعاية 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 مقدمي رعاية معينين آخرين، فقد تضطر إلى دفع مقابل هذه الخدمات بنفسك.

إذا كان الاختصاصي يريد منك العودة للحصول على رعاية إضافية، فتحقق أولاً للتأكد من أن الإحالة التي حصلت عليها من PCP الخاص بك للزيارة الأولى تغطي زيارات إضافية للاختصاصي أو مقدمي رعاية معينين آخرين. وفي بعض الحالات، قد تحتاج أنت أو ممثلك أو PCP/ المقدم إلى الحصول على تفويض سابق من الخطة. يرجى الرجوع إلى الفصل 4، القسم 2 للحصول على معلومات حول الخدمات التي تتطلب تفويضًا سابقًا.

قد تقوم كل مجموعة طبية وPCP بإجراء إحالات إلى مختصين معينين في الخطة 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 للخطة أو الذهاب إلى مستشفى لا يمكن أن يحيلك إليه PCP الحالي الخاص بك. في القسم 2.1 تحت عنوان "كيفية تغيير PCP الخاص بك"، نخبرك بكيفية تغيير PCP الخاص بك.

عندما يغادر اختصاصي أو مقدم شبكة آخر خطتنا

قد نجري تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الرعاية) في شبكة خطتنا خلال العام. إذا غادر الطبيب أو الاختصاصي الخاص بك خطتنا، فلديك هذه الحقوق والحصانات:

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الرعاية لدينا قد تتغير خلال العام، فإن برنامج Medicare يشترط أن يكون لديك وصول مستمر إلى الأطباء والاختصاصيين المؤهلين.
- سنخطرك بأن المقدم الخاص بك سيغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم جديد.
  - إذا غادر مقدم الرعاية الأولية أو مقدم خدمات الصحة السلوكية خطتنا، فسنخطرك إذا كنت قد زرت هذا المقدم خلال آخر 3 سنوات.
  - إذا غادر أي من مقدمي الرعاية الآخرين خطتنا، فسنخطرك إذا تم تعيينك إلى المقدم، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو قد زرته خلال آخر 3 أشهر.
- سنساعدك على اختيار مقدم مؤهل جديد داخل الشبكة للحصول على الرعاية المستمرة.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي أو معالجة لدى المقدم الحالي الخاص بك، فلك الحق في طلب الاستمرار في تلقي العلاج أو المعالجة الضرورية من الناحية الطبية. وسنتعاون معك بحيث يمكنك الاستمرار في تلقي الرعاية.
- سنوفر لك معلومات حول فترات التسجيل المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- عندما يكون المقدم داخل الشبكة أو الميزة غير متاحة أو غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية، سنرتب لتوفير أي ميزة ضرورية من الناحية الطبية وخاضعة للتغطية خارج شبكة مقدمي الرعاية لدينا بقيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة نفسها. كما يجب أن تؤكد خطتنا على عدم وجود مقدم شبكة متاح، ويجب على المقدم خارج الشبكة التواصل مع الخطة لطلب تفويض لك للحصول على الخدمات. وفي حالة الموافقة، سيتم إصدار تصريح للمقدم خارج الشبكة لتقديم الخدمة (الخدمات). يحق لك الحصول على الخدمات من مقدمي الرعاية خارج الشبكة في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. 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 مقدمي الشبكة. كما يتعين تلقي خدمات ESRD في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare.
- إذا عرفت أن الطبيب أو الاختصاصي الخاص بك سيغادر خطتنا، فتواصل معنا حتى نتمكن من مساعدتك على العثور على مقدم جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نقدم لك مقدمًا مؤهلاً ليحل محل المقدم السابق أو أن رعايتك لا تُدار بشكل مناسب، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى مؤسسة QIO، أو تظلم بشأن جودة الرعاية إلى خطتنا، أو كليهما (انتقل إلى الفصل 9).

القسم 2.4 كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية خارج الشبكة

يحق لك الحصول على الخدمات من مقدمي الرعاية خارج الشبكة في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. 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 مقدمي الشبكة. كما يتعين تلقي خدمات ESRD في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare.

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

ما يمكن توقعه عند الانضمام إلى خطتنا لأول مرة

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة إليك، فيمكنك مواصلة التعامل مع الأطباء الذين تتعامل معهم حاليًا لفترة محددة من الوقت إذا كانوا من خارج شبكتنا. وهذا ما نسميه متابعة الرعاية. إذا كانوا من خارج شبكتنا، فيمكنك الاحتفاظ بمقدمي الرعاية الحاليين وتصاريح الخدمات الخاصة بك في وقت التسجيل لفترة تصل إلى 12 شهرًا في حال استيفاء كل الشروط الآتية:

- تطلب منا أنت أو ممثلك أو المقدم الخاص بك السماح لك بالاستمرار في التعامل مع المقدم الحالي.
- تمكنا من إثبات أنه كانت لديك علاقة حالية مع مقدم رعاية أولية أو متخصصة، مع وجود بعض الاستثناءات. ما نعنيه بـ "علاقة حالية" هو أنك قد زرت مقدمًا خارج الشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ تسجيلك الأولي في خطتنا.
  - ونحدد العلاقة الحالية من خلال مراجعة معلوماتك الصحية المتاحة أو المعلومات التي تقدمها إلينا.
  - سنرد على طلبك خلال 30 يومًا. يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار أسرع ويجب علينا الرد في غضون 15 يومًا. يمكنك تقديم هذا الطلب من خلال الاتصال على الرقم 1-800-431-9007، TTY: 711، في الفترة بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. إذا كنت معرضًا للخطر، فيجب علينا الرد في غضون 3 أيام.
  - يجب أن تقدم أنت أو المقدم الخاص بك مستندات تثبت العلاقة الحالية وتوافق على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملاحظة: يمكنك تقديم هذا الطلب إلى مقدمي المعدات الطبية القوية (DME) لمدة 90 يومًا على الأقل أو حتى نسمح بتوفير معدات مستأجرة جديدة ونطلب من مقدم الشبكة تقديمها.

بعد انتهاء فترة متابعة الرعاية، سيتعين عليك التعامل مع أطباء ومقدمي رعاية آخرين في شبكة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) تابعين للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم نعقد اتفاقًا مع طبيبك من خارج الشبكة.

القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات في حالات الطوارئ أو الكوارث أو الحاجة المُلحة للرعاية

القسم 3.1 الحصول على الرعاية في حال كانت لديك حالة طوارئ طبية

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 كنتِ امرأة حاملاً)، وتفادي فقدان أحد الأطراف أو وظيفته، أو فقدان وظيفة جسدية أو تدهورها بشكل حاد. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

إذا تعرضت لحالة طوارئ طبية، فعليك:

- **الحصول على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل على الرقم 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 أراضيها، ومن أي مقدم لديه ترخيص حكومي مناسب حتى إذا لم يكن جزءًا من شبكتنا. كما تشمل خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) تغطية طوارئ/رعاية عاجلة في جميع أنحاء العالم.
- **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 على الرقم الموجود على الجهة الخلفية من بطاقة عضويتك.

الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية

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 الضرورية من الناحية الطبية للتأكد من أن حالتك لا تزال مستقرة. سيستمر أطباؤك في علاجك حتى تصبح حالتك الطبية مستقرة، وسيتعاونون معنا، عند الاقتضاء، للتخطيط لأي رعاية إضافية.

يُنصح عمومًا بالمتابعة مع مقدم الرعاية الأولية أو مقدم العلاج خلال 5 إلى 7 أيام من تلقي الرعاية في حالات الطوارئ لدعم تعافيك. ومع ذلك، فإن رعاية المتابعة غير مطلوبة لتغطية خدمات الطوارئ الخاصة بك، ولن تتأثر تغطيتك إذا لم تتمكن من تحديد موعد لزيارة متابعة خلال إطار زمني محدد.

كجزء من خدمات تنسيق الرعاية لدينا، قد يتواصل معك فريق الرعاية لدينا لمساعدتك على تحديد مواعيد المتابعة أو ربطك بموارد إضافية، إذا لزم الأمر. وسيتم دفع تكاليف أي رعاية متابعة ضرورية من الناحية الطبية تغطيها خطتك وفقًا لقواعد مشاركة التكلفة الخاصة بخطتك.

إذا قدم مقدمو الرعاية خارج الشبكة الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك، فسنحاول الترتيب لمقدمي 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—معتقدًا 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، بعد أن يقول الطبيب إنها لم تكن حالة طارئة، سنغطي الرعاية الإضافية فقط إذا حصلت على الرعاية الإضافية بإحدى هاتين الطريقتين (2):

- استعنتَ بمقدم الشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.
- تُعد الرعاية الإضافية التي تحصل عليها خدمات مطلوبة بشكل عاجل، ويجب عليك اتباع القواعد الموضحة أدناه للحصول على هذه الرعاية العاجلة.

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

تُعد الخدمة التي تتطلب اهتمامًا طبيًا فوريًا (لكنها ليست طارئة) خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من غير المعقول أن تحصل على هذه الخدمة من مقدمي الشبكات بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو نوبات التفاقم المفاجئة للحالات المُصاب بها بالفعل. ومع ذلك، لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية، مثل الفحوصات السنوية، مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو إذا كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

يرجى الاتصال بمكتب PCP الخاص بك في أي وقت على مدار الساعة 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 المقدمين والصيدليات* أو على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories. 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 العيادة التي لا تتطلب حجز موعد مسبق، فستدفع مبلغ التسديد المشترك لمركز الرعاية العاجلة، الذي قد يكون مختلفًا. راجع جدول المزايا الطبية في

الفصل 4 لمعرفة مبلغ التسديد المشترك الذي ينطبق على الخدمات المقدمة في عيادة الطبيب أو مركز الرعاية العاجلة التابع للشبكة أو العيادة التي لا تتطلب حجز موعد مسبق.

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 مزايا البرامج التعليمية للصحة والعافية في الفصل 4، 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:

- 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 المقيمين في المستشفى.
- يرجى الاتصال بنا في غضون 48 ساعة، إن أمكن، لإبلاغنا بزيارتك غرفة الطوارئ.

ملاحظة: لا يوفر برنامج Medicare تغطية للرعاية الطبية الطارئة خارج الولايات المتحدة وأراضيها؛ ومع ذلك، توفر خطتنا هذه التغطية كميزة إضافية.

للحصول على مزيد من المعلومات، راجع "الرعاية في حالات الطوارئ" و"الخدمات المطلوبة بشكل عاجل" في جدول المزايا 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 في الولايات المتحدة، أو رئيس الولايات المتحدة عن حالة كوارث أو حالة طوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال من حقك الحصول على الرعاية من خطتنا.

تفضل بزيارة go.wellcare.com/HealthNetCA للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة عند حدوث كارثة.

إذا لم تتمكن من الاستعانة بمقدم شبكة عند حدوث كارثة، فستسمح لك خطتنا بالحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية خارج الشبكة بقيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة نفسها. إذا لم تتمكن من الاستعانة بصيدلية الشبكة عند حدوث كارثة، فيمكنك صرف الوصفات الطبية الخاصة بك من صيدلية خارج الشبكة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4.

القسم 4 ماذا لو تم إصدار فاتورة لك بشكل مباشر بدفع التكلفة الكاملة للخدمات الخاضعة للتغطية؟

إذا دفعت مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك أو إذا حصلت على فاتورة الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، فانتقل إلى الفصل 7 للحصول على معلومات حول ما يجب فعله.

القسم 4.1 في حال عدم تغطية خطتنا للخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات الضرورية من الناحية الطبية على النحو المبين في جدول المزايا الطبية في الفصل 4. إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، أو حصلت على خدمات خارج الشبكة من دون تفويض، وكانت هذه الخدمات غير طارئة أو غير مطلوبة بشكل عاجل، فأنت مسؤول عن دفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمات. 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 أقصى للمزايا، فإنك تدفع كذلك التكلفة الكاملة مقابل أي خدمات تحصل عليها بعد استنفاد مزاياك لهذا النوع من الخدمة الخاضعة للتغطية. لن يتم احتساب المبلغ الذي تدفعه مقابل التكاليف بمجرد الوصول إلى حد المزايا ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض. على سبيل المثال، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة مقابل أي رعاية في مرفق تمريض متخصص تحصل عليها بعد أن تصل مدفوعات خطتنا إلى حد المزايا. بمجرد انتهاء حد المزايا الخاص بك، لا يتم احتساب المدفوعات الإضافية التي تدفعها مقابل الخدمة ضمن الحد الأقصى للمبلغ السنوي الذي يتحمله المريض.

القسم 5 الخدمات الطبية 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. وعادةً ما تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة. 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 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. وستحتاج إلى تقديم مستندات تثبت لنا المبلغ الذي دفعته.

إذا أردت المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلست بحاجة إلى إبلاغنا أو الحصول على موافقة منا أو من PCP الخاص بك. لا يلزم أن يكون مقدمو الرعاية الذين يقدمون رعايتك كجزء من دراسة بحثية سريرية جزءًا من شبكة خطتنا. (لا ينطبق هذا على المزايا الخاضعة للتغطية التي تتطلب تجربة سريرية أو سجلاً لتقييم الميزة، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب التغطية بتطور الأدلة (NCD-CED) ودراسات إعفاء الأجهزة التجريبية (IDE). قد تخضع هذه المزايا أيضًا إلى تفويض سابق وقواعد الخطة الأخرى.)

على الرغم من أنك لا تحتاج إلى إذن خطتنا للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، فإننا نشجعك على إخطارنا مسبقًا عندما تختار المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة لبرنامج Medicare.

إذا شاركت في دراسة غير معتمدة من Medicare، فستكون مسؤولاً عن دفع جميع تكاليف مشاركتك في الدراسة.

القسم 5.2 من يدفع تكاليف الخدمات في دراسة بحثية سريرية

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 سيدفع Medicare مقابلها حتى إذا لم تكن مشاركًا في دراسة.
- العمليات أو الإجراءات الطبية الأخرى إذا كانت جزءًا 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 شيئًا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها في الدراسة البحثية السريرية.

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

- بشكل عام، لن يدفع برنامج Medicare مقابل العناصر أو الخدمات الجديدة التي تختبرها الدراسة ما لم تكن مغطاة من قِبل Medicare حتى إذا لم تكن مشاركًا في دراسة.
- العناصر أو الخدمات المقدمة فقط لأغراض جمع البيانات، ولا تستخدم في رعايتك الصحية المباشرة. على سبيل المثال، لن يدفع برنامج Medicare مقابل رسوم فحوصات التصوير المقطعي المحوسب (CT) الشهرية التي تتم كجزء من دراسة ما إذا كانت حالتك الطبية تتطلب عادةً فحص CT واحدًا فقط.
- العناصر والخدمات التي توفرها الجهات الراعية للأبحاث مجانًا للأشخاص المشاركين في التجربة.

الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية

احصل على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى الدراسات البحثية السريرية في منشور Medicare *Medicare والدراسات البحثية السريرية*، المتوفر على Medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. يُمكنك أيضًا الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن 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 مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية

المؤسسة الدينية غير الطبية للرعاية الصحية هي مرفق يوفر الرعاية للحالات التي يمكن علاجها عادة في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص. وإذا كان تلقي الرعاية في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص يتعارض مع المعتقدات الدينية للعضو، فسنغطي بدلاً من ذلك الرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية. يتم تقديم هذه الميزة فقط لخدمات المرضى المقيمين في الجزء A (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

القسم 6.2 كيفية الحصول على 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 واعٍ الحصول على علاج طبي **غير مستثنى**.

- الرعاية أو العلاج الطبي **غير المستثنى** هو أي رعاية طبية أو علاج طبي 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.

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.
- لا تغطي خطتنا سوى الجوانب غير *الدينية* للرعاية.
- إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة تم توفيرها لك في مرفق، فسيتم تطبيق الشروط الآتية:

- يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية لرعاية المرضى المقيمين في المستشفى أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص.
- *كذلك* يجب *عليك* الحصول على موافقة مسبقة 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 المقيمين أو في مرفق التمريض المتخصص التي كنت ستحصل عليها بخلاف ذلك. يرجى الرجوع إلى جدول المزايا الطبية في الفصل 4 لمعرفة قواعد التغطية ومعلومات إضافية حول مشاركة التكلفة والقيود المفروضة على المرضى المقيمين في المستشفى وتغطية التمريض المختصة.

القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية القوية

القسم 7.1 لن تمتلك بعض المعدات الطبية القوية 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 (IV)، والبخاخات، وأسرّة المستشفى التي يطلبها مقدم الرعاية للأعضاء لاستخدامها في المنزل. يمتلك العضو دائمًا بعض عناصر DME، مثل الأطراف الصناعية. الأنواع الأخرى من DME يجب عليك استئجارها.

وفي Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من DME المعدات بعد دفع تسديد مشترك للغرض لمدة 13 شهرًا. بصفتك عضوًا في خطتنا، ثمة أنواع معينة 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 الخطة 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 على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لمعرفة متطلبات تأجير DME أو امتلاكها والمستندات التي تحتاج إلى تقديمها.

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 لامتلاك عنصر DME. ولا يتم احتساب عمليات الدفع التي أجريتها في أثناء تسجيلك في خطتنا ضمن عمليات الدفع الـ 13 هذه.

مثال 1: إذا أجريت 12 عملية دفع متتالية أو أقل مقابل العنصر في Original Medicare ثم انضممت إلى خطتنا، لن يتم احتساب عمليات الدفع التي أجريتها 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 انضممت إلى خطتنا. لم تحصل على ملكية العنصر خلال عضويتك في خطتنا. فحينها ستعود إلى Original Medicare. وسيتعين عليك إجراء 13 عملية دفع جديدة متتالية لامتلاك العنصر بمجرد انضمامك مجددًا إلى Original Medicare. كما لا يتم احتساب أي عمليات دفع أجريتها بالفعل (سواء لخطتنا أو لبرنامج Original Medicare).

القسم 7.2 قواعد المعدات والمستلزمات والصيانة الخاصة بالأكسجين

إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية معدات الأكسجين من Medicare، فستغطي خطة Wellcare Health Net 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 Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة إلى معدات الأكسجين من الناحية الطبية، فيجب إعادة معدات الأكسجين.

ماذا يحدث إذا تركت خطتنا وعُدت إلى Original Medicare؟

يشترط برنامج Original Medicare أن يقدم إليك مورد الأكسجين الخدمات لمدة 5 سنوات. خلال الأشهر الـ 36 الأولى، يمكنك استئجار المعدات. وبالنسبة إلى الـ 24 شهرًا المتبقية، يوفر المورد المعدات والصيانة (لا تزال مسؤولاً عن مشاركة التكلفة المطبقة للأكسجين). بعد 5 سنوات، يمكنك اختيار البقاء مع الشركة نفسها أو الانتقال إلى شركة أخرى. وفي هذه المرحلة، تبدأ دورة الـ 5 سنوات مرة أخرى، حتى لو بقيت مع الشركة نفسها، ويُطلب منك مجددًا دفع مبالغ التسديد المشترك لأول 36 شهرًا. إذا انضممت إلى خطتنا أو تركتها، تبدأ دورة الـ 5 سنوات من جديد.

الفصل 4:
جدول المزايا الطبية
(الأمور التي تتم تغطيتها)

القسم 1 فهم الخدمات الخاضعة للتغطية

يسرد جدول المزايا الطبية الخدمات الخاضعة للتغطية بصفتك عضوًا في خطتنا. يقدم هذا القسم أيضًا معلومات حول الخدمات الطبية غير الخاضعة للتغطية ويوضح 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 تتبع قواعد خطتنا للحصول على رعايتك. (انتقل إلى الفصل 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول قواعد خطتنا للحصول على رعايتك.)

القسم 1.2 ما أكبر مبلغ ستدفعه مقابل الخدمات الطبية الخاضعة لتغطية Medicare Part A وMedicare 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 الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية.

هناك حد في خطط Medicare Advantage للمبلغ الذي تتحمله كل عام مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part A وMedicare Part B. ويُطلق على هذا الحد اسم الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض (MOOP) مقابل الخدمات الطبية. **بالنسبة إلى السنة التقويمية 2027، مبلغ MOOP يبلغ 9,850$.**

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 أدوية الجزء 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 المزايا الطبية. إذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض البالغ 9,850$، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف من مالك الخاص لبقية العام مقابل خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية. ومع ذلك، يجب عليك الاستمرار في دفع قسط Medicare Part B (ما لم تدفع California Medi-Cal (Medicaid) أو جهة خارجية أخرى قسط الجزء B نيابة عنك).

القسم 2 جدول المزايا الطبية يوضح المزايا والتكاليف الطبية الخاصة بك

يسرد جدول المزايا الطبية في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها خطتنا (ترد تغطية أدوية الجزء D في الفصل 5). لا تتم تغطية الخدمات المدرجة في جدول المزايا الطبية إلا عند استيفاء هذه المتطلبات:

- يجب تقديم الخدمات الخاضعة للتغطية من Medicare وفقًا لإرشادات تغطية Medicare.
- خدماتك (بما في ذلك الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات والمعدات وأدوية الجزء B) يجب أن تكون 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.
- بالنسبة إلى المسجلين الجدد، يجب أن توفر خطة Medicare Advantage (MA) للرعاية المنسقة فترة انتقالية مدتها 90 يومًا على الأقل، وخلال هذه الفترة قد لا تتطلب خطة MA الجديدة الحصول على التفويض السابق لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت بوجود مقدم خارج الشبكة.
- أن يكون لديك مقدم رعاية أولية (PCP) يوفر لك الرعاية ويشرف عليها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك موافقة مسبقة (إحالة) قبل أن تتمكن من زيارة مقدمي الرعاية الآخرين في شبكة خطتنا.
- لا تتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا الطبية *إلا* إذا حصل طبيبك أو مقدم الشبكة الآخر على موافقة سابقة منا (تسمى أحيانًا التفويض السابق). يتم تمييز الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى موافقة سابقة في جدول المزايا الطبية بخط مائل.
- إذا كانت خطة الرعاية المنسقة لديك تقدم الموافقة على طلب تفويض سابق لمسار العلاج، فيجب أن تكون الموافقة صالحة طالما كانت معقولة طبيًا وضرورية لتجنب انقطاع الرعاية وفقًا لمعايير التغطية المعمول بها وتاريخك الطبي وتوصية مقدم الرعاية المعالج.

أشياء مهمة أخرى يجب معرفتها عن تغطيتنا:

- تتم تغطيتك بواسطة كل من Medicare و California Medi-Cal (Medicaid). وتخضع الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة لتغطية Medicare. قد يغطي California Medi-Cal (Medicaid) مشاركة التكلفة الخاصة بك مقابل خدمات Medicare، بما في ذلك المبالغ القابلة للاستقطاع الطبية في الخطة ومبالغ التسديد المشترك أو التأمين المشترك مقابل خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية والمرضى المقيمين وزيارات عيادة الطبيب، حسب فئة أهليتك في California Medi-Cal (Medicaid). كما يغطي California Medi-Cal (Medicaid) الخدمات التي لا يغطيها Medicare، مثل الرعاية طويلة الأمد، وبعض الأدوية من دون وصفات، والخدمات المنزلية والمجتمعية.
- كما هو الحال في جميع خطط Medicare الصحية، نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (لمعرفة المزيد عن تغطية برنامج Original Medicare وتكاليفه، انتقل إلى كتيب *Medicare وأنت لعام 2027* الخاص بك. ويمكنك الاطلاع عليه عبر الإنترنت من خلال Medicare.gov أو طلب نسخة عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.)
- بالنسبة إلى الخدمات الوقائية التي تتم تغطيتها من دون أي تكلفة بموجب برنامج Original Medicare، فإننا نغطي هذه الخدمات أيضًا من دون أي تكلفة عليك.
- إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2027، فسيغطي برنامج Medicare أو خطتنا هذه الخدمات.
- إذا فقدت أهليتك لبرنامج California Medi-Cal (Medicaid) ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون 3 أشهر، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare الخاضعة لتغطية خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، لا تكون خطة Medicare Advantage مسؤولة عن تغطية أي من مزايا California Medi-Cal (Medicaid) التي قد تكون مضمنة في خطة الولاية لـ Medicaid الخاصة بك. إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

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

معلومات مهمة حول المزايا للمسجلين الذين يعانون من حالات مزمنة

- إذا تم تشخيص إصابتك بأي من الحالات المزمنة المدرجة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة.
  - **اضطرابات المناعة الذاتية**
  - **السرطان**
  - **اضطرابات القلب والأوعية الدموية**
  - **الاضطراب المزمن لاستخدام الكحول واضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأخرى (SUD)**
  - **حالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقات**
  - **الحالات المزمنة التي تضعف الرؤية والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم**
  - **أمراض الجهاز الهضمي المزمنة**
  - **فشل القلب المزمن**
  - **مرض الكلى المزمن (CKD)**
  - **اضطرابات الرئة المزمنة**
  - **الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي**
  - **الحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو استعادتها**
  - **الحالات المصحوبة بتحديات وظيفية**
  - **الخرف**
  - **داء السكري**
  - **البطان الرحمي**
  - **HIV/AIDS**
  - **نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة**
  - **الاضطرابات العصبية**
  - **زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض**
  - **ما بعد زراعة الأعضاء**
  - **اضطرابات الدم الشديدة**
  - **السكتة الدماغية**
  - تقدم خطتك مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI). هذه المزايا متاحة للأعضاء الذين تم تشخيصهم بحالة مزمنة واحدة أو أكثر من الحالات المؤهلة، والذين يستوفون **جميع** متطلبات معايير الأهلية المحددة من CMS:
    - يعاني من حالة مزمنة واحدة أو أكثر من الحالات المزمنة المصاحبة والمعقدة طبيًا التي تهدد الحياة أو تحد بشكل كبير من الصحة العامة أو الوظيفة العامة للمسجل
    - يكون معرضًا لخطر كبير لدخول المستشفى أو التعرض لنتائج صحية سلبية أخرى
    - يحتاج إلى تنسيق الرعاية المكثفة

لا يضمن تشخيص الحالة المزمنة وحده الأهلية. **بالإضافة إلى وجود حالة مزمنة مؤهلة واحدة أو أكثر، يتم إثبات أهلية العضو للحصول على مزايا SSBCI من خلال وجود واحد أو أكثر مما يلي:**

- وجود تاريخ من دخول المستشفى أو زيارات قسم الطوارئ (ED)، و/أو
- الاستخدام المتكرر للخدمات المتعلقة بمرضى العيادات الخارجية أو الرعاية المتخصصة، و/أو
- وجود دليل على ضعف السيطرة على المرض أو عدم الالتزام بتناول الأدوية، و/أو
- وجود احتياجات اجتماعية غير طبية (SDOH) تؤثر في النتائج الصحية

يتم تحديد الأهلية بعد تسجيلك في الخطة باستخدام معايير موضوعية وموثقة بناءً على المعلومات المتاحة مثل السجلات الطبية والمطالبات وتقييمات إدارة الرعاية ومستندات مقدم الرعاية وغيرها من المعلومات الداعمة.

بالنسبة إلى الأعضاء الجدد الذين ليس لديهم سجل كافٍ من المطالبات، يمكن تقديم إقرار من مقدم الرعاية لدعم مراجعة الأهلية. ولا يضمن تقديم الإقرار الموافقة، حيث يتم تحديد الأهلية بناءً على استيفاء العضو لجميع معايير الأهلية المطلوبة.

يجب التأكد من استيفاء جميع معايير الأهلية قبل الحصول على إمكانية الوصول إلى المزايا. ستخطرك Wellcare إذا كنت مؤهلاً وستقدم إليك تعليمات حول كيفية الوصول إلى مزايا SSBCI. إذا كانت لديك أسئلة حول هذه المزايا أو أهليتك، فاتصل برقم قسم خدمات الأعضاء الموجود على الجهة الخلفية من بطاقة ID العضوية الخاصة بك.

تنطبق أهلية مزايا SSBCI فقط على خطة العام الحالي وتنتهي في 31 ديسمبر. يجب على الأعضاء استيفاء متطلبات الأهلية في كل عام من أعوام الخطة للاستمرار في تلقي هذه المزايا.

- لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى صف *المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة* في جدول المزايا الطبية أدناه.
- تواصل معنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها تحديدًا.

تُظهر هذه التفاحة الخدمات الوقائية الواردة في جدول المزايا الطبية.

جدول المزايا الطبية

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
للحصول على خدمات California Medi-Cal (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 تغطيتك ومشاركة التكلفة الخاصة بك لخدمات Medicaid الخاضعة للتغطية، إن وجدت، على مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid. يرجى التواصل مع وكالة Medicaid التابعة لولايتك لتحديد مستوى التغطية ومشاركة التكلفة الخاصة بك.	

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص تمدد الشريان الأورطي البطني فحص بالموجات الصوتية لمرة واحدة للأفراد المعرضين للخطر. لا تغطي خطتنا هذا الفحص إلا إذا كانت لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك أو مساعد الطبيب (PA) أو ممرض ممارس (NP) أو اختصاصي تمريض سريري (CNS).	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 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 نقيلي أو التهابي أو مُعدٍ وما إلى ذلك) • غير مرتبطة بالجراحة • غير مرتبطة بالحمل ستتم تغطية 8 جلسات إضافية للمرضى الذين يظهرون تحسنًا. لا يجوز إعطاء أكثر من 20 علاجًا للوخز بالإبر سنويًا.	التسديد المشترك لمبلغ $0 للوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة PCP (مقدم الرعاية الأولية). التسديد المشترك لمبلغ $0 للوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة الاختصاصي. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* التسديد المشترك لمبلغ $0 للوخز بالإبر الخاضع لتغطية Medicare الذي تم تلقيه في عيادة المعالج اليدوي.
يجب وقف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو تتدهور حالته. **متطلبات مقدم الخدمة:** يمكن للأطباء تقديم الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الولاية المعمول بها. يمكن لمساعدي الطبيب (PA) والممرضين الممارسين (NP)/اختصاصيي التمريض السريري (CNS) 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)، • ورخصة 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 يقدمون الوخز بالإبر للمستوى المناسب من إشراف طبيب أو PA أو NP/CNS وذلك وفق ما تقتضيه لوائحنا.	*قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
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، في حال تقديمها إلى عضو في حالة طبية تسمح لوسائل النقل الأخرى بتعريض صحته للخطر، أو إذا أذنت خطتنا 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.*
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 المفصَّل، بالإضافة إلى الخدمات المتضمنة في زيارة العافية السنوية. في ما يأتي أمثلة على الخدمات التي يمكن إجراؤها أو طلبها في أثناء الفحص: • أخذ القياسات الروتينية (الطول، الوزن، ضغط الدم) • تقييم عوامل الخطر للأمراض التي يمكن الوقاية منها • فحص ردود الفعل والعلامات الحيوية • الفحوصات المخبرية (عينات البول والدم)	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل الفحص البدني الروتيني السنوي*
زيارة العافية السنوية إذا كان لديك الجزء B لأكثر من 12 شهرًا، فيمكنك الحصول على زيارة العافية السنوية لوضع خطة وقاية مخصصة أو تحديثها استنادًا إلى حالتك الصحية الحالية وعوامل الخطر. وستغطي خطتنا زيارة العافية السنوية مرة واحدة كل عام تقويمي. **ملاحظة:** 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 الجزء B لمدة 12 شهرًا.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل زيارة العافية السنوية.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
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 العظام أو تحديد جودة العظام بما في ذلك تفسير الطبيب للنتائج.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل قياس كتلة العظام التي يغطيها Medicare.
فحص سرطان الثدي (تصوير الثدي بالأشعة السينية) تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • فحص واحد أساسي لتصوير الثدي بالأشعة السينية بين سن 35 و39 • تصوير الثدي بالأشعة السينية مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء بعمر 40 عامًا فأكثر • فحوصات سريرية للثدي مرة واحدة كل 24 شهرًا	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل تصوير الثدي بالأشعة السينية الخاضع للتغطية.
خدمات إعادة تأهيل القلب تتم تغطية البرامج الشاملة لخدمات إعادة تأهيل القلب التي تشمل التمارين الرياضية والتوعية والمشورة للأعضاء الذين يستوفون شروطًا معينة بناءً على إحالة من الطبيب. تغطي خطتنا هذه البرامج الشاملة إذا كنت قد تعرضت لحالة واحدة على الأقل من الحالات الآتية: • نوبة قلبية خلال آخر 12 شهرًا • جراحة مجازة الشريان التاجي • الذبحة الصدرية المستقرة (ألم في الصدر) • إصلاح صمام القلب أو استبداله • رأب الأوعية التاجية (إجراء طبي يُستخدم لفتح شريان مسدود) أو تركيب دعامة تاجية (إجراء يُستخدم لإبقاء الشريان مفتوحًا) • زراعة القلب أو القلب والرئة • فشل القلب المزمن المستقر قيود التغطية: يمكنك الحصول على ما يصل إلى 36 جلسة لإعادة تأهيل القلب. يمكنك الحصول على جلستين (2) يوميًا (تستغرق كل جلسة ساعة واحدة (1))، ويمكن أن يستمر البرنامج لمدة تصل إلى 36 أسبوعًا. إذا كنت مؤهلاً، فقد تتمكن من الحصول على 36 جلسة إضافية يمكن توزيعها على فترة زمنية أطول.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب التي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب المكثفة التي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
زيارة الحد من مخاطر أمراض 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: • إجراء اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا لجميع النساء • إجراء اختبار عنق الرحم مرة واحدة كل 12 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 آخر 3 سنوات	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: • لا نغطي سوى المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي الفقري	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل خدمات المعالجة اليدوية التي يغطيها Medicare. قد *تكون الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
فحص سرطان القولون والمستقيم تتم تغطية الفحوصات الآتية: • لا يخضع تنظير القولون لحد أدنى أو أقصى من العمر، وتتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو بعد مرور 48 شهرًا من إجراء آخر تنظير سيني مرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لخطر كبير بعد الخضوع لفحص تنظير القولون.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحص سرطان القولون والمستقيم الذي يغطيه Medicare. إذا وجد الطبيب زوائد أو أنسجة أخرى وأزالها أثناء تنظير القولون أو التنظير السيني المرن، فسيتم عد الفحص الأولي فحصًا تشخيصيًا وسيكون عليك دفع مبلغ التسديد المشترك بقيمة $0 مقابل الحصول على خدمات الأطباء.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص سرطان القولون والمستقيم - تابع • تصوير القولون المقطعي المحوسب للمرضى البالغين من العمر 45 عامًا فأكثر الذين لا يواجهون خطرًا مرتفعًا للإصابة بسرطان القولون والمستقيم ويخضع للتغطية بعد مرور 59 شهرًا على الأقل منذ الشهر الذي أُجري فيه آخر تصوير مقطعي محوسب وقائي للقولون أو بعد مرور 47 شهرًا منذ الشهر الذي أُجري فيه آخر تنظير سيني مرن وقائي أو تنظير قولون وقائي. بالنسبة إلى المرضى الذين يواجهون خطرًا مرتفعًا للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، تتم تغطية فحص تصوير القولون المقطعي المحوسب الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل من الشهر الذي أُجري فيه آخر فحص تصوير مقطعي محوسب للقولون أو آخر فحص تنظير للقولون. • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد خضوع المريض لفحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لخطر كبير من إجراء آخر تنظير سيني مرن أو تصوير مقطعي محوسب للقولون. • فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 12 شهرًا. • الاختبار متعدد الأهداف للحمض النووي DNA في البراز للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 أعوام. • فحوصات المؤشرات الحيوية المستندة إلى الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 أعوام. • تشمل فحوصات سرطان القولون والمستقيم فحص متابعة لتنظير القولون إذا أظهر فحص سرطان القولون والمستقيم غير الجراحي القائم على البراز والخاضع لتغطية Medicare نتيجةً إيجابيةً. • تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم فحص التنظير السيني المرن المخطط له أو فحص تنظير القولون الذي يتضمن إزالة نسيج أو أي شيء آخر، أو إجراء آخر يتم في ما يتعلق باختبار الفحص ونتيجةً له وفي الزيارة الطبية نفسها.	
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 مقابل خدمات طب الأسنان في عدد محدود من الحالات، وبالأخص عندما تكون هذه الخدمة جزءًا أساسيًا من العلاج المحدد للحالة الطبية الأولية للشخص. وتشمل 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:	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة طب أسنان يغطيها Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات طب الأسنان - تابع **<u>خدمات طب الأسنان التكميلية (أي الدورية)</u>** • **الرعاية الشاملة للأسنان** تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي o الخدمات التصحيحية - مرة واحدة (1) كل 7 سنوات من سنوات الخطة لكل سن	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة تصحيحية.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
o خدمات تركيبات الأسنان، الثابتة - مرة واحدة (1) كل 7 سنوات من سنوات الخطة لكل سن	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة تركيبات أسنان ثابتة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
o خدمات تركيبات الأسنان، القابلة للإزالة - مرة واحدة (1) كل سنتين (2) إلى 3 سنوات من سنوات الخطة، اعتمادًا على نوع الخدمة	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة تركيبات الأسنان القابلة للإزالة. * *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
o الخدمات العامة المُساعِدة - مرة واحدة (1) سنويًا	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة عامة مُساعِدة. * *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
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 بالخطة خلال سنة الخطة. يتحمل العضو مسؤولية تكلفة خدمات طب الأسنان التي لا تغطيها الخطة. **يتعين الحصول على خدمات طب الأسنان التكميلية (مثل الفحوصات الدورية التي لا يغطيها Medicare) من مقدم رعاية مشارك لتتم تغطيتها بالخطة.** **للاستفسار عن كيفية العثور على مقدم رعاية أو لتقديم مطالبة أو للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.** **يمكنك العثور على معلومات إضافية حول تغطية خدمات طب الأسنان، بما في ذلك قائمة مفصَّلة بالإجراءات الخاضعة للتغطية، في تفاصيل مزايا خدمات طب الأسنان على:** go.wellcare.com/dental-ca	
فحص الاكتئاب نغطي فحص اكتئاب واحدًا كل عام. يجب أن يتم الفحص في عيادة رعاية أولية يمكنها توفير العلاج و/أو الإحالات للمتابعة.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل زيارة فحص الاكتئاب السنوية.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
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 مرضي من ارتفاع نسبة السكر في الدم (الجلوكوز). كما يمكن تغطية الفحوصات إذا كنت تستوفي بعض المتطلبات الأخرى، مثل زيادة الوزن ووجود تاريخ مرضي من الإصابة بالسكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحص السكري لما يصل إلى مرتين (2) كل 12 شهرًا من تاريخ آخر اختبار أجريته لفحص السكري.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحوصات السكري التي يغطيها Medicare.
التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، ومستلزمات مرض السكري وخدماته لجميع المصابين بمرض السكري (مستخدمي الأنسولين وغير مستخدمو الأنسولين)، تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • مستلزمات مراقبة الجلوكوز في دمك: جهاز قياس جلوكوز الدم (جهاز قياس مستوى الجلوكوز التقليدي بوخز الإصبع)، وأجهزة القياس المستمر لنسبة الجلوكوز في الدم (CGM)، وشرائط فحص جلوكوز الدم، وأجهزة الوخز وأدوات الوخز، ومحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الفحص وأجهزة القياس.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل جهاز قياس جلوكوز الدم الخاضع لتغطية Medicare (جهاز قياس مستوى الجلوكوز التقليدي بوخز الإصبع). قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل أجهزة القياس المستمر لنسبة الجلوكوز في الدم (CGM) الخاضعة لتغطية Medicare. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل شرائط فحص جلوكوز الدم وأجهزة الوخز وأدوات الوخز ومحاليل التحكم في الجلوكوز الخاضعة لتغطية Medicare. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. ومع ذلك، قد تظل مطالبًا بدفع ما يصل إلى 20% من المبلغ مقابل المنتجات التي لا يغطيها California Medi-Cal (Medicaid).

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، ومستلزمات مرض السكري وخدماته - تابع	
• بالنسبة إلى الأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد، لكل سنة تقويمية، يتم صرف زوج واحد من الأحذية العلاجية المصممة حسب الطلب (بما في ذلك البطانات المتوفرة مع هذه الأحذية)، وزوجين إضافيين (2) من البطانات، أو زوج واحد من الأحذية العميقة و3 أزواج من البطانات (لا تشمل البطانات غير المخصصة والقابلة للإزالة المتوفرة مع هذه الأحذية)، بما في ذلك عمليات تعديل المقاس	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل الأحذية أو البطانات العلاجية التي يغطيها Medicare للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. ومع ذلك، قد تظل مطالبًا بدفع ما يصل إلى 20% من المبلغ مقابل المنتجات التي لا يغطيها California Medi-Cal (Medicaid).
• التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري في ظل ظروف معينة.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري الذي يغطيه Medicare. قد *تكون الإحالة مطلوبة*. ومع ذلك، قد تظل مطالبًا بدفع ما يصل إلى 20% من المبلغ مقابل المنتجات التي لا يغطيها California Medi-Cal (Medicaid).
Accu-Chek™ Guide و ™True Metrix هما العلامتان التجاريتان المفضلتان لدينا في مستلزمات فحص السكري (أجهزة قياس الجلوكوز وشرائط القياس). ويُعد كل من Dexcom وFreeStyle Libre من الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية لأجهزة القياس المستمر لنسبة الجلوكوز في الدم. للحصول على مزيد من المعلومات حول العناصر المدرجة في قوائم مستلزمات فحص السكري ومراقبته المفضلة، يرجى التواصل مع قسم خدمات الأعضاء. إذا كنت تستخدم مستلزمات فحص السكري وقياسه التي لا تفضلها الخطة، فتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على وصفة طبية جديدة أو لطلب تفويض سابق للحصول على أجهزة قياس نسبة الجلوكوز في الدم وأشرطة الفحص غير المفضلة.	
المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة (للاطلاع على تعريف المعدات الطبية القوية، انتقل إلى الفصل 12 والفصل 3)	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل المعدات الطبية القوية التي يغطيها Medicare.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة - تابع تشمل العناصر الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، الكراسي المتحركة، والعكازات، وأنظمة المراتب الكهربائية، ومستلزمات مرضى السكري، وأسرّة المستشفى التي يطلبها مقدم الرعاية للاستخدام في المنزل، ومضخات الحقن الوريدي (IV)، وأجهزة توليد الكلام، ومعدات الأكسجين، والبخاخات، والمشايات. نغطي جميع المعدات الطبية القوية (DME) الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Original Medicare. إذا كان المورد الخاص بنا في منطقتك لا يوفر علامة تجارية أو شركة مصنِّعة معينة، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصوصًا لك. تتوفر أحدث قائمة للموردين على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.	*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 الخاص بك مقابل تغطية معدات الأكسجين من Medicare هو 0$ لكل 63 شهرًا بنظام التسديد المشترك. ولن تتغير مشاركة التكلفة إذا سجلت لمدة 36 شهرًا. إذا سددت 36 شهرًا من دفع الإيجار لتغطية معدات الأكسجين قبل تسجيلك في خطتنا، فسيكون مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بك في خطتنا 0$ بنظام التسديد المشترك.
الرعاية في حالات الطوارئ تشير الرعاية في حالات الطوارئ إلى الخدمات: • المقدمة من قِبل مقدم رعاية مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ • اللازمة لتقييم حالة طبية طارئة أو لتحقيق 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 (وإنقاذ حياة طفل لم يولد بعد إذا كنتِ امرأة حاملاً)، أو تفادي فقدان أحد الأطراف أو وظيفته. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة. إن مشاركة التكلفة مقابل خدمات الطوارئ الضرورية التي تتلقاها خارج الشبكة هي مشاركة التكلفة نفسها التي تدفعها عند الحصول على هذه الخدمات داخل الشبكة. تتم تغطية خدمات الطوارئ خارج الولايات المتحدة.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل زيارات غرفة الطوارئ التي يغطيها Medicare. إذا تلقيت رعاية في حالات الطوارئ في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى تلقي رعاية المرضى المقيمين بعد استقرار حالتك الطارئة، فتجب عليك العودة إلى مستشفى تابع للشبكة لمتابعة تغطية رعايتك، أو يجب أن تحصل على موافقة خطتنا على تلقي رعاية المرضى المقيمين في المستشفى خارج الشبكة، وستكون التكلفة التي تتحملها هي مبلغ مشاركة التكلفة الذي ستدفعه في المستشفى التابع للشبكة. التسديد المشترك لمبلغ 115$ مقابل خدمات الطوارئ خارج الولايات المتحدة.* أنت تدفع هذا المبلغ حتى إذا تم إدخالك المستشفى بسبب الحالة نفسها. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى 50,000$ سنويًا مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
البرامج التعليمية للصحة والعافية • **خط استشارات طاقم التمريض** خط استشارات طاقم التمريض الهاتفي المجاني الذي يعمل به ممرضون مسجلون ومدربون ومرخصون متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يقدم الممرضون إرشادات حول الأسئلة المتعلقة بالصحة، ويساعدون الأعضاء على تحديد مستوى الرعاية الأنسب، ويقدمون الدعم بشأن المخاوف الصحية غير الطارئة. يمكنك الوصول إلى خط استشارات طاقم التمريض عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب التحويل إلى خط استشارات طاقم التمريض.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل خط استشارات طاقم التمريض*
خدمات السمع تتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها مقدم الرعاية الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تلقي علاج طبي بوصفها رعاية لمرضى العيادات الخارجية عندما تتلقاها من طبيب أو اختصاصي سمع أو أي مقدم رعاية آخر مؤهل.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل فحص سمع يغطيه Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
تغطي خطتنا أيضًا خدمات السمع التكميلية (أي الدورية) الآتية: • فحص سمع روتيني واحد (1) كل عام.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل فحص سمع دوري واحد (1) كل عام* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• تركيب وسيلة مساعدة على السمع واحدة (1) وتقييمها مرة واحدة كل عام.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل تركيب وسائل المساعدة على السمع وتقييمها مرة واحدة (1) كل عام* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
يتعين الحصول على خدمات السمع الدورية من مقدم رعاية مشارك ضمن شبكة البائعين من أجل الحصول على المزايا الكاملة لخدمات السمع التي تغطيها الخطة. لمزيد من المعلومات حول بيانات الاتصال ببائع وسائل المساعدة على السمع والمزايا، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.	
فحص فيروس HIV بالنسبة إلى الأشخاص الذين يطلبون إجراء فحص فيروس HIV أو المعرضين لخطر متزايد للإصابة بفيروس HIV، فإننا نغطي:	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للأعضاء المؤهلين للفحص الوقائي لفيروس HIV الذي يغطيه Medicare.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص فيروس HIV - تابع • فحصًا واحدًا كل 12 شهرًا إذا كنتِ حاملاً، فإننا نغطي: • ما يصل إلى 3 فحوصات في أثناء الحمل	
رعاية الوكالة الصحية المنزلية قبل تلقي خدمات الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يقر الطبيب أنك بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية المنزلية وأن يطلب تقديم خدمات الرعاية 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 (لتتم 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 مشكلات النطق • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل خدمة رعاية وكالة صحية منزلية يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
العلاج بالتسريب في المنزل يتضمن العلاج بالتسريب في المنزل إعطاء الأدوية أو المستحضرات الحيوية 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).	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 بعد.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
العلاج بالتسريب في المنزل - تابع تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • الخدمات المهنية، مثل خدمات التمريض، التي يتم تقديمها وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بنا • التدريب والتوعية المقدم إلى المرضى الذي لا تغطيه مزايا المعدات الطبية القوية • المراقبة عن بُعد • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية الحقن المنزلي المقدمة من مقدم مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل	قد *تكون الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. تتم تغطية معدات الحقن في المنزل ومستلزماته بموجب ميزة المعدات الطبية القوية (DME). يُرجى 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.
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. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج مقدم من مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين. تلتزم خطتنا بمساعدتك على العثور على برامج مقدمة من مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين في منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا، بما في ذلك البرامج التي نمتلكها أو نتحكم فيها أو لدينا مصلحة مالية فيها. ويمكن أن يكون طبيب مأوى رعاية المحتضرين الخاص بك مقدمَ شبكة أو مقدمًا خارج الشبكة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم • رعاية مؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية عند دخولك مأوى رعاية المحتضرين، يحق لك البقاء في خطتنا؛ وإذا بقيت في خطتنا، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط الخطة.	عند تسجيلك في برنامج لمأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين، يدفع Original Medicare، وليس خطتنا، تكاليف خدمات مأوى رعاية المحتضرين وخدمات الجزء A والجزء B المتعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين - تابع **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 وأي من خدمات الجزء A والجزء B ذات الصلة بالتشخيص النهائي لحالتك. في أثناء وجودك ببرنامج مأوى رعاية المحتضرين، سيقوم مقدم الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين بمحاسبة 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 Medicare Part B وغير متعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك، فإن تكلفة هذه الخدمات تعتمد على استعانتك بمقدم رعاية داخل شبكة خطتنا وتتبع قواعد الخطة من عدمه (مثل ما إذا كان هناك شرط للحصول على تفويض سابق). • إذا حصلت على الخدمات الخاضعة للتغطية من مقدم شبكة واتبعت قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فستدفع فقط مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بخطتنا مقابل الحصول على الخدمات داخل الشبكة. • إذا حصلت على الخدمات الخاضعة للتغطية من مقدم خارج الشبكة، فستدفع قيمة مشاركة التكلفة بموجب برنامج Original Medicare **بالنسبة إلى الخدمات التي تغطيها خطتنا ولا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B:** ستستمر خطتنا في تغطية الخدمات التي تغطيها الخطة ولا يغطيها الجزء A أو B سواء كانت متعلقة بالتشخيص النهائي أم لا. وأنت تدفع مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بخطتنا مقابل الحصول على هذه الخدمات. **بالنسبة إلى الأدوية التي قد تغطيها ميزة الجزء D من خطتنا:** إذا كانت هذه الأدوية غير متصلة بحالتك النهائية داخل مأوى رعاية المحتضرين، فستدفع قيمة مشاركة التكلفة. وإذا كانت مرتبطة بحالتك النهائية داخل مأوى رعاية المحتضرين، فستدفع قيمة مشاركة التكلفة مع Original Medicare. لا تتم تغطية الأدوية من قِبل كل من مأوى رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت نفسه. للحصول على مزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5، القسم 9.4. **ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية أخرى بخلاف مأوى رعاية المحتضرين (رعاية غير متعلقة بالتشخيص النهائي لحالتك)، فتواصل معنا لتنظيم الخدمات. تغطي خطتنا خدمات الاستشارات المقدمة من مأوى رعاية المحتضرين (مرة واحدة فقط) لشخص مصاب بمرض ميؤوس من شفائه ولم يختر ميزة مأوى رعاية المحتضرين.	قد يتم تطبيق مبلغ مشاركة التكلفة مقابل خدمة الطبيب للحصول على خدمات الاستشارات من مأوى رعاية المحتضرين. راجع قسم "خدمات الأطباء/الممارسين" في هذا الجدول للحصول على معلومات حول مشاركة التكلفة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
التطعيمات تشمل الخدمات التي يغطيها Medicare Part B ما يأتي: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات (أو تطعيمات) الإنفلونزا، مرة واحدة لكل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات (أو تطعيمات) إنفلونزا إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية • لقاحات التهاب الكبد B إذا لم تتلقَ سلسلة كاملة من اللقاحات من قبل، أو كنت لا تعرف تاريخ تطعيماتك، أو كنت تعاني من أي حالة أخرى تجعلك معرضًا لخطر الإصابة بالتهاب الكبد B مرتفع أو متوسط • لقاحات COVID-19 • لقاحات الأمراض الأخرى إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة بها وكانت تستوفي قواعد تغطية Medicare Part B نغطي أيضًا معظم لقاحات البالغين الأخرى بموجب مزايا أدوية الجزء D. انتقل إلى الفصل 6، القسم 7 للحصول على مزيد من المعلومات. تغطي خطتنا معظم لقاحات الجزء D للبالغين بلا مقابل للأعضاء بعمر 19 عامًا فما فوق.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل لقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا والتهاب الكبد 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 الجزء B الحصول على تفويض سابق لتغطيتها.*
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى تشمل رعاية الحالات الخطيرة من المرضى المقيمين وإعادة تأهيلهم، ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد، وأنواعًا أخرى من خدمات المستشفى التي يتم تقديمها إلى المرضى المقيمين. تبدأ رعاية المرضى المقيمين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسميًا إلى المستشفى بطلب من الطبيب. واليوم الذي يسبق يوم خروجك هو آخر يوم لك كمريض مقيم. تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها لمدة 90 يومًا 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 ضروريًا 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 • خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى المقيمين	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: التسديد المشترك 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 يومًا احتياطيًا يمكن استهلاكها مدى الحياة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى - تابع • 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، فسنرتب لمراجعة حالتك من قِبل مركز زراعة معتمد من Medicare ليقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية زراعة الأعضاء أم لا. قد يكون مقدمو 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 خطتنا 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. لا تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكدسة إلا بأول باينت من الدم الذي تحتاج إليه. كما تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول. • خدمات الطبيب **ملاحظة:** لكي تكون مريضًا مقيمًا، يجب على المقدم كتابة طلب لإدخالك المستشفى رسميًا بصفتك مريضًا مقيمًا. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت تعد مريضًا مقيمًا أم خارجيًا، فيجب أن تسأل طاقم المستشفى. • احصل على مزيد من المعلومات من ورقة حقائق Medicare بعنوان *مزايا المستشفيات في برنامج Medicare* المتاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.	إذا حصلت على رعاية مرضى مقيمين 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 *تكون الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
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 المقيمين 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.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات المرضى المقيمين في مستشفى الأمراض النفسية - تابع	*قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* إذا حصلت على رعاية مرضى مقيمين 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.
إقامة المريض المقيم: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يتم تلقيها في المستشفى أو مرفق تمريض مختص (SNF) في أثناء إقامة المريض المقيم غير الخاضعة للتغطية في المستشفى إذا استنفدت مزايا المرضى المقيمين الخاصة بك أو كانت الإقامة في المستشفى غير معقولة أو ضرورية، فلن نغطي إقامتك في المستشفى. في بعض الحالات، سنغطي خدمات معينة تتلقاها في أثناء إقامتك في المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص (SNF). تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: • خدمات الطبيب • الفحوصات التشخيصية (مثل الفحوصات المعملية) • الأشعة السينية والراديوم والعلاج بالنظائر بما في ذلك المواد والخدمات المخصصة • الضمادات الجراحية • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة للحد من حالات الكسر والخلع • الأطراف الصناعية وعلم التركيبات التقويمية (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 • دعامات الساق والذراع والظهر والعنق، والسيقان والأذرع والعيون الاصطناعية، بما في ذلك حالات التعديل والإصلاح والاستبدال المطلوبة بسبب التعرض لكسر أو تلف أو فقدان؛ أو تغير الحالة البدنية للمريض • العلاج الطبيعي، وعلاج مشكلات النطق، والعلاج المهني	ستستمر تغطية الخدمات المدرجة بمبالغ مشاركة التكلفة الموضحة في جدول المزايا للخدمة المحددة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
العلاج بالتغذية الطبية تنطبق هذه الميزة على الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو الاعتلال الكلوي (ولكن ليس على غسيل الكلى) أو بعد عملية زرع الكلى عندما يطلبها طبيبك. نغطي 3 ساعات من خدمات المشورة الفردية خلال السنة الأولى التي تتلقى فيها خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare (هذا يشمل خطتنا، أو أي خطة أخرى لـ Medicare Advantage، أو Original Medicare)، وساعتين (2) كل عام بعد ذلك. إذا طرأ تغيير على حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فقد تتمكن من الحصول على ساعات إضافية من العلاج بطلب من الطبيب. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويجدد طلبه كل عام في حال كنت بحاجة إلى العلاج في العام التقويمي المقبل.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للأعضاء المؤهلين لخدمات العلاج بالتغذية الطبية الذي يغطيه Medicare.
برنامج الوقاية من مرض السكري في Medicare (MDPP) **ستتم تغطية خدمات MDPP للأشخاص المؤهلين 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 للحفاظ على فقدان الوزن وتحقيق نمط حياة صحي.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل الحصول على ميزة MDPP.
أدوية Medicare Part B **تتم تغطية هذه الأدوية بموجب الجزء 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 قِبل 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 خطتنا • يُعطى دواء مرض Alzheimer، Leqembi® (اسمه المكافئ ليكانمب (lecanemab))، عن طريق الوريد. إضافةً إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل العلاج و/أو خلاله يمكن أن تزيد من التكاليف الإجمالية. تحدث إلى طبيبك حول الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاج إليها بوصفها جزءًا من علاجك • عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا	قد تخضع بعض الأدوية للعلاج التدريجي. قد تحتاج الصيدلية إلى تقديم مطالبات إلى كل من خطتنا وCalifornia Medi-Cal (Medicaid) حتى تتمكن من تلقي أدوية الجزء B بحصص التكلفة الموضحة أدناه. **أدوية الإنسولين الموصوفة بموجب Medicare Part B** التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل أدوية الإنسولين الجزء B التي يغطيها Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* **أدوية Medicare Part B الأخرى** التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل أدوية الجزء B الأخرى التي يغطيها Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
أدوية Medicare Part B - تابع • زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي Medicare العلاج الدوائي لزراعة الأعضاء، وذلك إذا دفع Medicare تكاليف زراعة الأعضاء لك. يجب أن يكون لديك الجزء A في وقت الزرع الخاضع للتغطية ويجب أن يكون لديك الجزء B في وقت الحصول على الأدوية الكابتة للمناعة. تشمل تغطية Medicare Part D الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء B لا يغطيها • أدوية هشاشة العظام القابلة للحقن، إذا كنتِ مقعدة وتعانين من كسر في العظام وأفاد الطبيب أن هذا مرتبط بهشاشة العظام ذات الصلة بمرحلة انقطاع الطمث، ولا يمكنكِ إعطاء الدواء لنفسك • بعض المستضدات: يغطي Medicare المستضدات إذا أعدّها الطبيب وقام شخص مُدرب بشكل صحيح (قد تكون أنت؛ أي المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب • بعض أدوية السرطان الفموية: يغطي Medicare بعض أدوية السرطان الفموية التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان الدواء نفسه متاحًا في شكل قابل للحقن أو كان الدواء عبارة عن دواء مساعد (شكل فموي من الدواء يتحلل عند تناوله إلى المادة الفعالة نفسها التي توجد في الدواء القابل للحقن) للدواء القابل للحقن. مع توفر أدوية فموية جديدة للسرطان، قد يغطيها الجزء B. وإذا لم يغطِّها الجزء B، فإن الجزء D يغطيها • الأدوية الفموية المضادة للغثيان: تغطي خطة Medicare الأدوية الفموية المضادة للغثيان التي تستخدمها بوصفها جزءًا من نظام علاج كيميائي مضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل العلاج الكيميائي أو خلاله أو بعده في غضون 48 ساعة أو استُخدِمت بوصفها بديلاً علاجيًا كاملاً لدواء مضاد للغثيان يتم إعطاؤه عن طريق الوريد • بعض أدوية الاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD) الخاضعة لتغطية Medicare Part B • الأدوية المحاكية للكالسيوم ورابطات الفوسفات في إطار نظام الدفع الخاص بمرض ESRD، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv® والدواء الفموي Sensipar® • بعض الأدوية المستخدمة لإجراء غسيل الكلى المنزلي، بما في ذلك الهيبارين وترياق الهيبارين عندما يكون ضروريًا من الناحية الطبية، وأدوية التخدير الموضعي • عوامل تحفيز تكوين كريات الدم الحمراء: يغطي Medicare حقن إريثروبويتين (erythropoietin) إذا كنت مصابًا بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD) أو تحتاج إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Retacrit®) • الجلوبيولين المناعي الذي يُعطى عن طريق الوريد لعلاج أمراض نقص المناعة الأولية في المنزل • التغذية عن طريق الوريد والمعوية (التغذية عن طريق الوريد والأنبوب) سينقلك هذا الرابط إلى قائمة بأدوية الجزء B التي قد تخضع للعلاج التدريجي: go.wellcare.com/CAStepTherapy. كما نغطي بعض اللقاحات بموجب الجزء B ومعظم لقاحات البالغين بموجب مزايا أدوية الجزء D.	**أدوية العلاج الكيميائي/العلاج الإشعاعي بموجب Medicare Part B** التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل أدوية العلاج الكيماوي الجزء B التي يغطيها Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
أدوية Medicare Part B - تابع يشرح الفصل 5 ميزة أدوية الجزء D، بما فيها القواعد التي يتعين عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية. ويُشرح في الفصل 6 ما تدفعه مقابل أدوية الجزء D من خلال خطتنا.	
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.
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: • العلاج المدعوم بالأدوية (MAT) من ناهضات ومضادات مستقبلات المواد الأفيونية المعتمدة من قِبل U.S. Food and Drug Administration (FDA) • صرف مستحضرات العلاج المدعوم بالأدوية (MAT) وإعطاؤه (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 تكون *الإحالة مطلوبة*. 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	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل الأشعة السينية التي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• العلاج الإشعاعي (الراديوم والنظائر) بما في ذلك المواد والمستلزمات المخصصة	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل خدمات الأشعة العلاجية التي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية - تابع	
• المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر والقوالب والأجهزة الأخرى المستخدمة للحد من حالات الكسر والخلع	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل المستلزمات الطبية التي يغطيها Medicare، بما فيها القوالب والجبائر. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• الاختبارات المعملية	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل خدمة معملية يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكدسة فقط بالباينت الأول من الدم الذي تحتاج إليه. كما تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول المستخدم	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات الدم التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• الفحوصات التشخيصية غير المخبرية مثل فحوصات CT والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) وتخطيط كهربية القلب (EKG) وفحوصات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET)، عندما يطلبها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر لعلاج مشكلة طبية	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات الأشعة التشخيصية التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• الاختبارات التشخيصية الأخرى لمرضى العيادات الخارجية	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل الإجراءات والفحوصات التشخيصية التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية خدمات المراقبة هي خدمات مقدمة من المستشفى للمرضى الخارجيين لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى قبولك كمريض مقيم أم يمكنك الخروج من المستشفى. لكي تتم تغطية خدمات مراقبة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية، يجب أن تستوفي معايير Medicare وأن تكون الخدمات معقولة وضرورية. تتم تغطية خدمات المراقبة فقط عند تقديمها بطلب من الطبيب أو شخص آخر مخول له بموجب قانون الترخيص المعمول به في الولاية ولوائح موظفي المستشفى بقبول المرضى في المستشفى أو طلب إجراء فحوصات لمرضى العيادات الخارجية. **ملاحظة:** إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك كمريض مقيم، فسيتم عدك مريض عيادات خارجية وستدفع مبالغ مشاركة التكلفة مقابل الحصول على خدمات المستشفى لمرضى العيادات الخارجية. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت تعد مريضًا خارجيًا أم لا، فاسأل طاقم المستشفى.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة للحصول على خدمات مراقبة يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية - تابع احصل على مزيد من المعلومات من ورقة حقائق Medicare بعنوان *مزايا المستشفيات في برنامج Medicare* المتاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.	
خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية نغطي الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في قسم مرضى العيادات الخارجية 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 المراقبة أو الجراحة للمرضى الخارجيين • الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تتلقى مدفوعاتها المستشفى • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك رعاية برنامج الحجز الجزئي في المستشفى، إذا أقر الطبيب أن علاج المريض المقيم سيكون مطلوبًا من دونها • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي يُصدر بها المستشفى فواتير محاسبة • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والقوالب • بعض الأدوية والمستحضرات الحيوية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك **ملاحظة:** إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك كمريض مقيم، فسيتم عدك مريض عيادات خارجية وستدفع مبالغ مشاركة التكلفة مقابل الحصول على خدمات المستشفى لمرضى العيادات الخارجية. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت تعد مريضًا خارجيًا أم لا، فاسأل طاقم المستشفى.	ستدفع مبالغ مشاركة التكلفة المطبَّقة والموضحة في جدول المزايا الطبية مقابل الحصول على هذه الخدمة المحددة.
رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: خدمات الصحة العقلية التي يقدمها طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية، أو طبيب نفسي سريري، أو اختصاصي اجتماعي سريري (CSW)، أو اختصاصي تمريض سريري (CNS)، أو استشاري مهني مرخص (LPC)، أو مستشار مرخص للزواج والعلاقات الأسرية (LMFT)، أو ممارس تمريض (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 الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية - تابع	
• الخدمات التي يقدمها الطبيب النفسي	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى الطبيب النفسي يغطيها Medicare للحصول على العلاج الفردي. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى الطبيب النفسي يغطيها Medicare للحصول على العلاج الجماعي. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• الخدمات التي يقدمها مقدمو رعاية الصحة العقلية الآخرون	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى مقدمي رعاية الصحة العقلية الآخرين يغطيها Medicare للحصول على علاج فردي. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*. التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى مقدمي رعاية الصحة العقلية الآخرين يغطيها Medicare للحصول على علاج جماعي. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية العلاج الطبيعي، والعلاج المهني، وعلاج مشكلات 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 الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية - تابع	
• الخدمات التي يقدمها اختصاصي العلاج الطبيعي	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة للحصول على خدمات العلاج الطبيعي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• الخدمات التي يقدمها اختصاصي العلاج المهني	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة للحصول على خدمات العلاج المهني يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• الخدمات التي يقدمها اختصاصي أمراض النطق واللغة	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة للحصول على خدمات أمراض النطق واللغة يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة 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 تمريض سريري، أو ممارس تمريض، 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 خدمات العلاج الفردي يغطيها Medicare. التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة للحصول على خدمات العلاج الجماعي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
جراحة العيادات الخارجية والخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجوالة **ملاحظة:** إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في مستشفى، فيتعين عليك التحقق مع مقدم الرعاية لمعرفة ما إذا كنت ستعد مريضًا مقيمًا أم خارجيًا. إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك بصفتك مقيمًا في المستشفى، 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 الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
جراحة العيادات الخارجية والخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى والمراكز الجراحية الجوالة - تابع	
• الخدمات المقدمة في مستشفى العيادات الخارجية	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى مستشفى العيادات الخارجية يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• الخدمات المقدمة في مركز جراحي جوال	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى مركز جراحي جوال يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *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 بوصفه خدمةً مستشفى لمرضى العيادات الخارجية أو المقدم من قِبل مركز الصحة العقلية المجتمعي، وهو أكثر كثافة مقارنةً بالرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك أو المستشار المرخص للزواج والعلاقات الأسرية (LMFT) أو الاستشاري المهني المرخص، كما أنه بديل عن الإقامة في المستشفى.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ يوميًا لكل خدمة من خدمات الحجز الجزئي في المستشفى التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
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 مؤهَل فيدراليًا أو عيادة صحية ريفية، يكون أكثر كثافة مقارنةً بالرعاية التي تلقيتها في عيادة طبيبك أو معالجك أو المستشار المرخص للزواج والعلاقات الأسرية (LMFT) أو الاستشاري المهني المرخص لكنه أقل كثافة من الحجز الجزئي في المستشفى.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ يوميًا لكل خدمة من الخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب	
تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي:	
• خدمات الرعاية الطبية أو الخدمات الجراحية الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في عيادة الطبيب من قِبل مقدم الرعاية الأولية	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى عيادة PCP يغطيها Medicare.
• خدمات الرعاية الطبية أو الخدمات الجراحية الضرورية من الناحية الطبية التي يتم تقديمها في مركز جراحي جوال معتمد أو قسم مرضى العيادات الخارجية في المستشفى أو أي مكان آخر	اطلع على قسم "جراحة العيادات الخارجية" المذكور سابقًا في هذا الجدول لمعرفة أي مبالغ قابلة للتطبيق للمشاركة في التكاليف مقابل زيارات المراكز الجراحية الجوالة أو العيادات الخارجية في المستشفى.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - تابع	
• الاستشارة والتشخيص والعلاج من قِبل اختصاصي	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى الاختصاصي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• اختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة إلى اختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• 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	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات السمع التي يغطيها Medicare. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
• بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد، بما في ذلك: الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، وخدمات الرعاية الصحية المنزلية، وخدمات طبيب الرعاية الأولية، والعلاج المهني، وخدمات الاختصاصي، والجلسات الفردية والجماعية للصحة العقلية، وخدمات طب الأقدام، وخدمات اختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين، والجلسات الفردية والجماعية للطب النفسي، وخدمات العلاج الطبيعي وخدمات علاج أمراض التخاطب واللغة، والجلسات الفردية والجماعية لعلاج تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات الزيارات الافتراضية التي تُجرى من خلال مقدم (مقدمي) خدمات الزيارات الافتراضية التابع لخطتك.
o 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 مقدم الشبكة الذي يقدم الخدمة عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. o الزيارة الافتراضية (تُعرف أيضًا باسم الرعاية الصحية عن بُعد أو التطبيب عن بُعد) هي زيارة مع طبيب إما عبر الهاتف وإما الإنترنت باستخدام هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو كمبيوتر. قد يتطلب إجراء بعض أنواع الزيارات الاتصال بالإنترنت واستخدام جهاز مزود بكاميرا.	**يرجى الملاحظة:** مبلغ التسديد المشترك البالغ 0$ أعلاه الموضح أعلاه لا ينطبق إلا عند تلقي الخدمات من مقدم (مقدمي) الزيارات الافتراضية لخطتك.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - تابع	
o توفر خطتنا إمكانية الوصول إلى زيارات افتراضية مع أطباء حاصلين على شهادة المجلس الصحي على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع من خلال مقدمي خدمات الزيارات الافتراضية داخل الشبكة للمساعدة على معالجة مجموعة واسعة من المخاوف/الأسئلة الصحية. وتشمل الخدمات الخاضعة للتغطية: الخدمات الطبية العامة وخدمات الصحة السلوكية وخدمات الأمراض الجلدية وغير ذلك الكثير. للحصول على مزيد من المعلومات، أو للعثور على مقدم خدمات الزيارات الافتراضية داخل الشبكة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.	إذا كنت تتلقى خدمات تطبيب واقعية أو عن بُعد من مقدم شبكة وليس من مقدم (مقدمي) خدمات الزيارات الافتراضية، فسوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة المدرجة لمقدمي الرعاية هؤلاء على النحو الموضح في جدول المزايا هذا (على سبيل المثال، إذا تلقيت خدمات رعاية صحية عن بُعد من PCP الخاص بك، فسوف تدفع قيمة مشاركة التكلفة الخاصة بـ PCP). *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• تُقدم بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما فيها خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج من قِبل طبيب أو ممارس، إلى المرضى في بعض المناطق الريفية أو غيرها من الأماكن المعتمدة من Medicare. • 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	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).
• خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها • تتوفر خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا	
• الدخول الافتراضي (على سبيل المثال، عن طريق الهاتف أو دردشة الفيديو) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق **إذا:** o لم تكن مريضًا جديدًا **و** o لم يكن الدخول متعلقًا بزيارة العيادة في آخر 7 أيام **و**	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).

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الأطباء/الممارسين، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب - تابع	
o 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 قِبل طبيبك خلال 24 ساعة **إذا:** o لم تكن مريضًا جديدًا **و** o لم يكن التقييم متعلقًا بزيارة العيادة في آخر 7 أيام **و** o كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح	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).
• استشارة طبيبك لأطباء آخرين عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني	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).
• الحصول على رأي ثانٍ من مقدم شبكة آخر قبل الخضوع للجراحة	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). 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 الجزء D والأدوية الموصوفة بموجب Medicare Part B، كما هو موضح في جدول المزايا هذا.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
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	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل خدمات طب الأقدام التي يغطيها Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق*.
المعالجة الوقائية قبل التعرض (PrEP) للوقاية من HIV إذا لم يكن لديك HIV، لكن طبيبك أو أي ممارس رعاية صحية آخر قرر أنك في خطر متزايد للإصابة بفيروس HIV، فإننا نغطي أدوية المعالجة الوقائية قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلاً، فستتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي: • دواء PrEP فموي أو قابل للحقن معتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA) بما في ذلك رسوم حقن الدواء، إن وجدت • ما يصل إلى 8 جلسات استشارة فردية (تشمل تقييم خطر الإصابة بفيروس HIV، وتقليل خطر الإصابة بفيروس HIV، والالتزام بتناول الدواء) كل 12 شهرًا • ما يصل إلى 8 فحوصات لفيروس HIV كل 12 شهرًا • فحص واحد لفيروس التهاب الكبد B	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل الحصول على ميزة PrEP.
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 مستضد البروستاتا النوعي (PSA)	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل فحص المستقيم الرقمي السنوي الذي يغطيه Medicare. قد تكون *الإحالة مطلوبة*. لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل إجراء فحص مستضد البروستاتا النوعي (PSA) السنوي.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية 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، الاختبار أو التركيب أو التدريب لاستخدام الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية، إضافةً إلى 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 والتركيبات التقويمية وإصلاح و/أو استبدال أجهزة الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية. كما يشمل بعض التغطية بعد إزالة إعتام عدسة العين أو جراحة إعتام عدسة العين، انتقل إلى *رعاية البصر* لاحقًا في هذا الجدول لمزيد من التفاصيل.	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 المتعلقة بالأطراف الصناعية التي يغطيها Medicare. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
خدمات إعادة التأهيل الرئوي تتم تغطية برامج شاملة لإعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) المعتدل إلى الحاد جدًا، ولديهم إحالة بإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب الذي يعالج المرض التنفسي المزمن.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل زيارة يغطيها Medicare للحصول على خدمات إعادة التأهيل الرئوي. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
الفحص والاستشارة للحد من الإفراط في تناول المشروبات الكحولية نغطي فحصًا واحدًا للإفراط في تناول المشروبات الكحولية للبالغين (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 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 و77 عامًا ولا تظهر عليهم علامات أو أعراض للإصابة بسرطان الرئة، لكن لديهم تاريخًا 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 لإجراء LDCT خلال استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة صنع القرار المشتركة التي تلبي معايير Medicare الموضوعة لمثل هذه الزيارات والمقدمة من قِبل طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل تقديم المشورة وزيارة صنع القرار المشتركة التي يغطيها Medicare لإجراء LDCT.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص سرطان الرئة بالتصوير المقطعي المحوسب بالجرعة المنخفضة (LDCT) - تابع *بالنسبة إلى فحوصات سرطان الرئة باستخدام LDCT بعد إجراء فحص LDCT الأولي:* يجب أن يتلقى الأعضاء طلبًا 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 الموضوعة لمثل هذه الزيارات.	
فحص الإصابة بفيروس التهاب الكبد C نغطي تكلفة فحص فيروس التهاب الكبد C مرة واحدة إذا طلبه طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل، وكنت تستوفي أحد الشروط الآتية: • كنت في خطر كبير لأنك تستخدم أو استخدمت سابقًا أدوية غير مشروعة عن طريق الحقن. • أجريت لك عملية نقل دم قبل عام 1992. • وُلدت بين عامي 1945 و1965. إذا كنت قد وُلدت بين عامي 1945 و1965 ولا تُعد معرضًا لخطر كبير، فإننا نغطي تكلفة فحص واحد فقط. أما إذا كنت معرضًا لخطر كبير (على سبيل المثال، إذا واصلت استخدام أدوية غير مشروعة عن طريق الحقن منذ آخر فحص سلبي لفيروس التهاب الكبد C)، فإننا نغطي الفحوصات سنويًا.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل فحص فيروس التهاب الكبد C الذي يغطيه Medicare.
فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STI) واستشارات الوقاية منها نغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STI) للكشف عن مرض الكلاميديا والسيلان والزهري والتهاب الكبد B. وتتم تغطية هذه الفحوصات للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى STI، وذلك عند طلب إجراء هذه الفحوصات من قِبل مقدم الرعاية الأولية. نغطي هذه الفحوصات مرة واحدة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل. كما نغطي ما يصل إلى جلستين (2) فرديتين مكثفتين مدتهما من 20 إلى 30 دقيقة وجهًا لوجه لتقديم المشورة السلوكية كل عام إلى البالغين النشطين جنسيًا والمعرضين لخطر متزايد للإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا (STI). نقوم بتغطية جلسات المشورة هذه كخدمة وقائية فقط إذا تم توفيرها من قِبل مقدم الرعاية الأولية وتمت في عيادة الرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل ميزة الفحص الوقائية التي يغطيها Medicare للكشف عن عدوى STI وتقديم المشورة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات علاج أمراض الكلى تشمل خدمات أمراض الكلى وغسيل الكلى ما يأتي:	
• خدمات التوعية بأمراض الكلى للتثقيف برعاية الكلى ومساعدة الأعضاء على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم. بالنسبة إلى الأعضاء المصابين بمرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة عند إحالتهم من قِبل طبيبهم، فإننا نغطي ما يصل إلى 6 جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى مدى الحياة	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات التوعية بأمراض الكلى التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• 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 مؤقتًا أو يتعذر الوصول إليه)	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل علاجات غسيل الكلى لمرضى العيادات الخارجية التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• علاجات غسيل الكلى للمرضى المقيمين (إذا تم إدخالك بصفتك مريضًا مقيمًا إلى مستشفى لتلقي رعاية خاصة)	راجع "رعاية المرضى المقيمين في المستشفى" لمعرفة حصص مشاركة التكلفة المنطبقة على علاجات غسيل الكلى للمرضى المقيمين.
• التدريب على غسيل الكلى الذاتي (يشمل تدريبك وتدريب أي شخص يساعدك على تلقي علاجات غسيل الكلى في المنزل)	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل التدريب على غسيل الكلى الذاتي الذي يغطيه Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• المعدات والمستلزمات الخاصة بغسيل الكلى في المنزل	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.*
• بعض خدمات الدعم المنزلي (على سبيل المثال، زيارات اختصاصيي غسيل الكلى المدربين، عند الضرورة، للتحقق من عمليات غسيل الكلى في المنزل، وللمساعدة في حالات الطوارئ، وللتحقق من معدات غسيل الكلى وإمداد المياه لديك)	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل خدمات الدعم المنزلي التي يغطيها Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات علاج أمراض الكلى - تابع تتم تغطية بعض أدوية غسيل الكلى بموجب Medicare Part B. للحصول على معلومات حول تغطية أدوية الجزء B، انتقل إلى **أدوية Medicare Part B** في هذا الجدول.	
الرعاية في مرفق تمريض متخصص (SNF) (للحصول على تعريف الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، انتقل إلى الفصل 12. يُطلق أحيانًا على مرافق التمريض المتخصصة اسم SNF.) 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 ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المتخصصة • العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج مشكلات النطق • الأدوية التي أخذتها كجزء من خطة الرعاية الخاصة بنا (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 المكدسة فقط بالباينت الأول من الدم الذي تحتاج إليه. تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول المستخدم. • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNF) • الفحوصات المعملية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNF) • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNF) • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة (SNF) • خدمات الطبيب/الممارس بشكل عام، تحصل على رعاية SNF من مرافق الشبكة. وبموجب شروط معينة مدرجة أدناه، قد تتمكن من دفع قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة لمرفق ليس من مقدمي 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	بالنسبة إلى حالات الدخول التي يغطيها Medicare، مقابل كل مرة تدخل فيها المستشفى: التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل كل إقامة في مرفق تمريض متخصص تغطيها خطة Medicare. أنت تدفع جميع التكاليف مقابل كل يوم بعد مرور 100 يوم. *قد تكون الإحالة مطلوبة.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الإقلاع عن التدخين والتوقف عن استخدام التبغ (تقديم المشورة للتوقف عن التدخين أو استخدام التبغ) تتم تغطية تقديم المشورة بشأن الإقلاع عن التدخين والتوقف عن استخدام التبغ لمرضى العيادات الخارجية والمرضى الذين يتم نقلهم إلى المستشفى والذين يستوفون المعايير الآتية: • يستخدمون التبغ، بغض النظر عما إذا كانت تظهر عليهم علامات مرض مرتبط بالتبغ أو أعراضه • ذوو أهلية ووعي خلال تقديم المشورة • يقدم طبيب مؤهل أو ممارس آخر معترف به من Medicare المشورة نغطي محاولتين (2) للإقلاع في السنة (قد تشمل كل محاولة 4 جلسات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع حصول المريض على ما يصل إلى 8 جلسات سنويًا.)	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل المزايا الوقائية التي يغطيها Medicare للتوقف عن استخدام التبغ والتدخين.
منصة الدعم الاجتماعي توفر خطتنا منصة دعم اجتماعي عبر الإنترنت للمساعدة على دعم الصحة العامة. وتوفر المنصة الأنشطة العلاجية والمشاركة المجتمعية والموارد التي ترعاها الخطة للمساعدة على التحكم في التوتر والقلق. تسهّل المنصة عليك الانضمام والبقاء مشاركًا لمساعدتك على إدارة احتياجاتك الصحية السلوكية. وهي متاحة عبر الإنترنت على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع، لذا يمكنك استخدامها وقتما تشاء. تتضمن منصة الدعم الاجتماعي ما يأتي:	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل منصة الدعم الاجتماعي*
منصة الدعم الاجتماعي - تابع • برامج صحية مخصصة: يمكنك الوصول لمدة 4 أسابيع إلى برامج موجهة ذاتيًا مصممة لتعزيز الصحة الجسدية والعاطفية، وتتضمن رؤى من خبراء الشيخوخة الصحية لدعم الأعضاء على وجه التحديد. اتبع البرامج بالسرعة التي تناسبك وتتبّع تقدمك لمراقبة التحسينات في صحتك. • دعم الأقران والخبراء: تواصل مع مجتمع عبر الإنترنت في مساحة خاضعة للإشراف حيث يمكنك التفاعل مع الأقران والخبراء الصحيين المؤهلين. احصل على إمكانية الوصول إلى المقالات التي تمت مراجعتها سريريًا واحصل على توصيات مخصصة لخدمات Wellcare الإضافية استنادًا إلى تفاعلاتك واحتياجاتك المحددة. • أدوات الصحة الرقمية المخصصة: شارك في الأنشطة التفاعلية، والتأمّل، والألعاب التي ترتكز على العلاج السلوكي المعرفي، واليقظة الذهنية، وعلم النفس الإيجابي. تعالج هذه الأدوات موضوعات مثل الشيخوخة الصحية، وإدارة العزلة، والرعاية، والحزن، والعثور على الهدف خلال مرحلة الشيخوخة، وغير ذلك الكثير. يمكن للأعضاء الوصول إلى المنصة عبر تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء على go.wellcare.com/member أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. بعد التسجيل، يمكنك الوصول إلى المنصة مباشرةً في أي وقت من الكمبيوتر أو الجهاز اللوحي أو الهاتف الذكي.	

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة إذا كنت مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI)، فإن خطتنا توفر مزايا إضافية. ويجب أن تستوفي معايير معينة، بما في ذلك وجود تشخيص موثق ونشط لحالة واحدة أو أكثر من الحالات المؤهلة. يجب أن تكون الحالة مهددة للحياة أو تحد بشكل كبير من صحتك العامة أو قدرتك الوظيفية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تكون معرضًا لخطر كبير لدخول المستشفى أو التعرض لنتائج صحية سلبية أخرى، وأن تحتاج إلى تنسيق الرعاية المكثفة. وتشمل الحالات المزمنة المؤهلة: اضطرابات المناعة الذاتية؛ والسرطان؛ واضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ واضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المواد المخدرة الأخرى (SUD)؛ وحالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقة؛ والحالات المزمنة التي تضعف الرؤية والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم؛ أمراض الجهاز الهضمي المزمنة؛ وفشل القلب المزمن؛ وأمراض الكلى المزمنة (CKD)؛ واضطرابات الرئة المزمنة؛ والحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي؛ والحالات التي تتطلب خدمات العلاج المستمر من أجل الإبقاء على الأداء الوظيفي للأفراد أو الحفاظ عليه؛ والحالات التي تنطوي على تحديات وظيفية؛ والخرف؛ والسكري؛ والداء البطاني الرحمي؛ وفيروس HIV/AIDS؛ ونقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة؛ والاضطرابات العصبية؛ وزيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض؛ وما بعد زراعة الأعضاء؛ والاضطرابات الدموية الحادة؛ والسكتة الدماغية. للحصول على مزيد من المعلومات حول معايير الأهلية، راجع الفصل 4، القسم 2. يتم تحديد الأهلية للاستفادة من المزايا أدناه بعد التسجيل في خطتنا. **إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك استخدام بدل ®Wellcare Spendables الخاص بك للاستفادة من المزايا الإضافية المدرجة أدناه. ويتم استخدام البدل نفسه لميزة Wellcare ® Spendables للأدوية من دون وصفات (OTC). بعد تحديد المؤهلين، ستكون هذه المزايا الإضافية متاحة خلال 7 إلى 10 أيام عمل. يتم ترحيل البدل إلى الشهر التالي إذا لم يُستخدم وتنتهي صلاحيته في نهاية عام الخطة. راجع مزايا Wellcare ®Spendables من هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات.** • **دفع ثمن الغاز عند المضخة** يمكنك استخدام بطاقتك لدفع ثمن الوقود مباشرةً عند مضخة الوقود في المواقع المشاركة. لا يمكن استخدام البطاقة للدفع شخصيًا عند ماكينة تسجيل المدفوعات النقدية. يمكن استخدام بطاقتك فقط لضخ الغاز بما يصل إلى مبلغ البدل المتاح. قد تشمل التغطية أيضًا شحن السيارات الكهربائية (EV) في المواقع المشاركة التي يُقبل فيها الدفع بالبطاقة. • **الأطعمة الصحية** يمكنك استخدام بطاقتك لشراء الأطعمة الصحية والمنتجات الطازجة من بائعي التجزئة المشاركين. قد تتوفر خيارات توصيل عناصر البقالة المؤهلة. وقد تتوفر الوجبات الجاهزة وصناديق المنتجات الطازجة للطلب عبر بوابة الأعضاء الإلكترونية. ولا يمكن استخدام البطاقة لشراء التبغ أو الكحول. تتضمن العناصر المعتمدة:	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع مقابل المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة - تابع o الفاكهة والخضراوات o الحبوب الكاملة والمواد الغذائية الأساسية، مثل الدقيق والتوابل والمكونات القابلة للتخزين من دون تبريد o منتجات الألبان وبدائل الألبان والحليب والزبادي والجبن o مصادر البروتين، مثل اللحوم والدواجن والمأكولات البحرية والبيض والفاصوليا والبقوليات والمكسرات والبذور o المخفوقات والألواح الغذائية استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة أو سجل الدخول إلى بوابة الأعضاء. • **عناصر الرعاية الشخصية** يمكنك استخدام بطاقتك لشراء عناصر الرعاية الشخصية والاحتياجات المنزلية من بائعي التجزئة المشاركين. قد تتوفر خيارات توصيل العناصر المؤهلة. تتضمن العناصر المعتمدة: o الصابون والشامبو والبلسم o ورق المرحاض والمناشف الورقية o عناصر النظافة الشخصية، مثل مزيل العرق وغسول الوجه وغسول الجسم o مستلزمات ومنتجات التنظيف التي تدعم مكافحة العدوى، مثل المناديل المطهرة وبخاخات التنظيف المتعددة الأغراض استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة أو سجل الدخول إلى بوابة الأعضاء. • **مكافحة الآفات** يمكنك استخدام بطاقتك لشراء عناصر مكافحة الآفات لاستخدامها داخل منزلك وحوله من بائعي التجزئة المشاركين. قد تتوفر خيارات توصيل العناصر المؤهلة. تشمل العناصر المعتمدة لهذه الميزة ما يأتي: o بخاخات وطاردات الحشرات o منتجات مكافحة النمل والصراصير والقوارض o مصائد الحشرات ومحطات الطُعم o منتجات مكافحة البعوض	

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة - تابع استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة أو سجل الدخول إلى بوابة الأعضاء. • **مساعدة الإيجار** يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة على دفع تكلفة إيجار منزلك. سجّل الدخول إلى بوابة مقدم الإيجار/الرهن لدفع أو دفع الإيجار الخاص بك مباشرةً حيث يتم قبول مدفوعات البطاقة. يمكن استخدام بطاقتك حتى مبلغ البدل المتاح فقط. لا يمكن استخدام البطاقة لإعداد المدفوعات المتكررة التلقائية. • **حيوان أليف روبوتي للمرافقة** يمكنك طلب حيوان أليف روبوتي للمرافقة من خلال بوابة الأعضاء. قد تتضمن الخيارات المتاحة قطة أو كلبًا أو طائرًا للمرافقة. صُممت هذه الحيوانات الأليفة لتوفير الراحة والرفقة لدعم الصحة العامة. يمكن استخدام بطاقتك حتى مبلغ البدل المتاح فقط. سجّل الدخول إلى بوابة الأعضاء أو تواصل معنا للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية الطلب والخيارات المتاحة. • **المساعدة في المرافق** يمكنك استخدام مبلغ البدل المتاح على بطاقتك للمساعدة على دفع تكاليف المرافق في منزلك. سجّل الدخول مباشرةً إلى بوابة مقدم المرافق وادفع باستخدام بطاقتك. لا يمكن استخدام البطاقة لإعداد المدفوعات المتكررة التلقائية. يمكن استخدام بطاقتك حتى مبلغ البدل المتاح فقط. تشمل النفقات المعتمدة لهذه الميزة ما يأتي: o خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه o خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول o خدمة الإنترنت o خدمة التلفزيون (TV) الكبلي (باستثناء خدمات البث) o بعض النفقات المتعلقة باستخدام الوقود مثل زيت التدفئة المنزلية تستثني المزايا خدمات الترفيه عبر الإنترنت، بما في ذلك الألعاب والبث (مثل منصات الموسيقى والقراءة) وغيرها من الخدمات القائمة على الاشتراك.	
العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) تتم تغطية SET للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض الذين لديهم إحالة لمرض PAD من الطبيب المسؤول عن علاج PAD. تتم تغطية ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء متطلبات برنامج SET.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل زيارة يغطيها Medicare للحصول على العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) - تابع برنامج SET يجب أن: • يكون مكونًا من جلسات مدتها 30-60 دقيقة، تتضمن برنامجًا علاجيًا للتدرب على ممارسة التمارين للمرضى الذين يعانون من مرض PAD المصحوب بالعرج • يتم إجراؤه في عيادة خارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب • يتم تقديمه من قِبل أشخاص مساعدين مؤهلين تم تدريبهم لعلاج مرض PAD، وذلك لضمان تغلب المنافع على الأضرار • يكون تحت الإشراف المباشر من طبيب أو مساعد طبيب (PA) أو ممارس تمريض (NP)/اختصاصي تمريض سريري (CNS) مدرَّب على كل من تقنيات الإنعاش الأساسية والمتقدمة قد تتم تغطية 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 المطلوبة بشكل عاجل إن الخدمة الخاضعة للتغطية في الخطة تتطلب رعاية طبية فورية لكنها ليست حالة طارئة وتُعد خدمة مطلوبة بشكل عاجل، سواء كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا مؤقتًا أو كنت في منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو كان من غير المعقول أن تحصل على هذه الخدمة من مقدمي الشبكة بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك. يجب أن تغطي خطتنا الخدمات المطلوبة بشكل عاجل وألا تفرض عليك سوى رسوم مشاركة التكلفة داخل الشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو نوبات التفاقم المفاجئة للحالات المُصاب بها بالفعل. لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية (مثل الفحوصات السنوية) مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو إذا كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل زيارات الخدمة المطلوبة بشكل عاجل ويغطيها Medicare.
تتم تغطية الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	التسديد المشترك لمبلغ $115 مقابل الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة* أنت تدفع هذا المبلغ حتى إذا تم إدخالك المستشفى بسبب الحالة نفسها. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى $50,000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية البصر تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي:	
• خدمات الأطباء لمرضى العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتها، بما في ذلك علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي Original Medicare فحوصات العين الدورية (فحوصات كشف النظر) لارتداء النظارات/العدسات اللاصقة	التسديد المشترك لمبلغ $0 لجميع فحوصات العين الأخرى لتشخيص أمراض العين وعلاجها. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر مرتفع للإصابة بالجلوكوما، نغطي فحصًا واحدًا للجلوكوما كل عام. يشمل الأشخاص المعرضون لخطر مرتفع للإصابة بالجلوكوما من لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما، والأشخاص المصابين بمرض السكري، والأمريكيين من أصول أفريقية الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر، والأمريكيين من أصول إسبانية الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل فحص الجلوكوما الذي يغطيه Medicare. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
• بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بمرض السكري، تتم تغطية فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في العام	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل فحص الشبكية الذي يغطيه Medicare للأعضاء المصابين بالسكري أو فحص العين لمرضى السكري. *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• زوج من النظارات أو زوج واحد من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة للمياه البيضاء بما في ذلك وضع العدسات داخل مقلة العين. إذا خضعت لعمليتين منفصلتين (2) لإعتام عدسة العين، فلن يمكنك الاحتفاظ بالميزة بعد الجراحة الأولى ولا شراء نظارتين (2) بعد الجراحة الثانية	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل الحصول على نظارة طبية يغطيها Medicare.
بالإضافة إلى ذلك، تغطي خطتنا خدمات الرؤية التكميلية (أي الدورية) الآتية:	
• فحص العين الدوري فحص روتيني واحد (1) للعين كل عام. يتضمن فحص العين الروتيني اختبار الجلوكوما للأشخاص المعرضين لخطر الإصابة به وفحص الشبكية لمرضى السكري.	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل فحص روتيني واحد (1) للعين كل عام* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
• تركيب النظارات يقتصر على زيارة واحدة (1) فقط سنويًا. زيارة تركيب النظارات ليست فحصًا روتينيًا للعين. تشمل الخدمات تركيب النظارات (العدسات اللاصقة، إطارات/عدسات النظارات).	التسديد المشترك لمبلغ $0 مقابل زيارة واحدة (1) لتركيب النظارات والعدسات اللاصقة سنويًا.* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
بالإضافة إلى ذلك، تغطي خطتنا خدمات الرؤية التكميلية (أي الدورية) الآتية: - تابع	
• النظارات الطبية عدد غير محدود من المستلزمات البصرية الموصوفة كل عام بحد أقصى للميزة يصل إلى 100$ سنويًا. تشمل المستلزمات البصرية الخاضعة للتغطية أيًا من الآتي: o النظارات (الإطار والعدسات) أو o عدسات النظارات فقط أو o إطارات النظارات فقط أو o العدسات اللاصقة بدلاً من النظارات أو o تحسينات في أجهزة الرؤية **ملاحظة:** تغطي الخطة رسوم تركيب العدسات اللاصقة. ينطبق الحد الأقصى لمبلغ تغطية مزايا الخطة البالغ 100$ سنويًا على تكلفة البيع بالتجزئة للإطارات و/أو العدسات (بما في ذلك أي خيارات للعدسات، مثل درجات اللون والطلاء). ستتحمل مسؤولية أي تكاليف تزيد على الحد الأقصى لميزة المستلزمات البصرية الإضافية (أي الروتينية).* 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. يجب الحصول على الخدمات البصرية من خلال شبكة البصر للخطة. للاستفسار عن كيفية العثور على مقدم رعاية أو للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل النظارات الطبية* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" تغطي خطتنا زيارة *مرحبًا 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 والتطعيمات (أو اللقاحات))، والإحالات للحصول على رعاية أخرى إذا لزم الأمر. **مهم:** نحن نغطي الزيارة الوقائية *مرحبًا بك في Medicare* فقط خلال الأشهر الـ 12 الأولى التي تحصل فيها على Medicare Part B. لذا عندما تحدِّد موعدك، أخبر عيادة طبيبك برغبتك في تحديد موعد لزيارتك الوقائية *مرحبًا بك في Medicare*.	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع للزيارة الوقائية *مرحبًا بك في Medicare*.
• EKG الذي يغطيه Medicare بعد الحصول على خدمات زيارة *مرحبًا بك في Medicare* الوقائية.	التسديد المشترك لمبلغ 0$ مقابل كل EKG تغطيه خطة Medicare بعد الحصول على خدمة زيارة *مرحبًا بك في Medicare* الوقائية. *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
Wellcare Spendables® ستتلقى مبلغًا إجماليًا قدره **$10 شهريًا** يُضاف مسبقًا إلى بطاقة Wellcare Spendables® الخاصة بك لإنفاقه على منتجات من دون وصفات (OTC)، وإذا كنت مؤهلاً، للحصول على مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI). • يتم ترحيل البدل الشهري الخاص بك **إلى الشهر التالي إذا لم يُستخدم وتنتهي صلاحيته في نهاية عام الخطة.**	لا يوجد تأمين مشترك أو تسديد مشترك أو مبلغ قابل للاستقطاع لبطاقة Wellcare Spendables®.
<u>يمكن استخدام بدل بطاقتك في ما يأتي -</u> **عناصر الأدوية من دون وصفات (OTC):** يمكنك استخدام بطاقتك لشراء منتجات من دون وصفات (OTC) في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة، أو عبر تطبيق للأجهزة المحمولة، أو من خلال تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء لتقديم طلب توصيل إلى المنزل. تتضمن منتجات OTC ما يأتي: • منتجات الحساسية والبرد والسعال والإنفلونزا والجيوب الأنفية • مسكنات الألم ومنتجات صحة الجهاز الهضمي ومنتجات المساعدة على النوم • الفيتامينات والمكملات الغذائية • مستلزمات الإسعافات الأولية والمستلزمات الطبية غير الموصوفة • منتجات العناية العامة بالفم والعيون والأذن • مستلزمات سلس البول ومنتجات الصحة الأنثوية والمنتجات المساعدة على الحياة اليومية استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد العناصر المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة، أو سجل الدخول إلى بوابة العضو. **ملاحظة:** في ظروف معينة، تتم تغطية المعدات التشخيصية ووسائل المساعدة على التوقف عن التدخين بموجب المزايا الطبية للخطة. ينبغي (إن أمكن) استخدام المزايا الطبية لخطتنا قبل إنفاق بدل OTC الخاص بك على هذه العناصر.	لا يوجد حد أدنى لمتطلبات الشراء داخل المتجر.
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI): **<u>المزايا المذكورة أدناه هي جزء من SSBCI. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين. يجب أن تفي بمعايير الأهلية للحصول على مزايا الخطة الآتية.</u>** **<u>إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك أيضًا استخدام بدل بطاقتك الشهري في:</u>** • دفع ثمن الغاز عند المضخة • الأطعمة الصحية • عناصر الرعاية الشخصية • عناصر مكافحة الآفات • مساعدة الإيجار • حيوان أليف روبوتي للمرافقة • المساعدة في المرافق راجع المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI) الواردة في هذا الجدول للحصول على مزيد من المعلومات عن هذه المزايا.	

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
Wellcare Spendables® - تابع **<u>كيفية استخدام بطاقتك:</u>** 1. قم بتفعيل بطاقتك قبل استخدامها. 2. قم بزيارة بائع تجزئة مشارك، أو تسجيل الدخول إلى رابط البوابة الوارد أدناه، أو تنزيل تطبيق Wellcare Spendables® للأجهزة المحمولة. 3. حدد العناصر أو الخدمات المعتمدة. 4. في المتجر، تابع الشراء من بائع التجزئة وادفع باستخدام بطاقة Wellcare Spendables®. للطلبات عبر الإنترنت أو عبر تطبيق الأجهزة المحمولة، قم بتسجيل الدخول للوصول إلى ميزتك واستخدامها. 5. بطاقتك ليست بطاقة ائتمان ولكن يمكن إدخالها كبطاقة "ائتمان" عند متابعة الشراء. أدخل رقم التعريف الشخصي PIN الذي أنشأته عند تفعيل بطاقتك إذا طُلب منك ذلك. **معلومات إضافية ينبغي أن تعرفها:** • بمجرد استخدام بدل الإنفاق، ستكون مسؤولاً عن التكلفة المتبقية لمشترياتك. • يمكن إرجاع العناصر التي تم شراؤها في المتجر وفقًا لسياسات الإرجاع والاستبدال لبائع التجزئة. المنتجات التي يتم شراؤها عبر الإنترنت بيعها نهائي. إذا كان المنتج تالفًا أو فاسدًا، فيُرجى الاتصال بنا. • إذا كانت بطاقتك لا تعمل بشكل صحيح أو في حال وجود مشكلة فنية، فيرجى الاتصال بنا باستخدام الرقم أدناه. • لا تتحمل Wellcare المسؤولية عن البطاقات المفقودة أو المسروقة. • بطاقة Wellcare Spendables® مخصصة لاستخدامك الشخصي ولا يمكن بيعها أو نقل ملكيتها وليست لها قيمة نقدية. • المزايا المختارة قد تكون مؤهلة للتعويض إذا لم تنجح عملية الدفع. تواصل معنا أو قدِّم طلب تعويض عبر بوابة الأعضاء لمراجعته. يجب تقديم طلبات التعويض خلال سنة الخطة التي تم فيها شراء المنتج أو الخدمة. وقد يلزم توفير معلومات إضافية للتحقق من المشتريات المؤهلة. • قد تنطبق القيود والشروط، وتُغطى فقط العناصر المعتمدة. **للحصول على مزيد من المعلومات عن بطاقة Wellcare Spendables® أو لطلب كتالوج، يرجى الاتصال على الرقم:** 1-800-431-9007، يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم: 711. ساعات العمل كما يأتي: في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً. **يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني عبر الرابط:** go.wellcare.com/member.	

القسم 3 الخدمات الخاضعة للتغطية خارج الخطة

هناك خدمات لا تغطيها Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) ولكنها متوفرة من خلال California Medi-Cal (Medicaid). إذا كان لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من California Medi-Cal (Medicaid)، فاتصل بـ California Medi-Cal (Medicaid) على الرقم 1-800-541-5555، ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. ساعات العمل: من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً PT، من الاثنين إلى الجمعة.

برنامج Medi-Cal Dental

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

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية وتنظيف الأسنان وعلاجات الفلورايد
- عمليات التصحيح والتيجان
- علاج القناة الجذرية
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة وعمليات الضبط والإصلاح وإعادة التبطين

تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان الذي يقدم الخدمات مقابل رسوم (FFS). لمزيد من المعلومات، اتصل ببرنامج Medi-Cal Dental على الرقم 1-800-322-6384 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). المكالمة مجانية. يتوفر ممثلو برنامج Medi-Cal لطب الأسنان لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org لمزيد من المعلومات.

القسم 4 الخدمات التي لا تغطيها خطتنا (الاستثناءات)

يوضح هذا القسم الخدمات التي يتم استبعادها.

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

إذا حصلت على خدمات مستثناة (غير خاضعة للتغطية)، فيتعين عليك الدفع بنفسك مقابل الحصول عليها، إلا في الظروف المحددة المذكورة أدناه. تظل الخدمات المستبعدة غير خاضعة للتغطية حتى إذا 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.)

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
العلاج بالوخز الإبري	متاح للأشخاص الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة في ظل ظروف معينة
الجراحة أو الإجراءات التجميلية	تتم تغطيتها في حالات الإصابة 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

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
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
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 خطتنا (انتقل إلى الفصل 3، القسم 5 للحصول على مزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية)
الرسوم المفروضة مقابل الرعاية التي يقدمها أقاربك المباشرون أو أفراد أسرتك	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
توصيل الوجبات إلى المنزل	راجع ميزة 'الأطعمة الصحية' في قسم SSBCI في جدول المزايا الطبية للحصول على مزيد من المعلومات
خدمات الرعاية الصحية المنزلية	يغطي Medicare رعاية التمريض المتخصص الضرورية من الناحية الطبية بدوام جزئي أو بشكل متقطع.
خدمات التدبير المنزلي التي تشمل المساعدات المنزلية الأساسية، بما في ذلك الأعمال المنزلية البسيطة أو تحضير الوجبات الخفيفة.	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
خدمات المعالجة بالطب الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة)	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
أحذية تقويم العظام أو الأجهزة الداعمة للقدم	الأحذية التي هي جزء من دعامة الساق ويتم تضمينها في تكلفة الدعامة. وأحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري
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

الخدمات التي لا يغطيها Medicare	خاضعة للتغطية في ظروف محددة فقط
عكس إجراءات التعقيم و/أو مستلزمات منع الحمل غير الموصوفة	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
العناية الروتينية بالمعالجة اليدوية	تتم تغطية المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي
رعاية الأسنان الروتينية، مثل: • **عمليات التنظيف (وقائية)** • **العلاج بالفلوريد** • **خدمات تقويم الأسنان** • **خدمات لب الأسنان** • **خدمات دواعم الأسنان** • **خدمات الزرع** • **الأطراف الصناعية للوجه والفكين**	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف راجع مزايا خدمات رعاية الأسنان في جدول المزايا الطبية لمعرفة خدمات رعاية الأسنان الروتينية التي تغطيها خطتك كجزء من حزمة المزايا الخاصة بك
العناية بالقدم الروتينية (طب الأقدام)	بعض أنواع التغطية المحدودة المقدَّمة وفقًا لإرشادات Medicare (على سبيل المثال، إذا كنت مصابًا بمرض السكري)
وسيلة (وسائل) المساعدة على السمع الدورية أو الفحوصات لتركيب الوسائل المساعدة على السمع	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
الخدمات التي تُعد غير معقولة أو ضرورية، وفق معايير Original Medicare	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
رعاية البصر: بضع القرنية التشععي، وجراحة الليزك (LASIK)، وغيرها من وسائل المساعدة المستخدمة لعلاج ضعف النظر	غير خاضعة للتغطية تحت أي ظروف
رعاية البصر: فحوصات العين الروتينية، والنظارات الطبية	راجع مزايا رعاية البصر في جدول المزايا الطبية لمعرفة خدمات الرؤية الروتينية التي تغطيها خطتك كجزء من حزمة المزايا الخاصة بك.

الفصل 5:
استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء D

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف الأدوية؟

نظرًا إلى أنك مؤهل للتسجيل في California Medi-Cal (Medicaid)، فأنت مؤهل للاستفادة من المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج المساعدة الإضافية، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في *دليل التغطية* هذا حول تكاليف الأدوية المصروفة بموجب الجزء D. أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً، يُسمى *دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على المساعدة الإضافية لدفع ثمن الأدوية الموصوفة* (المعروف أيضًا باسم *ملحق إعانة الدخل المنخفض* أو *ملحق LIS*) الذي يخبرك عن تغطية أدويتك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) واطلب *ملحق إعانة الدخل المنخفض (LIS)*. (تتم طباعة أرقام هواتف قسم خدمات الأعضاء على الغلاف الخلفي لهذا المستند.)

القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية الخطة لأدوية الجزء D

انتقل إلى جدول المزايا الطبية في الفصل 4 لمعرفة مزايا أدوية Medicare Part B ومزايا أدوية مأوى رعاية المحتضرين.

بالإضافة إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة بموجب مزايا California Medi-Cal (Medicaid). لمعرفة المزيد عن تغطية Medicaid للأدوية، يرجى التواصل مع California Medi-Cal (Medicaid) لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات التواصل الخاصة بـ California Medi-Cal (Medicaid) في الفصل 2، القسم 6.)

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

- يجب أن يكون لديك مقدم رعاية (طبيب أو طبيب أسنان أو أي آمر بالوصفة آخر) يكتب لك وصفة طبية تكون صالحة بموجب القانون المعمول به في الولاية.
- يجب ألا يكون الآمر بالوصفة مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الإقصاء لدى Medicare.
- يتعين عليك بوجه عام استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية (انتقل إلى القسم 2) *أو يمكنك صرف وصفتك الطبية من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا*.
- يجب أن يكون دواؤك مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا (انتقل إلى القسم 3).
- يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا. المقصود بعبارة "مؤشر مقبول طبيًا" هو استخدام دواء تمت الموافقة عليه من قِبل FDA أو مدعوم بمراجع معينة. (انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول المؤشر المقبول طبيًا.)
- قد يتطلب دواؤك الحصول على موافقة من خطتنا استنادًا إلى معايير معينة قبل أن نوافق على تغطيته. (انتقل إلى القسم 4 للحصول على مزيد من المعلومات)

القسم 2 صرف الوصفة الطبية الخاصة بك من صيدلية الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا

في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك *فقط* إذا تم صرفها من صيدليات الشبكة التابعة للخطة. (انتقل إلى القسم 2.4 للحصول على معلومات عن وقت تغطيتنا الوصفات الطبية التي يتم صرفها من الصيدليات خارج الشبكة.)

صيدلية الشبكة هي صيدلية متعاقدة مع الخطة الخاصة بنا لتوفير الأدوية الخاضعة للتغطية لك. المقصود بمصطلح "الأدوية الخاضعة للتغطية" هو جميع أدوية الجزء D المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

القسم 2.1 صيدليات الشبكة

العثور على صيدلية الشبكة في منطقتك

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، انتقل إلى *دليل المقدمين والصيدليات* و/أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني (go.wellcare.com/2027providerdirectories) و/أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

يمكنك الذهاب إلى أي صيدلية داخل شبكتنا. تقدم بعض صيدليات الشبكة مشاركة التكلفة المفضلة، والتي قد تكون أقل من مشاركة التكلفة في صيدلية تقدم مشاركة التكلفة القياسية. سيُطلِعك *دليل المقدمين والصيدليات* على صيدليات الشبكة التي تقدم مشاركة التكلفة المفضلة. تواصل معنا لمعرفة المزيد حول كيفية اختلاف التكاليف التي يتحملها المريض باختلاف الأدوية.

في حال انفصال صيدليتك عن الشبكة

في حال انفصال الصيدلية التي تتعامل معها عن شبكة خطتنا، سيتعين عليك العثور على صيدلية جديدة داخل الشبكة. وإذا بقيت الصيدلية التي تتعامل معها ضمن شبكتنا لكنها لم تعد تقدم مشاركة التكلفة المفضلة، فقد ترغب في التبديل إلى شبكة مختلفة أو صيدلية مفضلة، إن وجدت. للعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، احصل على مساعدة من قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو استخدم *دليل المقدمين والصيدليات*. كما يمكنك العثور على معلومات على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.

الصيدليات المتخصصة

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

- الصيدليات التي توفر أدوية للعلاج بالتسريب في المنزل.
- الصيدليات التي توفر أدوية للمقيمين في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC). عادةً ما تكون للمرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) (مثل دار التمريض) صيدلية خاصة. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدوية الجزء D في مرفق الرعاية طويلة الأمد (LTC)، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).
- الصيدليات التي تقدم خدمة برنامج Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health (غير متوفرة في Puerto Rico). باستثناء حالات الطوارئ، يمكن فقط للأمريكيين الأصليين أو سكان Alaska الأصليين الوصول إلى هذه الصيدليات في شبكتنا.
- الصيدليات التي تصرف أدوية محظورة من قِبل FDA في أماكن معينة أو التي تتطلب معاملة خاصة أو تنسيقًا مع مقدم الرعاية أو تثقيفًا بشأن طريقة استخدامها. لتحديد موقع صيدلية متخصصة، انتقل إلى *دليل المقدمين والصيدليات* go.wellcare.com/2027providerdirectories أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

القسم 2.2 خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة خطتنا. 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 الخاصة بخطتنا، بالرمز **"NM"** في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

وتسمح لك خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا بطلب **إمداد دواء لمدة لا تقل عن 35 يومًا ولا تزيد على 100 يوم.**

قد يكون التسديد المشترك الخاص بك أقل عند استخدام خدمة الطلب عبر البريد المفضلة الخاصة بالخطة. للحصول على مزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى الجدول في الفصل 6، القسمين 5.2 و5.4.

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات عن صرف وصفاتك الطبية عن طريق البريد، اتصل بـ Express Scripts® Pharmacy 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 الخطة، فلن تتم تغطية وصفتك 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 (من 35 إلى 100 يوم) يمكن صرفها عن طريق البريد. إذا واجهت أي مشكلة في صرف الإمداد لمدة 30 يومًا من صيدلية البيع بالتجزئة المشاركة، وتأخرت وصفتك الطبية 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 بالرقم 1-888-816-5252) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع للحصول على المساعدة. يمكن للأعضاء الاتصال بـ Express Scripts® Pharmacy على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية مباشرةً من عيادة طبيبك.
ستقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية وتوصيلها، من دون الرجوع إليك أولاً، في حال كنت:

- استخدمت خدمات الطلب عبر البريد بهذه الخطة سابقًا، أو
- اشتركت في خدمة التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة التي يتم تلقيها مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية. ويمكنك طلب التوصيل التلقائي لكل الوصفات الجديدة في أي وقت من خلال الاتصال بـ Express Scripts® Pharmacy 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 التواصل معك 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 طبية جديدة وتشحنها تلقائيًا، فيرجى التواصل معنا عن طريق الاتصال بـ Express Scripts® Pharmacy 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 مطلقًا خدمة توصيل الطلبات عبر البريد و/أو قررت إيقاف الصرف التلقائي للوصفات الجديدة، فستتواصل معك الصيدلية في كل مرة تتلقى فيها 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 تتواصل معك الصيدلية، لإبلاغهم إما بشحن الوصفة الطبية الجديدة أو تأخيرها أو إلغائها.

لإلغاء الاشتراك في عمليات التوصيل التلقائية للوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من مكتب مقدم الرعاية الصحية مباشرةً، تواصل معنا من خلال الاتصال بـ Express Scripts® Pharmacy على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

إعادة صرف الوصفات الطبية من خلال خدمة الطلب عبر البريد. لإعادة صرف أدويتك، لديك خيار التسجيل في برنامج إعادة الصرف التلقائي. في إطار هذا البرنامج، سنبدأ بمعالجة إعادة الصرف التالي لأدويتك تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن دواءك على وشك النفاد. ستتواصل معك الصيدلية قبل شحن كل عملية إعادة صرف للتأكد من حاجتك إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المُجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الدواء أو إذا تغير دواؤك.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي لدينا لكن لا تزال ترغب في مواصلة تلقي وصفتك الطبية من صيدلية تعمل بخدمة الطلب عبر البريد، فتواصل مع الصيدلية التي تتعامل معها قبل 21 يومًا من نفاد وصفتك الطبية الحالية. سيضمن ذلك شحن طلبك إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم بتجهيز عمليات إعادة الصرف لخدمة الطلب عبر البريد تلقائيًا، تواصل معنا عن طريق الاتصال بالصيدلية التي تعمل بخدمة الطلب عبر البريد التي تتعامل معها:

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

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

القسم 2.3 كيفية الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية

توفر خطتنا طريقتين (2) للحصول على إمداد طويل الأمد (يُسمى أيضًا الإمداد الموسَّع) من أدوية المداومة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. (أدوية 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. ويطلِعك *دليل المقدمين والصيدليات* go.wellcare.com/2027providerdirectories على الصيدليات التي يمكن أن تقدم إليك إمدادًا طويل الأمد من أدوية المداومة في شبكتنا. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على مزيد من المعلومات.
2. يمكن أن تتلقى أيضًا أدوية المداومة من خلال برنامج الطلب عبر البريد لدينا. انتقل إلى القسم 2.2 للحصول على مزيد من المعلومات.

القسم 2.4 التعامل مع صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا

بشكل عام، نغطي الأدوية التي يتم صرفها في صيدلية خارج الشبكة *فقط* عندما يتعذر عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة. لدينا أيضًا صيدليات شبكة خارج منطقة خدمتنا يمكنك الحصول على الوصفات الطبية منها بصفتك عضوًا في خطتنا. **تحقق أولاً مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711)** لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

لا نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة إلا في الحالات الآتية:

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 ممكنًا. قد تكون قادرًا على طلب الأدوية الموصوفة في وقت مبكر من صيدلية تعمل بخدمة الطلب عبر البريد.
- إذا كنت مسافرًا داخل الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها وأصبت 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 الخاصة بك. يمكنك أن تطلبنا برد حصتنا من التكلفة إليك عن طريق إرسال نموذج مطالبة بالأدوية الموصوفة. 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 بشأن الأدوية الموصوفة لمطالبتنا برد المبلغ إليك، يرجى الرجوع إلى الفصل 7، القسم 2.

- 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 كنتُ 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 الخاصة بك. 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.

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، ويتم إعطاؤه في عيادة طبيبك.
  - إذا حصلت على دواء موصوف خاضع للتغطية من صيدلية تابعة لمؤسسة أثناء وجودك كمريض في عيادة جراحة خارجية أو أي مكان آخر للمرضى الخارجيين.
- 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.

إذا تحتم عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فسيتعين عليك بشكل عام دفع التكلفة الكاملة (بدلاً من حصتك المعتادة من التكلفة) في وقت صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. ويمكنك مطالبتنا بتعويضك عن قيمة حصتنا من التكلفة. (انتقل إلى الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبة خطتنا بالدفع إليك.) قد يُطلب منك دفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الحصول على الدواء من صيدلية خارج الشبكة والتكلفة التي سنغطيها في صيدلية داخل الشبكة.

القسم 3 يجب أن تكون الأدوية الخاصة بك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

القسم 3.1 توضح قائمة الأدوية أي من أدوية الجزء D خاضعة للتغطية

تتضمن خطتنا *قائمة أدوية خاضعة للتغطية* (كتيب الوصفات). في *دليل التغطية* هذا، **نطلق عليها اسم قائمة الأدوية.**

وتحدد خطتنا الأدوية المدرجة على هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. تلبي القائمة متطلبات Medicare، وتمت الموافقة عليها من قِبل Medicare.

لا تعرض قائمة الأدوية إلا الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part D. بالإضافة إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare، تتم تغطية بعض الأدوية الموصوفة بموجب مزايا Medicaid الخاصة بك. لمعرفة المزيد عن تغطية Medicaid للأدوية، يرجى التواصل مع California Medi-Cal (Medicaid) لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات التواصل الخاصة بـ California Medi-Cal (Medicaid) في الفصل 2، القسم 6.)

نغطي بشكل عام أحد الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 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 قِبل FDA للتشخيص أو الحالة التي وُصف لها، أو
- مدعومًا بمراجع معينة مثل، American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

تشمل قائمة الأدوية أدوية تحمل اسم علامة تجارية، وأدوية مكافئة، ومنتجات حيوية (التي قد تشمل البدائل الحيوية).

الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية هو دواء موصوف يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة المصنِّعة للدواء. المنتجات الحيوية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية. في قائمة الأدوية، عندما نشير إلى الأدوية، فقد يعني هذا أن المنتج دواء أو منتج حيوي.

الدواء المكافئ هو دواء موصوف يحتوي على المكونات النشطة نفسها الموجودة في الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية. تحتوي المنتجات البيولوجية على بدائل تسمى بالبدائل الحيوية. تعمل الأدوية المكافئة والبدائل الحيوية بشكل عام تمامًا مثل التي تحمل اسم العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي، وتكون منخفضة التكلفة عادةً. وتوجد بدائل من الأدوية المكافئة متاحة للعديد من الأدوية التي تحمل أسماء علامات تجارية والبدائل الحيوية المماثلة لبعض المنتجات الحيوية الأصلية. بعض البدائل الحيوية قابلة للتبادل، ويمكن استبدالها، وفقًا لقانون الولاية، بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا مثل الأدوية المكافئة التي يمكن استبدالها بالأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية.

انتقل إلى الفصل 12 للاطلاع على تعريفات أنواع الأدوية التي قد تكون مدرجة في قائمة الأدوية.

الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية

لا تغطي خطتنا جميع الأدوية الموصوفة.

- وفي بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطة من خطط Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية. (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 7.)
- في حالات أخرى، قررنا عدم إدراج دواء معين في قائمة الأدوية.
- وفي بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في قائمة الأدوية. (للحصول على مزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 9.)
- الأدوية الموصوفة الخاضعة لتغطية California Medi-Cal (Medicaid) ليست مدرجة في قائمة الأدوية. يرجى التواصل مع برنامج California Medi-Cal (Medicaid) لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات التواصل الخاصة بـ California Medi-Cal (Medicaid) في الفصل 2، القسم 6.)

القسم 3.2 ستة مستويات لمشاركة التكلفة للأدوية المدرجة في قائمة الأدوية

يصنف كل دواء في قائمة أدوية خطتنا ضمن واحد من مستويات مشاركة التكلفة الستة. بشكل عام، كلما زاد المستوى، زادت تكلفة الدواء الخاص بك:

- يشمل المستوى 1 (الأدوية المكافئة) الأدوية المكافئة المفضلة وقد تشمل بعض الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية.
- يشمل المستوى 2 (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية) الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية وقد تشمل بعض الأدوية المكافئة.
- يشمل المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة) الأدوية غير المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة غير المفضلة.
- يشمل المستوى 4 (الأدوية القابلة للحقن) الأدوية المختارة التي يتم إعطاؤها عن طريق الحقن أو المستخدمة للوقاية من المرض (اللقاحات).
- يشمل المستوى 5 (أدوية من المستوى الخاص) الأدوية عالية التكلفة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة. الأدوية في هذا المستوى غير مؤهلة للحصول على استثناءات للدفع ضمن مستوى أقل. وهذا المستوى هو أعلى مستويات مشاركة التكلفة.
- يشمل المستوى 6 (أدوية الرعاية المختارة) أدوية مكافئة و/أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية مختارة تُستخدم لعلاج حالات معينة. وهذا المستوى هو أدنى مستويات مشاركة التكلفة.

لمعرفة مستوى مشاركة التكلفة الذي ينتمي إليه دواؤك، ابحث عنه في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. كما يوضح الفصل 6 المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى من مستويات مشاركة التكلفة.

القسم 3.3 كيفية معرفة ما إذا كان دواء معين مدرجًا في قائمة الأدوية

لمعرفة ما إذا كان دواء ما مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، لديك هذه الخيارات:

- تحقق من قائمة الأدوية الأحدث التي قدَّمناها إلكترونيًا.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على (go.wellcare.com/HealthNetCA). دائمًا ما تكون قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الإلكتروني هي الأحدث.
- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لمعرفة ما إذا كان دواء معين مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو لطلب نسخة من القائمة.
- استخدم "Real-Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) الخاصة بخطتنا على (go.wellcare.com/HealthNetCA) للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت ثمة أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكن أن تعالج الحالة نفسها. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

القسم 4 الأدوية التي تخضع لقيود على التغطية

القسم 4.1 سبب خضوع بعض الأدوية لقيود

تقيد 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 القيود ينطبق على أحد الأدوية التي تتناولها أو ترغب في تناولها، تحقق من قائمة الأدوية.

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

لاحظ أنه في بعض الأحيان قد يظهر الدواء أكثر من مرة في قائمة الأدوية. وهذا يرجع إلى احتمالية تنوع الأدوية نفسها بناءً على التركيز أو المقدار أو شكل الدواء الموصوف من قِبل مقدم الرعاية الصحية، وقد تنطبق قيود أو مبالغ مشاركة تكلفة مختلفة على الإصدارات المختلفة من الدواء (على سبيل المثال، 10 mg يختلف عن 100 mg، والأدوية لمرة واحدة في اليوم تختلف عن مرتين (2) في اليوم، والأقراص تختلف عن السائل).

القسم 4.2 أنواع القيود

إذا كانت هناك قيود على الدواء الخاص بك، فهذا يعني عادةً أنه يتعين عليك أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك اتخاذ خطوات إضافية حتى نتمكن من تغطية الدواء. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لمعرفة ما يمكنك أنت أو مقدم الرعاية الصحية القيام به للحصول على تغطية للدواء. **إذا كنت تريد منا أن نتنازل عن القيود على دوائك، فأنت بحاجة إلى استخدام عملية قرار التغطية ومطالبتنا بإجراء استثناء.** قد نوافق أو لا نوافق على التنازل عن القيود على دوائك. (انتقل إلى الفصل 9.)

الحصول على الموافقة السابقة من الخطة

بالنسبة إلى بعض الأدوية، تحتاج أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك إلى الحصول على موافقة من خطتنا بناءً على معايير محددة 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 تغطي خطتنا دواءك. يمكن الحصول على معايير التفويض السابق لخطتنا من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو من خلال موقعنا الإلكتروني go.wellcare.com/enhanced-select-pa.

تجربة دواء مختلف أولاً

يشجعك هذا الشرط على تجربة أدوية أقل تكلفة وعلى القدر نفسه من الفعالية في الغالب، قبل أن تغطي خطتنا دواءً آخر. على سبيل المثال، إذا كان بإمكان الدواء A والدواء B علاج الحالة الطبية نفسها وكان الدواء A أقل تكلفة، فقد تطلب منك خطتنا تجربة الدواء A أولاً. وإذا لم ينجح الدواء A في علاج حالتك، فستغطي خطتنا الدواء B. ويُطلق على هذا الشرط الخاص بتجربة دواء مختلف أولاً اسم **العلاج التدريجي**.
يمكن الحصول على معايير العلاج التدريجي لخطتنا من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو من خلال موقعنا الإلكتروني go.wellcare.com/enhanced-select-st.

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 الآمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يوميًا من دواء معين، فقد نحد من تغطية وصفتك الطبية بما لا يزيد على حبة واحدة في اليوم.

القسم 5 ما يمكنك فعله في حال لم تتم تغطية أحد أدويتك بالطريقة التي تريدها

هناك حالات يكون فيها الدواء الموصوف الذي تتناوله، أو الذي تعتقد أنت ومقدم الرعاية الخاص بك أنه يجب عليك تناوله، غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو يخضع لقيود. على سبيل المثال:

- ربما لم تتم تغطية هذا الدواء على الإطلاق. أو قد تتم تغطية إصدار مكافئ من الدواء، ولا تتم تغطية إصدار الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية الذي تريد تناوله.
- تتم تغطية الدواء، لكن هناك قواعد أو قيود إضافية على التغطية.
- تتم تغطية الدواء، لكنه في مستوى مشاركة تكلفة تجعل مشاركتك في التكلفة أعلى مما تتوقع.

إذا كان دواؤك مُدرجًا في مستوى مشاركة التكلفة الذي يجعل المبلغ الذي تتحمله من التكلفة أعلى مما تتوقع، فانتقل إلى القسم 5.1 لمعرفة ما يمكنك فعله.

إذا لم يكن دواؤك مدرجًا في قائمة الأدوية أو كان خاضعًا لقيود، فإليك بعض الخيارات لما يمكنك فعله:

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

قد تكون قادرًا على الحصول على إمداد مؤقت

في ظروف معينة، يجب أن توفر خطتنا إمدادًا مؤقتًا من الدواء الذي تتناوله بالفعل. يمنحك هذا الإمداد المؤقت وقتًا للتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك حول التغييرات.

لكي تكون مؤهلاً للحصول على إمداد مؤقت، يجب أن يكون الدواء الذي تتناوله **غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا** 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 خطتنا.
- **إذا كنت مشتركًا في خطتنا في العام الماضي،** فسنقوم بتغطية إمداد مؤقت من الدواء 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 تقدم خدمة 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 تقدم خدمة الرعاية طويلة الأمد. يجب صرف الوصفة الطبية من صيدلية الشبكة. (لاحظ 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 خطتنا لمدة تزيد على 90 يومًا ويقيمون 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 الذين يشهدون تغيرًا في مستوى الرعاية (مثل الانتقال إلى أو من مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد أو مستشفى) ويحتاجون إلى إمداد فوري:**

  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).

للأسئلة المتعلقة بالإمداد المؤقت، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

في الوقت الذي تستخدم فيه الإمداد المؤقت من الدواء، يتعين عليك التحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك لتحديد ما يمكن القيام به عند نفاد الإمداد المؤقت. لديك خياران (2):

الخيار 1. يمكنك تغيير الدواء بدواء آخر

تحدث إلى مقدم الرعاية حول ما إذا كان هناك دواء مختلف تغطيه خطتنا قد يكون جيدًا بالنسبة إليك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) 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.

الخيار 2. يمكنك طلب استثناء

يمكنك أنت ومقدم الرعاية مطالبة خطتنا بإجراء استثناء وتغطية 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 خطتنا بتغطية دواء معين على الرغم من عدم إدراجه في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. أو يمكنك مطالبة خطتنا بإجراء استثناء وتغطية الدواء من دون قيود.

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

القسم 5.1 ما يمكن فعله إذا كان دواؤك مدرجًا في مستوى مشاركة تكلفة تعتقد أنه مرتفع للغاية

إذا كان دواؤك مدرجًا في مستوى مشاركة تكلفة تعتقد أنه مرتفع للغاية، فإليك بعض الأمور التي يمكنك القيام بها:

يمكنك تغيير الدواء بدواء آخر

إذا كان دواؤك مدرجًا في مستوى مشاركة تكلفة تعتقد أنه مرتفع للغاية، فتحدث إلى مقدم الرعاية الخاص بك. قد يكون هناك دواء مختلف في مستوى مشاركة تكلفة أقل وقد يكون جيدًا بالنسبة إليك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) 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.

يمكنك طلب استثناء

يمكنك أنت ومقدم الرعاية مطالبة خطتنا بإجراء استثناء في مستوى مشاركة التكلفة للدواء بحيث تدفع مبلغًا أقل مقابل الدواء. إذا قال مقدم الرعاية إن هناك أسبابًا طبية تبرر مطالبتنا بإجراء استثناء، فيمكن لمقدم الرعاية مساعدتك على طلب استثناء من القاعدة.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الرعاية في طلب استثناء، فانتقل إلى الفصل 9، القسم 7.4 للتعرف على ما يمكن القيام به. فهذا القسم يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي يحددها Medicare للتأكد من معالجة طلبك بشكل فوري وعادل.

الأدوية في المستوى 5 (الأدوية من المستوى الخاص) غير مؤهلة لهذا النوع من الاستثناءات. نحن لا نخفّض مبلغ مشاركة التكلفة للأدوية في هذا المستوى.

القسم 6 قد تتغير قائمة الأدوية الخاص بنا خلال العام

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في بداية كل عام (1 يناير). ومع ذلك، يمكن لخطتنا إجراء بعض التغييرات على قائمة الأدوية خلال العام. على سبيل المثال، قد تقوم خطتنا بما يأتي:

- **إضافة بعض الأدوية إلى قائمة الأدوية أو إزالتها منها.**
- **نقل دواء إلى مستوى مشاركة تكلفة أعلى أو أقل.**
- **إضافة بعض القيود على تغطية دواء أو إزالتها عنه.**
- **استبدال إصدار مكافئ من الدواء بدواء يحمل اسم علامة تجارية.**
- استبدال إصدار بديل حيوي قابل للتبادل من المنتج البيولوجي بالمنتج البيولوجي الأصلي.

يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

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 بانتظام. في بعض الأحيان، ستتلقى إشعارًا مباشرًا إذا تم إجراء تغييرات على دواء تتناوله.

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

- **إضافة أدوية جديدة إلى قائمة الأدوية وإزالة دواء مشابه أو تغييره بشكل فوري في قائمة الأدوية.**
  - قد نتمكن على الفور من إزالة دواء مشابه من قائمة الأدوية، أو نقل الدواء المشابه إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف، أو إضافة قيود جديدة، أو الاثنين معًا. سيكون الإصدار الجديد من الدواء على نفس مستوى مشاركة التكلفة أو أقل، مع نفس القيود أو أقل.
  - ولن نجري هذه التغييرات الفورية إلا إذا أضفنا إصدارًا مكافئًا جديدًا لاسم علامة تجارية أو أضفنا إصدارات جديدة لبديل حيوي معين لمنتج بيولوجي أصلي كان مدرجًا بالفعل في قائمة الأدوية.
  - قد نُجري هذه التغييرات فورًا ونخبرك بذلك لاحقًا، حتى إذا كنت تتناول الدواء الذي نزيله أو نجري تغييرات عليه. إذا كنت تتناول الدواء المشابه في الوقت الذي نجري فيه التغيير، فسنخبرك بأي تغيير محدد قمنا به.
- **إضافة أدوية إلى قائمة الأدوية وإزالة أو إجراء تغييرات على دواء مشابه في قائمة الأدوية.**
  - عند إضافة إصدار جديد من دواء إلى قائمة الأدوية، قد نتمكن من إزالة دواء مشابه من قائمة الأدوية، أو نقله إلى مستوى مشاركة تكلفة مختلف، أو إضافة قيود جديدة، أو الاثنين معًا. سيكون الإصدار من الدواء الذي نضيفه على مستوى مشاركة التكلفة نفسه أو أقل، مع القيود نفسها أو أقل.
  - لن نجري هذه التغييرات إلا إذا أضفنا إصدارًا مكافئًا جديدًا لدواء يحمل اسم علامة تجارية أو أضفنا إصدارات جديدة لبديل حيوي معين لمنتج بيولوجي أصلي كان مدرجًا بالفعل في قائمة الأدوية.
  - سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير، أو سنخبرك بالتغيير ونغطي عملية الصرف لمدة 30 يومًا لإصدار الدواء الذي تتناوله.
- **إزالة 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. وإذا حدث هذا، فقد نزيل الدواء على الفور من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول هذا الدواء، فسنبلغك بعد إجراء التغيير.
- **إجراء التغييرات الأخرى التي تطرأ على الأدوية في قائمة الأدوية.**
  - قد نجري تغييرات أخرى بمجرد بدء العام تؤثر في الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، بناءً على تحذيرات Food and Drug Administration (FDA) أو إرشادات سريرية جديدة معترف بها من قِبل Medicare.
  - سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء هذه التغييرات، أو سنخبرك بالتغيير ونغطي عملية الصرف الإضافية لمدة 30 يومًا للدواء الذي تتناوله.

إذا أجرينا أيًا من هذه التغييرات على أي من الأدوية التي تتناولها، فتحدث إلى الآمر بالوصفة الخاص بك حول الخيارات التي تناسبك بشكل أفضل، بما في ذلك التغيير إلى دواء مختلف لعلاج حالتك، أو طلب قرار تغطية لتلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله. يمكنك أنت أو الآمر بالوصفة طلب استثناء للاستمرار في تغطية الدواء أو إصدار الدواء الذي كنت تتناوله. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرار تغطية بما في ذلك استثناء، انتقل إلى الفصل 9.

التغييرات التي تطرأ على قائمة الأدوية التي لا تؤثر فيك خلال عام الخطة الحالي

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 بدءًا من 1 يناير من خطة العام القادم إذا التزمت بالخطة نفسها.

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

- ننقل دواءك إلى مستوى مشاركة تكلفة أعلى.
- وضعنا قيودًا 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)، فلن يؤثر التغيير في استخدامك أو ما تدفعه كحصتك من التكلفة حتى 1 يناير من العام القادم.

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

القسم 7 أنواع الأدوية التي لا نغطيها

يتم *استبعاد* بعض أنواع الأدوية الموصوفة طبيًا. وهذا يعني أن Medicare لا يدفع ثمن هذه الأدوية.

إذا قمت بالاستئناف ووجدت أن الدواء المطلوب غير مستبعد بموجب الجزء D، فسوف ندفع ثمنه أو نغطيه. (للحصول على معلومات عن استئناف القرار، انتقل إلى الفصل 9.) إذا كان الدواء المُستثنى من خطتنا مستثنى أيضًا من California Medi-Cal (Medicaid)، فيجب عليك دفع ثمنه بنفسك (باستثناء بعض الأدوية المستثناة الخاضعة للتغطية بموجب تغطية الأدوية المعززة الخاصة بنا).

ترد في ما يأتي 3 قواعد عامة حول الأدوية التي لن تغطيها خطط الأدوية من Medicare بموجب الجزء D:

- لا يمكن أن تغطي خطة أدوية الجزء D الدواء الذي ستتم تغطيته بموجب Medicare Part A أو Medicare Part B.
- لا يمكن لخطتنا تغطية دواء تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة أو من خارج أراضيها.
- لا يمكن لخطتنا تغطية الاستخدام غير *المصرح به* للدواء عندما لا يكون الاستخدام مدعومًا بمراجع معينة مثل، American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX. الاستخدام *من دون تصريح* هو أي استخدام للدواء بخلاف ذلك الاستخدام المشار إليه على ملصق الدواء على النحو المعتمد من قِبل FDA.

بالإضافة إلى ذلك، لا تتم تغطية الفئات الآتية من الأدوية المدرجة أدناه من قِبل Medicare أو Medicaid بموجب القانون. ومع ذلك، قد تتم تغطية بعض هذه الأدوية لك تحت تغطية الأدوية من California Medi-Cal (Medicaid). يرجى التواصل مع برنامج California Medi-Cal (Medicaid) لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات التواصل الخاصة بـ California Medi-Cal (Medicaid) في الفصل 2، القسم 6.)

- الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (وتسمى أيضًا 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 تطلب الشركة المصنعة شراء الاختبارات أو خدمات المراقبة المرتبطة بها من الشركة المصنعة فقط كشرط للبيع

إذا **حصلت على المساعدة الإضافية من Medicare** لدفع ثمن الوصفات الطبية الخاصة بك، فلن تدفع المساعدة الإضافية ثمن الأدوية التي لا تخضع للتغطية عادةً. (انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711 للحصول على مزيد من المعلومات.) وإذا كانت لديك تغطية للأدوية من خلال Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid الخاص بالولاية التي تقيم فيها بعض الأدوية التي لا تغطيها عادةً خطة الأدوية من Medicare. تواصل مع برنامج Medicaid الخاص بالولاية التي تقيم فيها لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج Medicaid في الفصل 2، القسم 6.)

القسم 8 كيفية صرف الوصفة الطبية

لصرف وصفة طبية خاصة بك، قدم معلومات العضوية الخاصة بخطتنا (التي يمكن العثور عليها على بطاقة العضوية لديك) في صيدلية الشبكة التي تختارها. ستقوم صيدلية الشبكة تلقائيًا بمطالبة خطتنا بحصتنا من تكاليف دوائك. سيتعين عليك دفع حصتك من التكلفة إلى الصيدلية عند استلام الوصفة الطبية الخاصة بك.

إذا لم تتوفر معلومات العضوية الخاصة بخطتنا لديك، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بخطتنا للحصول على المعلومات، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات التسجيل في خطتنا.

إن لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، **فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة عند حصولك عليها**. يمكنك بعد ذلك **أن تطلب منا تعويضك** عن حصتنا. انتقل إلى الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبة خطتنا بالتعويض.

القسم 9 تغطية أدوية الجزء D في حالات خاصة

القسم 9.1 الإقامة الخاضعة لتغطية خطتنا في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص

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

القسم 9.2 بصفتك مقيمًا في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC)

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

تحقق من *دليل المقدمين والصيدليات* go.wellcare.com/2027providerdirectories لمعرفة ما إذا كانت الصيدلية التابعة للمرفق الذي يقدم خدمة LTC أو الصيدلية التي تستخدمها جزءًا من شبكتنا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فاتصل

بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 9007-431-800-1 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). إذا كنت في مرفق LTC، فيجب علينا التأكد من أنك قادر على تلقي مزايا الجزء D بشكل روتيني من خلال شبكة صيدليات LTC لدينا.

إذا كنت مقيمًا في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد (LTC) وتحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو مقيد بطريقة ما، فانتقل إلى القسم 5 للحصول على معلومات حول الحصول على إمداد مؤقت أو طارئ.

القسم 9.3 في حال كنت تحصل أيضًا على تغطية الأدوية من خطة صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين

إذا كانت لديك تغطية أدوية أخرى من خلال صاحب العمل (أو زوجتك) أو مجموعة المتقاعدين، فتواصل مع **مسؤول المزايا التابع لهذه المجموعة**. يمكنه مساعدتك على فهم كيفية عمل تغطية الأدوية 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 هي التي تدفع أولاً.

ملاحظة خاصة حول التغطية الموثوقة:

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

إذا كانت التغطية من خطة المجموعة 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.

احتفظ بأي إشعارات حول التغطية الموثوقة لأنك قد تحتاج إلى هذه الإشعارات لاحقًا لإظهار أنك حافظت على تغطية موثوقة. إذا لم تحصل على إشعار تغطية موثوقة، فاطلب نسخة من صاحب العمل أو مسؤول مزايا خطة المتقاعدين أو صاحب العمل أو النقابة.

القسم 9.4 في حال 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 ملّينات 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 إشعارًا من الآمر 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 الآمر 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 أدويتك 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

نقوم بإجراء مراجعات حول تناول الأدوية للمساعدة على التأكد من حصول أعضائنا على رعاية آمنة ومناسبة.

نُجري مراجعة في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية. كما نقوم بمراجعة سجلاتنا بشكل منتظم. نبحث عن مشكلات محتملة خلال هذه المراجعات، مثل:

- الأخطاء الطبية المحتملة
- الأدوية التي قد تكون غير ضرورية لأنك تتناول دواءً مشابهًا آخر لعلاج الحالة نفسها

- قد تكون الأدوية غير آمنة أو مناسبة لعمرك أو جنسك
- 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 لاحظنا وجود مشكلة محتملة في استخدامك الأدوية، فسنتعاون مع مقدم الرعاية لمعالجة المشكلة.

القسم 10.1 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 آمري الوصفات أو الصيدليات، أو إذا كانت لديك جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، فقد نتحدث إلى الآمر بالوصفة الخاص بك للتحقق من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. بالتعاون مع الآمر بالوصفة الخاص بك، إذا قررنا أن استخدامك الأدوية الأفيونية الموصوفة أو أدوية البنزوديازيبين قد لا 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 آمر (آمرين) بالوصفة معين
- الحد من كمية الأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين التي نغطيها 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 سيُطلب منك الحصول على وصفات طبية لهذه الأدوية فقط من الآمر بالوصفة أو صيدلية محددة. ستتاح لك الفرصة لإخبارنا بالآمرين بالوصفة أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها، وعن أي معلومات أخرى تعتقد أنها مهمة بالنسبة إلينا لمعرفتها. بعد أن تتاح 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 وللآمر بالوصفة الاستئناف. إذا قمت بالاستئناف، فسنراجع مشكلتك ونتخذ قرارًا جديدًا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طلبك يتعلق بالقيود التي تنطبق على وصولك إلى الأدوية، فسوف نرسل مشكلتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج نطاق خطتنا. انتقل إلى الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية طلب استئناف.

لن يتم وضعك في برنامج DMP لدينا إذا كانت لديك حالات طبية معينة مثل، الألم الناجم عن السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي، أو كنت تتلقى الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين أو الرعاية المُلطفة أو رعاية نهاية الحياة أو تعيش في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد.

القسم 10.2 برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم

لدينا برنامج يمكن أن يساعد أعضاءنا 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 أعضاءنا يحصلون على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة معينة ويتناولون أدوية تتجاوز مبلغًا محددًا من تكاليف الأدوية، أو المشتركين في برنامج DMP لمساعدتهم على استخدام المواد الأفيونية بأمان من الحصول على الخدمات من خلال برنامج MTM. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسيقدم لك الصيدلي أو اختصاصي صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدويتك. يمكنك التحدث عن أدويتك 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 أدويتك. ستحصل أيضًا على قائمة الأدوية التي ستشتمل على جميع الأدوية التي تتناولها ومقدار ما تتناوله ووقت تناولها وسبب تناولها. بالإضافة إلى ذلك، سيتلقى الأعضاء في برنامج MTM معلومات عن التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة 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 على قائمة الأدوية محدَّثة معك (على سبيل المثال، مع بطاقة هويتك (ID)) في حال ذهابك إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسوف نقوم بتسجيلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل إليك المعلومات. وإذا قررت عدم المشاركة، فأبلغنا بذلك وسنقوم بسحبك من البرنامج. للأسئلة المتعلقة بهذا البرنامج، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

الفصل 6:
ما تدفعه مقابل أدوية الجزء D

القسم 1 ما تدفعه مقابل أدوية الجزء D

نستخدم "الدواء" في هذا الفصل للإشارة إلى الأدوية الموصوفة بموجب الجزء D. ليست كل الأدوية من أدوية الجزء D. تُستثنى بعض الأدوية من تغطية الجزء D بموجب القانون. تتم تغطية بعض الأدوية المستثناة من تغطية الجزء D بموجب Medicare Part A أو Medicare Part B أو بموجب Medicaid. بالإضافة إلى ذلك قد تتم تغطية بعض الأدوية المستثناة من خلال خطتنا إذا اشتريت تغطية الأدوية التكميلية.

لفهم معلومات الدفع، تحتاج إلى معرفة الأدوية الخاضعة للتغطية، ومكان صرف الوصفات الطبية، والقواعد التي يجب اتباعها عند الحصول على الأدوية الخاضعة للتغطية. الفصل 5 يوضح هذه القواعد. عند استخدام "Real-Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) الخاصة بخطتنا للبحث عن تغطية دواء عبر go.wellcare.com/HealthNetCA، فإن التكلفة المعروضة هي تقدير للتكاليف التي من المتوقع أن يتحملها المريض. يمكنك أيضًا الحصول على المعلومات الواردة في "Real-Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف الأدوية؟

نظرًا إلى أنك مؤهل للتسجيل في California Medi-Cal (Medicaid)، فأنت مؤهل للاستفادة من المساعدة الإضافية (Extra Help) من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج المساعدة الإضافية، **فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في** *دليل التغطية* **هذا حول تكاليف الأدوية المصروفة بموجب الجزء D.** أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً، يُسمى *دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على المساعدة الإضافية لدفع ثمن الأدوية الموصوفة* (المعروف أيضًا باسم *ملحق إعانة الدخل المنخفض* أو *ملحق LIS*) الذي يخبرك عن تغطية أدويتك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) واطلب *ملحق إعانة الدخل المنخفض (LIS)*.

القسم 1.1 أنواع التكاليف التي يتحملها المريض التي قد تدفعها مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية

هناك 3 أنواع مختلفة من التكاليف التي يتحملها المريض لأدوية الجزء D الخاضعة للتغطية التي قد يُطلب منك دفعها:

- **المبلغ القابل للاستقطاع** هو المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية قبل أن تبدأ خطتنا في دفع حصتنا.
- **التسديد المشترك** هو مبلغ ثابت تدفعه في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.
- **التأمين المشترك** هو نسبة مئوية من التكلفة الإجمالية التي تدفعها في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.

القسم 1.2 كيفية حساب Medicare للتكاليف التي يتحملها المريض

لدى برنامج Medicare قواعد حول ما يتم احتسابه وما لا يتم احتسابه في التكاليف التي يتحملها المريض. إليك القواعد التي يجب علينا اتباعها لتتبع التكاليف التي يتحملها المريض.

يتم تضمين هذه المدفوعات في التكاليف التي يتحملها المريض

تتضمن التكاليف التي يتحملها المريض المدفوعات المدرجة أدناه (بشرط أن تكون مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية وأن تتبع قواعد تغطية الأدوية الموضحة في الفصل 5):

- المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية عندما تكون في المراحل التالية لدفع تكلفة الدواء:
  - مرحلة الخصم
  - مرحلة التغطية الأولية
- أي مدفوعات سددتها خلال هذا العام التقويمي بصفتك عضوًا في خطة أدوية Medicare مختلفة قبل الانضمام إلى خطتنا
- أي مدفوعات لأدويتك سددتها العائلة أو الأصدقاء
- أي مدفوعات تُدفع مقابل أدويتك من خلال المساعدة الإضافية من Medicare والخطط الصحية لصاحب العمل أو النقابة والخدمة الصحية الهندية وبرامج المساعدة على علاج AIDS ومعظم الجمعيات الخيرية

الانتقال إلى مرحلة التغطية الكارثية:

عندما تنفق أنت (أو أولئك الذين يدفعون نيابةً عنك) إجمالي 2,400$ من التكاليف التي يتحملها المريض خلال السنة التقويمية، تنتقل من مرحلة التغطية الأولية إلى مرحلة التغطية الكارثية.

لا يتم تضمين هذه المدفوعات في التكاليف التي يتحملها المريض

لا تتضمن التكاليف التي يتحملها المريض أيًا من أنواع المدفوعات الآتية:

- الأدوية التي تشتريها من خارج الولايات المتحدة وأراضيها
- الأدوية التي لا تغطيها خطتنا
- الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية خارج الشبكة لا تفي بمتطلبات خطتنا للتغطية من خارج الشبكة
- الأدوية الخاضعة لتغطية Medicaid فقط
- الأدوية الموصوفة التي يغطيها الجزء A أو الجزء B
- المدفوعات التي تدفعها مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب تغطيتنا الإضافية ولكن لا تغطيها عادةً خطة Medicare للأدوية
- المدفوعات التي تدفعها مقابل الأدوية التي لا تغطيها عادةً خطة Medicare للأدوية
- المدفوعات الخاصة بأدويتك التي تقدمها خطط تأمين وبرامج صحية معينة تمولها الحكومة مثل TRICARE والإدارة الصحية للمحاربين القدماء (VA)

- المدفوعات الخاصة بأدويتك التي تقدمها جهة خارجية لديها التزام قانوني بدفع تكاليف الوصفات الطبية (على سبيل المثال، تعويض العمال)
- المدفوعات التي تدفعها الشركات المصنعة للأدوية بموجب برنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة

تذكير: إذا دفعت أي مؤسسة أخرى مثل تلك المدرجة أعلاه جزءًا من التكاليف التي يتحملها المريض مقابل الأدوية أو دفعتها كلها، فيجب عليك إخبار خطتنا من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

تتبع التكاليف الإجمالية التي يتحملها المريض

- يتضمن *توضيح المزايا الخاص بالجزء D* (EOB) الذي تتلقاه الإجمالي الحالي للتكاليف التي يتحملها المريض. عندما يصل هذا المبلغ إلى 2,400$، سيخبرك *EOB الخاص بالجزء D* بأنك تركت مرحلة التغطية الأولية وانتقلت إلى مرحلة التغطية الكارثية.
- **تأكد من منحنا المعلومات التي نحتاج إليها.** انتقل إلى القسم 3.1 لمعرفة ما يمكنك القيام به للمساعدة على التأكد من اكتمال سجلات ما أنفقته وتحديثها.

القسم 2 مراحل دفع تكلفة الدواء لأعضاء خطتنا

هناك **3 مراحل لدفع تكلفة الدواء** ضمن تغطية أدويتك في إطار خطتنا. ويتوقف مقدار ما تدفعه مقابل كل وصفة طبية على المرحلة التي تكون فيها عند صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. يتم شرح تفاصيل كل مرحلة في هذا الفصل. المراحل هي:

- **المرحلة 1: مرحلة الخصم السنوية**
- **المرحلة 2: مرحلة التغطية الأولية**
- **المرحلة 3: مرحلة التغطية الكارثية**

القسم 3 يوضح *توضيح المزايا الخاص بالجزء D* مرحلة الدفع التي أنت فيها

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية الموصوفة والدفعات التي تسددها عندما تحصل على الوصفات الطبية من الصيدلية. بهذه الطريقة، يمكننا إخبارك عندما تنتقل من مرحلة دفع لتكلفة دواء إلى المرحلة التالية. ونتتبع نوعين (2) من التكاليف:

- **التكاليف التي يتحملها المريض:** هي المبلغ الذي دفعته. وهذا يشمل ما دفعته عند الحصول على أحد أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية، أو أي مدفوعات لأدويتك قام أفراد الأسرة أو الأصدقاء بتسديدها، وأي مدفوعات تُدفع مقابل الأدوية المقدمة إليك عن طريق المساعدة الإضافية من Medicare، أو الخطط الصحية التي ينفذها صاحب العمل أو الاتحاد، أو الخدمة الصحية الهندية، أو برنامج المساعدة على علاج AIDS، أو الجمعيات الخيرية، أو معظم برامج المساعدة الصيدلانية التابعة للدولة (SPAP).
- **إجمالي تكاليف الأدوية:** هذا هو إجمالي كل الدفعات التي تم إجراؤها لأدوية الجزء D الخاصة بك والخاضعة للتغطية. ويشمل مقدار ما دفعته خطتنا، ومقدار ما دفعته أنت، ومقدار ما دفعته البرامج أو المؤسسات الأخرى مقابل أدوية الجزء D الخاصة بك والخاضعة للتغطية.

إذا صرفت وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال خطتنا خلال الشهر السابق، فسنرسل إليك *توضيح المزايا (EOB) الخاص بالجزء D*. يتضمن *EOB الخاص بالجزء D* ما يأتي:

- **معلومات عن هذا الشهر.** يقدم هذا التقرير تفاصيل الدفع حول الوصفات الطبية التي صرفتها خلال الشهر السابق. وهو يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وما دفعته خطتنا وما دفعته أنت ودفعه الآخرون نيابةً عنك.
- **التكاليف الإجمالية للسنة منذ 1 يناير.** يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات للأدوية منذ بداية العام.
- **معلومات عن أسعار الأدوية.** سيعرض هذا إجمالي سعر الأدوية ومعلومات حول التغييرات في السعر في كل عملية صرف لكل مطالبة بالوصفة الطبية بالكمية نفسها.
- **وصفات طبية بديلة متاحة أقل تكلفة.** ويوضح ذلك معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة مع مشاركة أقل تكلفة لكل مطالبة بالوصفة الطبية، إن كان ذلك متاحًا

3.1 يساعدنا القسم على الاحتفاظ بمعلوماتنا حول مدفوعات محدَّثة لتكلفة الأدوية

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

- **أظهر بطاقة عضويتك في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية تم صرفها.** هذا يساعد 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 يتحملها المريض. أعطنا نسخًا من الإيصالات لمساعدتنا على تتبع التكاليف التي تتحملها. **أمثلة على الموعد الذي يجب أن تعطينا فيه نسخًا من إيصالات الأدوية:**
  - عندما تشتري دواءً خاضعًا للتغطية من صيدلية الشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا.
  - عندما تقوم بتسديد مشترك للأدوية التي يتم توفيرها في إطار برنامج مساعدة المرضى من شركة مصنعة للأدوية.
  - في كل مرة تشتري فيها الأدوية الخاضعة للتغطية من الصيدليات خارج الشبكة أو تدفع فيها السعر الكامل لدواء خاضع 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 المعلومات المتعلقة بالمدفوعات التي قام بها الآخرون نيابةً عنك.** تُحتسب المدفوعات التي يقدمها بعض الأشخاص والمؤسسات الأخرى أيضًا ضمن التكاليف التي يتحملها المريض. على سبيل المثال، تُحتسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) والخدمة الصحية الهندية والجمعيات الخيرية ضمن التكاليف التي يتحملها المريض. الاحتفاظ بسجل لهذه المدفوعات وإرسالها إلينا حتى نتمكن من تتبع التكاليف التي تتحملها.
- **تحقق من التقرير المكتوب الذي نرسله لك.** عندما تتلقى *EOB الخاص بالجزء D*، ابحث عنه للتحقق من أن المعلومات كاملة وصحيحة. إذا كنت تعتقد أن هناك شيئًا مفقودًا أو كان لديك أسئلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). **بدلاً من تلقي ورقة *توضيح المزايا الخاص بالجزء D* *(EOB الخاص بالجزء D)* عبر البريد، لديك الآن خيار تلقي نسخة إلكترونية.** يمكنك طلب ذلك من خلال زيارة موقع https://www.express-scripts.com/. إذا اخترت الاشتراك، فستتلقى رسالة بريد إلكتروني عندما يكون *eEOB الخاص بالجزء D* جاهزًا للعرض أو الطباعة أو التنزيل. يشار إلى *تقارير EOB الخاص بالجزء D* الإلكترونية أيضًا باسم *تقارير EOB الخاص بالجزء D* غير الورقية. هذه نُسخ دقيقة (صور) من *تقارير EOB الخاص بالجزء D* المطبوعة. تأكد من الاحتفاظ بهذه التقارير.

القسم 4 مرحلة الخصم

ولأن أغلب أعضائنا يحصلون على المساعدة الإضافية لتكاليف الأدوية الموصوفة، فإن مرحلة الخصم لا تنطبق على معظم الأعضاء. إذا تلقيت المساعدة الإضافية، فإن مرحلة الدفع هذه لا تنطبق عليك.

انظر إلى الملحق المنفصل (*ملحق LIS*) للحصول على معلومات حول المبلغ القابل للاستقطاع الخاص بك.

إذا لم تتلقَّ المساعدة الإضافية، فإن مرحلة الخصم هي أول مرحلة دفع لتغطية أدويتك. ولا ينطبق المبلغ القابل للاستقطاع على منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات البالغين في الجزء D، بما في ذلك الهربس والكزاز واللقاحات الخاصة بالسفر. ستدفع مبلغًا قابلاً للاستقطاع سنويًا قدره 700$ على أدوية المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة)، والمستوى 5 (الأدوية من المستوى الخاص).

يجب عليك دفع التكلفة الكاملة لأدوية المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة)، والمستوى 5 (الأدوية من المستوى الخاص) حتى تصل إلى المبلغ القابل للاستقطاع الخاص بخطتنا. بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، لن تضطر إلى دفع أي مبلغ قابل للاستقطاع. وعادة ما تكون **التكلفة الكاملة** أقل من السعر الكامل العادي للدواء، لأن خطتنا تفاوضت على تكاليف أقل لمعظم الأدوية في صيدليات الشبكات. لا يمكن أن تتجاوز التكلفة الكاملة أقصى سعر تفاوض بالإضافة إلى رسوم صرف الأدوية التي تم التفاوض على أسعارها بموجب برنامج Medicare للتفاوض على أسعار الأدوية.

بمجرد أن تدفع 700$ مقابل أدوية المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة)، والمستوى 5 (الأدوية من المستوى الخاص)، تغادر مرحلة الخصم وتنتقل إلى مرحلة التغطية الأولية.

القسم 5 مرحلة التغطية الأولية

القسم 5.1 يعتمد ما تدفعه مقابل الحصول على دواء ما على الدواء ومكان صرف وصفتك الطبية

في أثناء مرحلة التغطية الأولية، تدفع خطتنا حصتها من تكلفة أدويتك الخاضعة للتغطية، بينما تدفع أنت حصتك (مبلغ التسديد المشترك *أو* التأمين المشترك الخاص بك). ستختلف حصتك من التكلفة حسب الدواء ومكان صرف وصفتك الطبية.

تتضمن خطتنا ستة مستويات لمشاركة التكلفة

يصنف كل دواء في قائمة أدوية خطتنا ضمن واحد من مستويات مشاركة التكلفة الستة. بشكل عام، كلما زاد رقم مستوى مشاركة التكلفة، زادت تكلفة الدواء:

- يشمل المستوى 1 (الأدوية المكافئة) الأدوية المكافئة المفضلة وقد تشمل بعض الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية.
- يشمل المستوى 2 (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية) الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية وقد تشمل بعض الأدوية المكافئة. لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.
- يشمل المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة) الأدوية غير المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة غير المفضلة. لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية في هذا المستوى.
- يشمل المستوى 4 (الأدوية القابلة للحقن) الأدوية المختارة التي يتم إعطاؤها عن طريق الحقن أو المستخدمة للوقاية من المرض (اللقاحات).
- يشمل المستوى 5 (أدوية من المستوى الخاص) الأدوية عالية التكلفة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة. الأدوية في هذا المستوى غير مؤهلة للحصول على استثناءات للدفع ضمن مستوى أقل. وهذا المستوى هو أعلى مستويات مشاركة التكلفة.
- يشمل المستوى 6 (أدوية الرعاية المختارة) أدوية مكافئة و/أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية مختارة تُستخدم لعلاج حالات معينة. وهذا المستوى هو أدنى مستويات مشاركة التكلفة.

لمعرفة مستوى مشاركة التكلفة الذي ينتمي إليه دواؤك، ابحث عنه في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

اختياراتك من الصيدليات

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

- صيدلية الشبكة للبيع بالتجزئة.
- صيدلية شبكة للبيع بالتجزئة تقدم مشاركة التكلفة المفضلة. قد تكون التكاليف أقل في الصيدليات التي توفر مشاركة التكلفة المفضلة.
- صيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا. نغطي الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج الشبكة في حالات محدودة فقط. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 لمعرفة متى سنقوم بتغطية وصفة طبية تم صرفها من صيدلية خارج الشبكة.
- صيدلية الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا.

لمزيد من المعلومات حول خيارات الصيدليات هذه وصرف الوصفات الطبية، انتقل إلى الفصل 5 و*دليل المقدمين والصيدليات* لخطتنا go.wellcare.com/2027providerdirectories.

القسم 5.2 التكاليف التي تتحملها مقابل إمداد *شهر واحد* من دواء خاضع للتغطية

خلال مرحلة التغطية الأولية، ستكون حصتك من تكلفة الدواء الخاضع للتغطية إما تسديدًا مشتركًا أو تأمينًا مشتركًا.

يعتمد مبلغ التسديد المشترك أو التأمين المشترك على مستوى مشاركة التكلفة.

في بعض الأحيان تكون تكلفة الدواء أقل من التسديد المشترك الخاص بك. في هذه الحالات، تدفع السعر الأقل للدواء بدلاً من التسديد المشترك.

التكاليف التي تتحملها مقابل إمداد *شهر واحد* من أحد أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية

المستوى	مشاركة التكلفة القياسية للبيع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة تكلفة البيع بالتجزئة المفضلة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة التكلفة القياسية للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة التكلفة المفضلة للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة تكلفة الرعاية طويلة الأمد (LTC) (إمداد يصل إلى 31 يومًا)	مشاركة التكلفة خارج الشبكة (تقتصر التغطية على حالات معينة؛ انتقل إلى الفصل 5 لمزيد من التفاصيل.) (إمداد يصل إلى 30 يومًا)
المستوى 1 من مشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة، حيث يشمل المستوى الأدوية المكافئة المفضلة وقد يشمل بعض الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية.)	$15	$0	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	$15	$15

المستوى	مشاركة التكلفة القياسية للبيع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة تكلفة البيع بالتجزئة المفضلة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة التكلفة القياسية للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة التكلفة المفضلة للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة تكلفة الرعاية طويلة الأمد (LTC) (إمداد يصل إلى 31 يومًا)	مشاركة التكلفة خارج الشبكة (تقتصر التغطية على حالات معينة؛ انتقل إلى الفصل 5 لمزيد من التفاصيل.) (إمداد يصل إلى 30 يومًا)
المستوى 2 من مشاركة التكلفة (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية، حيث يشمل المستوى الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية وقد يشمل بعض الأدوية المكافئة.)	25%	20%	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	25%	25%
مستوى مشاركة التكلفة 3 (الأدوية غير المفضلة - يشمل الأدوية غير المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة.)	41%	41%	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	41%	41%
المستوى 4 من مشاركة التكلفة (الأدوية القابلة للحقن، حيث يشمل المستوى الأدوية المحددة التي يتم إعطاؤها عن طريق الحقن أو المستخدمة للوقاية من المرض (اللقاحات).)	15%	0%	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	15%	15%

المستوى	مشاركة التكلفة القياسية للبيع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة تكلفة البيع بالتجزئة المفضلة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يومًا)	مشاركة التكلفة القياسية للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة التكلفة المفضلة للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 34 يومًا)	مشاركة تكلفة الرعاية طويلة الأمد (LTC) (إمداد يصل إلى 31 يومًا)	مشاركة التكلفة خارج الشبكة (تقتصر التغطية على حالات معينة؛ انتقل إلى الفصل 5 لمزيد من التفاصيل.) (إمداد يصل إلى 30 يومًا)
المستوى 5 من مشاركة التكلفة (الأدوية من المستوى الخاص، حيث يشمل المستوى الأدوية العالية التكلفة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة. الأدوية في هذا المستوى غير مؤهلة للحصول على استثناءات للدفع ضمن مستوى أقل.)	25%	25%	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	25%	25%
مستوى مشاركة التكلفة 6 (أدوية الرعاية المختارة، حيث يشمل المستوى أدوية مكافئة و/أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية مختارة تُستخدم لعلاج حالات معينة.)	$0	$0	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	الوصفة الطبية التي يتم طلبها عبر البريد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) لا تخضع للتغطية.	$0	$0

لن تدفع أكثر من 35$ مقابل إمداد شهر واحد من كل منتج من منتجات الأنسولين الخاضعة للتغطية بغض النظر عن مستوى مشاركة التكلفة، حتى إذا لم تدفع المبلغ القابل للاستقطاع.

انتقل إلى القسم 7 للحصول على مزيد من المعلومات حول مشاركة التكلفة للقاحات الجزء D.

القسم 5.3 إذا وصف لك طبيبك إمدادًا لأقل من شهر كامل، فقد لا تضطر إلى دفع تكلفة إمداد الشهر بأكمله

عادةً ما يغطي المبلغ الذي تدفعه مقابل دواء ما إمدادًا لشهر كامل. قد تكون هناك أوقات تريد فيها أنت أو طبيبك كمية من الدواء تقل عن إمداد شهر كامل (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً لأول مرة). يمكنك أيضًا أن تطلب من طبيبك أن يصف لك، ومن الصيدلي أن يصرف لك، أقل من إمداد شهر كامل إذا كان ذلك سيساعدك على التخطيط لتواريخ إعادة الصرف بشكل أفضل.

إذا كنت تحصل على أقل من إمداد شهر كامل من أدوية معينة، فلن تضطر إلى دفع ثمن إمداد شهر كامل.

- إذا كنت مسؤولاً عن التأمين المشترك، فإنك تدفع نسبة مئوية من إجمالي تكلفة الدواء. نظرًا إلى أن التأمين المشترك يستند إلى إجمالي تكاليف الدواء، فستكون التكلفة أقل لأن إجمالي تكاليف الدواء سيكون أقل.
- إذا كنت مسؤولاً عن التسديد المشترك للدواء، فإنك تدفع فقط مقابل عدد الأيام التي حصلت فيها على الدواء بدلاً من شهر كامل. نحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل الدواء (المعدل اليومي لمشاركة التكلفة) ونضربه في عدد أيام الدواء التي تحصل عليها.

القسم 5.4 التكاليف التي تتحملها مقابل إمداد *طويل الأمد* (61-100 يوم) من أحد أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد (ويُسمى أيضًا الإمداد الموسّع). والإمداد الطويل الأمد هو الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ.

التكاليف التي تتحملها مقابل إمداد *طويل الأمد* (61-100 يوم) من أحد أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية

المستوى	**مشاركة التكلفة القياسية للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة)** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة التكلفة المفضلة للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة)** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة التكلفة القياسية للطلب عبر البريد** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة تكلفة الطلب عبر البريد المفضل** (إمداد لمدة 61-100 يومًا)
المستوى 1 من مشاركة التكلفة (الأدوية المكافئة، حيث يشمل المستوى الأدوية المكافئة المفضلة وقد يشمل بعض الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية.)	$45	$0	$45	$0
المستوى 2 من مشاركة التكلفة (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية، حيث يشمل المستوى الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية وقد يشمل بعض الأدوية المكافئة.)	25%	20%	25%	20%

المستوى	**مشاركة التكلفة القياسية للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة)** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة التكلفة المفضلة للبيع بالتجزئة (داخل الشبكة)** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة التكلفة القياسية للطلب عبر البريد** (الإمداد لمدة تتراوح بين 61 يومًا و100 يومٍ)	**مشاركة تكلفة الطلب عبر البريد المفضل** (إمداد لمدة 61-100 يومًا)
مستوى مشاركة التكلفة 3 (الأدوية غير المفضلة - يشمل الأدوية غير المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة.)	41%	41%	41%	41%
المستوى 4 من مشاركة التكلفة (الأدوية القابلة للحقن، حيث يشمل المستوى الأدوية المحددة التي يتم إعطاؤها عن طريق الحقن أو المستخدمة للوقاية من المرض (اللقاحات).)	15%	0%	15%	0%
المستوى 5 من مشاركة التكلفة (الأدوية من المستوى الخاص، حيث يشمل المستوى الأدوية العالية التكلفة التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية المكافئة. الأدوية في هذا المستوى غير مؤهلة للحصول على استثناءات للدفع ضمن مستوى أقل.)	**لا يتوفر الإمداد الطويل الأمد للأدوية في المستوى 5.**			
مستوى مشاركة التكلفة 6 (أدوية الرعاية المختارة - يشمل بعض الأدوية المكافئة المختارة و/أو الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية المستخدمة لعلاج حالات معينة.)	$0	$0	$0	$0

لن تدفع أكثر من 70$ مقابل إمداد يصل إلى شهرين (2) أو 105$ مقابل إمداد يصل إلى 3 أشهر من كل منتج أنسولين خاضع للتغطية بغض النظر عن مستوى مشاركة التكلفة، حتى إذا لم تدفع المبلغ القابل للاستقطاع.

القسم 5.5 ستبقى في مرحلة التغطية الأولية حتى تصل التكاليف التي يتحملها المريض لهذا العام إلى 2,400$

تبقى في مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي يتحملها المريض إلى 2,400$. ثم تنتقل إلى مرحلة التغطية الكارثية.

نحن نقدم تغطية إضافية لبعض الأدوية الموصوفة التي لا تتم تغطيتها عادةً في خطة أدوية Medicare. لا يتم احتساب المدفوعات لهذه الأدوية من إجمالي التكاليف التي يتحملها المريض.

سيساعدك *EOB الخاص بالجزء D* الذي تحصل عليه على تتبع المبلغ الذي أنفقته أنت وخطتنا وأي جهات خارجية نيابةً عنك خلال العام. لن يصل جميع الأعضاء إلى الحد الأقصى للمصروفات التي يتحملها المريض الذي يبلغ 2,400$ في السنة.

سنبلغك في حال وصولك إلى هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 1.2 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية حساب Medicare للتكاليف التي يتحملها المريض.

القسم 6 مرحلة التغطية الكارثية

في مرحلة التغطية الكارثية، لا تدفع شيئًا لأدوية الجزء D الخاضعة للتغطية. تدخل مرحلة التغطية الكارثية عندما تصل التكاليف التي يتحملها المريض إلى الحد الأقصى البالغ 2,400$ في السنة التقويمية. بمجرد دخولك مرحلة التغطية الكارثية، ستظل في مرحلة الدفع هذه حتى نهاية السنة التقويمية.

- خلال مرحلة الدفع، لا تدفع شيئًا مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية والأدوية المستبعدة التي تغطيها المزايا المحسنة لدينا.

القسم 7 ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات - تُعد بعض اللقاحات مزايا طبية ويغطيها الجزء B وتُعد اللقاحات الأخرى من أدوية الجزء D. يمكنك العثور على هذه اللقاحات في قائمة الأدوية في خطتنا. تغطي خطتنا معظم لقاحات الجزء D للبالغين من دون أي تكلفة حتى إذا لم تدفع المبلغ القابل للاستقطاع. انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على تفاصيل التغطية ومشاركة التكلفة في ما يتعلق بلقاحات محددة.

ثمة جزآن (2) في تغطيتنا للقاحات الجزء D:

- الجزء الأول يتعلق بتكلفة **اللقاح نفسه**.
- الجزء الثاني يتعلق بتكلفة **إعطائك اللقاح**. (وهذا ما يُسمى أحيانا إعطاء اللقاح.)

تعتمد التكاليف التي تتكبدها للحصول على لقاح الجزء D على 3 أمور:

1. **ما إذا أوصت مؤسسة تسمى اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP) باللقاح للبالغين.**
   - معظم لقاحات الجزء D للبالغين توصي بها ACIP ولا تكلفك شيئًا.
2. **مكان حصولك على اللقاح.**
   - يمكن صرف اللقاح نفسه من الصيدلية أو من عيادة الطبيب.

3. الشخص الذي يعطيك اللقاح.

- قد يقوم صيدلي أو مقدم رعاية آخر بإعطاء اللقاح في الصيدلية. أو قد يقوم مقدم الرعاية بإعطائه في عيادة الطبيب.

يمكن أن يختلف ما تدفعه في وقت حصولك على لقاح الجزء D اعتمادًا على الظروف و**مرحلة دفع تكلفة الدواء** التي أنت فيها.

- عند تلقي اللقاح، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة إعطاء مقدم الرعاية اللقاح لك. ويمكنك مطالبة خطتنا برد قيمة حصتنا من التكلفة إليك. بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، يعني ذلك أنه سيتم تعويضك عن التكلفة الكاملة التي دفعتها.
- وفي أحيان أخرى، عندما تحصل على اللقاح، فإنك تدفع فقط حصتك من التكلفة بموجب مزايا الجزء D. بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لا تتحمل أي تكلفة.

في ما يلي 3 أمثلة لطرق يمكنك من خلالها الحصول على لقاح الجزء D.

الحالة 1: تحصل على لقاح الجزء D من صيدلية الشبكة. (يعتمد توفر هذا الخيار على المكان الذي تعيش فيه. لا تسمح بعض الولايات للصيدليات بإعطاء لقاحات معينة.)

- بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لا تتحمل أي تكلفة.
- بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع للصيدلية التأمين المشترك أو مبلغ التسديد المشترك مقابل اللقاح نفسه، الذي يتضمن تكلفة إعطائك اللقاح.
- ستدفع خطتنا باقي التكاليف.

الحالة 2: تحصل على لقاح الجزء D في عيادة طبيبك.

- عند تلقي اللقاح، قد تُضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة إعطاء مقدم الرعاية اللقاح لك.
- يمكنك بعد ذلك أن تطلب من خطتنا دفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الموضحة في الفصل 7.
- بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، سيتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته. بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته بعد خصم أي تأمين مشترك أو تسديد مشترك للقاح (بما في ذلك إعطاؤه)، مع خصم أي فرق بين المبلغ الذي تقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا حصلت على مساعدة إضافية، فسنعوضك عن هذا الفرق.)

الحالة 3: تشتري لقاح الجزء D نفسه من صيدلية الشبكة وتأخذه إلى عيادة طبيبك حيث يعطيك اللقاح.

- بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D الخاصة بالبالغين، لا تدفع أي شيء مقابل اللقاح نفسه.
- بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع للصيدلية التأمين المشترك أو مبلغ التسديد المشترك مقابل اللقاح نفسه.
- عندما يعطيك طبيبك اللقاح، قد تُضطر إلى دفع التكلفة الكاملة مقابل هذه الخدمة.
- يمكنك بعد ذلك أن تطلب من خطتنا دفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الموضحة في الفصل 7.
- بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، سيتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته. بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته بعد خصم أي تأمين مشترك لإعطاء اللقاح، وأي فرق بين المبلغ الذي تقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا حصلت على مساعدة إضافية، فسنعوضك عن هذا الفرق.)

ملاحظة: قد لا ندفع إليك التكلفة الكاملة التي دفعتها في عيادة الطبيب أو في الصيدلية إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه (ما ندفعه عادةً) للقاحات الجزء D.

الفصل7:
مطالبتنا بدفع حصتنا من أي فاتورة مقابل خدمات أو أدوية خاضعة للتغطية

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

يرسل مقدمو رعاية الشبكة فاتورة مباشرة لخطتنا مقابل الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية. إذا حصلت على فاتورة للتكلفة الكاملة للرعاية الطبية أو الأدوية التي تلقيتها، فأرسال هذه الفاتورة إلينا حتى نتمكن من دفعها. عندما ترسل إلينا الفاتورة، سنلقي نظرة عليها ونقرر ما إذا كانت يجب تغطية الخدمات والأدوية أم لا. وفي حال قررنا وجوب تغطيتها، فسندفع لمقدم الرعاية مباشرةً.

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

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

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 مقدم رعاية غير موجود في شبكة خطتنا

- يُمكنك تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من أي مقدم رعاية، سواء كان المزود جزءًا من شبكتنا أو لا. في هذه الحالات، اطلب من مقدم الرعاية إرسال فاتورة إلى خطتنا.
- إذا كنت تدفع المبلغ كاملاً بنفسك في الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية، فاطلب منا أن ندفع لك حصتنا من التكلفة. أرسل إلينا الفاتورة إلى جانب مستندات أي مدفوعات قمت بسدادها.
- قد تتلقى فاتورة من المقدم تطالبك بسداد مبلغ تعتقد أنك لا تدين به. أرسل إلينا هذه الفاتورة إلى جانب مستندات أي مدفوعات قمت بسدادها.
  - إذا كان مقدم الرعاية مستحقًا أي مبلغ، فسندفعه إليه مباشرة.
  - إذا كنت قد دفعت أكثر من حصتك من تكلفة الخدمة بالفعل، فسنحدد المبلغ المستحق لك وسندفع لك حصتنا من التكلفة.

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

يجب على مقدمي الشبكة دائمًا إصدار فاتورة خطتنا مباشرةً. لكن في بعض الأحيان يرتكبون أخطاءً، ويطلبون منك دفع ثمن ما هو أكثر من حصتك في التكاليف.

- ما عليك سوى دفع مبلغ مشاركة التكلفة عند الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. لا نسمح لمقدمي الرعاية بإضافة رسوم إضافية منفصلة، تسمى **الفوترة المتوازنة**. تنطبق هذه الحماية (أي ألا تدفع أبدًا أكثر من مبلغ مشاركة التكلفة) حتى إذا دفعنا لمقدم الرعاية رسومًا أقل من رسوم مقدم الرعاية وحتى في حال وجود نزاع ولم ندفع رسومًا معينة لمقدم الرعاية.

- عندما تتلقى فاتورة من مقدم الشبكة، تعتقد أنها أعلى مما يجب عليك دفعه، أرسلها إلينا. سنقوم بالاتصال بمقدم الرعاية مباشرةً وحل مشكلة الفاتورة.

- إذا سبق لك دفع الفاتورة إلى مقدم الشبكة، ولكنك تعتقد أنك دفعت مبلغًا كبيرًا جدًا، فأرسل إلينا الفاتورة مع مستندات أي مدفوعات قمت بسدادها. اطلب منا رد الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق لك بموجب خطتنا.

3. إذا تم تسجيلك بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان، يكون تسجيل الشخص في خطتنا بأثر رجعي. (وهذا 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 الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد حصتنا من التكلفة إليك. تحتاج إلى تقديم الأوراق، مثل الإيصالات والفواتير، إلينا من أجل تولي إجراءات التعويض.

4. عند استخدام صيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة

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

احتفظ بالإيصال وأرسل نسخة إلينا عند مطالبتنا بسداد حصتنا من التكلفة إليك. تذكر أننا لا نغطي سوى الصيدليات خارج الشبكة إلا في ظروف محددة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 لمعرفة المزيد عن هذه الظروف. قد لا نُعيد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الحصول على الدواء من صيدلية خارج الشبكة والمبلغ الذي سندفعه في صيدلية داخل الشبكة.

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

إذا لم يكن لديك بطاقة العضوية الخاصة بخطتنا معك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية طلب خطتنا أو البحث عن معلومات تسجيل خطتنا. 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 عند مطالبتنا بسداد حصتنا من التكلفة إليك. قد لا ندفع لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة.

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 مدرجًا على قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 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 لرد حصتنا من تكلفة الدواء إليك. قد لا ندفع لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة.

7. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا لأنك كنت مؤهلاً لبرنامج California Medi-Cal (Medicaid).

يُعد Medicaid برنامجًا مشتركًا 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 تلقائيًا في خطتنا للحصول على تغطية الأدوية الموصوفة. في بعض الأحيان، يكون تسجيل الشخص في الخطة 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 حصتنا من التكلفة إليك. 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 قِبل التأمين الآخر).
  - قد لا تدفع الخطة 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 على معلومات حول كيفية تقديم استئناف.

عندما ترسل إلينا طلبًا للدفع، سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كانت يجب تغطية الخدمة أو الدواء أم لا. وهذا ما يُسمى باتخاذ **قرار بشأن التغطية**. وإذا قررنا وجوب التغطية، فسنتحمل حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. إذا رفضنا طلب الدفع الذي قدمته، فيمكنك استئناف قرارنا. يحتوي الفصل 9 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. يُفضَّل أن تحتفظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك في سجلاتك. **يجب عليك تقديم طلبك إلينا في غضون 365 يومًا (للمطالبات الطبية) وفي غضون ثلاث سنوات (لمطالبات 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 المقدم 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 (go.wellcare.com/HealthNetCA) أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) واطلب النموذج.

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

عنوان طلب الدفع
Member Reimbursement Dept
Medical Reimbursement Department
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

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

عنوان طلب الدفع بموجب الجزء D
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

القسم 3 سننظر في طلبك بالدفع ونرد عليك بالموافقة أو الرفض

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 واتبعتَ كل القواعد، فسندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. وإذا دفعت بالفعل مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك تعويضًا عبر البريد بحصتنا من التكلفة. إذا دفعت التكلفة الكاملة لدواء ما، فقد لا تتلقى تعويضًا عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية خارج الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته مقابل دواء أعلى من سعرنا الذي تم التفاوض عليه). إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء بعد، فسنرسل المبلغ إلى مقدم الرعاية مباشرةً عبر البريد.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير خاضعَين للتغطية، أو لم تتبع جميع القواعد، فلن ندفع حصتنا من تكلفة الرعاية أو الدواء. سنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب عدم إرسال المدفوعات وحقوقك في استئناف هذا القرار.

القسم 3.1 إذا أخبرناك بأننا لن ندفع ثمن الرعاية الطبية أو الدواء كله أو جزءًا منه، 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.

الفصل 8:
حقوقك ومسؤولياتك

القسم 1 يجب أن تحترم خطتنا حقوقك والحساسيات الثقافية

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, audio, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our 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 our plan can meet these accessibility requirements include, but aren't 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 can also give you information in languages other than English including Spanish, Arabic, Korean, Russian, Tagalog, Vietnamese, Farsi, Chinese and audio, in braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at 1-800-431-9007 (TTY users call 711).

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

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services. You can 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.

Sección 1.1 Debemos proporcionar la información de una manera que se adapte a usted y a sus sensibilidades culturales (en idiomas distintos del inglés, en audio, en braille, en letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro 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 nuestro plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad son proporcionar servicios de traducción, servicios de interpretación, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo), entre otros.

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos para responder a las preguntas de los afiliados que no hablan inglés. También podemos proporcionarle información en idiomas distintos del inglés, incluidos español, árabe, chino, coreano, ruso, tagalo, vietnamita y farsi en formatos de audio, braille, letra grande u otros formatos alternativos, sin costo, si los necesita. Estamos obligados a ofrecerle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato accesible y adecuado para usted. Para recibir información de nuestra parte en un formato que se ajuste a sus necesidades, comuníquese con Servicios para Miembros al 1-800-431-9007 (usuarios de TTY pueden llamar al 711).

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres afiliadas la opción de acceder 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 dentro de la red de nuestro plan para una especialidad, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención médica necesaria. En este caso, solo pagará la distribución de costos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, llame a nuestro plan para que le informen dónde acudir a fin de recibir este servicio con la distribución de costos dentro de la red.

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, para atenderse con un especialista en salud femenina o encontrar un especialista de la red, llame a fin de presentar una queja a Servicios para Miembros. También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Office for Civil Rights al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقةٍ تناسبك وتكون متوافقة مع الحساسيات الثقافية لديك (بلغات أخرى غير ال نجليزية أو بتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات أخرى بديلة، وغير ذلك)

خطتنا ملزَ مة بضمان أن كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، يتم توفيرها بطريقة مناسبة على المستوى الثقافي وتتم إتاحتها لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة ال نجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. وتشتمل ال مثلة التي تجسد كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال ل الحصر، على توفير خدمات الترجمة الكتابية أو خدمات الترجمة الفورية أو المبرقة الكاتبة أو ال تصال عبر TTY (الهاتف النصي أو هاتف المبرقة الكاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لل جابة عن ال سئلة الواردة من ال عضاء غير الناطقين باللغة بلغات غير ال نجليزية، بما في ذلك ال سبانية، والعربية، والصينية، والكورية، والروسية، والتاغالوغية، والفيتنامية، والفارسية، وبتنسيق صوتي أو برايل أو بطباعة كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون أي كلفة إذا كنت بحاجة إليها. ونحن ملزمون بتقديم معلوماتٍ لك حول مزايا خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، اتصل بقسم خدمات ال عضاء على الرقم: 1-800-431-9007 (ويمكن لمستخدمي TTY ال تصال بالرقم 711).

خطتنا مطلوبة ل عطاء المُ سجل ت خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

وإذا كان مقدمو الرعاية لتخصص معين في شبكة الخطة غير متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد موقع مقدمي الرعاية المتخصصين من خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللل زمة. في هذه الحالة، ستدفع فقط قيمة مشاركة التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقفٍ ل يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بمسؤولي الخطة للحصول على معلوماتٍ حول المكان الذي يمكنك الذهاب إليه للحصول على هذه الخدمة من خل ل مشاركة التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلوماتٍ من خطتنا بتنسيقٍ يمكنك الوصول إليه ويناسبك، أو في زيارة اختصاصي صحة نسائية أو في العثور على متخصصٍ داخل الشبكة، فيُ رجى ال تصال لتقديم تظلم لدى قسم خدمات ال عضاء. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare من خل ل ال تصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً إلى Office for Civil Rights على الرقم 1-800-368-1019 أو TTY على الرقم 1-800-537-7697.

سكشن 1.1 당사는 귀하에게 유용하고 귀하의 문화적 민감성에 맞는 방식으로 정보를 제공해야 합니다(영어 외의의 언어, 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 기타 대체 형식 등).

귀하의 플랜은 모든 임상 및 비임상 서비스가 문화적으로 적합한 방식으로 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있도록 보장해야 합니다. 당사 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 비영어 사용 가입자의 질문에 답변할 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 스페인어, 아랍어, 중국어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어, 베트남어, 페르시아어를 포함한 영어 이외의 언어 를 포함한 영어 이외의 언어]로 된 자료 및 오디오, 점자, 대형 인쇄본 또는 필요한 경우 다른 대체 형식으로 무료 제공해드릴 수도 있습니다. 저희는 귀하가 이용할 수 있는 적절한 형식으로 당사 플랜 혜택에 관한 정보를 제공해야 합니다. 귀하에게 적합한 방식으로 당사로부터 정보를 확인하려면 1-800-431-9007 (TTY 사용자: 711)번으로 가입자 서비스부에 전화해 주십시오.

당사 플랜은 여성 가입자에게 여성의 일상 및 예방 건강 관리 서비스에 대한 네트워크 소속 여성 건강 전문의에 직접 접근할 수 있는 옵션을 제공해야 합니다.

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

접근이 가능하고 적절한 형식으로 당사 플랜에서 정보를 얻는 데 문제가 있거나 여성 건강 전문의를 만나거나 네트워크 소속 전문의를 찾는 데 어려움이 있는 경우 가입자 서비스부에 전화하여 고충을 접수해 주십시오. Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 연락하거나 Office for Civil Rights 1-800-368-1019 또는 TTY 1-800-537-7697번으로 직접 연락하여 불만사항을 제기할 수도 있습니다.

Раздел 1.1 Мы обязаны предоставлять информацию в удобном для вас формате и в соответствии с вашими культурными особенностями (на языках, отличных от английского, в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах и т. д.)

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, все услуги, как клинического, так и неклинического характера, должны предоставляться с учетом культурных особенностей и быть доступны всем участникам плана, включая лиц с ограниченным владением английским языком, ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения.

Примерами того, как наш план страхования может соблюдать эти требования к возможностям доступа, выступают в том числе обязательства предоставлять услуги устного и письменного перевода, телетайпные аппараты или возможность связи по TTY (текстовый телефон или телетайп).

Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы, если вы говорите на языке, отличном от английского. При необходимости мы также можем бесплатно предоставить вам информацию на языках, отличных от английского, включая испанский, арабский, китайский, корейский, русский, тагальский, вьетнамский и фарси, а также в аудиоформате, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах. Мы обязаны предоставлять вам информацию об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана в доступном и подходящем для вас формате. Для получения информации в удобном для вас формате позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру 1-800-431-9007 (при использовании TTY набирайте 711).

Согласно требованиям, действующим в отношении нашего плана страхования, участницам плана должна предоставляться возможность обращаться за плановыми и профилактическими услугами напрямую к специалисту по женскому здоровью, представленному в сети плана.
В случае отсутствия в сети нашего плана поставщиков услуг соответствующей специализации наш план страхования несет ответственность за поиск внесетевых специалистов, которые предоставят необходимое обслуживание. В таком случае от вас потребуется оплатить только долю участия в расходах в рамках сети. Если вы оказались в ситуации, когда необходимая вам услуга не оказывается специалистами, представленными в сети нашего плана, позвоните в наш план страхования и запросите информацию о том, куда обратиться за этой услугой, чтобы при этом ваша доля расходов соответствовала доле участия в расходах в рамках сети.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана страхования в доступном и подходящем для вас формате, обращением к специалисту по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, вы можете подать претензию, позвонив в отдел обслуживания участников плана. Кроме того, вы можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), или непосредственно в Office for Civil Rights, позвонив по номеру 1-800-368-1019, TTY: 1-800-537-7697.

Seksyon 1.1 Dapat kaming magbigay ng impormasyon sa paraang madali para sa inyo at naaayon sa inyong mga sensitivity sa kultura (sa mga wika bukod sa Ingles, audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format, atbp.)

Kailangang tiyakin ng aming plano na ang lahat ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible sa lahat ng enrollee, kabilang na ang mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Kabilang sa mga halimbawa kung paano puwedeng tugunan ng aming plano ang mga kinakailangang ito sa accessibility ang, pero hindi limitado sa, pagbibigay ng mga serbisyo ng tagasalin, serbisyo ng interpreter, teletypewriter, o koneksyon sa TTY (text telephone o teletypewriter phone).

Ang aming plano ay may libreng serbisyo sa interpretasyon na handang sumagot sa mga tanong ng mga miyembrong hindi nagsasalita ng Ingles. Puwede ka rin naming bigyan ng mga impormasyon sa mga wika bukod sa Ingles kasama ang Espanyol, Arabic, Tsino, Koreano, Ruso, Tagalog, Vietnamese, at Farsi at audio, braille, malaking print, o iba pang alternatibong format nang libre kung kailangan mo ito. Inaatasan kaming bigyan kayo ng impormasyon tungkol sa mga benepisyo ng aming plano sa isang format na accessible at naaangkop para sa inyo. Para makakuha ng impormasyon mula sa amin sa paraang gumagana para sa inyo, tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro sa 1-800-431-9007 (Dapat tumawag ang mga user ng TTY sa 711).

Kailangan ng aming plano na bigyan ang mga babaeng enrollee ng opsyon para direktang mag-access ng espesyalista sa kalusugan ng kababaihan na nasa network para sa mga regular at pang-agap na serbisyo sa pangangalagang pangkalusugan ng mga kababaihan.

Kung walang available na tagapagbigay ng serbisyong nasa network ng aming plano para sa isang specialty, responsibilidad ng aming plano na maghanap ng mga specialty na tagapagbigay ng serbisyong nasa labas ng network na magbibigay sa inyo ng kinakailangang pangangalaga. Sa ganitong sitwasyon, ang bahagian sa gastos na nasa network lang ang babayaran ninyo. Kung nasa sitwasyon kayo kung saan walang espesyalista sa network ng aming plano na sumasaklaw sa serbisyong kailangan ninyo, tawagan ang aming plano para malaman kung saan pupunta para makuha ang serbisyong ito sa bahagian sa gastos na nasa network.

Kung mayroon kayong anumang problema sa pagkuha ng impormasyon mula sa aming plano sa isang format na accessible at naaangkop sa inyo, pagpapatingin sa espesyalista sa kalusugan ng kababaihan, o paghahanap ng espesyalista sa network, tumawag para maghain ng karaingan sa Mga Serbisyo para sa Miyembro. Puwede rin kayong maghain ng reklamo sa Medicare sa pamamagitan ng pagtawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o nang direkta sa Office for Civil Rights sa 1-800-368-1019 o TTY 1-800-537-7697.

Phần 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin cho quý vị bằng những hình thức mà quý vị sử dụng được và phù hợp với những khác biệt về văn hóa của quý vị (bằng những ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi 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 chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng yêu cầu về khả năng dễ sử dụng này bao gồm, nhưng không giới hạn chỉ là cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ điện báo 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 có thể cung cấp thông tin bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Tây Ban Nha, tiếng Ả Rập, tiếng Trung, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Việt, tiếng Farsi và âm thanh, chữ nổi, bản in khổ chữ lớn hoặc những định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp 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, hãy gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-800-431-9007 (người dùng TTY gọi số 711).

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho người ghi danh là phụ nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp bác sĩ chuyên khoa 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 của chúng tôi 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 chương trình của chúng tôi bao trả cho dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi chương trình 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 khó khăn trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi theo định dạng dễ sử dụng và phù hợp cho quý vị, thăm khám với bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm bác sĩ chuyên khoa trong mạng lưới, vui lòng gọi để nộp đơn khiếu nại tới Bộ Phận 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 đến Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

بخش 1.1 ما باید اطل عات را به گونه ای ارائه دهیم که برای شما قابل فهم باشد و با حساسیت‌های فرهنگی شما سازگار باشد (به زبان های غیرانگلیسی، به زبان بریل، در قالب فایل صوتی، چاپ با حروف بزرگ، یا سایر قالب‌های جایگزین، و غیره.)

طرح ما حتماً باید اطمینان حاصل کند که همه خدمات چه بالینی و چه غیربالینی به گونه ای ارائه شود که با فرهنگ شما مطابقت داشته باشد و برای همه ثبت‌نام کنندگان قابل دسترس باشد، ازجمله برای کسانی که مهارت زبان انگلیسی و مهارت‌های خواندن محدودی دارند، مشکل شنوایی دارند، یا کسانی که پس‌زمینه فرهنگی و قومی متفاوتی دارند. نمونه هایی از این که طرح ما چطور از چنین الزاماتی برای دسترسی اعضا پیروی می‌کند، شامل و نه محدود به این موارد است: ارائه خدمات ترجمه، خدمات مترجم شفاهی، تله تایپ، یا اتصال TTY (تلفن متنی یا تلفن تله تایپ مخصوص ناشنوایان).

طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوال ت اعضایی است که به زبان انگلیسی صحبت نمی‌کنند. همچنین می‌توانیم اطل عاتی را به زبان‌های غیر از انگلیسی ازجمله اسپانیایی، عربی، چینی، کره‌ای، روسی، تاگالوگ، ویتنامی و فارسی. به صورت صوتی، خط بریل، در قالب چاپ بزرگ، و یا دیگر فرمت‌های جایگزین بدون هزینه در صورت نیاز به شما ارائه دهیم. ما ملزم هستیم اطل عات مربوط به مزایای طرح را به فرمتی قابل دسترس و مناسب برای شما ارائه کنیم. برای دریافت اطل عات از ما به روشی که برای شما بهتر است، با Member Services (خدمات اعضا) در 1-008-134-7009 (کاربران TTY تماس بگیرند با 711) تماس بگیرید.

طرح ما ملزم است برای ثبت‌نام کنندگان زن امکان دسترسی مستقیم به متخصصین سل مت زن در شبکه، و دسترسی به خدمات پیشگیری مراقبت از سل مت و خدمات معمول زنان را فراهم کند.

اگر ارائه دهندگان در شبکه طرح برای موردی خاص دردسترس نباشند، طرح مسئولیت دارد ارائه دهندگان با تخصص ویژه را در خارج از شبکه پیدا کند تا خدمات ضروری را در اختیار شما قرار دهند. در این شرایط، شما فقط مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه را پرداخت خواهید کرد. اگر در شرایط خاصی هستید که هیچ متخصصی در شبکه حضور ندارد تا خدمات مورد نیاز شما را پوشش دهد، برای اطل ع درباره این که برای دسترسی به این خدمات با مبلغ تسهیم هزینه درون شبکه باید به کجا مراجعه کنید با طرح تماس بگیرید.

اگر در دسترسی به اطل عات طرح ما به شکلی که برای شما مناسب و قابل فهم باشد، مشکلی دارید، یا در مراجعه به متخصص سل مت زنان یا یافتن متخصص داخل شبکه دچار مشکل شده اید، لطفاً جهت ثبت شکایت‌نامه با خدمات اعضا تماس بگیرید. همچنین می‌توانید با تماس با 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) یا تماس مستقیم با Office for Civil Rights به شماره 1-800-368-1019 یا TTY 1-800-537-7697 شکایتی را به Medicare ارائه کنید.

第1.1节 我们一定会以适合您以及您的文化的方式提供信息（英语以外的语言、音频、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划是确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以文化上合格的方式提供，并可供所有参保者使用，包括英语水平有限，阅读技能有限，听力丧失能力或具有不同文化和种族背景的人士。我们的计划如何满足这些无障碍要求的示例包括但不限于提供翻译服务，口译服务，电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）连接。

我们的计划提供免费的口译服务，解答非英语会员的问题。我们还可以在 提供英文以外的其他语言，包括西班牙语、阿拉伯语、韩语、俄语、塔加拉语、越南语、波斯语和简体中文。音频，盲文，大字体印刷或其他备用格式（如果需要），无需付费。我们需要以您易懂且适合您的方式向您提供有关我们的计划福利的信息。要以适合您的方式从我们获取信息，请致电会员服务部门，电话：1-800-431-9007（TTY 用户呼叫 711）。

我们的计划要求为女性参保者提供直接联系网络内女性健康专科医生以获得女性常规和预防性保健服务的选择。

如果我们计划的专业网络中的提供商不可用，我们计划有责任找到网络外的专业提供商，他们将为您提供必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内成本分摊。如果您发现我们的计划网络中没有专科医生提供您所需的服务，请致电我们的计划以获取有关在哪里以网络内费用分摊的方式获得此项服务的信息。

如果您在以适合您的方式获取我们计划的信息、咨询女性健康专科医生或寻找网络内 专科医生时遇到任何问题，请致电向会员服务部提出申诉。您还可以通过拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉或直接拨打Office for Civil Rights 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697。

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 خطتنا 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 بخطتنا *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 الجزء 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 إليك أو يدفع مقابل الرعاية التي تتلقاها، *فنحن مطالبون بالحصول على إذن كتابي منك أو من شخص منحته 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 الجزء 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 خطتنا 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 كان لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

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

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

إذا أردت الحصول على أي من أنواع المعلومات الآتية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711):

- **معلومات عن خطتنا.** وهذا يشمل، على سبيل المثال، معلومات عن الوضع المالي لخطتنا.
- **معلومات حول مقدمي الشبكات والصيدليات لدينا.** لديك الحق في الحصول على معلومات حول مؤهلات مقدمي الرعاية والصيدليات في شبكتنا وكيف ندفع لمقدمي الرعاية في شبكتنا.
  - يمكنك أن تطلب من قسم خدمات الأعضاء الحصول على مزيد من المعلومات حول مقدمي الشبكة لدينا، بما في ذلك مؤهلاتهم، والكلية الطبية التي التحقوا بها، وتخصص الامتياز الذي اجتازوه، وإجازة الزمالة. يمكن لقسم خدمات الأعضاء والموقع الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات التي تطرأ على مقدمي الخدمات في الشبكة لدينا. يمكن العثور على هذه المعلومات على موقعنا الإلكتروني من خلال الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.

- **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 أدوية الجزء 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 المتعلق بقسم إدارة الاستخدام (UM) فقط على مدى ملاءمة الرعاية والخدمة ووجود التغطية. بالإضافة إلى ذلك، لا تكافئ الخطة 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 يُمكنك القيام به حيال ذلك.** يقدم الفصل 9 معلومات حول طلب تفسير كتابي لسبب عدم تغطية خدمة طبية أو أدوية الجزء D أو إذا كانت تغطيتك مقيدة. كما يقدم الفصل 9 معلومات حول مطالبتنا بتغيير القرار، ويُسمى ذلك أيضًا بالاستئناف.

القسم 1.5 لديك الحق في معرفة الخيارات العلاجية المتاحة لك والمشاركة في القرارات المتعلقة بالرعاية 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 أيضًا 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 المُوصى بها لحالتك، بصرف النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت خاضعة لتغطية خطتنا أم لا. ويشمل ذلك أيضًا 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 سابقًا إذا كانت أي رعاية طبية أو علاج مقترح جزءًا من تجربة بحثية. لديك دائمًا الخيار لرفض أي علاجات تجريبية.
- **الحق في قول "لا".** لديك الحق في رفض أي علاج مُوصى به. ويشمل ذلك الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا نصحك طبيبك بعدم المغادرة. لديك أيضًا الحق في التوقف عن تناول دوائك. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فأنت تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لجسمك نتيجةً لذلك.

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

في بعض الأحيان، يصبح الأشخاص عاجزين عن اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطرة. 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 عاجزًا عن اتخاذ القرارات بنفسك.
- **منح الأطباء المعالجين لك تعليمات مكتوبة** حول الطريقة التي تريدهم أن يتعاملوا بها مع الرعاية الطبية التي تتلقاها إذا أصبحت عاجزًا عن اتخاذ القرارات بنفسك.

المستندات القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهاتك سابقًا في هذه الحالات تُسمى **التوجيهات السابقة**. تُعَد المستندات مثل **وصية الحياة** و**الوكالة القانونية للرعاية الصحية** أمثلة على التوجيهات السابقة.

كيفية إعداد توجيه سابق لإعطاء التعليمات:

- **الحصول على نموذج.** يمكنك الحصول على نموذج توجيه سابق من محاميك أو أحد الاختصاصيين الاجتماعيين أو بعض متاجر المستلزمات المكتبية. يمكنك أحيانًا الحصول على نماذج التوجيه السابق من المؤسسات التي تقدم معلومات إلى الأشخاص حول Medicare.

- **ملء النموذج وتوقيعه.** بغض النظر عن المكان الذي تحصل منه على هذا النموذج، فإنه مستند قانوني. ضع في الحسبان فكرة الاستعانة بمحامٍ لمساعدتك على إعداده.
- **قدّم نسخًا من النموذج إلى الأشخاص المناسبين.** قم بإعطاء نسخة من النموذج إلى طبيبك والشخص الذي تذكره في النموذج الذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابةً عنك في حال لم تتمكن من ذلك. وقد ترغب في تقديم نسخ إلى أصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت تعلم سابقًا أنك ذاهب إلى المستشفى، وكنت قد وقعت على توجيه سابق، **فخذ نسخة معك إلى المستشفى.**

- في حال دخولك إلى المستشفى، سيسألونك عما إذا قمت بتوقيع نموذج توجيه سابق وإذا كان بحوزتك أم لا.
- إذا لم توقع على نموذج توجيه سابق، توجد لدى المستشفى نماذج متوفرة وستُسأل عما إذا كنت تريد توقيع نموذج منها.

ملء التوجيه السابق هو أمر اختياري (بما في ذلك ما إذا كنت تريد التوقيع على واحد 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.

إذا لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك

إذا وقعت على توجيه سابق وكنت تعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبعا التعليمات الواردة فيه، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب المدعي العام في California على الرقم -. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711، أو زيارة https://oag.ca.gov/consumers/general/care.

القسم 1.6 لديك الحق في تقديم الشكاوى ومطالبتنا 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. وأيًا كان ما تفعله، فاطلب 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 الحيوية أو الأجهزة التي تم تطويرها مؤخرًا لعلاج أمراض أو حالات معينة، أو تمثل تطبيقات جديدة للإجراءات والأدوية والمنتجات الحيوية والأجهزة الحالية. تتبع خطتنا تحديد التغطية المحلية والوطنية التابعة لـ Medicare إذا لزم الأمر.

في ظل غياب تحديد التغطية التابع لـ Medicare، تُقيّم 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. تنظر خطتنا أيضًا في الآراء والتوصيات والتقييمات من قِبل 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 الوكالات الحكومية ومنشوراتها (على سبيل المثال، Food and Drug Administration (FDA) ومراكز مكافحة الأمراض (CDC) والمعاهد الوطنية للصحة (NIH)).

القسم 1.9 إذا كنت تعتقد أنك تُعامل بشكل غير منصف أو أن حقوقك لا تُحترم

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 الأصل القومي، فاتصل **بمكتب الحقوق المدنية** التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697)، أو اتصل بمكتب الحقوق المدنية المحلي. لديك الحق في أن تتم معاملتك باحترام ويتم الإقرار بكرامتك.

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 عن طريق ما يأتي:

- **الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لخطتنا على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711)**
- **الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) المحلي لديك** على الرقم 1-800-434-0222.
- **الاتصال بـ Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048)

القسم 1.10 كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

احصل على مزيد من المعلومات حول حقوقك من هذه الأماكن:

- **الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711)**
- **الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) المحلي لديك** على الرقم 1-800-434-0222.
- **اتصل بـ Medicare**
  - تفضل بزيارة Medicare.gov لقراءة منشور *"Medicare Rights & Protections" (الحقوق وطرق الحماية في Medicare)* (المتاح على: Medicare Rights & Protections)
  - اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048)

القسم 2 مسؤولياتك كعضو في خطتنا

الأمور التي تحتاج إلى القيام بها كعضو في خطتنا مدرجة أدناه. للأسئلة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

- **تعرَّف على الخدمات الخاضعة للتغطية والقواعد التي ينبغي لك اتباعها للحصول عليها.** استخدم *دليل التغطية* هذا لمعرفة الأمور الخاضعة للتغطية والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.
  - يُقدِّم الفَصلان 3 و4 تفاصيل حول الخدمات الطبية.
  - يُقدِّم الفَصلان 5 و6 تفاصيل حول تغطية أدوية الجزء D.
- **إذا كانت لديك أي تغطية تأمين صحي أخرى أو تغطية الأدوية 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 بخطتنا وبطاقة California Medi-Cal (Medicaid) كلما حصلت على رعاية طبية أو أدوية الجزء 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 طبيبك المعالج 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 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 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 الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
  - يجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare لتظل عضوًا في خطتنا.
  - بالنسبة إلى معظم الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند الحصول على الخدمة أو الدواء.
- **إذا انتقلت *داخل* منطقة الخدمة التابعة لخطتنا، فنحن بحاجة إلى معرفة** ذلك حتى نتمكن من تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية التواصل معك.
- **إذا انتقلت *خارج* منطقة الخدمة التابعة لخطتنا، فلا يمكنك البقاء عضوًا في خطتنا.**
- **إذا انتقلت، فقم بإخطار الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).**

الفصل 9:
إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى)

القسم 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 (2):

1. ما إذا كانت مشكلتك متعلقة بالمزايا التي يغطيها برنامج **Medicare** أو **Medicaid**. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة لتحديد ما إذا كان ينبغي لك استخدام عملية Medicare أم عملية California Medi-Cal (Medicaid) أم كلتيهما، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).
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** (تُسمى أيضًا بالتظلمات).

وقد تمت الموافقة على العمليتين من قِبل Medicare. تتضمن كل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب عليك وعلينا اتباعها.

ستساعدك المعلومات في هذا الفصل على تحديد العملية الصحيحة لاستخدامها وما يجب عليك القيام به.

القسم 1.1 المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية لبعض القواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية الموضحة في هذا الفصل. العديد من هذه المصطلحات غير مألوفة لمعظم الأشخاص. لتسهيل الأمور، يستخدم هذا الفصل كلمات مألوفة أكثر بدلاً من بعض المصطلحات القانونية.

ومع ذلك، من المهم في بعض الأحيان معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة. لمساعدتك على معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها للحصول على المساعدة أو المعلومات الصحيحة، نقوم بتضمين هذه المصطلحات القانونية عندما نقدم تفاصيل للتعامل مع حالات معينة.

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. ينبغي لك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء دائمًا على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) للحصول على المساعدة. في بعض الحالات، قد تحتاج أيضًا إلى المساعدة أو التوجيه من شخص غير مرتبط بنا. المؤسستان اللتان يمكنهما المساعدة هما:

برنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP).

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

خدمات مستشاري برنامج الدولة للمساعدة على التأمين الصحي (SHIP) مجانية.
برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم: 1-800-735-2929
من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 4:00 مساءً بالتوقيت المحلي، من الاثنين إلى الجمعة

Medicare

يمكنك أيضًا الاتصال بـ Medicare للحصول على المساعدة:

- اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة، 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة Medicare.gov.

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

California Medi-Cal (Medicaid) – معلومات الاتصال	
اتصال	1-800-541-5555 1-916-636-1980 1-916-449-5000 من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً 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-resources/

القسم 3 العملية التي ستستخدمها لحل مشكلتك

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، فاستخدم عملية Medicare. إذا كانت مشكلتك متعلقة بميزة خاضعة لتغطية California Medi-Cal (Medicaid)، فاستخدم 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)، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

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 California Medi-Cal (Medicaid)؟

مشكلتي متعلقة بمزايا **Medicare**.

انتقل إلى **القسم 4، حل المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare.**

مشكلتي متعلقة بتغطية **California Medi-Cal (Medicaid)**.

انتقل إلى **القسم 12، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا California Medi-Cal (Medicaid).**

القسم 4 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟

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

نعم.

انتقل إلى **القسم 5، دليل قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات.**

لا.

انتقل إلى **القسم 11 كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء وغيرها من المخاوف.**

قرارات التغطية والاستئنافات

القسم 5 دليل قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات

تتعامل قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات مع المشكلات المتعلقة بالمزايا وتغطية الرعاية الطبية التي تتلقاها (الخدمات والعناصر وأدوية الجزء B، بما في ذلك المدفوعات). نشير بشكل عام إلى الخدمات والعناصر الطبية وأدوية 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 الخدمات

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي الرعاية الطبية قبل الحصول عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار تغطية لك. قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية التي تتلقاها أو المبلغ الذي سندفعه مقابل الرعاية الطبية التي تتلقاها. على سبيل المثال، إذا قام الطبيب المعالج لك داخل الشبكة الخاصة بالخطة بإحالتك إلى اختصاصي طبي غير موجود داخل الشبكة، فتُعد هذه الإحالة قرارًا مؤاتيًا بالتغطية ما لم تتمكن أنت أو الطبيب داخل الشبكة من إظهار أنك تلقيت إشعار رفض قياسيًا لهذا الاختصاصي الطبي، أو ما لم يوضح *دليل التغطية* أن الخدمة المُشار 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.

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.

نتخذ قرار التغطية عندما نقرر ما تتم تغطيته بالنسبة إليك والمبلغ الذي سندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير خاضعة للتغطية أو لم تعد خاضعة للتغطية من أجلك. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم استئناف.

تقديم استئناف

إذا اتخذنا قرار تغطية، سواء أكان قبل أم بعد تلقي المزايا، ولم تكن راضيًا، فيمكنك تقديم **استئناف** للقرار. والاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. في ظل ظروف معينة، يمكنك طلب **استئناف سريع** أو عاجل 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. عند إكمال المراجعة، سنبلغك بقرارنا.

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.

- 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.
- انتقل إلى **القسم 6.4** للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستئنافات من المستوى 2 للرعاية الطبية.
- وتتم مناقشة الاستئنافات المتعلقة بالجزء D في القسم 7.

إذا لم تكن راضيًا عن القرار الذي تم اتخاذه في الاستئناف من المستوى 2، فقد تتمكن من الاستمرار عبر مستويات إضافية من الاستئناف (يوضح هذا الفصل عمليات الاستئناف من المستوى 3 و4 و5).

القسم 5.1 الحصول على المساعدة عندما تطلب قرار تغطية أو تُقدِّم استئنافًا

ترد في ما يأتي الموارد المتاحة إذا قررت طلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف قرار:

- **الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711)**
- **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 ممثلاً لك. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب نموذج *تعيين الممثل* (النموذج متاح أيضًا على CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني عبر go.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 من المستوى 1 الذي قدمته، فستتم إعادة توجيهه تلقائيًا إلى المستوى 2.
  - بالنسبة إلى أدوية الجزء D، يمكن للطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف من المستوى 1 نيابةً عنك. إذا تم رفض الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته، فيمكن للطبيب المعالج لك أو الآمر بالوصفة طلب استئناف من المستوى 2.
- **يمكنك أن تطلب من شخص ما أن يتصرف نيابةً عنك.** يمكنك تحديد شخص آخر بصفته ممثلك لينوب عنك في طلب اتخاذ قرار التغطية أو تقديم استئناف.
  - إذا كنت تريد أن يكون أحد أصدقائك أو أقاربك أو شخص آخر ممثلاً عنك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) واطلب نموذج *تعيين الممثل*. (النموذج متاح أيضًا عبر الرابط www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/HealthNetCA.) يمنح هذا النموذج هذا الشخص الإذن بالتصرف نيابةً عنك. يجب أن يتم التوقيع على النموذج من قِبلك ومن قِبل الشخص الذي ترغب في أن يتصرف نيابةً عنك. يجب أن تعطينا نسخة من النموذج الذي تم التوقيع عليه.
  - يمكننا قبول طلب الاستئناف من الممثل من دون النموذج، ولكن لا يمكننا إكمال مراجعتنا قبل أن نحصل عليه. إذا لم نتسلَّم النموذج قبل 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 محامٍ.** يمكنك الاتصال بالمحامي الخاص بك، أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمات الإحالة الأخرى. هناك مجموعات ستمنحك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً. ولكن، **لا يُطلب منك توكيل محامٍ** لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف قرار.

القسم 5.2 القواعد والمواعيد النهائية للحالات المختلفة

هناك 4 حالات مختلفة تشتمل على قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات. ولكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. نقدم تفاصيل عن كل حالة من هذه الحالات:

- **القسم 6:** الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 7:** أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 8:** كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة أطول للمريض في المستشفى إذا كنت تعتقد أنك ستخرج مبكرًا للغاية

- **القسم 9:** 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 المعلومات التي تنطبق عليك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة أو معلومات من برنامج SHIP.

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

القسم 6.1 ما يجب عليك القيام به إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو كنت تريد منا السداد لك مقابل الرعاية التي تتلقاها

يتم توضيح مزايا الرعاية الطبية الخاصة بك في الفصل 4 من جدول المزايا الطبية. في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب أدوية الجزء B. في هذه الحالات، سنشرح كيف تختلف قواعد أدوية الجزء B عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

يوضح هذا القسم ما يمكنك القيام به إذا كنت في أي من الحالات الـ 5 الآتية:

1. لا يمكنك الحصول على الرعاية الطبية التي تريدها، وتعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب قرار تغطية. القسم 6.2.**
2. لا توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي مقدم رعاية طبية آخر تقديمها إليك، وأنت تعتقد أن خطتنا خاضعة لتغطية هذه الرعاية. **اطلب قرار تغطية. القسم 6.2.**
3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنها يجب أن تكون خاضعة لتغطية الخطة، لكننا أعلنّا أننا لن ندفع مقابل هذه الرعاية. **قدِّم استئناف. القسم 6.3.**
4. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنها يجب أن تكون خاضعة لتغطية الخطة 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 سابقًا سيتم الحد منها أو إيقافها، وتعتقد أن الحد من هذه الرعاية أو إيقافها يمكن أن يضر بصحتك. **قدِّم 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)، فانتقل إلى القسمين 8 و9. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2 كيفية طلب قرار تغطية

المصطلحات القانونية:

يُطلق على قرار التغطية الذي يشمل الرعاية الطبية التي تتلقاها مصطلح **تحديد المؤسسة**.

ويُسمى قرار التغطية السريع **حكم عاجل**.

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

عادةً ما يتم اتخاذ قرار التغطية القياسي في غضون 7 أيام تقويمية عندما تخضع الخدمات أو العناصر الطبية لقواعد التفويض السابق الخاصة بنا، أو 14 يومًا تقويميًا لجميع العناصر والخدمات الأخرى، أو 72 ساعة لأدوية الجزء B. يتم اتخاذ قرار التغطية السريع بشكل عام في غضون 72 ساعة، للخدمات الطبية، أو خلال 24 ساعة لأدوية الجزء B. لا يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع إلا في حال كان استخدام المواعيد النهائية القياسية يمكن أن يسبب ضررًا خطرًا لصحتك أو يُلحق ضررًا بقدرتك على استعادة وظائفك.

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، من 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.
- يوضح أنه إذا طلب الطبيب المعالج لك قرار التغطية السريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.
- يوضح أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة حول قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسيًا 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.

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 7 أيام تقويمية بعد تلقينا طلبك للحصول على خدمات أو عناصر طبية تخضع لقواعد التفويض السابق لدينا. إذا لم يكن العنصر أو الخدمة الطبية المطلوبة خاضعة لقواعد التفويض السابق، فسنمنحك ردًا في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلامنا طلبك. إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على أحد أدوية الجزء 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 تقويميًا 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 من أدوية الجزء 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. انتقل إلى القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.)

بالنسبة إلى قرارات التغطية السريعة، نتبع 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 من أدوية الجزء B، فسنرد في غضون 24 ساعة.

- **لكن،** إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فيمكن أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا.** إذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسوف نخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء من أدوية الجزء B.

- إذا كنت تعتقد أننا لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم *شكوى سريعة*. (انتقل إلى القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.) سنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.
- إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ 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 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1

المصطلحات القانونية:

يُطلق على تقديم استئناف على خطتنا بشأن قرار تغطية الرعاية الطبية مصطلح **إعادة النظر** في الخطة.

ويُسمى الاستئناف السريع أيضًا **إعادة نظر عاجلة**.

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

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

- إذا كنت تقوم باستئناف القرار الذي اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فستحتاج أنت و/أو طبيبك إلى اتخاذ قرار بشأن حاجتك لاستئناف سريع. 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 قياسيًا، فقدمه كتابيًا.** ويمكنك أيضًا طلب استئناف عن طريق الاتصال بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- **إذا كنت تطلب استئنافًا سريعًا، فقدمه كتابيًا أو اتصل بنا.** يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- **يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 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 نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. قد تشتمل الأمثلة على الأسباب الوجيهة 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 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، نُلقي نظرة فاحصة على كل المعلومات. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتَّبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك.

- سنجمع مزيدًا من المعلومات إذا لزم الأمر، وقد نتصل بك أو الطبيب المعالج لك.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة، يجب أن نمنحك ردنا **في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته**. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
  - إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمات أو عناصر طبية. إذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسوف نخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك للحصول على دواء من أدوية الجزء B.
  - إذا لم نمنحك ردًا في غضون 72 ساعة (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة إذا استغرقنا أيامًا إضافية)، فنحن مطالبون تلقائيًا بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. ستُخطرك مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته. يوضح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ 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 جزءٍ منه،** فسنرسل إليك قرارنًا كتابيًا ونعيد توجيه الاستئناف الذي قدمته تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة للحصول على استئناف من المستوى 2. ستُخطرك مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب أن نمنحك ردنا **في غضون 30 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على أحد أدوية الجزء B لم تتلقَّه بعد، فسنمنحك ردنا **في غضون 7 أيام تقويمية** بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك قرارنا عاجلاً إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
  - ولكن، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا 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 من أدوية الجزء B.
  - إذا كنت تعتقد أننالا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. عند تقديم شكوى سريعة، سنرد على الشكوى التي قدمتها في غضون 24 ساعة. (انتقل إلى القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.)
  - إذا لم نمنحك ردًا بحلول الموعد النهائي (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى الاستئناف من المستوى 2، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. ستُخطرك مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته. يوضح القسم 6.4 عملية الاستئناف من المستوى 2.
- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فيجب علينا التصريح بالتغطية أو توفيرها في غضون 30 يومًا تقويميًا إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية، أو **في غضون 7 أيام تقويمية** إذا كان طلبك يتعلق بأحد أدوية الجزء B.
- **إذا رفضت خطتنا الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه،** فسنرسله تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لتقديم استئناف من المستوى 2. ستُخطرك مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته.

القسم 6.4 عملية الاستئناف 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 كما أنها ليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة تقرر ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا 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. وتُسمى هذه المعلومات **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 حول الاستئناف الذي قدمته.

إذا كان لديك استئناف سريع من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا استئناف سريع من المستوى 2.

- بالنسبة إلى الاستئناف السريع، يجب على مؤسسة المراجعة المستقلة 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 يومًا تقويميًا إضافيًا**. إذا استغرقت أيامًا إضافية، فسوف تخبرك كتابيًا. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء من أدوية الجزء B.

إذا كان لديك استئناف قياسي من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا استئناف قياسي من المستوى 2.

- بالنسبة إلى الاستئناف القياسي، إذا كان طلبك يتعلق بخدمات أو عناصر طبية، فيجب على مؤسسة المراجعة المستقلة أن تمنحك ردًا على الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من تاريخ تلقي الاستئناف الذي قدمته. إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على أحد أدوية الجزء B، فيجب على مؤسسة المراجعة المستقلة أن تمنحك ردًا على الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته **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 يومًا تقويميًا إضافيًا**. إذا استغرقت أيامًا إضافية، فسوف تخبرك كتابيًا. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك للحصول على دواء من أدوية الجزء B.

الخطوة 2: تمنحك مؤسسة المراجعة المستقلة ردها.

ستُخطرك مؤسسة المراجعة المستقلة بقرارها كتابيًا وتوضح أسبابه.

- **إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب، بالكامل أو جزءٍ منه، للحصول على خدمات أو عناصر طبية**، فيجب علينا التصريح بتغطية الرعاية الطبية في غضون **72 ساعة** أو تقديم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا قرارًا من مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن **الطلبات القياسية**. بالنسبة إلى **الطلبات العاجلة**، لدينا **72 ساعة** من تاريخ حصولنا على القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة.

- **إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب، بالكامل أو جزءٍ منه، للحصول على أحد أدوية الجزء B**، فيجب علينا التصريح بدواء الجزء B أو توفيره في غضون **72 ساعة** بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن **الطلبات القياسية**. بالنسبة إلى **الطلبات العاجلة** لدينا **24 ساعة** من تاريخ حصولنا على القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة.

- **إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه**، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بأنه لا ينبغي الموافقة على طلبك (أو جزءٍ منه) للحصول على تغطية الرعاية الطبية. (وهذا ما يُطلق عليه **تأييد القرار** أو **رفض الاستئناف**.) في هذه الحالة، سترسل إليك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:
  - لتوضيح قرارها.
  - ولإخبارك 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.
  - وليوضح 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.

- توجد 3 مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف 5 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 من المستوى 2 الذي قدمته.

- ينظر قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 6.5 إذا كنت تطلب منا السداد لك مقابل فاتورة تلقيتها للرعاية الطبية

إذا سبق لك الدفع مقابل خدمة California Medi-Cal (Medicaid) أو عنصر خاضع لتغطية خطتنا، فيُمكنك أن تطلب من خطتنا السداد لك (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 ينبغي 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 خاضعة للتغطية أم لا. سنتحقق أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت القواعد لاستخدام التغطية التي تتلقاها للرعاية الطبية أم لا.

- **إذا وافقنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية خاضعة للتغطية وإذا كنت قد اتبعت القواعد، فسنرسل إليك المدفوعات لتغطية التكلفة عادةً في غضون 30 يومًا تقويميًا على ألا تتجاوز الفترة 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الرعاية الطبية، فسنرسل المدفوعات مباشرةً إلى مقدم الرعاية.

- **إذا رفضنا طلبك:** إذا لم تكن الرعاية الطبية خاضعة للتغطية، أو إذا لم تتبع 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، **فبإمكانك 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 الواردة في القسم 6.3. بالنسبة إلى الاستئنافات المتعلقة بالتعويض، لاحظ ما يأتي:

- يجب أن نمنحك ردنا في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. إذا كنت تطلب منا أن ندفع إليك مقابل الرعاية الطبية التي تلقيتها بالفعل 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 أدوية الجزء 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 الجزء D أو كنت تريد منا السداد لك مقابل أحد أدوية الجزء D

تشمل المزايا الخاصة بك تغطية العديد من الأدوية الموصوفة. يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا كي تتم تغطيته. (انتقل إلى الفصل 5 للحصول على مزيد من المعلومات عن المؤشر المقبول طبيًا.) للحصول على تفاصيل حول أدوية الجزء D والقواعد والقيود والتكاليف، انتقل إلى الفصلين 5 و6. **يتناول هذا القسم أدوية الجزء D فقط.** نستخدم عمومًا مصطلح *دواء* في باقي القسم لتبسيط الأمور، بدلاً من تكرار مصطلح *الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية* أو *أدوية الجزء 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 خاضعًا 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 والاستئنافات المتعلقة بـ الجزء D

المصطلح القانوني:

يُطلق على قرار التغطية الأولي بشأن أدوية الجزء D مصطلح **تحديد التغطية**.

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

- طلب تغطية أحد أدوية الجزء D غير المدرج في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. **اطلب استثناء. القسم 7.2**
- طلب التنازل عن القيد المفروض على تغطية خطتنا لأحد الأدوية (مثل القيود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها) **اطلب استثناءً. القسم 7.2**
- طلب دفع مبلغ أقل لمشاركة التكلفة لدواء خاضع للتغطية في مستوى مشاركة تكلفة أعلى. **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 تغطية اتخذناه، فيمكنك تقديم استئناف على قرارنا.

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

القسم 7.2 طلب استثناء

المصطلحات القانونية:

يُطلق على طلب تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية أحيانًا مصطلح استثناء **كتيب الوصفات**.

يُطلق على إزالة أحد القيود المفروضة على تغطية أحد الأدوية مصطلح استثناء **كتيب الوصفات**.

يُطلق على طلب دفع سعر أقل لأحد الأدوية الخاضع للتغطية وغير المفضل **استثناء تحديد المستوى**.

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 آمر بالوصفة آخر إلى توضيح الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى الموافقة على الاستثناء. في ما يأتي 3 أمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أو يمكن لطبيبك أو آمر بالوصفة آخر أن يطلب منا إجراءها:

1. **تغطية أحد أدوية الجزء D غير المدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا.** إذا وافقنا على تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، فستحتاج إلى دفع مبلغ مشاركة التكلفة الذي ينطبق على الأدوية في المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة). لا يمكنك طلب استثناء لمبلغ مشاركة التكلفة الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء عندما نوافق على تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية.

2. **إزالة قيد مفروض على دواء خاضع للتغطية.** يوضح الفصل 5 القواعد أو القيود الإضافية التي تنطبق على بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا. إذا وافقنا على إجراء استثناء والتنازل عن التقييد من أجلك، فيمكنك طلب استثناء لمبلغ مشاركة التكلفة الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء.

3. **تغيير تغطية الدواء إلى مستوى مشاركة تكلفة أقل.** يصنف كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن واحد من مستويات مشاركة التكلفة الستة. بشكل عام، كلما كان رقم مستوى مشاركة التكلفة أقل، قل ما تدفعه كحصة من تكلفة الدواء.

- إذا كانت قائمة الأدوية الخاصة بنا تحتوي على دواء (أدوية) بديل لعلاج حالتك الطبية ضمن مستوى مشاركة تكلفة أقل من دوائك، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ مشاركة التكلفة الذي ينطبق على الدواء (الأدوية) البديل.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله منتجًا بيولوجيًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ مشاركة تكلفة أقل. سيكون هذا هو المستوى الأدنى الذي يحتوي على بدائل المنتجات البيولوجية لعلاج حالتك.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل اسم علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة الذي ينطبق على المستوى الأدنى الذي يحتوي على بدائل الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية، لعلاج حالتك.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواء مكافئًا، فيمكنك طلب تغطية دوائك بمبلغ مشاركة التكلفة المنطبق على أدنى مستوى الذي يحتوي على بدائل الأدوية، سواء أكانت تحمل اسم علامة تجارية أم كانت أدوية مكافئة، لعلاج حالتك.
- لا يمكنك أن تطلب منا تغيير مستوى مشاركة التكلفة لأي دواء في المستوى 5 (أدوية من المستوى الخاص).

- إذا تمت الموافقة على طلبك لاستثناءات تحديد المستوى، وكان هناك أكثر من مستوى مشاركة تكلفة أقل يحتوي على أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فإنك تدفع عادةً المبلغ الأقل.

القسم 7.3 أمور مهمة يجب معرفتها حول طلب الاستثناءات

يجب أن يخبرنا الطبيب المعالج لك بالأسباب الطبية

يجب أن يعطينا طبيبك أو آمر بالوصفة آخر بيانًا يشرح فيه الأسباب الطبية لطلبك الحصول على استثناء. لاتخاذ قرار أسرع، قم بتضمين هذه المعلومات الطبية من الطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر عندما تطلب الاستثناء.

عادةً ما تشمل قائمة الأدوية الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. يُطلق على هذه الاحتمالات المختلفة مصطلح الأدوية **البديلة**. إذا كان الدواء البديل يتمتع بالفعالية نفسها للدواء الذي تطلبه ولن يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فلن نوافق عمومًا على الطلب الذي قدمته للحصول على استثناء. إذا طلبت منا استثناءات تحديد المستوى، فإننا بشكل عام لا نوافق على طلبك للاستثناء إلا إذا كانت جميع الأدوية البديلة في مستوى مشاركة التكلفة (مستويات مشاركة التكلفة) الأقل غير فعالة بالقدر نفسه بالنسبة إليك أو من المحتمل أن تسبب تفاعلاً سلبيًا أو ضررًا آخر.

يمكننا الموافقة على طلبك أو رفضه

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

القسم 7.4 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 طلبك. يتم اتخاذ **قرارات التغطية السريعة** في غضون **24 ساعة** بعد تلقينا طلبك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا أن نمنحك قرار تغطية سريعًا. **للحصول على قرار تغطية سريع، يجب عليك تحقيق متطلبين (2):**

- يجب أن تطلب دواءً لم تتلقَّه 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 آمر بالوصفة آخر أن صحتك تتطلب الحصول على قرار تغطية سريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.**
- **إذا طلبت قرار التغطية السريع بنفسك، من دون دعم الطبيب المعالج لك أو الآمر 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.

- يوضح أنه إذا كان الطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر يطلب قرار التغطية السريع، فسنمنحك القرار تلقائيًا.
- يخبرك أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة حول قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسيًا بدلاً من قرار التغطية السريع الذي طلبته. سنرد على شكواك في غضون 24 ساعة من تلقيها.

الخطوة 2: اطلب قرار تغطية قياسيًا 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 go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال. لمساعدتنا على معالجة طلبك، قم بذكر اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات التي تبين المطالبة المرفوضة التي يتم استئنافها.

يمكنك أنت أو الطبيب المعالج لك (أو أي آمر بالوصفة آخر) أو ممثلك القيام بذلك. يمكنك أيضًا تعيين محامٍ للتصرف نيابةً عنك. يوضح القسم 5.1 من هذا الفصل كيف يمكنك منح إذن كتابي لشخص آخر للتصرف بصفته ممثلاً لك.

- **إذا كنت تطلب استثناءً، فقدم البيان الداعم،** وهو الأسباب الطبية للحصول على الاستثناء. يمكن للطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر إرسال البيان إلينا بالفاكس أو البريد. أو يمكن للطبيب المعالج لك أو أي آمر 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 الاستئنافات، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فيجب علينا توفير التغطية التي وافقنا عليها في غضون 24 ساعة بعد تلقينا طلبك أو البيان الداعم لطلبك من طبيبك.
- **إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. وسنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي بخصوص دواء لم تحصل عليه 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. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.

- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فيجب علينا **توفير التغطية** التي وافقنا عليها **في غضون 72 ساعة** بعد تلقينا طلبك أو البيان الداعم لطلبك من طبيبك.
- **إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. وسنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

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

- علينا أن نعطيك إجابتنا **في غضون 14 يومًا** تقويميًا من استلامنا طلبك.
  - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئنافات، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فنحن مطالبون أيضًا بسداد المبلغ لك في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- **إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. وسنخبرك 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 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1

المصطلحات القانونية:

يُطلق على تقديم استئناف على خطتنا بشأن قرار تغطية أحد أدوية الجزء D مصطلح إعادة الحكم في الخطة.

ويُسمى الاستئناف السريع أيضًا **إعادة حكم عاجلة.**

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

عادةً ما يتم تقديم الاستئناف القياسي في غضون 7 أيام تقويمية. 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 تتلقَّه بعد، فستحتاج أنت والطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر إلى اتخاذ قرار بشأن 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 آمر 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.**

- **للاستئنافات السريعة، إما أن تقدم الاستئناف كتابيًا وإما أن تتصل بنا على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم: 711).** يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

- **يجب علينا قبول أي طلب كتابي**، بما في ذلك الطلب المقدم في نموذج *طلب إعادة الحكم الخاص بنموذج CMS*، المتوفر على موقعنا الإلكتروني go.wellcare.com/CAcoveragedeterminations. قم بذكر اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لمساعدتنا على معالجة طلبك.

- **يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 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 نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم الاستئناف. قد تشتمل الأمثلة على الأسباب الوجيهة 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، نُلقي نظرة فاحصة أخرى على كل المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتَّبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك.

- قد نتصل بك أو بالطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة، يجب أن نمنحك ردنا **في غضون 72 ساعة بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته**. سنمنحك ردنا عاجلاً إذا كانت صحتك تتطلب منا ذلك.
  - إذا لم نمنحك ردًا في غضون 72 ساعة، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.

- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ 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 جزءٍ منه**، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا وكيف يمكنك تقديم استئناف على قرارنا.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي لدواء لم تتلقَّهُ بعد

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب أن نمنحك ردنا **في غضون 7 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا الاستئناف الذي قدمته. سنمنحك قرارنا بشكل عاجل إذا لم تكن قد تلقيت الدواء بعد وتتطلب حالتك الصحية القيام بذلك.
  - إذا لم نمنحك قرارًا في غضون 7 أيام تقويمية، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة. يوضح القسم 7.6 عملية الاستئناف من المستوى 2.

- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ 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 جزءٍ منه،** فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا وكيف يمكنك تقديم استئناف على قرارنا.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي حول الدفع مقابل دواء اشتريته بالفعل

- علينا أن نعطيك إجابتنا **في غضون 14 يومًا** تقويميًا من استلامنا طلبك.
  - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف، حيث ستراجعه مؤسسة مراجعة مستقلة. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان ردنا بالموافقة على ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فنحن مطالبون أيضًا بسداد المبلغ لك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- **إذا كان ردنا برفض ما طلبته، بالكامل أو جزءٍ منه،** فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يشرح سبب رفضنا. وسنخبرك أيضًا بكيفية تقديم استئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا الاستئناف الذي قدمته، فسيتعين 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 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 كما أنها ليست 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 آمر 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 المستقلة.
- **يجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويميًا** من تاريخ الإشعار الكتابي.
- إذا لم نكمل مراجعتنا ضمن الإطار الزمني المعمول به، أو إذا اتخذنا قرارًا غير موات في ما يتعلق بتحديد **المخاطر** في إطار برنامج إدارة الأدوية لدينا، فسنقوم تلقائيًا بإعادة توجيه طلبك إلى كيان المراجعة المستقل. سنبلغك كتابيًا إذا تم إرسال طلبك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.
- سنرسل المعلومات حول الاستئناف الذي قدمته إلى مؤسسة المراجعة المستقلة هذه. وتُسمى هذه المعلومات **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.

- سيُلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على كل المعلومات حول الاستئناف الذي قدمته.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب من مؤسسة المراجعة المستقلة تقديم استئناف سريع.
- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على أن تقوم بتقديم استئناف سريع، فيجب على مؤسسة المراجعة المستقلة أن تمنحك ردًا على الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته **في غضون 72 ساعة** بعد تلقي طلب الاستئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي

- بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية، يجب على مؤسسة المراجعة المستقلة أن تمنحك ردًا على الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته **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 المستقلة أن تمنحك ردًا على الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته **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 جزءٍ منه،** فيجب علينا **تقديم تغطية الدواء** التي وافقت عليه مؤسسة المراجعة المستقلة **في غضون 24 ساعة** بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة.

بالنسبة إلى الاستئنافات القياسية:

- **إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلبك للتغطية، بالكامل أو جزءٍ منه،** فيجب علينا **تقديم تغطية الدواء** التي وافقت عليها مؤسسة المراجعة المستقلة **في غضون 72 ساعة** بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة.
- **إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلبك، بالكامل أو جزءٍ منه، لسداد** قيمة دواء اشتريته بالفعل، فنحن مطالبون **بإرسال المبلغ إليك في غضون 30 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة.

ماذا لو رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته؟

إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته، بالكامل أو جزءًا منه، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (يُسمى هذا **تأييد القرار**. يُسمى هذا أيضًا **رفض الاستئناف الذي قدمته.**). في هذه الحالة، سترسل إليك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:

- لتوضيح قرارها.
- وتعلمك بالحق في تقديم الاستئناف من المستوى 3 إذا كانت قيمة الدولار لتغطية الدواء التي تطلبها تستوفي القيمة المحددة للحد الأدنى. إذا كانت قيمة الدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر والقرار في المستوى 2 نهائي.
- كما تخبرك بقيمة الدولار التي يجب أن تكون محل مُنازَعة لمواصلة عملية الاستئناف.

الخطوة 4: إذا كانت مشكلتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

- توجد 3 مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف 5 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 عملية تقديم الاستئنافات من المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة مريض 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 الإصابة.

في أثناء إقامتك الخاضعة للتغطية في المستشفى، سيتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر 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 بصفتك مريضًا في المستشفى، ستحصل على إشعار كتابي من Medicare يخبرك بحقوقك

في غضون يومين تقويميين (2) 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 مساعدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 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 نتمكن 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.
- يبين التوقيع على الإشعار أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك *فقط*. الإشعار لا يحدد تاريخ خروجك. التوقيع على الإشعار **لا يعني** أنك توافق على تاريخ الخروج.

3. **احتفظ بنسخة** من الإشعار حتى تحصل على معلومات حول تقديم استئناف (أو الإبلاغ عن أي مخاوف بشأن جودة الرعاية) إذا كنت بحاجة إلى ذلك.

- إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين (2) تقويميين من تاريخ خروجك، فستحصل على نسخة أخرى قبل الموعد المقرر لخروجك.

- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإشعار سابقًا، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك أيضًا تلقي الإشعار عبر الإنترنت على CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

القسم 8.2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 لتغيير تاريخ الخروج من المستشفى

لمطالبتنا بتغطية خدمات المرضى المقيمين في المستشفى لفترة أطول، استخدم 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 كان لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). أو اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) للحصول على مساعدة مخصصة. تتوفر معلومات الاتصال الخاصة بـ SHIP في الفصل 2، القسم 3.

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 *من دون أن تتحمل تكاليف ذلك* في أثناء انتظارك للحصول على القرار من مؤسسة تحسين الجودة.
  - **إذا لم تلتزم بهذا الموعد النهائي، فتواصل معنا.** إذا قررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، *فقد تضطر إلى تحمل كل تكاليف* الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.

- بمجرد طلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، ستتصل بنا مؤسسة تحسين الجودة. بحلول ظُهر اليوم التالي للتواصل معنا، سنقدم إليك **إشعارًا 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 **الإشعار المفصل بموعد الخروج** عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.) أو يمكنك الحصول على نموذج إشعار عبر الإنترنت على CMS.gov/Medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

الخطوة 2: تُجري 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 ظُهر اليوم التالي لقيام المراجعين بإخبارنا حول الاستئناف الذي قدمته، ستتلقى إشعارًا كتابيًا منَّا 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 المستقلة، **فيجب أن نستمر في تقديم خدمات الرعاية إلى لمرضى المقيمين في 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 المستقلة، فإنهم يوضحون أن تاريخ الخروج المحدد ملائم طبيًا. إذا حدث ذلك، **فستنتهي تغطيتنا لخدمات رعاية المرضى داخل المستشفى** عند ظُهر اليوم *التالي* لتقديم مؤسسة تحسين الجودة ردها حول الاستئناف الذي قدمته.

- إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة الاستئناف الذي قدمته وقررت البقاء في المستشفى، **فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة** للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظُهر اليوم التالي الذي تمنحك فيه مؤسسة تحسين الجودة ردها على الاستئناف الذي قدمته.

الخطوة 4: إذا كان الرد على الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته 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 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 القرار المتعلق بالاستئناف الأول الذي قدمته.
إذا رفضت مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف من المستوى 2 الذي قدمته، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لإقامتك بعد تاريخ الخروج المحدد.م

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 من المستوى 1 الذي قدمته. ولا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا أقمت في المستشفى بعد موعد انتهاء تغطية رعايتك.

الخطوة 2: تُجري 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 تقويميًا من تلقي طلبك للاستئناف من المستوى 2، سيقرر المراجعون بخصوص الاستئناف الذي قدمته ويخبرونك بقرارهم.

إذا قبلت مؤسسة المراجعة المستقلة:

- **يجب علينا تعويضك** عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ ظُهر اليوم التالي لتاريخ رفض مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الأول الذي قدمته. **يجب أن نستمر في توفير التغطية لرعاية المرضى المقيمين في 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 المستقلة:

- فهذا يعني أنها توافق على القرار الذي اتخذته في الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته.

- سيوضح الإشعار الذي تحصل عليه كتابيًا ما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فسوف تحتاج إلى أن تقرر ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته بالانتقال إلى المستوى 3 أم لا.

- توجد 3 مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف 5 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 9 كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية بعض الخدمات الطبية إذا كنت تعتقد أن التغطية التي تتلقاها ستنتهي في وقت مبكر للغاية

عندما تحصل على تغطية **خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية 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 الـ 3 لك، نحن مطالبون بإخبارك سابقًا. عندما تنتهي تغطية هذه الرعاية، سنتوقف *عن دفع تكاليفها*.

إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، **فيمكنك الاستئناف على قرارنا.** يوضح هذا القسم كيفية طلب استئناف.

القسم 9.1 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 تقويميين (2) 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.
2. **سيُطلب منك أنت أو أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك تلقيته.** يوضح التوقيع على الإشعار *فقط* أنك تلقيت معلومات حول وقت توقف التغطية التي تتلقاها. **التوقيع عليه لا يعني أنك توافق** على قرار خطتنا بإيقاف الرعاية.

القسم 9.2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 لتطلب 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 كان لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). أو اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي في الولاية (SHIP) للحصول على مساعدة مخصصة. تتوفر معلومات الاتصال الخاصة بـ SHIP في الفصل 2، القسم 3.

في أثناء الاستئناف من المستوى 1، تراجع مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف الذي قدمته. وتُقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء الرعاية التي تتلقاها ملائمًا طبيًا أم لا. **مؤسسة تحسين الجودة** هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية للتحقق والمساعدة على تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. ويتضمن ذلك مراجعة قرارات الخطة بشأن متى يحين وقت التوقف عن تغطية أنواع معينة من الرعاية الطبية. هؤلاء الخبراء ليسوا جزءًا من خطتنا.

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 تلقيته (*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 التواصل مع مؤسسة تحسين الجودة لبدء الاستئناف **بحلول ظُهر اليوم السابق لتاريخ السريان** الوارد في *إشعار* عدم *تغطية Medicare*.
- إذا فاتك الموعد النهائي وترغب في تقديم استئناف، فلا تزال لديك حقوق استئناف. تواصل مع مؤسسة تحسين الجودة باستخدام معلومات التواصل الواردة في إشعار عدم تغطية Medicare. يمكنك أيضًا العثور على اسم مؤسسة تحسين الجودة التابعة للولاية التي تقيم فيها وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

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 المستقلة أيضًا على معلوماتك الطبية والتحدث إلى الطبيب المعالج لك وتراجع المعلومات التي قدمتها خطتنا إليهم.
- بحلول نهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بالاستئناف الذي قدمته، ستحصل على *شرح مفصل بخصوص عدم التغطية* من قِبلنا 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 خدمتك 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 من المستوى 1 الذي قدمته بالرفض، فسيتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم استئناف آخر أم لا.

- إذا *رفض* المراجعون الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته - واخترت الاستمرار في الحصول على الرعاية بعد انتهاء تغطية الرعاية التي تتلقاها - فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2.

القسم 9.3 كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لتطلب 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 من المستوى 2 الذي قدمته، 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 تقويميًا** بعد اليوم الذي رفضت فيه مؤسسة تحسين الجودة الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا واصلت الحصول على الرعاية بعد انتهاء تاريخ تغطية الرعاية.

الخطوة 2: تُجري 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 تقويميًا من تلقي طلب الاستئناف الذي قدمته، سيقرر المراجعون بخصوص الاستئناف ويخبرونك بقرارهم.

ماذا يحدث إذا ردَّت مؤسسة المراجعة المستقلة 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 ردَّت مؤسسة المراجعة المستقلة 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، الذي يتم التعامل معه من قِبل قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فسيتعين عليك أن تقرر ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الاستئناف الذي قدمته أم لا.

- وتوجد 3 مستويات إضافية للاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح مجموع مستويات الاستئناف 5 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.
- ينظر قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل مزيدًا من المعلومات عن عمليات تقديم الاستئناف من المستويات 3 و4 و5.

القسم 10 الانتقال بالاستئناف الذي قدمته إلى المستوى 3 و4 و5

القسم 10.1 مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات الخدمات الطبية

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدَّمت استئنافًا من المستوى 1 وآخر من المستوى 2، وتم رفض كليهما.

إذا كانت قيمة الدولار للعنصر أو الخدمة الطبية التي قمت بالاستئناف بشأنها تلبي 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 الـ 3 الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها تقريبًا التي يعمل بها المستويان (2) الأولان. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الذي تقدمه لكل من هذه المستويات.

استئناف من المستوى 3

سيراجع **قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص** يعمل لدى الحكومة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته ويمنحك ردًا.

- **إذا وافق القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخص على الاستئناف الذي قدمته، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي 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 تقويميًا بعد تلقي قرار القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخص.
  - إذا قررنا تقديم استئناف على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى 4 قبل التصريح بالرعاية الطبية المتنازع عليها أو تقديمها.
- **إذا رفض القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخص الاستئناف الذي قدمته، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي أو قد لا تنتهي.**
  - إذا قررت الموافقة على 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 ما يجب القيام به لتقديم استئناف من المستوى 4.

استئناف من المستوى 4

سيراجع **مجلس الاستئنافات في Medicare** (المجلس) استئنافك ويمنحك ردًا. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- **إذا كان الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا لمراجعة قرار الاستئناف المؤاتي من المستوى 3، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي 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، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي أو قد لا تنتهي.**
  - إذا قررتَ 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.

استئناف 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 الجزء D

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدَّمت استئنافًا من المستوى 1 وآخر من المستوى 2، وتم رفض كليهما.

إذا كانت قيمة الدواء الذي قدَّمت استئنافًا بشأنه تساوي مبلغًا معينًا بالدولار، 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 من المستوى 2 الذي قدمته 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 الـ 3 الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها تقريبًا التي يعمل بها المستويان (2) الأولان. إليك من يتولى مراجعة الاستئناف الذي تقدمه لكل من هذه المستويات.

استئناف من المستوى 3

سيراجع **قاضٍ في القانون الإداري أو محامٍ مُرخص** يعمل لدى الحكومة الفيدرالية الاستئناف الذي قدمته ويمنحك ردًا.

- **إذا كان الرد بالموافقة، فستنتهي عملية الاستئناف.** يجب أن **نُصرح بتغطية الدواء** التي تمت الموافقة عليها من قِبل القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخص **أو نوفرها في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو إجراء الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا القرار.
- **إذا رفض القاضي في القانون الإداري أو المحامي المُرخص الاستئناف الذي قدمته، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي أو قد لا تنتهي.**
  - إذا قررتَ 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 ما يجب القيام به لتقديم استئناف من المستوى 4.

استئناف من المستوى 4

سيراجع **مجلس الاستئنافات في Medicare** (المجلس) استئنافك ويمنحك ردًا. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- **إذا كان الرد بالموافقة، فستنتهي عملية الاستئناف.** يجب أن **نُصرح بتغطية الدواء** التي تمت الموافقة عليها من قِبل المجلس أو نوفرها **في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو ندفع مقابلها في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا القرار.

- **وإذا كان الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب إعادة النظر، فإن عملية الاستئناف قد تنتهي أو قد لا تنتهي.**
  - إذا قررتَ 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.

استئناف 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.

تقديم شكاوى

القسم 11 كيفية تقديم شكوى حول 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 تعدَّى 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 خطتنا؟

شكوى	مثال
أوقات الانتظار	• هل تواجه مشكلة في الحصول على موعد، أو تنتظر وقتًا طويلاً للحصول عليه؟ • هل أبقاك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المهنيين الصحيين تنتظر طويلاً؟ أو هل أبقاك قسم خدمات الأعضاء لدينا أو موظفون آخرون في خطتنا تنتظر طويلاً؟ o 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؟
دقة التوقيت (تتعلق هذه الأنواع من الشكاوى بدقة توقيت إجراءاتنا المتعلقة بقرارات التغطية والاستئنافات)	إذا كنت قد طلبت قرارًا بالتغطية أو قدمت استئنافًا، وكنت تعتقد أننا لا نستجيب بسرعة كافية، فيمكنك تقديم شكوى بشأن بطئنا. وفي ما يأتي أمثلة على ذلك: • إذا طلبت منا *قرار تغطية سريعًا* أو *استئنافًا سريعًا*، ورفضنا ذلك؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لقرارات التغطية أو الاستئنافات؛ 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** أيضًا **تظلمًا.**

يُطلق على **تقديم شكوى** اسم **تقديم تظلم.**

يُسمى **استخدام إجراءات تقديم الشكاوى استخدام عملية تقديم التظلم.**

تُسمى **الشكوى السريعة** باسم **التظلم العاجل.**

الخطوة 1: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابيًا.

- **الخطوة الأولى عادةً هي الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).** 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، فسنرد عليها كتابيًا.
- **إذا لم نتمكن من حل شكواك عبر الهاتف، فلدينا إجراء رسمي لمراجعة شكواك. ونسمي هذا إجراء التظلم.** لتقديم شكوى، أو إذا كانت لديك أسئلة حول هذا الإجراء، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. أو يمكنك إرسال طلب كتابي عبر البريد على العنوان المدرج تحت بند *الشكاوى حول الرعاية الطبية* أو *الشكاوى حول أدوية الجزء D* في الفصل 2 من هذا المستند.
  - إذا طلبت ردًا كتابيًا، أو إذا قدمت شكوى كتابية (تظلم)، أو إذا كانت شكواك تتعلق بجودة الرعاية، فسنرد 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 أدوية الجزء 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 الجزء D.
    - رفضنا طلبك لإجراء مراجعة سريعة للاستئناف بشأن الخدمات المرفوضة أو أدوية الجزء 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. يمكنك أيضًا تقديم الشكوى إلينا كتابيًا على العنوان المدرج تحت بند *الشكاوى حول الرعاية الطبية* أو الشكاوى *حول أدوية الجزء 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 نخطرك 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.

الخطوة 2: ننظر في شكواك ونمنحك ردنا.

- **إذا أمكن، فسنجيبك 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 جزءٍ منها، أو لم نتحمل مسؤولية المشكلة التي تشكو منها، فسنُدرج أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 11.3 يمكنك أيضًا تقديم شكاوى حول جودة الرعاية لمؤسسة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك حول جودة *الرعاية*، لديك أيضًا خياران إضافيان (2):

- **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 11.4 يمكنك أيضًا إخبار Medicare عن شكواك

يُمكنك تقديم شكوى حول خطتنا مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى Medicare.gov/my/medicare-complaint. يُمكنك أيضًا الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY/TDD الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

المشكلات المتعلقة بمزايا California Medi-Cal (Medicaid)

القسم 12 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا California Medi-Cal (Medicaid)

إذا كنت تعتقد أنك قد حُرمت على نحو غير مُلائِم من خدمة أو الدفع مقابل خدمة يغطيها California Medi-Cal (Medicaid)، فلديك الحق في استئناف قرارنا لـ California Medi-Cal (Medicaid).

ستقدم خطتنا المساعدة لمساعدتك على تحديد موقع النماذج إذا لزم الأمر. للحصول على مساعدة أخرى مثل مراجعة مزايا California Medi-Cal (Medicaid) و/أو معالجة الأسئلة و/أو الشكاوى و/أو الاستئنافات المتعلقة بالمطالبات، يرجى التواصل مع مكتب Medicaid في ولايتك. يمكن العثور على معلومات الاتصال في الفصل 2، القسم 6.

لتقديم تظلم (شكوى) أو استئناف حول خدمة California Medi-Cal (Medicaid)، يرجى التواصل مع مكتب Medicaid في ولايتك. يمكن العثور على معلومات الاتصال في الفصل 2، القسم 6.

الفصل 10:
إنهاء العضوية في خطتنا

القسم 1 إنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون إنهاء عضويتك في خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) **طوعيًا** (اختيارك) أو **إلزاميًا** (ليس اختيارك):

- قد تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يقدم القسمان 2 و3 معلومات حول إنهاء عضويتك طوعيًا.
- هناك أيضًا حالات محدودة يُطلب منا فيها 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 Medicare وMedicaid

يُمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم فقط خلال أوقات معينة من السنة. نظرًا إلى أنك مشترك في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare الآتية في أي شهر من العام:

- برنامج Original Medicare مع خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة
- خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك Medicare ومعظم مزايا Medicaid وخدماته أو جميعها في خطة واحدة، إذا كنت مؤهلاً

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية، ولم تعد تتلقى المساعدة الإضافية (Extra Help)، وبقيت من دون أي تغطية دواء موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر متواصلة، فقد تضطر إلى دفع تكلفة عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضممت لاحقًا إلى خطة دواء تابعة لـ Medicare. إذا اخترت المساعدة الإضافية، فقد يُسجِّلك برنامج Medicare في خطة الدواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

- اتصل بمكتب Medicaid في ولايتك على الرقم 1-800-541-5555، ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077 للتعرف على خيارات خطة Medicaid الخاصة بك.
- وتوجد خيارات أخرى لخطة Medicare الصحية متاحة خلال **فترة التسجيل المفتوح**. يوضح القسم 2.2 المزيد عن فترة التسجيل المفتوح.
- **تنتهي عضويتك عادة في اليوم الأول من الشهر بعد أن نتلقى طلبك لتغيير خطتك.** سوف يبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة أيضًا في هذا اليوم.

القسم 2.2 يُمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح

يمكنك إنهاء عضويتك خلال **فترة التسجيل المفتوح** كل عام. خلال هذا الوقت، راجع تغطية الأدوية والرعاية الصحية التي تتلقاها وقرر التغطية التي تريدها للعام المقبل.

- تمتد **فترة التسجيل المفتوح** 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 التغطية الآتية:
  - خطة Medicare صحية أخرى، مع تغطية الأدوية أو من دونها.
  - Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة للأدوية
  - Original Medicare *من دون* خطة Medicare منفصلة للأدوية.
  - خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك Medicare ومعظم مزايا وخدمات Medicaid أو جميعها في خطة واحدة، إذا كنت مؤهلاً.

إذا تلقيت المساعدة الإضافية من Medicare لدفع ثمن الأدوية الموصوفة: إذا قمت بالتحويل إلى برنامج Original Medicare ولم تسجل في خطة Medicare منفصلة للأدوية الموصوفة، فقد يُسجِّلك برنامج Medicare في خطة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية ولم تعد تتلقى المساعدة الإضافية وبقيت من دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضممت لاحقًا إلى خطة دواء Medicare.

- **ستنتهي عضويتك في خطتنا** عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة في 1 يناير.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage

يمكنك إجراء تغيير *واحد* على التغطية الصحية الخاصة بك خلال **فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage** كل عام.

- تمتد **فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage** من 1 يناير إلى 31 مارس، كما تشمل المستفيدين الجدد من Medicare الذين تم تسجيلهم في خطة MA، بدءًا من شهر الاستحقاق للجزء A والجزء B وحتى آخر يوم من الشهر الثالث (3) بعد الاستحقاق.
- **خلال فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage** يمكنك:
  - التحويل إلى خطة أخرى تابعة لخطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية 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 أيضًا الانضمام إلى خطة Medicare المنفصلة للأدوية في الوقت نفسه.
- **ستنتهي عضويتك** في اليوم الأول من الشهر بعد التسجيل في خطة مختلفة تابعة لخطة Medicare Advantage أو حصولنا على طلبك للتحويل إلى برنامج Original Medicare. إذا اخترت أيضًا التسجيل في خطة Medicare للأدوية، فستبدأ عضويتك في خطة الدواء في اليوم الأول من الشهر بعد أن تحصل خطة 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 بخطتنا أو الاتصال بـ Medicare أو زيارة Medicare.gov.

- عادةً عندما تنتقل
- إذا كنت مُشتركًا في برنامج California Medi-Cal (Medicaid)
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على المساعدة الإضافية لدفع تكلفة تغطية Medicare للأدوية
- إذا خرقنا 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 لإدارة الأدوية، فقد تكون مؤهلاً فقط لفترات تسجيل خاصة معينة. 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، اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير كل من تغطية رعاية Medicare الصحية وتغطية الأدوية. يمكنك اختيار:

- خطة Medicare صحية أخرى مع تغطية الأدوية أو من دونها،
- Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة للأدوية،
- Original Medicare *من دون* خطة Medicare منفصلة للأدوية.
- خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك Medicare ومعظم مزايا وخدمات Medicaid أو جميعها في خطة واحدة، إذا كنت مؤهلاً.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية ولم تعد تتلقى المساعدة الإضافية وبقيت من دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضممت لاحقًا إلى خطة دواء Medicare.

إذا تلقيت المساعدة الإضافية من Medicare لدفع تكلفة تغطية الأدوية: إذا قمت بالتحويل إلى برنامج Original Medicare ولم تسجل في خطة Medicare المنفصلة للأدوية، فقد يُسجِّلك برنامج Medicare في خطة دواء، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.

تنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر بعد أن تطلب تغيير خطتك.

ملاحظة: يوضح القسمان 2.1 و2.2 المزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشاركين في برنامجي Medicaid والمساعدة الإضافية.

القسم 2.5 الحصول على مزيد من المعلومات حول الوقت الذي يمكنك إنهاء عضويتك فيه

إذا كانت لديك أسئلة حول إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- **الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711)**
- البحث عن المعلومات في كتيب ***Medicare وأنت لعام 2027***
- الاتصال بـ **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048)

القسم 3 كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

للتحويل من خطتنا إلى:	إليك ما يجب القيام به:
خطة Medicare صحية أخرى	• سجِّل في خطة Medicare صحية أخرى. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة للأدوية	• قم بالتسجيل في الخطة الجديدة للأدوية التابعة لبرنامج Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة للأدوية.
Original Medicare *من دون* خطة Medicare منفصلة للأدوية	• **أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني لإلغاء التسجيل عبر الإنترنت.** اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) 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) وطلب إلغاء التسجيل. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. • سيتم إلغاء تسجيلك من خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عندما تبدأ التغطية التي تتلقاها في برنامج Original Medicare.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من تغطية Medicare للأدوية ولم تعد تتلقى المساعدة الإضافية وبقيت من دون أي تغطية دواء موصوف موثوقة لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، فقد تضطر إلى دفع عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضممت لاحقًا إلى خطة دواء Medicare.

للأسئلة حول مزايا California Medi-Cal (Medicaid)، اتصل على الرقم 1-800-541-5555، ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 5:00 مساءً 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 California Medi-Cal (Medicaid) الجديدة، يجب عليك الاستمرار في الحصول على الخدمات والعناصر الطبية والأدوية الموصوفة من خلال خطتنا.

- **استمر في استخدام مقدمي الشبكة التابعين لنا لتلقي الرعاية الطبية.**
- **استمر في الاستعانة بالصيدليات التابعة لشبكتنا أو الطلب عبر البريد الإلكتروني لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.**
- **إذا كنت محجوزًا 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 تنهي Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عضويتك في الخطة في حالات معينة

يجب أن تنهي Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) عضويتك في خطتنا إذا حدث أي مما يأتي:

- إذا لم تعد مُشاركًا في Medicare Part A و Medicare Part B
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج California Medi-Cal (Medicaid). كما هو مذكور في الفصل 1، القسم 2.1، خطتنا للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare و California Medi-Cal (Medicaid). إذا لم تعد تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة بخطتنا، فستنتهي عضويتك في هذه الخطة بعد 3 أشهر. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، لا تكون خطة Medicare Advantage مسؤولة عن تغطية أي من مزايا California Medi-Cal (Medicaid) التي قد تكون مضمنة في خطة Medicaid State Plan الخاصة بك. سوف تتلقى إشعارًا منا لإعلامك بنهاية عضويتك والخيارات المتاحة أمامك. إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
  - فترة الأهلية التي تُعد مستمرة للخطة هي 3 أشهر. تبدأ فترة الأهلية التي تُعد مستمرة في اليوم الأول من الشهر التالي للشهر الذي ترسل فيه الولاية إشعارًا إليك يوضح أنك خرجت من ضمن حالات الاحتياجات الخاصة.
- إذا لم تدفع مبلغ نفقتك الطبية، إن وُجد
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة التابعة لنا
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من 6 أشهر.
  - إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل إليه أو تسافر إليه تابعًا لمنطقة خطتنا أم لا.
- إذا كنت معتقلاً (ذهبت إلى السجن)
- إذا لم تعد مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة أو أجنبيًا مؤهلاً

- إذا كذبت أو حجبت معلومات حول تأمين آخر تتمتع به ويوفر تغطية الأدوية
- إذا زودتنا بمعلومات غير صحيحة عمدًا عند التسجيل في خطتنا وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك لخطتنا. (لا يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن من Medicare أولاً.)
- إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة معطِّلة وتجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية إليك وإلى الأعضاء الآخرين في خطتنا. (لا يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن من Medicare أولاً.)
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن من Medicare أولاً.)
  - إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد تحقق خطة Medicare في حالتك من خلال المفتش العام.

إذا كان لديك أسئلة أو تريد الحصول على مزيد من المعلومات حول متى يمكننا إنهاء عضويتك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711).

القسم 5.1 لا يمكننا أن نطلب منك مغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يُسمح لـ Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP) أن تطلب منك مغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.

ماذا يجب أن تفعل إذا حدث هذا؟

وإذا كنت تظن أنه يُطلب منك ترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 5.2 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 أيضًا 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 XVIII من قانون الضمان الاجتماعي واللوائح التي تم إنشاؤها بموجب قانون الضمان الاجتماعي من قِبل مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS). بالإضافة إلى ذلك، قد تنطبق قوانين فيدرالية أخرى وقوانين الولاية التي تعيش فيها، في ظل ظروف معينة. وقد 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 العِرق أو الأصل الإثني أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر 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 VI 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 الصحية الميسرة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المؤسسات التي تحصل على التمويل الفيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات أو كان لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة، فاتصل **بمكتب الحقوق المدنية** التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (TTY على الرقم 1-800-537-7697) أو مكتب الحقوق المدنية المحلي. يمكنك أيضًا مراجعة المعلومات من مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية عبر الرابط HHS.gov/ocr/index.html.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى الرعاية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711). 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 Medicare كدافع ثانوي

لدينا الحق والمسؤولية لتحصيل تكاليف خدمات Medicare الخاضعة للتغطية التي لا يكون Medicare فيها جهة الدفع الأساسية. وفقًا للوائح CMS في 42 CFR أقسام 422.108 و423.462، 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 42 CFR والقواعد المنصوص عليها في هذا القسم تحل محل أي قوانين معمول بها من قِبل الولاية.

القسم 4 استرداد المزايا المدفوعة من قِبل خطتنا بموجب خطة Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

عندما تكون مصابًا

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 مزايا 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 الخطة وفقًا لقانون الولاية المعمول به.

على النحو المستخدم في هذا البَند، 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 خطرة 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 المزايا بموجب هذه الخطة، فأنت توافق على أن خطتنا لها حق الأولوية الأولى في الحلول والتعويض الذي يتم إرفاقه عندما تدفع هذه الخطة المزايا 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 المزايا بموجب هذه الخطة، فأنت أيضًا (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 الخطة في ما يتعلق بإصابتك أو مرضك أو حالتك، و(ii) توافق على توجيه الطرف المسؤول على وجه التحديد لتعويض الخطة مباشرةً نيابةً عنك.

عند الموافقة على المزايا بموجب هذه الخطة، فأنت تمنح خطتنا أيضًا امتيازًا 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 الخطة المرتبطة بإصابتك أو مرضك أو حالتك بسبب أفعال الطرف المسؤول أو إهماله. تنطبق هذه الأولوية بغض النظر عما إذا كانت المبالغ محددة خصوصًا على أنها استرداد للنفقات الطبية أم لا وبغض النظر عما إذا كان قد تم تعويضك بالكامل أو تمامًا عن خسارتك أم لا. قد تسترد خطتنا التكلفة الكاملة لجميع المزايا التي توفرها هذه الخطة 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 مصابًا أو مريضًا أو تطورت حالتك المرضية بسبب طرف مسؤول، فيجب عليك التعاون مع خطتنا و/أو جهود مقدم العلاج لاسترداد النفقات، 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 لكيفية 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 الخطة 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 الخطة المرتبطة بإصابتك، أو المرض أو الحالة بسبب طرف مسؤول بغض النظر عما إذا كان محددًا خصوصًا على أنه استرداد للنفقات الطبية أم لا وبغض النظر عما إذا كان قد تم تعويضك بالكامل أو تمامًا 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 الخطة 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 للخطة 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 الخطة، 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 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 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 قِبل أي مشارك أو مقدم رعاية صحية آخر. يحافظ الأطباء المشاركون، وليس خطتنا، على العلاقة بين الطبيب والمريض مع العضو. لا تُعد خطتنا مُقدِّمًا للرعاية الصحية.

القسم 7 الاحتيال في خطة الرعاية الصحية

يتم تعريف الاحتيال في خطة الرعاية الصحية على أنه خداع أو تضليل للخطة من قِبل مقدم الرعاية أو العضو أو صاحب العمل أو أي شخص يتصرف نيابة عنهم. إنها جناية يمكن مقاضاة مرتكبيها. يمكن أن يكون أي شخص يشارك عمدًا وعن علم في نشاط يهدف إلى الاحتيال في خطة الرعاية الصحية من خلال، على سبيل المثال، تقديم مطالبة تتضمن بيانًا كاذبًا أو خادعًا، مذنبًا بارتكاب احتيال في 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: 711). يعمل الخط الساخن لمكافحة الاحتيال على مدار الساعة، سبعة أيام في الأسبوع. جميع المكالمات سرية للغاية.

القسم 8 الظروف الخارجة عن سيطرة الخطة

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 الخطة 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:
التعريفات

المركز الجراحي الجوال – المركز الجراحي الجوال هو كيان يعمل حصريًا لغرض تقديم الخدمات الجراحية للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى دخول المستشفى والذين لا تتجاوز مدة إقامتهم المتوقعة في المركز 24 ساعة.

الاستئناف – الاستئناف 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 أيضًا تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على قرارنا بوقف الخدمات التي تتلقاها.

المنتج البيولوجي – هو دواء موصوف يُصنَّع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. وتُعَد المنتجات الحيوية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها بالضبط، لذلك تسمى الأشكال البديلة بدائل حيوية. (انتقل إلى "**المنتج البيولوجي الأصلي**" و"**البديل الحيوي**").

البديل الحيوي – منتج حيوي مشابه للغاية، ولكن ليس مطابقًا، للمنتج البيولوجي الأصلي. إن البدائل الحيوية آمنة وفعالة تمامًا مثل المنتج البيولوجي الأصلي. ويمكن استبدال بعض البدائل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة (انتقل إلى "**البديل الحيوي القابل للتبادل**").

دواء يحمل اسم علامة تجارية – دواء موصوف يتم تصنيعه وبيعه من قِبل 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 قِبل شركات تصنيع الأدوية الأخرى ولا تتوفر بشكل عام إلا بعد انتهاء صلاحية براءة اختراع الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.

خطة الرعاية – خطة للخدمات التي ستحصل عليها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية.

فريق الرعاية – قد يضم فريق الرعاية أطباءَ أو ممرضين أو مستشارين أو غيرهم من اختصاصيي الصحة الموجودين لمساعدتك على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. يساعدك فريق الرعاية أيضًا على وضع خطة الرعاية.

مرحلة التغطية الكارثية – هي المرحلة في مزايا أدوية الجزء D التي تبدأ عندما تنفق أنت (أو أطراف مؤهلة أخرى نيابةً عنك) 2,400$ على أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية خلال السنة الخاضعة للتغطية. خلال مرحلة الدفع، لا تدفع شيئًا مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية والأدوية المستبعدة التي تغطيها المزايا المحسنة لدينا.

مراكز خدمات Medicare وMedicaid (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 أيضًا الشكاوى في حال كانت خطتنا 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 المهني 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 الـ 3 الآتية من المدفوعات: (1) أي مبلغ قابل للاستقطاع قد تفرضه الخطة قبل تغطية الخدمات أو الأدوية؛ أو (2) أي مبلغ تسديد مشترك ثابت تطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين؛ أو (3) أي مبلغ تأمين مشترك، أي نسبة مئوية من المبلغ الإجمالي المدفوع مقابل خدمة أو دواء، الذي تتطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

مستوى مشاركة التكلفة – يقع كل دواء في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية ضمن مستوى من مستويات مشاركة التكلفة الستة. بشكل عام، كلما زاد مستوى مشاركة التكلفة، زادت تكلفة الدواء.

تحديد التغطية – هو قرار حول ما إذا كان الدواء الموصوف لك خاضعًا للتغطية من خطتنا أم لا والمبلغ المطلوب منك دفعه مقابل الوصفة الطبية، إن وُجد. بشكل عام، إذا أحضرت وصفتك الطبية إلى صيدلية وأخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية غير خاضعة للتغطية في خطتنا، فهذا ليس تحديد التغطية. تحتاج إلى الاتصال بخطتنا أو إرسال خطاب إليها لطلب قرار رسمي حول التغطية. تُسمى قرارات تحديد التغطية **قرارات التغطية** في هذا المستند.

الأدوية الخاضعة للتغطية – هو المصطلح الذي نستخدمه للتعبير عن جميع الأدوية 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 لخطة Medicare الاحتفاظ بهذه التغطية بشكل عام دون دفع غرامة، إذا قرروا التسجيل لاحقًا في تغطية Medicare للأدوية الموصوفة.

الرعاية الوصائية – 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 تمريض متخصصة. 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 أيضًا 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 لك أقل من شهر كامل من إمداد بعض الأدوية ويُطلب منك دفع مبلغ التسديد المشترك. المعدل اليومي لمشاركة التكلفة هو التسديد المشترك مقسومًا على عدد الأيام في الإمداد الشهري. في ما يأتي مثال: إذا كان التسديد المشترك الخاص بك لمدة شهر واحد من إمداد الدواء هو 30$، وكان الإمداد لمدة شهر واحد في خطتنا هو 30 يومًا، فإن المعدل اليومي لمشاركة التكلفة هو 1$ 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.

خطط ذوي الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة (D-SNP) – تُسجِّل خطط D-SNP الأشخاص الذين يحق لهم التمتع بكل من Medicare (الباب XVIII من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الولاية بموجب Medicaid (الباب XIX). تُغطي الولايات بعض تكاليف Medicare أو جميعها، وذلك اعتمادًا على الولاية وأهلية الشخص.

الفرد المؤهل المزدوج – الشخص المؤهل للحصول على تغطية Medicare وMedicaid.

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 (IV)، 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 مُتّزِن لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان الحياة (وإذا كنتِ امرأة حاملاً، ومعرضة لفقدان طفل لم يولد بعد)، أو في حالة فقدان أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو إصابتها بإعاقة خطرة. 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) المُقدمة من قِبل مقدم رعاية مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و2) 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، فيسمح 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 تحديد المستوى). يمكنك أيضًا طلب استثناء إذا كانت خطتنا تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل تلقي الدواء الذي تطلبه، أو إذا كانت خطتنا تتطلب الحصول على تفويض سابق على دواء معين وترغب في أن نتنازل عن شرط الموافقة المسبقة، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء الذي تطلبه (استثناء كتيب الوصفات).

المساعدة الإضافية (Extra Help) – برنامج تابع لـ Medicare 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 قِبل 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 شكوى تتعلق بجودة الرعاية التي تتلقاها. هذا لا يتضمن تغطية أو نزاعات الدفع.

تقييم المخاطر الصحية – مراجعة تاريخك الطبي وحالتك الحالية. وتُستخدم لمعرفة حالتك الصحية وكيف يمكن أن تتغير مستقبلاً.

مساعد في مجال الصحة المنزلية – الشخص الذي يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام، أو استخدام المرحاض، 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 تقوم خطتنا، بتوفير قائمة بمآوي رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت مأوى رعاية المحتضرين واستمررت 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 (2) أعلى من مبلغ معين، فستدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التسوية الشهرية 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 قسطًا أعلى.

مرحلة التغطية الأولية – هذه هي المرحلة التالية لدفعك مبلغك القابل للاستقطاع (إن وُجد) والسابقة لوصول التكاليف التي يتحملها المريض خلال العام إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض.

فترة التسجيل الأولية – الفترة الزمنية التي يمكنك التسجيل خلالها في Medicare Part A وMedicare 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.

D-SNP المتكاملة – هي خطة D-SNP التي تغطي خدمات Medicare ومعظم خدمات Medicaid أو جميعها تحت خطة صحية واحدة لفئات معينة من الأشخاص المؤهلين للحصول على كل من Medicare وMedicaid. ويُعرف هؤلاء الأشخاص أيضًا بالأشخاص المؤهلين المزدوجين للاستفادة من المزايا الكاملة.

البديل الحيوي القابل للتبادل – بديل حيوي يمكن استخدامه كبديل لمنتج حيوي أصلي مشابه في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة جديدة لأنه يتوافق مع متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات أو قائمة الأدوية) – قائمة الأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا.

إعانة الدخل المنخفض (LIS) – انتقل إلى المساعدة الإضافية.

برنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة – برنامج يدفع بموجبه مصنعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخطتنا للأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية والأدوية الحيوية الخاضعة للتغطية في الجزء D. وتستند الخصومات على الاتفاقات بين الحكومة الفيدرالية والشركات المصنعة للأدوية.

أقصى سعر تفاوض – السعر الذي تفاوض عليه Medicare لدواء محدد.

الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض – الحد الأقصى للتكاليف التي تتحملها خلال السنة التقويمية للحصول على خدمات الجزء A والجزء B الخاضعة للتغطية ضمن الشبكة. لا تُحتسب المبالغ التي تدفعها لأقساط Medicare Part A وMedicare 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 Medical Assistance) – يُعد Medicaid برنامجًا مشتركًا بين الحكومة الفيدرالية والولاية والذي يقدم مساعدة بشأن التكاليف الطبية إلى بعض الأشخاص من محدودي الدخل والموارد. تختلف برامج Medicaid التابعة للولاية، ولكن يتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare وMedicaid.

المجموعة الطبية – هي رابطة للأطباء، بما في ذلك مقدمو الرعاية الأولية (PCP) والاختصاصيون وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك المستشفيات، التي تتعاقد مع الخطة لتقديم الخدمات إلى المسجلين. انظر القسم 4.2 في الفصل 1.

مؤشر مقبول طبيًا – استخدام دواء معتمد من FDA أو مدعوم بمراجع معينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

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 في برنامج Medicare Advantage – الفترة الزمنية من 1 يناير حتى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء في خطة Medicare Advantage إلغاء تسجيلهم في الخطة والتحويل إلى خطة 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 خطة Medicare المنفصلة للأدوية الموصوفة في ذلك الوقت. كما تتوفر فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage لفترة 3 أشهر بعد أن يكون الشخص مؤهلاً لأول مرة للاشتراك في Medicare.

خطة Medicare Advantage (MA) – تُسمى أحيانًا Medicare Part C. وهي خطة مُقدمة من قِبل شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتزويدك بجميع مزايا Medicare Part A وMedicare Part B. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage، كالآتي، i) خطة منظمة المحافظة على الصحة (HMO)، أو ii) خطة منظمة مقدمي الرعاية المفضلين (PPO)، أو iii) خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS)، أو iv) خطة Medicare لحساب التوفير الطبي (MSA). إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أيضًا أن تكون خطة Medicare Advantage HMO أو خطة PPO ضمن خطة الاحتياجات الخاصة (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**.

الخدمات التي يغطيها Medicare – الخدمات التي يغطيها Medicare Part A وMedicare Part B. يجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية جميع الخدمات التي يغطيها Medicare Part A وMedicare Part B. ولا يشمل مصطلح الخدمات التي يغطيها Medicare المزايا الإضافية، مثل الإبصار أو الأسنان أو السمع، التي قد تقدمها خطة Medicare Advantage.

خطة Medicare الصحية – يتم تقديم خطة Medicare الصحية من قِبل شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتوفير مزايا الجزء A والجزء B للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والذين يسجلون في خطتنا. يشمل هذا المصطلح جميع خطط Medicare Advantage، وخطط تكلفة Medicare، وخطط الاحتياجات الخاصة، والبرامج التوضيحية/التجريبية، وبرامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).

تغطية Medicare للأدوية (Medicare Part D) – تأمين للمساعدة على دفع تكاليف الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية واللقاحات والمنتجات الحيوية وبعض الإمدادات التي لا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B.

برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM) – برنامج Medicare Part D للاحتياجات الصحية المعقدة المقدمة إلى الأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو المشمولين في برنامج إدارة الأدوية. عادة ما تتضمن خدمات MTM مناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية.

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 خطة Medicare Advantage سياسة Medigap.)

العضو (عضو في خطتنا، أو عضو الخطة) – شخص مُشارك في برنامج Medicare ومؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية، والذي سجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من قِبل مراكز خدمات Medicare وMedicaid (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 قِبلهم. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية الخاصة بك فقط إذا تم صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا.

مقدم الشبكة – مقدم الرعاية هو المصطلح العام للأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية المرخصة أو المعتمدة من قِبل Medicare والولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. عَقد **مقدمو الشبكة** اتفاقًا مع خطتنا للموافقة على مدفوعاتنا كدفعة كاملة، وفي بعض الحالات لتنسيق الخدمات الخاضعة للتغطية وتقديمها لأعضاء خطتنا. ويطلق على مقدمي الشبكة أيضًا اسم **مقدمي الخطة**.

فترة التسجيل المفتوح – الفترة الزمنية الممتدة من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر من كل عام حيث يمكن للأعضاء تغيير خططهم الصحية أو خطط الأدوية أو التبديل إلى Original Medicare.

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.

المنتج البيولوجي الأصلي – هو منتج بيولوجي معتمد من FDA ويُستَخدم للمقارنة لشركات التصنيع التي تصنع إصدارًا لبديل حيوي. ويُطلق عليه أيضًا اسم المنتج المرجعي.

Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو برنامج Medicare الذي يقدم الخدمات مقابل رسوم) – برنامج Original Medicare مقدَّم من قِبل الحكومة، ولا يُعد خطة 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 (2): الجزء A (تأمين المستشفيات) والجزء 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.

مقدم رعاية خارج الشبكة أو مرفق خارج الشبكة – مقدم رعاية أو مرفق ليس لديه عقد مع خطتنا لتنسيق الخدمات الخاضعة للتغطية أو تقديمها إلى أعضاء خطتنا. مقدمو الرعاية خارج الشبكة هم مقدمو رعاية لا يتم توظيفهم أو تشغيلهم من قِبل خطتنا ولا يكونون تابعين لنا.

التكاليف التي يتحملها المريض – انتقل إلى تعريف مشاركة التكلفة أعلاه. ويُشار أيضًا إلى متطلبات مشاركة التكلفة للعضو من أجل دفع جزء من الخدمات أو الأدوية المستلمة على أنها متطلبات التكلفة التي يتحملها العضو.

الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحمله المريض – الحد الأقصى يمكنك دفعه مقابل أدوية الجزء D.

خطة PACE – تجمع خطة PACE (برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) 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 وMedicaid من خلال خطتنا.

الجزء C – انتقل إلى خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء D – برنامج مزايا الأدوية الموصوفة من Medicare الطوعي.

أدوية الجزء D – الأدوية التي يمكن تغطيتها بموجب الجزء D. وقد نقدم أو لا نقدم جميع أدوية الجزء D. تم استبعاد فئات معينة من الأدوية من تغطية الجزء D من قِبل الهيئة التشريعية. يجب تغطية فئات معينة من أدوية الجزء D من قِبل كل خطة.

عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء D – مبلغ يضاف إلى القسط الشهري للخطة الخاص بك لتغطية Medicare للأدوية إذا بقيت من دون تغطية موثوقة (التغطية التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، المبلغ نفسه على الأقل الذي تدفعه تغطية Medicare القياسية للأدوية) لفترة متواصلة تمتد إلى 63 يومًا أو أكثر بعد أن تكون مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة الجزء D. إذا فقدت المساعدة الإضافية، فقد تتعرض لعقوبة التسجيل المتأخر إذا مضى 63 يومًا أو أكثر على التوالي من دون تغطية الجزء D أو غيرها من تغطية الدواء الموثوقة.

مشاركة التكلفة المفضلة – تعني مشاركة التكلفة المفضلة دفع مبلغ أقل في مشاركة التكلفة مقابل بعض أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية في صيدليات معينة داخل الشبكة.

القسط – الدفع الدوري إلى Medicare، أو شركة تأمين، أو خطة الرعاية الصحية للتغطية الصحية أو الأدوية الموصوفة.

الخدمات الوقائية – خدمات الرعاية الصحية التي تساعدك على البقاء بصحة جيدة واكتشاف المشكلات الصحية مبكرًا وتحديد العلاجات الأكثر فعالية والوقاية من أمراض معينة. تشمل الخدمات الوقائية الفحوصات والحُقن والفحوصات المخبرية والفحوصات. كما تشمل برامج للمراقبة الصحية، وتقديم المشورة والتوعية لمساعدتك على الاعتناء بصحتك.

مقدم الرعاية الأولية (PCP) – الطبيب أو مقدم رعاية آخر الذي 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 استنادًا إلى معايير محددة. يتم وضع علامة على الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى الحصول على تفويض سابق في جدول المزايا الطبية في الفصل 4. الأدوية الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى تفويض سابق تحمل علامة في كتيب الوصفات، ومعاييرنا منشورة على موقعنا الإلكتروني.

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 دواء لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو الانتفاع. قد تكون الحدود على كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية أو لفترة زمنية محددة.

"Real-Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) – بوابة أو تطبيق الكمبيوتر الذي يمكن للمُسجّلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وملائمة، ومناسبة سريريًا، وكتيب الوصفات الخاص بالمُسجل 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.

الإحالة – طلب كتابي من طبيب الرعاية الأولية الخاص بك لزيارة اختصاصي أو الحصول على خدمات طبية معينة. من دون إحالة، قد لا تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة من اختصاصي.

خدمات إعادة التأهيل – تشمل هذه الخدمات رعاية إعادة التأهيل للمرضى المقيمين والعلاج الطبيعي (مرضى العيادات الخارجية) وعلاج مشكلات النطق والكلام والعلاج المهني.

الدواء المحدد – دواء خاضع للتغطية بموجب الجزء D تفاوضت Medicare على أقصى سعر تفاوض له.

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 خطتنا تسجيلك إذا خرجت بشكل دائم من منطقة خدمة خطتنا.

الرعاية في مرفق تمريض متخصص (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 قِبل ممرضة مسجلة أو طبيب.

خطة الاحتياجات الخاصة – نوع خاص من خطة Medicare Advantage التي توفر رعاية صحية أكثر تركيزًا لمجموعات محددة من الأشخاص، مثل أولئك المشاركين في برنامجي Medicare وMedicaid، أو الذين يعيشون في دار التمريض، أو الذين يعانون من بعض الحالات الطبية المزمنة.

مشاركة التكلفة القياسية – مشاركة التكلفة القياسية هي مشاركة التكلفة بخلاف مشاركة التكلفة المفضلة المقدمة في صيدلية تابعة للشبكة.

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 SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات المطلوبة بشكل عاجل – تُعد الخدمة الخاضعة للتغطية بموجب الخطة التي تتطلب رعاية طبية فورية لكنها ليست حالة طارئة خدمةً مطلوبةً بشكل عاجل سواء أكنت خارج منطقة الخدمة الموجودة في خطتنا مؤقتًا أم كان من غير المعقول من حيث الوقت والمكان والظروف تلقي هذه الخدمة من مقدمي الشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو نوبات التفاقم المفاجئة للحالات المُصاب بها بالفعل. لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية (مثل الفحوصات السنوية) مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو إذا كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

بطاقة Wellcare Spendables® – بطاقة خصم، محملة سابقًا بالخطة التي يمكن استخدامها للمساعدة على دفع ثمن العناصر كما هو موضح في جدول المزايا الطبية.

كتيب أعضاء Wellcare Health Net Dual Liberty (HMO D-SNP)

الطريقة	قسم خدمات الأعضاء – معلومات الاتصال
اتصال	1-800-431-9007 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. يرجى ملاحظة أنه بعد انتهاء ساعات العمل وخلال عطلات نهاية الأسبوع والإجازات الفيدرالية بدءًا من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، قد يرد نظام الهاتف الآلي على مكالمتك. إذا تركت رسالة بريد صوتي، فيرجى ذكر اسمك ورقم هاتفك وسيعاود عضو الفريق الاتصال بك في غضون يوم عمل واحد (1). تتوفر أيضًا لدى قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711) خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للناطقين بغير اللغة الإنجليزية.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.
مراسلة	Wellcare By Health Net PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي في California (HICAP)
برنامج California للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) هو برنامج الولاية الذي يحصل 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	1-800-735-2929 يتطلب هذا الرقم أجهزة هاتفية خاصة، وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في الاستماع أو التحدث.
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

بيان الإفصاح PRA *وفقًا لقانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم يعرض رقم تحكم OMB صالحًا. رقم التحكم OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 0938-1051. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فأرسل خطابًا إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.*

تُرِكت هذه الصفحة فارغة عمدًا.